
Versorgung zwischen divergierenden Ansprüchen in der Akutgeriatrie

-

Eine Analyse der Krankenhausversorgung unter dem Einfluss der Ökonomisierung aus Sicht der Behandelnden

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Philosophie (Dr. phil.)
der Fakultät für Soziologie der Universität Bielefeld

vorgelegt von
Susanne Eva Schulz

Erstbetreuung: Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger
Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Zweitbetreuung: Prof. Dr. Alexandra Kaasch
Fakultät für Soziologie

Essen 2019

Danksagung

Ein besonderer Dank gilt meinen Eltern, Christiane und Roland Ehlers. Ihr Vertrauen stärkte mich auch in Zeiten großer Unsicherheiten.

Ein weiterer großer Dank gilt meinen Lieben: Claudia Siegert, Anne Reck, Marie Scheitor, Katrin Borchard, Britta Lüdtgemüller, Meike Bücken, Claudia Rosenkötter, Felicitas Ehren und Helge Baumann. Und von Herzen möchte ich Alexander Drescher danken.

Besonders danken möchte ich Sarah Böhmer und Hanna Kubitz. Ihre Kritik ermöglichte einen Fragebogen, den ich im Feld nutzen konnte. Annette Peters möchte ich ebenfalls für Ihre Unterstützung bei der richtigen Verwendung von Rechtschreibung und Grammatik danken.

Weiterhin möchte meinen ehemaligen und aktuellen Vorgesetzten danken. Sie hatten so viel Geduld mit mir: Dr. Florian Blank, Dr. Dorothea Voss, Prof. Dr. Ute Klammer und Prof. Dr. Martin Brussig.

Schließlich danke ich meinem Erstbetreuer Prof. Dr. Dr. Gerlinger, der mir half, die Knoten im Kopf zu lösen und die Arbeit zu beenden. Und Frau Prof. Dr. Kaasch für ihr Interesse.

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	1
2	AUSGANGSLAGE UND ANALYSERAHMEN	4
2.1	ZUR ÖKONOMISIERUNG IN DER KRANKENHAUSVERSORGUNG	4
2.2	ZUR BERUFSSPEZIFISCHEN ORIENTIERUNG VON ÄRZT_INNEN UND KRANKENPFLEGER_INNEN	14
2.3	THEORETISCHE PERSPEKTIVE ZUM ZUSAMMENFALLEN UNTERSCHIEDLICHER ORIENTIERUNGEN	22
2.4	REFORMULIERUNG DER FORSCHUNGSFRAGEN	32
3	FORSCHUNGSSTAND: DER UMBRUCH UND DIE FOLGEN FÜR DIE KRANKENHAUSVERSORGUNG	34
3.1	TRÄGERSTRUKTUR	34
3.2	MEDIZINISCHES UND PFLEGERISCHES PERSONAL	36
3.3	ARBEITSBELASTUNG	38
3.4	ENTLASSUNG VON PATIENT_INNEN	42
3.5	BERUFLICHES SELBSTVERSTÄNDNIS	44
3.6	ÄRZTLICHE ENTSCHEIDUNGSFINDUNG	50
3.7	ARZT-PATIENTEN-BEZIEHUNG	54
3.8	ERBRINGUNG VON VERSORGUNGSLEISTUNGEN	55
3.9	ZWISCHENFAZIT FORSCHUNGSSTAND	60
4	FORSCHUNGSDESIGN	62
4.1	FORSCHUNGSTHEORETISCHE GRUNDLAGEN: GROUNDED THEORY	62
4.1.1	Instrumente der Grounded Theory	63
4.1.2	Gütekriterien	66
4.2	UMSETZUNG DES FORSCHUNGSDESIGNS	66
4.2.1	Geriatrische Versorgung als Untersuchungsfeld	67
4.2.2	Interviewpartner und Feldzugang	70
4.2.3	Sample	72
4.2.4	Datenerhebung	74
4.2.5	Datenauswertung	75
5	ERGEBNISSE	77
5.1	VERSORGUNGSANSPRÜCHE IN DER AKUTGERIATRIE	77
5.1.1	Fachliche Dimension des Versorgungsanspruchs	78
	Exkurs Leitlinien	93
5.1.2	Soziale Dimension des Versorgungsanspruchs	96
5.1.3	Zwischenfazit I – berufsspezifischer Versorgungsanspruch	116
5.2	WAHRGENOMMENE ÖKONOMISIERUNG	118
5.2.1	Abrechnung von Versorgungsleistungen	119
5.2.2	Einsatz von Personal	126

5.2.3	Zwischenfazit II – Zeitmangel als Umsetzungsproblem.....	134
5.3	UMGANG MIT DER DIVERGENZ ZWISCHEN DER BERUFSSPEZIFISCHEN UND DER ÖKONOMISCHEN ORIENTIERUNG	136
5.3.1	Zeitbezogene Lösung	137
5.3.2	Versorgungsbezogene Lösung	147
5.3.3	Zwischenfazit III – Lösungswege zur Bewältigung des Zeitproblems	152
6	DISKUSSION DER ERGEBNISSE	155
7	SCHLUSSBEMERKUNG	162
	LITERATUR.....	164
	ANHANG.....	173

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Dimensionen der beruflichen Handlungskompetenz.....	16
Abbildung 2:	Entwicklung der Krankenhäuser und aufgestellten Betten nach Träger, ausgewählte Jahrgänge.....	35
Abbildung 3:	Vollzeitäquivalente im medizinischen Dienst und in der Krankenpflege und zu versorgenden Fälle je Vollkraft, 1995-2017	37
Abbildung 4:	Belastungszahlen je Vollkraft des ärztlichen Diensts und des Pflegediensts	39
Abbildung 5:	Wahrnehmung von überhöhten Fallzahlen im eigenen Fachgebiet.	40
Abbildung 6:	Zeit- und Termindruck bei der Arbeit und Abstriche bei Qualität, um das Arbeitspensum zu schaffen.....	42
Abbildung 7:	Aus Sicht der ärztlichen Führungskräfte wahrgenommene Erwartungen der Geschäftsführung	44
Abbildung 8:	Soll-Vorstellung - Medizin und Kosten aus Sicht der Ärzt_innen ..	46
Abbildung 9:	Ist-Zustand - psychosoziale Versorgung aus Sicht der Ärzt_innen und Krankenpflegekräfte	56
Abbildung 10:	Rationierungsintensität nach Fachabteilung	59
Abbildung 11:	Entwicklung der Fallzahlen je 100.000 Einwohner, 2000 bis 2017	68
Abbildung 12:	Geriatrische Patient_innen und adaptiertes Behandlungskonzept...	70

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Ärztliche Grundwerte und deren Bedeutung.....	19
Tabelle 2:	Bewertung ärztlicher Aufgaben nach übergeordneten Aufgabenbereichen	48
Tabelle 3:	Rationierung von Versorgungsleistungen	58

Übersichtsverzeichnis

Übersicht 1:	Ökonomisierungsskala.....	23
Übersicht 2:	Akutgeriatrien	73
Übersicht 3:	Interviewpartner_innen	73
Übersicht 4:	Sensibilisierende Konzepte.....	76
Übersicht 5:	Berufsspezifische Ansprüche vs. ökonomische Ansprüche	136
Übersicht 6:	Lösungsmöglichkeiten	154

Abkürzungsverzeichnis

ADL	Activities of Daily Living
DIMDI	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
G-DRG	Diagnosis Related Groups (für Deutschland)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICN	International Council of Nurses
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkasse
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
PKMS	Pflegekomplexmaßnahmen-Scores
WAMP	Projekt „Wandel der medizinischen und pflegerischen Versorgung“
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)

1 Einleitung

Die Geschichte der stationären Krankenhausversorgung reicht bis in das 12. Jahrhundert zurück. Doch ist die heutige Behandlung von Patient_innen kaum noch mit der damaligen Versorgungssituation zu vergleichen. Seither gab es viele Veränderungen im Bereich der Biologie und Medizintechnik, wie z.B. die Entdeckung der Narkose, durch die die Verbreitung von Operationen in der stationären Krankenversorgung gefördert wurde. Zudem verbesserte sich durch den wissenschaftlichen Fortschritt in der Bakteriologie die stationäre Versorgung, indem ein Anstecken mit Infektionskrankheiten durch die Ausweitung von Desinfektions- und Sterilisationstechniken vermieden werden konnte (Frank 26.03.2012). Doch sind es nicht allein vergangene und zukünftige medizinische und technische Entwicklungen, die die Krankenhausversorgung beeinflussen. Ausgehend von den behandelnden Ärzt_innen und Krankenpflegekräften prägen deren berufsspezifische Werte und Normen das Versorgungsgeschehen in den stationären Einrichtungen. Seit einigen Jahren wird die Versorgung zudem verstärkt durch Anreize beeinflusst, die sich unter dem Begriff der ‚Ökonomisierung‘ subsumieren lassen.

Eine der zentralen Regelungen, die die Ökonomisierung in der stationären Versorgung vorantrieb und verfestigte, war die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen im Jahr 2003; also der Finanzierung von Krankenhausleistungen über das G-DRG¹-System. Mit der Einführung der G-DRGs in Deutschland wurden unterschiedliche Ziele verfolgt, die sich in der Krankenhausversorgung niederschlugen. Dazu zählten die Kürzung der Verweildauer, die Verbindung zwischen der Vergütung und den erbrachten Leistungen, die Herstellung von Transparenz über Kosten und Leistungen sowie die Etablierung eines Wettbewerbs zwischen den Krankenhäusern (Braun et al 2010, S. 39; Fürstenberg et al. 2013, S. 10). Der Gesetzgeber setzte dadurch zunehmend auf die ökonomische Rationalität der Krankenhausakteure. Insgesamt sollten so die erbrachten stationären Leistungen kontrolliert und die Ausgaben gedämpft werden (Gerlinger/Mosebach 2009, S. 10).

In der darauffolgenden Debatte wurde jedoch darauf hingewiesen, dass der Anspruch an eine ökonomische Ausrichtung in der Versorgung nicht mit dem Anspruch der Behandelnden an den medizinisch-pflegerischen Umgang mit den Patient_innen vereinbar ist. Welche Folgen sich in diesem Sinne für die Ärzt_innen und Krankenpflegekräfte ergeben haben, ist insbesondere von Vogd (2004, 2006) und im Projekt „Wandel der medizinischen und pflegerischen Versorgung“

¹ DRG ist die Abkürzung für ‚diagnosis related groups‘ – diagnosebezogenen Fallpauschalen. Speziell für Deutschland sind es die G-DRG.

(WAMP) untersucht worden. Darüber hinaus bietet eine Untersuchung aus dem Bereich der Medizinethik weitergehende Einblicke in die Rationierung von Versorgungsleistungen bei Ärzt_innen (siehe z.B. Strech/Marckmann 2014).

Vogd (2006a, 2006b) stellt als Folge der G-DRG-Einführung für die Ärzt_innen bspw. eine stärkere Verknüpfung zwischen berufsspezifischen Ansprüchen und der betriebswirtschaftlichen Logik heraus. Dies äußert sich etwa in der Unterscheidung von Routinefällen und kritischen Fällen, um die vorhandenen personellen Ressourcen entsprechend aufzuteilen. Welche Patient_innen letztlich Routinefälle bzw. kritische Fälle sind, bleibt nach Vogd (2006a, 2006b) jedoch eine medizinische Entscheidung.

Die Ergebnisse zu den Auswirkungen der G-DRGs aus dem WAMP-Projekt zeigen, dass von den Ärzt_innen und Krankenpflegekräften eine Kluft zwischen den berufsspezifischen Ansprüchen an die Versorgung und deren tatsächliche Umsetzung wahrgenommen wird. Darüber hinaus weisen die Ergebnisse auf Unsicherheiten bei den Behandelnden hin, welche Ansprüche in die Versorgung eingehen (Braun et al. 2010).

Marckmann und Strech (siehe z.B. Strech/Marckmann 2014) haben in einer Untersuchung im Rahmen des BMBF-Forschungsverbands „Allokation“ den Umgang mit knappen Mitteln in deutschen Krankenhäusern untersucht. Die Autoren stellen bspw. über die Rationalisierung hinausgehende Formen der Rationierung von Leistungen in der Versorgung fest. Gründe für diese Entwicklung sehen sie in den Herausforderungen der Ärzt_innen, mit knappen Mitteln umgehen zu müssen.

Diese Erkenntnisse insbesondere von Vogd und aus dem WAMP-Projekt basieren auf einer Forschung, die sich mit der Umbruchsituation in der stationären Versorgung – im Rahmen der G-DRG-Einführung in der Mitte der 2000er-Jahre – auseinandersetzt. Ausgehend von diesen Untersuchungen in der Umbruchphase liegt das zentrale Ziel dieser Arbeit darin, die Versorgungsansprüche der Behandelnden erneut zu untersuchen. Es wird davon ausgegangen, dass nach dem Umbruch durch die Einführung des G-DRG-Systems eine ‚neue Normalität‘ in der stationären Versorgung vorherrscht. In dieser neuen Normalität sind die mit der G-DRG-Einführung einhergehenden Veränderungen zur Routine geworden. Vor diesem Hintergrund ist die Frage zu stellen, ob eine Divergenz zwischen den betriebswirtschaftlichen Logiken der Krankenhäuser bzw. des Krankenhausmanagements und den berufsspezifischen/professionellen Normen der Behandelnden die Patientenversorgung weiterhin bestimmt.

Grundlage für die Untersuchung dieser Fragestellung sind die Orientierungen von Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen einer Fachabteilung. Die untersuchten Orientierungen werden über die Vorstellungen von einer guten Versorgung und den Möglichkeiten, diese in die Versorgungspraxis umzusetzen, erfasst. Dabei ist zu

berücksichtigen, dass nicht allein berufsspezifische Werte und ökonomische Orientierungen das Handeln von Behandelnden in der Krankenhausversorgung beeinflussen. Denn rechtliche Regelungen und Leitlinien bestimmen darüber hinaus das Versorgungshandeln; diese Aspekte sollen jedoch nicht in der Untersuchung von Orientierungen in der Krankenhausversorgung im Vordergrund stehen.

Untersucht werden die Ärzt_innen und Krankenpflegekräfte in geriatrischen Fachabteilungen. Die Konzentration auf Abteilungen dieser Fachrichtung bietet einen Zugang zu einem Versorgungsgeschehen, das durch eine spezifische Patientengruppe geprägt ist. Es sind ältere Patient_innen, die mehr als eine Erkrankung und auch psychische Erkrankungen verstärkt haben können. Daraus ergeben sich für die Behandelnden besondere Anforderungen an die Versorgung, z.B. durch die Behandlung mehrerer Erkrankungen gleichzeitig und/oder an die Interaktion mit Patient_innen, insbesondere dann, wenn diese kognitive Einschränkungen aufweisen. Durch diese Merkmale der akutgeriatrischen Fachabteilung ist ein Einblick in eine besonders herausfordernde Versorgung möglich, die zunehmend auch andere Fachabteilungen durch den demografischen Wandel betreffen wird.

Zusammengenommen liegt das Ziel dieser Arbeit darin, herauszuarbeiten, wie Ärzt_innen und Krankenpflegekräfte der Akutgeriatrie ökonomische und berufsspezifische Orientierungen in der Patientenversorgung vereinbaren. Dafür werden im zweiten Kapitel die Grundlagen ökonomischer und berufsspezifischer Orientierungen näher betrachtet. Darüber hinaus wird über eine Ausarbeitung theoretischer Ansätze ein Analyserahmen vorgestellt, an den die empirischen Ergebnisse anschließen sollen. Das zweite Kapitel schließt mit einer Re- und Ausformulierung der Forschungsfragen.

Das dritte Kapitel widmet sich dem Forschungsstand. Dafür werden insbesondere Forschungsergebnisse aus der Umbruchsituation vorgestellt. Ergänzt wird dies um aktuellere Beiträge, die auf die Arbeitssituation und Versorgungspraxis Bezug nehmen.

Die Darstellung des Forschungsdesigns erfolgt im vierten Kapitel. Hier wird näher auf den methodologischen Hintergrund der Grounded Theory und auf die forschungspraktische Umsetzung eingegangen.

Im fünften Kapitel werden die Ergebnisse präsentiert. Auf dieser Grundlage werden die Zusammenhänge mit Bezug zum theoretischen Konzept hergestellt und die dieser Arbeit zugrunde liegenden Fragen beantwortet.

Ausgehend aus der vorangegangenen Analyse werden die Ergebnisse im Rahmen des dargelegten Forschungsstands verortet und diskutiert. Zudem werden die theoretische Einbettung und methodische Umsetzung reflektiert. Schließlich folgt ein Fazit.

2 Ausgangslage und Analyserahmen

Der Analyserahmen bildet die Grundlage, um sich den Folgen der neuen Normalität für das medizinische und pflegerische Personal in einer akutgeriatrischen Krankenhausversorgung unter G-DRG-Bedingungen wissenschaftlich anzunähern. Im Folgenden wird dafür auf die hinter den ökonomischen und berufsspezifischen Orientierungen stehenden Aspekte in der Krankenhausversorgung eingegangen. Dabei werden Orientierungen oder auch Ansprüche an die Versorgung als Normen und Werte aufgefasst, an denen sich das Handeln der Ärzt_innen und Krankenpflegekräften ausrichtet bzw. ausrichten soll.

Als einen wesentlichen Ausgangspunkt für die Ökonomisierung wird die Implementierung der G-DRGs zur Abrechnung von Versorgungsleistungen gesehen. Diese Umstellung wird daher im ersten Abschnitt dieses Kapitels näher betrachtet, um die ökonomischen Orientierungen zu konkretisieren. Die berufsspezifischen Orientierungen werden insbesondere auf Anforderungen bezogen, die auf die medizinische und pflegerische Berufsethik zurückgehen. Dies wird im zweiten Teil dieses Kapitels näher dargestellt. Im dritten Teil stehen theoretische Ansätze im Vordergrund, die Annahmen darüber zulassen, wie Individuen in Organisationen auf Basis unterschiedlicher Ansprüche handeln. Schließlich wird die Forschungsfrage präzisiert.

2.1 Zur Ökonomisierung in der Krankenhausversorgung

Ökonomisierung bezeichnet den „*Bedeutungszuwachs ökonomischer Kosten- und Gewinn-Geschichtspunkte für gesellschaftliches Handeln*“ (Schimank/Volkmann 2017, S. 10; Herv. im Original). Dahinter stehen Aktivitäten, die darauf zielen, Verluste zu reduzieren bzw. zu vermeiden und/oder Gewinne zu generieren (ebd., S. 10). Die Ökonomisierung der Krankenhausversorgung im Speziellen geht auf eine Vielzahl von Maßnahmen und Reformen zurück, die dazu führten, dass auf allen Ebenen der stationären Versorgung betriebswirtschaftliche Prinzipien ein zentraler Stellenwert eingeräumt worden ist. In diesem Sinne war die Einführung der G-DRGs eine der weitesten reichenden und am meisten diskutierten Reformen im Bereich der Gesundheitsversorgung der letzten Jahrzehnte.

Als maßgeblicher Grund, die Krankenhausversorgung zu ökonomisieren, wird der Ausgabenanstieg für gesundheitsbezogene Kosten angeführt. Der Kostenanstieg wird auf drei wesentliche Gründe zurückgeführt: den medizinischen Fortschritt, die demografische Entwicklung und die zunehmende Verbreitung einer Defensivmedizin. Der medizinische Fortschritt führt zu höheren Kosten,

weil neue Behandlungsmethoden meist teurer sind als die herkömmlichen Methoden. Zum anderen führt der Fortschritt in der Medizin dazu, dass bisher unbekannte Krankheiten diagnostizierbar werden und Erkrankungen, die bisher als unheilbar galten, nun behandelt werden können. Ferner führen neue Entwicklungen in der Medizin zu einer Verlängerung der Zeitspanne zwischen einer Erkrankung und dem Versterben, ohne dass die entsprechende Krankheit geheilt werden kann (Arnade 2010, S. 11).

Die demografische Entwicklung wirkt sich dahingehend auf die Kostenentwicklung aus, dass die Menschen immer älter werden. Dabei nimmt mit der steigenden Lebenserwartung das Krankheitsvolumen zu. Darüber hinaus steigt die Anzahl chronisch Kranker, die Anzahl der Pflegebedürftigen und die Anzahl der Menschen mit einer Multimorbidität (ebd., S. 12). Dennoch muss einschränkend erwähnt werden, dass erst in den letzten anderthalb Lebensjahren die finanziellen Kosten für die Versorgung am höchsten sind. Daher geht insbesondere die Nähe zum Tod mit hohen Ausgaben bei den Krankenversicherungen einher. „Gleichwohl gibt es eine altersbedingte Ausgabensteigerung für die mit erheblichem medizinischem Aufwand überlebenden Patienten.“ (ebd., S. 12)

Als einen weiteren Grund führt Arnade (2010, S. 13f.) die Defensivmedizin an, nach der die Ärzt_innen in der Versorgung von Patient_innen keine Wagnisse mehr eingehen, insbesondere um sich für mögliche Fehler nicht haftbar zu machen. In der Folge führt dies dazu, dass im erheblichen Maße diagnostische und therapeutische Mittel eingesetzt werden, die wiederum das Ausgabenvolumen erhöhen.

Insgesamt ist somit von einem erhöhten Ausgabenvolumen für Leistungen der Krankenhausversorgung auszugehen. Um diese Kosten zu senken, war die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen in die Leistungsabrechnung zwar nur ein Weg von vielen, um die Ausgaben zu reduzieren; er hatte jedoch eine umfassende Wirkung auf das Versorgungshandeln der Behandelnden und hat ihn bisweilen noch. Die mit der Ökonomisierung und insbesondere die mit dem fallpauschalierten Vergütungssystem einhergehenden Anreize bzw. Orientierungen an die Krankenhausversorgung bilden einen wesentlichen Eckpfeiler, um die Versorgungsansprüche in der neuen Normalität der Krankenhausversorgung zu untersuchen. Daher wird in diesem Kapitel herausgearbeitet, auf was diese Orientierungen zurückzuführen sind. Dafür werden in einem ersten Schritt auf die Einführung der DRGs eingegangen und schließlich unterschiedliche Sichtweisen auf die Ökonomisierung angeführt.

Etablierung ökonomischer Anreize und die Einführung der DRGs

Im SGB V heißt es, dass die gesundheitsbezogenen Leistungen nicht nur solidarisch oder dem wissenschaftlichen Stand entsprechend zu erbringen sind. Dort heißt es

auch, dass Leistungen in der Gesundheitsversorgung wirtschaftlich erbracht werden sollen. Dementsprechend sind Anforderungen an ein ökonomisches Handeln keineswegs als ein neues Phänomen in der Krankenhausversorgung der letzten Jahre zu verstehen, das sich aus der Einführung der DRGs allein ergab (Slotala 2011, S. 61). Bereits in den 1970er-/1980er-Jahren kann eine zunehmende Ausrichtung der stationären Versorgung an ökonomischen Kriterien wie der Effizienz und Effektivität festgestellt werden (Bauer 2007, S. 99; Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften o.J., S. 14). Braun et al. (2010, S. 60f.) sehen in dieser Veränderung der Krankenhausversorgung einen ordnungspolitischen Wandel. Dieser Wandel habe die gesellschaftliche Ebene (Solidarprinzip, Bedarfprinzip) und die medizinische Ebene (Versorgungsgebot, Sachleistungsprinzip) zugunsten der ökonomischen Ebene (Wirtschaftlichkeitsprinzip) neu geordnet. Somit steht an erster Stelle die Ausrichtung auf das Wirtschaftlichkeitsprinzip in der Krankenversorgung, erst dann folgen die Prinzipien der gesellschaftlichen und medizinischen Ebene.

Diese Neugewichtung der Ebenen begann bereits mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977. Dadurch sollte die Ausgabenentwicklung in den Krankenversicherungen gedämpft werden (Braun et al. 2010, S. 66ff.). Mit dem Einsetzen der Kostendämpfungspolitik Ende der 1970er-Jahre sei das Selbstkostendeckungsprinzip durch das Ziel einer einnahmeorientierten Ausgabensteuerung ersetzt worden, wodurch parallel eine Stärkung des Wirtschaftlichkeitsgebots im deutschen Gesundheitswesen erfolgte.

Eine weitere Stärkung des Wirtschaftlichkeitsprinzips und die gleichzeitige Schwächung des Sachleistungs- und des Solidarprinzips ergaben sich aus dem Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen von 1989 und in der darauffolgenden Strukturreformphase (Braun et al. 2010, S. 66ff.; siehe auch Kälble 2005, S. 3f.). Höhepunkt dieses ordnungspolitischen Wandels hin zu einer ökonomisierten Gesundheitswirtschaft war dann die Einführung der G-DRGs.

Die Umstellung der Finanzierung von Krankenhausleistungen auf Fallpauschalen wurde mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) verabschiedet. So heißt es nun im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), dass „[f]ür die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen [...] ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem [gilt]“ (§ 17b Abs. 1 KHG).

Durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz wurde die Kostenerstattung durch Tagespauschalen abgelöst. Mit den Tagespauschalen wurde vormals für jeden Tag des Krankenhausaufenthalts eine bestimmte Geldsumme an die Einrichtungen vergütet. Die tatsächlich erbrachten Leistungen fielen über die Liegezeit der Patient_innen unterschiedlich hoch aus. „Zum Beispiel waren die Kosten am Tag der

Operation besonders hoch, die mit einer entsprechend langen Liegedauer kompensiert werden konnten.“ (Offermanns 2011, S. 46) Durch die Tagespauschalen wurde damit also ein Anreiz gesetzt, den Aufenthalt im Krankenhaus über das notwendige Maß hinaus zu verlängern (ebd., S. 46).

Die Einführung der Finanzierung von Krankenhausleistungen über die diagnosebezogenen Fallpauschalen begann mit zwei budgetneutralen Jahren 2003 optional und 2004 verpflichtend für alle Krankenhäuser. Diese Form der Einführung sollte es den Krankenhäusern ermöglichen, „sich auf die künftige Veränderung ihres Erlösbudgets einzustellen“ (Bundestagsdrucksache 14/6893). Darauf folgend war eine Konvergenzphase von 2005 bis 2006 vorgesehen, die bis 2009 verlängert wurde. In dieser Konvergenzphase sollten sich die Basisfallwerte der einzelnen Krankenhäuser dem jeweiligen Landesbasisfallwert annähern.²

Zusammengenommen werden die Patient_innen „je nach Diagnose, Prozedur und Schweregrad in homogene Fallgruppen eingeordnet.“ (Braun et al. 2010, S. 35) Dementsprechend werden im Rahmen der G-DRGs unterschiedliche Diagnosen und Prozeduren zusammengefasst, die sich in ihrem ökonomischen Aufwand ähneln. Unterschiedliche Schweregrade gehen durch die Haupt- und Nebendiagnosen ein. Jeder G-DRG ist ein Relativgewicht zugeordnet, das den Behandlungsaufwand widerspiegeln soll. Wird das Relativgewicht mit dem Basisfallwert (Eurobetrag) multipliziert, ergibt sich daraus die Fallpauschale (DIMDI 2016).

Mit den OPS³-Komplexziffern können über die G-DRGs hinaus verschiedene Behandlungsleistungen in unterschiedlichen Behandlungsstrukturen abgebildet werden. Darunter gibt es auch für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung eine Kennziffer, die „für die Zuordnung zu G-DRGs oder Zusatzentgelten relevant sein können.“ (Fiori/Bunzemeier 2009, S. 160) Darüber hinaus können über die OPS-Komplexziffern ergänzende Maßnahmen zur hochaufwendigen Pflege und Versorgung von Patient_innen geltend gemacht werden, wenn die Bedingungen des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Erwachsene (PKMS-E) erfüllt sind (DIMDI 2017).

Durch das Relativgewicht und den Basisfallwert wird für alle Behandlungen die Vergütung der Versorgungsleistungen vorab bestimmt. Damit kann zwar von einer Budgetierung der Ressourcen gesprochen werden. Es erfolgt jedoch keine „harte“ Budgetierung, „da die DRG-Entgelte zwar über einzelne Patienten abgerechnet werden, aber nicht fest an diese gebunden sind.“ (Marckmann/Strech 2010, S. 272)

In der Abrechnung über die G-DRGs spielen die Liegezeiten der Patient_innen ebenfalls eine Rolle; das Entgelt, das die Krankenhäuser für den abgerechneten Fall

² Mit dem KHSG ist eine stetige Annäherung der Landesbasisfallwerte an einen Bundesbasisfallwert vorgesehen.

³ OPS steht für Operations- und Prozedurenschlüssel.

erhalten, orientiert sich an dem Behandlungszeitraum hinsichtlich einer unteren und einer oberen Grenzverweildauer.

„Insofern besetzt der Anreiz darin, eine Verweildauer möglichst nah an der unteren Grenzverweildauer zu erreichen, da zusätzliche Behandlungstrage bis zur oberen Grenzverweildauer im Regelfall keine zusätzlichen Erlöse bringen, aber gleichwohl Kosten verursachen. Eine Entlassung des Patienten vor Erreichen der unteren Grenzverweildauer löst jedoch Erlösabschläge aus, obwohl die Hauptleistung auch dann im Normalfall – vor allem bei operativen Patienten – schon erbracht wurde.“ (Goedereis 2009, S. 241)

Um mit dem wirtschaftlichen Druck umzugehen, der sich aus der Mittelknappheit ergab und nicht zuletzt zur Implementierung der diagnosebezogenen Fallpauschalen führte, werden in der Literatur unterschiedliche Wege diskutiert. Einer dieser Wege umfasst Rationalisierungsmaßnahmen z.B. durch die Erhöhung der Versorgungseffizienz. Eine andere Möglichkeit ist die Rationierung z.B. durch die Absenkung des Qualitätsniveaus oder dem Vorenthalten von Leistungen (Marckmann/Strech 2010, S. 272).⁴

Rationalisierung und Rationierung

Rationalisierung zeichnet sich durch eine Erhöhung der Effizienz aus, durch die gleiche medizinische Effekte mit weniger Mitteln oder größere medizinische Effekte mit gleichen Mitteln erzielt werden sollen (Marckmann 2014, S. 36).⁵

„Da bei Effizienzsteigerungen die ökonomische und medizinisch-ethische Rationalität konvergieren, handelt es sich um die primär gebotene Strategie im Umgang mit Mittelknappheit. So wie es ökonomisch rational ist, einen gegebenen Effekt mit einem möglichst geringen Aufwand zu erzielen, so ist es auch durch das Prinzip des Nichtschadens ethisch geboten, mit möglichst wenig diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen einen bestimmten Gesundheitszustand zu erzielen.“ (Marckmann 2014, S. 36)

⁴ Daneben gibt es zwei weitere Strategien, die alternativ bzw. komplementär zur Rationalisierung und Rationierung stehen: Preisregulierung und Mittelerhöhung (Strech 2014, S. 28). Die Mittelerhöhung sei jedoch keine ethisch und ökonomisch zu vertretene Option (Marckmann 2014, S.37). So konkurriert der Gesundheitssektor mit anderen Bereichen wie etwa der Bildung oder der Bekämpfung von Armut. „Eine weitere Erhöhung der Gesundheitsausgaben kann deshalb nur mit Einschränkungen in anderen sozialstaatlichen Bereichen erkaufte werden.“ (Marckmann 2014, S.36)

⁵ Die Untersuchung von Marckmann und Strech ist dem BMBF Forschungsverbund „Allokation“ eingebunden. Anhand von Interviews mit leitenden Ärzt_innen der Kardiologie und der Intensivmedizin wurde analysiert, welches Verständnis es von Rationalität gibt und welche Zuweisungskriterien zur Leistungserbringung eingesetzt werden (siehe z.B. Strech/Marckmann 2014, S.2).

Die Notwendigkeit zur Rationalisierung entsteht insbesondere dann, wenn in der Versorgung das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht berücksichtigt wird oder eine Überversorgung vorliegt (Strech 2014, S. 27). In diesen Fällen verbessert

„[e]ine ärztliche Rationalisierung, die wirtschaftliches Verhalten fördert und Überversorgung reduziert, [...] die Patientenversorgung bzw. vermeidet unnötigen Patientenschaden.“ (ebd., S. 27)

In dieser Logik ist diese Handlungsausrichtung Teil der ärztlichen Berufsethik (ebd., S. 27). Dagegen kann von einer *Rationierung* dann gesprochen werden,

„wenn einem Patienten (vorübergehend oder dauerhaft) eine medizinische Maßnahme vorenthalten wird, die diesem im Vergleich zu anderen Maßnahmen einen Nutzensgewinn geboten hätte“ (Marckmann 2014, S. 37).

Nutzen heißt in diesem Zusammenhang, dass durch eine mögliche Leistung oder Maßnahme die Lebenserwartung und/oder Lebensqualität der Patient_innen verbessert werden kann (ebd., S. 38).

Rationierung ist jedoch nicht mit der *Priorisierung* gleichzusetzen. Mit der Priorisierung wird ein Verfahren beschrieben, „mit dem die Vorrangigkeit bestimmter Erkrankungen, Patientengruppen oder medizinischer Maßnahmen vor anderen festgestellt wird“ (Strech 2014, S. 28). Hierdurch wird eine Ordnung oder Gewichtung vorgenommen. Demnach geht die Priorisierung mit der Bildung einer Rangreihe einher, in der das Wichtigste an oberster Stelle steht. Weniger wichtige oder verzichtbare Dinge sind dem dann nachgelagert (ebd., S. 28).

Rationierung kann unterschieden werden in implizite und explizite Rationierung. Die implizite Rationierung umfasst Entscheidungen der Behandelnden, die am jeweiligen Fall ansetzen. Bei dieser Form der Rationierung liegt die Entscheidung über die Ressourcenverteilung auf der Mikroebene. Akteure der Makroebene können sich dadurch kritischen politischen Entscheidungen entziehen oder auf einen späteren Zeitpunkt verschieben (Offermanns 2011, S. 36).⁶ Die explizite Rationierung basiert auf definierten Regelungen und Kriterien, die über der einzelnen Arzt-Patienten-Beziehung liegen (Strech 2014, S. 29).

Strech (2014, S. 30) verweist darauf, dass die Rationierung in deutschen Krankenhäusern zwar ein weit verbreitetes Phänomen ist; 78 Prozent der Ärzt_innen haben bereits einmal Leistungen rationiert. Jedoch: nur 13 Prozent der Ärzt_innen rationieren mehr als einmal in der Woche.

Anhand einer Auswertung qualitativer Studien internationaler Forschung zur Rationierung in der Krankenversorgung werden verschiedene Einflussfaktoren auf Rationierungsentscheidungen von Ärzt_innen herausgearbeitet:

⁶ Ausgehend von der Steuerungsproblematik im Gesundheitswesen entwickelt Offermanns (2011) in seinem Buch „Prozess- und Ressourcensteuerung im Gesundheitssystem“ einen Bezugsrahmen für Veränderungen im Gesundheitssystem und leitet daraus Anforderungen an das Krankenhausmanagement ab.

- Kontextbezogene Faktoren (Tagessituation der Behandelnden, Verzögerungen im Tagesablauf)
- Individuelle Einstellungen und Eigenschaften von Ärzt_innen (Abneigung gegenüber Rationierung, Bewertung der Rationierung als notwendig)
- Durchführung einer impliziten Kategorisierung von Patient_innen („performers“, „good patients“, „bad patients“)
- Fähigkeit der Patient_innen zur Artikulation von Wünschen
- Kostenwirksamkeit der verwendeten Maßnahmen
- Bestehen einer evidenzbasierten Effektivität der eingesetzten Maßnahmen
- Aspekte der Gleichheit und Gerechtigkeit
- Notwendigkeit der zur Verfügung stehenden Mittel
- Individuelle finanzielle Situation der Patient_innen (ebd., S. 28ff.).

Die Rationierung führt bei den Ärzt_innen zu emotionalem Stress (ebd., S. 30). Zudem könne die Rationierung zu Rollenkonflikten führen:

- Konflikt „zwischen der Rolle eines Anwalts für den individuellen Patienten und der Verantwortung für die begrenzten Ressourcen des Krankenhauses oder der Gesellschaft.“ (ebd., S. 30)
- „Rollenkonflikt zwischen beruflicher Autonomie und dem Selbstbestimmungsrecht der Patienten [...]
- Rollenkonflikt zwischen beruflicher Autonomie und den Leitlinien der Gesundheitsbehörden [...]
- Spannungen zwischen der Notwendigkeit eines Konkurrenzkampfs um Patienten und der Notwendigkeit, die Ressourcen im Gesundheitswesen zu rationieren. [...]
- Spannung zwischen den privaten Interessen des Arztes und den Interessen des Patienten.“ (ebd., S. 30)

Mit der Rationalisierung, Rationierung und auch Priorisierung werden also Maßnahmen beschrieben, wie Behandelnde mit dem Druck der Mittelknappheit umgehen. Dies hat sowohl Folgen für die Versorgungspraxis als auch für ihren beruflichen Anspruch.

Ökonomisierung im Diskurs

Durch die Einführung der G-DRGs erhielt die Debatte zur Ökonomisierung im deutschen Gesundheitswesen neuen Aufwind. Es können zwei Diskussionsstränge zu dieser Entwicklung unterschieden werden: Zum einen wird die Ökonomisierung und die damit zusammenhängende Rationalisierung und Rationierung mit einer notwendigen Maßnahme zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung verbunden.

Zum anderen wird die Ökonomisierung als ein Kulturwandel verstanden und zusammen mit Begriffen wie Kommerzialisierung, Salutokapitalismus und Liberalisierung diskutiert (Slotala 2011, S. 58ff.).⁷ In diesem Sinne kann die Ökonomisierung in der stationären Versorgung als

„Einführung privatwirtschaftlicher Steuerungs- und Allokationsroutinen in bis dato marktfern und administrativ bewirtschaftete Produktions- und Dienstleistungssektoren in staatlicher oder gemeinnütziger Trägerschaft“ (Bode 2010, S. 63) beschrieben werden.

In der Debatte zur *Ökonomisierung als ressourcensichernde Maßnahme* wird die menschliche Gesundheit aus der ökonomischen Perspektive als ein wirtschaftliches Gut betrachtet. Diese Auffassung von Gesundheit erwächst aus der Annahme, nach der eine ständige Mittelknappheit vorherrscht:

„Aufgrund des medizinischen Fortschritts, steigender Leistungsansprüche und falschen Anreizen für die Leistungsanbieter würden die Ausgaben für Gesundheit unablässig steigen, während auf der anderen Seite nur begrenzte Ressourcen zur Verfügung gestellt werden könnten.“ (Slotala 2011, S. 60)

Vor diesem Hintergrund wird die Ökonomisierung im Krankenhauswesen als ein Vorgang zur marktwirtschaftlichen Rationalisierung diskutiert (ebd., S. 59). Dies gilt insofern, wenn die „solidarisch aufgebrauchte[n] Beitragsmittel der GKV sparsam verwendet werden“ (Braun et al. 2010, S. 239). Demnach sind zwar Fragen zum Nutzen und zur (Kosten-)Effektivität bei der Erbringung von Versorgungsleistungen zu berücksichtigen. Sie hängen aber nicht zwangsläufig mit einer Rationierung, also durch einen Vorenthalt von medizinisch-pflegerischen Leistungen oder durch das Senken der Versorgungsqualität, zusammen. Es geht hier bei der Ökonomisierung der gesundheitlichen Versorgung vielmehr darum, einen unnötigen Ressourceneinsatz zu vermeiden (Mühlenkamp 2003, S. 70).

Für die Patient_innen sei eine Effizienzsteigerung ebenfalls zu begrüßen, wenn die Ärzt_innen „ihre Patienten mit einem geringeren diagnostischen und therapeutischen Aufwand in kürzerer Zeit behandeln – und das bei gleich bleibender Qualität“ (Stüber, S. 91). Mit einer Ökonomisierung sind daher Anreize verbunden, die eine Verwendung unnötiger Maßnahmen in der Versorgung unterbindet und damit auch auf eine Rationalisierung pflegerisch-medizinischer Handlungen abzielt. Gleichzeitig bieten ökonomische Instrumente einen Ansatz, um die technische Effizienz und die Wirksamkeit zu steigern. In diesem Zusammenhang besteht der Anspruch, die materiellen, personellen und zeitlichen Ressourcen zu reduzieren, durch die „das gewünschte Behandlungsergebnis mit einem möglichst geringen Aufwand

⁷ Eine ausführliche Darstellung nimmt Slotala in seiner Dissertation zur „Ökonomisierung in der ambulanten Pflege. Eine Analyse der wirtschaftlichen Bedingungen und deren Folgen für die Versorgungspraxis ambulanter Pflegedienste“ (2011) vor.

erreicht wird“ (Slotala 2011, S. 61). Maßnahmen zur Lösung von Schnittstellenproblemen im Gesundheitssystem oder zum optimalen Personaleinsatz in der Versorgung sind nur zwei Beispiele, um dieses Ziel zu erreichen (ebd., S. 61).

Als vermeidbare Ineffizienz in der Personalausstattung in der Krankenhausversorgung wird folgendes Beispiel angeführt:

„Wenn also beispielsweise unnötig viele Ärzte und Pflegekräfte beziehungsweise überqualifiziertes Personal im Allgemeinen an der Versorgung eines Patienten beteiligt wäre, so könne von einem ineffizienten Personaleinsatz gesprochen werden.“ (ebd., S. 62)

Slotala (2011, S. 62) verweist jedoch darauf, dass es für diese Annahme nur wenig empirisch fundierte Erkenntnisse gibt. Zudem lassen die Ergebnisse von Aiken et al. (2008; 2014; 2010) einen gegenteiligen Schluss zum Zusammenhang von Personalausstattung und Versorgungsqualität zu.

Der mit der Einführung der G-DRGs verbundene *Kulturwandel* in der Krankenhausversorgung drückt sich gegenüber der Ökonomisierung als ressourcensichernde Maßnahme in der „Intensität und Radikalität [aus], mit der sich ein ökonomisches Gewinninteresse durchsetzt“ (Bauer 2006). Indem nunmehr die Erkrankungen bzw. ihre Diagnosen über die Fallpauschalen verpreislacht worden sind, hängt „die Ressourcenausstattung der Kliniken [...] mithin unmittelbar von der Nachfrage nach Versorgungsleistungen ab.“ (Bode 2010, S. 68)

Außerdem führte die Einführung der G-DRGs zu Bestrebungen des Krankenhausmanagements, durch strukturelle Veränderungen möglichst viele solcher Fälle anzuziehen, die durch die Vergütung auf Basis der G-DRGs als gut – kostengünstig bzw. finanziell gewinnbringend – bewertet werden (Bode 2010, S. 69; siehe auch Marrs 2007, S. 502). Problematisch sei in diesem Zusammenhang, dass in erster Linie medizinische Leistungen in die pauschalierte Vergütung eingehen, während pflegerische Tätigkeiten eher ausgeklammert werden (Weisbrod-Frey 2012, S. 290). Seit 2012 wird jedoch eine hochaufwendige Pflege im G-DRG-System über Zusatzentgelte finanziert (OPS-Schlüssel 9.20). Dadurch würde zumindest teilweise die pflegerische Seite der Krankenhausversorgung Eingang in das G-DRG-System finden (Stüber 2013, S. 84).

Die wirtschaftlichen Kalküle und Ziele, die mit der Einführung der G-DRGs ein starkes Gewicht bekommen hätten, würden nicht nur die Entscheidungen und Handlungen etwa des Krankenhausmanagements leiten. Sie würden außerdem die Entscheidungen der Krankenpflegekräfte und Ärzt_innen beeinflussen. Hätten Krankenhäuser vor der Einführung der G-DRGs staatliche Maßnahmen zur Kostensenkung von der Erbringung von Versorgungsleistung abgrenzen können, schlage sich nun die ökonomisierte Ausrichtung auf die Arbeitsbedingungen und Arbeitsweisen der Beschäftigten im Krankenhaus nieder (Bär 2011, S. 15).

Kühn (2003, S. 3) sieht hier eine „tendenzielle Überformung der professionellen (fachlich-medizinischen und ethischen) Entscheidungen und Handlungen durch wirtschaftliche Kalküle und Ziele“. Braun et al. (2010, S. 239) beschreiben die Ökonomisierung weiterhin als

„eine Änderung in den handlungsleitenden Zielen und Normen, bei denen dann nicht mehr die optimale Versorgung der Patienten im Vordergrund steht, sondern die Verbesserung bzw. Maximierung des Betriebsergebnisses.“

Der Einsatz von Geld hat dadurch den Anspruch verloren, „Mittel zum Zweck“ (Kühn/Simon 2001, S. 61) zu sein und ist stattdessen selbst zum Zweck geworden. Demnach würden die finanziellen Mittel nicht mehr dafür eingesetzt, um eine medizinische und pflegerische Versorgung von Patient_innen zu sichern, sondern um finanzielle Gewinne mit der stationären Versorgung zu erzielen.⁸ In diesem Sinne lassen sich auch folgende Strategien, die nach Strech (2014, S. 29f.) auf Rationierungsentscheidungen basieren, aufzählen:

- Schnellere Entlassung oder Verlegung von Patient_innen,
- Vorenthalt teurer Behandlungsoptionen, die den Patient_innen unbekannt sind,
- Rationierung von Zeit, die mit den Patient_innen verbracht werden,
- Vermeidung von Konflikten durch individuelle Lösungen, die aus Verhandlungen mit den Patient_innen, deren Familienangehörigen oder dem System hervorgehen (ebd., S. 29 f.).

Darüber hinaus kann mit dem Kulturwandel, der mit einem hohen Druck und Qualitätseinbußen einhergeht, ein Wandel im Berufsethos der Krankenpflegekräfte und der Ärzt_innen einhergehen. Die mit dem Wandel verbundene Gefahr der Qualitätseinbußen steige, wenn der Druck bei der Arbeit mit einer Überarbeitung oder dem Gefühl der Angst verbunden ist. „Ärzte und Pflegepersonal überschreiten dann die Grenzen des Zumutbaren oder sie kündigen innerlich und leisten ‚Dienst nach Vorschrift‘.“ (Stüber 2013, S. 92) Dadurch kämen nicht nur die Patient_innen zu Schaden, sondern auch die Behandelnden selbst (ebd., S. 92).

Die Ökonomisierung im Sinne eines Kulturwandels ist zusammengenommen mit Ansprüchen verbunden, die sich ausschließlich an Kriterien der Effizienz und Effektivität ausrichten. Dabei spielen Orientierungen an den medizinisch-pflegerischen Bedarfen der Patient_innen weniger eine Rolle. Im Vordergrund stehen dagegen betriebswirtschaftliche Interessen.

⁸ Eine ausführliche Betrachtung der Hintergründe des „Mutationsimpuls Ökonomisierung“ bietet Bode (2016).

2.2 Zur Berufsspezifischen Orientierung von Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen

Als berufsspezifische Orientierung werden in dieser Arbeit die Normen und Werte der Ärzt_innen und Krankenpflegekräfte verstanden, die sich auf eine berufsethische Grundlage zurückführen lassen. Darüber hinaus gibt es Leitlinien und rechtliche Regelungen, die ebenfalls einen Einfluss auf das Versorgungshandeln im Krankenhaus haben.

Über das *Berufsethos* ist eine Annäherung an die berufsspezifischen Orientierungen der Ärzt_innen und Krankenpflegekräfte möglich. Allgemein umfasst das Berufsethos

„bestimmte Vorstellungen einer guten Berufspraxis, die von den Berufsangehörigen geteilt werden. [...] Sie geben dem Handeln in der Berufspraxis einen Sinn, motivieren und legitimieren es sowohl vor dem Handelnden als auch vor anderen.“ (Stüber 2013, S. 3)⁹

Berufsethische Normen sind teilweise ausformuliert. Sie können zum Beispiel in Form von Berufskodizes festgehalten werden. Berufskodizes umfassen berufliche Werte und Normen und dienen damit den Berufsangehörigen als Orientierungshilfe in der beruflichen Praxis (Lauber 2012, S. 263).

„Berufskodizes sind das Ergebnis innerberuflicher Diskussionen über die ethischen Aspekte eines Berufes. Sie erfüllen die wichtige Funktion, zu verdeutlichen, wie die Berufsgruppe ihren gesellschaftlichen Auftrag erfüllen will.“ (ebd., S. 266)

Ein Beispiel für den Ethikkodex der Pflegekräfte bildet der International Council of Nurses (ICN)¹⁰. In seiner Präambel werden konkrete Ansprüche an die pflegerische Versorgung von Patient_innen festgehalten:

„Pfleger haben vier grundlegende Aufgaben: Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen, Leiden zu lindern. Es besteht ein universeller Bedarf an Pflege. Untrennbar von Pflege ist die Achtung der Menschenrechte, einschließlich dem Recht auf Leben, auf Würde und auf respektvolle Behandlung. Sie wird ohne Unterschied auf das Alter, Behinderung oder Krankheit, das Geschlecht, den Glauben, die Hautfarbe, die Kultur, die Nationalität, die politische Einstellung, die Rasse oder den sozialen Status ausgeübt.“ (Präambel, International Council of Nurses)

⁹ Stüber (2013) untersucht den „Berufsethos im Krankenhaus“. Im Zentrum steht dabei, ob der Anspruch der Behandelnden, sich um das eigene Wohl zu kümmern und andere berufsethische Anforderungen nicht umgesetzt werden können. Ferner wird danach gefragt, wie eine mangelnde Umsetzung der Ansprüche legitimiert werden kann.

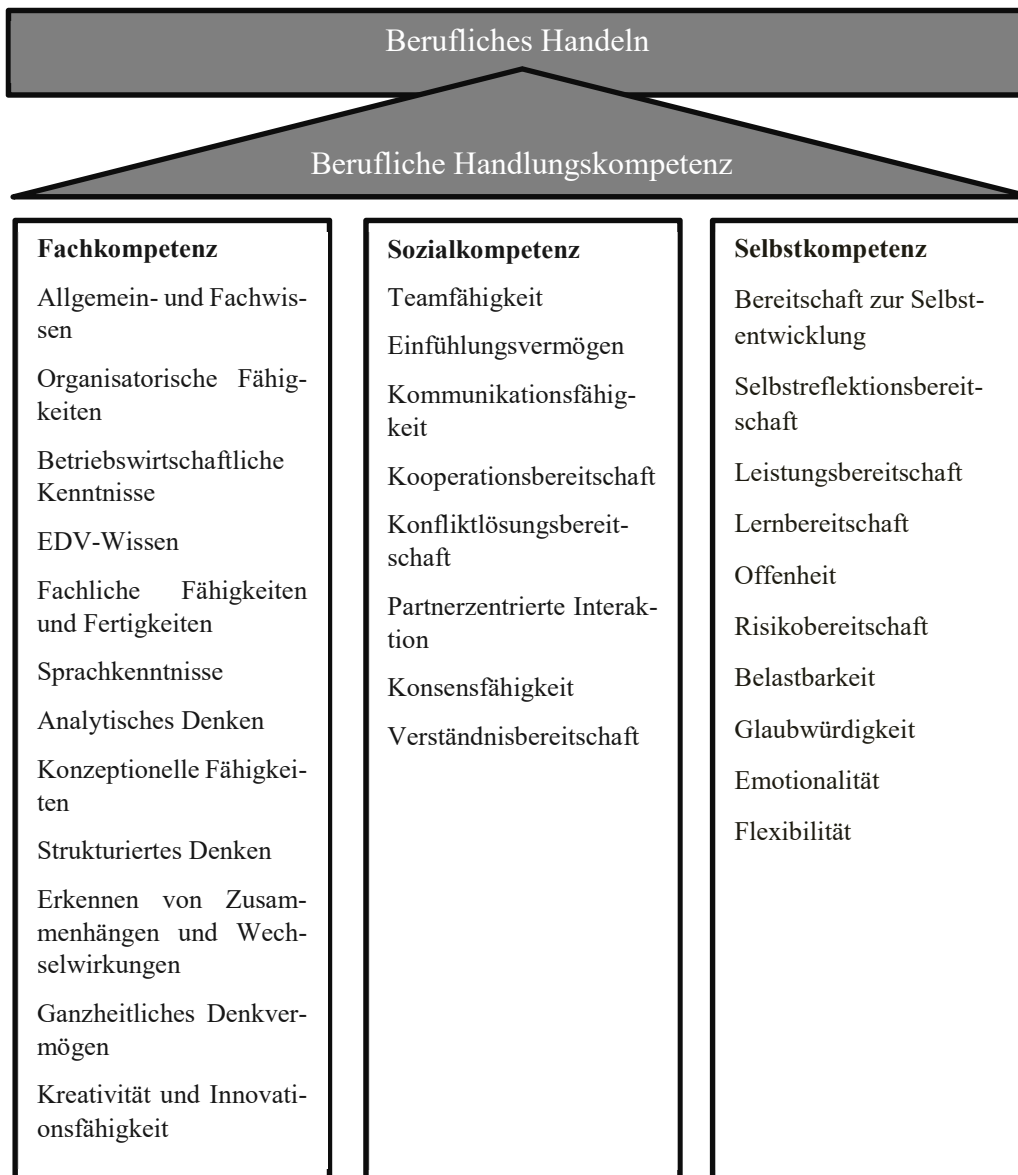
¹⁰ Der ICN ist ein Bund, der sich aus über 130 nationalen Pflegevereinen zusammensetzt. Zu den zentralen Aufgaben der ICN gehören u.a. die weltweite Vertretung des Pflegeberufs und die Weiterentwicklung des pflegerischen Wissens.

Auch in der Rahmen-Berufsordnung für professionell Pflegende des deutschen Pflegerats werden Ansprüche an die pflegerische Versorgung formuliert. In der Präambel heißt es:

„Die ethischen Grundsätze der professionell Pflegenden basieren auf dem Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland, das die Unantastbarkeit der Würde des Menschen festlegt. Darüber hinaus gelten die aktuellen wissenschaftlich fachlichen Erkenntnisse sowie die ethischen Regeln der einzelnen Berufsorganisationen und -verbände. Pflege heißt, den Menschen in seiner aktuellen Situation und Befindlichkeit wahrzunehmen, vorhandene Ressourcen fördern und unterstützen, die Familie und das soziale, kulturelle und traditionelle Umfeld des Menschen berücksichtigen und in die Pflege einbeziehen sowie gegebenenfalls den Menschen auf seinem Weg zum Tod begleiten.“ (Deutscher Pflegerat e.V. 2004)

Anhand der Kodizes lässt sich für den pflegerischen Dienst im Krankenhaus eine Orientierung ausmachen, die sich in erster Linie an den Bedürfnissen der Patient_innen ausrichtet. Dennoch ist zu berücksichtigen, dass derartig ausformulierte Kodizes nur einen Teil des Ethos abdecken. Denn darüber hinaus umfasst der Ethos „Vorstellungen guter Arbeit, die historisch gewachsen sind, die nicht ausformuliert werden, aber dennoch identitätsstiftend bleiben.“ (Stüber 2013, S. 4)

Eine weitere Ausdifferenzierung der beruflichen Orientierung, die einen näheren Praxisbezug aufweist, lässt sich den Lehrbüchern und der Forschungsliteratur entnehmen. Beispielsweise baut in einem Lehrbuch das berufliche Handeln auf einen umfassenden Katalog beruflicher Handlungskompetenzen auf, die sich in Fach-, Sozial- und Selbstkompetenzen unterscheiden lassen (vgl. Abbildung 1, S. 16). In diesem Beispiel sind betriebswirtschaftliche Kenntnisse Teil der Fachkompetenz. Dies weist zumindest darauf hin, dass ökonomische Aspekte in der berufsspezifischen Orientierung eine Rolle spielen, gleichwohl es nur ein Aspekt unter vielen ist.

Abbildung 1: Dimensionen der beruflichen Handlungskompetenz

Quelle: Heißenberg/Lauber 2012, S. 76.

Darüber hinaus ist die pflegerische Versorgung durch die gesetzliche Anforderung geprägt, einer evidenzbasierten Pflege und Versorgung gerecht zu werden, indem z.B. Expertenstandards umgesetzt werden (Riedel 2015, S. 93). Bereits vor dem Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, in Kraft getreten am 1.7.2008) und der damit einhergehenden Regelung zu Expertenstandards (§113a SGB XI) gab es Expertenstandards des

Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Theuerkauf 2011, S. 72).¹¹ Im Methodenpapier des DNQP heißt es zu den Expertenstandards, dass sie

„evidenzbasierte, monodisziplinäre Instrumente [sind], die den spezifischen Beitrag der Pflege für die gesundheitliche Versorgung von Patienten/Patientinnen bzw. Bewohner/Bewohnerinnen sowie ihren Angehörigen zu zentralen Qualitätsrisiken aufzeigen und Grundlage für eine kontinuierliche Verbesserung der Pflegequalität in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen bieten.“ (DNQP 2015, S. 5)

Die Expertenstandards bilden dabei das Bindeglied zwischen evidenzbasierten Erkenntnissen und der pflegerischen Praxis (Blumenberg 2012, S. 78). Die Aufgaben der Expertenstandards sind folgende:

- Definition beruflicher Aufgaben und Verantwortungen
- Anstoßen von Innovationen
- Förderung evidenzbasierter Berufspraxis, beruflicher Identität und Beweglichkeit
- Schaffung einer Grundlage für einen Dialog zu Qualitätsfragen (ebd. S. 2).

Ähnlich wie die Pflegekräfte haben die Ärzt_innen gleichermaßen ausformulierte Kodizes. Der Hippokratische Eid hat jedoch nur noch eine historische Bedeutung (Köbberling 2003, S. 76). Ein aktuelles Beispiel für einen Ethikkodex ist die Genfer Deklaration des Weltärztebundes. Hier werden unter anderem eine umfassende Fürsorge- und Schweigepflicht sowie die Orientierung am Wohl der Patient_innen festgehalten. Weiterhin lassen sich Merkmale bspw. aus der Berufsordnung der nordrheinischen Ärzt_innen ableiten. Dort heißt es:

„Ärztliche Aufgabe ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken.“ (Ärzttekammer Nordrhein 2015)

Ferner sollen die Menschenwürde und die Persönlichkeit der Patient_innen bei der medizinischen Behandlung beachtet werden. Weiterhin sollen die Ärzt_innen mit anderen Ärzt_innen oder Angehörigen anderer Fachgruppen „im Interesse der Patientinnen und Patienten [zusammenarbeiten]“ (ebd.). Eine andere Quelle standesethischer Kodizes bildet die „Medical professionalism in the new millennium: a

¹¹ Folgende Expertenstandards gibt es: Dekubitusprophylaxe, Entlassungsmanagement, Schmerzmanagement bei akuten Schmerzen, Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen, Sturzprophylaxe, Förderung der Harnkontinenz, Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung, Förderung der physiologischen Geburt und Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz (www.dnqp.de).

physician charter“, die in Deutschland jedoch nur wenig bekannt ist (Schildmann/Sandow/Vollmann 2011, S. 49). Die hier formulierten Orientierungen basieren auf einer gemeinsamen Diskussion des American Board of Internal Medicine, der American Society of Internal Medicine, dem American College of Physicians und der European Federation of Internal Medicine (Köbberling 2003, S. 76). Folgende Prinzipien aus diesem Kodex werden von Schildmann/Sandow/Vollmann (2011, S. 50) als zentral herausgestellt.

- „Primat des Patientenwohls: Dieses Prinzip basiert auf der Verpflichtung, im Interesse des Patienten zu handeln. Altruismus trägt zum Vertrauen bei, das im Zentrum der Arzt-Patient-Beziehung steht. Marktmechanismen, gesellschaftlicher Druck und administrative Anforderungen dürfen dieses Prinzip nicht beeinträchtigen.
- Patientenselbstbestimmung: Ärzte müssen das Recht auf Selbstbestimmung des Patienten respektieren. Ärzte müssen ehrlich zu ihren Patienten sein und sie befähigen, informierte Entscheidungen über ihre Behandlung zu treffen. Die Entscheidungen der Patienten bezüglich ihrer Behandlung müssen oberste Priorität haben, sofern diese im Einklang mit einer ethisch angemessenen Praxis stehen und keine Forderungen nach unangemessenen Maßnahmen beinhalten.
- Soziale Gerechtigkeit: Die Ärzteschaft soll die Gerechtigkeit im Gesundheitssystem einschließlich einer fairen Ressourcenverteilung fördern. Ärzte sollten sich aktiv für die Beseitigung von Diskriminierung im Gesundheitswesen einsetzen – unabhängig davon, ob sich diese auf Rasse, Geschlecht, sozioökonomischen Status, Ethnie, Religion oder irgendeine andere soziale Kategorie bezieht.“ (Schildmann/Sandow/Vollmann 2011, S. 50)

Darüber hinaus werden ärztliche Verantwortlichkeiten formuliert: Verpflichtung zur fachlichen Kompetenz, Verpflichtung zur Wahrhaftigkeit im Umgang mit Patient_innen, Verpflichtung zur Vertraulichkeit, Verpflichtung zur angemessenen Beziehung zu Patient_innen, Verpflichtung zur ständigen Qualitätsverbesserung, Verpflichtung zum Erhalt des Zugangs zu medizinischen Leistungen, Verpflichtung zur gerechten Verteilung begrenzter Mittel im Gesundheitswesen, Verpflichtung zur Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse, Verpflichtung zum angemessenen Verhalten bei Interessenskonflikten und Verpflichtung zur kollegialen Verantwortung (Köbberling 2003, S. 77f.).

Der Prinzipienethik nach Beauchamp/Childress (2009, S. 99ff.) entstammen ebenfalls ethische Prinzipien: Autonomie, Wohltun und Schadensvermeidung sowie Gerechtigkeit. Mit der *Autonomie* liegt das eigenständige Handeln der Individuen, das nicht durch Dritte kontrolliert wird, im Vordergrund (ebd., S. 99). Die

Schadensvermeidung beinhaltet die Verpflichtung, keinen Schaden bei anderen zu verursachen bzw. vor Schaden zu beschützen (ebd., S. 149f.). Gegenüber der Schadensvermeidung geht das *Wohltun* noch einen Schritt weiter. Hierbei geht es insbesondere darum, anderen durch Handlungen zu helfen. Dabei werden die Handlungen mit den potenziellen Risiken und aufkommenden Kosten ausgeglichen, um die besten Ergebnisse erzielen zu können (ebd., S. 197). Das Prinzip der Gerechtigkeit umfasst nicht allein eine faire, gerechte und angemessene Erbringung von Versorgungsleistungen. Hier sollten auch die gegebenen Möglichkeiten berücksichtigt werden, die durch den jeweiligen Rahmen vorgegeben werden (ebd., S. 240ff.).

In einer Untersuchung von Schröder/Raspe (2010) zur Einstellung und Werthaltung wurden Ärzt_innen¹² in Schleswig-Holstein befragt. Die Befragten wurden gebeten, die Prinzipien von Beauchamp und Childress und das Prinzip der Wirtschaftlichkeit in eine Rangfolge zu bringen (vgl. Tabelle 1, S. 19). Hier geht hervor, dass die Ärzt_innen dem Wohl der Patient_innen und der Abwendung von Schaden die größte Bedeutung zuschreiben. Im Mittelfeld befindet sich die soziale Gerechtigkeit gefolgt von der Patientenselbstbestimmung. Der letzte Rang kommt dem Prinzip der Wirtschaftlichkeit zu. Aber immerhin nimmt bei über einem Drittel der Ärzt_innen dieses Prinzip auch den zweiten oder dritten Platz in der Rangfolge ein.

Tabelle 1: Ärztliche Grundwerte und deren Bedeutung

	Rang 1	Rang 2	Rang 3	Rang 4	Mittelwert
Patientenwohl und Abwendung von Schaden	83,3	13,1	3,2	0,4	1,2
Soziale Gerechtigkeit (gleicher Zugang, gleiche Behandlung bei gleichem Bedarf)	8,4	46,2	33,7	11,7	2,5
Patientenselbstbestimmung	6,9	30,0	35,7	27,5	2,8
Wirtschaftlichkeit (sparsamer Umgang mit knappen Ressourcen)	1,5	10,6	27,5	60,4	3,5

Quelle: Schröder/Raspe 2010, S. 92.

Neben diesen ethischen Ansprüchen verweist Vogd (2011) im Zusammenhang mit dem beruflichen Selbstverständnis der Ärzt_innen darauf, dass Freundlichkeit nicht in erster Linie der beruflichen Orientierung von Ärzt_innen entspricht. Dagegen wird jedoch die ärztliche Kunst hervorgehoben,

¹² Die Ärzt_innen waren Ärzt_innen in Weiterbildung oder bereits Fachärzt_innen mit hausärztlichen Aufgaben, einer konservativen, operativen oder diagnostischen Disziplin oder Psychiatrie/Psychotherapie (Schröder/Raspe 2010, S.84).

„emotionale Zustände geschickt balancieren zu können, im Sinne einer Arbeitsteilung überwiegend dem pflegerischen Bereich überantwortet, denn im Sinne der Aufrechterhaltung der medizinischen Funktionsvollzüge muss der Patient, allein schon um die Zumutungen der ärztlichen Therapien und Diagnosen aushalten zu können, bei guter Laune gehalten werden.“ (Vogd 2011, S. 31)

Ferner bieten die professionssoziologischen Ansätze einen Zugang zum ärztlichen Berufsethos. Bei Parson oder Freidson bilden weniger inhaltliche Komponenten als vielmehr funktionale Begründungszusammenhänge die Grundlage für das Bestehen einer ärztlichen Berufsethik. So entspricht die Berufsethik nach Parsons (1939) einer funktionalen Notwendigkeit, ärztliche Handlungen und medizinische Anwendungen zu steuern, um den Eingriff in den menschlichen Lebensbereich zu regulieren (siehe auch Depner 1974, S. 11). Nach Freidsons (1975, 1979, 2001) professionssoziologischer Perspektive bedeutet die ärztliche Ethik dagegen eine Rechtfertigung und Sicherung der erkämpften Privilegien gegenüber äußeren Einflüssen (vgl. auch Depner 1974, S. 11).

Gegenüber dem Stuserhalt sieht Stüber (2013, S. 7f.) im Berufsethos eine Voraussetzung dafür, dass Patient_innen Vertrauen zu den Behandelnden aufbauen können. Dies sei erstens wichtig, damit sich die Patient_innen auf die Behandelnden einlassen können, persönliche Informationen mit ihnen teilen und ihnen einen Einblick in ihre Intimsphäre ermöglichen können (ebd., S. 8). Zweites unterstütze das Vertrauen in die behandelnden Personen, dass die Patient_innen den Anweisungen der Behandelnden eher folgen würden (ebd., S. 9). Drittens bilde das Vertrauen eine Alternative zu den geringen Kontrollmöglichkeiten der Patient_innen in der Versorgung:

„[E]s [ist] wichtig, auf eine gewisse Integrität der Berufsangehörigen vertrauen zu können, die es glaubhaft macht, dass diese ihr Fachwissen tatsächlich zum Wohle ihrer Patienten einsetzen“ (ebd., S. 9).

Um den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zu unterstützen, seien drei Komponenten in der medizinischen Versorgung von Bedeutung:

- „[E]rstens *Deutungsbedarf in Situationen höchster Ungewißheit und seelischer Belastung*, dessen Befriedigung durch ausreichende Gespräche, Beratungen, Vorwarnungen, Informationen den Patienten zumindest eine gewisse kognitive Kontrolle der Geschehnisse erlaubt,
- zweitens *emotionale Bedürfnisse nach Trost, Zuspruch, Zuwendung*, deren Befriedigung intensive Ängste und Hoffnungslosigkeitsgefühle mindern helfen kann und
- drittens schließlich *soziale Bedürfnisse nach Interaktion mit subjektiv wichtigen und daher auch motivierenden Personen*, nach Anerkennung als zwar

Kranker aber deshalb nicht wertloser Mensch, deren Befriedigung, Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl stützt und dadurch die Bewältigung belastender Situationen erleichtert.“ (Badura 1994, S. 53f.)

Im professionsethischen Sinne wirken zudem Kontrollmechanismen, indem die beruflichen Tätigkeiten im Rahmen einer Selbstkontrolle und durch die Kontrolle von Fachkolleg_innen überprüft werden (Langer 2005, S. 168). Hinzu kommt, dass im ärztlichen Berufsrecht das professionsethische Selbstverständnis in einer Rechtsform festgehalten ist (Rixen 2015, S. 71).

Im Rahmen der berufsspezifischen Orientierung haben die medizinischen Leitlinien ebenfalls einen Einfluss auf das Handeln in der stationären Versorgung. Leitlinien bilden den aktuellen Wissenstand über effektive und angemessene Behandlungsmethoden ab (Farin/Glattacker/Jäckel 2011, S. 429). Demnach bieten sie ebenfalls Orientierungen für die Ärzt_innen, an denen sich die Versorgung von Patient_innen ausrichten kann.

„Medizinische Leitlinien sind Instrumente, mit deren Hilfe man Entscheidungen in der medizinischen Versorgung auf eine rationalere Basis stellen kann. Ihr Ziel ist es, die Qualität der Versorgung zu verbessern und die Stellung des Patienten zu stärken. Dabei hängen Erfolg oder Misserfolg medizinischer Leitlinien ab von ihrem medizinischen Wert, von einschlägigen sozialen, juristischen und ethischen Rahmenbedingungen sowie von ihrer Umsetzung in der täglichen Praxis.“ (Europarat 2001, S. 6)

Ausgangspunkt für die Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien war, dass es für eine Erkrankung unterschiedliche Behandlungsmethoden mit entsprechend unterschiedlichem Erfolg gab. Die entwickelten Leitlinien sind demnach einheitliche Empfehlungen, auf deren Grundlage diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen in der Patientenversorgung eingesetzt werden sollen (Farin/Glattacker/Jäckel 2011; Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 389). Mit dem Einsatz von Leitlinien werden unterschiedliche Ziele verfolgt:

- „Transfer wissenschaftlicher Erkenntnis in die Praxis
- Sicherstellung und Verbesserung der Qualität der Versorgung
- Einführung von Entscheidungshilfen für die Praxis
- Anhebung des Qualitätsniveaus, Reduktion unerwünschter Qualitätsstreuung
- Verwendung als Prüfkriterium für die Qualität der Behandlung
- Verbesserung der Wirtschaftlichkeit, sinnvoller Ressourceneinsatz
- Verbesserung der Ausbildung der Behandler
- Information der Öffentlichkeit/der Patienten“ (Farin/Glattacker/Jäckel 2011, S. 429).

Wenngleich eine Ausrichtung an Leitlinien in der Patientenversorgung eine Rolle spielt, wird in dieser Arbeit der Fokus auf den ökonomischen und berufsspezifischen Ansprüchen liegen.

Zusammengenommen zeigt sich für die berufsspezifische Orientierung sowohl bei den Krankenpfleger_innen als auch bei den Ärzt_innen an dieser Stelle eine starke Ausrichtung auf die Patient_innen und weniger eine Orientierung an wirtschaftlichen Interessen. Insgesamt ist das Berufsethos jedoch kein starres Gebilde. Veränderungen des Ethos speziell von Behandelnden in der Krankenhausversorgung ergeben sich etwa

„aus dem Wandel der medizinischen Praxis und ihrer Rahmenbedingungen und aus den sich wandelnden Erwartungen der Patienten, der Gesellschaft und der Berufsangehörigen selbst an eine gute Versorgung im Krankenhaus.“ (Stüber 2013, S. 10)

2.3 Theoretische Perspektive zum Zusammenfallen unterschiedlicher Orientierungen

Schimank/Volkman (2017, S. 14) untersuchen „die Ökonomisierung des Nicht-Ökonomischen“. In diesem Rahmen entwickeln sie eine Ökonomisierungsskala (Übersicht 1, S. 23), mit der der Ökonomisierungsdruck in unterschiedlichen Einrichtungen festgestellt und verglichen werden kann (ebd., S. 35).

Diese Systematisierung von Ökonomisierungsgraden baut auf dem bourdieuschen Feldkonzept auf. Die soziale Wirklichkeit setzt sich nach Bourdieu aus unterschiedlichen sozialen Feldern (etwa der Kunst oder der Wissenschaft) zusammen, in denen je eigene Spielregeln gelten. Diese Spielregeln müssen die Handelnden befolgen, um entsprechendes Kapital¹³ akkumulieren zu können (Joas/Knöbl 2004, S. 545). Jedes Feld ist durch ein „Spannungsverhältnis zwischen einem autonomen und einem weltlichen Pol“ (Schimank/Volkman 2008, S. 384) gekennzeichnet. Der autonome Pol bei Stufe 1 umfasst die jeweilige feldspezifische Logik, ohne dass ein Kostenbewusstsein bei den Individuen oder bei den Leistungsproduzenten bestehe, während sich der weltliche Pol bei Stufe 7 durch eine ausschließlich ökonomische Logik auszeichnet.

¹³ Bourdieu entwickelt den Kapitalbegriff weiter, um soziale Kämpfe in Feldern bestimmen zu können: Neben dem ökonomischen Kapital gibt es das kulturelle Kapital (z.B. Kunstgüter wie Musik oder Titel etwa durch Studienabschlüsse), das soziale Kapital (z.B. durch die Zugehörigkeit zu einer Gruppe, Beziehungen zu Personen) und das symbolische Kapital (z.B. die Reputation einer Person, die sich aus dem Zusammenspiel aller drei vorherig genannten Kapitalsorten ergibt).

Übersicht 1: Ökonomisierungsskala

Stufe 1	Kein Kostenbewusstsein
Stufe 2	Kostenbewusstsein erwünscht, wo möglich
Stufe 3	Fixierte Obergrenze für finanzielle Verluste
Stufe 4	Keine finanziellen Verluste mehr erlaubt
Stufe 5	Kleine finanzielle Gewinne, wenn möglich
Stufe 6	Fixiertes moderates Gewinnziel
Stufe 7	Maximierung finanzieller Gewinne

Quelle: Schimank/Volkman (2017), S. 35.

Auf der *Stufe 1* sind ökonomische Orientierungen wie die Vermeidung von Verlusten und die Maximierung von Gewinnen nicht von Bedeutung – die feldspezifische Logik bildet die alleinige Handlungsorientierung. Mittelknappheit ist auf dieser Stufe nicht gegeben. Auf der *zweiten Stufe* dürfen sich „die Leistungsproduzenten [...] in ihrem Handeln weiterhin kompromisslos im Rahmen dessen bewegen, was der Leitwert verlangt.“ (Schimank/Volkman 2017, S. 37) Jedoch gilt für sie, hier darauf zu achten, finanzielle Verluste weitestgehend zu verringern und die Leistungen sparsam zu erbringen (ebd., S. 37f.). Auf *Stufe 3* werden konkrete Erwartungen zu den finanziellen Verlusten formuliert. Demnach werden zwar Verluste weiterhin definiert, aber nicht mehr in einem unbegrenzten Umfang wie auf Stufe 2. Bei Nicht-Erfüllen dieser Erwartungen folgen negative Sanktionen (ebd., S. 38f.). Auf der *vierten Stufe* besteht ein konsequentes Kostenbewusstsein und es dürfen keine Verluste mehr gemacht werden (ebd., S. 39).

„Spätestens auf dieser Stufe wird es wirklich schmerzhaft für die Leistungsrollenträger wie z.B. Ärzte oder Lehrer, denen je nach Kostenlage aufgezwungen wird, ihr sphärenspezifisches Ethos mehr oder weniger stark zu verleugnen; entsprechend können auch die Leistungsempfänger wie Patienten oder Schüler leiden.“ (ebd., S. 40)

Zwar würde der Anspruch an eine Verlustvermeidung nicht per se die sphärenspezifischen Logiken einschränken, dennoch würden ab einem bestimmten Punkt die finanziellen Rahmenbedingungen die Umsetzung unmöglich machen. Auf *Stufe 5* kommt neben der Verlustvermeidung hinzu, dass die Individuen möglichst auch kleinere Gewinne erzielen sollen, wobei die Erzielung kleiner Gewinne nicht Pflicht ist (ebd., S. 42). Auf der *sechsten Stufe* sollen wiederum festgelegte moderate Gewinne erzielt werden. Die *Stufe 7* ist letztlich dadurch gekennzeichnet, möglichst viele Gewinne zu erzielen. „Gewinnmaximierung ist hier oberste Maxime und ‚Muß-Erwartung‘.“ (ebd., S. 44)

Basierend auf einer älteren Version der Skala mit fünf Graden der Ökonomisierung (Schimank und Volkmann 2008) nimmt Slotala (2011, S. 73) eine Zuordnung von Krankenhäusern vor. Er verweist darauf, dass die Einrichtungen mit einem öffentlichen Träger nicht nur zunehmend in öffentlich-private Partnerschaften überführt worden sind. „Daneben wird verstärkt ein Kostendruck erzeugt und mehr oder weniger marktförmige Konkurrenzstrukturen aufgebaut.“ (ebd., S. 73) Mit diesen Veränderungen werde zwar nicht so stark das Ziel einer Effektivitäts- und Effizienzsteigerung verfolgt. Dennoch würden sich die Einrichtungen zunehmend an Kund_innen und nicht an Patient_innen ausrichten (ebd., S. 73). Übertragen auf die aktuelle Ökonomisierungsskala können diese öffentlichen Krankenhäuser in die Stufen 3 bis 5 eingeordnet werden.

Die Krankenhäuser mit einem privaten Träger werden von Slotala (2011, S. 73) dagegen in den Stufen 4 und 5 der älteren Version der Ökonomisierungsskala verortet. Dementsprechend können diese Einrichtungen ebenfalls den höchsten Stufen – also die Stufen mit den höchsten Ökonomisierungsgraden – eingeordnet werden. Einer Ausrichtung an Kapitalerträgen komme bei den Krankenhäusern in privater Trägerschaft eine große Bedeutung zu. Die 5 Stufe der Ökonomisierung (bzw. der 7 Stufe entsprechend der Skala von 2017) liegt dann vor, wenn

„der ökonomische Druck zudem durch Prozesse verstärkt [wird], die sich beispielsweise unter der Bezeichnung ‚Finanzmarkt-Kapitalismus‘ subsumieren lassen und auf den zunehmenden Einfluss von Shareholdern – vor allem Aktionären – auf die Unternehmenspolitik abzielen“ (ebd., S. 73).

Die Unternehmenssteuerung der Krankenhäuser ziele dann vordergründig auf Handlungsorientierungen, die kurzfristig möglichst hohe Renditen erbringen würden (ebd., S. 73).

Die Ausrichtung der Organisationen auf Verlustvermeidung und/oder Gewinnerzielung geht mit Anforderungen an die Beschäftigten in den Organisationen einher, diese Ziele auch zu erreichen. Wie reagieren nun die Beschäftigten darauf bzw. auf welchen Handlungsstrategien greifen sie zurück, wenn die Organisationen sich zunehmend am weltlichen Pol ausrichten, sie aber eine berufsethische Ausrichtung haben, die eher dem autonomen/feldspezifischen Pol zuzuordnen sind? Hier bieten Ansätze aus dem Bereich der „organisational orientation“ eine Möglichkeit, die Handlungen der Beschäftigten mit der organisationalen Ausrichtung zu verknüpfen.

Bevor näher auf diese Ansätze eingegangen wird, gilt es darzustellen, warum unterschiedliche Orientierungen für Individuen problematisch sein können. Einen Zugang hierzu ermöglichen die Konsistenztheorien aus der Sozialpsychologie. In der Konsistenztheorie gilt die Grundannahme,

„dass Menschen in ihrem psychischen System nach Konsistenz streben, d.h. danach, dass ihre verschiedenen Kognitionen in Übereinstimmung miteinander stehen und ihr gezeigtes Verhalten dem entspricht.“ (Peus/Frey/Braun 2011, S. 62)

Es komme jedoch zu Inkonsistenzen oder auch zu Dissonanzen, wenn sich die Kognitionen und das Verhalten widersprechen. Übertragen auf die dieser Arbeit zugrunde liegenden Problematik: Dissonanzen entstehen, wenn die Individuen unterschiedlichen Anforderungen gegenüberstehen, die sich aus ökonomischen und berufsspezifischen Anforderungen ergeben. Die Individuen würden dann versuchen, die Kognitionen und ihr Verhalten wieder in Einklang zu bringen (ebd., S. 62). Folgende Maßnahmen können für die Herstellung einer Konsistenz eingesetzt werden:

- Hinzufügen neuer konsonanter Kognitionen
- Abzug bestehender dissonanter Kognitionen (z.B. durch Ignorieren oder Verdrängen)
- Ersetzen vorhandener Kognitionen durch andere Kognitionen (ebd, S. 63f.).

Damit eine Dissonanzreduktion dauerhaft stabil ist oder höhere Erfolgsaussichten mit den Maßnahmen einhergehen, müsse der kognitive Aufwand möglichst gering ausfallen und mit möglichst geringen Veränderungen des kognitiven Systems verbunden sein (ebd., S. 64).

Aus der sozialpsychologischen Perspektive heraus kann also von einem individuellen Bestreben der Ärzt_innen und Krankenpflegekräfte ausgegangen werden, durch das versucht wird, unterschiedliche Ansprüche in der Versorgungspraxis miteinander zu vereinbaren.

Im Rahmen der organisational orientation werden die Ansätze von Presthus (1962), Siller (2008) und Lipsky (1983) herangezogen. Im Zentrum dieser Ansätze steht eine Typenbildung, die beschreibt, wie Individuen veränderte Umwelтанforderungen vor dem Hintergrund ihrer eigenen Normen, Werte und Motive aushandeln. Gegenüber der konsistenztheoretischen Perspektive wird über die Reduktion von Inkonsistenzen hinaus thematisiert, wie Individuen auf der Grundlage unterschiedlicher Orientierungen handeln.

Ausgangspunkt bei Presthus (1962) ist, wie Individuen mit einer veränderten Umwelt in Form von bürokratischen Organisationen umgehen. Organisationen werden in diesem Zusammenhang als „Miniatargesellschaften“ (ebd., S. 17) beschrieben, die auf spezifische Ziele (bei Presthus (1962) ist es die Erhöhung der Wettbewerbschancen) ausgerichtete „bewährte Ideale, Einstellungen und Verhal-

tensweisen einübt“ (ebd., S. 17). Die darauf aufbauend entwickelten Anpassungsmuster der Individuen gehen auf die Annahme zurück, dass das Verhalten von Menschen den wahrgenommenen Erwartungen in sozialen Situationen entspricht.

„Nach einer bestimmten Zeitspanne werden solche Reaktionen relativ gleichförmig; sie werden ständig verstärkt, weil sie dem dringlichen Verlangen des einzelnen nach Sicherheit, Anerkennung und Gruppenbestätigung bedingen.“ (ebd., S. 171)

Bei den entwickelten Anpassungstypen – den Aufsteigenden, den Indifferenten und den Ambivalenten – spricht Presthus (1962) von Idealtypen, die er als „*modale* Muster des Sichanpassens an die bürokratische Situation“ (ebd., S. 173; Herv. im Original) versteht. Er verweist zugleich darauf, dass obgleich diese Idealtypen als Anpassungsmuster zu identifizieren sind, die Einzelpersönlichkeiten der Individuen ebenfalls ihre Handlungen prägen (ebd., S. 173).

Der Idealtypus des *Aufsteigenden* ist durch eine hohe Arbeitsmoral gekennzeichnet (ebd., S. 174). „Sie identifizieren sich weitgehend mit der Organisation und beziehen ihre Kraft aus dieser Verbundenheit.“ (ebd., S. 174) Der Aufsteigende besitzt ein großes Vermögen, sich mit der Organisation zu identifizieren. „Für ihn ist die Organisation qua Organisation etwas Sinnvolles, sie fordert Loyalität und Einsatzbereitschaft und stellt einen stabilen Bezugspunkt dar.“ (ebd., S. 175) Für dieses Verhalten erhalten die Aufsteigenden Belohnungen in Form von Macht, Einkommen und Selbstbestätigung von der Organisation. Die für diese Belohnungen verantwortliche Organisation wird daher nicht hinterfragt (ebd., S. 174).

Die Akzeptanz der organisationalen Ziele bedingt bei den Aufsteigenden die Fähigkeit, sich ihnen zugleich unterordnen zu können (ebd., S. 175). Darüber hinaus kommt es zu einer Internalisierung der organisationalen Wertbegriffe; diese Werte werden dadurch zu „Aktionsprämissen“, die das Handeln der Individuen prägen (ebd., S. 176).

Der *Indifferente* würde dagegen seine Befriedigungsmöglichkeiten auf den Bereich außerhalb seiner Arbeit lenken. Die Einstellung des Indifferenten zur Arbeit ist dabei durch „eine gewisse Gleichgültigkeit“ (ebd., S. 210) gekennzeichnet. Der sogenannte „Dienst nach Vorschrift“ beschreibt die Arbeitsweise des Indifferenten am besten. Diese Gleichgültigkeit gegenüber der Organisation und gegenüber den organisationalen Status- und Prestigewerten bedingt bei diesem Anpassungstyp eine nur geringe Erwartungshaltung gegenüber der Organisation, die leicht zu erfüllen ist. Dies mache den Indifferenten oft zu dem zufriedensten Menschen in der Organisation (ebd., S. 216). Für den Indifferenten ist das Entgelt am Monatsende wichtig. Andere Belohnungen oder Sanktionen haben dagegen nur eine minimale Wirkung (ebd., S. 223).

Indem sich der Indifferente von der Organisation distanziert, kann er sich das Gefühl von Autonomie sichern (ebd., S. 219). Zudem gehört es zu den wichtigsten Persönlichkeitsmerkmalen dieses Typs, „die Majoritätswerte zu erkennen [...] und sich ihnen dennoch nicht persönlich verpflichtet zu fühlen“ (ebd., S. 224). Im Vergleich zum Aufsteigenden, der den Status quo eher huldigt, scheint sich der Indifferente dagegen mit dem Status quo abzufinden. Berufsethische Orientierungen scheinen hier keine Rolle zu spielen; andere Orientierungen wie z.B. am Entgelt oder an der Freizeitgestaltung kennzeichnen hier dagegen wesentliche Werte.

Der *Ambivalente* kann im Gegensatz zu den anderen Anpassungstypen

„weder [den] Erfolgs- und Machtversprechungen widerstehen, noch diejenigen Rollen spielen, die unumgänglich sind, wenn man sich auf den Konkurrenzkampf einlassen will.“ (ebd., S. 252)

Dabei stehen die Werte der (bürokratischen) Organisation in einem Widerspruch zu den persönlichen und beruflichen Wertvorstellungen (ebd., S. 254). Zugleich kann sich der Ambivalente aber auch nicht mit den Kleingruppen, mit denen er zusammenarbeitet, identifizieren, weil er die Bedingungen zur Teilnahme nicht erfüllen kann (ebd., S. 280). Damit bedient der Ambivalente gegenüber dem Aufsteigenden und dem Indifferenten ein Empfinden, etwas zu verändern. Zugleich besitzt er dazu aber nicht die notwendigen Ressourcen in der Organisation (ebd., S. 253).

Einen ähnlichen Zugang wie Presthus (1962) wählt auch Siller (2008). Siller (2008) geht der Frage nach, wie sich gewandelte Arbeitsbedingungen und -anforderungen durch die Einführung von formalisierten Steuerungs- und Dokumentationssystemen auf das Selbstverständnis von Beschäftigten im Non-Profit-Bereich der Sozialen Arbeit auswirken. Das professionelle Selbstverständnis

„verändert sich jedoch nicht quasi selbstläufig, sondern muss in der Auseinandersetzung mit neuen Leitlinien der Organisation einerseits und mit berufsbiografisch gewachsenen Orientierungssicherheiten andererseits neu ausgehandelt werden.“ (ebd., S. 8)

Gegenüber Presthus (1962) kommt den Individuen in Sillers (2008) Ansatz eine eher aktive Rolle zu, wenn es um den Umgang mit einer veränderten Umwelt geht. Die Akteure reagieren nicht nur auf die veränderte Umwelt, sondern betten z.B. ihre eigenen Vorstellungen in die Handlungen ein. Siller (2008) entwickelt drei Handlungstypen: den flexibel Angepassten, den traditionellen Professionalisten und den reflexiv Integrierenden.

Der Typus des *flexibel Angepassten* strebt nach einer grundlegenden Absicherung und nach der Anerkennung durch die Leitungsebene der Organisation.

„Vor diesem Hintergrund werden ihm seine Anpassungsbereitschaft und -fähigkeit an veränderte Anforderungen von Seiten der Organisation zum Prinzip und zum Kriterium für Erfolg.“ (ebd., S. 230)

Die professionelle Orientierung deckt sich beim flexibel Angepassten mit den Leitlinien der Organisation (ebd., S. 230). Im Vergleich zum Ansatz von Presthus (1962) kann hier der Idealtyp des Aufsteigers wiedergefunden werden. Dennoch bleiben beim flexibel Angepassten die Vorstellungen von gemeinschaftlich geteilten Grundwerten als ein Leitbild bestehen, werden jedoch von den Organisationsveränderungen überdeckt und nicht weiterentwickelt (ebd., S. 230).

Der zweite Handlungstypus wird als *traditioneller Professionalist* bezeichnet. Im Zentrum dieses Typus steht der Anspruch, die professionellen Leitlinien zu verteidigen (ebd., S. 231). Organisatorische Vorgaben werden als eine Einmischung in die professionelle Autonomie verstanden (ebd., S. 230). Die Verteidigung ist zunächst durch eine Phase des aktiven Widerstands gekennzeichnet. Darauf folgt ein Abbruch der Kommunikation mit der oberen Führungsebene und schließlich eine innere Emigration im Sinne eines „Rückzug[s] auf individuelle professionelle Qualitätsmaßstäbe, die allein im Rahmen kollegialen Austauschs“ (ebd., S. 230) oder im Rahmen der Klientenbetreuung weiterentwickelt werden. Den Strukturbedingungen wird in diesem Typus nach außen hin entsprochen, aber die Gestaltung der Arbeit bleibt im Einzelnen unabhängig davon (ebd., S. 231).

Ähnlich wie beim Indifferenten fallen die Werte der Organisation und die Werte der Individuen auch beim traditionellen Professionalisten auseinander. Gegenüber dem Indifferenten verteidigt der traditionelle Professionalist zunächst aktiv seine professionellen Werte im Unternehmen. Demgegenüber strebt der Indifferente eine Befriedigung der Bedürfnisse nach Sicherheit und Anerkennung eher außerhalb der Organisation an. Zudem besitzt der traditionelle Professionalist keine Ambitionen, aufsteigen zu wollen.

Der dritte Handlungstyp von Siller (2008) – der *reflexiv Integrierende* – ist durch eine differenzierte Wahrnehmung und Bewertung der Rahmenbedingungen gekennzeichnet. Individuen dieses Handlungstyps wägen die Vor- und Nachteile der Organisationsvorgaben ab. Diese Ausrichtung geht mit einer aktiven Mitgestaltung von organisationalen Umstrukturierungen einher, die sich auch an der professionellen Ausrichtung orientiert (ebd., S. 235). Er bewertet die Verknüpfungsmöglichkeiten zwischen der Fachlichkeit mit den strukturellen und finanziellen Veränderungen in der Organisation (ebd., S. 236). Gleichzeitig überprüfen Individuen dieses Typs die persönliche und berufliche Professionalität vor dem Hintergrund der Organisationsentwicklung (ebd., S. 239). Hier ist Bodes (2005, S. 254) Annahme anschlussfähig, nach der ökonomische Ansprüche nicht eins zu eins im Handeln umgesetzt werden. Vielmehr sei das Markthandeln ein „sozial voraussetzungsvolle[r] Prozess“ (ebd., S. 256), in das normative Prinzipien eingebunden werden. Bezugnehmend auf die Idealtypen von Presthus (1962) zeigen sich für den reflexiv Integrierenden keine Ähnlichkeiten.

Lipsky (1983) beschreibt allgemein unterschiedliche Orientierungen in der Erwerbsarbeit als ein Problem für „Street-Level Bureaucracies“, unter die auch die medizinisch-pflegerische Versorgung fällt.

„On aspect of the way workers, clients, and citizens-at-large experience street-level bureaucracies is the conflict that they encounter in wanting their organizational life to be more consistent with their own preferences and commitments. [...] Yet the very nature of this work prevents them from coming even close to the ideal conception of their jobs. [...] Ideally, and by training, street-level bureaucrats respond to the individual needs or characteristics of the people they serve or confront. In practice, they must deal with clients on a mass basis, since work requirements prohibit individualized service.“ (Lipsky 1983, xii)

Er stellt zunächst zwei Möglichkeiten heraus, wie Individuen damit umgehen, wenn ihre Ansprüche aufgrund der Rahmenbedingungen nicht in der praktischen Arbeit umgesetzt werden können:

„At best, [they] invent benign modes of mass processing that more or less permit them to deal with the public fairly, appropriately, and successfully. At worst, they give in to favoritism, stereotyping and routinizing – all of which serve private or agency purposes.“ (Lipsky 1983, S. xii)

Als eine dritte Möglichkeit wird angeführt, dass die Individuen ihre Vorstellungen von ihrer Arbeit modifizieren, um die Lücke zwischen ihren Idealvorstellungen und den Möglichkeiten, diese umzusetzen, zu überbrücken (Lipsky 1983, S. xiii).

Mit dem Rückzug aus der (Erwerbs-)Arbeit sieht Lipsky (1983, S. 142f.) eine weitere Möglichkeit, um mit unterschiedlichen Anforderungen umzugehen. Der Rückzug kann sowohl faktisch erfolgen, indem Personen ihre Arbeit in diesem Bereich beenden. Aber auch ein innerer, psychologischer Rückzug aus der Arbeit ist möglich. Diese Form des Rückzugs kann sich z.B. durch ein Fehlen bei der Arbeit, Schwindeln, ein Nachlassen und einem Rückzug aus der Mitwirkung ausdrücken.

Weiterhin bietet die Art der Arbeit den street-level Bureaucrats die Möglichkeit, private Organisationsziele zu entwickeln und zu befolgen (ebd., S. 144).

„They rationalize ambiguities and contradictions in objectives by developing their own conceptions of the public service [...]. Taking limitations in the work as a fixed reality rather than a problem with which to grapple, street-level bureaucrats forge a way obtain job satisfaction und consistence between aspirations and perceived capability.“ (ebd., S. 144)

Für die street-level Bureaucrats gibt es neben der Modifikation der Organisationsziele auch eine „Modification of Conceptions of Clients“ (ebd., S. 151). In diesem Sinne werden zwischen den Klient_innen Unterscheidungen vorgenommen und bestimmte Gruppen der Klient_innen präferiert. „Client differentiation is a significant aspect of street-level bureaucrats’ rationalization of the contradictions in

their work.” (ebd., S. 151) Dadurch können die Beschäftigten ihre Arbeit als eine Tätigkeit definieren, die sie auch unter den gegebenen Rahmenbedingungen bewältigen können (ebd., S. 151f.) Darüber hinaus hängt die Modifikation der Klientenvorstellungen mit den Vorstellungen über den Beruf zusammen; das Eine kann nicht ohne das Andere passieren. Eine Modifikation der Klientenvorstellung beschreibt Lipsky (S. 153) als „blaming the clients“. Denn: „If the client is to blame, street-level bureaucrats are shielded from having to confront their own failures or the failures of the agencies for which they work.“ (ebd., S. 153)

Zusammengenommen lässt sich für den theoretischen Hintergrund festhalten, dass es unterschiedliche Muster gibt, wie Individuen zwischen divergierenden Orientierungen – zum einen von der Organisation und zum anderen von den Werten ihres Berufes ausgehend – handeln können.

Für die Bearbeitung der dieser Arbeit zugrunde liegenden Forschungsfrage werden die Anpassungstypen auf zwei Extreme – kongruenter und divergenter Typ – zugespitzt, wie unterschiedliche Orientierungen ausgehandelt werden können:

Kongruenter Typ: Die Orientierungen der Organisation und die des Individuums stimmen überein. In der Folge handeln die Individuen entsprechend den von der Organisation gegebenen Anreizen und Anforderungen. Bezogen auf Presthus (1962) und Siller (2008) entspricht das dem Handlungstyp des Aufsteigenden bzw. des Angepassten. Speziell für das Zusammenspiel ökonomischer Anforderungen mit dem Berufsethos des medizinischen und pflegerischen Personals kann mit Stüber (2013) hier eine Differenzierung vorgenommen werden. In diesem Sinne kann der Wandel offen sein, wenn Wirtschaftsprinzipien im Ethikkodex aufgenommen werden, wie es z.B. bezüglich des sparsamen Einsatzes von Ressourcen in der Charta zur ärztlichen Berufsethik 2002 passiert ist (ebd., S. 10f.). Eine verdeckte Veränderung der Orientierung beschreibt Stüber (2013, S. 11) dagegen wie folgt:

„[E]in über das Mandat der Sparsamkeit hinausgehender Wandel berufsethischer Orientierungen durch die zunehmende Handlungsrelevanz betriebswirtschaftlicher Faktoren im Krankenhaus bis hin zur Akzeptanz von Behandlungsentscheidungen, die nicht primär zum Wohl des einzelnen Patienten, sondern aus gewinnorientierten Erwägungen zum Wohle der Organisation heraus getroffen werden, wird bislang von den meisten Berufsangehörigen nur unter vorgehaltener Hand zugestanden. Oftmals gibt es allein anekdotische Hinweise, die auf einen derartigen graduellen ‚Ethoswandel‘ bzw. auf einen ‚Ethosabbau‘ hindeuten, nicht selten mit Verweis darauf, dass derartige Entwicklungen in anderen Häusern und in anderen Abteilungen stattfinden, nicht aber im eigenen Umfeld.“ (ebd., S. 11)

Mit Blick auf die Konsistenztheorie muss beim kongruenten Pol eine oder mehrere der drei Maßnahmen angewendet werden, um die unterschiedlichen Orientierungen und das Handeln miteinander zu harmonisieren.

Divergender Typ: Die Anforderungen, die von der Organisation gesetzt werden, und die Orientierungen des Individuums unterscheiden sich. Mit Blick auf die beiden vorangegangenen Kapitel 2.1 und 2.2 sind zwei Orientierungen oder Ansprüche in der Krankenhausversorgung zu unterscheiden. Die ökonomische Orientierung ist gekennzeichnet durch eine Ausrichtung auf betriebswirtschaftliche Kriterien, die zur Verlustvermeidung bzw. zur Gewinnerzielung beitragen. Zentrales Kriterium der berufsspezifischen Ansprüche ist dagegen eine Ausrichtung auf die Patient_innen. Bezogen auf Presthus (1962) kommt hier der Indifferente und bei Siller (2008) der traditionelle Professionalist am nächsten. Diese Auslegung des Pols wird durch Bußkamps (1995) Annahme für den medizinisch-pflegerischen Bereich in der Krankenhausversorgung gestärkt, dass „Organisationen den ‚Professionals‘ häufig nur den Ort [bieten], an dem sie ihrer Profession nachgehen können.“ (Bußkamps 1995, S. 114) Demnach erfolgt die Orientierung an Normen und Werten überwiegend aus der Professionszugehörigkeit heraus und nicht aus ihrer Zugehörigkeit zu einer bestimmten Organisation. In diesem Sinne wird der Arbeitsplatz danach bewertet, „ob dessen Ausstattung den berufsspezifischen Erfordernissen in besonderer Weise entgegenkommt.“ (ebd., S. 114)

Die Beschäftigten stehen damit vor der Herausforderung, entweder den ökonomischen oder den medizinisch-pflegerischen Anforderungen zu folgen. Sie können aber auch die ökonomischen gegenüber den medizinisch-pflegerischen Anforderungen abwägen und die Kluft durch entsprechende individuelle Anstrengungen versuchen zu überwinden (Manzeschke 2010; Slotala/Bauer 2009).

Im theoretischen Ansatz von Lipsky (1983) wird eine Vielzahl von Möglichkeiten angeführt, wie die Behandelnden in der stationären Versorgung mit divergierenden Ansprüchen umgehen. Die Option des Rückzugs wird auch bei Braun et al. (2010, S. 172f.) thematisiert. Hier geht es in einer ähnlichen Weise darum, wie das Dissonanzenerlebnis, das sich aus der Konfrontation mit unterschiedlichen Orientierungen ergibt, möglichst schnell ausgeglichen werden kann. Die Autoren führen u.a. den Beschäftigungs- bzw. Berufswechsel an, der als eine Form des Exits betrachtet werden kann.

Lipsky (1983) beschreibt darüber hinaus eine Veränderung der Orientierungen. Braun et al. (2010, S. 172f.) verweisen dagegen auch auf das Festhalten an traditionellen moralischen Orientierungen. Zugleich sehen die Autoren bestehende Handlungsspielräume in der Versorgungspraxis, durch die die Behandelnden die ökonomische Orientierung in der Versorgung umgehen können (ebd., S. 233).

Dementsprechend haben die Rahmenbedingungen – also ausgehend von den Möglichkeiten, die Versorgung zu gestalten – einen Einfluss darauf, ob sich das Handeln an berufsspezifischen Orientierungen ausrichten kann oder ob die Rahmenbedingungen das Versorgungshandeln allein im Sinne der Organisation (Verlustvermeidung/Gewinnmaximierung) strukturieren.

2.4 Reformulierung der Forschungsfragen

Anhand der vorangegangenen Ausführungen kann die eingangs gestellte Frage, ob eine Divergenz zwischen ökonomischer und berufsspezifischer Logik in der neuen Normalität weiterhin in der Patientenversorgung besteht, präzisiert werden.

- *Frage 1:* Können in der neuen Normalität weiterhin divergierende Orientierungen festgestellt werden oder werden die berufsspezifischen Orientierungen von der ökonomischen Logik verdrängt?

Das zentrale Merkmal der berufsspezifischen Orientierung ist eine auf die Patient_innen ausgerichtete Logik. Demgegenüber stehen in der ökonomischen Orientierung betriebswirtschaftlich relevante Kriterien im Vordergrund. Mit dieser Frage gilt es zu klären, ob die Orientierungen eher kongruent – in dem Sinne, dass die Ausrichtung an Verlustvermeidung und/oder Gewinnsteigerung die berufsspezifische Orientierung überlagert haben – oder divergent sind – also ob sich die Orientierungen weiterhin gegenüberstehen und zu Konflikten bei der Versorgung führen. Um die Orientierungen der Behandelnden besser fassen zu können, wird die Untersuchung auf das Qualitätsverständnis bzw. auf das Verständnis von einer guten Versorgung zugespitzt.

- *Frage 2:* Wie werden ökonomische und berufsspezifische Orientierungen von den Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen wahrgenommen oder dargestellt? Wie werden die Orientierungen in der Versorgungspraxis umgesetzt?

Können unterschiedliche Anforderungen aus Sicht der Ärzt_innen und Krankenpflegekräfte identifiziert werden, gilt es herauszuarbeiten, welche Aspekte die Ärzt_innen und Krankenpflegekräfte als eine betriebswirtschaftliche Orientierung im Unterschied zur berufsspezifischen Orientierung verstehen. In diesem Zusammenhang sollen zudem Erscheinungsformen der ökonomischen Anforderungen herausgearbeitet werden.

- *Frage 3:* Wie gehen die Ärzt_innen und Krankenpflegekräfte damit um, wenn ihre Orientierungen nicht mit den Möglichkeiten in der Versorgungspraxis zusammenpassen?

Ausgangspunkt ist, dass die berufsspezifischen Orientierungen weiterhin Geltung haben, diese aber nicht (immer) im Rahmen einer betriebswirtschaftlich orientierten Versorgungsumgebung umgesetzt werden können. Es sind unterschiedliche Optionen naheliegend, wie anhand der theoretischen Ansätze in Kapitel 2.3 bereits deutlich wurde. Die Behandelnden könnten in eine innere Resignation verfallen oder aus der Patientenversorgung aussteigen. Sie könnten aber auch alternative Umsetzungsoptionen entwickelt haben, durch die die unterschiedlichen Orientierungen letztlich doch verknüpft werden. Wie dies in der geriatrischen Versorgungspraxis aussieht, gilt es zu klären.

3 Forschungsstand: Der Umbruch und die Folgen für die Krankenhausversorgung

Die als Umbruch beschriebene Phase der Krankenhausversorgung bezieht sich in dieser Arbeit auf die Zeit der Einführung des G-DRG-Systems zwischen 2003 und 2009. In diesem Kapitel werden dementsprechend Untersuchungen dargestellt, die sich auf diesen Zeitrahmen beziehen. Zudem wird anhand weiterer Literatur gezeigt, dass die Wirkungen des Wandels über die Zeit des Umbruches hinausreichen.

3.1 Trägerstruktur

Eine Veränderung im Krankenhaussektor, die wiederholt im Zusammenhang der Ökonomisierung diskutiert wird, ist die Verschiebung in der Trägerstruktur (siehe z.B. Böhlke et al. 2009; Braun et al. 2010). Diese Veränderung wird auf das „*Eindringen kapitalistischer Unternehmen*“ (Bode 2010, S. 70; Herv. im Original) in den als marktfern charakterisierten stationären Krankenhaussektor zurückgeführt. So nahmen Anzahl und Anteil privater Krankenhäuser seit 1995 zu, während sich Anzahl und Anteil öffentlicher Einrichtungen verringerten (vgl. Abbildung 2, S. 35). Die Anzahl der Betten, die in privaten Kliniken aufgestellt sind, ist anteilig jedoch nicht so stark gestiegen wie die Anzahl privater Einrichtungen; die meisten Betten werden weiterhin von den öffentlichen Kliniken zur Verfügung gestellt (vgl. Abbildung 2, S. 35).

Die Veränderung in der Trägerstruktur hat sich jedoch nicht in erster Linie aus der Schließung öffentlicher Einrichtungen ergeben, sondern durch deren Privatisierung – also durch den Kauf öffentlicher Einrichtungen durch private Anbieter. Der Verkauf öffentlicher Krankenhäuser war „ein häufig propagiertes und [...] ein besonders erfolgreich praktiziertes Mittel“ (Braun et al. 2010, S. 75), um die Wirtschaftlichkeits- und Ineffizienzprobleme der öffentlichen Krankenhäuser zu lösen. Dieser Umstand ist darüber hinaus durch die Finanzschwäche der Kommunen (Gohde 2005, S. 97) und durch die fehlende oder unzureichende Investitionsfinanzierung der Länder gefördert worden (Schulten/Böhlke 2009, S. 39).

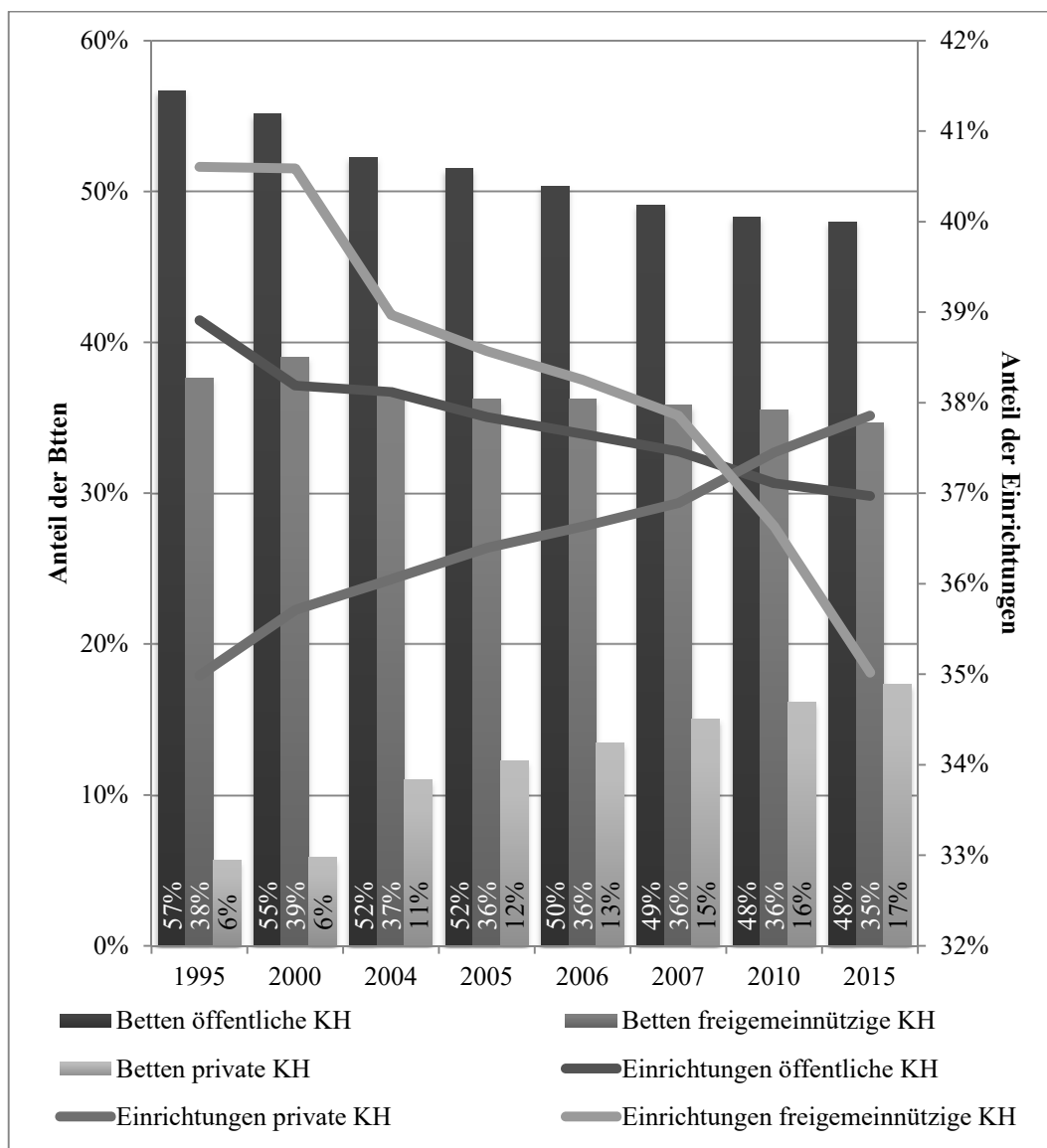
In der Folge führten die privaten Anbieter Umstrukturierungen in den aufgekauften Kliniken durch und etablierten entsprechende privatwirtschaftliche Managementstandards (Bode 2010, S. 70). Dies wirkte sich auf die dort beschäftigten Personen aus, indem z.B. Personal im Pflegebereich abgebaut und Vergütungsstrukturen für die Beschäftigten vermarktet wurden (ebd., S. 70f.). Gleichzeitig führte die Privatisierung zu einem Nachahmedruck bei den freigemeinnützigen und öffentlichen Krankenhäusern. Einrichtungen dieser Träger mussten gleichermaßen

Rationalisierungsprogramme implementieren, um auf dem Krankenhausmarkt gegenüber den privaten Einrichtungen wettbewerbsfähig bleiben zu können (ebd., S. 70f.). Für die freigemeinnützigen Krankenhäuser ist jedoch festzuhalten,

„dass sie in diesem Konkurrenzkampf durch ihre besondere Rechtsstruktur und damit verbundene kirchenrechtliche Privilegien über besonders gute Ausgangsbedingungen verfügen.“ (Bauer 2007)

Dies lässt vermuten, dass in den konfessionellen Krankenhäusern der Druck, die privaten Einrichtungen nachzuahmen, nicht so groß war. Dennoch sinkt auch hier der Anteil an Einrichtungen.

Abbildung 2: Entwicklung der Krankenhäuser und aufgestellten Betten nach Träger, ausgewählte Jahrgänge



Quelle: Statistisches Bundesamt (diverse Jahrgänge). Eigene Darstellung.

3.2 Medizinisches und pflegerisches Personal

Neben der Veränderung in der Trägerstruktur wird die Ausstattung mit medizinischem und pflegerischem Personal in der Forschung thematisiert (siehe z.B. Böhlke et al. 2009; Braun et al. 2010). Anhand der Daten des Statistischen Bundesamts sind Veränderungen zu beobachten, die zwar bereits vor der G-DRG-Einführung begonnen haben, sich aber ab 2003 verschärften. Während beim ärztlichen Dienst eine Zunahme von Vollzeitäquivalenten¹⁴ seit 2000 zu beobachten ist, sanken die Vollzeitäquivalente beim Pflegedienst zunächst drastisch, um dann wieder leicht zuzunehmen. Das Volumen der pflegerischen Vollzeitäquivalente erreicht bisher aber nicht mehr das Ausgangsniveau (vgl. Abbildung 3, S. 37). Der Personalmangel im pflegerischen Bereich ist jedoch bereits seit den 1950er-Jahren in der Bundesrepublik bekannt (Simon 2018, S. 12). Simon (2018, S. 16) erklärt den verschärften Stellenabbau von Pflegekräften vor und kurz nach der G-DRG-Einführung damit, dass die Krankenhäuser miteinander verglichen worden sind, um so Verlierer und Gewinner der Reform zu identifizieren.

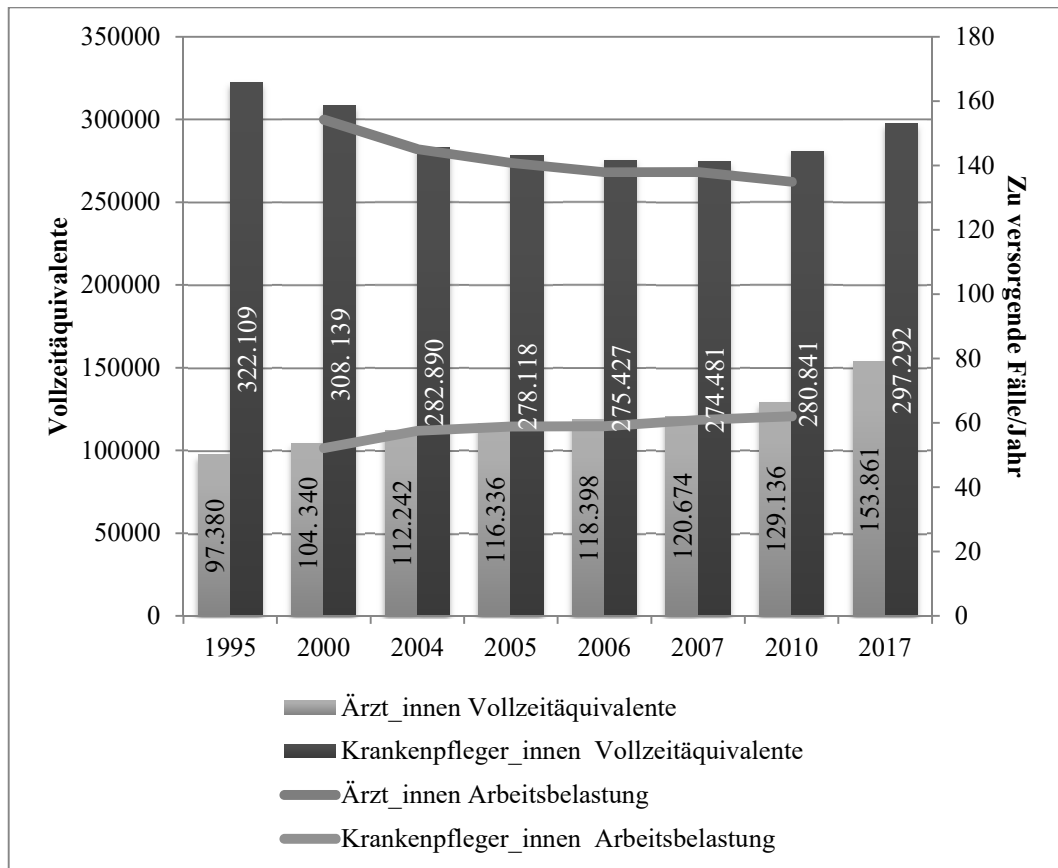
„Verliererkrankenhäuser waren bestrebt, ihre Kosten bereits vor Einführung und ‚Scharfschaltung‘ des DRG-Systems soweit zu senken, dass sie möglichst bei Einführung der DRGs keine Verluste zu erwarten hatten oder sogar Gewinne erzielen konnten.“ (ebd., S. 16)

Eine andere Perspektive auf die Entwicklung der Personalausstattung bieten die Belastungszahlen.¹⁵ Während die Belastungszahlen im medizinischen Dienst über die Jahre in den allgemeinen Krankenhäusern zurückgehen, nehmen die zu versorgenden Fälle pro Vollzeitäquivalent einer Pflegekraft zu und das obwohl zuletzt hier die Beschäftigung wieder ausgebaut wurde (vgl. Abbildung 3, S. 37). Dies lässt die Vermutung zu, dass die Ärzt_innen im Vergleich zur Krankenpflege mit einem besseren Personalschlüssel ausgestattet sind und sie dadurch die Belastungen besser abfangen können (Braun et al. 2010, S. 120; siehe auch Braun/Müller/Timm 2004; Buhr/Klinke 2006a). Der Stellenabbau in der pflegerischen Versorgung ist jedoch nicht allein auf die Einführung der G-DRGs zurückzuführen, sondern auch auf eine Umverteilung der Mittel zugunsten der Ärzt_innen (Stüber 2013, S. 81). Isfort/Weidner (2009, S. 81) merken an, dass die Reduzierung von Personal „nicht durch das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von Personal“ bewertet werden kann. Vielmehr sind es die damit einhergehenden Folgen für die Prozesse und für die Patient_innen, die es zu bewerten gilt (ebd., S. 81).

¹⁴ Vollzeitäquivalente verweisen auf das vorhandene Arbeitskraftvolumen, Angaben zu Pro-Kopf-Entwicklungen können nach oben hin abweichen.

¹⁵ Mit den Belastungszahlen wird das Verhältnis zwischen den Behandelnden und den Fallzahlen ausgewiesen. Hier: Wie viele Fälle im Jahr von einer Ärztin oder einem Arzt bzw. von einer Krankenpflegekraft behandelt und versorgt werden.

Abbildung 3: Vollzeitäquivalente im medizinischen Dienst und in der Krankenpflege und zu versorgenden Fälle je Vollkraft, 1995-2017¹⁶



Quelle: DESTATIS (diverse Jahrgänge). Eigene Darstellung.

Eine mangelnde Personalausstattung bleibt also nicht folgenlos für die Versorgung. Zumindest legen dies Untersuchungen zum Verhältnis von Patient_innen auf eine Behandelnde oder auf einen Behandelnden nahe. Kane et al. (2007, S. 1197) stellen anhand ihrer Metauntersuchung das Ergebnis heraus, dass mit zunehmendem Personal die Wahrscheinlichkeit der Patientenmortalität sinkt. Darüber hinaus verringert sich durch den Einsatz von mehr Personal die Wahrscheinlichkeit unerwünschter Ergebnisse (ebd., S. 1197). In weiteren Untersuchungen kann ebenfalls eine geringere Wahrscheinlichkeit festgestellt werden, dass die Patient_innen innerhalb von 30 Tagen versterben, wenn auf eine Krankenpflegekraft weniger Patient_innen kommen:

„The odds on patients dying in hospitals with an average workload of 8 patients per nurse is 1.26 times greater than in hospitals with mean workloads of 4 patients per nurse.“ (Aiken et al. 2008; siehe auch Aiken et al. 2014)¹⁷

¹⁶ Keine Angaben zu den Fallzahlen pro Vollzeitäquivalent für die Jahre 1995 und 2017.

¹⁷ In den Untersuchungen rund um Aiken et al. (2008; 2010; 2014)s wird der Zusammenhang zwischen dem vorhandenen Krankenpflegepersonal sowie deren Arbeitsbedingungen und der Patientenmortalität analysiert.

Ein ähnliches Ergebnis zeigt sich in einem Vergleich US-amerikanischer Bundesstaaten. Kalifornien, das ein „minimum nurse-to-patient ratio“ eingeführt hat, wird Pennsylvania und New Jersey gegenübergestellt, in denen keine derartigen Mindestvorgaben vorhanden sind. Hierbei zeigt sich, dass in Kalifornien nicht nur weniger Patient_innen auf eine Krankenpflegekraft kommen, sondern dies zudem mit einem messbaren negativen Effekt auf die Sterblichkeit einhergeht (Aiken et al. 2010, S. 917). Vertiefend kann für die Besetzung einzelner Schichtdienste eine höhere Sterbewahrscheinlichkeit festgestellt werden, wenn die Schichtbesetzung unter den Normvorgaben liegt (Needleman et al. 2011, S. 1040).

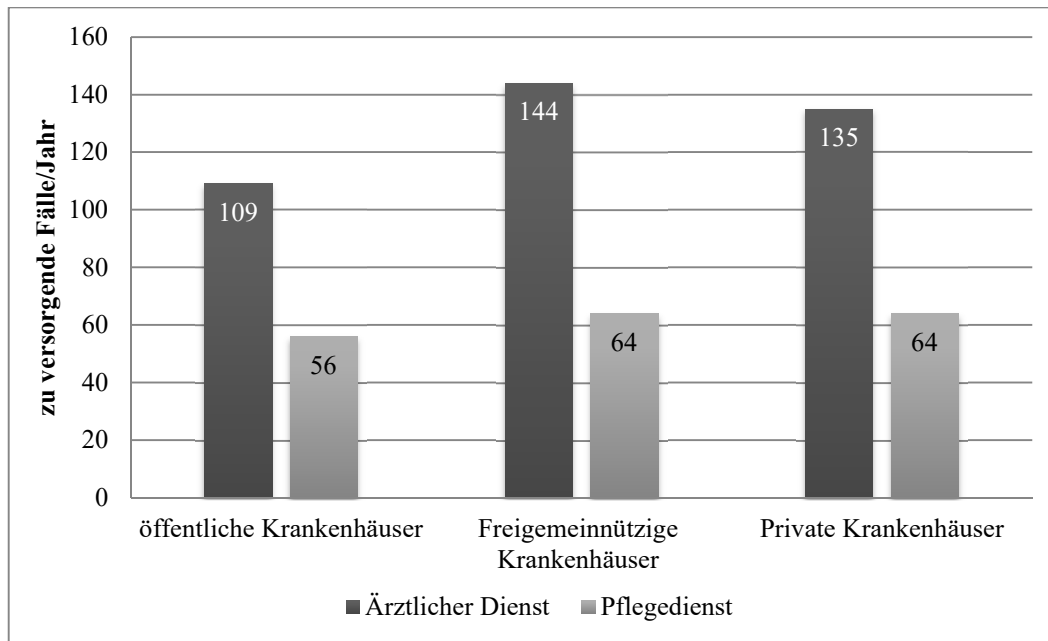
3.3 Arbeitsbelastung

Hinsichtlich der Arbeitsbelastung spielt neben der Anzahl der Patient_innen, die auf eine Ärztin bzw. auf einen Arzt oder Krankenpflegekraft kommt, auch die verfügbare Zeit eine Rolle. Durch die Verkürzung der Liegezeiten wird die verfügbare Zeit für die Umsetzung des fallfixen Versorgungsaufwands gleichermaßen beschränkt (Bräutigam et al. 2010, S. 7). Dies betrifft z.B. eine umfassende Aufnahme, die Entlassung, Diagnostik und Therapie sowie die Beratung von Patient_innen und deren Angehörige.¹⁸ Darüber hinaus sind „die Aufenthaltszeiten der Patienten pflegeintensiver“ (Braun et al. 2010, S. 119, 134) geworden. Weiterhin scheinen sich die Belastungen bei den Ärzt_innen nicht allein aus dem Umfang der zu leistenden Versorgung zu ergeben, sondern aus dem gestiegenen Druck, „gute und als solche messbare Leistungen zu erbringen“ (Flintrop 2006, S. 3085).

In diesem Zusammenhang wird davon ausgegangen, dass sich der Zeitdruck bei den Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen besonders in privaten Krankenhäusern verschärft hat, da durch den dort geltenden Personalschlüssel der Ärzt_innen und Krankenpflegekräfte mehr Patient_innen auf eine Behandelnde oder auf einen Behandelnden kommen, als in den öffentlichen oder gemeinnützigen Einrichtungen (Schulten/Böhlke 2009, S. 113). Die Grunddaten der Krankenhäuser des Statistischen Bundesamts zeigen jedoch, dass in den freigemeinnützigen Krankenhäusern die pro Jahr zu behandelnden Fälle für die Krankenpflegekräfte im Jahr 2016 am höchsten ausfallen. Für die Ärzt_innen in freigemeinnützigen und in privaten Krankenhäusern sind die Belastungszahlen gleich hoch (vgl. Abbildung 4, S. 39). Die hier ausgegebenen Fälle gelten jedoch für alle Krankenhäuser; neben den allgemeinen Krankenhäusern gehören hier auch Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder ausschließlich geriatrischen Betten dazu.

¹⁸ Neben dem fallfixen Aufwand gibt es den fallvariablen Aufwand. Dazu gehören der Wechsel von Verbänden, Unterstützung bei der Körperpflege oder die Vergabe von Medikamenten (Bräutigam et al. 2010, S.7).

Abbildung 4: Belastungszahlen je Vollkraft des ärztlichen Diensts und des Pflegediensts



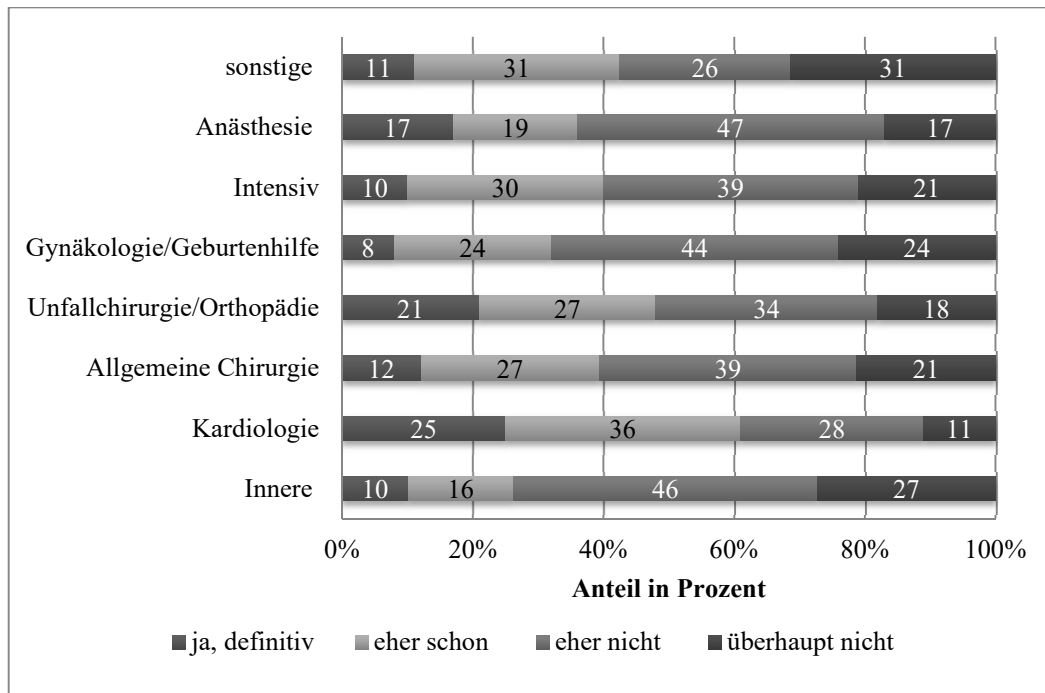
Quelle: DESTATIS (2017), S. 40. Eigene Darstellung.

Größere Unterschiede zeigen sich zwischen einzelnen Fachbereichen. Insbesondere in den kardiologischen und unfallchirurgischen/orthopädischen Fachgebieten werden sehr hohe Fallzahlen wahrgenommen. Im Bereich der Inneren werden hohe Fallzahlen dagegen nur bei 16 Prozent wahrgenommen; überhaupt keine hohen Fallzahlen sehen über ein Viertel der Führungskräfte in diesem Fachbereich (vgl. Abbildung 5, S. 40).

Aus einer Analyse auf Basis des „DGB-Index Gute Arbeit“¹⁹ geht hervor, dass die Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen im Vergleich zu allen Beschäftigten in der Krankenhausbranche bei der Arbeitsintensität sowie bei den körperlichen und emotionalen Anforderungen am schlechtesten abschneiden (Roth o.J., S. 33). Darüber hinaus geben fast zwei Drittel der Pflegekräfte an, Arbeitshetze und Zeitdruck in einem (sehr) hohen Maß ausgesetzt gewesen zu sein. Bei den Ärzt_innen fallen die Arbeitsbedingungen hinsichtlich der emotionalen Anforderungen, der Arbeitszeitgestaltung und der Möglichkeiten zur kreativen Gestaltung am schlechtesten aus (ebd., S. 31ff.). Überdurchschnittlich gut sind dagegen die Angaben der Ärzt_innen zu den körperlichen Anforderungen und zum Sinngehalt der Arbeit (ebd., S. 32).

¹⁹ Die Ergebnisse entstammen einer Sonderauswertung des DGB-Index „Gute Arbeit für Beschäftigte im Krankenhaus“, die im Rahmen des Projektes „Gute Arbeit im Dienstleistungssektor“ erhoben worden sind (Input Consulting 2011).

Abbildung 5: Wahrnehmung von überhöhten Fallzahlen im eigenen Fachgebiet



Quelle: Reifferscheid/Pomorin/Wasem (2015), S. e134. Eigene Darstellung.

In einer Branchenanalyse zum Gesundheitswesen von Conrads et al. (2016) werden demgegenüber die Folgen des gestiegenen Arbeitspensums und des Termin- und Zeitdrucks für die Erbringung von Versorgungsleistungen deutlich. Während nur 5 Prozent der Zahn- und Humanmediziner_innen angeben, sehr häufig Abstriche bei der Qualität zu machen, um das Arbeitspensum zu schaffen, sind es bei der Gesundheits- und Krankenpflege 21 Prozent. Unter Berücksichtigung der Kategorie „oft“ zeigt sich, dass 30 Prozent der Mediziner_innen und 27 Prozent der Krankenpfleger_innen an der Qualität sparen (müssen) (vgl. Abbildung 6, S. 42). Im Vergleich zu allen Beschäftigten fällt der Anteil sowohl bei den Krankenpfleger_innen als auch bei den Ärzt_innen höher aus, die oft oder sehr häufig Abstriche bei der Qualität machen. Interessant ist der Schluss, zu dem die Autor_innen im Zusammenhang mit den Angaben zum Zeit- und Termindruck kommen: Danach werden wesentlich weniger Abstriche bei der Arbeit gemacht, als es der Zeit- und Termindruck vermuten ließe.

„Es scheint demnach so zu sein, dass der Zeitmangel oft kompensiert werden kann; was aber gerade deshalb auch dazu führen kann, dass die Beschäftigten sich ‚aufreiben‘.“ (ebd., S. 94)

Der Blick auf die Arbeitszeiten von Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen legt bereits Grenzen der Überbrückungsmöglichkeiten durch eine Ausweitung der verfügbaren Arbeitszeiten nahe. So nimmt seit der Einführung des G-DRG-Systems der Anteil an Pflegekräften zu, die Überstunden machen. Dabei stieg auch der Anteil

der Pflegekräfte, der 25 Überstunden und mehr pro Monat macht (Braun et al. 2010, S. 114). Im Zusammenhang mit der Erbringung von Versorgungsleistungen bedeuten überlange Arbeitszeiten zudem eine Minderung in der Produktivität: Demnach könne auch eine gute Versorgungsqualität unter den gegebenen Rahmenbedingungen der vielen Überstunden durch einzelne Pflegekräfte wahrscheinlich nur schwer gewährleistet werden (ebd., S. 22f.).

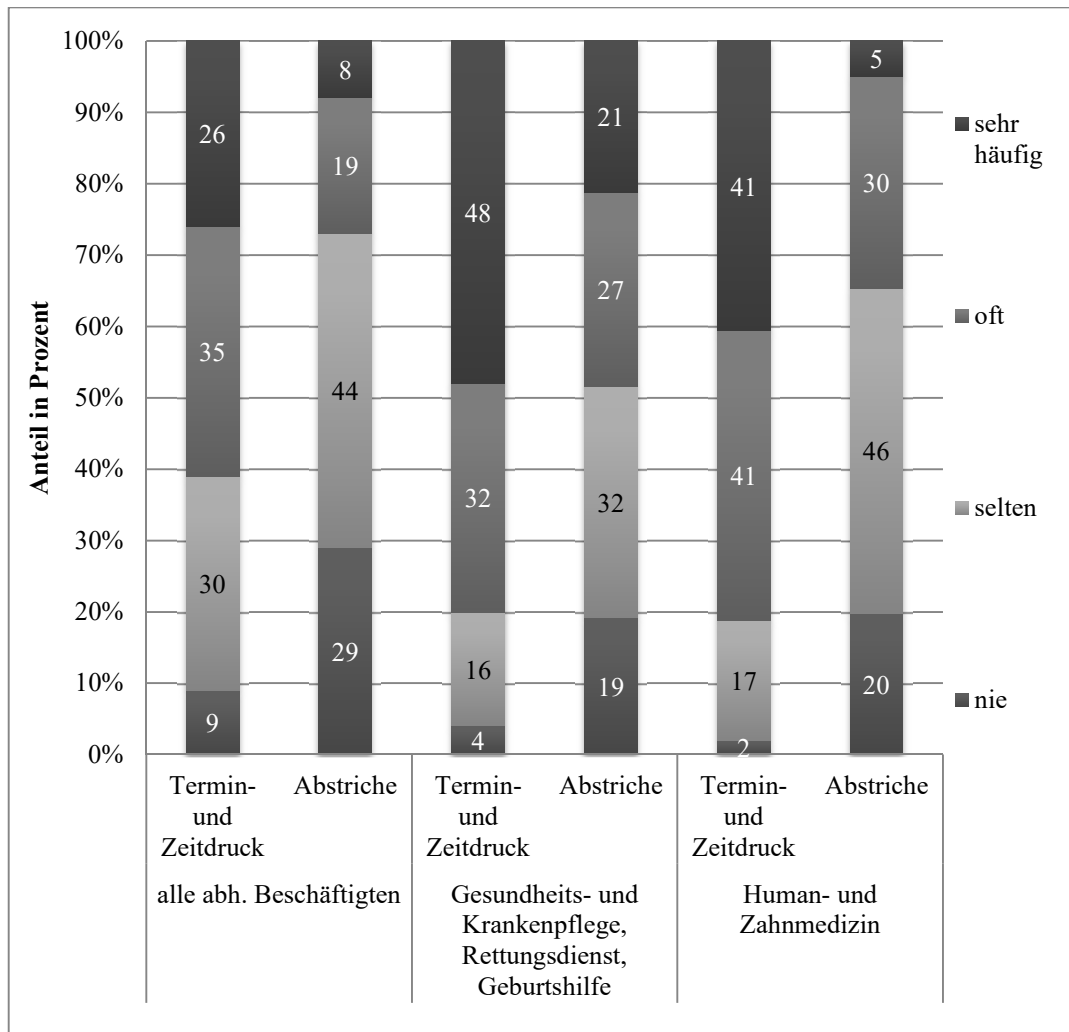
Eine weitere Veränderung, die im Zusammenhang mit der Arbeitsbelastung steht, ist bei der Aufgabenverteilung zu beobachten. Bei den Pflegekräften geben 44 Prozent an, Aufgaben an andere Berufsgruppen abzugeben. Hierbei handelt es sich überwiegend um Tätigkeiten wie Mahlzeitenbestellung und Patientenbegleitung. Weniger genannt werden die Aufgaben, die sich aus der Unterstützung der Patient_innen beim Essen bzw. beim Trinken und bei der Körperpflege ergeben (Bräutigam et al. 2014, S. 48f.).

Die Ärzt_innen geben Tätigkeiten an die Pflegekräfte und an weitere Dienste wie z.B. der Dokumentationsassistenten, der Stationsassistenten oder der Sozialdienst ab (ebd., S. 50). Zugleich haben über drei Viertel der Pflegekräfte und knapp zwei Drittel der Ärzt_innen Aufgaben von anderen Diensten übernommen.²⁰ Auf die Ärzt_innen gehen überwiegend Dokumentationsaufgaben von anderen Berufsgruppen über, insbesondere von der Verwaltung. Bei den Aufgaben, die von den Ärzt_innen an die Krankenpflegekräfte übertragen worden sind, dominieren ebenfalls Dokumentationsaufgaben, aber auch patientennahe Tätigkeiten wie das Wundmanagement und die Blutentnahmen (ebd., S. 47f.). In der Folge führt eine neue Aufgabenverteilung jedoch nur bei einem kleinen Teil der Beschäftigten zu Entlastungen. Ebenfalls als gering werden Verbesserungen in der Patientenversorgung eingeschätzt (ebd., S. 52ff.).

Insgesamt wird anhand der dargestellten Ergebnisse deutlich, dass in der stationären Versorgung Arbeitsbelastungen für die Behandelnden einhergehen, die auch in der „neuen Normalität“ vorherrschen.

²⁰ Die Ergebnisse stammen aus dem „Arbeitsreport Krankenhaus“ von Bräutigam et al. (2014). In dem Report wird der Frage nachgegangen „[...] welche Auswirkungen neue und veränderte Anforderungen auf betrieblicher Ebene auf den inhaltlichen Zuschnitt, die Organisation und die Entwicklungsperspektiven von Gesundheits(fach)arbeit im betrieblichen Kontext haben.“ (Bräutigam et al. 2014, S. 7) Der Report umfasst Analysen zu Beschäftigten aller Berufsgruppen in der stationären Krankenhausversorgung.

Abbildung 6: Zeit- und Termindruck bei der Arbeit und Abstriche bei Qualität, um das Arbeitspensum zu schaffen



Quelle: Conrads, R. et al. (2016), S. 93ff.. Eigene Darstellung.

3.4 Entlassung von Patient_innen

An der Einführung der G-DRGs wurde kritisiert, dass den Krankenhäusern der Anreiz gesetzt wird, Patient_innen früher zu entlassen. Patient_innen seien dann häufig noch nicht genesen, hätten noch Schmerzen oder könnten noch nicht selbstständig für sich sorgen. „Dadurch müsse der Genesungsprozess teilweise außerhalb des Krankenhauses stattfinden. Dies sei vor allem für ältere Menschen eine Belastung.“ (Flintrop 2006, S. 3083) Über den Zeitverlauf, also unter dem Einfluss der Fallpauschalen, zeigen sich aus Sicht der Krankenhausärzt_innen jedoch nur wenige Veränderungen. Knapp zwei Drittel der Ärzt_innen empfinden den Entlassungszeitpunkt als richtig; nur rund ein Fünftel der Ärzt_innen hält den Entlassungszeitpunkt für zu früh. Über die Befragungsjahre gab es keine signifikanten Veränderungen (Braun et al. 2010, S. 214). Der Anteil der Pflegekräfte, der den

Entlassungszeitpunkt als zu früh empfindet, ist jedoch angestiegen und erreicht das Niveau der Ärzt_innen. Gleichzeitig gibt es aber auch einen größeren Anteil an Krankenpfleger_innen (2007: 28 Prozent), die den Entlassungszeitpunkt als zu spät bewerten (ebd., S. 214f.).

Eine weitere Untersuchung stellt die nachstehenden Folgen von zu frühen Entlassungen für die Patientenversorgung heraus:

- Unter dem Druck zu kürzeren Liegezeiten und der Erhöhung von Fallzahlen leidet die Versorgungsqualität.
- Mögliche weitere Erkrankungen, die zum Ende des Aufenthalts deutlich werden, würden überwiegend nicht mehr versorgt. Darüber hinaus würden wirtschaftliche Faktoren bei der Entlassung eine größere Rolle spielen, als die Lebensumstände der Patient_innen.
- Der Druck zu möglichst frühen Entlassungen würde auch an die Patient_innen weiter gegeben bzw. würde von den Patient_innen wahrgenommen werden (Knoll et al. 2017, S. 63).²¹

Eine kürzere Verweildauer führt auch dazu, dass sich die Versorgungsintensität auf wenige Tage konzentriert. Dies gehe mit einer deutlichen Arbeitsverdichtung für die Behandelnden und einem höheren Logistik- und Koordinierungsaufwand bei der Aufnahme und Entlassung einher. In diesem Zusammenhang ergeben sich auch weitergehende Herausforderungen durch die Zunahme von Patient_innen mit Mehrfacherkrankungen (Müller 2009, S. 33).

In der REDIA-Studie²² werden die Folgen der G-DRG-Einführung auf den Versorgungsbereich der Rehabilitation untersucht. Ein wesentliches Ergebnis ist, dass die Patient_innen durch kürzere Verweildauern in den Krankenhäusern und einer schnelleren Verlegung zu einem früheren Zeitpunkt des Gesamtgenesungsprozesses in die Rehabilitation gehen würden (Eiff/Schüring/Niehues 2011, S. 11). Im Rahmen dieser früheren Verlegung bzw. der früheren Aufnahme in eine Rehabilitationseinrichtung wurde für den orthopädischen Bereich eine Verschlechterung des Patientenzustands nachgewiesen. Im Bereich der Kardiologie zeigt sich dagegen eine Zunahme von Patient_innen mit geringen oder stark erhöhten medizinischen und therapeutischen Aufwand (ebd., S. 287ff.). Dadurch würde auch die positive Wirkung eines gelingenden, schnellen Übergangs von der Akutversorgung

²¹ Knoll et al. (2017) untersuchen ökonomische Einflüsse auf das ärztliche Handeln aus der Perspektive leitender Ärzt_innen. Der Schwerpunkt der Untersuchung liegt darauf, wie sich die Ökonomisierung auf die Professionalität auswirkt.

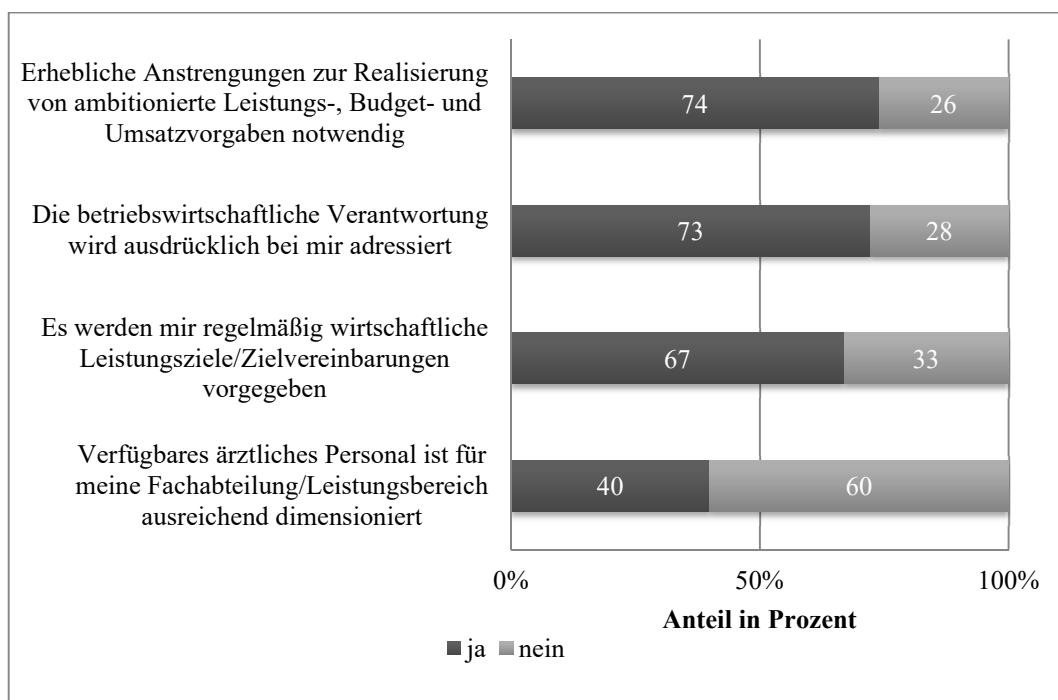
²² In der REDIA-Studie wird untersucht, wie sich die Einführung der G-DRGs auf den Bereich der Rehabilitation auswirkt. Dafür werden Schweregrade und Behandlungsaufwand für Patient_innen im orthopädischen und kardiologischen Bereich untersucht, die von der Akutversorgung in die Rehabilitation verlegt worden sind (Eiff/Schüring/Niehues 2011, S.4).

in die Rehabilitation beeinträchtigt werden, wenn weiterhin ein Bedarf an medizinisch-pflegerischer Krankenhausversorgung besteht (ebd., S. 70).

3.5 Berufliches Selbstverständnis

Wie bereits angedeutet, blieb die Ökonomisierung nicht folgenlos für die im Krankenhaus beschäftigten Ärzt_innen und Krankenpflegekräfte. Hinweise, wie sich dies auf die innerbetriebliche Praxis in den Krankenhäusern auswirkt, zeigt eine Studie der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin aus dem Jahr 2014 mit dem Schwerpunkt auf die Zusammenarbeit von ärztlicher und kaufmännisch-wirtschaftlicher Leitung. Danach soll ein überwiegender Anteil der ärztlichen Führungskräfte betriebswirtschaftliche Vorgaben realisieren, die von Seiten der Geschäftsführung formuliert werden (vgl. Abbildung 7, S. 44). Darüber hinaus werden vermehrt betriebswirtschaftliche Zielvorgaben an die ärztlichen Führungskräfte herangetragen (57 Prozent), während nur ein geringer Anteil der Ärzt_innen (7 Prozent) angibt, medizinische Zielvorgaben umsetzen zu müssen (Fölsch et al. 2014, S. 729).

Abbildung 7: Aus Sicht der ärztlichen Führungskräfte wahrgenommene Erwartungen der Geschäftsführung



Quelle: Fölsch, U.R. et al. (2014), S. 729. Eigene Darstellung.

Veränderungen im beruflichen Selbstverständnis der Ärzt_innen gehen jedoch nicht allein auf die Einführung der G-DRGs zurück. Bereits die vorhergehenden Maßnahmen zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern hätten zu

Veränderungen geführt (Braun et al. 2010, S. 153). Demnach ist der mit der Einführung der Fallpauschalen im Zentrum stehende Konflikt zwischen den unterschiedlichen Ansprüchen keine Neuheit. Aber dieser Konflikt und die damit einhergehenden Veränderungen ist

„in der zunehmend institutionell gesicherten, sanktionsbewährten und monetär belohnten Unausweichlichkeit der ökonomischen Überformung ärztlicher Entscheidungen für die individuellen Ärzte und Pflegekräfte“ (Kühn 2003, S. 17)

neu definiert worden. Hätte die Krankenhausleitung früher staatliche Maßnahmen zur Kostensenkung von ihrer Organisation und ihrer Gestaltungsweise abgrenzen können, würden sich nun die ökonomisierte Ausrichtung auf die Arbeitsbedingungen und Arbeitsweisen der Beschäftigten im Krankenhaus niederschlagen (Bär 2011, S. 15). Mit der gesundheitspolitischen Ausrichtung auf die Beitragssatzstabilität und mit der Einführung des G-DRG-Systems sei die Kostenorientierung nicht nur an die Krankenhausorganisationen herangetragen worden, sondern auch die medizinische Profession sollte bei ihrer Ausübung ein Kostenbewusstsein entwickeln:

„The medical profession is required to be more result-oriented, more efficient, and more economically profitable, without neglecting the quality of care and attention given to patients.“ (Kälble 2005, S. 7)

Das ärztliche Selbstverständnis geriet mit der Fokussierung auf die Wirtschaftlichkeit und durch die entsprechenden Anpassungsmaßnahmen unter starken Druck:

„Unter DRG-Bedingungen wird [der] Erosions-, Anpassungs- und partieller Neuformulierungsprozess fortgesetzt und tendenziell verstärkt, der auf eine Integration gewinnwirtschaftlicher Handlungskalküle abzielt.“ (Braun et al. 2010, S. 153)

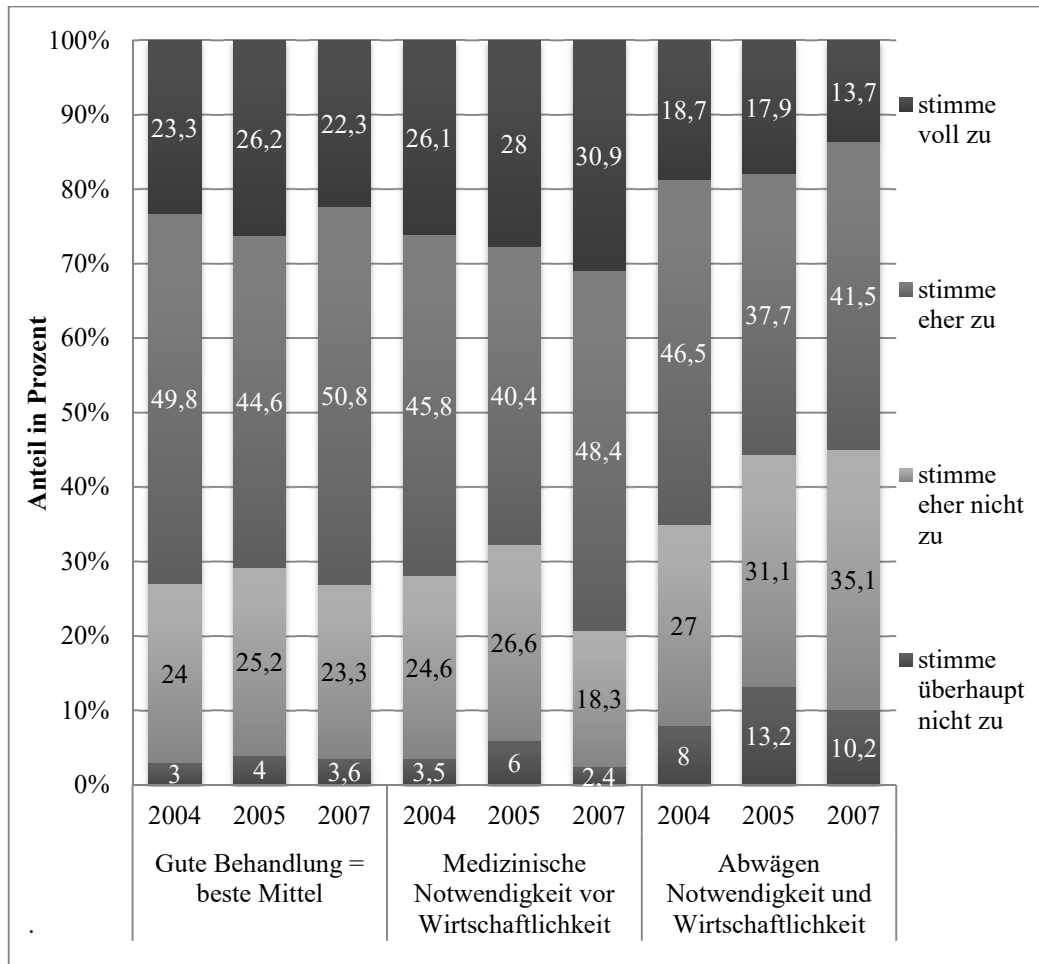
Kühn (2003, S. 18) sieht in diesem Zusammenhang einen Zwiespalt zwischen den ökonomischen Anreizen und der Moral bzw. dem beruflichen Selbstverständnis der Ärzt_innen und auch der Pflegekräfte. Diesen Zwiespalt bezeichnet er als „moralische Dissonanz“ (ebd., S. 18).

Hinweise auf die Dissonanz bzw. auf den Zwiespalt unterschiedlicher Anforderung bieten Braun et al. (2010, S. 147) mit den Betrachtungen von Soll-Vorstellungen der Ärzt_innen (vgl. Abbildung 8, S. 46). Es zeigt sich ein „ungewöhnlich“ hoher Anteil an Ärzt_innen, der bei Fragen zu Entscheidungen zwischen den Versorgungsansprüchen und betriebswirtschaftlichen Kalkülen relativierende Angaben macht.

„Das deutet auf eine Situation hin, in der die herkömmlichen Normen in Frage stehen, aber neue noch keine vollständige Gültigkeit erlangt haben bzw. man unsicher ist, ob man sich zu ihnen bekennen soll.“ (ebd., S. 147)

Braun et al. (2010, S. 173) verweisen aber auch auf der Grundlage ihrer Untersuchung darauf, dass ökonomische Handlungskalküle insgesamt verinnerlicht werden. Dieses Vorgehen würde sogar häufiger gewählt, weil es einfacher umzusetzen sei.

Abbildung 8: Soll-Vorstellung - Medizin und Kosten aus Sicht der Ärzt_innen



Quelle: Braun et al. (2010), S. 147. Eigene Darstellung.

Aus einer aktuelleren Untersuchung geht hervor, dass wirtschaftliche Aspekte in der Gesundheitsversorgung weiter an Bedeutung gewonnen haben. Die Ärzt_innen werden zu Geschäftsleuten, „die durch das DRG-System ein unternehmerisches Gewinnstreben aufweisen müssen.“ (Knoll et al. 2017, S. 64) Damit gehen negative Folgen für die Versorgungsqualität und dem berufsethischen Wert der Menschlichkeit einher (ebd., S. 64). Zu einem etwas anderen Schluss kommen Strech/Marckmann (2010, S. 17). Anhand von qualitativen Interviews sehen sie den Aufgabenwandel darin, dass die Ärzt_innen zwischen den einzelnen Bedürfnissen der Patient_innen und der gerechten Verteilung von knappen Ressourcen vermitteln müssen (ebd., S. 17).

Gleichzeitig scheinen Rollenkonflikte bei den Ärzt_innen zu entstehen, die zu Frustration und Stress bei den Behandelnden führen. Diese Konflikte manifestierend sich in folgenden Punkten:

„(1) zwischen ‚Anwalt‘ des Patienten und ‚Richter‘, (2) zwischen professioneller Autonomie des Arztes und Patientenautonomie, (3) zwischen professioneller Autonomie und den Vorgaben der Kostenträger und (4) zwischen den eigenen finanziellen Interessen und den Interessen des Patienten.“ (Marckmann/Strech 2010, S. 273)

Schröder/Raspe (2010) untersuchen, welche Bedeutung unterschiedlichen Aufgaben in der Patientenversorgung zugeschrieben wird. Die abgefragten Aufgabenbereiche orientieren sich an von Beauchamp und Childress (2009) entwickelten ethischen Prinzipien. Darüber hinaus werden Aufgaben berücksichtigt, die das Prinzip der Wirtschaftlichkeit berücksichtigen (vgl. Tabelle 2, S. 48f.). Als besonders wichtig werden die Prinzipien der Patientenautonomie, des Nichtschadens und dem Wohltun im Sinne von Zuwendung und Empathie bewertet. Von etwas geringerer Bedeutung bewerten die Ärzt_innen ihr Eigenwohl und das Wohl des Berufsstandes. An vorletzter Stelle kommt die Bedeutung der fachlichen Kompetenz. Erst zum Schluss folgt die Bedeutung wirtschaftlicher Prinzipien. Bei den Ärzt_innen kann anhand dieser Ergebnisse nicht von einem generellen Gewinnstreben ausgegangen werden. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass die wirtschaftlichen Prinzipien mit ihrer durchschnittlichen Bedeutung im Mittelfeld der Kategorien „besonders wichtig“ und „überhaupt nicht wichtig“ liegen. Dementsprechend wird ihnen keine sehr geringe Bedeutung zugeschrieben, sie sind den anderen Prinzipien eher nachgeordnet.

Tabelle 2: Bewertung ärztlicher Aufgaben nach übergeordneten Aufgabenbereichen

Patient_in und Autonomie	4,1
Selbstsorge der Patient_innen fördern und fördern	4,2
Patient_innen sorgfältig und umfassend aufklären	4,2
Patientenverfügung achten	4,2
den Patient_innen Alternativen darstellen	3,6
Patient_in und Nichtschaden	4,2
Verbot der Diskriminierung nach Alter, sexueller Orientierung, ethischer Herkunft	4,4
Verschwiegenheit, Datenschutz	4,3
Berücksichtigen eigener Kompetenzgrenzen (Überweisung)	4,0
Schutz vor ökonomischer Ausbeutung der Patient_innen	3,9
Patient_in und Wohltun (Zuwendung und Empathie)	3,9
Zuhören und Sprechen	4,3
Mitgefühl, Liebe, Empathie empfinden/zeigen	3,9
Angehörige und Lebenswelt der Patient_innen einbeziehen	3,8
Fürsorge und psychosoziale Unterstützung für die Patient_innen anbieten	3,7
Patient_in und Wohltun (fachliche Kompetenz)	3,1
Fortbildung wahrnehmen	4,0
Lotse für die Patient_innen im Gesundheitssystem sein	3,5
Etikette (Kleidung, Manieren, Takt, Respekt) wahren	3,4
Interessen der Patient_innen gegenüber Ämtern und Behörden vertreten	2,8
klinisch-technische Kompetenz (Medizin als Handwerk) betonen	2,8
unentgeltlich Leistungen erbringen	2,2
Eigenwohl des Arztes	3,4
eigene Familie, Privatsphäre schützen	4,3
achtsamer Umgang mit sich selbst, sich bei Problemen helfen lassen	3,8
eigenes Einkommen sichern	3,5
eigenes Einkommen erhöhen	2,9
Werbung für eigene Einrichtung betreiben	2,5
Eigenwohl des Berufsstandes	3,2
Unbestechlichkeit bewahren	4,5
Interessenkonflikte aufdecken	3,7
Fehler eingestehen, den Patient_innen Unsicherheiten mitteilen	3,5

keine Patient_innen abwerben	3,3
Beteiligung an Forschung und Lehre, z.B. auch durch Teilnahme an Studien	2,7
Beteiligung an Ausarbeitung von Leitlinien	2,6
Beteiligung an ärztlicher Selbstverwaltung (ÄK)	2,4
Public Health	3,3
Präventionsarbeit stärken (Impfen, Ernährung, Lebensstil etc.)	3,9
Schulungen für Patienten-/Krankengruppen anbieten	3,2
medizinisches Wissen für das Laienpublikum aufbereiten	3,0
Ausgleich sozialer Benachteiligung fördern	3,0
Systemwohl (Wirtschaftlichkeitsaspekt)	2,9
Nichtindizierte Leistungen verweigern	3,4
Kosten-Nutzen bei jeder Behandlung beachten	3,0
Abwägen zwischen Gemeinwohl (Nutzen für alle) vs. Individualwohl	2,9
alle Dokumentationspflichten erfüllen	2,6
Beteiligung an Rationierungs-/Priorisierungsdebatte	2,5
1 = Ich bewerte die Aufgabe als überhaupt nicht wichtig; 5 = äußerst wichtig.	

Quelle: Schröder/Raspe (2010), S. 95. Eigene Darstellung.

Ähnlich wie bei den Ärzt_innen lassen sich bei den Krankenpfleger_innen Reibungen zwischen betriebswirtschaftlich ausgerichteten Ansprüchen der Träger und dem beruflichen Selbstverständnis zeigen. Nach den Ergebnissen von Marrs (2007, S. 506)²³ passen aus Sicht der Pflegekräfte die aus der Ökonomisierung hervorgegangenen Ansprüche nicht mit den Vorstellungen der Krankenpfleger_innen zusammen, wie gute Pflege gestaltet werden soll. So wird unter den Krankenpflegekräften die Haltung vertreten, dass „erlösoptimierende[.] Handlungs- und Verfahrensweisen [...] nicht ihr [der der Pflegekraft; Anm. der Autorin] Job [sei]“ (ebd., S. 505).

Manzeschke (2010, S. 142) sieht dagegen eine Entwicklung, nach der es zwar nicht in der Absicht der Krankenpfleger_innen liegt, „sie doch faktisch die ökonomischen Interessen des Krankenhauses vor die moralische Verpflichtung gegenüber dem Patienten [stellen].“

²³ Die Ergebnisse stammen aus dem Projekt „Arbeit unter Marktdruck – neue Steuerungsformen und Leistungs politik“. In dem Projekt wurde untersucht, wie sich die Leistungsanforderungen und -bedingungen durch zunehmend marktorientierte Steuerungsformen im Gesundheitswesen und in der Informations- und Kommunikationsbranche verändert haben (Marrs 2008).

Für den ambulanten Bereich können in diesem Zusammenhang zwei Gruppen von Pflegekräften identifiziert werden: Eine Gruppe berücksichtigt zwar die Vorgaben zur finanziellen Handhabung, wägt diese jedoch gegen ihren Versorgungsauftrag ab. Dagegen nehmen Pflegekräfte der zweiten Gruppe die betriebswirtschaftlichen Orientierungen an und richten ihr Handeln danach aus (Slotala/Bauer 2009, S. 62).

Die Ökonomisierung wirkt auf die Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen sowie auf deren Berufsbilder unterschiedlich. Eine wesentliche Ursache dafür sind die verschiedenen Macht- und Gestaltungspielräume der beiden Berufsgruppen. Auf der einen Seite scheinen die Krankenpflegekräfte sich gegenüber anderen Vorstellungen, Erwartungen und Handlungslogiken nicht durchsetzen zu können, weil es ihnen schwerer fällt, ein eigenes Berufsgruppenprofil herauszubilden. Ärzt_innen können sich demgegenüber besser gegen andere Handlungslogiken abschirmen (siehe auch Baus/Marxen-Wallrich 1992; Slotala/Bauer 2009, S. 61). Darüber hinaus besteht

„der Eindruck, dass Pflegekräfte es schon länger als Ärzte gewohnt sind, dass das, wie man gerne mit den Patienten arbeiten möchte, nicht dem entspricht, was man (innerhalb der zur Verfügung stehenden Zeit) tatsächlich schaffen kann.“ (Braun et al. 2010, S. 166)

Auf der anderen Seite sei die Adaption von betriebswirtschaftlichen Konzepten in der Pflege schwierig, da die Pflege auf Ganzheitlichkeit und weiche Faktoren setzt (Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften o.J., S. 15). Für die Ärzt_innen sei es dagegen einfacher, sich an die Kategorien des Managements anzupassen, da die ökonomische Komponente an das der Medizin inhärente naturwissenschaftliche Paradigma anschlussfähig sei (Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften o.J., S. 14). Es werden also unterschiedliche Argumentationslinien deutlich, warum Ärzt_innen oder Krankenpfleger_innen ihr Handeln an ökonomischen Orientierungen ausrichten bzw. warum sie es nicht tun.

3.6 Ärztliche Entscheidungsfindung

Als weitere Folge der Ökonomisierung, die auch mit dem Zwiespalt zwischen ökonomischen Anreizen und der beruflichen Moral zusammenhängt, lässt sich in den getroffenen Entscheidungen, bzw. wie diese Entscheidungen getroffen werden können, finden. Ein Aspekt der Entscheidungsfindung betrifft die Therapiefreiheit der Ärzt_innen. Aus Sicht der Ärzt_innen sei die Therapiefreiheit durch die G-DRGs und durch die Etablierung von Therapiestandards eingeschränkt worden (Braun et al. 2010, S. 153; siehe auch Siegrist 2012, S. 1101). Mit Verweis auf Kühn (2003, S. 20) zeigt sich hier eine Entsubjektivierung, durch die das Handeln der Akteure

nicht mehr von ihrer „individuellen Moral“ abhängt, sondern „in die Institution, ihre Anreiz- und Sanktionssysteme integriert“ ist.

Die von Marckmann und Strech (2010, S. 277) durchgeführte Untersuchung zeigt dagegen unter dem Rationierungsaspekt eine andere Bewertung der Entscheidungsfindung. Entscheidungen über Rationierung sollten nicht für jeden Einzelfall durch die Ärzt_innen getroffen werden. Vielmehr würden sich die Ärzt_innen Verfahren zur Rationierungsentscheidung wünschen, die nicht in die Arzt-Patienten-Beziehung eingebettet ist. Entscheidungen, die z.B. auf kostensensiblen Leitlinien aufbauen, unterstütze aus Sicht der Ärzt_innen, dass konsistente und gerechte Entscheidungen getroffen werden würden. Darüber hinaus würde dadurch die Beziehung zu den Patient_innen nicht belastet.

Aus einer Übersichtsarbeit, in der Ergebnisse aus qualitativen Studien aus Kanada, Deutschland, den Niederlanden, Norwegen, Großbritannien und USA zum Thema des Umgangs mit Mittelknappheit und Rationierung zusammengefasst worden sind, geht hervor, dass die ärztlichen Entscheidungen von

„situationsspezifischen Faktoren abhängen, die sich auf die organisatorischen Rahmenbedingungen, die Persönlichkeit des Patienten und die Einstellung des Arztes beziehen. Manchmal hängt es vom Zeitpunkt ab, ob Leistungen vorenthalten werden, oder von den gerade im Krankenhaus verfügbaren Finanzmitteln. In anderen Fällen bestimmt die persönliche Beziehung zum Patienten, ob die Rationierung stattfindet oder nicht.“ (Marckmann/Strech 2010, S. 273)²⁴

In der weitergehenden Untersuchung zur Mittelknappheit und zu Einflussfaktoren auf den Umgang mit Kostendruck wurden die Begriffe Mittelknappheit und Rationierung ausgehend von qualitativen Interviews mit Ärzt_innen in leitenden Funktionen spezifiziert (Strech/Marckmann 2014, S. 7). Darauf aufbauend konnte festgestellt werden, dass im Einzelfall entschieden wird, ob eine Leistung vorenthalten wird – etwa wenn Erfolge nicht eindeutig belegt werden können – oder ob Leistungen trotz der Mittelknappheit angeboten werden – wenn sie in ihrer Wirkung überzeugen (ebd., S. 9). Zudem können medizinische Kriterien festgestellt werden, die in die Entscheidung einbezogen werden. Medizinische Kriterien umfassen die Prognose, den Nutzen und die bestehenden Risiken. Sie basieren insbesondere auf wissenschaftlich begründeten Evidenzen. Der Nutzen wird weiter durch die mögliche Lebenserhaltung und durch den Schweregrad der Erkrankung spezifiziert (ebd., S. 9). Ist etwa von einer klaren positiven Wirkung auszugehen, wird die Leistung

²⁴ Marckmann/Strech (2010) verweisen auf zwei deutsche Studien, die sich mit Rationierungsentscheidungen von Ärzt_innen auseinandersetzen: Kern/Beske/Lescow (1999) und Boldt/Schöllhorn (2008). In diesen Studien kann zwar eine weite Verbreitung von Rationierung festgestellt werden, es seien aber zum einen keine Aussagen zur Repräsentativität möglich. Zum anderen würde keine einheitliche Definition von Rationierung verwendet.

den Patient_innen nicht vorenthalten. Können auf keine wissenschaftlich begründeten Evidenzen zurückgegriffen werden, wird auch der Vorenthalt einer Leistung als alternative Option in die Entscheidung einbezogen (ebd., S. 14).

Kosteneffektivität als Kriterium für die Priorisierung von Leistungen wird von den Ärzt_innen unterschiedlich bewertet. Auf der einen Seite scheint sie in den Entscheidungen mit aufgenommen zu werden. Auf der anderen Seite wird sie gleichwohl als irrelevant eingeschätzt (ebd., S. 10). Ein weiteres Kriterium ist das Alter der Patient_innen. Dies wird im Zusammenspiel der Prognose (wie lange werden Patient_innen mit einer Leistung leben müssen) und dem Wunsch der Patient_innen als Priorisierungskriterium gesehen. Darüber hinaus werde bei alten Patient_innen, etwa aus Heimen, oder bei dementen Patient_innen keine Maximalversorgung mehr unternommen (ebd., S. 10).

Vogd (2004a; 2004b; 2006)²⁵ analysiert die Entscheidungsfindung von Internist_innen und Chirurg_innen. Zunächst stellt er fest, dass „[d]ie Entscheidungsdy­namik [...] in vielen Fällen durch einen Konflikt zwischen dem ärztlichen Ethos und der ökonomisch-administrativen Rationalität geprägt [ist].“ (Vogd 2004a, S. 27; siehe auch Vogd 2004b, S. 391) Ökonomische und administrative Bedingungen sind demnach in den Entscheidungen von Ärzt_innen schon vor der G-DRG-Einführung immer mitberücksichtigt worden (Vogd 2004b, S. 394). Dabei bestehen zwischen Internist_innen und Chirurg_innen unterschiedliche Modi der Entscheidungsfindung: eine Kultur des Meinungsaustauschs und ein „geduldiges und sorgfältiges Reflektieren“ (Vogd 2004a, S. 44) machen den zentralen Modus der Entscheidungsfindung auf internistischen Stationen aus. Bei den Chirurg_innen stehe dagegen eine personalisierte Entscheidungsfindung im Vordergrund (Zuschieben von Entscheidungen) (Vogd 2004b, S. 43 f.).²⁶

Eine Berücksichtigung ökonomischer Handlungskalküle in den Entscheidungsprozessen hängt weiterhin davon ab, wie nah die Ärzt_innen den Patient_innen stehen, wie lange sie ihn bzw. sie schon betreuen und/oder ob die Ärzt_innen ausschließlich in ihrer Fachkompetenz angesprochen werden. Können die Ärzt_innen im Konflikt zwischen ökonomischen Interessen und dem ärztlichen Ethos selbst keine Entscheidungen treffen, verweisen sie auf den Wunsch der Patient_innen. Ein mögliches schlechtes Gewissen auf Seiten der Ärzt_innen kann dann durch

²⁵ Vogd (2006a) beschäftigt sich mit der ökonomischen Ausrichtung in der medizinischen Versorgung und wie diese in den ärztlichen Entscheidungen aufgenommen wird. Die qualitativ ausgelegte Forschung konzentriert sich auf das medizinische Personal in den Krankenhäusern.

²⁶ Zwischen den Positionen innerhalb der Hierarchien bestehen ebenfalls Unterschiede im Umgang mit Entscheidungsproblemen. Beispielsweise wehren Chefärzt_innen zunächst Entscheidungen ab, um mit einer falschen Entscheidung aufkommende Probleme zu vermeiden oder um sich nicht auf eine Stufe mit den unter ihnen beschäftigten Ärzt_innen zu stellen. Sie „inszenieren sich als Metaentscheider, die entscheiden, wann sie entscheiden“ (Vogd 2004a, S. 44).

die Übertragung der Entscheidung auf die Patient_innen gemindert werden. Weiterhin löst die Möglichkeit, die Entscheidung auf vorgesetzte Ärzt_innen abzugeben, Widersprüche zwischen dem ökonomischen Interesse und dem ärztlichen Ethos bei den betreffenden Ärzt_innen auf (Vogd 2004a, S. 34ff.).

In der Folgeuntersuchung kann Vogd (2006a, 2006b) bei der Behandlung von komplexen Fällen keinen Wandel in der ärztlichen Entscheidungsfindung feststellen. Demnach wurde die medizinische Orientierung nicht von den ökonomisch-administrativen Anforderungen in diesen Fällen verdrängt (Vogd 2006a, S. 254, 2006b, S. 203f.). Die unterschiedlichen Orientierungen werden in der Praxis allerdings verstärkt miteinander verbunden, um den verschiedenen Ansprüchen weitestgehend gleichermaßen gerecht werden zu können. In der Konsequenz müssen die Ärzt_innen an manchen Stellen der Versorgung Abstriche machen, indem sie zwischen problematischen Fällen (komplexen Fällen) und Routinefällen unterscheiden. Dadurch können zeitliche und personelle Ressourcen für die komplizierten Behandlungsfälle verwendet werden. An welchen Stellen jedoch diese Einschränkungen gemacht werden, bleibt eine rein medizinisch ausgerichtete Entscheidung (Vogd 2006a, S. 255, 2006b, S. 204f.). Hier scheint es also in dem Sinne zu Rationierungen zu kommen, dass die begrenzten zeitlichen und personellen Ressourcen von den Routinefällen abgezogen werden, um diese für die komplexen Fälle zur Verfügung zu haben.

Innerhalb der Ärztegruppe werden zudem Unterschiede im Umgang mit der ökonomisch-betriebswirtschaftlichen Logik deutlich. Die Chirurg_innen passen sich „pragmatisch den organisatorischen Verhältnissen an, um dann den eigenen medizinischen Orientierungen treu zu bleiben.“ (Vogd 2006a, S. 201) Bei den Internisten_innen lenken nach Vogd (2006a, S. 174) die medizinischen Anforderungen zwar auch weiterhin die Handlungen. Dennoch würden die kürzeren Liegezeiten bei dieser Fachgruppe zur Anwendung von Abkürzungsstrategien und zu einer Aufteilung des Fallwissens auf das Stationsteam führen.

Zur ärztlichen Entscheidungsfindung gehört zudem der Einsatz von Diagnoseverfahren. Hier scheint die Einführung der G-DRGs mit konträren Anreizen für ein ökonomisches Handeln verbunden zu sein. Auf der einen Seite werde eine schnelle Diagnostik angestrebt und auf wiederholte Diagnoseverfahren verzichtet, wenn bereits eine Vordiagnostik vorliegt. Damit könne aber zugleich eine unzureichende Absicherung von Therapieentscheidungen einhergehen oder dies könne der Erzielung eines schnellen Behandlungsergebnisses zuwiderlaufen (Buhr/Klinke 2006b, S. 15f.). Auf der anderen Seite können Abkürzungsstrategien bei der Diagnose identifiziert werden, wie Vogd (2006a, S. 197ff.; 2006b, S. 204ff.) sie für die Internist_innen beschreibt. Danach werden mit dem Beginn des Krankenhausaufenthalts

an Patient_innen unterschiedliche, zum Teil teure diagnostische Verfahren gleichzeitig durchgeführt. Zu vermuten ist, dass durch diese Strategie die Liegezeit für letztlich diagnostizierte Erkrankung und darauffolgende Versorgungsleistungen eingehalten werden können.

3.7 Arzt-Patienten-Beziehung

Ein weiterer Punkt, der im Zusammenhang mit der Ökonomisierung diskutiert wird, ist eine Veränderung in der Arzt-Patienten-Beziehung. Die Arzt-Patienten-Beziehung wird traditionell als ein Vertrauensverhältnis zwischen Patient_innen und Ärzt_innen beschrieben. Aus dieser Beziehung ziehen die Ärzt_innen u.a. die Kraft, um unter den bestehenden Arbeitsbedingungen die Versorgung gewährleisten zu können: „Ein Dankeschön, ein Lächeln oder die Gewissheit, dass ein Patient zurück in den Alltag gefunden hat, ließ so manches Ärgernis in den Hintergrund treten.“ (Flintrop 2006, S. 3085) Im Hinblick auf das Ergebnis von Vogd (2006a), nach dem die Patient_innen bei den Internist_innen zu „Teampatienten“ (Vogd 2006a, 174, 201) werden, verteilt sich das Fallwissen für eine Patientin oder einen Patienten auf mehrere Ärzt_innen. Durch diese Verteilung des Versorgungsprozesses können die Ärzt_innen den gesamten Behandlungsumfang jedoch kaum noch überblicken. In der Folge leidet darunter auch die Arzt-Patienten-Beziehung (Vogd 2006a, S. 249f.). Mit Blick auf die Bedeutung von Empathie und Zuwendung (Tabelle 2, S. 47) ist zudem fraglich, wie dies durch die Aufteilung einer Patientin bzw. eines Patienten auf mehrere Ärzte in die Versorgungsrealität umgesetzt werden kann.

Eine weitere Einschränkung der Arzt-Patient-Beziehung und auch der Beziehung der Krankenpflegekräfte zu den Patient_innen ergibt sich aus einer Umdeutung der Patientenrolle. Diese veränderte Rollenzuschreibung fasst Kühn (2005, S. 23) als eine Strategie des medizinischen Personals, um die moralische Dissonanz aufheben zu können. Die Patient_innen werden zu Kund_innen oder zu Konsument_innen; statt der Rolle eines leidenden Kranken oder einer leidenden Kranken wird ihnen die Rolle des „informierten Wirtschaftssubjekts“ oder des „souveränen Konsumenten“ (Kühn 2005, S. 9) zugeschrieben. In dieser Form würden sich die Patient_innen durch Eigenschaften wie Egoismus und Unersättlichkeit auszeichnen (Kühn 2003, S. 20, 2005, S. 20). In diesem Sinne scheinen die Behandelnden eine Strategie zu entwickeln, in der die Versorgungsleistungen weiterhin erbracht werden können, jedoch ohne sich mit den individuellen Bedürfnissen nach Zuwendung und Menschlichkeit der Patient_innen auseinander setzen zu müssen.

3.8 Erbringung von Versorgungsleistungen

Veränderungen in der stationären Versorgung von Patient_innen können über einen Vergleich von Soll-Vorstellungen mit den Ist-Zuständen als Indikator für die Versorgungsrealität abgebildet werden. So stimmen auf der einen Seite die Ärzt_innen bspw. zwar überwiegend zu, „[j]edem Patienten sollten die besten Experten, Präparate und Geräte zur Verfügung [stehen].“ (Braun et al. 2010, S. 179) Auf der anderen Seite wird jedoch von einem Großteil der Ärzt_innen der Vorzug der medizinischen Logik unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten als nicht realisierbar wahrgenommen:

„Der Wellenvergleich zeigt, dass unter DRG-Bedingungen die sozialpolitische Norm des SGB V unter Druck gerät und aus Sicht der Ärzte immer weniger erfüllt wird, was derzeit noch mit erhöhter Einforderung nach Geltung der traditionellen Norm beantwortet wird. Deutlich wird an diesem Auseinanderdriften von Normerwartung und Normerfüllung ein massiver Konflikt, den jeder zweite Arzt in seiner täglichen Arbeit erfährt, da er über seine Versorgungsentscheidungen Mitproduzent der Dissonanz ist.“ (ebd., S. 180)²⁷

Darüber hinaus hat sich die verfügbare Zeit für die Patientenversorgung durch die mit der G-DRG-Einführung einhergegangene Zunahme von administrativen Aufgaben verringert.

„Die Ärzte betonen durchweg, dass sie gern mehr Zeit für ihre Patienten hätten, sie aber im DRG-Zeitalter zur zeitaufwendigen Dokumentation verpflichtet seien.“ (Flintrop 2006, S. 3085)²⁸

Im Vergleich von Soll-Vorstellungen mit den Ist-Zuständen wird bei Braun et al. (2010) ein Schwerpunkt auf die soziale und emotionale Zuwendung bzw. auf die psychosoziale Versorgung als Teil einer ganzheitlichen Versorgung gelegt. Danach halten rund 70 Prozent der Ärzt_innen eine soziale und emotionale Zuwendung zu ihren Patient_innen zwar in der Versorgung für wichtig, aber nur ein kleiner Anteil der Ärzt_innen kann es umfassend umsetzen (ebd., S. 151, 200). Über die Vergleichsjahre 2004, 2005 und 2007 geht der Anteil der Ärzt_innen zurück, die eine psychosoziale Versorgung als voll gewährleistet sehen (vgl. Abbildung 9, S. 56).

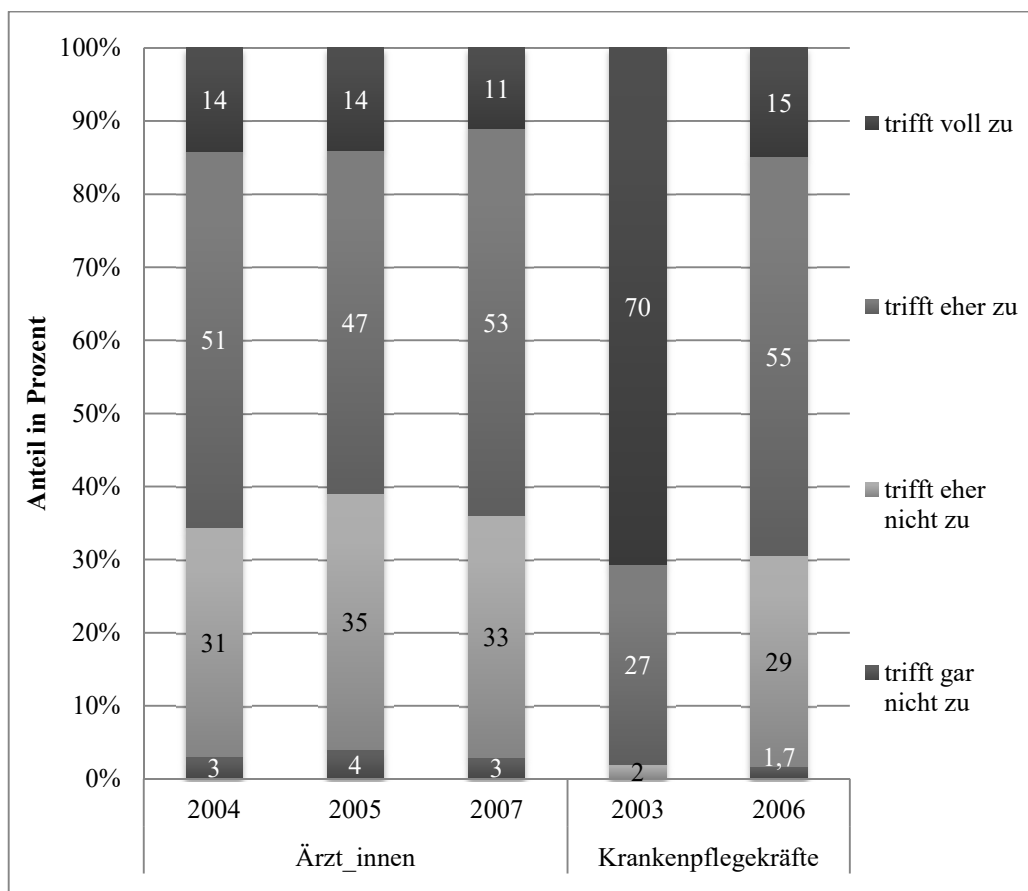
²⁷ Für die quantitative Erhebung erfolgten im WAMP-Projekt bis zu drei Erhebungen zu Beginn, während und zum Ende der G-DRG-Einführung. Die Inhalte der Befragungen waren bei den Ärzt_innen nahezu identisch, sodass die Wellen miteinander verglichen werden konnten (Braun et al. 2010).

²⁸ Jedoch bestehen Widersprüche zwischen der tatsächlichen Verteilung der Zeit und der Wahrnehmung der Beschäftigten (Klinke 2007, S. 27ff.); Buhr/Klinke 2006b, S. 18f.). Darüber hinaus würden die administrativen Tätigkeiten zu einer Qualitätsverbesserung beitragen, jedoch werden sie vermehrt betriebswirtschaftlich begründet oder um die Kontrollen der Krankenkassen bzw. des MDKs zu bedienen (Klinke 2007, S.29).

Dabei spielen die Arbeitsbedingungen für die Umsetzung eine große Rolle. Bei hohen Arbeitsbelastungen und bei niedrigen Ressourcen sinkt die Wahrscheinlichkeit einer guten psychosozialen Versorgung der Patient_innen (ebd., S. 202).

Die Norm, eine psychosoziale Zuwendung in der Versorgungspraxis zu gewährleisten, gerät bei den Pflegekräften ebenfalls unter Druck; es können nur wenige Krankenpfleger_innen diesen Teil der Versorgung im vollen Umfang umsetzen. So stimmen 2006 nur knapp 15 Prozent der Krankenpfleger_innen der Aussage zu, dass die Behandlung grundsätzlich durch soziale und emotionale Zuwendung begleitet wird (vgl. Abbildung 9, S. 56).

Abbildung 9: Ist-Zustand - psychosoziale Versorgung aus Sicht der Ärzt_innen und Krankenpflegekräfte



Quelle: Braun et al. (2010): S. 100, 203. Eigene Darstellung.

Zwar wurden bereits in den 1990er-Jahren in der Pflege Maßnahmen wie Pflegestandards eingeführt, mit Verweis auf den Abbau des Pflegepersonals wird die Qualität in der Pflege jedoch negativ beeinflusst:

„Zwar können, dank des Engagements der verbleibenden Pflegekräfte [...], die Patienten in den meisten Fällen noch so versorgt werden, dass sie ‚keinen Schaden erleiden‘ [...]. Die Pflegekräfte können die Patienten jedoch häufig nicht mehr so umfassend betreuen, wie es dem pflegerischen

Leitbild entspricht, das sich am Konzept der Ganzheitlichkeit oder Patientenorientierung ausrichtet.“ (Buhr/Klinke 2006b, S. 17)

Darüber hinaus zeigt sich bei den Krankenpflegekräften, dass sie auch andere Ansprüche nicht in der Versorgungspraxis realisieren können (ebd., S. 187). Die Krankenpfleger_innen scheinen in einem ständigen

„Kampf um Zeitressourcen, Personal und Pflegequalität zu sein. Man habe zu wenig Zeit für Patienten, so dass die Pflegesituation oft nicht mit persönlichen und professionellen Standards vereinbar sei“ (Böhle/Stöger/Wehrich 2015, S. 77).

Dennoch wird die Pflegequalität von den Krankenpfleger_innen überwiegend (auch im Verlauf der Umbruchphase) besser bewertet als von den Ärzt_innen. Diese Aussage bezieht sich jedoch nur auf die Grundpflege. Unter diesem Blickwinkel ist es jedoch „alarmierend“ (Braun et al. 2010, S. 211), dass für einen zunehmenden, wenn auch kleinen Teil der Patient_innen, keine ausreichende Grundpflege gewährleistet werden kann.

Den Krankenpfleger_innen fehlt die Zeit für Fürsorge, Zwischenmenschliches und Gespräche mit der Patientin bzw. mit dem Patienten (Slotala/Bauer 2009, S. 59f.). Unter anderem nehmen sich Pflegekräfte unentgeltlich die Zeit, diesen Kontakt aufzubauen, auch wenn ansonsten der Raum für Zwischenmenschliches fehlt (ebd., S. 63). Es bleibt aber offen,

„inwiefern die mit dem gestiegenen ökonomischen Druck gewachsene Kluft zwischen den wirtschaftlichen Erfordernissen und dem pflegerischen Bedarf dauerhaft über die Selbstlosigkeit des Pflegepersonals überbrückt werden kann (und sollte).“ (ebd., S. 63)

Einen weiteren Zugang zur Wirkung der Ökonomisierung auf die Versorgung bieten Nock/Hielscher/Kirchen-Peters (2013).²⁹ Danach besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der Ökonomisierung und dem Item „Es gelingt Ihnen stets, auf die Bedürfnisse Ihrer pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten einzugehen“. Entsprechend sehen die befragten Beschäftigten aus der Pflegebranche eine bedürfnisorientierte Patientenversorgung, insbesondere für geriatrische Patient_innen, nur dann als erfüllbar, wenn die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen angemessen sind (ebd., S. 28).

Im Hinblick auf die Rationierung von Versorgungsleistungen wurden ebenfalls Untersuchungen durchgeführt. Anhand der Tabelle 3 (S. 58) wird deutlich, dass der

²⁹ In dem Projekt „Dienstleistungsarbeit zwischen Ökonomisierung und Aktivierung“ gingen die Forscher_innen der Frage nach, wie der Anspruch an Aktivierung im Rahmen von Ökonomisierung in unterschiedlichen sozialen Dienstleistungsbereichen, darunter auch im Gesundheitswesen, erfüllt werden kann (Nock/Hielscher/Kirchen-Peters 2013). Die Befragung umfasst Beschäftigte aus der Krankenhauspflege sowie aus der ambulanten und stationären Altenpflege (Nock/Hielscher/Kirchen-Peters 2013, S.19).

überwiegende Teil der befragten Ärzt_innen nie auf Rationierungen in der Versorgung zurückgegriffen haben. Dennoch gibt es einen nicht unerheblichen Anteil an Ärzt_innen, die selten Rationierungen durchführen und sogar mindestens einmal im Monat diagnostische Maßnahmen vorenthalten. Darüber hinaus sind es 13 Prozent, die pflegerische Maßnahmen, und 10 Prozent, die diagnostische Maßnahmen mindestens einmal pro Woche nicht durchführen.

Tabelle 3: Rationierung von Versorgungsleistungen¹

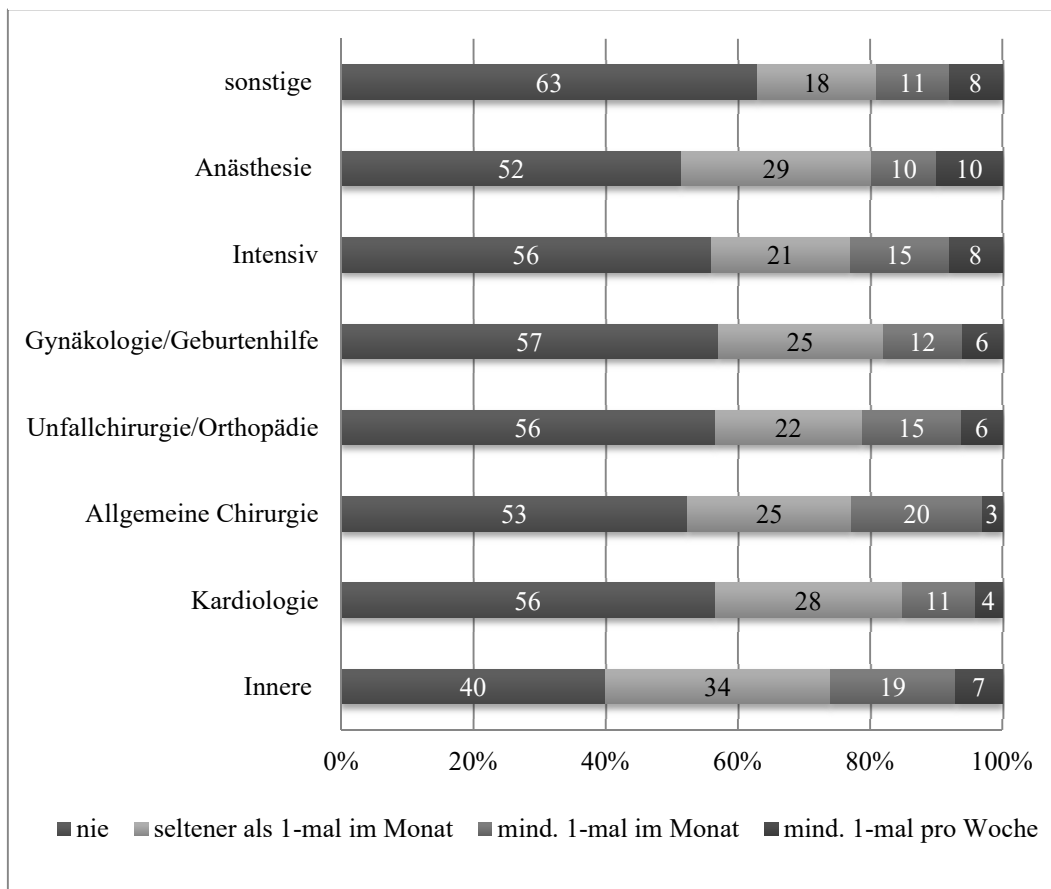
Interventionstyp	mindestens einmal pro Woche	mindestens einmal im Monat	seltener als einmal im Monat
Anordnung pflegerischer Maßnahmen	13	13	27
Diagnostische Maßnahmen	10	31	28
nichtmedikamentöse therapeutische Maßnahmen	7	15	37

¹ Frage: Wie häufig haben Sie oder einer Ihrer Kollegen in Ihrer Abteilung in den letzten sechs Monaten aus Kostengründen eine der folgenden Maßnahmen aufgeschoben oder nicht durchgeführt, obwohl sie nach Ihrer Auffassung für den Patienten nützlich gewesen wäre?

Quelle: Strech/Marckmann (2010), S. 1499.

Unterschiede in der Rationalisierungsintensität bestehen zwischen den Fachabteilungen. Auffällig ist die Innere. Hier finden in 40 Prozent der Abteilungen nie Rationierungen statt. Dagegen kommt es in 26 Prozent der Abteilungen mindestens einmal im Monat oder einmal in der Woche zu Rationierungen. Bei den anderen Abteilungen liegt der Anteil ohne Rationierung deutlich höher. Dennoch kommt es auch bei den meisten Abteilungen (außer Gynäkologie und Kardiologie) in über 20 Prozent der Abteilungen zu Rationierungen einmal im Monat oder einmal in der Woche (vgl. Abbildung 10, S. 59).

Rationierung hängt von unterschiedlichen Einflussfaktoren ab. Signifikant seltener kommt es zur Rationierung in großen Krankenhäusern. Ebenso wird bei einer guten technischen Ausstattung Maßnahmen der Rationierung seltener wahrgenommen. Bemerkenswert ist, dass eine gute ärztliche oder pflegerische Personalausstattung oder die Trägerform keinen signifikanten Einfluss auf das Rationierungsgeschehen in Krankenhäusern haben (Reifferscheid/Pomorin/Wasem 2015, e133; siehe auch Strech/Marckmann 2014, S. 21).

Abbildung 10: Rationierungsintensität nach Fachabteilung

Quelle: Reifferscheid/Pomorin/Wasem (2015), S. e132

Aus einer Untersuchung des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung, die auf einer Befragung der Krankenhausdirektionen basiert, gehen folgende Ergebnisse hervor:

- 30 Prozent geben an, die Möglichkeiten einer ausreichenden pflegerischen Versorgung sind gesunken.
- 34 Prozent sehen einen Rückgang in der Gewährleistung einer angemessenen Überwachung (z.B. Operation).
- 30 Prozent verweisen darauf, dass eine angemessene Anzahl an Mobilisation häufig oder oft nicht durchgeführt werden kann.
- 38 Prozent geben an, dass die Patient_innen bei der Nahrungsaufnahme häufig oder oft nicht in ihrem Esstempo unterstützt werden können.
- 50 Prozent sehen eine weitere Abnahme bei den Kontakten zwischen den Patient_innen und den Pflegekräften.

- 27 Prozent der Pflegekräfte schließt aus, dass notwendige Umlagerungen von bettlägerigen Patient_innen nicht durchgeführt werden (Isfort/Weidner 2009, S. 82).³⁰

In einer Untersuchung mit leitenden (männlichen) Ärzten zu deren Erfahrung mit den Folgen des G-DRG-Systems auf die Qualität und Professionalität werden unterschiedliche Bewertungen des Vergütungssystems deutlich (Knoll et al. 2017, S. 60 f.). Positive Erfahrungen mit dem G-DRG-System werden von einem leitenden Arzt in der Inneren Medizin hinsichtlich der prästationären Aufnahme geschildert. Indem alle diagnostischen und vorbereitenden Maßnahmen möglichst vor der stationären Aufnahme durchgeführt werden, kann die Zeit zwischen der Aufnahme im Krankenhaus und der Operation verkürzt werden (vgl. ebd., S. 62). Die leitenden Ärzte schildern aber auch negative Effekte der Fallpauschalen. Einer dieser Effekte ist der Anreiz, eine Aufnahmeindikation für Fachbereiche zu stellen, die über die Fallpauschalen vergleichsweise gut honoriert werden. Die medizinischen Indikationen rücken dagegen in den Hintergrund (ebd., S. 62). Für Krankenhäuser ist es insgesamt

„finanziell attraktiv, vor allem Patienten in lukrativen Fallgruppen zu behandeln, bei denen die tatsächlichen Versorgungskosten unterhalb der diagnosebezogenen Vergütung liegen.“ (Marckmann/Strech 2010, S. 272)

Zudem würden sich negative Folgen in der Behandlung von alten und multimorbiden Patient_innen zeigen, da der damit zusammenhängende hohe Versorgungsaufwand über die Fallpauschalen nicht entsprechend vergütet werde und dies auch zu einer ablehnenden Haltung gegenüber der Versorgung durch die Behandelnden zur Folge habe (Knoll et al. 2017, S. 63).

Marckmann/Strech (2010, S. 273) stellen zudem unter dem Gesichtspunkt der Rationierung heraus, dass Ärzt_innen auch ihre Zeit, die sie mit den Patient_innen verbringen, rationieren. Andere Ärzt_innen versuchen dagegen, den Patient_innen die Leistungen zukommen zu lassen, indem sie kreative Lösungen zurückgreifen. „Sie sind dabei auch bereit, die Regeln des Systems zu unterlaufen“ (ebd., S. 273).

3.9 Zwischenfazit Forschungsstand

Zusammengenommen zeigt sich, dass die mit der Einführung der G-DRGs intensivierte ökonomische Ausrichtung der Krankenhäuser auf die Arbeitsbedingungen in den Einrichtungen und auf die Versorgung wirkt. In diesem Zusammenhang sind die Werte und Normen der Ärzt_innen und Krankenpflegekräfte ebenfalls unter

³⁰ Isfort/Weidner (2009, S.74) gehen der Frage nach, ob die Veränderungen im Pflegebereich auf die G-DRG-Einführung zurückgehen oder ob die Veränderungen durch ein zeitgleiches Auftreten verschiedener Umstrukturierungsmaßnahmen gekennzeichnet sind.

Druck geraten. Neuere Forschungen lassen den Schluss zu, dass die Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen dem Anspruch an eine betriebswirtschaftlich ausgerichtete Krankenhausversorgung weiterhin gegenüberstehen.

In der Umbruchphase scheint bei den Behandelnden weitestgehend eine Orientierung an den Patient_innen vorzuliegen. Dennoch lassen sich Veränderungen identifizieren, wie aus den relativierenden Angaben zu Soll-Vorstellungen bei Braun et al. (2010) oder aus der stärkeren Verbindung zwischen medizinischen Entscheidungen und ökonomischen Rationalitäten (Vogd 2006a, 2006b).

In der Versorgungspraxis ist die Umsetzung der Ansprüche, die auf einer berufsspezifischen Orientierung basieren, durch die Einführung der G-DRGs jedoch schwieriger geworden. Doch Untersuchungen zu den sich aus der Einführung der G-DRGs ergebenden Folgen für die Versorgungsqualität zeigen kein einheitliches Bild. Zwar können Verschlechterungen der Arbeitsbedingungen von Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen nachgewiesen werden; tiefgreifende negative Folgen für die Qualität der Versorgungsleistungen – wie etwa eine selektive Aufnahme oder der Verzicht auf medizinisch notwendige Maßnahmen – sind dagegen nicht zu beobachten. Es ist zu vermuten, dass die Behandelnden in der Umbruchphase noch genügend Freiräume haben, eine bedarfsgerechte Versorgung gegenüber betriebswirtschaftlichen Orientierungen der Krankenhäuser durchzusetzen (Braun et al. 2010, S. 15).

Mit der vorliegenden Arbeit kann an die Ergebnisse angeschlossen werden. Vor diesem Hintergrund wird untersucht, ob sich die ökonomischen und berufsspezifischen Ansprüche weiterhin angenähert haben bzw. ob den ökonomischen Ansprüchen eine dominante Stellung in den medizinisch-pflegerischen Versorgungsansprüchen im zukommt. Hierzu soll auf das Qualitätsverständnis³¹ der Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen eingegangen werden. Dieser Zuschnitt bietet die Möglichkeit, die beruflichen Werte und Normen der Behandelnden zu erfassen und darüber hinaus die Versorgungsansprüche dahingehend zu untersuchen, wie diese mit Blick auf die betriebswirtschaftliche Ausrichtung in die Versorgungspraxis umgesetzt werden können.

Zusätzlich ermöglicht die Untersuchung in geriatrischen Fachabteilungen einen Einblick in Ansprüche und Versorgungspraxis einer Station, die in der bisherigen Forschung kaum bis gar nicht berücksichtigt wird. Hinsichtlich der Ärzt_innen und Krankenpflegekräfte sowie deren Arbeitsbedingungen können die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung verglichen werden. Darüber hinaus können Besonderheiten dieser Fachabteilung gegenüber anderen Bereichen und deren Bedeutung für Orientierung und Versorgungspraxis herausgestellt werden.

³¹ Weitergehende Ausführungen zur Qualität in der Krankenhausversorgung, vgl. Anhang 1: Qualität (S. 173).

4 Forschungsdesign

In der vorliegenden Arbeit wird untersucht, welche Ansprüche an der Versorgung geriatrischer Patient_innen vorliegen und wie deren Umsetzungsmöglichkeiten in die Versorgungspraxis von den Behandelnden wahrgenommen werden. Durch ein qualitatives Forschungsdesign ist der Zugang zu Versorgungsansprüchen bzw. zu Orientierungen auf Ebene der Ärzt_innen und Krankenpflegekräfte möglich. Darüber hinaus bietet die qualitative Analyse einen tiefergehenden Blick in das wahrgenommene Versorgungsgeschehen auf den geriatrischen Stationen, sodass weitergehende Analysen zur Umsetzung von Versorgungsansprüchen in der Praxis möglich sind. In diesem Sinne bietet die *Grounded Theory* genügend Freiraum, um der am Untersuchungsbeginn stehenden Offenheit zur Bedeutung der Handlungsansprüche in der geriatrischen Versorgung Rechnung tragen zu können. Gleichzeitig schafft die *Grounded Theory* durch die „sensibilisierenden Konzepte“ eine Fokussierung in der Datenanalyse, sodass bestehende Erkenntnisse systematisch einbezogen werden können. Durch dieses Vorgehen war es möglich, das am Anfang dieser Arbeit stehende Interesse an den Versorgungsansprüchen in geriatrischen Fachabteilungen unter dem Einfluss von Ökonomisierung zu untersuchen und theoretisch greifbar zu machen.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich bei den herausgearbeiteten Versorgungsansprüchen bzw. Orientierungen um Rekonstruktionen – also um

„(sekundäre) *Konstruktionen* [durch Sozialwissenschaftler_innen; Anmerkung der Autorin] von implizit im alltäglichen Handeln immer schon vollzogenen *Konstruktionen*“ (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2008, S. 26; Herv. im Original) handelt.

In diesem Kapitel werden zunächst die forschungstheoretischen Grundlagen der *Grounded Theory* vorgestellt (Kapitel 4.1). Daran schließt sich die Darstellung des forschungspraktischen Vorgehens an (Kapitel 4.2).

4.1 Forschungstheoretische Grundlagen: *Grounded Theory*

Die *Grounded Theory* wurde von Glaser und Strauss entwickelt. Das methodische Vorgehen dieser Arbeit orientiert sich weitestgehend an den Weiterführungen von Strauss bzw. Strauss und Corbin.

Die Ausrichtung der *Grounded Theory* ist in der intellektuellen und sozialphilosophischen Tradition des amerikanischen Pragmatismus und der Chicagoer Schule zu verorten, in der sich ein besonderes Verständnis über das Verhältnis von Theorie und Wirklichkeit widerspiegelt (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2008, S. 92; Strübing 2014, S. 38). Danach entsteht die Wahrheit erst durch das Handeln selbst.

Vor diesem Hintergrund muss für das Verständnis von Realität in der Grounded Theory festgehalten werden, dass sich die Realität „ebenso wie die Theorien über sie in einem kontinuierlichen Herstellungsprozess [befindet]“ (Strübing 2014, S. 38). In diesem Sinne „kann [sie] also nicht als immer schon gegebene, Welt da draußen‘ vorausgesetzt werden.“ (ebd., S. 38) Weiterhin entsteht die Realität in der

„Auseinandersetzung mit Elementen der sozialen wie der stofflichen Natur, die damit zu Objekten für uns werden und Bedeutungen erlangen, die wir uns über Prozesse der Symbolisation wechselseitig anzeigen können.“ (ebd., S. 38)

Realität, ebenso wie die Theorien darüber, ist also prozesshaft und multiperspektivisch.

Ziel einer Grounded Theory ist es, das aus einer Analyse gewonnene Wissen zu einem bestimmten Phänomen in das bestehende Alltagswissen oder in das wissenschaftliche Wissen zu integrieren (ebd., S. 50). Ergebnisse, die repräsentativ für eine bestimmte Grundgesamtheit sind, werden also nicht produziert. Es geht mit der Grounded Theory vielmehr darum, eine Theorie zu entwickeln, durch die das interessierende Phänomen hinsichtlich seiner Bedingungen, seiner Darstellung und seiner Konsequenzen systematisiert wird (ebd., S. 82).

4.1.1 Instrumente der Grounded Theory

Strauss (1994, S. 30) sieht in der Grounded Theory einen spezifischen „Stil“, wie Daten qualitativ analysiert und wie charakteristische Merkmale eines Phänomens herausgearbeitet werden. Für diesen Stil gibt es in der Grounded Theory Instrumente, die bei der Generierung einer datenbasierten Theorie angewendet werden. Eines dieser Instrumente ist der *ständige Vergleich*. Auf ihn wird beim Theoretical Sampling, dem Schreiben theoretischer Memos und beim Kodieren zurückgegriffen (Glaser/Strauss 2010, S. 65; 115ff.).

Das *Theoretical Sampling* umfasst den Prozess der Datenerhebung, der sich durch eine Parallelität von Erhebung, Kodierung und Analyse auszeichnet und die weitere Erhebung von Fällen auf dieser Grundlage lenkt: „Dieser Prozess der Datenerhebung wird durch die im Entstehen begriffene [...] Theorie *kontrolliert*.“ (ebd., S. 61; Herv. im Original) Hiernach erfolgt die Datenauswertung bereits mit den ersten erhobenen Daten, um darauf aufbauend die weiteren Daten zugespitzt auf entstehende Fragen oder auf relevante Probleme, die sich beim Kodieren zeigen, zu erheben (Strauss 1994, S. 43). Demnach erfolgt der Fortgang der Datenerhebung auf Grundlage interessanter Fälle und nicht aufgrund statistischer Repräsentativität.

Zwar entsteht der Eindruck, dass eine Berücksichtigung theoretischen Wissens beim Feldzugang in “Discovery of Grounded Theory” abgelehnt wird, wenn es dort heißt:

„An effective strategy is, at first, literally to ignore the literature of theory and fact on the area under study, in order to assure that the emergence of categories will not be contaminated by concepts more suited to different areas. Similarities and convergences with the literature can be established after the analytic core of categories has emerged.“ (Glaser/Strauss 1967, S. 37)

Dennoch wird an anderer Stelle auf die *theoretische Sensibilität* Bezug genommen, wodurch ein besonderer Umgang mit dem Vorwissen bei der Erhebung und Auswertung betont wird, der sich aus dem spezifischen Theorieverständnis (Unabgeschlossenheit von Theorien) ergibt (Strübing 2014, S. 59). Die theoretische Sensibilität hilft den Forschenden, die Bedeutung von Daten zu erkennen, die wesentlichen von den unwesentlichen Aspekten zu unterscheiden und „eine gegenstandsverankerte, konzeptuell dichte und gut integrierte Theorie zu entwickeln“ (Strauss/Corbin 1996, S. 25). Quellen theoretischer Sensibilität sind Literatur, berufliche und persönliche Erfahrungen sowie der analytische Prozess selbst (ebd., S. 25ff.).

Die Datenerhebung endet, wenn eine *theoretische Sättigung* erreicht ist (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2008, S. 194). Die theoretische Sättigung bezeichnet den Punkt in der Analyse, ab dem eine Erhebung von weiteren Daten und deren Auswertungen zu keinem weiteren Wissensaufbau und zu keinen neuen Kategorien mehr führen kann (Glaser/Strauss 2010, S. 111f.).

Das *Schreiben theoretischer Memos* unterstützt den Prozess der Datenanalyse und sollte mit den ersten Auswertungsschritten beginnen (Glaser/Strauss 2010, S. 121; Strauss 1994, S. 151; Strauss/Corbin 1996, S. 169f.). Darüber hinaus umfasst die Anfertigung von Memos einen Teil der Theoriebildung, indem die eigenen Gedanken der Forscher_innen nicht nur niedergeschrieben, sondern auch überarbeitet und sortiert werden sowie Entscheidungen getroffen und Widersprüche aufgedeckt werden können (Strübing 2014, S. 34).

Das *Kodieren* umfasst den Prozess in der Datenanalyse, in dem „Konzepte [...] [und Kategorien; Anmerkung der Autorin] in Auseinandersetzung mit dem empirischen Material“ (ebd., S. 16) entwickelt werden. Es geht jedoch nicht nur darum, Kategorien und Konzepte im Datenmaterial zu entdecken und zu benennen. Phänomene, die durch eine Kategorie belegt sind, müssen nach „den Bedingungen, Interaktion zwischen den Akteuren, den Strategien und Taktiken, den Konsequenzen“ (Strauss 1994, S. 57) kodiert werden (Kodierparadigma). Der ständige Vergleich dient beim Kodieren dazu, Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Phänomenen und Typologien herauszuarbeiten (Strübing 2014, S. 15). Der Kodierprozess besteht aus drei Stufen: offenes Kodieren, axiales Kodieren und selektives Kodieren.

Beim *offenen Kodieren* werden als erster Analyseschritt die erhobenen qualitativen Daten zugänglich gemacht. Im Vordergrund steht hier die Entwicklung erster vorläufiger Konzepte (Strauss 1994, S. 58). Dafür werden unterschiedliche Interpretationen und Fragen an die Daten herangetragen, um das Datenmaterial für den Forschungsprozess zu öffnen. Anfangs werden beim offenen Kodieren schnell viele Codes erzeugt, die im Verlauf der Forschung jedoch immer wieder auf ihre Angemessenheit hin überprüft werden müssen.

Kodes sind Systematisierungen, die zu Beginn der Datenauswertung theoretisch nur wenig gehaltvoll sind, aber im weiteren Verlauf verdichtet werden. Erreicht der Kode einen bestimmten Sättigungsgrad, wird eine Verbindung zu anderen Kodes und zur entwickelten Schlüsselkategorie hergestellt (ebd., S. 62).

Nach dem offenen Kodieren folgt das *axiale Kodieren*, wobei der Übergang zwischen diesen beiden Formen fließend ist. Beim axialen Kodieren werden bestimmte Kategorien intensiver im Rahmen des Kodierparadigmas analysiert. In diesem Schritt werden Bezüge zwischen den Konzepten und den Kategorien hergestellt, auf deren Basis sich schließlich die *Schlüsselkategorie* oder Kernkategorie abzeichnet (ebd., S. 63).

Die theoretischen Konzepte werden mit dem *selektiven Kodieren* auf die entwickelte Kernkategorie oder entwickelten Kernkategorien bezogen. Die Schlüsselkategorie ergibt sich aus „besonders fruchtbar[en]“ (Strübing 2014, S. 18) Hypothesen und beschreibt schließlich eine Kategorie, „die alle übrigen Kategorien am ehesten zusammenhält (miteinander verknüpft)“ (Strauss 1994, S. 45). Mit diesem Schritt des Kodierens sollen die entwickelten Kategorien auf eine Sichtweise hin überarbeitet werden, um eine höhere Konsistenz bezüglich der Forschungsfrage zu erreichen (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2008, S. 205; Strauss 1994, S. 63; Strübing 2014, S. 18f.).

Wie sich aus der Analyse des Materials letztlich Konzepte, Kategorien, Hypothesen und Theorien ergeben, ist mit dem Konzept der *Abduktion* zu fassen:

„Eine Abduktion erfordert eine Umdeutung und Neubewertung empirischer Phänomene, ein Vorgang [...], der ohne die Kreativität des Forschers oder der Forscherin, ohne einen spielerischen Umgang mit Daten und Theorien gar nicht denkbar ist.“ (Kelle/Kluge 2010, S. 25)³²

Der Umdeutung oder Neubewertung von empirischen Daten geht einem Überraschungsmoment voraus, das eine Suche nach neuen Erklärungen veranlasst (Reichertz 2010).

³² Für vertiefende Ausführungen vgl. Reichertz (2003).

4.1.2 Gütekriterien

Der Grounded Theory liegen Gütekriterien und Maßnahmen der Qualitätssicherung zugrunde. Das in der quantitativen Sozialforschung zentrale Prinzip der Wiederholbarkeit von Untersuchungen und Ergebnissen ist in der qualitativen Sozialforschung und damit in der Grounded Theory nicht zu leisten. Hier können die Ausgangsbedingungen der Untersuchung nicht identisch wiederholt werden. Damit hängt die mit der Grounded Theory zugrunde liegende Annahme zusammen, nach der sowohl die soziale Wirklichkeit als auch die Theorien über diese Wirklichkeit prozesshaft sind. Dementsprechend wird die Verifikation einer Theorie als eine vorläufige Bestätigung im Rahmen der prozesshaften Theorie verstanden (Strübing 2014, S. 81).

Validität ist in der Grounded Theory erreicht, wenn die entwickelte Theorie in sich widerspruchsfrei ist und die soziale Wirklichkeit angemessen darstellen kann. Werden die getroffenen Entscheidungen hinsichtlich des Samplings, der ad hoc-Hypothesen und die entsprechenden induktiven/abduktiven Schlüsse, als Teil der Theoriebildung genau und detailliert dokumentiert, wird einer externen Güteprüfung entsprochen (ebd., S. 83).

Das im Forschungsprozess der Grounded Theory geltende Prinzip des ständigen Vergleichens dient ebenfalls der Qualitätssicherung. Dabei ist es wichtig, bereits bestehende Kodierungen und kodierte Daten immer wieder in den Vergleich einzubeziehen (ebd., S. 86f.). Weitere qualitätssichernde Elemente für die datenbasierte Theorieentwicklung sind das theoretische Sampling, das Schreiben von Memos sowie das Forschen oder die Diskussion von Ansätzen und Zwischenergebnissen im Team³³ (ebd., S. 88).

Die letztlich entwickelte Theorie sollte nach Glaser/Strauss (2010, S. 21) folgende Aufgaben erfüllen:

„1. Die Vorhersage und Erklärung von Verhalten ermöglichen; 2. den theoretischen Fortschritt der Soziologie unterstützen; 3. für praktische Anwendungen brauchbar sein [...]; 4. Verhalten überhaupt begreiflich machen [...]; und 5. die Untersuchung besonderer Verhaltensbereiche [anleiten].“

4.2 Umsetzung des Forschungsdesigns

Im Folgenden wird die forschungspraktische Umsetzung der Grounded Theory beschrieben.

³³ Für die vorliegende Untersuchung wurden die Diskussionen überwiegend mit Dr. Florian Blank, Referent für Sozialpolitik am Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut der Hans-Böckler-Stiftung, geführt.

4.2.1 Geriatrische Versorgung als Untersuchungsfeld

Die Fokussierung auf die geriatrische Krankenhausversorgung trägt u.a. der zunehmenden gesellschaftlichen Bedeutung älterer und hochaltriger Menschen als Patient_innen Rechnung. Dieser Umstand geht auf die demografische Entwicklung hin zu einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung, gewandelten Familienzusammenhängen und damit einhergehend veränderten familiären Versorgungsmöglichkeiten zurück. Darüber hinaus spielt in der geriatrischen Versorgung nicht nur der Erhalt von Lebensqualität der Menschen eine Rolle, sondern auch der Erhalt der Selbstständigkeit und die Vermeidung bzw. Reduzierung von Pflegebedürftigkeit (Bundesverband Geriatrie e.V. 2010, S. 11).

Nach der European Union of Medical Specialists ist die Geriatrie eine „medizinische Spezialdisziplin, die sich mit physischen, psychischen, funktionellen und sozialen Aspekten bei der medizinischen Betreuung älterer Menschen befasst. Dazu gehört die Behandlung alter Patienten bei akuten Erkrankungen, chronischen Erkrankungen, präventiver Zielsetzung, (früh-) rehabilitativen Fragestellungen und speziellen, auch palliativen Fragestellungen am Lebensende.“ (European Union of Medical Specialists 04.08.2016; verabschiedet 2008)

Es können demnach zwei zentrale Behandlungselemente in der geriatrischen Patientenversorgung festgehalten werden: die Akutbehandlung und die (Früh-) Rehabilitation. In diesem Sinne begründet der Bedarf an einer frührehabilitativen Behandlung allein noch keine Krankenhausbehandlung. Erst durch die Kombination mit einer Akutbehandlung können geriatrische Leistungen erbracht und als solche bei der Krankenkasse abgerechnet werden (Kolb et al. 2014, S. 7). Idealerweise verschiebt sich der Schwerpunkt von einer Akutversorgung der Erkrankung(en) oder Symptome hin zur Durchführung frührehabilitativer Maßnahmen bei der Behandlung geriatrischer Patient_innen während des stationären Aufenthalts (ebd., S. 7).

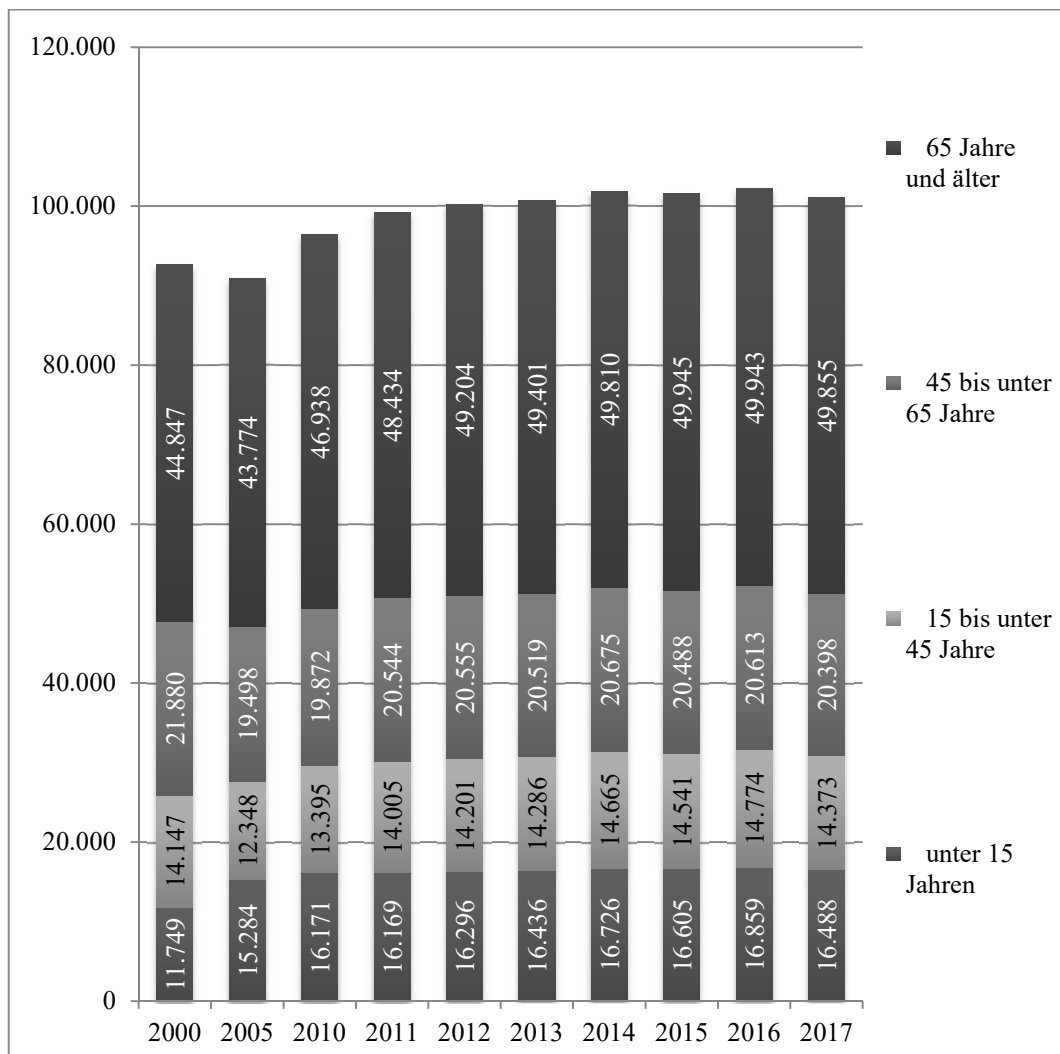
In der Geriatrie werden Patient_innen versorgt und behandelt, die ein hohes Lebensalter (in der Regel 70 Jahre und älter) aufweisen und zumeist multimorbid sind. Darüber hinaus steigt bei den älteren Patient_innen die Wahrscheinlichkeit einer höheren Vulnerabilität etwa durch Komplikationen, einer Chronifizierung oder durch den Verlust bzw. durch die Verschlechterung der Selbstständigkeit (Bundesverband Geriatrie 2010, S. 13).

Die Diagnostik in der Geriatrie umfasst neben der Anamnese und den körperlichen Untersuchungen der Patient_innen die Beurteilung ihrer Selbsthilfefähigkeit, ihrer Affektion und ihrer Mobilität durch das medizinische Personal. Weiterhin bilden „ein ärztlich geleitetes interdisziplinäres Team mit geriatrisch qualifiziertem Facharzt, aktivierender Pflege und multiprofessionaler Therapie (Physiotherapie,

Ergotherapie, Logopädie, Psychologie und Sozialdienst“ (Kulzer/Penz 2004, S. 24) die Grundlage der geriatrischen Versorgung.

Der potenzielle Bedarf und damit die Bedeutung einer geriatrischen Versorgung lassen sich anhand von Fallzahlen aufgeschlüsselt nach verschiedenen Altersgruppen veranschaulichen. Neben der Altersgruppe der unter 15-Jährigen stiegen die Fallzahlen in den Krankenhäusern insbesondere bei der Altersgruppe der über 65-Jährigen und älteren Patient_innen in den letzten Jahren an. Die Gruppe der 65-Jährigen und Älteren war bereits 2000 mit rund 44.850 Fällen pro 100.000 Einwohner am stärksten vertreten und nahm über die Jahre nochmal um rund 5.000 Fälle pro 100.000 Einwohner zu (vgl. Abbildung 11, S. 68).

Abbildung 11: Entwicklung der Fallzahlen je 100.000 Einwohner, 2000 bis 2017



Quelle: Statistisches Bundesamt (2019): Krankenhausstatistik. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern. (Daten abgerufen im März 2019 unter www.gbe-bund.de). Eigene Darstellung.

Nicht nur der potenzielle Bedarf geriatrischer Versorgung ist gestiegen. Die Daten des Statistischen Bundesamts zeigen darüber hinaus einen Anstieg bei den Betten

in geriatrischen Abteilungen: Zwischen 2000 und 2017 hat sich die Anzahl der Betten in diesen Fachabteilungen nahezu verdoppelt (2000: 9.348 Betten und 2017: 18.121 Betten) (Statistisches Bundesamt 2001, 2018). Im Vergleich dazu hat sich im selben Zeitraum die Anzahl aller Allgemeinkrankenhäuser und der aufgestellten Betten verringert

Die geriatrischen Fachabteilungen haben die Möglichkeit, Behandlungen, die als geriatrische Behandlungen festgelegt werden, entsprechend dem G-DRG-Katalog zu kodieren und abzurechnen. Dies bedingt ein höheres Kostengewicht bzw. Relativgewicht, wodurch die Erstattungen für die Behandlungen steigen und eine längere durchschnittliche Verweildauer für die Behandlung entsteht. Entsprechende G-DRGs gibt es seit 2005 (geriatrische G-DRGs und G-DRGs für sogenannte Komplexbehandlungen), wodurch der Versorgungsaufwand von geriatrischen Patient_innen in der Finanzierung besser abgebildet wird (Braun et al. 2010, S. 52).

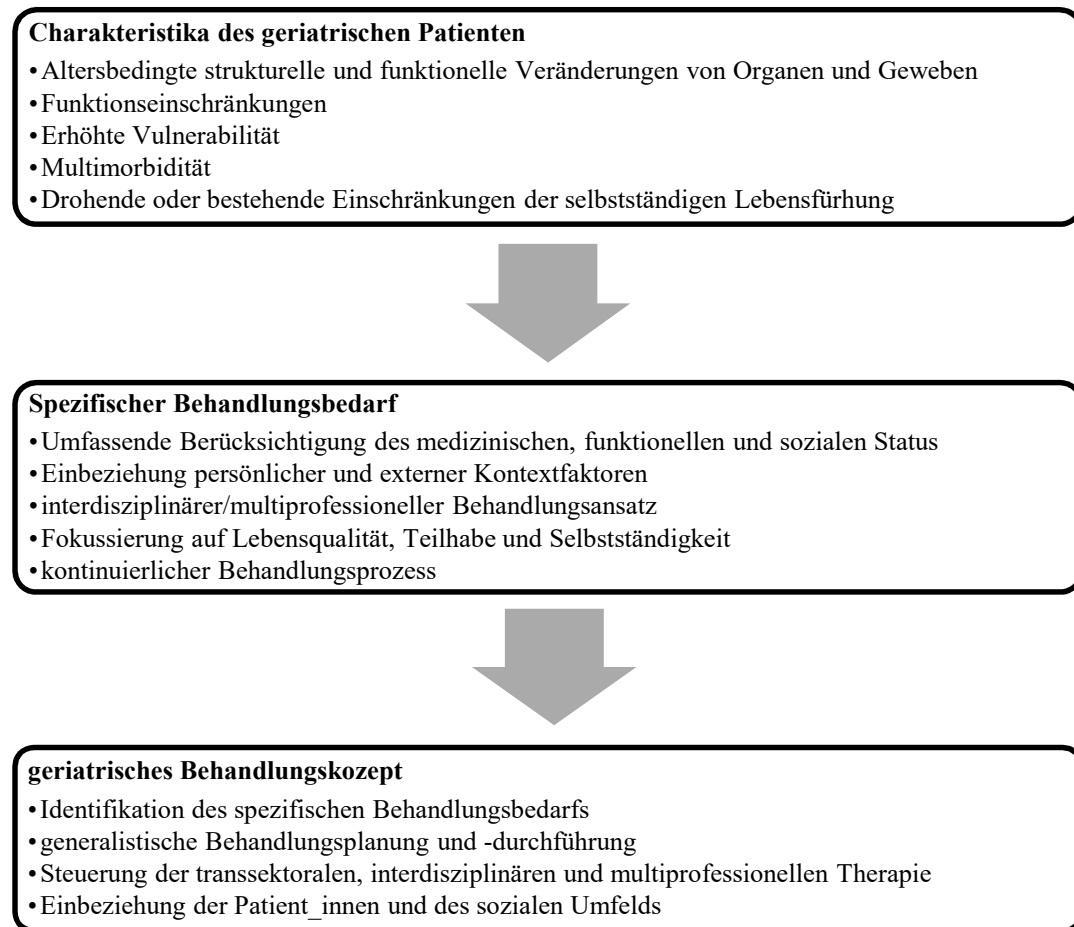
Um geriatrische Versorgungsleistungen über die G-DRGs als solche abrechnen zu können, müssen folgende Mindestkriterien erfüllt werden:

- Bestehen eines Rehabilitationsteams unter fachärztlicher Behandlungsleitung,
- Durchführung einer geriatrischen Bewertung,
- Entwicklung eines auf einer Teambesprechung aufbauenden wöchentlichen Behandlungsplans und
- eine therapeutische Pflege durch Fachpersonal (Kulzer/Penz 2004, S. 24).

Die geriatrischen Behandlungskonzepte werden im Idealfall aus den spezifischen Behandlungsbedarfen der Patient_innen abgeleitet. Diese Behandlungsbedarfe ergeben sich wiederum aus den Eigenschaften der Patient_innen und ihrer Erkrankungen. In Abbildung 12 (S. 70) ist dies schematisch dargestellt.

Zusammengefasst liegt die Besonderheit der geriatrischen Versorgung in den Spezifika der Patient_innen und der damit zusammenhängenden Versorgungsbedarfe begründet. Die Patient_innen weisen überwiegend mehr als eine Erkrankung oder Beeinträchtigung auf, die sowohl physisch als auch psychisch sein können. Daraus ergeben sich besondere Herausforderungen für den medizinisch-pflegerischen Umgang mit den Patient_innen. Darüber hinaus stellt die geriatrische Versorgung für viele Patient_innen einen Scheideweg dar. Hier entscheidet sich oftmals, ob die Patient_innen weiterhin oder wieder (weitestgehend) selbstständig leben und sich versorgen können oder ob sie einer Versorgung durch informelle oder formelle Pflegepersonen bedürfen.

Abbildung 12: Geriatrische Patient_innen und adaptiertes Behandlungskonzept



Quelle: Bundesverband Geriatrie (2010), S. 14. Eigene Darstellung.

4.2.2 Interviewpartner und Feldzugang

Aus forschungsökonomischen Gründen wurde in der Forschungspraxis von der Methodologie der Grounded Theory bei der Datenerhebung bzw. beim Theoretical Sampling abgewichen. Statt zwischen Erhebung und Auswertung zu wechseln, wurden die Interviewpartner_innen und dann die ersten Fälle unter Anwendung von forschungsstandbasierten sensibilisierenden Konzepten ausgewählt. Ausgehend vom Forschungsstand gehören die Ärzt_innen und die Krankenpfleger_innen (neben den Patient_innen) zu den zentralen Akteuren in der stationären Versorgung. Von Interviewpartner_innen aus geriatrischen Tageskliniken wurde abgesehen, weil hier zum Teil andere Rahmenbedingungen bei der Abrechnung von Leistungen, bei den Versorgungsangeboten sowie bei den Arbeitszeiten gegeben sind.

Es wurde ein Datenvorrat angelegt, statt schrittweise zwischen Datenauswertung und -erhebung bis zur theoretischen Sättigung zu wechseln. Dem Prinzip des theoretischen Samplings wurde jedoch insofern Folge geleistet, indem interessante und relevante Fälle aus dem Datenvorrat ausgewählt werden konnten.

Der Zugang zu potenziellen Interviewpartner_innen erfolgte über die Krankenhäuser, die über die Internetseite „Deutsches Krankenhaus Verzeichnis“ (<http://www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de>) ausgewählt worden sind. Die auf dieser Seite zur Verfügung stehende Suchmaske ermöglichte es, die Suche auf Krankenhäusern mit geriatrischen Fachabteilungen einzugrenzen. Folgende Punkte wurden in der Suchmaske definiert:

- Auswahl der „Suche nach Struktur- und Leistungsdaten“,
- über die „Fachabteilungen“ wurden folgende Felder ausgewählt: Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie, Geriatrie C, Geriatrie B, Geriatrie A, Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde, Geriatrie und
- alle Kategorien wurden über die Oder-Funktion verknüpft.

Die in alphabetischer Reihenfolge ausgegebenen Krankenhäuser bzw. Fachabteilungen wurden zunächst einzeln über ihre Internetseiten gesichtet. Dadurch konnte festgestellt werden, ob es sich bei den betreffenden Abteilungen tatsächlich um Akutgeriatrien handelt. Ausgeschlossen wurden somit Geriatrien, die ausschließlich Tages- oder Nachtkliniken bzw. ausschließlich geriatrische Rehabilitationseinrichtungen sind.

Der Zugang zu den einzelnen Akutgeriatrien erfolgte postalisch über die jeweiligen Chefärzt_innen der Abteilungen. Somit konnte ein unmittelbarer Kontakt zur Station hergestellt werden. Die Chefärzt_innen wurden selbst als Interviewpartner_innen für die Untersuchung angesprochen. Sie waren aber gleichfalls Vermittler_innen, die die Interviewanfrage auf den Stationen verbreiteten und dadurch an die dort arbeitenden Krankenpfleger_innen und Ärzt_innen herantrugen. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass durch diese Art des Zugangs Verzerrungen bei der Auswahl der Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen durch die Chefärzt_innen als Gatekeeper möglich sind. Zu erwarten war unter anderem eine Verzerrung hin zu einer verstärkten positiven Selbstdarstellung der Stationen. Jedoch äußerten sich die befragten Interviewpartner_innen sowohl kritisch als auch bejahend zu den Arbeitsbedingungen auf den Stationen, sodass von einem differenzierten Bild zur Situation auf den Stationen der Interviewpartner_innen ausgegangen werden kann.

Der Erstkontakt zu den Fachabteilungen umfasste ein postalisches Anschreiben, in dem das Anliegen grob umrissen und um die Möglichkeit gebeten wurde, Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen dieser Einrichtung zu interviewen. Um die Anfrage in ihrer Seriosität und Ernsthaftigkeit zu unterstreichen und als solche kenntlich zu machen, wurde der Briefkopf des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts der Hans-Böckler-Stiftung³⁴ verwendet.

³⁴ Zu diesem Zeitpunkt der Promotion war die Autorin dort als Promovendin und wissenschaftliche Mitarbeiterin beschäftigt.

Bei der ersten Kontaktrunde konnten drei Akutgeriatrien und damit elf Interviewpartner_innen akquiriert werden. In einer zweiten Runde, in der die Geriatrien nochmals über E-Mail angeschrieben wurden, konnten zwei weitere Zugänge und dadurch fünf weitere Interviewpartner_innen für die Untersuchung gewonnen werden. Die Rückmeldungen auf das Anschreiben erfolgten über die ausnehmend männlichen Chefärzte selbst, aber auch über einen Oberarzt und über eine leitende Krankenpflegerin.

Zusammengenommen kann der Feldzugang jedoch als schwierig eingestuft werden. Von den rund 40 Anschreiben wurden lediglich acht beantwortet und fünf davon positiv. Zu vermuten ist, dass die Betitelung des Vorhabens mit „Qualitätsverständnisse in der Akutgeriatrie“ abschreckend gewirkt hat. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit einer zu vagen Formulierung der Absicht, durch die die Anfrage nicht richtig eingeordnet werden konnte. Zudem liegt die Vermutung nahe, dass durch den hohen Zeitdruck in den Einrichtungen ein Interview nicht zu realisieren war. Ein konkretes Feedback aus dem Feld gab es dazu nicht.³⁵

4.2.3 Sample

Die meisten Geriatrien bzw. geriatrischen Fachabteilungen in Deutschland gehören Häusern mit einem freigemeinnützigen Träger an. Im Untersuchungssample überwiegen die Geriatrien mit freigemeinnütziger Trägerschaft ebenfalls. In Übersicht 2 (S. 73) werden die für die Interviews gewonnenen Geriatrien aufgelistet.

Die Fallzahlen, die auf den für die Untersuchung ausgewählten einzelnen Stationen pro Jahr behandelt werden, fallen bei den freigemeinnützigen Krankenhäusern am größten aus. Die wenigsten Fälle hat die Station des privat geführten Krankenhauses. Bemerkenswert ist weiterhin die unterschiedliche Anzahl der Krankenpfleger_innen und Ärzt_innen in den Fachabteilungen. Die Geriatrie des öffentlichen Krankenhauses hat, soweit die Daten eine solche Aussage zulassen, bezüglich der Fallzahlen die wenigsten Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen. Weitergehende Schlüsse können aus den Daten der Übersicht 2 nicht gezogen werden, da für die Krankenhäuser nicht nachvollzogen werden kann, auf was sich die einzelnen Angaben beziehen.

³⁵ Bei einem Krankenhaus stimmte die Rechtsabteilung der Untersuchung nicht zu.

Übersicht 2: Akutgeriatrien

	Träger des Krankenhauses	Fallzahlen	Anzahl der beschäftigten Ärzt_innen ¹	Anzahl der beschäftigten Krankenpflegekräfte
G1	Freigemeinnützig	900-1.000	11	25
G2	Freigemeinnützig	900-1.000	6	23
G3	Freigemeinnützig	>1.500 ²	14	35
G4	Privat	700-800	11	-- ³
G5	Öffentlich	800-900	7	16

¹ Rundung auf ganze Vollkräfte.

² Eine Trennung von ambulanten und stationären Fällen nicht möglich.

³ Keine Aussagen über die Anzahl für die einzelne Abteilung möglich.

Quelle: Deutsches Krankenhaus Verzeichnis 2014. Eigene Darstellung.

Übersicht 3: Interviewpartner_innen

Name ¹	Beschreibung
Herr Amlinger	Chefarzt
Frau Bartel	Fachärztin
Herr Borchart	Krankenpfleger
Frau Bücken	Pflegedienstleitung, hat nur noch wenig mit der Pflege an den Patient_innen zu tun
Herr Baumann	Chefarzt
Herr Drescher	Chefarzt
Frau Ehlers	Fachärztin
Herr Ehren	stellvertretende Pflegedienstleitung
Herr Gördes	Ergotherapeut
Herr Haas	Facharzt
Frau Jobst	Krankenpflegekraft, Stationsleitung
Frau Müller	Krankenpflegekraft, Stationsleitung
Frau Peters	Krankenpflegerin, hat ihre Ausbildung in den letzten fünf Jahren abgeschlossen
Frau Scheitor	in der Facharztausbildung
Herr Siegert	Oberarzt

¹ In der Darstellung der Interviews wurden nicht die tatsächlichen Namen verwendet.

Quelle: Eigene Daten.

Insgesamt konnten sechs Krankenpfleger_innen und acht Ärzt_innen (und ein Ergotherapeut) unterschiedlicher Hierarchiestufen für die Interviews gewonnen werden: von Ärztinnen in der Facharztausbildung bis hin zu Chefärzten, von Krankenpfleger_innen, die gerade ihre Ausbildung beendet haben, bis hin zur Pflegedienstleitung. In der Übersicht 3 (S. 73) werden die einzelnen Interviewpartner_innen dargestellt.

Aus der Darstellung des Samples geht hervor, dass die Ergebnisse zum einen nur Aussagen zulassen, die sich auf Ärzt_innen und Krankenpflegekräfte beziehen. Zum anderen gilt dies nur für geriatrische Stationen.

4.2.4 Datenerhebung

Die Erhebung fand 2014 statt. Zwischen dem Anschreiben, der Rückmeldung der Krankenpfleger_innen bzw. Ärzt_innen, der Terminfindung und letztlich dem Interview selbst lagen Zeiträume von drei bis sechs Monaten. Die Erhebung der Daten erfolgte durch Einzelinterviews in den Räumen der Krankenhäuser bzw. Abteilungen, wie den Aufenthaltsräumen für die Krankenpfleger_innen, Besprechungsräumen oder Büros der Chefärzte bzw. der Pflegedienstleitung.³⁶

Als Erhebungsinstrument wurde ein leitfadengestütztes Interview eingesetzt, in dem der Fokus auf die Qualität der stationären Versorgung gelegt wurde. Diese Ausrichtung auf das Qualitätsverständnis der Ärzt_innen und Krankenpflegekräfte bot die Möglichkeit, berufsspezifische Orientierungen auf die Ansprüche in der Patientenversorgung zuzuspitzen. Dementsprechend konnten berufsspezifische Aspekte, die außerhalb der Patientenversorgung liegen, ausgeschlossen werden (z.B. Zugang zur medizinisch-pflegerischen Ausbildung, wissenschaftliche Reputation).

Der Bezug zur Qualität ist darüber hinaus interessant, weil die Umstellung der Finanzierung auf G-DRG nicht nur zu einer Stärkung des Wirtschaftlichkeitsgebots führen sollte, denn „gleichzeitig [wurde] eine Beibehaltung der Qualität postuliert“ (Braun et al. 2010, S. 41). Nicht zuletzt zielt das KHSG darauf, die Krankenhausplanung an die Qualität stationärer Versorgungsleistungen zu knüpfen. Daher bietet diese Arbeit mit Blick auf die neue Normalität zehn Jahre nach der Einführung der G-DRG-Finanzierung die Möglichkeit, Versorgungsansprüche aus der Perspektive der behandelnden Ärzt_innen und Krankenpflegekräfte mit untersuchen zu können.

Der Leitfaden bestand sowohl aus einem narrativen als auch aus einem problemzentrierten Teil. Der narrative Teil umfasste Fragen zum bisherigen beruflichen Werdegang, zur Versorgungspraxis und Fragen zum individuellen Qualitätsverständnis. In dem problemzentrierten Teil der Interviews wurde Bezug auf die Außerdarstellung stationärer Qualität genommen. Dafür wurde eine fiktive negative

³⁶ Ein Interview wurde mit zwei Personen gleichzeitig geführt. In der Auswertung wurde darauf geachtet, dass sich die Interviewten zwar auf einander beziehen.

Schlagzeile zur Krankenhausversorgung aus der Presse formuliert und die Interviewten gebeten, dazu eine Einschätzung vorzunehmen. Mit diesem Teil des Leitfadens wurde Raum geschaffen, in dem die Interviewten ihre eigenen Maßstäbe gegenüber einer öffentlichen Meinung zur Krankenhausversorgung reflektieren konnten.

Die Interviews wurden digital aufgezeichnet. Um die Anonymität zu wahren, wurden die Namen der interviewten Personen und die Tonträger getrennt aufbewahrt.³⁷ Die Tonaufzeichnungen wurden im Nachgang mit dem Transkriptionsprogramm F4 verschriftlicht. In der Verschriftlichung wurde der Schwerpunkt auf die Erfassung der Inhalte gelegt. Die Betonung wurde im Einzelnen nur dann erfasst, wenn sie auf der Tonaufnahme deutlich hervorging. Da es sich bei der Kennzeichnung von Betonungen bereits um eine Interpretationsleistung handelt, wurde sie sehr sparsam eingesetzt.

4.2.5 Datenauswertung

Die Analyse der Interviewdaten wurde durch das Programm Atlas.ti gestützt. Ebenso wie der Zugang zum Feld, erfolgte die Analyse des Datenmaterials unter Bezugnahme auf die bestehende gesundheits- und sozialwissenschaftliche Forschungsliteratur. Auf der einen Seite konnten die Daten dadurch zielgerichtet auf die berufsspezifischen und ökonomischen Ansprüche hin untersucht werden, die im Zusammenhang mit der Erbringung von Versorgungsleistungen stehen. Auf der anderen Seite

„[erlauben diese] Quellen der theoretischen Sensibilität [...] es dem Soziologen, sich allmählich ein Instrumentarium von Kategorien und [...] Hypothesen zurechtzulegen. Das ihm bereits zur Verfügung stehende theoretische Werkzeug hilft ihm dabei, die Angemessenheit und Relevanz seiner Daten zu beurteilen, d.h. eine möglichst spezifische Theorie zu generieren.“ (Glaser/Strauss 2010, S. 62)

Kelle/Kluge (2010, S. 23) bezeichnen ein solches Vorgehen als einen „Zangenriff“, bei dem Konzepte und Kategorien sowohl durch das theoretische Vorwissen als auch durch das vorliegende empirische Datenmaterial entwickelt werden. Dementsprechend ist die letztlich entwickelte theoretische Konzeption in ihrer Originalität durch das theoretische Vorwissen der Forscherin und gleichfalls durch die erhobenen Daten beschränkt (Kelle/Kluge 2010, S. 26). Die beiden vorangegangenen Kapitel (2 Ausgangslage und Analyserahmen und 3 Forschungsstand) stellen im Wesentlichen die Grundlage der sensibilisierenden Konzepte dar, die in die Auswertung der Interviews im Sinne der Grounded Theory eingeflossen sind. In einem

³⁷ Die originalen Tonspuren wurden mittlerweile gelöscht und sind ausschließlich als Textdokumente zugänglich.

ersten Schritt wurde untersucht, was von den Interviewten als Qualität verstanden wird. Die Ergebnisse führten zur Weiterentwicklung der Forschungsfrage von dem Qualitätsverständnis hin zu einer Frage nach dem Versorgungsanspruch in der geriatrischen Versorgung, der durch unterschiedliche Orientierungen und Möglichkeiten der Umsetzung geprägt zu sein schien. Vor diesem Hintergrund wurden weitere sensibilisierende Konzepte aus dem theoretischen Rahmen und aus der Forschungsliteratur entnommen. Eine zusammenfassende Darstellung ist in der Übersicht 4 (S. 76) dargestellt.

Übersicht 4: Sensibilisierende Konzepte

Qualitätsverständnis	z. B. „Eine gute Versorgung ist für mich ...“
berufsspezifischer Anspruch	Orientierung an den Patient_innen
ökonomischer Anspruch	Orientierung an betriebswirtschaftlichen Komponenten
Konvergenz von berufsspezifischen und ökonomischen Ansprüchen	Verdrängung der berufsspezifischen Orientierungen durch ökonomische Ansprüche
Divergenz von berufsspezifischen und ökonomischen Ansprüchen	Ökonomische und berufsspezifische Orientierungen werden gegeneinander aufgewogen.
Mechanismen ökonomischer Ansprüche	Wo wirken aus der Perspektive der Behandelnden ökonomische Ansprüche?
Umsetzung der individuellen Ansprüche	Welche Freiräume bestehen, werden genutzt, werden geschaffen?

Quelle: Eigene Zusammenstellung.

Im Zentrum der Analyse des empirischen Materials stand das Kodieren. Wenngleich das offene Kodieren wiederholt in den einzelnen Interviews angewendet wurde, lag es schwerpunktmäßig bei der Analyse zweier Interviews: Siegert_Arzt und Jobst_Krankenpflegekraft. Mit den hier generierten Codes und belegten Kodierungen wurden in den weiteren Interviews die interessierenden Fälle ausgewählt, die wiederum mit den entsprechenden bereits formulierten Codes belegt oder auf deren Basis neue Codes generiert wurden. Aus dem ständigen Vergleich der Kodierungen eines Codes untereinander aber auch der unterschiedlichen Codes zueinander wurden die Konzepte und Kategorien entwickelt, aus denen dann die Schlüsselkategorie abgeleitet wurde.

Als Schlüsselkategorie wurde die „verfügbare Zeit“ herausgearbeitet. Damit sind die zeitlichen Ressourcen gemeint, die die Ärzt_innen und Krankenpflegekräfte für die Patientenversorgung zur Verfügung haben. Über diese Schlüsselkategorie konnten die Versorgungsansprüche der Behandelnden auf der einen Seite mit deren Umsetzung in die Versorgungspraxis verknüpft werden.

5 Ergebnisse

Das folgende Kapitel umfasst die Ergebnisse, die auf der Analyse des Interviewmaterials mit den Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen basieren. Die Darstellung der Ergebnisse folgt den eingangs gestellten Fragen. Daher wird zunächst geklärt, ob in der neuen Normalität weiterhin divergierende Orientierungen bestehen oder ob der berufsspezifische Anspruch in der ökonomischen Logik aufgegangen ist. Dafür werden Versorgungsansprüche der Ärzt_innen und Krankenpflegekräfte dahingehend näher untersucht, ob sie eine Patientenorientierung oder eine Orientierung an betriebswirtschaftlichen Kriterien aufweisen. Damit soll zunächst gezeigt werden, ob in der neuen Normalität unter dem Eindruck der G-DRG weiterhin divergierende Ansprüche bestehen oder ob die ökonomischen Ansprüche die berufsspezifischen Ansprüche überlagert haben. Es wird sich herausstellen, dass in den Ansprüchen weiterhin berufsspezifische Orientierungen dominieren. In einem zweiten Schritt wird darauf aufbauend geklärt, wie ökonomische Ansprüche von den Ärzt_innen und Krankenpflegekräfte wahrgenommen werden und wie sich diese Ansprüche in der Versorgungspraxis niederschlagen. Daran schließt die Beantwortung der Frage an, wie die Ärzt_innen und Krankenpflegekräfte damit umgehen, wenn ihre Ansprüche nicht mit den Möglichkeiten in der Versorgungsrealität übereinstimmen.

Die Darstellung der Ergebnisse zielt jedoch nicht nur darauf, die aufgeworfenen Fragen zu beantworten und damit einen Einblick in die neue Normalität unter G-DRG-Bedingungen speziell in der Geriatrie zu ermöglichen. Zugleich schafft die Analyse von divergierenden Ansprüchen eine Erweiterung zu den theoretischen Perspektiven, wie Individuen mit unterschiedlichen Ansprüchen umgehen. Diese Erweiterung wird in einer Identifizierung von Optionen bestehen, die von den Behandelnden gesehen und genutzt werden, um die berufsspezifischen Ansprüche unter ökonomisch orientierten Rahmenbedingungen umsetzen zu können.

5.1 Versorgungsansprüche in der Akutgeriatrie

Für die geriatrischen Fachabteilungen können Besonderheiten gegenüber anderen Fachabteilungen in der stationären Versorgung hervorgehoben werden, die neben den berufsspezifischen und ökonomischen Ansprüchen eine Bedeutung für die Erbringung von medizinisch-pflegerischen Leistungen haben. Bereits im Kapitel 4.2.1 wurden einzelne Merkmale wie z.B. die Bedeutung frührehabitativer Maßnahmen dargestellt. Diese Merkmale der geriatrischen Versorgung bzw. die der geriatrischen Patient_innen gehen – auch wenn dies nicht überrascht – in die rekonstruierten Versorgungsansprüche der Ärzt_innen und Krankenpflegekräfte ein.

Hinter den Versorgungsansprüchen stehen die Normen und Werte, die die Ärzt_innen und Krankenpflegekräfte an eine gute Versorgung stellen. Anhand dieser Ansprüche soll untersucht werden, inwiefern diese eine berufsspezifische oder eine ökonomische Orientierung widerspiegeln.

Zunächst lassen sich zwei Dimensionen in den Versorgungsansprüchen der Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen unterscheiden. Sie werden im Folgenden als fachliche und als soziale Dimension bezeichnet werden. Diese beiden Dimensionen werden näher betrachtet und auf ihre Patientenorientierung bzw. Gewinnorientierung hin untersucht.

5.1.1 Fachliche Dimension des Versorgungsanspruchs

Mit der fachlichen Dimension des Versorgungsanspruchs wird insbesondere auf eine Orientierung in der Versorgung rekurriert, die an die Fachlichkeit der medizinisch-pflegerischen Disziplinen anknüpft. Diese Dimension des Versorgungsanspruchs zeichnet sich zunächst dadurch aus, dass diese Thematisierungen vermehrt bei den Ärzt_innen der geriatrischen Stationen und weniger bei den Krankenpflegekräften zu finden sind. Das heißt jedoch nicht, dass der fachlichen Dimension in der Orientierung bei den Krankenpflegekräften überhaupt keine Bedeutung zukommt. Fälle dieser Dimension lassen sich bei den Krankenpfleger_innen verstärkt im Zusammenhang mit anderen Aspekten aufdecken, wie z.B. bei den Handlungsmöglichkeiten in der Versorgungspraxis (vgl. z.B. Müller_Krankenpflegekraft 156, S. 121, Peters_Krankenpflegekraft 13a, S. 123).

Allgemein lässt sich die Akutgeriatrie aus medizinischer Sicht als eine „funktionszugewandte Fachrichtung“ (Baumann_Arzt 9a, S. 79) umschreiben. In diesem Zusammenhang werden in der geriatrischen Versorgung die Erkrankungen weniger nach einem bestimmten Raster erfasst. Der Fokus in der Diagnose liegt dagegen auf dem Erkennen von Funktionsveränderungen, die sich aus den Erkrankungen der Patient_innen ergeben. Diese Funktionsveränderungen können zudem mit „Veränderungen der Teilhabe am Leben“ (Baumann_Arzt 9a, S. 79) einhergehen.

Vor diesem Hintergrund wird der geriatrische Behandlungs- und Therapieplan auf die individuellen Bedarfe der einzelnen Patient_innen abgestimmt. Dieser patientenspezifische Zuschnitt auf die Behandlung wird damit begründet, dass mehrere Erkrankungen gleichzeitig zu Funktionsveränderungen führen können und damit auch unterschiedliche Fähigkeiten aufseiten der Patient_innen verbleiben (vgl. Baumann_Arzt 9a, S. 79).³⁸

³⁸ Auf die hohe Anzahl an multimorbiden Patient_innen in der geriatrischen Versorgung wurde bereits im Kapitel 4.2.1 hingewiesen.

Baumann_Arzt 9a³⁹

„Dass die Geriatrie ja eher so eine funktionszugewandte Fachrichtung ist, also nicht so sehr das Krankheitsbild und Abarbeiten eines Küchenzettels sozusagen oder was alles gemacht werden muss, um zu bestätigen, dass es sich auch um dieses Krankheitsbild handelt, sondern es geht darum, welche Funktionsveränderungen ergeben sich aus diesen Erkrankungen, die wir natürlich schon diagnostizieren sollten [...]. Aber welche Funktionsveränderungen ergeben sich daraus und welche Veränderung der Teilhalbe am Leben ergeben sich daraus und wie können wir oder mit welchen Mitteln können wir da eingreifen, sodass es eben halt nicht unbedingt das Kochbuch ist, nachdem wir gehen, aber viel wichtiger ganz individuell zu entscheiden, was von dem Kochbuch können wir weglassen, weil der hat auch noch ein paar andere Erkrankungen, wo man drauf achten muss. Das gilt sowohl für die Medikamentengabe, als auch für die Krankengymnasten und Ergotherapeuten in der Belastbarkeit der Patienten.“⁴⁰

Gleichzeitig wird herausgestellt, dass diese Versorgung nicht immer mit dem Ergebnis einhergehen kann, Patient_innen vollkommen gesund wieder zu entlassen (Ehlers_Ärztin 69-91, S. 80). Folglich spielt das Krankheitsbild der Patient_innen nicht nur dahingehend eine Rolle, dass in der Versorgung unterschiedliche Erkrankungen gleichzeitig berücksichtigt werden müssen. Darüber hinaus sind es Erkrankungen, die nicht heilbar sind. Eine Ärztin drückt es wie folgt aus: „Die kommen krank und gehen krank.“ (Ehlers_Ärztin 69-81, S. 80)

Nicht nur das Vorliegen einer Multimorbidität, sondern auch psychische Erkrankungen bei den Patient_innen machen eine Heilung zum Teil unmöglich, was von den Behandelnden anerkannt wird (vgl. Ehlers_Ärztin 69-81, S. 80). Aus der fachlichen Perspektive heraus wird mit einer geriatrischen Versorgung dementsprechend das Ziel verfolgt, die Krankheitsbilder und damit die Lebensbedingungen der Patient_innen durch eine Behandlung bspw. durch ein gutes Einstellen von Medikamenten zumindest zu verbessern. Darüber hinaus werden die frührehabilitativen Maßnahmen als Möglichkeiten gesehen, um bei den Patient_innen einen Teil der Selbstständigkeit wieder herzustellen, indem sie z.B. wieder grundlegende Tätigkeiten bzw. Alltagskompetenzen wie Hände waschen oder Laufen erlernen.

³⁹ Der erste Teil „Baumann_Arzt“ zeigt, dass der folgende Interviewausschnitt aus dem Interview mit Herr Baumann stammt. Zudem wird angeführt, ob es sich dabei um medizinisches oder pflegerisches Personal handelt. Die Beschreibungen zu den einzelnen Interviewpartner_innen wurden im vierten Kapitel 4.2.3 vorgenommen. Der zweite Teil mit der Ziffer bezieht sich auf die Position in der jeweiligen Transkription. Sie dient zum einen dazu, den jeweiligen Ausschnitt in den Transkriptionen auffindbar zu machen. Zum anderen soll die Ziffer in der vorliegenden Arbeit die eindeutige Bezugnahme zu den Stellen aus dem Text erleichtern.

⁴⁰ Die Interviewausschnitte wurden geglättet, um die Lesbarkeit zu erhöhen, d.h. es wurden Kommata eingepflegt und grammatikalische Fehler korrigiert. Die inhaltliche Bedeutung der Interviewausschnitte wurde für die vorliegende Arbeit dadurch nicht beeinträchtigt. Die Transkriptionsregeln werden im Anhang 2: Transkriptionsregeln (S. 174) abgebildet.

Ehlers_Ärztin 69-81

„Bei uns gibt es keine Patienten, der kommt krank und geht gesund wieder, das gibt es nicht. Die kommen krank und gehen krank. [...] Wir können die Erkrankung nicht heilen, ich sach jetzt, wenn er einen Herzinfarkt hatte und hatte eine (KUK), dann noch eine Oberschenkelfraktur gehabt, das behält er ja erstmal bei. Aber wir können, also ich gehe ja weiterhin ins Krankenhaus/ also mit dieser Oberschenkelfraktur oder die Reha, aber er kann wieder laufen, ja. Oder ich habe einen niedrigen Blutdruck. Ein Patient bei uns hat ja mehr als eine Erkrankung, die haben ja fünf bis 20 Erkrankungen, diese Erkrankungen behält er ja, sie sind ja nicht heilbar. Wir können sie nur gut einstellen, so dass der Patient mit diesen Erkrankungen leben kann. Mit krank meine ich jetzt nicht, dass der Fieber hat oder was weiß ich, dass er mit Erbrechen nach Hause geht [...], also er geht bestmöglich verbessert in seinem Krankheitsbild nach Hause. Oder eine Demenz zum Beispiel können wir ja auch nicht heilen, aber wir können dafür sorgen, dass der Patient [...] wieder laufen kann, dass wenn er nicht mehr selber essen kann, dass er gewisse Handlungsstrukturen, dass wir die wieder abrufen können, sei es nur, dass er sich selber das Gesicht waschen kann und die Hände waschen kann oder die Gabel zum Mund führen kann, das meine ich damit, trotzdem bleibt er krank.“

Die Funktionseinschränkungen können sogar ein Ausmaß annehmen, dass die Patient_innen aus Sicht der Ärzt_innen keine vernünftigen Entscheidungen mehr treffen (können). Um eine Versorgung aus ärztlicher Sicht trotzdem sicherzustellen, muss dann gegen den Wunsch der Patient_innen gehandelt werden. Das heißt, sind die Ärzt_innen der Ansicht, die Patient_innen können sich nicht ohne Hilfe selbstständig versorgen, aber selbst keine Hilfe beanspruchen wollen, dann werden weitere Instanzen eingeschaltet (vgl. Anhang Haas_Arzt 24c, S. 174). Es wird dann geprüft, inwiefern die Patient_innen eigene, ihre Versorgung betreffende Entscheidungen fällen können. Stellt sich heraus, dass die Patient_innen nicht mehr entscheidungsfähig sind, wird ein Verfahren eingeleitet, um den Vormund auf Dritte zu übertragen.

Die Ausrichtung auf die Funktionsveränderungen, die aus den Erkrankungen hervorgehen, setzt einen Schwerpunkt auf die Mobilisation (Aktivierung) in der Versorgung. Entsprechend der frührehabilitativen Komponente der geriatrischen Versorgung umfasst die Mobilisation ein spezifisches Zusammenspiel pflegerischer und therapeutischer Versorgungselemente. Die Mobilisation in der Geriatrie setzt an den individuellen Möglichkeiten der Patient_innen an. Hierbei geht es darum, Funktionseinschränkungen so weit, wie es den Patient_innen möglich ist, wieder herzustellen. Medizinische Aspekte im Rahmen der Akutversorgung nehmen in diesem Zusammenhang aus Sicht der Ärzt_innen eine eher untergeordnete Rolle ein (Ehlers_Ärztin 91, S. 81).

Ehlers_Ärztin 91

„Also wenn die Patienten sitzen können, wenn sie dann soweit sind, nicht von bettlägerigen Patienten, sondern die dann soweit sind und bei den anderen Patienten, klar, die brauchen Ergotherapie, die brauchen Krankengymnastik, manchmal spielt der Arzt in Anführungszeichen eine ganze Zeit wirklich eine untergeordnete Rolle hier, das ist so, das sind Patienten, die dann zur Früh-Reha kommen, zum Beispiel nach einer Oberschenkel-fraktur, da gucke ich mir zwar jeden Tag die Wunde an, aber prinzipiell, sag ich mal, ärztlicherseits gibt es da nicht so viel für mich zu tun, sondern da geht es um Mobilisation und da sind halt tatsächlich Krankengymnastik, Ergotherapie und die Schwestern gefragt.“

Speziell für die Versorgung in der Geriatrie wird mit der Mobilisation das Ziel verfolgt, den Patient_innen wieder eine weitestgehend selbstständige Lebensführung zu ermöglichen. Die Fortschritte durch die Mobilisation werden auch von den Krankenpflegekräften gesehen. Frau Peters beschreibt die Mobilisation der Patient_innen als eine eher emotional gefärbte Entwicklung, über deren Erfolge sich Patient_innen und die Krankenpflegekräfte freuen können (vgl. Peters_Krankenpflegekraft 5, S. 81).

Peters_Krankenpflegekraft 5

„Und mir hatte die Arbeit mit den älteren Menschen Spaß gemacht, weil es auch mehr übers Pflegerische hinausgeht, nicht nur das Medizinische und sowas was jetzt halt auf Intensivstation oder auf der Überwachungsstation jetzt häufiger ist. Für mich war es das Menschliche sehr, sehr wichtig und spielt auch immer noch einen großen Aspekt, warum ich mich dann für die Geriatrie entschieden habe. Und auch/ also die Patienten bleiben drei Wochen bei uns und man kann immer hier pro Woche, pro Woche die Verbesserung sehen und das ist immer so der Unterschied zwischen Krankenhaus, wo man auch viele schlimme Fälle dann erleben kann und so, natürlich haben wir auch Todesfälle, aber jetzt nicht so häufig wie in ganz normalen akuten Krankenhäusern und das ist einfach so schön, das man halt sieht, der Patient kommt bettlägerig zu uns und dann nach drei Wochen läuft der wieder mit seinem Rollator und kann nach Hause gehen und freut sich. Und da wird immer so nach der zweiten Woche entschieden, soll er doch ins Altenheim oder soll er doch nach Hause und dann schafft er das und dann freuen die sich und dann freuen wir uns mit.“

Bei der Mobilisation wird von den Behandelnden berücksichtigt, was die Patient_innen vor der Erkrankung konnten und welche Fähigkeiten während des Aufenthalts in der stationären Versorgung überhaupt wieder hergestellt werden können. Dafür sind weitergehende Analysen von Bedeutung, um hinter der Erkrankung oder Verletzung liegende Ursachen abzuklären. Hierbei spielen auch ökonomische Orientierungen dahingehend eine Rolle, dass eine umfassende Untersuchung von Gründen, z.B. für Stürze, zeitlich sehr aufwendig erscheinen, zugleich dies aber innerhalb von 14 Tagen zu erbringen sei (Ehlers_Ärztin 268-278, S. 119). Hier wird

innerhalb der fachlichen Dimension eine Orientierung deutlich, die sich nicht allein auf die Patient_innen bezieht, sondern in der zudem ökonomische Faktoren – Liegezeiten – berücksichtigt werden. Beide Orientierungen scheinen in dem Sinne miteinander verbunden zu sein, als dass die Liegezeiten eine umfassende Untersuchung von Ursachen behindert.

Voraussetzung für die Mobilisation sind die medizinische und pflegerische Behandlung akuter Erkrankungen und weitergehende therapeutische Maßnahmen durch Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie. Des Weiteren gehört das Anmieren der Patient_innen zum Trinken sowie das Helfen beim Hinsetzen und beim Laufen zur Mobilisation (vgl. Drescher_Arzt 7-9, S. 82; Scheitor_Ärztin 20, S. 82; Ehlers_Ärztin 91, S. 81). Infolgedessen bedarf es bei der Mobilisation von geriatrischen Patient_innen einer Beteiligung unterschiedlicher Disziplinen, deren Therapien an den verschiedenen Bedarfen der Patient_innen ansetzen können. Die Bedeutung der Zusammenarbeit zwischen den Disziplinen spiegelt sich auch in den Interviews wider (vgl. Anhang Scheitor_Ärztin 40, S. 175).

Drescher_Arzt 7-9

Interviewerin: „Wie sieht für Sie eine gute Behandlung aus?“

Drescher: „Ganzheitlich, unter Berücksichtigung aller Probleme, die ein geriatrischer Patient hat, nicht nur einseitige Behandlung und zielorientiert, daran orientiert, was der Betroffene vorher konnte und [...] was man realistisch wieder an Fähigkeiten mobilisieren kann.“

Scheitor_Ärztin 20

„Also ich glaube, dass eine gute Behandlung eben eine umfassende Behandlung ist, dass man eben den Patienten als Ganzes sieht und nicht nur dieses eine, also das man jetzt zum Beispiel nicht nur das gebrochene Bein sieht, sondern eben auch bedenkt, dass der Patient mit dem gebrochenen Bein im Moment nicht in seine Wohnung im dritten Obergeschoss ohne Fahrstuhl kommt. Das man das eben auch berücksichtigt. Ähm, dass der Patient selbst mit der Behandlung zufrieden ist, natürlich das seine Beschwerden gelindert werden, das ist natürlich die Grundvoraussetzung. Dass es ihm dann besser geht. Dass er von seinen eigenen Fähigkeiten wieder verbessert werden kann, also dass so Defizite wieder stabilisiert werden können und dass man letztlich, wenn dann die Entlassung ansteht, man alles organisiert hat, dass man sagen kann, man kann den Patienten ruhigen Gewissens jetzt ziehen lassen, weil man weiß, der ist gut weiter versorgt.“

Neben der Mobilisation ist die Sicherstellung der Versorgungssituation zentral, die nach der Entlassung vorliegt. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang die Formulierung im Interviewausschnitt Scheitor_Ärztin 20 (S. 82): „[die Patient_innen] ruhigen Gewissens jetzt ziehen lassen kann.“ Dadurch wird deutlich, dass die Versorgungsansprüche wie z.B. eine sichergestellte Versorgung bis über den stationären Aufenthalt hinausreichen. Die Handlungsmöglichkeiten, diese Ansprüche zu

verwirklichen, sind jedoch bis zum Zeitpunkt der Entlassung begrenzt. Nach der Entlassung haben die Ärzt_innen und die anderen Behandelnden keinen Zugriff mehr auf die Patient_innen und deren Versorgungssituation. Deswegen müssen bereits während des Aufenthalts Vorbereitungen getroffen werden, um die Versorgung der Menschen nach dem Geriatrieaufenthalt sicherzustellen.

Durch den Anspruch, die dem Geriatrieaufenthalt nachgelagerte Versorgung sicherzustellen, beschränkt sich die Orientierung im Rahmen der fachlichen Dimension nicht nur darauf, die vorliegenden Erkrankungen oder Symptome zu behandeln und dadurch eine selbstständige Lebensführung wieder zu ermöglichen bzw. die Patient_innen wieder zu einer teilweisen Selbstständigkeit zu befähigen. Darüber hinaus sollen während des Geriatrieaufenthalts die Rahmenbedingungen für die anschließende informelle oder formelle Versorgung geregelt werden. Dafür müssen die Ärzt_innen, Krankenpfleger_innen und Therapeut_innen u.a. die privaten Lebensumstände von Patient_innen und deren Angehörigen kennen und bei der weitergehenden Versorgungsplanung mit berücksichtigen (vgl. Gördes_Ergotherapeut 40, S. 83).

Gördes_Ergotherapeut 40

„Die Patientin war vier Wochen hier, hatte sich den Oberschenkelhals gebrochen, war schon sehr betagt, also Mitte neunzig [...] und ich war mit der Patientin so verblieben, die Patientin sagt zu mir: ‚Mensch, ich will wieder nach Hause‘. Und wir haben dann praktisch mehrere Wochen in die Richtung mit ihr gearbeitet, also Selbstständigkeit beim Waschen, Anziehen, [...] sicherer Lagewechsel und Transfer, Toilettengänge geübt, Umgang mit Rollator geübt, haben beispielsweise auch vielleicht einen Hausbesuch gemacht, das heißt wir haben hier die Möglichkeiten Vormittag oder Nachmittag mit den Patienten nach Hause zu fahren und vor Ort zu gucken, wie kommt derjenige da zurecht, ist alles gut gelaufen und es war dann auch vertretbar, die Dame eventuell mit Unterstützung zum Beispiel durch Diakoniepflagedienst oder Einkaufshilfe wieder in den häuslichen Alltag zu integrieren.“

Um die nachgelagerte Versorgung zu sichern, wird die Zeit während des gesamten Geriatrieaufenthalts genutzt, indem man die Versorgungssituation nach der Entlassung „von Anfang mit im Auge hat“ (Haas_Arzt 24a, S. 84). Dafür wird das Wohnumfeld der Patient_innen einbezogen. Durch diese Ausrichtung gilt es zu klären, ob die Alltagskompetenzen der Patient_innen durch die Akutbehandlung und/oder Frührehabilitation weitestgehend hergestellt worden sind und ob sich die Patient_innen dadurch wieder selbstständig versorgen können, oder ob eine weitergehende Versorgung durch Hilfsmittel, informelle und/oder professionelle Pflegearrangements sichergestellt werden muss (vgl. Haas_Arzt 24a, S. 84).

Für die organisatorische Sicherstellung der nachgelagerten Versorgung ist u.a. ein Entlass-Management zuständig. Darüber hinaus werden Pflegekräfte gezielt

dazu eingesetzt, Familienangehörige mit in die pflegerische Versorgung zu Hause einzubeziehen und sie dafür zu schulen (vgl. Bücken_Pflegedienstleitung 36, S. 84).

Haas_Arzt 24a

„Dass man das Sozialmanagement von Anfang an mit im Auge hat, das ist ja auch wichtig und vermehrt sicher auch originär für die in der Geriatrie. Also dass man guckt, in welchen Verhältnissen lebt der Patient zu Hause. Das ist nicht wie bei Jüngeren, wo meinetwegen der Blinddarm dann operiert wird und völlig klar ist, dass dieser Patient ohne weitere Maßnahmen dann nach der Wundheilungszeit und wenn die Fäden gezogen sind, dann nach Hause geht oder die Fäden sogar in der Ambulanz dann gezogen werden. Das ist bei uns eigentlich in der Regel nicht so, sondern wir müssen gucken, in welchen Verhältnissen lebt der Patient, ist der hinsichtlich der Pflegeversicherung eingestuft, das heißt, besteht schon ein Hilfsbedarf oder wird sich ein Hilfsbedarf erst durch die akute Erkrankung auf Dauer ergeben. Diese ganzen Dinge müssen eigentlich geklärt werden, müssen möglichst rasch geklärt werden. Und ganz wichtig ist natürlich, dass man das Therapieziel dann definiert, wo wollen wir den Patienten eigentlich hinbringen, sowohl auf medizinischen Gebiet als auch von seiner ganzen Versorgung her, benötigt er Hilfe, benötigt er auch nach Abschluss der Behandlung / mutmaßlich auch nach Verbesserung der akuten Symptome weiterhin eine Behandlung. Also nach einer Operation, nach einer Hüftendoprothese, kriegen wir ihn wieder so gut auf die Beine, dass wir tatsächlich davon ausgehen können, dass eine Hilfe zu Hause wahrscheinlich dann nicht nötig ist. Dann ist ein ganz wichtiger Teil auch, müssen wir zwar nicht von Anfang an, aber doch im Verlauf dann abklären, ob irgendwelche Hilfsmittel nötig sind, sprich Gehhilfen oder Hilfen für den Haushalt. [...] Auch das gehört zum Gesamtpaket, weil der Behandlungserfolg letztlich auch davon abhängig ist, wie gut wir vorbereiten, die Zeit nach der Versorgung des Patienten, nach der Entlassung. Das ist schon wirklich entscheidend.“

Bücken_Pflegedienstleitung 36

„Also das Besondere an unserer Geriatrie ist, dass da wirklich geguckt wird, wo muss ich ansetzen, ja, welche Defizite hat der Patient, hab ich die Möglichkeit den noch in seinen Alltagskompetenzen so wiederherzustellen, dass er auch vielleicht später nach Hause gehen kann, dass er wieder ein selbständiges Leben führen kann. Und was kann ich anbieten, wenn das nicht der Fall ist. Ja, wir haben im Bereich Entlass-Management haben wir halt Pflegekräfte, die denn dann halt auch möglichst früh damit eingebunden werden, um zu gucken, was können wir tun, ja, wenn der Patient jetzt nicht wieder nach Hause kann oder was können wir tun, um die Familie zu unterstützen. Wir haben auch familiäre Pfleger hier eingeführt, wir haben eine Mitarbeiterin die sich damit beschäftigt, die dann halt auch die Angehörigen mit einbindet, um auch die zu stärken, indem sie pflegerische Handlungen erlernen, um den Patienten oder ihren Angehörigen dann auch Zuhause versorgen zu können.“

Der Anspruch an die Mobilisation und an die Sicherstellung der nachgelagerten Versorgung verweist auf eine übergeordnete Orientierung im Rahmen der fachlichen Dimension, die als eine Orientierung an einer ganzheitlichen Versorgung der Patient_innen beschrieben werden kann. Dieser Versorgungsanspruch wird anhand weiterer Fälle deutlich, z.B. bei der Kommunikation der Behandelnden mit anderen stationär oder ambulant tätigen Ärzt_innen außerhalb der Station oder mit den anderen Behandelnden derselben Station. Durch diese Kommunikation zwischen den Behandelnden wird der Anspruch an eine ganzheitliche Versorgung der Patient_innen in dem Sinne entgegengekommen, da hierdurch unterschiedliche Informationen über die Patient_innen bzw. zu deren Krankheitsbild und verschiedene Perspektiven in die Versorgung eingehen.

Die Kommunikation mit den externen Ärzt_innen erfolgt bei der Einweisung der Patient_innen über den Arztbrief. Hierdurch werden wesentliche medizinisch relevante Informationen übermittelt, die die Ärzt_innen in der Geriatrie für die weitere Versorgung benötigen. Zentraler Inhalt dieser Kommunikation unter den Ärzt_innen sind fachliche Informationen über das Krankheitsbild der aufzunehmenden Patient_innen. Die Hervorhebung durch das Adjektiv „vollständig“ (Siegert_Arzt 39, S. 85) verweist auf einen Bedarf an lückenlosen Informationen. Wenn die Informationen der einweisenden Ärzt_innen nicht vollständig oder sogar fehlerhaft sind, hat dies negative Folgen für die weitergehende geriatrische Versorgung. Mit Bezug auf die von Vogd (2006a, 2006b) herausgearbeitete Abkürzungsstrategie, doppelte Untersuchungen zu vermeiden, kann durch einen unvollständigen Arztbrief die Versorgung zunächst in eine Richtung laufen, die weder zu einer Genesung noch zu einer Mobilisation führt. Erst durch die Wiederholung von Tests und Untersuchungen können mögliche Lücken aufgedeckt werden (vgl. Anhang Amlinger_Arzt 27, S. 175).

Siegert_Arzt 39

„Also, wenn es besonders gut klappt, ist sozusagen, wenn der Patient kommt, dass alles gut vorbereitet ist, also der bringt einen vollständigen Arztbrief mit. Es ist vielleicht, wenn der Patient [...] schwerhörig ist oder nicht mehr so gut sehen kann, [...] jemand dabei von den Angehörigen, der sagt: ‚Mein Vater, der braucht immer abends die Augentropfen‘ oder so, das macht sehr viel aus, ne, und das hängt letztendlich dann auch doch viel von der Klinik ab, die den Patienten vorher behandelt hat, dass man dann die Infos bekommt, das und das muss noch weiter geklärt werden und so weiter. Das macht dann die gute Behandlung aus. [W]ir haben dann immer dann Teambesprechung auf der Station, dass dann jeder aus zum Beispiel der Ergotherapie [...] auch jeder sagt, da hakt es noch bei dem Patient. Da sind dann immer noch ganz wichtige Informationen wieder zusammengekommen und äh diese Informationen kann man dann auch wirklich benutzen, dass es dann auch besser wird, also da sagt vielleicht

jemand, also wenn ich mit dem treppensteige, dann hat der immer noch solche Luftnot, der kann ja nur zwei Stufen hochsteigen, dann ist die Luft zu knapp, das ist vielleicht etwas, was der Arzt gar nicht so weiß oder nicht erfragt hat, oder gar nicht mitbekommt.“

Im Zentrum einer Kommunikation zwischen den Behandelnden auf der Station steht also der Austausch von Informationen über die Patient_innen oder über deren Erkrankungen. In dieser Kommunikation geht es vordergründig um einen fachlichen Austausch der Ärzt_innen, Krankenpfleger_innen und Therapeut_innen zu den Erkrankungen sowie zu Therapie- und Behandlungsmöglichkeiten (vgl. Siegert_Arzt 39, S. 85, vgl. auch Anhang Baumann_Arzt 17, S. 175). Im Sinne einer ganzheitlichen Versorgung gehen in die Besprechungen zwischen den Behandelnden auf der Station ebenfalls Informationen über die sozialen Hintergründe der Patient_innen ein (vgl. Scheitor_Ärztin 12a, S. 86). Diese Informationen bilden darüber hinaus die Grundlage dafür, wie die Versorgung zu gestalten ist und wo Schwerpunkte in der Behandlung zu setzen sind, „worauf man eben dann im Laufe des Tages achten sollte“ (Scheitor_Ärztin 12a, S. 86).

Die Kommunikation zwischen den Ärzt_innen und Krankenpflegekräften kann nochmal als besonders hervorgehoben werden. Denn von der ärztlichen Seite her wird anerkannt, dass die Krankenpflege einen anderen Blick auf die Patient_innen bzw. auf bestimmte Körperregionen von Patient_innen hat. Die daraus folgenden Informationen werden für die medizinische Versorgung geschätzt; damit sind die Ärzt_innen „ganz klar auf die Pflege angewiesen“ (Ehlers_Ärztin 59, S. 86).

Scheitor_Ärztin 12a

„Also ich komme um acht, dann haben wir erstmal eine Morgenbesprechung, wo eben Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, ein Krankenpfleger oder Krankenschwester, Oberarzt und wir Stationsärzte zusammenkommen und hören dann, was in der Nacht gewesen ist, ob irgendein Patient auffällig war, ob es irgendwelche Notfälle gab, ob irgendwas grundsätzlich aufgefallen ist bei unserem Patienten, worauf man eben dann im Laufe des Tages achten sollte. [I]n der Morgenbesprechung wird auch noch besprochen, wer an dem Tag entlassen wird, wer in den nächsten Tagen entlassen wird und wer am Vortag gekommen ist. Also wir besprechen dann so, gestern ist Herr oder Frau so und so gekommen mit dem und dem Krankheitsbild. Und wichtig ist eben auch immer, wie die sozialen Hintergründe sind: Also kommt aus dem Pflegeheim oder kommt von zu Hause, hat schon eine Pflegestufe oder hat noch gar keinen Pflegedienst, ist verheiratet, verwitwet, wie auch immer, sowas wird auch noch in dieser Morgenbesprechung besprochen.“

Ehlers_Ärztin 59

„Ansonsten ist für mich eine Kommunikation mit den Schwestern extrem wichtig, also weil die Schwestern andere Dinge an Patienten mitbekommen als ich, also ich sehe jetzt zum Beispiel nicht jeden Tag den Po des

Patienten, ja ob da jetzt ne Dekubitus⁴¹ entstanden ist oder nicht. Oder ich guck mir ja nicht jeden Tag die Ferse des Patienten an, ob da was entstanden ist, da bin ich natürlich ganz klar auf die Pflege angewiesen, ob was nachts passiert ist, einfach Kommunikation ist wichtig.“

Die Kommunikation unter den Ärzt_innen, Krankenpfleger_innen und Therapeut_innen ist im täglichen Dienstverlauf strukturiert eingebettet, bspw. gibt es mehrere feste Zeitpunkte, an denen diese Gespräche stattfinden, wie etwa bei der Visite. Hier findet ein gezielter Austausch von Informationen statt, bei dem zwar die Patient_innen anwesend sind, aber keine aktive Rolle als Kommunikationspartner_innen einnehmen (vgl. Anhang Ehlers_Ärztin 23, S. 177). Darüber hinaus informieren die Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen des Nachtdienstes die des Frühdienstes in einer morgendlichen Besprechung über die Geschehnisse in der Nacht. Diese morgendlichen Besprechungen dienen sowohl den Ärzt_innen als auch der Krankenpflege dazu, aktuelle und wichtige Informationen über die Patient_innen auszutauschen. Die Kommunikation beschränkt sich jedoch nicht nur auf Inhalte, die die Erkrankung direkt betreffen, es werden zudem Informationen über den sozialen Hintergrund der Patient_innen weitergegeben, die wiederum wichtig für die Versorgungssituation nach dem Krankenhausaufenthalt sein können (vgl. Scheitor_Ärztin 12a, S. 86).

In den Teamkonferenzen oder -meetings als ein weiterer institutionalisierter Austausch von Informationen erfolgt die interne Abstimmung unter den Berufsgruppen über den Behandlungsplan und über das Behandlungsziel. Diese werden schriftlich festgehalten, wodurch die behandelnden Ärzt_innen, Krankenpfleger_innen und Therapeut_innen immer wieder auf die Informationen zu den gemeinsamen Verabredungen über die Behandlung zurückgreifen können. Gegenstand der Kommunikation zwischen den Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen (sowie Therapeut_innen) in diesen Teamkonferenzen sind demnach gemeinsame Übereinkünfte über die Versorgung mit dem Ziel, Sicherheit zu schaffen: Alle Behandelnden können sich an dem (gemeinsam) entwickelten Versorgungsplan orientieren (vgl. Baumann_Arzt 9b, S. 88; Siegert_Arzt 39, S. 85).

Für die Erstellung bzw. auch die Überarbeitung des Versorgungsplans dient die Kommunikation also dazu, das Wissen zu einer Patientin oder zu einem Patienten aus unterschiedlichen Perspektiven zusammenzutragen. Gegenüber dem von Vogd (2006a, 2006b) herausgearbeiteten „Teamwissen“ werden in der geriatrischen Versorgung jedoch die unterschiedlichen Wissensbestände aus den verschiedenen beteiligten Fachrichtungen einbezogen. Darauf aufbauend wird dann der Behandlungsplan gemeinsam von diesem Team entwickelt. Dafür betrachtet jede Berufsgruppe die Patient_innen aus ihrem speziellen fachlichen Blickwinkel. Die

⁴¹ Dekubitus umfasst eine Schädigung der Haut und des Gewebes durch Wundliegen.

dadurch gewonnenen Eindrücke und erkannten Bedürfnisse werden gesammelt, um dadurch die medizinische, pflegerische und therapeutische Versorgung der geriatrischen Patient_innen zu gestalten und unter Einbezug aller wesentlichen Fachgruppen das Behandlungsziel festzulegen.

Baumann_Arzt 9b

„An drei Tagen machen wir eine Teamkonferenz, wo sich die gesamte Gruppe, Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Pflegepersonal und Ärzte treffen, Sozialarbeiter sind mit dabei, die Übergangspflege ist mit dabei, Logopädin nicht immer regelmäßig, weil da haben wir nicht so viele Patienten, die gibt einen Bericht so extra dann immer mit rein. Und da wird dann besprochen, [...] wie jeder aus seiner Sicht den Patienten sieht [...]. Wenn es ein Wiederholungstermin ist, wo wir hinwollen, mit welchen Mitteln wir dahin wollen. Also es ist praktisch die Planung, die weitere Planung des Patientenverlaufs hier bei uns in der Abteilung und auch natürlich zur Entlassung hin, also die Entlassung ist praktisch von dem ersten dieser Gespräche an mit Thema und die Ziele, die man sich so gesteckt hat, die sind ja meist sehr praxisbezogen und in kleinen Schritten [...]. Das Ganze wird schriftlich fixiert [...] und ist Teil der Krankenunterlagen auch.“

Im Austausch der verschiedenen Berufsgruppen werden zudem schwerwiegende Entscheidungen für die weitergehende Patientenversorgung getroffen, durch die von einer Mobilisation oder von einem „alles heil machen“ (Bartel_Ärztin 48, S. 88) abgesehen wird. Zum einen zeigt dies, dass der Anspruch an eine ganzheitliche Versorgung also auch explizit die Möglichkeit des Sterbens von Patient_innen umfasst. So wird es in Bartel_Ärztin 48 (S. 88) deutlich. Zum anderen wird aber auch deutlich, dass Entscheidungen über eine Einleitung palliativer Versorgungsmaßnahmen⁴² nicht allein von den behandelnden Ärzt_innen getroffen werden. Auf der Station von Frau Bartel scheint sogar der Konsens zwischen den Pflegekräften und den Ärzt_innen eine Voraussetzung für eine palliative Versorgung zu sein.

Bartel_Ärztin 48

„Dass wir dann wirklich ja oft den gleichen Gedanken haben, gerade auch wenn es an Patienten geht, wo wir halt überlegen, ein palliatives Konzept zu machen, den Schritt muss man ja auch erstmal schaffen [...]. Manchmal muss man einfach auch die Entscheidung sagen, was wollen wir jetzt hier eigentlich, wollen wir jetzt doch nur eine Magensonde legen oder wollen wir einfach jemanden auch ein würdiges Sterben erlauben, mal so ein bisschen zynisch gesagt. Und da sind wir uns hier auf Station unheimlich schnell einig, also dass wir das eigentlich gleich spüren [...] Aber dass man so merkt, dass wir dann relativ gut im Konsens sind, das entscheide

⁴² Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert eine palliative Versorgung wie folgt: „Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.“ (WHO 2017)

ich ja nicht im Alleingang, das wird mit dem Chef besprochen, mit dem Oberarzt besprochen, aber das ich so mit den Schwestern sehr oft einfach [...] auf Augenhöhe sowieso sind, aber dass wir uns da sehr schnell einig sind, wo das hingehen soll. Und dann kann man richtig gute Pflege machen, gute Betreuung machen, gut auch die Angehörigen einbinden [...]. Das ist jetzt nicht das Ursprüngliche, was man so als Arzt will, alles heil machen, sondern einfach sagt, nein, es sind Grenzen da und wenn jemand stirbt oder, ja, wenn man einfach merkt, das geht in eine andere Richtung, dass man dann auch rechtzeitig auch in Ruhe lassen kann, einfach begleiten kann beim Sterben und nicht mit Gewalt irgendein Aktionismus zu betreiben, nur damit was getan ist.“

Bis zu diesem Punkt kann der Austausch zwischen den Ärzt_innen, Krankenpflegekräften und Therapeut_innen als ein berufsspezifischer Anspruch verstanden werden, weil im Mittelpunkt des fachlichen Austauschs die Patient_innen stehen. Dennoch kann dem fachlichen Austausch auch eine ökonomische Komponente unterstellt werden. So gehören die Ausarbeitung eines Versorgungsplans und die Teambesprechungen mit Angehörigen unterschiedlicher Fachdisziplinen u.a. zu den Voraussetzungen, um die Behandlungen im G-DRG-System als geriatrische Versorgungsleistungen abrechnen zu können. Mit Blick auf die betriebswirtschaftlichen Interessen der Träger ist hier eine dahinterliegende ökonomische Logik zu vermuten, die mit dem berufsspezifischen Anspruch an eine ganzheitliche Versorgung zusammenfällt.

Als grundlegende Voraussetzung, um der fachlichen Dimension des Versorgungsanspruchs gerecht werden zu können, ist das Vorhandensein einer fachlichen Kompetenz bei den Behandelnden notwendig. Von einem Arzt wird dieses Vorhandensein als „Binsenweisheit“ (Haas_Arzt 36a, S. 90) beschrieben. Dies verweist auf die grundlegende Bedeutung fachlicher Kompetenzen, um eine medizinisch-pflegerische Versorgung im Sinne der Patient_innen überhaupt gewährleisten zu können.

Die Besonderheit der fachlichen Kompetenz in der geriatrischen Versorgung wird in einem Vergleich mit anderen Fachrichtungen durch die Ärzt_innen herausgestellt. Danach geht das fachliche Wissen der Behandelnden in der Geriatrie in die Breite statt in die Tiefe. Spezialisierungen in einem Fachgebiet scheinen in der geriatrischen Versorgung sogar hinderlich zu sein, wohingegen nur ein breites medizinisches Wissen über mehrere Fachrichtungen hinweg den Versorgungsbedarfen der geriatrischen Patient_innen gerecht werden kann. Gegenüber den geriatrispezifischen fachlichen Kompetenzen wird das Wissen anderer Fachrichtungen in der universitären Ausbildung tiefgreifend erworben. Das breit angelegte Fachwissen

eignen sich die Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen durch Fortbildungen und durch die Erfahrungen in der Patientenversorgung an (vgl. Haas_Arzt 36a, S. 90).⁴³

Auch von den Pflegekräften werden derartige fachliche Kompetenzen, die über den „eigenen Tellerrand“ (Amlinger_Arzt 23, S. 90) hinaus gehen, verlangt. Das heißt, bei der pflegerischen Versorgung sollen Informationen gesammelt und dahingehend bewertet werden, ob sie auch für die medizinische oder für eine der Geriatrie nachgelagerten Versorgung relevant sind.

Haas_Arzt 36a

„Naja, also in der Geriatrie ist es schon also natürlich, das ist ja eine Binsenweisheit, je mehr ich weiß über die Erkrankung, umso besser kann ich die Patienten auch behandeln, das heißt mein Fachwissen [...] steht ganz hoch in der Liste der Punkte, die ein Arzt parat haben muss. Klar. Es gibt andere Fachrichtungen, die sind weitaus kleiner, die müssen dann mehr in die Tiefe gehen, aber wir müssen schon sowohl von innerer Medizin als auch von Chirurgie, von Rheumatologie, von Diabetologie, auch von Neurologie, von Psychiatrie, [...] das was die alten Menschen betrifft auch, da müssen wir schon ein gutes Fachwissen auch haben und das man auf der Universität in der Breite auch gar nicht vermittelt bekommt. Aber durch die Erfahrung und durch die Fortbildung natürlich auch dann schon auch irgendwann parat haben wird.“

Amlinger_Arzt 23

„Von der Pflege, dass sie eben auch nicht nur ihren eigenen Tellerrand sehen, sondern eben auch gucken, was sind Informationen, die sie von Patienten bekommen. Sowohl in ihrer eigenen Fakultät, bei den täglichen Versorgungen, bei den Hilfestellungen, beim Waschen, Ankleiden, beim Essen, beim Mobilisieren, sehen die irgendwo, dass der Schmerzen hat, erfahren die ein Problem von zu Hause, was wir nicht erfahren haben. Wie viele Leute leben hier in Altbauten mit ganz engen, hohen Treppen und trauen sich nicht zu sagen, weil sie der irrigen Annahmen sind, wir wollen sie aus ihrer Wohnung raus haben und diese Informationen auch mitzusammeln und auch eigene Ideen zu haben, die gut mit einzubringen.“

Die Notwendigkeit eines breiten Wissens wird von den Krankenpfleger_innen und von den Ärzt_innen unterschiedlich begründet. In der medizinischen Versorgung wird der Bedarf an einem breiten Wissen darauf zurückgeführt, dass die Patient_innen mit entsprechend umfassenden Krankheitsbildern auf der Station behandelt werden müssen. Der Bedarf eines breiten Wissens in der Krankenpflege wird dagegen mit den gestiegenen Ansprüchen erklärt, die außerhalb des Patientenkontakts liegen. Dabei wird in der Pflege betont, dass die Kompetenzen nicht allein ein fach-

⁴³ Herr Borchartd machte zum Zeitpunkt der Interviews neben seiner Tätigkeit als Krankenpfleger eine Fortbildung zum Geriatriefachpfleger.

lich-pflegerisches Wissen zur Versorgung von Patient_innen umfassen sollen, sondern insbesondere auch Kenntnisse im Umgang mit der Dokumentation gebraucht werden (Ehren_Pflegekraft 39, S. 91). Zwar spielt die Dokumentation in der medizinischen Versorgung ebenfalls eine Rolle, wird jedoch nicht so stark betont wie in der Pflege. Dabei sind aus Sicht der Behandelnden die Dokumentationsvorgänge in der Geriatrie umfassender und aufwendiger als in anderen Fachabteilungen wie der Inneren Medizin oder Chirurgie (vgl. Anhang Scheitor_Ärztin 12b, S. 177).

Ehren_Pflegekraft 39

„Also eigentlich kann man es sich nicht mehr leisten, einen Kollegen zu haben, der sagt: ‚Ich kann jetzt aber nicht das Labor bedienen oder ich kann bei der Reanimation nicht an vorderster Front, weil ich mich da nicht so traue.‘ Das ist halt schwierig, [...] die Ansprüche werden halt immer höher in der Pflege, auch die Dokumentation zum Beispiel ist exorbitant gestiegen, wenn ich mir überlege, was wir an einen Aufwand an Dokumentation haben, das ist deutlich, deutlich gestiegen im Vergleich zu früher.“

Hierbei wird deutlich, dass sich der Bedarf an einem breiten Wissen sowohl an den Patient_innen ausrichtet. Aber auch ökonomische Aspekte, die hinter der Dokumentation stehen und nicht auf die Patient_innen ausgerichtet sind, spielen eine Rolle.

Ein weiterer Aspekt, der für Umsetzung der Versorgungsansprüche im Rahmen der fachlichen Dimension von Bedeutung ist, ist die verfügbare Zeit. Ausgehend von den geriatrischen Patient_innen wurde bereits im vierten Kapitel dargestellt, dass der Versorgungsaufwand im Vergleich zu nicht-geriatrischen Patient_innen höher ausfällt (vgl. auch Anhang Bücken_Pflegedienstleitung 24, S. 177). Dieser Umstand ergibt sich aus den Erkrankungen der Patient_innen, die zum Teil schwerer sein können als bei jüngeren, nicht-geriatrischen Patient_innen. Viele Patient_innen sind bspw. bettlägerig (vgl. Müller_Krankenpflegekraft 119, S. 91). Darüber hinaus kann durch das hohe Alter der Patient_innen der Heilungsprozess länger dauern. Hinzu kommt ein Vorliegen meist mehrerer Erkrankungen und Symptome, die gleichzeitig von den Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen versorgt werden müssen. Der höhere Zeitbedarf liegt auch in den kognitiven Einschränkungen oder psychischen Erkrankungen der Patient_innen begründet.

Müller_Krankenpflegekraft 119

„Halt auf der Urologie mit 30 Betten kann ich nicht sagen, okay da brauch man jetzt einen mehr oder gleich viel [an Krankenpfleger_innen, Anmerkung der Autorin] wie auf einer 30-Betten Geriatrie, da sind junge, fitte Patienten, natürlich auch ältere, vielleicht auch mal zwei, drei, vier bettlägerige [...]. Wir haben hier zwei, drei, die aufstehen können ((lacht)) und wir sind gleich besetzt, also das ist einfach das große Problem.“

Bei der Mobilisation spielt die Zeit ebenfalls eine wesentliche Rolle. So muss z.B. bei bettlägerigen Patient_innen die Mobilisation durch die Pflegekräfte und Therapeut_innen auf das Ziel gerichtet sein, etwa wie am Tisch sitzen zu können, in einzelnen, wiederholt kleinen Schritten verlaufen. Erst dadurch wird die Möglichkeit gesehen, dass die Patient_innen bestimmte Fähigkeiten wieder erlernen (vgl. Müller_Krankenpflegekraft 85, S. 92).

Müller_Krankenpflegekraft 85

„Ja, auf jeden Fall, enge Zusammenarbeit mit der Pflege und den Therapeuten, also Ergotherapie, Physiotherapie, sowas. Der Patient sollte so oft wie möglich mobilisiert werden und wenn es erstmal nur die Bettkante ist, und dann Schritt für Schritt weiter, stehend vorm Bett oder auf dem Toilettenstuhl, irgendwann dann sitzend am Tisch, aber dafür brauch man wieder Zeit, damit das laufen kann.“

Ein höherer Versorgungsaufwand und damit einhergehend ein höherer Bedarf an zeitlichen Ressourcen für geriatrische Patient_innen spiegelt sich in der Erfahrung einer Pflegekraft wider, die für einen kürzeren Zeitraum auf einer Inneren-Neurologie gearbeitet hat (vgl. Müller_Krankenpflegekraft 140, S. 92). Aus ihrer Sicht fällt der pflegerische Versorgungsaufwand für die Patient_innen der Inneren-Neurologie wesentlich geringer aus, sodass unter ihrem für geriatrische Patientenversorgung angelegten Arbeitspensum noch Zeit übrigbleibt. Hier werden also spezifische zeitliche Bedarfe in der Geriatrie deutlich, die zur Umsetzung einer ganzheitlichen Versorgung benötigt werden.

Müller_Krankenpflegekraft 140

„Also ich war ja zuletzt eine Woche auf der Inneren-Neurologie und es war ein Traum ((lachend)), ja. Und wenn die Schwestern dann auf der Urologie schon am Stöhnen sind, hätte ich mir dann morgens viertel vor neun dann die Zehennägel lackieren können, weil ich fertig war.“

Zusammengenommen bilden Funktionsveränderung oder -einschränkungen der Patient_innen den Ausgangspunkt in der geriatrischen Versorgung, an dem sich die weiteren Versorgungsleistungen ausrichten. Diese Funktionsveränderungen gehen auf ein Krankheitsbild zurück, das sich durch mehrere Erkrankungen, durch psychische Erkrankungen und/oder durch nicht heilbare Erkrankungen auszeichnet. In diesem Sinne muss nicht nur die Akutbehandlung darauf hin abgestimmt werden, sondern auch die frührehabilitativen Maßnahmen. Dabei steht die Mobilisation der Patient_innen im Vordergrund. Hinsichtlich der fachlichen Dimension kann zudem ein Versorgungsanspruch identifiziert werden, der sich auf den Zeitraum nach dem Geriatrieaufenthalt bezieht. Die Versorgung richtet sich hierbei daran aus, inwiefern sich die Patient_innen selbst versorgen können und ob Hilfsmittel bzw. eine personelle Pflege benötigt wird. Bezugnehmend auf die erste Frage, ob es in der

neuen Normalität zu einer Konvergenz von berufsspezifischen und ökonomischen Ansprüchen gekommen ist, lässt sich für die fachliche Dimension des Versorgungsanspruchs eine schwerpunktmäßige Ausrichtung an den Patient_innen feststellen. Zwar können einzelne ökonomische Aspekte identifiziert werden, diese erscheinen jedoch nicht vordergründig. Demgegenüber sind vielmehr Hinweise darauf zu finden, die auf eine weiterhin bestehende Divergenz von berufsspezifischer und ökonomischer Orientierung hindeuten.

Exkurs Leitlinien

Wenngleich die Leitlinien von den Interviewten weniger thematisiert worden sind, sind einige Einschätzungen der Behandelnden durchaus interessant und werden näher beleuchtet. Daher wird in diesem Exkurs kurz dargestellt, wie die Leitlinien von den Ärzt_innen und Krankenpflegekräften in der Geriatrie genutzt werden.

Zunächst ist auf zwei unterschiedliche Handhabungen mit einem fachlichen Bezug hinzuweisen. Frau Scheitor greift insbesondere dann auf Leitlinien zurück, wenn seltene Krankheiten behandelt werden müssen (vgl. Scheitor_Ärztin 100-102, S. 94). Sie werden in diesen Fällen als Grundlage herangezogen, um Unsicherheiten über den Behandlungsweg abzubauen. Gleichzeitig nutzt sie die Leitlinien, um Fachwissen aufzubauen. In diesem Fall werden die Leitlinien als Grundlage genutzt, um die fachlichen Kompetenzen zu verbessern und dann in der Praxis anwenden zu können.

Im Fall von Herrn Haas wird dagegen die Unterkomplexität der Leitlinien betont; die Leitlinien sind aus seiner Perspektive für die geriatrische Versorgung nur begrenzt anwendbar (Haas_Arzt 64, S. 94). Der große Bedarf an komplexen Wissensbeständen spiegelte sich bereits in den benötigten Kompetenzen der Ärzt_innen wider: Statt eines in die Tiefe gehenden Wissens wird ein breitangelegtes, aus unterschiedlichen Fachrichtungen stammendes Wissen benötigt, um den Bedarfen der geriatrischen Patient_innen gerecht werden zu können. Daher würden die bestehenden Leitlinien die tatsächlichen Versorgungsbedarfe nur unzureichend abdecken können. Würden jedoch mehrere Leitlinien gleichzeitig angewendet werden, um auf die Multimorbidität der Patient_innen eingehen zu können, wären damit ebenfalls negative Konsequenzen verbunden. Dies liege darin begründet, dass die Leitlinien nicht aufeinander abgestimmt seien (vgl. Haas_Arzt 64, S. 94). Demgegenüber liege der Vorteil des breiten Fachwissens der Ärzt_innen gegenüber den Leitlinien darin, die Patient_innen als Ganzes zu sehen und darauf aufbauend eine umfassende und aufeinander abgestimmte – ganzheitliche – Versorgung gewährleisten zu können (vgl. auch Anhang Ehlers_Ärztin 234, S. 177).

Auf eine ähnliche Problematik verweisen auch Schmitz/Berchtold (2016, S. 93). Vorgaben oder Empfehlungen durch Leitlinien seien durch einzelne Fachdisziplinen erarbeitet worden; eine Anwendung bei älteren Patient_innen, die mehrere Krankheiten aufweisen, würde dann mit unerwünschten oder gefährlichen Folgen einhergehen.

Die unterschiedliche Sicht auf die Verwendung von Leitlinien kann auf die unterschiedlich lange Berufserfahrung der Ärztin und des Arztes zurückgeführt werden. So ist Frau Scheitor noch in der fachlichen Ausbildung, während Herr Haas schon mehrere Jahre als Facharzt auf der geriatrischen Station gearbeitet hat.

Scheitor_Ärztin 100-102

Interviewerin: „Wie sehen Sie Leitfäden [...] für die Behandlung von Patienten?“

Scheitor: „Also man hat natürlich so seine Erfahrungswerte, die man auch von den Oberärzten und von den anderen erfahrenen Kollegen vermittelt bekommt, wie eben so eine Behandlung aussieht, wobei wir schon auch nach Richtlinien behandeln und ich auch selbst, gerade bei Krankheitsbildern, die nicht so oft auftauchen, was man ja auch in der Geriatrie öfter hat, dann schon auch mal nachguckt, mich belese und mich dann auch an so eine Richtlinie doch im Großen und Ganzen nach Rücksprache mit meinem Oberarzt auch halte. Das mache ich schon, gerade eben bei selteneren Krankheitsbildern, also [...] beim Harnwegsinfekt, sag ich jetzt mal, lese ich mir nicht die Richtlinien durch, weil wir das halt auch häufig haben, aber bei seltenen Krankheitsbildern, auch einfach so fürs eigene Interesse und ich will mich ja auch fortbilden und dann mache ich das.“

Haas_Arzt 64

„Also das [Thema Leitlinien; Anmerkung der Autorin] ist ja nun wirklich ein umfassendes Thema, ja. [...] Ich würde nie sagen, die Leitlinie ist jetzt das A und O für mich und ich muss jetzt unbedingt nach der Leitlinie vorgehen, [...] zumal in der Geriatrie wird das den Patienten absolut nicht gerecht. Weil dafür sind sie zu multimorbide, da muss man viel zu viele Konstellationen der Erkrankungen, der Befunde auch berücksichtigen. Da kann man nicht strikt sagen, bei der und der Erkrankung ist die und die S3-Leitlinie [...] jetzt für mich Standard, ja. Da gibt es ganz wenig, was ich wirklich dann auch akzeptiere und wo ich sagen würde, ich beuge mich sonst auf gefährliches Glatteis oder was für mich noch viel wichtiger wäre, ich gefährde meine Patienten dadurch, dass ich ihnen eine bestimmte Therapie vorenthalte [...]. Es gibt bestimmte Konstellationen, wo man einfach sagen muss, nach der und der Erkrankung muss eine, meinerwegen, Antikoagulation⁴⁴ oder sowas verordnet werden, sonst, die Zahlen sprechen für sich, gefährde ich den Patienten. [...] Man muss dann gucken, [...] in welchem Zustand ist der Patient, was ist noch zu erwarten. Es ist natürlich

⁴⁴ Als Antikoagulation wird die Verabreichung eines Medikaments bezeichnet, um die Blutgerinnung zu hemmen.

ein entscheidender Unterschied, ob ich einen 50-Jährigen habe, den ich nach einem Herzinfarkt für die nächsten 40 Jahre schützen will, oder ob ich einen 90-Jährigen habe, der seinen dritten Herzinfarkt hat, das sind alles Kriterien und Überlegungen, die da eine Rolle spielen müssen, ja. Klar, ich sollte Kenntnis haben von den Leitlinien, ich sollte wissen, was da gefordert wird im Prinzip, aber ich muss es immer auf den Einzelfall abstimmen und die Medikation darauf einrichten. Und es nützt mir auch nichts, wenn ich sechs oder sieben Medikamente verordne, weil die Leitlinien das halt erforderlich machen und den Patienten geht es darunter einfach schlecht, weil ihm nur noch übel ist zum Beispiel und das bringt dann nichts.“

Im Fall von Frau Peters, die auch auf Expertenstandards verweist, werden ebenfalls Schwierigkeiten deutlich, die sich in der Anwendung von kodifizierten Orientierungen in der geriatrischen Versorgung ergeben. Hiernach liege die Problematik in der Umsetzung. Die Vorgaben könnten nicht umgesetzt werden, da sie nicht auf das bestehende Arbeitspensum mit dem vorhandenen Personal ausgelegt sind (vgl. Peters_Krankenpflegekraft 135, S. 95). Demnach müssten Fragen nach den gegebenen Bedingungen bearbeitet werden, damit auch Expertenstandards der Pflege oder auch die Leitlinien zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen können (Farin/Glattacker/Jäckel 2011, S. 432).

Peters_Krankenpflegekraft 135

„Und die Expertenstandards sind auch schon festgelegt von unseren Wissenschaftlern, die Realität sieht anders aus. Da hätte ich eins zu eins arbeiten müssen, also eine Pflegekraft pro Kopf, dass ich alles erledigen kann, wie sie das wollen. Ich habe gerne so gearbeitet, aber ich kann leider nicht.“

Eine weitere Funktion erfüllen die Leitlinien bei einer Krankenpflegerin. Von ihr werden Leitlinien als Legitimationsgrundlage herangezogen, um z.B. Ärzt_innen mit kurzer Berufserfahrung auf bestimmte Verfahrensweisen hinzuweisen oder zur Einhaltung von Hygienevorschriften bei Patient_innen mit ansteckenden Erkrankungen anzuhalten (vgl. Müller_Krankenpflegekraft 224, S. 95). Hierbei geht es also weniger um die fachliche Anwendung von Leitlinien. Ein größeres Gewicht liegt auf der Legitimation und auf der Durchsetzung von geltenden Versorgungsstandards gegenüber den Ärzt_innen.

Müller_Krankenpflegekraft 224

„Wir auf unserer Station haben den kompletten Ordner ausgedruckt in Papierform und wenn mal etwas nicht so fluppt, dann wird der vorgelegt und gesagt: ‚Okay pass auf, normalerweise solltest du das so und so und so machen.‘ Beispiel MRSA, dann muss man auch teilweise die Ärzte hinerziehen, und sagen: ‚Pass mal auf, du bist gerade im MRSA-Zimmer nicht umgezogen, kommen Sie bitte raus.‘“

Zusammengenommen nehmen die Leitlinien eine ambivalente Stellung in der geriatrischen Versorgung ein. Auf der einen Seite werden sie als Grundlage genutzt, um Wissen über einzelne Krankheiten und deren Behandlung aufzubauen und um bestimmte Vorgehensweisen zu legitimieren oder einzuhalten. Auf der anderen Seite kann die Anwendung von Leitlinien die Versorgung geriatrischer Patient_innen gefährden, sofern der Multimorbidität in der Behandlung von Erkrankungen Rechnung getragen werden muss.

5.1.2 Soziale Dimension des Versorgungsanspruchs

Im Zentrum der sozialen Dimension steht die Kommunikation mit den Patient_innen und die Kommunikation mit den Angehörigen der Patient_innen als Versorgungsanspruch. Ein zentrales Anliegen, das mit der Kommunikation verfolgt wird, ist die Herstellung von Sicherheit. Sicherheit herzustellen, heißt zum einen, dass den Patient_innen, ihren Angehörigen und den Behandelnden selbst klar ist, welche Folgen mit den vorliegenden Erkrankungen verbunden sind und welche Behandlungen möglich sind. Zum anderen umfasst die Herstellung von Sicherheit bei den Patient_innen eine Grundlage dafür, Vertrauen zum medizinischen und pflegerischen Personal aufzubauen, wodurch eine Mitarbeit in der Versorgung unterstützt werden kann.

Gegenüber der fachlichen Dimension sind bei den Ärzt_innen und die Krankenpfleger_innen gleichermaßen Fälle zu finden, die als soziale Dimension der Versorgungsansprüche identifiziert werden können. Diese werden im Folgenden zur Kommunikation mit den Patient_innen und zur Kommunikation mit den Angehörigen näher dargestellt und auf die dahinter stehenden Ansprüche – patientenorientiert oder gewinnorientiert – hin untersucht.

Kommunikation mit den Patient_innen

Als eine grundlegende Voraussetzung für die Kommunikation mit den Patient_innen wird die Empathiefähigkeit der Behandelnden beschrieben (Ehren_Krankenpflegekraft 19a, S. 97; Baumann_Arzt 13, S. 97; Scheitor_Ärztin 72, S. 97). Empathie umfasst in der geriatrischen Versorgung nicht nur die Fähigkeit der Behandelnden, mit den Patient_innen mitfühlen zu können. Darüber hinaus zählt zur Empathie das Können, sich auf die einzelnen Patient_innen, ihre jeweiligen Möglichkeiten und Einschränkungen einzustellen.

Im Einzelnen bedeutet das, dass sich die Ärzt_innen an körperliche (z.B. schlechtes Hören) und/oder an kognitive Einschränkungen (z.B. Altersdemenz) in ihrer Kommunikation an die Patient_innen anpassen müssen. Beispielsweise wird in der Kommunikation mit dementen Patient_innen eine schwerpunktmäßige Verwendung von nonverbaler Kommunikation betont, in der ein Kontakt auch über

Berührungen hergestellt wird. Einen leichteren kommunikativen Zugang über derartig intime Gesten leiten die Behandelnden aus einem Bedarf der Patient_innen nach zwischenmenschlichem Kontakt ab. Dieser ergebe sich daraus, dass insbesondere ältere Menschen allein sind und daher in ihrer häuslichen Umgebung keine oder nur sehr selten menschliche Nähe erfahren (vgl. Baumann_Arzt 13, S. 97; Scheitor_Ärztin 72, S. 97).

Ehren_Krankenpflegekraft 19a

„Was für die Pflege sicherlich sinnvoll ist, weil wir brauchen eben nicht nur fachlich Wissen, sondern wir müssen natürlich auch das Einfühlungsvermögen, die Empathie, sich auch in Kranke reinzufühlen und sich auch in schwierigen Situationen mit Anverwandtengesprächen [...].“

Baumann_Arzt 13

„Ja, das Wichtigste ist eigentlich [...], dass man Empathie mitbringen muss, also ich muss auf die Patienten zugehen können, ich muss mich auf das gleiche Niveau begeben, wie die Patienten sind. Das heißt also, wenn die auf einem Stuhl sitzen, dann hole ich mir den Stuhl daneben, dann setze ich mich daneben, um mich mit denen zu unterhalten oder setze mich auf die Bettkante, wenn sie im Bett liegen, um die Distanz zu wahren. Wenn die Patienten das zulassen, berühre ich sie, also meist mit der Hand und lasse auch Berührungen von denen zu. Bei älteren Leuten ist das manchmal einfach so, die brauchen dann so jemanden. Wie gesagt, einfache Worte, bei den schwerhörigen Leuten, möglichst kurze Sätze, deutliche Sätze, nicht unbedingt laut, aber deutlich sprechen. [...] Gut und ansonsten ist es schon einfach so, dass die Gespräche etwas länger dauern, als ich das so in Erinnerung habe an organbezogenen internistischen oder auch chirurgischen Abteilungen, wo das dann immer nicht so ganz klar ist, die kommen dann und die erklären mir, wo es denn hingehen soll, also es soll nicht ganz so viel Überraschung dabei sein, das ist der eine Teil für die Patienten, die schwerhörig sind, wenig sehen, aber die geistig eben halt noch so ganz klar sind und was die dementen Patienten, [...] da ist das Nonverbale eigentlich noch viel wichtiger als das Verbale, da kann man eben halt den Kontakt über gleiche Körperhaltungen über Lächeln, über Hobbys soweit die bekannt sind, von denen bekommen.“

Scheitor_Ärztin 72

„Ich habe einen ganz guten Umgang mit den Patienten, also das melden mir auch einige [...] zurück. Das klingt jetzt arrogant, aber das ist so ((lacht auf)). Und dass ich eben menschlich bin oder dass ich eben mir auch mal Zeit nehme und dass ich mal einen Patienten streichele oder so was, weil das ist auch so wichtig, weil so viele eben auch alleine sind, verwitwet und isoliert sind und überhaupt keine körperlichen Kontakte mehr haben und da bin ich einfach jetzt auch mutiger, dass ich das auch eben dann mache und wenn dann eben einer weint, dann drücke ich den halt mal.“

Wie wichtig es ist, dass sich die Behandelnden auf ihre Patient_innen einstellen können, zeigt sich in dem Negativbeispiel aus Bartel_Ärztin 15 (S. 98). Die fachliche Kompetenz kann es bspw. nicht ausgleichen, wenn die Ärzt_innen nicht ausreichend gut die Muttersprache der Patient_innen sprechen können. Einen weiteren Nachteil sieht die Ärztin darin, wenn ihre medizinischen Kolleg_innen nur sehr kurz in der Kommunikation mit ihren Patient_innen angebunden sind. Den Patient_innen falle es dann sehr schwer, den Aussagen und Fragen der Ärzt_innen folgen zu können. Dies betreffe insbesondere Patient_innen, die aufgrund schlechter Hörfähigkeiten oder eingeschränkter kognitiver Fähigkeiten nicht mehr alles oder Vieles nur schwer verstehen können. Diese Patient_innen bedürfen einer für die geriatrische Versorgung angemessene Kommunikationsleistung der Behandelnden, die sich an die Bedarfe der Patient_innen im Einzelfall anpasse (vgl. Anhang Bartel_Ärztin 31, S. 177, vgl. auch Baumann_Arzt 13, S. 97). Dabei ist es nicht nur von Bedeutung, mit den Patient_innen angemessen zu sprechen, sondern auch zu erkennen, wann die Patient_innen einen Bedarf haben, sich selbst mitzuteilen.

Indem die Behandelnden auf die Patient_innen eingehen können, wird die Voraussetzung dafür geschaffen, mögliche Ängste und Unsicherheiten der Patient_innen zu nehmen. Durch eine Kommunikation, in der sich die Behandelnden empathisch auf die Patient_innen einstellen und dies auch gezeigt wird, kann den Patient_innen das Gefühl von Sicherheit und das Gefühl, in der Geriatrie gut aufgehoben zu sein, vermittelt werden.

Bartel_Ärztin 15

„Also ich, das darf ich ja ganz offen und ehrlich sagen, ich finde für mich, meine Erfahrung [...] ist, dass [...] wenn die Leute zu uns verlegt werden, dass das ein ganz, ganz, ganz wichtiger Moment ist. Und ich sage das ohne, [...] irgendwie rassistisch zu sein oder so überhaupt nicht, ich merke oft, dass die nicht-deutschsprachigen Kollegen, dass es die Patienten oft irritiert. Das ist vor allen Dingen für die alten Menschen schwer, die schwer hören, wenn dann jemand noch nicht ganz klar deutsch spricht, also ich höre das dann zum Teil, wenn ich da in der Ambulanz sitze und meinen Patienten schon in den Computer eingebe, kann ich das so beobachten einfach und manchmal das Gefühl habe, man muss sich dafür ganz, ganz, ganz viel Zeit nehmen. Die [die Patient_innen, Anmerkung der Autorin] sind durch, wenn die kommen, um es mal platt zu sagen. Die sind transportiert worden, es war Winter, die sind vor einer Woche gefallen, haben dieses Bein gebrochen, die haben Schmerzen, dann kommen sie in ein anderes Krankenhaus, dann wissen sie nicht, wohin sie da kommen, dann frieren sie, die ganze Situation ist ganz schrecklich. Dann liegen sie in diesen gekachelten Ambulanzraum und denken: ‚Oh Gott, was machen die jetzt mit dir, was sind das für Schwestern, mit wem bin ich im Zimmer, ist da ein Klo im Zimmer.‘ Also all das und da haben die einfach total Angst und dann brauchen die das, dass man ganz, ganz freundlich und ganz, ganz

geduldig ist mit denen. Und ich [...] merke dass immer, wenn man sich Zeit lässt und ganz gut auf die eingeht, dass die dann auch einen guten Aufenthalt hier haben und ich glaube, wenn das anfangs nicht gut läuft, hat man ganz viel verspielt. Und das merke ich, [...], ich hab halt zwei Kollegen speziell, die relativ kurz angebunden sind, da wo ich dann das Gefühl habe, nee, ihr müsst jetzt zuhören. Und die erzählen jetzt vielleicht auch irgendwie von was, was jetzt nicht interessant für die Anamnese ist, aber das ist für die wichtig, die wollen Vertrauen fassen und die wollen das Gefühl haben, da ist jemand, der hört mir zu, der hat mich lieb, um das mal so zusagen und das brauchen die einfach. Und die weinen ganz [...] oft, wenn die hier ankommen, weil die einfach wirklich durcheinander sind, das ist einfach so und da finde ich, ist es einfach eine schlechte Behandlung, [...] wenn man da nicht darauf eingeht. Manchmal ist man gestresst und denkt daran, oh, jetzt sind noch zwei Aufnahmen und ich muss noch zehn Briefe diktieren heute, aber das darf man denen nicht nehmen, man muss sich da unbedingt Zeit nehmen, man muss ganz viel Geduld haben und sich einfach auch mal irgendwie so ein Geschichtchen von Früher anhören, das brauchen die, dann freuen die sich und [...] dann haben die einen guten Start.“

Neben der Kompetenz zur Empathie spielt die Fähigkeit der Behandelnden eine Rolle, unterschiedliche Inhalte in einer bestimmten Art und Weise zu vermitteln. So geht aus den Interviews hervor, dass es für die Kommunikation nicht nur wichtig ist, diverse Inhalte mit den Patient_innen zu besprechen. Es ist wichtig, wie diese Inhalte mit den Patient_innen kommuniziert werden. Wie unterschiedliche Inhalte zu vermitteln sind, kann anhand verschiedener Modi näher ausgeführt werden. Exemplarisch lässt sich dafür eine Passage aus dem Interview mit Herrn Siegert anführen, in der es darum geht, wie den Patient_innen die Folgen ihrer Erkrankung(en) mitgeteilt werden (Siegert_Arzt 23a, S.100).

Für die Weitergabe von Informationen, die Inhalte über die Erkrankung, die Behandlung und/oder deren Folgen umfassen, besteht der Kern der Orientierung darin, diese den Patient_innen (und auch den Angehörigen) transparent im Sinne von „ganz offen und ehrlich“ (Siegert_Arzt 23a, S. 100) zu vermitteln. Mögliche Wunschvorstellungen der Patient_innen über eine Genesung oder über den Erhalt der selbstständigen Lebensführung sollen nicht durch „falsche Versprechungen“ (Siegert_Arzt 23a, S. 100) unterstützt werden. Vielmehr steht hier eine fachliche und realistische Einschätzung der Ärzt_innen im Vordergrund. Lügen wird in diesem Zusammenhang sogar tabuisiert (vgl. Siegert_Arzt 27, S. 100). Sicherheiten bei den Patient_innen ergeben sich aus einer offenen Kommunikation daraus, dass die sie über den weiteren Verlauf der Behandlung sowie dessen Folgen informiert sind und sich darauf einstellen.

Die Orientierung an einer offenen und ehrlichen Kommunikation mit den Patient_innen, auch über sensible Themen wie einen möglichen baldigen Tod, wird

für Herrn Siegert (Siegert_Arzt 23a, S. 100) durch das hohe Alter der Patient_innen und den ihnen zugeschriebenen Erfahrungen erleichtert. Mit dem hohen Alter verbindet er natürliche bzw. biologische Grenzen in der Versorgung, die er auf das körperliche Gebrechen der Patient_innen zurückführt. Diese Unausweichlichkeit anzuerkennen, erleichtert es für die Ärzt_innen, eine Unterhaltung auch über schwierige Themen zu führen. Die zugeschriebenen Erfahrungen der Patient_innen bedeuten für die Behandelnden darüber hinaus, dass die Patient_innen ebenfalls über derartig schwierige Themen sprechen können. Als Beispiel führt Herr Siegert an, dass sich die Patient_innen durch Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg – einer Zeit, in der der Tod als allgegenwärtig wahrgenommen wurde – bereits mit dem Sterben und dem eigenen Tod auseinandergesetzt haben (vgl. Siegert_Arzt 27, S. 100; vgl. auch Anhang Siegert_Arzt 29-31, S. 178).

Siegert_Arzt 23a

„Also eine gute Behandlung wäre, dass man alles immer gut mit dem Patienten und vor allen Dingen mit den Angehörigen kommuniziert und dass alles transparent ist. Und vor allen Dingen auch, dass man wenn man etwas erklärt, dass man das auch immer ganz offen und ehrlich macht, also wenn es jetzt um bösartige Erkrankungen geht oder auch, wenn man jetzt sagt, dieser ältere Patient, der kommt gar nicht mehr wirklich auf die Beine und wir sehen das auch so realistisch, dass der Patient nicht wieder nach Hause geht in die eigene Wohnung, dass man das auch so offen kundtut und sich nicht hinter irgendwelchen falschen Versprechungen versteckt. Weil das wird schnell entlarvt.“

Siegert_Arzt 27

„Also das Schlimmste, das man im Krankenhaus machen kann, ist, wenn man wirklich lügt. Habe ich auch schon leider erlebt, das ist sozusagen etwas, was absolut nicht geht. Es sind [...] für alle Sachen immer Grenzen gesetzt, ganz einfach, ne. Die Grenzen setzen wir häufig gar nicht selber und das muss man einfach dann ganz klar so sagen, ne. Also das heißt, es muss alles auf den Tisch und dass man das auch wirklich ganz offen anspricht und (..) das macht es aus, ne. Also so Sprüche wie: ‚Machen Sie sich keine Sorgen, das wird wohl nichts Schlimmes sein‘, das wäre dann aus meiner Sicht dann auch fehl am Platze. [D]er Vorteil in der Geriatrie ist natürlich, das wir es nur mit alten Menschen zu tun, die schon unheimlich viel in ihrem Leben mitgemacht haben. Die meisten haben den Zweiten Weltkrieg mitgemacht, das heißt, dann hat man den Vorteil, dass man auch relativ offen über viele Sachen sprechen kann, ne. Also wenn sie jetzt jemanden haben, der schon im Zweiten Weltkrieg Soldat war, die sind alle sozusagen mehrfach wahrscheinlich dem Tode entronnen, wer von denen noch lebt, das heißt, da kann man ganz offen aus meiner Sicht das dann besprechen, wenn jemand eine schwere Herzschwäche hat, innerhalb der nächsten Monate zum Tode führen wird oder die Krebserkrankung. Dann

ist es auch so aus meiner Sicht auch nicht gerechtfertigt, wenn man das dann sozusagen nicht erwähnt oder einfach unter den Tisch kehrt.“

Die soziale Dimension der Versorgungsansprüche umfasst ebenfalls Erwartungen der Behandelnden, wie sich die Patient_innen verhalten sollten. Im Rahmen der Kommunikation wird von den Patient_innen – wie von den Behandelnden – erwartet, dass sie in der Kommunikation offen, ehrlich und transparent sind. So wird der Anspruch an die Patient_innen gestellt, dass diese gegenüber den Ärzt_innen und gegenüber den Pflegekräften ihre Erwartungen und Wünsche offen und ehrlich kommunizieren (vgl. Siegert_Arzt 35, S. 101). Denn werden ihre Wünsche nicht offen, zu spät oder erst über die Angehörigen an die Ärzt_innen herangetragen, kann es zu einer Überarbeitung des ursprünglichen Behandlungsplans kommen. Dies verzögert die medizinische, pflegerische und therapeutische Versorgung und kann dadurch die Umsetzung der fachlichen Dimension behindern.

Einschränkend wird jedoch angemerkt, dass die Wünsche der Patient_innen bzw. der Angehörigen zwar immer berücksichtigt werden sollten, doch sollten die Behandelnden ihnen nicht ohne Weiteres nachkommen (vgl. Jobst_Krankenpflegekraft 19a, S. 101). Demnach ist es aus der Sicht der Behandelnden zwar wichtig, die Wünsche der einzelnen Patient_innen zu kennen, aber diese Wünsche müssen im Hinblick auf die fachliche Dimension genau geprüft werden.

Siegert_Arzt 35

„Och, der Patient darf eigentlich so sein, wie er möchte, aber [...] er sollte schon mal sagen, auch ganz klar, was er möchte. Und (.) ich glaube, also manchmal ist es so, dass / ich mag es immer nicht, wenn so Sachen auf kleiner Flamme irgendwo anders verköchelt werden. Das heißt, da ist jemand unzufrieden und sagt das nicht, und dann irgendwann [...] kommen alle Kinder auf Station und sind total erbost und regen sich auf und schimpfen. Also das sind immer so Sachen, die mich ein bisschen stören, weil das hätte man im Vorfeld alles regeln können.“

Jobst_Krankenpflegekraft 19a

„Also ich hab immer so ein Bild von mir, dass man den Patienten ernst nimmt einfach, das man sie also in ihrem Wesen in ihren Bedürfnissen, ernst nimmt, das man diese Bedürfnisse auch hinterfragen muss, also nicht jeder Wunsch, den ein Patient äußert, muss auch gleich ein Befehl sein.“

Die offene, ehrliche und transparente Kommunikation zwischen den Behandelnden und den Patient_innen geht mit dem Aufbau eines Vertrauensverhältnisses einher. Bei den Krankenpflegekräften wird dies durch das Versorgungsarrangement der Bereichspflege unterstützt. In der Bereichspflege übernehmen die Krankenpfleger_innen bei einer bestimmten Anzahl von Patient_innen oder für einen bestimmten Bereich der Station die komplette pflegerische Versorgung. Dadurch

ermögliche die Bereichspflege gegenüber der Funktionspflege, dass sich die Krankenpfleger_innen auf eine kleinere Anzahl an Patient_innen konzentrieren können und die Patient_innen ebenfalls nur mit bestimmten Krankenpflegekräften im ständigen Kontakt stehen. Auf diese Weise fällt es den Patient_innen leichter, Vertrauen zu den Krankenpfleger_innen aufzubauen (vgl. Peters_Krankenpflegekraft 21, S. 102). Dies wiederum unterstützt einen offenen Austausch zwischen den Behandelnden und den Patient_innen, in dessen Rahmen die Herstellung von Sicherheiten gewährleistet werden kann.

Peters_Krankenpflegekraft 21

„Eine gute Behandlung in meinen Augen ist, [...], wie gesagt, für mich ist das Menschliche wichtig, für mich ist das Lachen auch wichtig. Also ich mache auch immer viele Scherze mit den Patienten, die freuen sich auch immer, wenn sie mich dann sehen: ‚Ah, da kommt die Schwester, die macht immer Spaß.‘ Das Wichtigste für eine gute Behandlung ist für mich von der pflegerischen oder auch von der ärztlichen Seite, einfach Vertrauen erstmal aufzubauen, Beziehung aufzubauen, was gut ist in der Bereichspflege, weil die Patienten gewöhnen sich dann an die Pflegekräfte, [...]. Aber wie gesagt, Vertrauen aufbauen und Beziehung aufbauen, dann glaube ich, kann eine gute Behandlung stattfinden, weil die Patienten sich öffnen sich, die reden dann über Probleme und so und man kann die Pflegemaßnahmen dann auch dann so gestalten an Patienten, wie man dann halt wollte, wenn die Zeit ist.“

Neben dem Modus der offenen und ehrlichen Kommunikation wird ein weiterer Modus der Kommunikation angeführt, der das Lügen über einen bestimmten Inhalt aufseiten der Behandelnden legitimiert. Als Negativbeispiel führt Herr Siegert einen Kommentar von einer Krankenpflegekraft an, in dem die schlechte Personalausstattung und die damit einhergehenden mangelnden zeitlichen Ressourcen gegenüber einem Patienten angesprochen werden (vgl. Siegert_Arzt 23b, S. 103). Ein ähnliches Handeln beschreibt die Krankenpflegekraft Frau Peters, die ihre Verärgerungen über ihre Mitarbeiter_innen in der Krankenpflege nicht gegenüber den Patient_innen zeigen möchte (vgl. Peters_Krankenpflegekraft 17, S. 103).

Eine offene und ehrliche Kommunikation dieses Inhalts geht dann aus Sicht von Herrn Siegert mit einer Verunsicherung der Patient_innen einher (vgl. Siegert_Arzt 23b, S. 103). Daher wird für diesen Fall ein Modus vorgesehen, der konträr zum offenen, ehrlichen und transparenten Modus steht. Dies bedeutet, dass von der Offenheit, Ehrlichkeit und Transparenz abgewichen wird, um das Sicherheitsgefühl der Patient_innen nicht zu gefährden. Der Anspruch an eine offene, ehrliche und transparente Kommunikation wird dann dem Ziel, Sicherheit herzustellen, nachgelagert.

Siegert_Arzt 23b

„Und ganz schlecht, bei einer schlechten Behandlung wäre zum Beispiel, wenn irgendeine Berufsgruppe sozusagen, so schlecht über die andere spricht, oder wenn man sozusagen selber den Patienten dadurch verunsichert, zum Beispiel wenn man sagt, [...] sozusagen als Pflegekraft: ‚Ich weiß nicht, wie wir das heute schaffen sollen, wir sind nur zu zweit auf der Station. Und sie sehen doch, was hier los ist.‘ Das verunsichert den Patienten total oder wenn man dann / sagen wir jetzt als Pflegekraft: ‚Der Arzt hat heute eh keine Zeit, der ist für so viele Patienten zuständig‘, man muss es dann immer positiv formulieren, weil das sind immer die Sachen, die allen ganz übel aufstoßen. Und ich sag mal jetzt, [...] es ist viel mit dem Zentralthema verknüpft: Freundlichkeit, also [...] wenn solche Sachen kommen, wie ‚Stellen Sie sich nicht an‘ oder nach dem Motto: ‚Ich verstehe gar nicht, dass Sie immer noch solche Schmerzen haben, das kann doch überhaupt nicht sein.‘ Das sind alles Sachen, die Patienten extrem verängstigen und dann auch letztlich eine schlechte Behandlung ausmachen.“

Peters_Krankenpflegekraft 17

„Manchmal kommt es zum Krach ((lacht)), also dann sage ich schon meine Meinung: ‚Bitte guckst du mal, bei mir klingeln drei Zimmer und bei dir ist gerade ruhig, bitte hilf mir.‘ Ja dann, wenn Ausreden da sind, ich kann doch nicht helfen, dann versuche ich einfach halt das alleine zu bewältigen, aber dann natürlich schon mit Zorn ein bisschen in mir. Aber trotzdem versuche ich das den Patienten nicht zu zeigen oder so, zu Patienten bin ich da ganz normal, also jetzt nicht dass sie das merken, dass ich genervt bin von einer anderen Person.“

Als weiterer Modus der Kommunikation kann die Freundlichkeit oder der Modus des Smalltalks identifiziert werden. Mit einer Kommunikation im Rahmen der sozialen Dimension, die die Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen in einem freundlichen und plauderhaften Ton führen, wird darauf abgezielt, ein Vertrauensverhältnis zwischen den Behandelnden und den Patient_innen aufzubauen. Dieser Modus der Kommunikation umfasst zum einen höfliche Nachfragen der Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen über das aktuelle Wohlbefinden der Patient_innen und zum anderen gehört das Halten von Smalltalk oder das Machen von Späßen mit den Patient_innen dazu (vgl. Peters_Krankenpflegekraft 21, S. 102; Siegert_Arzt 27, S. 100). Diese Kommunikation beinhaltet also auch Themen, die nicht primär einen medizinisch-pflegerischen Hintergrund haben. Über „nette Gespräche“ (Scheitor_Ärztin 24a, S. 104) oder Smalltalk können die Behandelnden den Patient_innen in ihrer Person eine Wertschätzung entgegenbringen. Besonders in diesem Zusammenhang orientiert sich die Kommunikation auf die Patient_innen und nicht an ökonomischen Kalkülen. Demnach kann hier von einer berufsspezifischen Orientierung ausgegangen werden.

Im Modus des Smalltalks oder des Plauderns geht zudem eine Verschränkung mit der fachlichen Dimension des Versorgungsanspruchs einher. Die Herausforderung besteht darin, eine „gute Mischung“ (Scheitor_Ärztin 24, S. 104) zwischen der Kommunikation und den fachlich ausgerichteten Tätigkeiten zu finden (vgl. auch Anhang Drescher_Arzt 13, S. 178). Hervorzuheben ist hierbei die aktive, bewusste Anwendung interpersoneller Kompetenzen in der Kommunikation mit den Patient_innen (vgl. Scheitor_Ärztin 24, S. 104), während die Anwendung medizinischer Kompetenzen wie selbstverständlich („natürlich immer“ Scheitor_Ärztin 24, S. 104) in das Versorgungsgeschehen einfließt.

Scheitor_Ärztin 24

„Mhm, ich glaube, (...) ich kann behaupten, dass ich recht einfühlsam bin, also dass ich den Patienten, dass ich mir die Zeit nehme, denen auch mal zuzuhören, gerade in der Visite. Dass man sich eben auch so ein bisschen anpasst an den Patienten, weil ich meine, es gibt Patienten, die sind einfach kognitiv eingeschränkt, aber dass man sich eben auch da die Zeit nimmt und dann eben versucht, mit denen irgendwie ein nettes Gespräch zu führen. Dass die auch selbst das Gefühl haben: Okay, ich werde ernst genommen und akzeptiert. Dass ich natürlich immer auch die ganzen apparativen Sachen im Blick behalte, also Blutwerte, dass ich eben auch nicht vergesse, auf dieses Krankheitsbild zu achten, weswegen der Patient überhaupt da ist, weil das ich da eben auch eine gute Mischung finde, dass ich einerseits halt, ich sach mal rein ärztlich, medizinisch gut handele, aber das ich eben immer auch menschlich bleibe und dass ich immer auch versuche, emphatisch zu bleiben, was nicht immer einfach ist.“

Besonderes Gewicht sprechen die Behandelnden der Kommunikation bei der Aufnahme von Patient_innen zu. Hierbei wird weniger dem offenen und ehrlichen Modus der Kommunikation zugesprochen, als vielmehr eine Orientierung an einer freundlichen Kommunikation, an der Möglichkeit Smalltalk mit den Patient_innen zu halten (vgl. Jobst_Krankenpflegekraft 19b, S. 105; Bartel_Arzt 15, S. 98). Die Aufnahme erscheint dadurch als ein Schlüsselmoment für die Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen in der Versorgung von geriatrischen Patient_innen, an dem eine vertrauensvolle Grundlage für die weitere Versorgung geschaffen werden kann.

Sicherheit, bei den Patient_innen über die Kommunikation im „Plauderton“ herzustellen, sei zu diesem Zeitpunkt besonders wichtig. Zum einen wird die Aufnahmesituation für die Patient_innen als eine beängstigende Erfahrung gesehen. Die Patient_innen seien aus Sicht der Behandelnden nur unzureichend über den Grund und den weiteren Versorgungsverlauf im Vorfeld der Aufnahme informiert, weil entweder die ein- bzw. überweisenden Ärzt_innen oder Einrichtungen die Informationen nicht vermittelt haben und/oder weil durch die kognitiven Einschränkungen der geriatrischen Patient_innen eine Verarbeitung der Informationen nicht

oder nur unzureichend möglich ist. So führen mangelnde oder falsche Informationen zu Ängsten bei den Patient_innen, die bei der Aufnahme in die Akutgeriatrie bewältigt werden müssen.

Zum anderen sei durch eine negative Presse über die Krankenhausversorgung das „Urvertrauen“ (Anhang Siegert_Arzt 75, S. 179) in die medizinische und pflegerische Versorgung verloren gegangen. Dieses Urvertrauen in die stationäre Versorgung würde bei den Patient_innen zusätzlich durch eigene Erfahrungen erschüttert, indem sie von einer Einrichtung in die andere, von einer Abteilung in die nächste verschoben worden sind, ohne konkrete Aussichten auf eine Verbesserung ihres Gesundheitszustandes zu haben.

Die Kommunikation bei der Aufnahme ist also wichtig, weil dies nicht nur der erste Kontakt der Patient_innen mit dem Krankenhaus bzw. der Abteilung ist, sondern weil sich diese Situation auf den weiteren Aufenthalt in der Geriatrie auswirkt. Die Kommunikation wird von den Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen zu diesem Zeitpunkt eingesetzt, um den Patient_innen ihre Ängste zu nehmen und um ihnen dafür das Gefühl zu geben, dass sie gut versorgt sind und akzeptiert werden. Beispielsweise zeigt „mit Namen begrüßen“ (Jobst_Krankenpflegekraft 19b, S. 105) den Patient_innen, dass sich die Krankenpfleger_innen über die ankommenden Patient_innen informiert haben. Die Patient_innen werden damit in den Mittelpunkt gerückt; die Erkrankung steht nicht im Fokus. Hier wird wiederholt deutlich, dass die Herstellung eines Sicherheitsgefühls bei den Patient_innen eine wesentliche Rolle in der Kommunikation spielt. Bezugnehmend auf Badura (1994) unterstützt diese Kommunikation bei der Aufnahme den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zwischen Behandelnden und Patient_innen, indem der Deutungsbedarf und emotionale Bedarf der Patient_innen entgegengesehen wird.

Jobst_Krankenpflegekraft 19b

„Also wir haben so eine Regelung, dass die Pflege die erste ist, die den Patienten begrüßt, wenn er kommt und fast alle unserer Patienten kommen alleine, also sie kommen in so Stühlchen oder in einer Trage von irgendeinem Krankenhaus zu uns und fast nie kommt jemand mit. Und das ist ja eine sehr angstbeladene Situation, also wo komme ich hier her. Und dann sind wir ja noch das X-Krankenhaus aber doch das Y-Haus und all so einen Kram, ne, wenn einheimisch sind, wissen Sie, dass das Y-Haus ein Altenheim ist und sie können dann immer denken, man hat mich doch ins Altenheim gebracht und so. Und für mich fängt, in diesem Moment sozusagen die gute Behandlung an, also wenn es ihnen gelingt und diesen Moment gut abzufangen, also wenn sie den Patienten mit Namen begrüßen können. Wenn es Ihnen gelingt empathisch zu sein, wenn sie so ein bisschen, wenn es angebracht ist, ein bisschen daher plaudern können, um diese Angst ein bisschen zu nehmen und trotzdem genau gucken, was hat

dieser Patient, was steht im Arztbrief, wie sieht er aus, was hat er für Vitalzeichen. Wenn Sie diese Anfangssituation, wenn die das schon mal hinkriegen, das finde ich immer der prägende Moment für ganze Krankenhausbehandlung. So, ich sach mal, Sie haben für alles im Leben eine zweite Chance, aber nicht für den ersten Eindruck und Sie repräsentieren in dem Moment alles, die ganze Klinik. Egal ob Sie gut sind oder schlecht sind, haben sie schlechte Laune und zeigen das, ist das auch das Bild, das der Patient hat. So, aber ich meine, da könnten Sie, einfach durch ihr sein, viel tun, ganz ohne Geräte.“

Zwar kommt der Aufnahmesituation ein großes Gewicht in der Kommunikation zwischen den Behandelnden und den Patient_innen zu, die Kommunikation bei der Verabschiedung spielt aber ebenfalls eine Rolle: „[M]an muss gut anfangen, man muss es gut beenden“ (Jobst_Krankenpflegekraft 19c, S. 106). So wird bei der Verabschiedung den Patient_innen vermittelt, dass sie auf der Station immer willkommen seien, aber lieber als Gast, z.B. zu einem Sommerfest, statt als Patient_in. Hier wird wiederholt die aktive Suche nach Kontakt zu den Patient_innen deutlich, die vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zur Entlassung reicht.

Jobst_Krankenpflegekraft 19c

„Ich versuche immer zu sagen, verabschieden, also das man Patienten verabschiedet, dass man die nicht einfach/ irgendwelche Papiere irgendeinem Fahrer, der immer genervt ist, weil er so lange auf den Brief warten muss, in die Hand drückt und dann ist der Patient ‚Huch, wo ist er denn, schon weg?‘ Sondern dass man sich wirklich persönlich verabschiedet und was zum Abschied sagt, also sowas, also wir versuchen immer zu sagen: ‚Wir wollen Sie gar nicht mehr sehen hier, nur noch als Besucher oder ne oder kommen zu unserem Sommerfest, aber wenn nochmal was ist, dann haben wir auch ein Bett für Sie oder dann werden wir einen Platz für Sie haben.‘ Weil ich immer denke, das muss man sagen, [...] man muss gut anfangen, man muss es gut beenden.“

Die Kommunikation zwischen den Behandelnden und den geriatrischen Patient_innen während des Krankenhausaufenthalts verliert für die Ärzt_innen auch dann nicht an Bedeutung, wenn die vorgeschlagenen Behandlungsangebote nicht von den Patient_innen aufgenommen werden oder sie sich sogar dagegen wehren. Aus der exemplarischen Darstellung in Scheitor_Ärztin 32 (S. 107) geht hervor, dass die Kommunikation dazu genutzt wird, um der Patientin Behandlungsmöglichkeiten vorzuschlagen. Die Ablehnung der Behandlungsvorschläge und eine erkannte eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit etwa durch Aufmerksamkeitsdefizite oder sogar durch ein eher schlechtes Verhalten der Patientin führt jedoch nicht zu einem Abbruch der Kommunikation; die Ärztin sucht wiederholt das Gespräch mit der Patientin, um eine weitergehende, ganzheitliche Versorgung zu gewährleisten.

Scheitor_Ärztin 32

„Ja, also ich hatte halt zum Beispiel eine Patientin, die hatte Schmerzen, wollte aber keine Schmerzmittel nehmen, weil sie Magenprobleme hat. Wollte aber auch keine Magenschutztabletten nehmen, weil sie Magenprobleme hat und das halt Tabletten waren. Also sie hat im Prinzip gar nicht / die konnte gar nicht, sie war so unkonzentriert und unaufmerksam, die konnte mir gar nicht zuhören, was ich ihr eigentlich sagen will, also die Zusammenhänge, das konnte sie halt nicht mehr verstehen. Sie war eigentlich noch kognitiv sehr gut, also orientiert und alles, aber eben irgendwie immer so unkonzentriert und ach ((stöhnend)). Das ist schwierig. Also sie hat sich halt im Kreis gedreht. Sie hat immer die starken Schmerzen beklagt, beklagt, beklagt, aber sie wollte sich halt auch nicht helfen lassen. Immer wenn man gesagt hat, wir helfen ihnen damit, dann ging das nicht und wenn ich gesagt hab: ‚Okay wir versuchen es mit Wärme, also Fango oder so‘, dann ging das eben auch nicht, weil das wieder auf den Kreislauf / also man hat im Prinzip keine Möglichkeit gehabt, ihr wirklich zu helfen, weil sie sich darauf überhaupt nicht eingelassen hat. Und das ist dann halt auch immer unbefriedigend. Aber sie hat halt auch viel Gesprächsbedarf, war aber im Gespräch dann auch immer so latent vorwurfsvoll, so von den Formulierungen und das ist dann manchmal schwierig. Aber ich versuche dann trotzdem sachlich zu bleiben und [...] ich hab dann immer wieder jeden Tag versucht, ihr das zu erklären [...], aber dann waren eben so viele Aufmerksamkeitsdefizite, das es dann einfach auch manchmal nicht geht.“

Neben dem Schaffen von Sicherheit ermöglicht die Kommunikation zwischen Ärzt_innen und Patient_innen, dass weitere Erkrankungen aufgedeckt werden können (vgl. Bartel_Ärztin 35, S. 107). Frau Bartel beschreibt z.B. eine Kommunikation mit einer Patientin, in der die Inhalte von der Patientin nicht aufgenommen wurden. Als Ursache konnten medizinische Gründe identifiziert werden, die in der Folge zu einer psychischen Behandlung führten. Hierbei spielen die fachlichen Kompetenzen der Ärzt_innen eine Rolle. Dementsprechend zeigen sich in derartigen Fällen eine Verschränkung der sozialen und der fachlichen Dimension des Versorgungsanspruchs. Durch die Ausrichtung auf die Patient_innen kann hier von einer berufsspezifischen Orientierung gesprochen werden, in der diese Verschränkung zum Tragen kommt.

Bartel_Ärztin 35

„Ich habe jetzt eine Patientin gehabt, da habe ich gemerkt, dass ich nicht so zurechtkomme mit ihr, dass ich ihr nicht nahekomme. Also ich kann sie nicht so richtig packen und ich glaube, es liegt daran, ich werde die jetzt psychiatrisch vorstellen, weil die wirklich psychisch auffällig ist und so ausweicht und das ist das, was ich schlussendlich spiegel, das ist ja häufig auch, dass man wenn man depressive Patienten hat, das spürt man und man fühlt sich unangenehm. Und das ist aber nicht der Mensch, sondern das ist die Erkrankung und das kann man sich so diagnostisch zu Nutze machen.“

Für die Umsetzung der Kommunikation mit den Patient_innen kann der Bedarf an einen angemessenen zeitlichen Rahmen festgestellt werden – ähnlich wie für die Verwirklichung der fachlichen Dimension. Wie groß dieser Zeitrahmen im Einzelnen sein muss, bleibt unbestimmt. Jedoch scheint sich der benötigte Zeitrahmen daran zu orientieren, wie sich die Kommunikation gestaltet, d.h. hier spielt weniger die Zeit eine Rolle, die etwa für eine Anamnese gebraucht wird, als vielmehr Zeit für die Kommunikation selbst, um sich auf die Patient_innen einzustellen. Bei der Aufnahme ist eine derartige Kommunikation, die dem Verständnis der Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen von einer guten Versorgung entspricht, jedoch nicht institutionell oder organisatorisch eingebettet. Oft liegt die Verantwortung bei den Ärzt_innen und bei den Krankenpfleger_innen, einen ausreichenden Zeitrahmen für die Kommunikation mit den Patient_innen zu schaffen (vgl. Bartel_Ärztin 15, S. 98). In der Kommunikation mit den Patient_innen stehen nicht medizinisch-fachliche Inhalte im Vordergrund, sondern eine Kommunikation, in der man „mal einfach nur reden kann mit Patienten“ (Borchardt_Krankenpflegekraft 24, S. 108). Diese Voraussetzung an ausreichender Zeit wird von den Behandelnden auf die Wünsche bzw. Bedürfnisse der Patient_innen zurückgeführt. Sie schreiben den Patient_innen einen Redebedarf zu, der durch die Behandelnden bedient werden sollte.

Borchardt_Krankenpflegekraft 24

„Also eine gute Behandlung, sieht für mich so aus, dass ich mir Zeit nehmen kann, Zeit habe und eine schlechte ist für mich auch einfach, wenn es alles nur Hopplahopp ist, weil man eben wirklich zusehen muss, dass man bis dann und dann hier fertig ist mit allen, ja, und eine gute ist einfach, wenn ich Zeit habe, wenn ich mir Zeit nehmen kann, wenn ich auch mal einfach nur reden kann mit Patienten und nicht sagen muss: ‚Oh, tut mir leid, ich muss schon wieder weiter.‘ Das ist für mich eine gute Behandlung, weil hier haben viele Redebedarf auch einfach nur.“

Zusammengenommen ist ein Teil des Versorgungsanspruchs in der sozialen Dimension dadurch gekennzeichnet, dass über die Kommunikation zwischen den Behandelnden und den Patient_innen ein Gefühl der Sicherheit aufseiten der Patient_innen geschaffen und erhalten werden soll. Dieses Sicherheitsgefühl schafft eine Voraussetzung zur Beteiligung der Patient_innen an der Behandlung. In der Kommunikation mit den Patient_innen spielen die Modi, wie die Inhalte und Informationen vermittelt werden, eine besondere Rolle. Geht es um die Vermittlung von sachlichen Inhalten, soll eine offene und ehrliche Kommunikation geführt werden. Unwahrheiten von Seiten der Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen sind jedoch dann zulässig, wenn durch ehrliche Aussagen Verunsicherungen bei den Patient_innen hervorgerufen werden könnten. Darüber hinaus wird deutlich, dass

zwar die Vermittlung von fachlichen Informationen wichtig ist, dennoch steht vielmehr die Schaffung eines Sicherheitsgefühls auch über Smalltalk mit den Patient_innen im Vordergrund und soll bereits bei der Einweisung forciert umgesetzt werden. Wesentliche Voraussetzung für die Kommunikation ist die Fähigkeit der Behandelnden, sich auf die Patient_innen einstellen zu können. Insgesamt erscheint dieser Teil der sozialen Dimension einer berufsspezifischen Orientierung zu folgen, da sich der Anspruch allein an der Versorgung der Patient_innen ausrichtet. Betriebswirtschaftliche Kalküle spielen hierbei keine Rolle.

Kommunikation mit den Angehörigen

In den Interviews mit den Behandelnden wird der Stellenwert der Angehörigengespräche in der geriatrischen Versorgung immer wieder betont. Besonders deutlich wird dies in dem Interviewauszug von Frau Bartel. Sie sieht das Gespräch mit den Angehörigen zwar als herausfordernd an, ist zugleich aber bereit, bspw. mit den berufstätigen Angehörigen am Abend in ihrer Spätschicht zu sprechen (Bartel_Ärztin 27, S. 109).

Die Angehörigen mit in die Versorgung der geriatrischen Patient_innen einzu beziehen, geht auf dem Umstand der potenziell sehr umfassenden Veränderungen zurück, die mit einer Einweisung und Versorgung in der Geriatrie verbunden sind. Insbesondere dann, wenn nach dem stationären Geriatrieaufenthalt eine selbstständige Lebensführung der Patient_innen nicht mehr möglich ist und eine pflegerische Versorgung durch Dritte notwendig wird. Derartige Veränderungen betreffen dann nicht nur die Patient_innen, sondern verlangen oftmals ein erhebliches Engagement von den Angehörigen. Zugleich gehen diese Veränderungen bei den Angehörigen mit hohen emotionalen Belastungen einher, was dazu führt, dass sich eine Krankenpflegekraft auch in der Verantwortung sieht, eine gute ZuhörerIn sein zu müssen (vgl. Peters_Krankenpflegekraft 86, S. 109).

Besonders schwer wird aus Sicht der Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen diese Situation für die Angehörigen dann, wenn sich diese mit einer möglichen Pflegebedürftigkeit ihrer erkrankten Familienmitglieder noch nicht auseinandergesetzt haben (vgl. auch Anhang Siegert_Arzt 47, S. 179; Anhang Jobst_Krankenpflegekraft 23b, S. 179). Dieser Umstand macht die Angehörigengespräche zu einem zentralen Bestandteil der sozialen Dimension des Versorgungsanspruchs.

Bartel_Ärztin 27

„Mir ist zum Beispiel wichtig, dass ich auch viel mit den Angehörigen im Gespräch bin. Das ist natürlich zeitaufwendig, die Leute kommen aber auch erst oft um vier nach Feierabend, kommen dann später, dann nutze ich gerne so einen Tag wie heute, wo ich Spätdienst hab und einfach sagen kann: ‚Kommen Sie um sechs, ist mir egal, ich bin eh hier, kann sein, dass Sie warten müssen, weil ich jetzt ein Notfall habe.‘ Bei uns bedeutet der

Krankenhausaufenthalt ganz oft, dass sich die Lebensumstände komplett verändern. Das betrifft alle, das betrifft nicht nur den Menschen, der hier bei uns stationär ist, der möglicherweise jetzt ins Pflegeheim muss und in die Kurzzeitpflege oder eben nicht mehr nach Hause kann. Es betrifft auch die Angehörigen, die möglicherweise mehr eingebunden werden. Das ist so eine Veränderung so, das ist so die letzte große Veränderung und das ist oft für alle schmerzhaft, das auch zu akzeptieren und zu begreifen. Und ich finde es ganz wichtig, dass man da alle ins Boot holt und mit allen gut darüber spricht. Weil viele Kinder, [...] die ignorieren das, bis die hier sind und sagen so ungefähr: ‚Ja und jetzt?‘ Dann sage ich: ‚Ja, ich meine das kommt jetzt nicht überraschend, dass ihr Vater 90 ist und das man vielleicht mal daran denkt, dass der auch vielleicht mal nicht mehr im siebten Stock hochlaufen kann.‘“

Peters_Krankenpflegekraft 86

„Ja, schon, die haben halt Sorgen, die haben Angst, die kümmern sich dann um die weitere Betreuung, die Patienten sind auch traurig, die können nicht mehr nach Hause, sie müssen ins Altenheim, also alles verlassen, da kommen die Gespräche von Angehörigen und Patienten oft auch auf uns zu, deswegen sage ich, wir sind auch ganz gute Zuhörer, aber müssen wir sein, das ist wichtig. Ja.“

Wenngleich das Gespräch mit den Angehörigen in seiner Bedeutung betont wird, wird gleichzeitig problematisiert, dass mehrere Angehörige *eines* Patienten oder *einer* Patientin an die Behandelnden herantreten und Informationen verlangen. Durch einen Austausch unter den Familienangehörigen könnten die entsprechenden Informationen ohne wiederholte Anfrage an die Krankenpfleger_innen und die Ärzt_innen ausgetauscht werden. Bemerkenswert ist, dass, obwohl diese Situation von der Krankenpflegekraft bemängelt wird, trotzdem die Versorgungssituation den Angehörigen auch wiederholt dargestellt wird. Dies unterstreicht nochmals die große Bedeutung der Angehörigengespräche sowohl für die Ärzt_innen als auch für die Krankenpflegekräfte (vgl. Borchardt_Krankenpflegekraft 68a, S. 110).

Borchardt_Krankenpflegekraft 68a

„Gut, man hat auch mal Angehörige dabei, die vielleicht ein bisschen, ach wie soll ich es sagen, [...] vielleicht in der Familie untereinander nicht sprechen. Dann kommt morgens die Tochter, mittags der Bruder, am späteren Nachmittag nochmal die jüngere Tochter, wo man dann sagt: ‚Moment, ich hab doch gerade mit Ihrem Bruder, Ihrer Schwester gesprochen, reden Sie nicht untereinander?‘ - ‚Nee, nicht so häufig.‘ - ‚Tja, dann sollten Sie das jetzt mal in Angriff nehmen, weil ich kann jetzt nicht jedem fünf Mal das Gleiche erzählen.‘ Und das sagen unsere Ärzte halt auch. [...] Und das, was man auch irgendwann verstehen kann, weil die sollten untereinander vielleicht auch ein bisschen kommunizieren. Ja, wäre schön. Ja, wir hatten auch schon Enkel, es zieht sich durch die ganze Familie einfach

durch: ‚Heute Morgen war Ihre Mutter da‘ ‚Ich hab noch nicht mit ihr gesprochen.‘ ‚Wäre schön, wenn Sie mal eben ein kleines Update geben könnten.‘ ‚Okay‘ ((einatmend)) Man macht es halt dann doch, natürlich. Ich sach jetzt nicht: ‚Nee, die weiß Bescheid, sprechen Sie mit ihr.‘ Dann gibt es dann nochmal die [...] Kurzform.“

Die Angehörigen richten sich u.a. mit Fragen an die Behandelnden, die über die geriatrische Versorgung im Krankenhaus hinausgehen, sich also auf die Zeit nach dem Aufenthalt in der Geriatrie beziehen. Und obwohl die organisatorische Seite der nachgelagerten Versorgung z.T. bei anderen Berufsgruppen wie dem Sozialdienst gesehen wird, geben die Behandelnden ihre Einschätzungen darüber, ob und wie bspw. eine familiäre Versorgung zu bewältigen ist (vgl. Borchardt_Krankenpflegekraft 68b, S. 111). Über diese Einschätzungen wird ein Teil der fachlichen Dimension des Versorgungsanspruchs durch die Krankenpflegekraft Rechnung getragen. Durch die Angehörigengespräche kann die Versorgungssituation der Patient_innen nach ihrem Geriatrieaufenthalt eingeschätzt und wenn nötig, entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden.

Der Einbezug von Angehörigen in die Versorgung ist mit einem bestimmten zeitlichen Aufwand verbunden, um bspw. die Versorgung nach dem Geriatrieaufenthalt zu gestalten. Daher spielt die verfügbare Zeit nicht nur in die Versorgung der Patient_innen selbst, sondern auch bei den Angehörigengesprächen mit hinein (vgl. Borchardt_Krankenpflegekraft 68a, S. 111).

Borchardt_Krankenpflegekraft 68b

„Angehörigengespräche führen wir natürlich auch, die Angehörigen kommen und haben Fragen, da nehme ich mir eigentlich fast genauso viel Zeit wie für den Patienten, wenn die jetzt wirklich Fragen haben: ‚Wie es mit meiner Mutter, meinem Vater weitergehen soll, was soll ich machen, glauben Sie, wir schaffen das zu Hause, glauben Sie, das wir das nicht schaffen?‘ Aber dann sage ich auch ganz ehrlich meine Antwort, dass, wie gesagt, für zu Hause, es kommt auf den Patienten an, wenn ich irgendeinen wirklich extremsten Pflegefall da liegen habe, das sage ich auch schon, dass das zu Hause sehr schwierig wird, man sehr viel Kraft braucht. Und wenn es nur um jetzt so Haushaltssachen geht, natürlich können Sie das zu Hause machen, lassen Sie halt Ihre Mutter zu Hause. Also da sind wir hier doch ehrlich schon mit den Angehörigen auch. (...) Also wir jetzt können denen halt nur Vorschläge machen, (...) das Meiste regeln die eigentlich mit dem Sozialdienst oder mit dem Entlass-Management.“

Für die Behandelnden sind die Gespräche mit den Angehörigen darüber hinaus für die medizinische-pflegerische Versorgung notwendig, insbesondere dann, wenn sich die Patient_innen selbst nicht mehr oder nur schlecht mitteilen können. Hervorzuheben ist die Berücksichtigung auch kleinerer Informationen, die zum Wohlbefinden der Patient_innen während des Aufenthalts auf Station eingesetzt werden

können. Jedoch könnten die Ärzt_innen und die Krankenpfleger_innen zu diesem Zeitpunkt nur selten auf die Angehörigen als Kommunikationspartner_innen zurückgreifen, um von ihnen weitere Informationen über die Patient_innen zu erhalten (vgl. Siegert_Arzt 39, S. 86).

Gesprächsbedarf mit den Angehörigen besteht meist dann, wenn die ärztlichen Handlungsoptionen mit denen der Angehörigen und denen der Patient_innen abgestimmt werden müssen: Die Erwartungen der Angehörigen (und der Patient_innen) an die Versorgung werden in diesen Gesprächen geklärt. Die Ärzt_innen brauchen also auch Informationen darüber, wie die Versorgung an bestimmten Punkten des Krankheitsverlaufs und der Behandlung gestaltet werden soll. Die Kommunikation wird demnach auf Seiten der Ärzt_innen dazu eingesetzt, um in Fällen wie Notsituationen die Sicherheit zu haben, einer „klare[n] Linie“ (Haas_Arzt 20a, S. 112) in der weiteren Versorgung folgen zu können. Aufseiten der Angehörigen wird über die Kommunikation Klarheit und Sicherheit darüber geschaffen, wie die Versorgung gestaltet werden kann und welche Optionen bestehen, sodass die Angehörigen hinter der Versorgung stehen (vgl. Scheitor_Ärztin 48, S. 112).

Haas_Arzt 20a

„Und wir müssen [...] mit Angehörigen vor allen Dingen dann auch Kontakt aufnehmen, wenn es den Patienten schlechter geht und wir irgendwo auch wissen müssen, was wird denn eigentlich noch erwartet. [...] Bei den Alten liegt das in der Natur der Sache, dass wir da auch eine klare Linie dann haben hinsichtlich der Therapiewünsche, die eventuell auf die Klinik dann auch zukommen und das ist wichtig auch für den Bereitschaftsdienst der Ärzte, die eventuell bei Notfallsituationen dann auf einen Blick sehen müssen, was ist eigentlich von den Angehörigen, von den Patienten selbst natürlich auch, was wird dann noch erwartet. Weil manchmal geht es dann auch um eine adäquate Schmerzmittelversorgung und letztlich auch um eine Palliativsituation, das ist [...] längst nicht bei allen natürlich der Fall, aber durchaus in der Geriatrie natürlich gehäuft.“

Scheitor_Ärztin 48

„Also ich versuche eigentlich immer da zu sein. Ich versuche mir auch immer Zeit zu nehmen, auch wenn ich gerade hundert andere Sachen gerade zu tun habe, weil die halt natürlich extrem wichtig sind. Dass man die eben hinter sich hat, also dass man im Prinzip einfach so ein harmonisches Miteinander hat. Das ist halt total wichtig und dafür ist es halt wichtig, dass man auch die Angehörigen ernst nimmt und nicht vorm Kopf stößt, sondern sich dann auch wirklich die Zeit nimmt und auf die Fragen eingeht. Das ist mal ((langgezogen)) recht schnell getan, mal ist es schwierig. Manchmal sind die Patienten und auch die Angehörigen dankbar, manchmal sind sie auch vorwurfsvoll. Aber es ist schon wichtig, dass man sich auf jeden Fall die Zeit nimmt und dann eben darlegt, was ist das Problem aus unserer Sicht, was haben wir noch vor, was haben wir schon gemacht,

wie können wir ihnen Hilfe zur Seite stellen zum Beispiel durch den Sozialdienst. Und eben dann auch so einen Weg aufzeigen, in die Richtung kann es gehen, dann müssen wir aber noch das und das und das für machen. Das sind so die Angehörigengespräche.“

Tauschen sich die Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen mit den Angehörigen nur unzureichend über die Behandlungsmöglichkeiten und über die Bedürfnisse bzw. Wünsche aus, führt dies zu Problemen in der Versorgungsplanung für den weiteren Geriatrieaufenthalt und die Zeit danach. Im Interview Siegert_Arzt 43 (S. 113) werden die Folgen einer unzureichenden Kommunikation zwischen den Behandelnden und den Angehörigen (aber auch unter den Angehörigen und der Patientin selbst) exemplarisch deutlich. Im Vorfeld der Behandlungsplanung wurden die Behandlungsziele und damit die Situation nach dem Geriatrieaufenthalt mit der Patientin besprochen. Die Angehörigen waren an dieser Stelle nicht mit einbezogen. Erst kurz vor der Entlassung suchten die Angehörigen aktiv den Kontakt zu den behandelnden Ärzt_innen, wo sie dann erst über den Verlauf der bisherigen Versorgung informiert wurden und schließlich die Ärzt_innen über ihre Versorgungsvorstellungen informierten. Die medizinischen Vorstellungen, wie die Versorgung der Patientin nach dem Geriatrieaufenthalt zu gestalten ist, wichen jedoch von den Wünschen und Vorstellungen der Angehörigen ab. Zusammengenommen führte diese unzulängliche Kommunikation mit den Angehörigen zu einer Frustration bei den Beteiligten, die schließlich zu Lasten einer ganzheitlichen Patientenversorgung ging. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass eine gute Kommunikation eine Voraussetzung ist, um die ganzheitliche Versorgung auch im Hinblick auf die Zeit nach dem Geriatrieaufenthalt sicherzustellen.

Siegert_Arzt 43

„Ja, doch, also da war [...] eine Patientin, [...] also hatte einen Schlaganfall und letztendlich war so wirklich der Wunsch der Angehörigen, also dass die Oma [...] wieder nach Hause kommt in die eigene Wohnung. Es war aber der zweite Schlaganfall und [...] die ersten zwei Wochen lag sie fast nur im Bett und ganz apathisch. Und dann so langsam ist sie mal son bisschen auf dem Flur gegangen. Aber es ging nur ganz langsam und zäh voran. Und dann hatten wir (...) letztendlich dann vereinbart, dass sie in die Kurzzeitpflege geht. Und dann einen Tag vor der Entlassung kam die Tochter vorbei und hat dann letztendlich rumgeschimpft und mich auch beschimpft und gesagt: ‚Wie kann denn das sein, wir wollten eigentlich doch noch, dass sie ne Reha bekommt und dass sie dann wieder nach Hause geht.‘ Aber letztendlich, war das völlig unrealistisch, ne, dass eben eine sehr alte, schwer kranke Patientin eben wieder allein in der Wohnung zurechtkommt, die kaum sehen kann, die sich nicht alleine anziehen kann. Und das ist einfach so, ein Pflegedienst, wenn die kommen, die kommen drei Mal am Tag und [...] die sind dann vielleicht 60 Minuten am Tag maximal da und dazwischen sind 23 Stunden, wo jemand ganz allein ist.

Die sich nicht helfen kann, die nicht allein aufstehen kann. Und das geht einfach nicht und das sind dann so Sachen, wo es irgendwie schlecht gelaufen ist, wo denn auch alle so frustriert sind.“

Dass ein unzureichender Austausch von Informationen zwischen den Ärzt_innen und Pflegekräften und den Angehörigen nicht nur zu Frustrationen führen, sondern auch erhebliche Unsicherheiten bei den Behandelnden auslösen kann, wird in Jobst_Krankenpflegekraft 48 (S. 114) deutlich. Ausgangspunkt war das Versterben einer Patientin in der Nacht. Für diesen Fall war ungeklärt, ob und wie mit den Angehörigen Kontakt aufgenommen werden sollte – die Erwartungen der Angehörigen waren den behandelnden Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen für diese Situation nicht bekannt. Die Entscheidung, die Familienangehörigen erst am Morgen zu informieren, löste erhebliches Unbehagen bei den Pflegekräften des Nachtdienstes und denen des Frühdienstes aus. Diese Unsicherheit führte zu Überlegungen, einen Ausweg in einer verfälschten Darstellung der Geschehnisse zu suchen. Dieses Vorgehen wurde jedoch verworfen, weil die Unwahrheit durch den Todeszeitpunkt auf dem Totenschein aufgedeckt worden wäre. Zusammengenommen herrschten unter den Behandelnden erhebliche Unsicherheiten beim Vorgehen, unabhängig davon wie die Angehörigen schließlich selbst die Situation erlebt haben. In diesem beschriebenen Fall haben die Angehörigen es sogar begrüßt, wie die Krankenpfleger_innen letztlich verfahren sind.

Jobst_Krankenpfelgekraft 48

„Also es ist schon ganz lange her. Also eine Patientin ist bei uns gestorben [...] sie ist nachts gestorben. Und der Kollege hatte die Angehörigen nicht angerufen, die aber auch unklar geblieben waren, ob sie jederzeit angerufen werden wollen oder erst am Morgen oder sowas. Kann man ja schon mal fragen. Und wir haben ganz heftig an diesem Morgen diskutiert, also noch im Dienstzimmer, ob das richtig war, nicht anzurufen oder, was wir denen jetzt sagen sollen am Telefon, ob ich jetzt sage: ‚Gerade ist Ihre Mutter verstorben, so oder vor kurzem ist ihre Mutter verstorben.‘ Aber sie müssen ja eine Todeszeit angeben, auf den ganzen Scheinen oder sozusagen bei der Wahrheit bleiben. Also wie auch immer und während wir fanden, dass es gar keine gute Sache war, [...] jemand hat den Angehörigen nicht rechtzeitig Bescheid gesagt, fanden die Angehörigen es total gut, also die waren total zufrieden, immerhin wussten wir, dass die Patientin nicht religiös war und wir haben auch kein Kreuz hingestellt, sondern wir haben ein Efeu als Immergrün und eine Rose / und das fanden die so toll und haben einen Brief an die Geschäftsführung geschrieben, dass sie total zufrieden waren.“

Die Krankenpfleger_innen und die Ärzt_innen zielen mit den Angehörigengesprächen auf einen Austausch von Informationen über Behandlungsmöglichkeiten und Versorgungsoptionen von Seiten der Behandelnden selbst und auf einen Austausch

über die Erwartungen und Ansprüche der Angehörigen. Die Kommunikation mit den Angehörigen kann sich jedoch auch dahin entwickeln, dass die Angehörigen ihren Unmut über das Maß des Informationsaustausches hinaus äußern oder eine seelische Unterstützung zur Bewältigung der Situation benötigen. In solchen Situationen wird das Gespräch auf einen späteren Zeitpunkt verlegt, wodurch auf der einen Seite den Angehörigen die Möglichkeit gegeben wird, sich wieder zu beruhigen und die Situation für sich zu reflektieren. Auf der anderen Seite haben die Krankenpfleger_innen die Möglichkeit, die benötigten zeitlichen Ressourcen zu schaffen, um sich eingehend mit den Bedürfnissen der Angehörigen auseinanderzusetzen zu können.

Die Behandelnden treten aber auch aus der Kommunikation heraus, wenn eine Informationsgewinnung oder die Schaffung von Sicherheit nicht mehr Ziel der Kommunikation ist. Dann werden bspw. von den Krankenpfleger_innen entweder andere Personen wie Ärzt_innen, besonders Chef- und Oberärzt_innen, hinzugezogen, mit denen ein höherer Status verbunden ist, wodurch das Kommunikationsverhalten der Angehörigen beeinflusst werden soll. Oder es können Personen z.B. aus der Seelsorge für die Kommunikation eingesetzt werden, die einen anderen Zugang zu den Angehörigen haben und auf die individuellen Bedarfe der Angehörigen eingehen können (vgl. Jobst_Krankenpflegekraft 23-27, S. 115).

Hieraus geht eine inhaltliche Konzentration der Kommunikation zwischen Ärzt_innen bzw. Krankenpfleger_innen und den Angehörigen hervor, die die Versorgung und Behandlung der Patient_innen während des stationären Aufenthalts und nach der Entlassung direkt betreffen. Damit wird das Verständnis von einer ganzheitlichen Versorgung nachgekommen. Für Inhalte, die darüber hinausgehen, wird von den Behandelnden versucht, die Kommunikation zu verlagern.

Jobst_Krankenpflegekraft 23-27

Jobst: „Da auch selbst immer angemessen zu bleiben und sich nicht vereinnahmen zu lassen, weil das sind manchmal wie so Krakenarme, die alle was von Ihnen wollen, ja.“

Interviewerin: „Wie machen Sie das?“

Jobst: „Ach manchmal gelingt es mir auch nicht gut, also manchmal ja, aber ich denke manchmal ist es / es ist schon immer für mich leichter, weil wenn die Kollegen in Stress kommen mit den Angehörigen, dann sagen die schon mal: ‚Ich hole mal unsere Leitung‘ und ich hole manchmal den Oberarzt, also sozusagen die nächste Instanz, die was hermacht, weil [...] dann gibt eben ihr Amt eine gewisse Autorität. Das muss man dann manchmal nutzen. Sie machen mit denen einen Termin, dass die ein bisschen aus der Situation herauskommen, also sie sagen dann: ‚Kommen Sie heute Mittag mal, nach halb zwei oder so.‘ Aber es ist nicht immer so ganz leicht, finde ich, ja. [...] Hilfreich finde ich auch [...], wir haben natürlich Seelsorge im Angebot und das ist natürlich nicht nur Sakramentenspendung,

sondern das sind natürlich auch Gespräche. Und die sind natürlich auch für Angehörige gut, aber die können nicht zu jeder Tochter sagen: ‚Passen Sie mal auf, ich glaube, Sie brauchen mal ein bisschen Seelsorge.‘ Das ist ganz schlecht natürlich, aber da können Sie ein bisschen taktisch sein. Also der kommt dann schon mal, wenn die Tochter da ist und sagt ‚Hallo, ich bins‘, manchmal geht das auch, aber auch nicht immer.“

Auf Grundlage der vorangegangenen Ausführungen zur Kommunikation mit den Angehörigen wird ersichtlich, dass mit der Kommunikation zwischen den Behandelnden und den Angehörigen in erster Linie Informationen zu den Patient_innen und deren Versorgung ausgetauscht werden. Ähnlich wie bei der Kommunikation mit den Patient_innen und unter den Behandelnden besteht der Anspruch darin, Sicherheiten sowohl auf Seiten der Angehörigen als auch auf Seiten der Behandelnden zu schaffen. Demnach wird die Kommunikation dazu genutzt, um Wünsche der Angehörigen und Patient_innen in die Behandlung einfließen zu lassen (z.B. bei der Mobilisation) und in schwierigen Situationen, etwa beim Versterben der Angehörigen, handeln zu können. Zum anderen wird die Kommunikation dazu eingesetzt, um Sicherheit bei den Angehörigen, z.B. über den weiteren Verlauf von Behandlungen und über die Erfolgsaussichten herzustellen. Darüber hinaus bildet die Kommunikation eine Grundlage, um eine ganzheitliche Versorgung sicherzustellen, indem die Angehörigen in die der Geriatrie nachgelagerten Versorgung eingebunden werden können. Ähnlich wie bei der Kommunikation mit den Patient_innen ist die Kommunikation mit den Angehörigen auf die Patientenversorgung ausgerichtet. Demnach kann von einer berufsspezifischen Orientierung ausgegangen werden, die nur durch den Anspruch, Verluste zu vermeiden bzw. Gewinne zu erzielen, überlagert ist.

5.1.3 Zwischenfazit I – berufsspezifischer Versorgungsanspruch

Die umfassende Darstellung der zentralen Versorgungsansprüche der Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen dient als Grundlage dazu, anhand unterschiedlicher Aspekte die Frage nach den bestehenden Versorgungsansprüchen in der neuen Normalität zu klären.

Zunächst zeigt sich eine Sicht der Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen auf die geriatrische Versorgung, die die von der Europäischen Union der medizinischen Spezialisten festgelegten Charakteristika der Geriatrie widerspiegeln. Zum einen orientiert sich die Versorgung nicht nur an körperlichen und geistigen Aspekten der Gesundheit bzw. der Erkrankung, sondern auch an den funktionalen und sozialen Aspekten. Zum anderen sind die Versorgungsleistungen vielseitig und umfassen neben der Versorgung von akuten Erkrankungen (früh-)rehabilitative Konzepte.

Darüber hinaus gehen soziale, den persönlichen Hintergrund betreffende Ansprüche in die Versorgung ein.

Der Versorgungsanspruch von Ärzt_innen und Krankenpflegekräften kann in zwei Dimensionen unterschieden werden: fachliche Dimension und soziale Dimension. Die Grundlage des Anspruchs der fachlichen Dimension besteht in der Orientierung an einer ganzheitlichen Versorgung. Neben der Akutversorgung zielen die Behandelnden auf eine möglichst weitgehende Mobilisation und auf die Sicherstellung der Versorgung nach dem Geriatrieaufenthalt bzw. nach der Entlassung. Um diese Dimensionen umsetzen zu können, wird eine fachliche Kompetenz bei den Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen vorausgesetzt. Die fachliche Kompetenz in der geriatrischen Versorgung ist durch ein breit angelegtes Wissen gekennzeichnet; breit angelegt, um der Multimorbidität der Patient_innen gerecht zu werden. Im Vergleich zwischen den Ärzt_innen den Krankenpflegekräften stellt sich heraus, dass die fachliche Dimension von den Ärzt_innen stärker thematisiert worden ist. Zu vermuten ist, dass die stärkere Thematisierung von fachlich-medizinischen Aspekten Unterschiede in den beruflichen Selbstverständnissen widerspiegeln. So spielt Expertenwissen über einen Bereich des menschlichen Lebens eine große Rolle in der medizinischen (Aus-)Bildung, was das weitere Verständnis von der eigenen beruflichen Tätigkeit prägt.

Es zeigt sich zusammenfassend, dass in der fachlichen Dimension ein starker Bezug auf die Patient_innen vorherrscht, daher ist von einer berufsspezifischen Orientierung auszugehen. Dennoch werden z.B. mit der Durchführung von Teamsitzungen Fälle deutlich, in denen eine ökonomische Orientierung eine Rolle spielt. Diese können in den Interviews jedoch nicht als vordergründig identifiziert werden.

Im Zentrum der sozialen Dimension des Versorgungsanspruchs steht die Kommunikation mit den Patient_innen und mit deren Angehörigen. Bereits im dritten Kapitel wird die Bedeutung der Kommunikation für die Krankenpfleger_innen und für die Arzt-Patienten-Beziehung in der stationären Versorgung im Allgemeinen deutlich. Die Voraussetzung für diese Dimension einer guten Versorgung liegt in der Fähigkeit der Behandelnden, sich auf die Patient_innen (empathisch) einstellen und einen passenden Modus für die Weitergabe verschiedener Informationen wählen zu können. Der Versorgungsanspruch, der mit der Kommunikation verfolgt wird, ist es, Sicherheiten zu schaffen. Sicherheit zum einen, dass alle wesentlichen Informationen vorliegen, auf deren Grundlage die geriatrische Versorgung geplant und durchgeführt wird. Sicherheit zum anderen, dass die Patient_innen sich auf den Stationen gut aufgehoben und versorgt wissen. Bezugnehmend auf Badura (1994) unterstützt die Kommunikation auch das Vertrauensverhältnis zwischen den Be-

handelnden und den Patient_innen, indem durch die Kommunikation Ungewissheiten und seelische Belastungen abgebaut werden können sowie den emotionalen und sozialen Bedürfnissen der Patient_innen nachgekommen wird.

Bei der Umsetzung der Kommunikation wird die Vorstellung von einer ganzheitlichen Versorgung gleichermaßen bedient. Beispielsweise spielt für die Sicherstellung der weitergehenden Versorgung nach dem Aufenthalt in der Geriatrie die Kommunikation mit den Therapeuten und mit den Angehörigen der Patient_innen eine Rolle. Weiterhin bildet die Kommunikation, in der Informationen über die Patient_innen oder deren Erkrankungen und Krankheitsgeschichte vermittelt werden, einen wichtigen Bestandteil der ganzheitlichen Versorgung. Sie ist für eine medizinisch-pflegerische und auch mobilisierende Versorgung durch die Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen (sowie durch die Therapeut_innen) von Bedeutung, weil dadurch Möglichkeiten und Grenzen, die außerhalb der physiologischen Fähigkeiten der Patient_innen liegen, abgesteckt werden können.

Bezugnehmend auf die erste gestellte Frage kann auch bei der sozialen Dimension von einem berufsspezifischen Versorgungsanspruch ausgegangen werden. Dies lässt die Vermutung zu, dass eine Divergenz unterschiedlicher Orientierungen in der geriatrischen Versorgung besteht. Auch die Hinweise auf eine neue Normalität, in der weiterhin divergente Ansprüche vorherrschen, verstärken sich in dieser Dimension, weil eine deutliche Patientenorientierung vorliegt.

5.2 Wahrgenommene Ökonomisierung

In diesem Kapitel wird zum einen in Ergänzung zum vorangegangenen Abschnitt weiterhin der Frage nachgegangen, ob es in der neuen Normalität weiterhin divergierende Versorgungsansprüche gibt. Zum anderen wird dargestellt, wie betriebswirtschaftliche Orientierungen von den Ärzt_innen und von den Krankenpflegekräften wahrgenommen werden. In diesem Zusammenhang soll herausgearbeitet werden, wie die Behandelnden dadurch ihr Versorgungshandeln beeinflusst sehen.

Ökonomische Ansprüche sind gegenüber den berufsspezifischen Ansprüchen nicht auf die Patient_innen ausgerichtet. Sie zeichnen sich durch eine Orientierung an betriebswirtschaftlichen Kriterien aus: Abrechnung von Leistungen als geriatrische Versorgungsleistungen und Einsparen von Ressourcen. Fälle, in denen ökonomische Ansprüche anhand des Datenmaterials rekonstruiert werden können, liegen bei der Finanzierung von Versorgungsleistungen und bei der Personalausstattung der geriatrischen Stationen vor.

5.2.1 Abrechnung von Versorgungsleistungen

Betriebswirtschaftliche Ansprüche an die geriatrische Versorgung, die auf das Abrechnen von Leistungen zurückzuführen sind, werden von den Ärzt_innen bereits bei der Einweisung der Patient_innen wahrgenommen. In diesem Zusammenhang wird die Akutgeriatrie als „letzte Wiese“ (Ehlers_Ärztin 268-278, S. 119) für die Patient_innen beschrieben; oft waren die Patient_innen bereits in anderen Krankenhäusern, auf anderen Stationen oder in einer anderen medizinischen Versorgung. Eine umfassende Versorgung von geriatrischen Patient_innen sei dort im betriebswirtschaftlichen Sinn als wenig lukrativ angesehen worden. Sofern die Patient_innen von dort aus nicht direkt in die Geriatrie überwiesen worden sind, würden sie zunächst wieder nach Hause entlassen werden und erst von dort aus in die geriatrische Versorgung kommen.

Damit wird die Akutgeriatrie gegenüber anderen Fachabteilungen abgegrenzt, da hier Patient_innen versorgt werden, die „kein Geld bringen“ (Ehlers_Ärztin 268-278, S. 119). Das „Problem“ (Ehlers_Ärztin 268-278, S. 119) der anderen Stationen, wonach die Patient_innen trotz vorheriger Versorgung noch nicht genesen bzw. mobilisiert sind und der zeitliche, finanzielle Rahmen schnell ausgeschöpft ist, wird auf die geriatrische Fachabteilung übertragen. Dies verweist auf eine Versorgungssituation, die von den Behandelnden finanziell als wenig gewinnbringend eingeschätzt wird. Es liegt nahe, dass hierdurch der Druck vom Management noch höher ausfällt, Leistungen als geriatrische Leistungen abrechnen und die Liegezeiten vornehmlich an der unteren Grenzverweildauer einhalten zu können.

Ehlers_Ärztin 268-278

Ehlers: „Ja, wir werden ja eigentlich dann eingeschaltet, wenn kein anderer mehr möchte, muss man einfach sagen. Wenn die Liegedauer ausgeschöpft ist, wenn die Kuh gemolken ist, dann kriegen wir die Patienten, und dementsprechend haben wir dann das Problem. [...] Wir sind die, ja, die letzte Wiese. Hier kommt wirklich das an, was sonst niemand mehr nimmt und nehmen möchte. Also zum Beispiel, ich habe jetzt gerade einen Patienten gehabt, der ist gestürzt zu Hause und multimorbid, war gestern in einem anderen Krankenhaus [...], da ist die Wunde versorgt worden und ist dann wieder nach Hause geschickt worden. Und jetzt habe ich ihn. Ja. Also das ist ein typisches Beispiel. Patient wird ambulant versorgt und es ist egal, wie er versorgt ist oder nicht, Hauptsache er ist nicht in dem Haus, weil klar ist, mit dem können wir so nichts / genau, er bringt kein Geld ein, er hat sich nichts gebrochen, er hat sonst nichts Dramatisches, aber ja dass der eigentlich unterversorgt ist und ständig fällt und wie auch immer, dass man mal nachgucken muss oder so, wird halt nicht gesehen.“

Interviewerin: „Und dann kommen Sie ins Spiel.“

Ehlers: „Genau, und dafür hatte ich nur 14 Tage Zeit.“

Die Versorgung von geriatrischen Patient_innen unterliegt auf der Station von Frau Ehlers einem Zeitkonzept, das vom Träger vorgegeben wird (Ehlers_Ärztin 97, S. 122). Nach diesem Konzept erhalten die Patient_innen innerhalb der vorgegebenen Liegezeit eine festgelegte Anzahl an Therapieeinheiten. Hierdurch wird ein Versorgungsanspruch deutlich, der sich nicht an den Patient_innen ausrichtet, sondern an den Möglichkeiten, Versorgungsleistungen abzurechnen. Im Vergleich zu den Interviews mit den Beschäftigten anderer Krankenhäuser wird hier wiederholt auf den privaten Träger Bezug genommen, der scheinbar ein stärkeres Interesse daran hat, dass dieses Zeitkonzept von den Behandelnden eingehalten wird.

Ehlers_Ärztin 97

„Ja, oder Patienten sind halt zu krank noch, also wo einfach die Zeit fehlt, wo ich einfach sagen muss, dass wir da ein rigides Zeitkonzept aufgedrückt bekommen haben über den Träger. Nein, also wir haben ein enges Zeitkonzept bekommen. Es ist ja so, es ist ein straffes Zeitkonzept, an das wir uns halten müssen und [...] wie noch vor zwei Jahren oder vor drei Jahren, die Freiheiten, die man hatte, wo man wirklich einen Patienten solange im Krankenhaus behandelt hat, bis er so mobil war, dass wir gesagt haben, er kann jetzt gehen. [...] Drei oder vier Wochen waren ja durchaus ja teilweise an der Tagesordnung, das gibt es nicht mehr.“

Das Zeitkonzept zur Versorgung von Patient_innen muss von den Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen eingehalten werden. Jedoch sei dies in der praktischen Umsetzung nicht immer möglich. Beispielsweise stände dem vorgesehenen Versorgungszeitrahmen die große Anzahl an durchzuführenden Therapieeinheiten entgegen. Durch die Einweisung am Nachmittag, durch Feiertage oder durch Komplikationen könnten nicht alle Therapieeinheiten in der vorgesehenen Zeit durchgeführt werden, wodurch sich die Liegezeit der Patient_innen verlängern müsse (Ehlers_Ärztin 162, S. 121).

Die Einhaltung des vorgegebenen Konzepts wird kontrolliert und die verantwortlichen Ärzt_innen werden, sofern eine Überschreitung der zeitlichen Vorgaben vorliegt, persönlich zur Rechenschaft gezogen. Die Ursache, warum die Patient_innen letztlich länger als vorgegeben auf der Station bleiben, wird vom Träger bei den Behandelnden nicht hinterfragt: Unabhängig, ob die längere Liegedauer medizinisch begründet werden kann, führt sie zu einem finanziellen Regress der Station (vgl. Müller_Krankenpflegekraft 156, S. 121). Darüber hinaus wird eine längere Liegezeit vom Träger nicht anerkannt, um die Versorgung solange sicherzustellen, bis etwa ein Platz in einer Rehabilitationseinrichtung oder eine Übergangspflege verfügbar ist. Die Versorgung muss dann privat in familiären Kontexten sichergestellt werden, weil die „sozialen Maschen“ (Ehlers_Ärztin 105, S. 122) in der Geriatrie nicht mehr genutzt werden könnten (ergänzend Anhang Ehlers_Ärztin 154b, S. 180).

Vor diesem Hintergrund erscheint es schwierig, den Versorgungsanspruch zu verwirklichen, insbesondere die Versorgungssituation nach der Entlassung umfassend sicherstellen zu können. Demnach kann hier ein Fall gezeigt werden, anhand dessen auf divergente Versorgungsansprüche geschlossen werden kann: Bei dem Krankenhaus besteht der Anspruch, dass das vorgegebene Zeitkonzept mit den entsprechenden Therapieeinheiten eingehalten wird. Dem gegenüber steht der Anspruch der Ärztin, eine umfassende Versorgung auch nach dem Aufenthalt in der Geriatrie sicherzustellen.

Müller_Krankenpflegekraft 156

„Da darf ja auch nicht mal eine Kleinigkeit dazwischenkommen. Letztens hatten wir den Fall, da bekommt einer Luftnot. Am nächsten Tag geht es besser. Trotzdem längere Liegedauer, weil so kann der nicht gehen und dann ist man schon raus aus den vorgeschriebenen Tagen. Also da wird dann nicht hinterfragt, also okay, warum muss der jetzt länger versorgt werden, sondern Pech gehabt, der ist länger da, schlecht fürs Geld. Fertig.“

Ehlers_Ärztin 162

„Also das ist ein Frühreha-Konzept, sach ich jetzt einfach mal, ein Patient kommt und soll innerhalb von 14 Werktagen oder zehn Werktagen 20 Therapieeinheiten bekommen. Das bedeutet, dass der Patient am Tag zwei Therapieeinheiten bekommen muss. Lustigerweise zählt als Tag eins, der Tag, an dem der Patient aufgenommen wird, sprich wenn ein Patient nachmittags um drei kommt, sind die ersten zwei Einheiten schon mal weg, dann kann er schon mal frühestens am Tag 15 gehen. Wenn ein Feiertag dazwischen kommt, verschiebt sich das auch nach hinten. Und natürlich auch sobald ein Patient wie gesagt, irgendwelche Komplikationen aufweist oder aber einfach kränker oder einfach richtig krank ist. Genau, das ist halt bei Frührehapatienten. Ansonsten ist es so, dass wir bei den geriatrischen Patienten schon wenn die keine Frühreha machen, gucken sollen, dass die Liegedauer nicht zu lange ist. Also das ist halt einfach ein Konzept, also wir kriegen quasi von oben vorgegeben, wie lange wir den Patienten eigentlich behandeln mög/ nein, wie soll ich das ausdrücken, dürfen oder sollten, wie lange wir Patienten behalten sollten. Wie gesagt, dann kriegt man einen Zettel vorgelegt und dann ja, heißt es bei uns der und der und der, der wird dann rot markiert, tack tack tack, und dann muss der Assistenzarzt dafür gerade stehen, warum ist der noch hier. Dann ist es noch so, dass das halt akzeptiert wird, wenn man eine plausible Begründung dafür hat. Aber wenn es zum Beispiel ist, wir haben noch keinen Heimplatz oder es gibt noch keinen Kurzzeitpflegeplatz, dann gibt es also schon mal auch das ein oder andere, dass man gesagt kriegt: ‚Der muss aber jetzt nach Hause.‘ Das heißt, er muss erstmal nach Hause dann mit Hilfe.“

Dass das vorgegebene Zeitkontingent auf der geriatrischen Station mit dem Versorgungsanspruch der Ärzt_innen und Krankenpflegekräfte im Widerspruch steht,

zeigt sich exemplarisch bei Ehlers (Ehlers_Ärztin 105, S. 122). Der Versorgungsanspruch der fachlichen Dimension hinsichtlich einer ganzheitlichen Versorgung, die auch die Mobilisation und die Sicherstellung der nachgelagerten Versorgung mit einbezieht, kann nicht immer umgesetzt werden. Treten bei den Patient_innen z.B. demenzielle Erkrankungen auf oder kommt es zu Amputationen, können durch das vorgegebene Zeitkonzept nicht alle medizinisch-pflegerischen und therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft werden. Zudem wird dadurch die Sicherstellung der Versorgungssituation nach der Entlassung erschwert, weil Patient_innen entweder noch nicht bereit für die Reha sind oder weil die Pflegeversicherung nicht greift (Ehlers_Ärztin 105, S. 122). Darüber hinaus können nicht alle Möglichkeiten, die zu einer weitreichenden Mobilisation beitragen würden, genutzt werden. Hierzu fehle es in der Ausstattung mit pflegerischem Personal, um einzelne Tätigkeiten bei den Patient_innen innerhalb des gegebenen Zeitrahmes anzuleiten (vgl. Müller_Krankenpflegekraft 95, S. 123, vgl. auch Bartel_Ärztin 19, S. 129). Durch eine höhere Personalausstattung wird sogar die Möglichkeit gesehen, dass schwer Erkrankte wieder soweit mobilisiert werden könnten, dass sie nicht mehr bettlägerig sind und sich sogar selbst am Rollator fortbewegen können (vgl. Müller_Krankenpflegekraft 95, S. 123)

Ehlers_Ärztin 105

„Patienten, die relativ fit kommen, also die zum Beispiel Schenkelhalsfrakturen, die einfach mit Krankengymnastik und Ergotherapie relativ schnell wieder auf die Beine kommen. Sprich, die wir nach einem Tag auf die Bettkante mobilisieren, die am zweiten Tag nach Möglichkeit schon am Barren laufen und am dritten Tag mit dem Rollatortraining anlaufen. Wir können dann sehr schnell oder fast am Aufnahmetag einen Rehaplatz oder eine Reha beantragen, wo die Krankenkasse dann auch zügig zustimmt und wir den Platz bekommen. Das wäre so das Optimale. Das sind Patienten, die optimal sind. Aber sobald der Patient ne Demenz aufweist oder irgendeinen Infekt mitbringt, sei es ein Harnwegsinfekt mit Pneumonie oder ein Infekt im Bereich der Prothese, verzögert sich das natürlich alles. Und damit fängt das Problem dann an, dass unser Zeitkontingent eigentlich erschöpft ist, bevor der Patient so weit mobilisiert ist, dass wir ihn in die Reha schicken können, so wie es eigentlich sein soll. Das ist der Patient, wo ich sagen kann, das ist ein Patient, wo man das machen kann. Alle anderen Krankheitsbilder sind schwierig, sei es Amputationen am Zehen, Füße oder ganze Gliedmaßen, Oberarmfrakturen sehr schwierig. Ja, ich glaub, ein ganz furchtbarer Patient als Beispiel für mich ist ein Patient, der eine Schenkelhalsfraktur hat und darf das Bein nicht belasten oder nur teilbelasten und ich darf den Patient aber nur eine gewisse Zeit hier behalten und in die Reha soll er aber eigentlich auch nicht [...] oder kann ja noch nicht wegen der Teilbelastung. Oder wenn ich ihn in die Reha schicken will, dann dürfte er da auch nur einen Teil belasten und nach der Reha darf der Patient dann teilbelasten, aber hat keine Möglichkeiten mehr, das

Laufen zu lernen. Das ist für mich das Suboptimale. Das ist eigentlich das Schlimmste, was auftreten kann. Für solche Patienten bekommt man in der Regel dann auch keine Pflegestufe, weil es ja nur ein Zeitraum ist, in dem sie das nicht dürfen und dementsprechend fällt dieser Patient quasi erstmal durch alle sozialen Maschen und Auffangnetze, die wir so haben, da bleibt dann nur die Familie letztendlich.“

Müller_Krankenpflegekraft 95

„Ich kann Ihnen momentan keine Beispiele nennen, wo mir die Zeit nicht fehlt, ehrlich gesagt. Ja, wir haben jetzt momentan einen Patienten, der ist dement, der ist auch relativ schwer zu mobilisieren, aber ich bin sicher, wenn man den zu allen Mahlzeiten zum Beispiel in den Rollstuhl setzen könnte, an den Tisch zum Essen, dann würde er auch schneller wieder, ja wahrscheinlich wieder sogar auf die Beine kommen, dass er mindestens rollatormobil ist. Aber dafür fehlt die Zeit, dafür fehlen die Räume. Ich habe momentan keinen Aufenthaltsraum, selbst wenn ich diesen Raum umfunktionieren würde zum Aufenthaltsraum, könnte ich keine Schwester dahin setzen, weil keine da ist.“

Auch in einem freigemeinnützigen Krankenhaus zeigt sich, dass die Therapieeinheiten nicht nur ein wesentlicher Teil der Versorgung sind. Ihre festgelegte Planung führt gleichzeitig zu stressigen Situationen in den einzelnen Diensten, wenn bspw. Notfälle dazwischenkommen. An dieser Stelle liegt die Vermutung nahe, dass der therapeutischen Versorgung zwar dem Anspruch an eine Akutversorgung und Mobilisation zugrunde liegt, die sich an den Patient_innen ausrichten. Die Planung von Therapien orientieren sich dagegen an anderen Ansprüchen – mit Bezug auf Ehlers und Müller: auf betriebswirtschaftliche Standards. Für die einzelnen Pflegekräfte entstehen dann als besonders stressig empfundene Situationen, wenn anderweitige Handlungsbedarfe z.B. durch Notfälle auftreten. Dabei ist bemerkenswert, dass sich der Stress aus Sicht von Frau Peters bereits bei grundlegenden Versorgungsaktivitäten am Morgen ergibt, weil die Patient_innen für therapeutische Maßnahmen terminiert sind.

Peters_Krankenpflegekraft 13a

„Der Ablauf ist: Man kommt auf die Station, dann erfolgt die Übergabe von Nachtwache oder dann vom Spätdienst, je nach dem was man für einen Dienst hat. Dann geht es zum Patienten, misst man die Vitalzeichen und dann fängt man mit der Körperpflege an. Dann irgendwie schon fängt der ganze Stress an, weil bis neun sollen die Patienten irgendwie fertig sein, weil die Therapien dann anfangen, die Patienten für Therapien dann vorbereitet werden sollen, was ein bisschen schwierig ist, wenn dann was dazwischen kommt, kleiner Notfall oder etwas kann immer passieren. Dann muss man immer wieder sagen: ‚Okay das ist jetzt unwichtig, ich gehe jetzt zu diesem Fall.‘ Aber man muss trotzdem konsequent also bei der Sache bleiben, man darf einfach nicht das Konzept aus den Augen verlieren.“

Dass sich die Dokumentation bzw. der wahrgenommene Dokumentationsaufwand durch die DRGs erhöht hat, zeigt bereits die bisherige Forschung. Eine ähnliche Situation kann für geriatrische Versorgung ebenfalls festgestellt werden (vgl. Peters_Krankenpflegekraft 13b, S. 124). Mit der Dokumentation kann ein weiterer ökonomischer Versorgungsanspruch deutlich gemacht werden, der nicht von den Behandelnden ausgeht. Dabei richtet sich der Anspruch der Dokumentation nicht an den Patient_innen aus, sondern scheint vielmehr die Absicherung oder die Begründung finanzieller Ansprüche zu bedienen (vgl. Peters_Krankenpflegekraft 119, S. 124). Insbesondere die Möglichkeit oder Notwendigkeit über die Dokumentation, z.B. von Komplexmaßnahmen, die Vergütung der Versorgungsleistung zu erhöhen, scheint hier ein ökonomisch begründeter Anspruch der Gewinnerzielung zu sein. Es werde den Pflegekräften sogar versprochen, durch die Mittel der erfolgreichen Dokumentation neues Personal einzustellen. Wenngleich dieses Versprechen noch nicht eingelöst worden ist, zeigt sich hier jedoch, dass die Einrichtung diesen Handlungsanspruch auch direkt an die Pflege weitergibt.

Peters_Krankenpflegekraft 13b

„Viel Papierkram muss erledigt werden, also schon für die Aufnahmen benötigen wir 17 Zettel ((einatmend)), was auch Zeit in Anspruch nimmt und ja, manchmal muss man mehr Zeit leider mit Papier verbringen als mit Patienten, was schade ist.“

Peters_Krankenpflegekraft 119

„Wir müssen noch extra PKMS-Fälle machen. Diese PKMS-Dokumentation das ist für hochaufwändig/ also für Patienten, die sehr hoch aufwändige Pflege brauchen und diese PKMS-Dokumentation hat 40 Seiten pro Patient, bis man das überhaupt alles beklebt und dokumentiert hat, dauert schon diese Dokumentation zwei Stunden bis man die überhaupt angefangen hat. [F]ür diese Dokumentation, wenn es erfolgreich ist, [bekommt man] 1.600 Euro und dann werden die immer sagen: ‚Ja, wenn ihr das gut macht, bekommt ihr neue Pflegekräfte.‘ Naja, wir warten immer noch ((lacht)).“

In der Folge würde die Zunahme von pflegefremden Tätigkeiten, darunter auch die Dokumentation, dazu führen, dass sich nicht nur die Tätigkeiten verändert haben, sondern sich auch die Zeiten für die Patientenversorgung reduziert haben. Selbst wenn für diese pflegefremden Tätigkeit nicht-pflegerisches Personal vorgesehen ist, dann müssen diese Aufgaben dennoch von den Krankenpflegekräften bei Ausfällen getragen werden (Ehren_Krankenpflegekraft 11, S. 125). Dies zeigt, dass es nicht nur unterschiedliche Orientierungen gibt. Hier lassen sich auch Hinweise darauf finden, dass die berufsspezifischen Ansprüche an die Patientenversorgung in ihrer Umsetzung durch die eher ökonomischen Orientierungen eingeschränkt werden (vgl. auch Anhang Bückler_Pflegedienstleitung 12, S. 180 und

Borchardt_Krankenpflegekraft 72, S. 180). Im Vergleich mit den Ärzt_innen treten Fälle, in denen die Dokumentationsaufgaben thematisiert werden, insbesondere bei den Krankenpfleger_innen auf. Hieraus lässt sich schließen, dass besonders in der Pflege der Anspruch an eine umfangreiche Dokumentation nicht mit den berufsspezifischen Ansprüchen vereinbart werden können. Dies scheint darüber hinaus mit einem erheblichen Belastungsempfinden bei den Krankenpflegekräften einherzugehen.

Ehren_Krankenpflegekraft 11

„Ein normaler Arbeitstag gibt es nicht mehr, den gibt es nicht mehr. Wir merken sehr deutlich, dass der Personalschlüssel reduziert ist. Wir merken, dass die Arten der Aufgaben, die wir in der Pflege übernehmen müssen, ne, so Stichwort pflegefremde Tätigkeiten, dass es immer mehr auf den Stationsalltag fokussiert wird, wir persönlich haben ja in der Pflege viele pflegefremde Tätigkeiten sprich Hol- und Bringdienst ist zwar etabliert, aber wenn da etwas ausfällt, fällt es letztendlich auf uns zurück, das Gleiche gilt auch für Labortätigkeiten, wenn das Labor nicht besetzt ist, dann werden die Blutzucker selbstverständlich durch das Personal gemacht. Das sind einfach auch Dinge, wo wir merken, die Grenzen fließen son bisschen, es ist nicht mehr so richtig klar abgegrenzt, das ist deine Aufgabe, das ist eure Aufgabe und das ist eben son Problem in der Pflege, das heißt, dass wir einfach / ja, wir haben bei uns auf der Station bestimmt zweieinhalb bis drei volle Stellen jetzt eingespart, inklusive Nachtdienst und das spüren Sie.“

Ein weiterer Punkt, an dem die Behandelnden – hier beispielhaft Herr Haas – betriebswirtschaftliche Ansprüche wahrnehmen, liegt in den Angehörigengesprächen. Hintergrund sei die stationäre Situation – besonders die Verkürzung der Liegezeiten (bedingt durch die Vergütung). Dies hätte zu einer „Irritation“ (Haas_Arzt 20b, S. 125) sowohl auf Seiten der Patient_innen als auch auf Seiten der Angehörigen geführt. Dadurch hätte sich wiederum der Bedarf der Angehörigen intensiviert, die vergleichsweise frühere Entlassung mit den Ärzt_innen abklären zu müssen. Die Gespräche mit den Angehörigen werden als zunehmend schwieriger empfunden, da eine frühere Entlassung oder eine nach der Entlassung fortgesetzte Versorgung von den Behandelnden gerechtfertigt werden müssen. Dementsprechend geht es inhaltlich in den Angehörigengesprächen nicht mehr allein darum, wie die Behandlung der Patient_innen oder wie eine weitergehende Versorgung nach dem Geriatrieaufenthalt gestaltet werden sollte, sondern auch darum, Aspekte der Versorgungsorganisation zu begründen, die sich nicht originär auf die Versorgung des Patienten oder der Patientin beziehen (vgl. Haas_Arzt 20b, S. 125).

Haas_Arzt 20b

„Manchmal auch vormittags, aber vor allem dann in den frühen Nachmittagsstunden [sind] die Angehörigengespräche, die in den letzten Jahren

auch nicht einfacher geworden sind. Weil man ganz klar auch sagen muss, dass [...] die Absenkung der Verweildauer, die ja gewollt ist, dass die natürlich auch zur Irritation bei Patienten sowohl als auch bei den Angehörigen führt. Und da ist einfach dann häufig mehr Gesprächsbedarf, nach dem Motto: ‚Warum wird denn mein Vater, meine Mutter jetzt schon entlassen? Eigentlich geht es ihr noch gar nicht gut.‘ Also das sind dann auch immer wieder auch Themen.“

Insgesamt zeigen sich im Zusammenhang der Abrechnung von Versorgungsleistungen unterschiedliche Aspekte, wie ökonomische Ansprüche von den Ärzt_innen und Krankenpflegekräften wahrgenommen werden und wie diese auf die Versorgung wirken. Hier sind vorgegebene Zeitkonzepte und die umfangreichen Dokumentationspflichten zu nennen. Sie stehen den Versorgungsansprüchen in dem Sinne entgegen, dass dadurch die Zeit eingeschränkt werde, um etwa eine umfassende Versorgung zu gewährleisten, die auch über den stationären Aufenthalt hinausreichen, oder um mit den Patient_innen eine Beziehung aufzubauen.

5.2.2 Einsatz von Personal

Ein zweites Kriterium, auf das ein betriebswirtschaftlicher Anspruch zurückgeführt werden kann, ist der mangelnde Einsatz von personellen Ressourcen in der geriatrischen Versorgung.

In dem Interviewausschnitt von Herrn Haas wird deutlich, dass zwar auch die Ärzt_innen von einer personellen Reduktion betroffen sind. Bei den Pflegekräften wird der Personalabbau jedoch stärker wahrgenommen. Dass sich dieser Abbau von Personal nicht etwa auf einen Rückgang der Patient_innen zurückführen lässt, legt die Wahrnehmung von Herrn Haas nahe, dass zunehmend mehr Patient_innen und mit zunehmend schwereren Erkrankungen versorgt werden müssen. Die Reduktion pflegerischen Personals auf dieser Station scheint sogar so weit zu gehen, dass die damit einhergehenden Belastungen nur durch Auszeiten über Krankheit ausgeglichen werden können. Gleichzeitig führe dies jedoch zu einer weiteren Reduktion des Personals und höher Belastung (vgl. Haas_Arzt 40a, S. 126; Ehren_Krankenpflegekraft 11, S. 125; Ehren_Krankenpflegekraft 15, S. 127). Darüber hinaus sei es auch im Bereich der pflegefremden Tätigkeiten zu einem Aufgabenzuwachs gekommen, der jedoch nicht mit einer entsprechenden Veränderung in der Personalausstattung einherging (vgl. Peters_Krankenpflegekraft 111, S. 127).

Haas_Arzt 40a

„Ein ganz wichtiger Punkt ist natürlich, dass die Personaldecke im Krankenhaus immer weiter ausgedünnt wurde, wobei ich noch nicht mal sagen kann, die Ärzte klar, auch bei den Ärzten [...] haben wir zwischendurch auch Zeiten erlebt, wo Stellen dann auch nicht besetzt waren, wo wir es einfach wirklich am eigenen Leibe zu spüren bekommen haben, dass das

einfach gar nicht mehr zu schaffen war. Wir beobachten das aber aktuell [...] auch in der Pflege, dass man da auch immer denkt, es kann doch jetzt eigentlich gar nicht mehr schlechter werden [...]. Das ist nun ein ganz wichtiger Punkt, den man nun auch nicht aus dem Auge verlieren darf, zumal die Schere da auch auseinander gegangen ist. Wenn ich an unsere Klinik jetzt konkret denke, dass wir in den letzten Jahren deutlich schwerer betroffene und krankere Patienten bekommen haben und gerade in der Pflege der Stellenschlüssel aber zusammengestrichen worden ist. Und das ist irgendwann dann nicht mehr zu schaffen und dann gerät man ganz schnell in einen Teufelskreis, dass die Schwestern sagen: ‚Ich schaffe das sowieso nicht mehr, ich fühle mich überfordert, ich fühle mich überarbeitet und jetzt gehe ich zum Arzt und lass mich erstmal krankschreiben.‘ Das kann ich für die letzten Monate bei vielen entdecken, die haben weder Schnupfen noch sonst was gehabt, sondern sie sind einfach nur ausgepowert gewesen.“

Ehlers_Krankenpflegekraft 15

„Also früher ist das so gewesen, wir haben viele Abläufe versucht im Rahmen von Qualitätsmanagement und von Ablaufstrukturen, ja sagen wir mal, zu organisieren. Das hatte im Normalfall auch gut funktioniert, jetzt ist es halt so, wenn natürlich so Spitzenbelastungen wie Urlaubszeit und Krankheitsphasen zusammenkommen, ist es schon eine sehr hohe Belastung, also wir haben sowohl von der Kopfsituation auf Station merken wir schon, dass wir deutlich weniger sind, also wenn wir früher manchmal sechs oder sieben Leute Personal hatten, Schüler und Praktikanten mit eingeschlossen, arbeiten wir teilweise heute mit drei oder vier Mann und das ist je nach Arbeitsbelastung, die ja sehr unterschiedlich sein kann, ist das schon körperlich und auch psychisch sehr belastend, also die Kollegen sind nach so einem Dienst dann / die wissen schon was sie getan haben, insbesondere mit dem Hintergrund, da wir ja einen Zwölf-Tage-Dienst haben“

Jobst_Krankenpflegekraft 68

„Was sich auf jeden Fall verändert hat, ist diese unendliche Anzahl von Dokumentation. Es gibt Risikenerfassungen, die gab es natürlich vorher auch, aber viel im Kopf, also man hat natürlich immer gewusst, der ist sturzgefährdet. Jetzt muss es halt in so einen Rahmen gepresst werden und evaluiert und noch Mal evaluiert und so. Das finde ich einerseits ja auch nicht schlecht, [...] ja, andererseits ist es natürlich / es ist eine gewaltige Zunahme in dieser Dokumentationspflicht geworden, die aber nicht personell aufgestockt worden ist oder der eben nicht genügend Manpower gegenübersteht, finde ich, so.“

Anhand des Interviewausschnitts von Frau Ehlers (Ehlers_Ärztin 43, S. 128) werden die Folgen des mangelnden Personals bei der Erfüllung des Anspruchs an die fachliche Versorgung deutlich. Hervorgehoben wird die Mobilisation der Patient_innen, bei der es nicht nur um das Wiedererlernen selbstständigen Essens und

Trinkens geht, sondern auch um Aktivitäten bspw. wie Singen. Die Umsetzung dieser Mobilisationsbemühungen wird jedoch eingeschränkt, indem durch die Erledigung bürokratischer Tätigkeiten die Zeit für die Mobilisation fehlt. Aus Sicht der Ärztin habe dies sogar zur Folge, dass die Versorgungsleistungen keine „Arbeit am Patienten“ (Ehlers_Ärztin 43, S. 128) mehr ist, sondern nur noch eine „Patientenarbeit“ (Ehlers_Ärztin 43, S. 128). Die begrenzte Umsetzung der Vorstellung von einer guten Versorgung zeigt hier eine Verschiebung des Fokus bzw. der Schwerpunktsetzung von der Person des Patienten oder der Patientin auf die mit der Versorgung zusammenhängenden patientenfernen Tätigkeiten. Diese Tätigkeiten sind jedoch nicht Teil der in Kapitel 5.1 dargestellten berufsspezifischen Orientierung.

Ehlers_Ärztin 43

„Ja einfach Zeit, Zeit wäre für mich der optimale Arzt, der dann Zeit mit der Kurve hat, der sich Zeit nehmen kann, um sich an das Bett des Patienten zu setzen, mit dem zu sprechen und das ganz genau durchzuorganisieren kann, aber auch durchaus mit den Schwestern, wie gesagt, ein Konzept von Anfang an zu erarbeiten, wo will man hin, was möchte man erreichen [...]. Auch eine Schwester [...] sollte möglichst viel Zeit mit den Patienten eigentlich haben und soll die Zeit haben, wenn es sein muss, den Patienten zu füttern, nach Möglichkeit hätte ich gerne eine Schwester, die immer nur rundherum geht, die vorne anfängt, die Patienten zum Trinken anhält und quasi wirklich die Runden macht und nur zum Trinken anhält, [...] nach Möglichkeit einen großen Raum, [...] wo die Patienten, die dazu in der Lage sind, mobilisiert werden, einen Aufenthaltsraum, wo diverse Angebote über Lesen und Spielen [...] sind, wo wirklich die Schwester sich um diesen Patienten kümmern kann, die unterhält, sei es durch Gesang oder wie auch immer, [...] / Nee, ist ja im Moment mehr Bürokratie, also sowohl bei den Schwestern, als auch bei uns. Es ist mehr Verwaltung als Patientenarbeit oder Arbeit am Patienten. Patientenarbeit ist es schon, aber nicht Arbeit am Patienten.“

Personelle Einschränkungen konzentrieren sich nicht allein auf das pflegerische Personal der geriatrischen Stationen. Es betrifft ebenso die Ausstattung mit Therapeut_innen. So schildert bspw. Frau Bartel als Folge der schlechten finanziellen Lage des Krankenhauses die Auslagerung der therapeutischen Versorgung. Nun wird die Therapie über einen externen Anbieter vom Krankenhaus eingekauft. In der Konsequenz können die Ansprüche von einer ganzheitlichen Versorgung hinsichtlich der Mobilisation nicht umgesetzt werden, wie es die Bedarfe der Patient_innen aus Sicht der Behandelnden hergeben würden. Grund dafür ist zum einen die mangelnde Bereitstellung von Personal und zum andern das Wegfallen therapeutischer Versorgungseinheiten, wenn sie nicht mehr abgerechnet werden könnten (vgl. Bartel_Ärztin 19, S. 129).

Bartel_Ärztin 19

„Weil wir finanziell wirklich schlecht dastehen, aber die haben bei uns jetzt, ich sag das jetzt ganz offen und ehrlich, einen Vertrag mit einem Anbieter, der so Therapeuten stellt. Und es wird ganz oft von Therapeutenseite gesagt: ‚Nee, das können wir nicht machen, wir haben zu wenig Personal. Nee, die Einheiten sind jetzt schon voll, da können wir nicht nochmal hin.‘ Also da wird zu sehr danach geguckt, was kann man abrechnen, was nicht und das ist falsch, wenn wir sagen: ‚Verdammt nochmal, das ist ein Patient, der braucht [...] ein ADL⁴⁵-Training, also dem muss man zeigen, wie man sich wäscht und der braucht Lymphdrainagen, der braucht auch Atemtherapie, der braucht auch noch Logopädie und der muss auch noch in die Gruppe‘, [...] dann hat das schon seinen Sinn. Ich habe oft das Gefühl, dass wir zu wenig anbieten. Also [...] für Leute, die nicht dement sind, heißt das oft, dass sie wirklich im Bett liegen, an die Decke starren und sagen: ‚Ich weiß jetzt gar nicht, was ich den ganzen Tag machen soll.‘ Und das ist schlecht.“

Verschlimmert werde die Personalsituation durch die Forderung der Träger, dass die Bilanzen des Krankenhauses stimmen müssen. Zudem solle die Versorgung besser und schneller werden. Zugleich werden aber die entsprechenden Ressourcen in Form von Personal reduziert, was sowohl die Arbeitsbedingungen der Behandelnden z.B. durch ein „Dauergehetze“ (Scheitor_Ärztin 56, S. 130) verschlechtert als auch die Versorgungssituation der Patient_innen. Im Hinblick auf die von Frau Scheitor wahrgenommene zentrale Forderung des Krankenhauses nach einer besseren Bilanz versucht sie einen Personalaufbau aus einer wirtschaftlichen Perspektive zu rechtfertigen. Zwar würde mehr Personal höhere Kosten verursachen. Diese Kosten würden sich jedoch relativieren, weil mehr Personal weniger Krankheitsausfälle bei den Ärzt_innen und Krankenpflegekräften bedingen würde und zugleich die Versorgung der Patient_innen beschleunigt und verbessert werden könne. Dadurch könne sich schließlich auch die Reputation und die Bilanz der Einrichtung erhöhen (vgl. Scheitor_Ärztin 56, S. 130). Hieran kann gezeigt werden, dass eine Orientierung an der finanziellen Lage der Einrichtung durchaus auch mit der berufsspezifischen Orientierung vereinbart werden kann. Jedoch gehen die Ansprüche dahingehend auseinander, wie diese umzusetzen sind. Im ökonomischen Anspruch stehen die richtigen Bilanzen der Krankenhäuser auf dem ersten Platz. Bei Frau Scheitor steht weiterhin eine bessere Versorgung an vorderster Stelle, die sich eher längerfristig – wenn auch eher zweitrangig – auf die finanzielle Situation der Krankenhäuser positiv auswirken könnte.

⁴⁵ ADL: Activities of Daily Living.

Scheitor_Ärztin 56

„Also was mich so ein bisschen stört, was aber andererseits wahrscheinlich auch nicht zu vermeiden ist, ist das so ein Krankenhaus so als Wirtschaftsunternehmen agiert, [...] das es eben eine Geschäftsführung gibt. Und die sehen eben Zahlen und die werden dann eben nach den Zahlen auch bezahlt und (...). Die Zahlen müssen eben stimmen und das ist eben alles, was so zählt. Aber es wird eben auch erwartet, dass man immer besser wird, immer mehr macht und immer alles gut läuft, eben auch damit die Bilanzen am Ende stimmen, dann eben auch mit weniger Personal. Und das ist, glaube ich, einfach so eine Entwicklung in die falsche Richtung. Also man muss eben wirklich ausreichendes und gutes Personal haben sowohl auf Pflegeebene als auch auf Arztebene, dass man nicht so dauergehetzt ist, weil dieses Dauergehetzte das führt zu Frust, das führt zu mehr Krankheitsausfällen. Also das merkt man wirklich, wenn mal irgendwie eine Phase ist, wo man irgendwie unterbesetzt ist, sind dann auch automatisch mehr krank auch in der Pflege. Dann sind natürlich die paar, die da sind, noch mehr überfordert, müssen noch schneller machen, haben noch weniger Zeit pro Patient, die Patienten fühlen sich weniger gut. Also ich glaube, das ist einfach so ein Teufelskreis, der [...] einfach nach unten geht und das ist manchmal so kurzfristig gedacht, was so von oben für Entscheidungen kommen: ‚Ihr müsst jetzt mit weniger Personal klar kommen, weil irgendwelche Zahlen nicht stimmen.‘ Ich glaube, wenn alle zufriedener wären, dann wäre auch das Endergebnis langfristig besser. Also kommt es mehr zu Beschwerden von Angehörigen oder Patienten, was dann wieder auf die Klinik zurückfällt, was dann wieder Fallzahlen kostet. Und das ist einfach eine Entwicklung, die langfristig gedacht, nicht gut ist.“

Die Ausstattung mit geringen personellen Ressourcen, insbesondere bei den Pflegekräften, wird nicht nur dahingehend problematisiert, dass durch das unzureichende Personal der Umfang der Versorgungsmöglichkeiten nicht voll gewährleistet werden kann. Darüber hinaus zeichnet sich eine Divergenz ökonomischer und berufsspezifischer Ansprüche dahingehend ab, *wie* die medizinische und pflegerische Versorgung mit Blick auf eine dünne Personaldecke geleistet werden muss (Ehren_Krankenpflegekraft 31, S. 131). Der Anspruch, die fachliche Seite der pflegerischen Versorgung mit „Liebe und Hingabe und Profession“ (Ehren_Krankenpflegekraft 31, S. 131) durchzuführen, bildet nicht das tatsächliche Versorgungsgeschehen ab. In der Realität wird die Versorgung wie hier bspw. die Prophylaxe nur „durchgezogen“. Dadurch entsteht ein Bild, nach dem das pflegerische Personal bei solchen intimen Vorgängen nicht auf die Person der Patientin oder des Patienten eingehen können, weil viele weitere Aufgaben auf der Station erledigt werden müssen. Vor dem Hintergrund, dass in der Kommunikation mit den Patient_innen auch Berührungen wichtig sind, wird der Anspruch, Sicherheiten zu schaffen, durch die mangelnde Zeit für die Ausführung einzelner Aufgaben erheblich eingeschränkt.

Ehren_Krankenpflegekraft 31

„Meine Vorstellung von Pflege ist, dass ich jeden Patienten so gegenüber treten möchte, wie ich auch behandelt werden möchte. Also ich möchte eigentlich mit der gleichen Liebe und Hingabe und Profession eine Mundpflege durchführen können und wenn jemand sagt, ich muss hier jetzt auf die Toilette oder ich habe jetzt Durst, nicht im Hinterkopf haben müssen, dass musst du noch, dass musst du, das musst du noch, weil ich draußen noch sechs Schellen habe und keiner kann hingehen und die bedienen, ne. Sondern ich möchte eigentlich zumindest eine ausreichende Menge Zeit haben. Keine gute oder sehr gute, diesen Anspruch hat man sich schon lange abgewöhnt, das ist ja so ein Traumbild, was man auch hatte. Aber es muss einfach realistisch sein, dass wenn man morgens wäscht und anzieht und eine Prophylaxe durchzieht und sich doch mal 40 Minuten Zeit dafür nimmt. Und wir haben im Schnitt, wenn Sie sich das vorstellen, wir sind mit drei Mann Personal oder vier Mann im Frühdienst und Sie haben da 20 Patienten und die brauchen alle Hilfe im ADL, können Sie sich ausrechnen, wie schnell Sie sein müssen.“

Durch zu wenig Personal besonders bei den Krankenpflegekräften fehlt ihnen die Zeit, um mit den Patient_innen nach einer schweren Behandlung zu reden und konkrete Ängste und Unsicherheiten bei den Patient_innen abzubauen. Wie im Beispiel von Frau Peters (vgl. Peters_Krankenpflegekraft 33-37, S. 131) deutlich wird, kann der Bedarf der Patientin nach einer Kommunikation mit der Krankenpflegerin zunächst zwar bedient werden. Doch stellt sich bei der Pflegekraft der Druck ein, noch andere Tätigkeiten ausführen zu müssen. Dadurch muss die Unterhaltung abgekürzt werden; es bleibt keine Zeit für die Krankenpflegerin, mit der Patientin ausführlich zu reden und ihr die Ängste zu nehmen. Der Pflegekraft muss die Patientin dann an andere Personen verweisen, die die Zeit haben bzw. explizit dafür auf die Stationen kommen, um mit den Patient_innen zu reden (z.B. der Pfarrer oder die Grünen Damen⁴⁶).

Bemerkenswert ist, dass, wie hier in diesem Beispiel beschrieben, die Behandelnde in das Gespräch hineingeht und bereits im Hinterkopf hat, keine Zeit für die Kommunikation mit den Patient_innen zur Verfügung zu haben. Der Umstand, den Redebedarfen von Patient_innen nicht entgegenkommen zu können, scheint für die Krankenschwester enorm belastend zu sein; sie empfindet diese Situation als „einfach schrecklich“ (Peters_Krankenpflegekraft 33-37, S. 131).

Peters_Krankenpflegekraft 33-37

Peters: „Für mich ist eine gute Krankenschwester ein Mensch, der, wie gesagt, das Vertrauen erstmal aufbaut zum Patienten, die Beziehung aufbauen kann, auf die Bedürfnisse eingehen kann und zuhören kann. Weil [...] als Schwester ist nicht nur das Pflegerische, man ist quasi ein guter

⁴⁶ Als Grüne Damen oder auch Grüne Herren werden Personen bezeichnet, die ehrenamtlich in Krankenhäusern tätig sind.

Zuhörer, [...], man muss [...] an das Psychische gehen, an die Probleme, die sie haben auch, weil auf der Geriatrie auch ganz viele palliative Patienten sind oder Patienten, die halt nicht so große Aussichten haben für die Zukunft, da muss man sich auch Zeit lassen für Gespräche. Und das ist dann manchmal schade, dass die Zeit fehlt. Das ist mir jetzt letzte Woche aufgefallen, da hatte ich eine Patientin, die bekommt halt Chemotherapie und ist sehr schwach und wir waren nur zu zweit im Spätdienst und da hat man diese 28 Patienten und die hat gerade geklingelt und hat geweint und wollte reden und das war für mich das Schlimmste, weil ich einfach / ich hab mich zwar zu ihr hingesezt für fünf Minuten, aber dann musste ich zu ihr sagen: ‚Leider, ich hab jetzt keine Zeit, ich muss gehen.‘ Und das ist das, was einfach schrecklich ist, was sich einfach ändern muss, dass der Personalstand einfach besser ist, dass wir mehr sind und das sich einfach nur richtige Leute für den Beruf entscheiden [...].“

Interviewerin: „Wie sind Sie dann mit der Patientin umgegangen?“

Peters: „Ja, wie gesagt, leider hätte ich es anders machen sollen, wenn ich die Zeit hätte. Aber wie gesagt, ich habe mich nur zu ihr hingesezt, hab ihre Hand gehalten, fünf Minuten, hab ich gesagt: ‚Tut mir leid, ich hab jetzt keine Zeit, aber ich werde für Sie eine Seelsorge organisieren, der morgen zu Ihnen kommt und die Gespräche mit Ihnen führt.‘ Und der war auch gestern da, der Pfarrer, war auch bei ihr und unsere Grüne Dame, [...] die auch zu Patienten kommt und die Gespräche mit denen führt, also das haben wir soweit geklärt, dass mindestens jemand Zeit hat. Ja, was einfach schade war, das war echt, echt, echt schade. Also ja, das ist für mich eine gute Schwester, die zuhören kann und einfach auch Handhalten kann und so und nicht nur an diese Routinearbeiten denken muss, ja.“

Ein Auseinanderfallen von Ansprüchen an die Kommunikation und deren Durchsetzung vermittelt auch die Beschreibung des Versorgungsgeschehens im Rahmen der vorgegebenen Liegezeiten als „schnell durchschleus[en]“ (Int_Siegert 67, S. 133). Dabei entsteht ein Bild, nach dem sich die Ärzt_innen und die Krankenpfleger_innen bei der Behandlung nur auf wenige Aspekte konzentrieren können und für eine Versorgung, die über die Behandlung der Erkrankung hinausgeht, kein Raum gelassen wird. Daher bleibt keine Zeit, das Verständnis von einer guten Versorgung hinsichtlich der Kommunikation z.B. im Modus des Smalltalks zu realisieren und um den Aufbau des Sicherheitsgefühls bei den Patient_innen zu gewährleisten. Darüber hinaus wird die Möglichkeit eingeschränkt, Informationen zum sozialen Hintergrund zu sammeln, die in den Behandlungsplan eingehen könnten. Jedoch sieht Herr Siegert weniger den Grund dafür, dass es weniger Personal gibt, sondern in den zu kurzen Liegezeiten und in der hohen Anzahl an Patient_innen. Dies beeinträchtigt es erheblich, sich Zeit zu nehmen, um diese Informationen über die Kommunikation mit den Patient_innen zu erhalten. Ferner habe sich der Zugang zu Patienteninformationen über die Krankenpflegekräfte ebenfalls er-

schwert. Denn auch Zeiten, sich in einem eher informellen Rahmen über die Informationen auszutauschen, seien nicht mehr gegeben (vgl. Siegert_Arzt 67, S. 133, vgl. auch Ehlers_Arzt 105, S. 122).

Siegert_Arzt 67

„Was sich aber auch gewandelt hat, ist definitiv also klar kürzere Liegezeiten auf allen Stationen, sehr hoher Durchsatz und dadurch eine immense Verdichtung der Arbeit, [...] kurzes Beispiel also beim Krankenhauspraktikum da war es so, dass war dann in den 90er Jahren, da kam dann der Chefarzt vorbei und hat Visite gemacht und hat mit allen Patienten so ein bisschen gesprochen und hat so gefragt: ‚Wo kommen Sie her, ach da, ach ja aus dem Neubaugebiet‘ und so und hat dann so ein bisschen mit ihnen geschnackt und die lagen lange da, weil die Patienten damals viel länger gelegen haben, also das heißt man kannte die Patienten relativ gut und es hatten alle irgendwie ein bisschen mehr Zeit, das heißt der Chefarzt zum Beispiel hatte sich jedes Mal auf die Station gesetzt, hat mit den Krankenschwestern erstmal Kuchen gegessen und das ist heutzutage unvorstellbar und war aber letztlich auch so, dass man dann damals viele Informationen immer bekommen hat und den Patienten auch sehr gut kennengelernt hat und heutzutage ist es eher so, dass man den Patienten schnell durchschleust, ich war vorher jetzt in einer Akutklinik und wo man wirklich darauf achten muss, dass man nichts übersieht und dann wenn dann Sachen noch zu klären waren, muss man alles dem Hausarzt übergeben.“

Zudem wird das Ziel, über die Kommunikation Sicherheit bei den Behandelnden zu schaffen, indem die Patient_innen offen und ehrlich mit ihnen kommunizieren, durch den Zeitdruck indirekt eingeschränkt. Beispielhaft geht aus dem Ausschnitt Peters_Krankenpflegekraft 67-69 (S. 133) hervor, dass die Patient_innen auch selbst bemerken, dass die Behandelnden kaum noch Zeit haben. Dies habe den Versuch der Patient_innen zur Folge, die Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen nicht zusätzlich zu belasten. Dadurch würden die Patient_innen u.a. versuchen, die Klingel nicht zu betätigen. Mit Blick darauf, dass die Verwendung der Klingel für einen akuten Bedarf steht, wie z.B. auf die Toilette zu müssen oder Schmerzen zu haben, stellt sich hier die Frage: Wie kommen die Krankenpflege und dadurch die Ärzt_innen an Informationen, um Sicherheiten darüber zu haben, was die Patient_innen brauchen bzw. was ihre akuten Bedarfe sind? Damit wird den Behandelnden die Basis entzogen, um eine ganzheitliche Versorgung sicherzustellen und den Patient_innen die Sicherheit zu geben, ihre akuten Bedürfnisse zu befriedigen.

Peters_Krankenpflegekraft 67-69

Interviewerin: „Merken das [den Personalmangel und damit auch der Zeitmangel, Anmerkung der Autorin] auch die Patienten?“

Peters: „Ja, das ist auch nicht nur pflegerisch auch ärztlich, die [Patient_innen, Anmerkung der Autorin] fragen oft, wann kommt der Arzt, wann wird was gemacht und: ‚Oh mein Gott, Sie sind schon wieder da, haben Sie nie

frei?‘ Und: ‚Was machen Sie schon wieder hier, hatten Sie nicht Nachtdienst, Sie hatten doch gestern Spätdienst, was machen Sie schon wieder im Frühdienst hier?‘ Also das ist, die merken das auch, ja, und die versuchen auch zu helfen, also die sagen: ‚Okay, mein Gott, Sie waren gestern da, dann mache ich nur das Nötigste und so, kommen Sie einfach später, wenn Sie Zeit haben.‘ Ist dann schon gut, manche haben schon Angst zu klingeln, weil die wissen, wir sind unterbesetzt und das ist einfach wirklich schrecklich, also das ist schade.“

Aus der bestehenden Forschung geht bereits ein Mangel an Zeit hervor, um sich den Patient_innen ausreichend zuwenden zu können (Braun et al. 2010, S. 200ff.). Mit der vorliegenden Auswertung speziell für die geriatrische Versorgung wird die Schwere der mangelnden Zeit für die Kommunikation deutlich: Patient_innen, die wahrscheinlich (Todes-)Ängste haben und diese versuchen durch Kommunikation mit anderen zu bewältigen, können solchen Bedürfnissen entsprechend nicht versorgt werden. Zudem kann das Ziel, bei den Patient_innen eine Sicherheit zu schaffen, hier durch die Krankenpflegekraft, nicht umgesetzt werden. Mit Blick darauf, auch ein Vertrauensverhältnis zwischen den Behandelnden und den Patient_innen aufzubauen, scheinen die Möglichkeiten dazu nur marginal bzw. nicht gegeben zu sein. Da dieses Vertrauensverhältnis als Voraussetzung für die Mitarbeit der Patient_innen bei der Versorgung gesehen wird (Badura 1994, S. 53), kann dementsprechend von problematischen Situationen hinsichtlich des fachlichen Versorgungsanspruchs ausgegangen werden.

5.2.3 Zwischenfazit II – Zeitmangel als Umsetzungsproblem

Ausgehend von den Fragestellungen, ob eine Divergenz in der „neuen Normalität“ der Krankenhausversorgung vorliegt und wie schließlich ökonomische Ansprüche von den Ärzt_innen und von den Krankenpfleger_innen wahrgenommen werden, können zwei wesentliche Punkte festgestellt werden. Der eine Punkt bezieht sich auf die Abrechnung von Versorgungsleistungen. Der zweite Punkt umfasst den Einsatz von personellen Ressourcen. Bei beiden Punkten stehen die wirtschaftlichen Interessen der Krankenhäuser den Ansprüchen der Behandelnden gegenüber. Bezugnehmend auf die theoretische Ausgangslage zeigen die Fälle also, dass trotz der Veränderungen in den Organisationen die ökonomischen Ansprüche von den Ärzt_innen und Krankenpflegekräften nicht adaptiert wurden (keine Konvergenz). Es kann demnach von einer Divergenz zwischen berufsspezifischen und ökonomischen Ansprüchen auch in der neuen Normalität ausgegangen werden.

Dabei lösen die ökonomischen Ansprüche allein zwar keine kontroversen Situationen für die Ärzt_innen und für die Krankenpflegekräfte aus. Jedoch können verschiedene Fälle gefunden werden, in denen die Realisierung der ökonomischen Ansprüche in der Versorgungspraxis dazu führten, dass die Zeit für die Behandlung

von Patient_innen eingeschränkt wird. Die verbleibende verfügbare Zeit ist jedoch nicht ausreichend, um die berufsspezifischen Ansprüche in der Praxis umzusetzen. Von dieser Erkenntnis ausgehend lässt sich die verfügbare Zeit als die *Schlüsselkategorie* identifizieren; sie bildet den Schnittpunkt, an dem die Ansprüche und deren Realisierung in die Versorgungspraxis aufeinandertreffen. Dieses Aufeinandertreffen lässt sich anhand von Spannungsfeldern systematisieren (Übersicht 5, S. 76).

- Spannungsfeld 1: Um die ökonomische Orientierung hinsichtlich der Abrechnung zu erfüllen und zudem finanzielle Gewinne zu erzielen (oder zumindest keine finanziellen Verluste zu machen), wird großer Wert auf die Einhaltung der Liegezeiten gelegt. Dies führt zu Entlassungen der Patient_innen zu einem Zeitpunkt, an dem keine medizinischen Einwände bestehen. Dadurch wird die verfügbare Zeit eingeschränkt. In der Folge können die berufsspezifischen Ansprüche hinsichtlich der fachlichen Dimension nur eingeschränkt umgesetzt werden, wenn für die Patient_innen noch keine Versorgung außerhalb der Krankenversorgung durch eine formelle oder informelle Pflege gesichert ist. Darüber hinaus werden die Möglichkeiten, Informationen über die Patient_innen zu erhalten, durch die kürzeren Liegezeiten beschränkt.
- Spannungsfeld 2: Die umfangreichen Dokumentationspflichten, die ebenfalls den Abrechnungsvoraussetzungen zugeordnet werden, beschränken aus Sicht der Behandelnden die Versorgung der Patient_innen. Im Einzelnen liegt nahe, dass durch eine umfangreiche Dokumentation die Zeit fehlt, die Patient_innen zu mobilisieren (z.B. zum Trinken anhalten) oder mit ihnen zu sprechen.
- Spannungsfeld 3: Auch durch den ökonomischen Anspruch, über einen geringeren Personaleinsatz Ressourcen einzusparen, wird die verfügbare Zeit eingeschränkt. Hinsichtlich der fachlichen Dimension des berufsspezifischen Anspruchs führen fehlendes Personal oder die Auslagerung des therapeutischen Personals dazu, dass eine möglichst umfassende Mobilisation nicht erfüllt werden kann. So bleibt für die einzelne Patientin oder für den einzelnen Patienten nur wenig Zeit, die pflegerische Versorgung oder eine umfassende Mobilisation durchzuführen.
- Spannungsfeld 4: Durch das mangelnde Personal fehlt den Pflegekräften ferner die Zeit, um mit den Patient_innen reden zu können und damit die soziale Dimension des berufsspezifischen Anspruchs zu bedienen. Hierdurch ist auch das Ziel gefährdet, bei den Patient_innen ein Gefühl der Sicherheit zu schaffen. Bemerkenswert ist, dass die Kommunikation mit den Angehörigen nicht durch die ökonomischen Ansprüche gefährdet wird.

Übersicht 5: Berufsspezifische Ansprüche vs. ökonomische Ansprüche

		Berufsspezifische Ansprüche	
		Fachliche Dimension	Soziale Dimension
Ökonomische Ansprüche	Abrechnungsvoraussetzung	1) Kurze Liegezeiten gefährden den Anspruch, relevante Informationen über die Patient_innen zu erhalten und die Versorgungssituation nach der Entlassung sicherzustellen.	
		2) Einer Versorgung von Patient_innen stehen umfangreiche Dokumentationspflichten entgegen.	
	Personaleinsatz	3) Mangelndes Pflegepersonal und Auslagerungen des therapeutischen Personals begrenzen die Möglichkeiten einer umfassenden Frührehabilitation oder einer ausführlichen pflegerischen Versorgung.	4) Durch fehlendes Personal erhöht sich die Arbeitsbelastung. Es bleibt wenig Zeit, mit den Patient_innen zu reden.

Quelle: Eigene Ergebnisse.

5.3 Umgang mit der Divergenz zwischen der berufsspezifischen und der ökonomischen Orientierung

Wie aus dem vorherigen Abschnitt hervorgeht, ist die Versorgungspraxis nicht allein durch die berufsspezifische Orientierung der Ärzt_innen und Krankenpflegekräfte geprägt. Zum einen können auch ökonomische Ansprüche identifiziert werden. Zum anderen werden durch die Realisierung der ökonomischen Ansprüche insbesondere die zeitlichen Möglichkeiten beschränkt, die berufsspezifischen Ansprüche umzusetzen.

Die Behandelnden versuchen die daraus entstehenden Spannungen zu lösen, indem sie die zur Verfügung stehende Zeit anders nutzen oder ihre Versorgungsansprüche verändern. In Bezug auf die theoretische Perspektive zeigt sich bei den Behandelnden in der Geriatrie, dass es nicht in dem Sinne zu einer Anpassung an die Organisation gekommen ist, indem die Organisationsziele adaptiert worden sind. In der geriatrischen Versorgung zeigen sich demgegenüber Wege der Behandelnden, wie sie ihre berufsspezifischen Ansprüche gegenüber den ökonomischen Ansprüchen und die damit verbundenen Spannungen neu ausgehandelt haben.

Es können zwei Wege identifiziert werden, wie die Krankenpfleger_innen und Ärzt_innen die Spannungen zwischen berufsspezifischen und ökonomischen Ansprüchen auflösen. Sie werden als „zeitbezogene Lösung“ und als „versorgungsbezogene Lösung“ bezeichnet.

Die zeitbezogene Lösung setzt am Umgang mit der verfügbaren Zeit an. Mit dieser Option wird die Spannung zwischen den berufsspezifischen Ansprüchen und deren Umsetzung durch eine Anpassung der zeitlichen Möglichkeiten überwunden. Mit der versorgungsbezogenen Lösung bauen die Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen die Spannungen ab, indem die berufsspezifischen Ansprüche an die verfügbaren zeitlichen Ressourcen – nicht aber an die ökonomischen Ansprüche – angepasst werden.

5.3.1 Zeitbezogene Lösung

Im Rahmen der zeitbezogenen Lösung wird von den Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen versucht, die berufsspezifischen Versorgungsansprüche über die Ausweitung der zeitlichen Ressourcen durch eigene Anstrengungen oder durch eine andere Nutzung der verfügbaren zeitlichen Ressourcen zu realisieren.

Anhand des Interviewausschnitts von Herrn Borchardt (vgl. Borchardt_Krankenpflegekraft 28, S. 138) wird ersichtlich, wie die Krankenpflegekräfte mit der zeitlichen Knappheit umgehen. Es wird beschrieben, dass die Verteilung der Mahlzeiten auf den Stationen gleichzeitig dazu genutzt wird, um mit den Patient_innen ein Gespräch zu führen. In diesem Rahmen besteht die Möglichkeit, länger im Zimmer bei den Patient_innen zu bleiben und mit ihnen zu reden. Dementsprechend ist hier eine Lösung für das Spannungsfeld 4 gegebenenfalls, mit den Patient_innen trotz gegebener zeitlicher Einschränkungen zu reden.

Ein ähnliches Vorgehen, bei dem Routinetätigkeiten gleichzeitig für die Umsetzung von berufsspezifischen Versorgungsansprüchen genutzt wird, zeigt sich bei Frau Peters (vgl. Peters_Krankenpflegekraft 25, S. 138). Sie nutzt die Tätigkeiten bei der morgendlichen Versorgung. Sie nimmt bspw. die Messung von Vitalzeichen wahr, um mit den Patient_innen zu kommunizieren.

Ob sich dieses Vorgehen bei den Behandelnden ausschließlich aus dem zeitlichen Mangel durch den ökonomischen Anspruch heraus entwickelt hat, lässt sich nicht eindeutig zeigen. Dennoch lässt das Interviewmaterial den Schluss zu, dass das gleichzeitige Ausführen von Tätigkeiten insbesondere dafür genutzt wird, um die mangelnden zeitlichen Möglichkeiten zur Kommunikation auszugleichen oder vorzubeugen.

Diese zeitbezogene Lösung ist jedoch nur dann möglich, wenn die Art der Routinetätigkeiten dies auch zulässt. Bei Herrn Borchardt funktioniert es, sich mit den

Patient_innen während des Austeilens des Abendessens zu unterhalten, nur deshalb, weil die Abläufe „nicht so extrem“ (Borchardt_Krankenpflegekraft 28, S. 138) sind. Bei Frau Peters wird dagegen die starke intrinsische Motivation deutlich. Bemerkenswert ist jedoch, wie aus Peters_Krankenpflegekraft 33-37 (S. 131) hervorgeht, dass keine Zeit bleibt, sich ausschließlich mit den Patient_innen zu unterhalten – auch in schwerwiegenden Situationen. Die Ausübung anderer pflegerischer Routinetätigkeiten scheinen jedoch die Kommunikation mit den Patient_innen zu ermöglichen, ohne sich der Belastung auszusetzen, direkt zu den nächsten Patient_innen zu müssen.

Eine weitere Grundlage, warum eine Gleichzeitigkeit von Routinetätigkeiten und die Umsetzung des Versorgungsanspruchs an die Kommunikation funktioniert, ist, dass die Umsetzung ökonomischer Ansprüche nicht eingeschränkt wird. Deutlich wird dies nochmal bei Borchardt, der nur während des Essenausteilens am Abend Gespräche mit den Patient_innen führt, wenn keine anderen Termine – etwa Aufnahmen oder Entlassungen – auf der Station anfallen.

Borchardt_Krankenpflegekraft 28

„Sagen wir mal so, im Spätdienst ist es einfacher, weil wie gesagt, da dann nicht der Tagesablauf so extrem ist mit [...] Aufnahmen, Entlassungen, Untersuchungen, Visite, Teamvisite noch zwischendurch. Im Spätdienst kommt es auch schon mal eher vor, [...] wenn es dann so ums Abendbrot verteilen geht, dass man dann auch mal [...] mit denen fünf Minuten oder zehn Minuten im Zimmer bleiben kann und sich unterhält, das ist halt im Frühdienst nicht so möglich.“

Peters_Krankenpflegekraft 25

„Also [...] es gibt Routinearbeiten auf Station zum Beispiel, ein paar Kollegen gehen zu Patienten: ‚Ja messen wir Blutdruck, jetzt setzen Sie sich auf die Waage, jetzt gehen wir duschen‘ und so halt, ganz so zack, zack, zack, zack, das muss gemacht werden, so ist der Ablauf, ja ich komme schon mal [...] ins Zimmer: ‚Frau XY, guten Tag, wie haben Sie denn geschlafen, haben Sie Schmerzen, geht es Ihnen besser? Hat das geholfen das Medikament, was Sie gestern bekommen haben oder sollen wir das nochmal mit dem Arzt besprechen, klappt etwas nicht oder wo brauchen Sie denn Hilfe.‘ Also hier halt an den Bedürfnissen versuche ich mich zu orientieren. Von den Patienten, das ist für mich das Menschliche, also was eigentlich sein sollte, denke ich, ich sage auch immer, diesen Beruf macht man nicht, kann man nicht wegen Geld machen, also das wusste man vornherein, also uns war von vornherein klar, dass das Gehalt schlecht ist, aber es ist quasi Krankenschwester ist mehr so eine Berufung als Beruf.“

Bei den Ärzt_innen kann ein ähnliches Vorgehen entdeckt werden. Gegenüber den Krankenpflegekräften können die Ärzt_innen jedoch auf eine eher systematische

Aufgabenteilung zurückgreifen. So gibt es in einem der untersuchten Krankenhäuser die Möglichkeit, einige Aufgaben durch eine medizinische Assistenz ausführen zu lassen, wie z.B. die Blutabnahme am Morgen. Dies wurde von den Ärzt_innen eingefordert. Zwar mussten die Ärzt_innen auf eine Arztstelle verzichten, haben dafür aber Zeit im Tagesablauf gewonnen (vgl. Haas_Arzt 40b, S. 139, vgl. auch Anhang Scheitor_Ärztin 118, S. 181). Ähnliches zeigt sich in der Untersuchung von Hielscher et al. (2013) zu den Folgen der Ökonomisierung in der stationären Pflege. Hier tauschen die Pflegekräfte ein höheres Einkommen für eine zusätzliche Arbeitskraft, um so zeitliche Ressourcen zu schaffen und das Arbeitspensum zu bewältigen. Bemerkenswert in den Fällen der hier interviewten Behandelnden ist darüber hinaus, dass durch den Einsatz dieser medizinischen Assistenz individuelle Optionen wie Mehrarbeit oder dem Weglassen von Versorgungstätigkeiten, nicht in Betracht gezogen werden. Es ist darüber hinaus darauf hinzuweisen, dass sich die Ärzt_innen im Vergleich zu den Krankenpfleger_innen anscheinend in einer anderen Aushandlungsposition gegenüber dem Krankenhaus befinden. Bei den Krankenpflegekräften zeige sich sogar noch ein weiterer Personalabbau (vgl. Haas_Arzt 40a, S. 126). Um ihre Ansprüche in der Versorgungspraxis umsetzen zu können, wird also in einer ökonomischen Logik eine Stelle gegen eine andere getauscht.

Haas_Arzt 40b

„Eine Forderung von uns ist zumindest teilweise erfüllt worden, dass wir von Arbeiten befreit werden, die letztlich keine ärztliche Ausbildung, keine medizinische Ausbildung erforderlich macht. Und das sind zum Beispiel die Blutabnahmen. Ich sprach vorhin, dass zehn bis 15 Blutabnahmen am Morgen zu machen sind. Ich meine, bis vor fünf Jahren oder vier Jahren haben wir die Blutabnahmen auf den Stationen auch selbst machen müssen. Das heißt, ich war morgens erstmal damit beschäftigt zehn Blutabnahmen zu machen. Ich meine, weil wir deutlich schwerer betroffene Patienten haben, auch die Laboranalyse natürlich engmaschiger gestalten müssen, dass wir früher nicht so viele Blutabnahmen hatten, aber lassen Sie es meinetwegen im Durchschnitt früher acht bis zehn Blutabnahmen am Tag anfallen. Damit war man erstmal mindestens eine halbe Stunde beschäftigt und dann kam hinzu, dass man noch Zugänge legen musste, also intravenöse Verweilkanülen, damit die Patienten, die ja ausgetrocknet ins Krankenhaus kommen, dann ihre Infusionen auch bekommen. Auch diese Tätigkeit ist uns Gott sei Dank dann abgenommen worden. Weil das sind Tätigkeiten tatsächlich, die kann man letztlich eine medizinische Assistentin / [...] ohne die Mitarbeit dieser Person, könnte ich mir überhaupt nicht vorstellen, würden wir dieses Arbeitspensum jetzt auch nicht mehr schaffen. Also da ist sicherlich auch eine deutliche Entlastung entstanden und aber auf anderen Gebieten eben halt müssen wir viel, viel mehr leisten, sodass es eigentlich selbstverständlich ist, dass man auf anderem Gebiet

entlastet werden muss. Sonst hätten wir / entweder müsste die Arbeit liegen bleiben, was für bestimmte Dinge einfach nicht verantwortbar ist oder wir machen Überstunden.“

Ebenso werden im Bereich der pflegerischen Versorgung spezielle Personen oder Berufsgruppen eingesetzt, die zusätzliche Tätigkeiten erbringen. Dabei handelt es sich um Tätigkeiten im Bereich des Housekeepings – also um Tätigkeiten, die keiner pflegerischen Ausbildung bedürfen. Eine Pflegedienstleitung sieht hier sogar explizit den Vorteil in der Schaffung von Freiräumen für die examinierten Pflegekräfte, wodurch der Zeitdruck reduziert werden kann (vgl. Bückler_Pflegedienstleitung 40, S. 140). Bemerkenswert ist hier die Anmerkung, dass auch das Wasseranreichen dazuzählt. Bei Frau Ehlers (Ehlers_Ärztin 43, S. 128) ist dies Teil der Mobilisation. Dennoch kann gezeigt werden, dass auch in der Pflege versucht wird, über eine systematische Lösung zeitliche Freiräume zu schaffen, die explizit für die Zuwendung zu den Patient_innen genutzt werden soll.

Bückler_Pflegedienstleitung 40

„Das was wir jetzt gemacht haben, ist halt auch so ein Stück Personalmix. Das Pflege denn dann auch ein Stück von den nicht originären Pflegeaufgaben entbunden wird. Wir haben einen Teil der Planstellen in Servicestellen umgewandelt, sodass [...] alles was mit Essen und Trinken zu tun hat, mit Housekeeping, weil ja auch zunehmend ein Hotelstandard gewünscht ist bei den Patienten und wir gesagt haben, also Betten machen bei einem Aufsteh-Patienten muss nicht unbedingt von einer dreijährigen Examinierten gemacht werden, das können auch Mitarbeiter, die aus dem Hotelbereich kommen. Und auch das Nachtschränkchen abwischen oder dieses Rundumpaket oder Getränke anreichen ja beim Patienten, die das alles selber machen können. Da brauche ich keine dreijährig Ausgebildete, da kann ich lieber Freiräume schaffen bei denen, die denn dann auch wirklich Zuwendungszeit benötigen, also dass man dann über diesen Weg versucht Zeit frei zu schaufeln.“

Eine weitere zeitbezogene Lösung bedient das Spannungsfeld 1 mit Blick auf den Anspruch an eine ganzheitliche Versorgung, um die Versorgung der Patient_innen nach der Entlassung sicherzustellen, während dies durch die kurzen Liegezeiten erschwert wird. Merkmal dieser Form der Lösung ist eine vorausschauende Planung von Abläufen innerhalb des gegebenen Zeitrahmens (vgl. Haas_Arzt 24a, S. 84). Bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt der stationären Versorgung wird im Behandlungsteam geklärt, welches Behandlungsziel verfolgt wird, wie die Versorgung nach dem Aufenthalt in der Geriatrie sichergestellt werden kann und welche Hilfsmittel die Patient_innen dafür benötigen.

Für eine nachhaltige Sicherstellung der Versorgung nach dem stationären Aufenthalt sind Informationen über die Patient_innen und deren Lebensumstände sehr wichtig. Da kaum noch zeitliche Möglichkeiten bestehen, diese Informationen über

die Patient_innen und über die Angehörigen zu ermitteln, wird die Informationsgewinnung auch über andere, in die organisationale Struktur eingepassten Vorgänge erfasst. Beispielsweise machen Ergotherapeut_innen Begehungen der Wohnungen und Häuser der Patient_innen. Sie schauen sich die gegebenen Wohnverhältnisse an und stimmen darauf aufbauend mit den Patient_innen das weitere medizinische und therapeutische Vorgehen ab, in das auch die der Geriatrie nachgelagerten Versorgung eingeht (vgl. Haas_Arzt 24b, S. 141).

Darüber hinaus werden bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt der stationären Versorgung Anträge auf eine Rehabilitation gestellt. Damit gehen Irritationen bei den Rehabilitationseinrichtungen einher, was zu vermehrten Nachfragen der Rehabilitationseinrichtungen bei den Ärzt_innen der Geriatrie führt. Diese Nachfragen finden jedoch zu einem späteren Zeitpunkt statt, zu dem die Patient_innen dann rehabilitationsfähig sind. Diese frühe Antragsstellung auf Rehabilitation, obwohl der Gesundheitszustand der Patient_innen dies noch nicht zulassen würde, kann jedoch einen nahtlosen Übergang von der Geriatrie in die Rehabilitation sichern. Hierdurch müssten die Patient_innen nicht erst wieder nach Hause oder eine anderweitige pflegerische Versorgung in Anspruch nehmen, bevor sie in die stationäre Rehabilitation gehen (Ehlers_Ärztin 154a, S. 142).

Diese frühzeitige Planung setzt zum einen voraus, dass die Ärzt_innen auf unterschiedliche Optionen zurückgreifen können. Bei Herrn Haas ist das z.B. die Strategie, Informationen über das Lebensumfeld der Patient_innen zu bekommen. Frau Ehlers nutzt dagegen die Möglichkeiten, mit den Rehabilitationseinrichtungen Rücksprache zu halten. Die Versorgung nach einer als zu kurz empfundenen Liegezeit in der Geriatrie über eine frühzeitige Planung abzusichern, wird zudem durch weitere Akteure unterstützt. In die Planung sind dementsprechend auch das Entlassmanagement (wie es nach § 39 SGB V vorgesehen ist) und der Sozialdienst involviert, die sich u.a. um die weitergehende Versorgung außerhalb der Geriatrie kümmern (vgl. Amlinger_Arzt 43, S. 142, vgl. auch Bückler_Pflegedienstleitung 36, S. 84 und Anhang Bartel_Arzt 11b, S. 181).

Haas_Arzt 24b

„Da steht uns als spezifisches Angebot der Klinik auch die mobile Ergotherapie zur Verfügung, die dann sich mit den Verwandten in Verbindung setzt, mit denen, wenn die das wollen, einen Termin abmacht, um dann einen Hausbesuch zu machen, idealerweise mit den Patienten selbst, um zu gucken, wie kommen die zum Beispiel die Treppe hoch zu Hause, wie ist die Einrichtung des Bades, ist die Einrichtung gegebenenfalls behindertengerecht und so weiter. Dann müssen die Patienten einen Eigenanteil bezahlen, als Benzinpauschale. Aber im Prinzip ist das eine sehr sinnvolle Einrichtung auch, [...] weil wir häufig schon die Situation hatten, dass die mobile Ergotherapeutin zurückkommt und sagt: ‚Das geht eigentlich über-

haupt nicht zu Hause.‘ Es gibt ja auch manche, die haben keine Verwandten mehr und die haben vielleicht auch son bisschen zu positives Bild von ihrer eigenen Versorgung zu Hause und das läuft häufig unbewusst ab. [...] Wenn dann son Hausbesuch als Ergebnis hat: Also das wird wahrscheinlich ohne massive Unterstützung zu Hause gar nicht gehen, dann müssen wir zumindest mit dem Patienten auch sprechen und sagen: ‚Das und das ist rausgekommen und als Ergebnis können wir Ihnen nur empfehlen, doch entweder deutlich mehr Hilfe in Anspruch zu nehmen.‘ Das heißt, dass wird dann auch helfen bei der Beantragung bei der Höhereingruppierung in die Pflegeversicherung oder das man sagt, das wird zu Hause aus unserer Sicht so nicht mehr funktionieren, wir würden empfehlen, dass Sie in ein Heim gehen.“

Ehlers_Ärztin 154a

„Als Beispiel kann ich sagen, dass ich in dem Moment Rehaanträge stelle, wenn der Patient kommt und / also der kommt rein und ich stell noch am gleichen Tag einen Rehaantrag. Weil es fünf bis sieben Tage dauert, bis die Krankenkasse den Rehaantrag bearbeitet hat, genehmigt hat. Und es dauert mindestens nochmal so lange, bis die Reha mir einen Platz zubilligt. Und ich soll den Patienten nach Möglichkeit innerhalb von 14 Tagen entlassen und dass kann ja nur so funktionieren. Dementsprechend ist es so, dass auf meinen Rehaantrag ein sehr schlechter Patient steht, der quasi fast nichts kann, was dazu führt, dass die Rehaklinik bei mir anruft und fragt: ‚Ja, ist denn der Patient denn rehafähig?‘ Aber zu dem Zeitpunkt, wo die anruft, kann der Patient dann meistens schon viel, viel mehr, sei es laufen, sitzen oder schlucken, wie auch immer. Aber das ist son typisches Beispiel, das wäre früher nicht der Fall gewesen.“

Amlinger_Arzt 43

„Es hat sich sehr, sehr viel geändert. Ich habe am Ende meiner Schullaufbahn in der Klinik angefangen zu arbeiten im Pflegedienstpraktikum, damals war es eigentlich gängig, dass die Leute vier Wochen in der Klinik blieben und man hat sich einfach mehr Zeit nehmen können. Die Patienten zu behandeln, Medikamente einzustellen, man hat nicht so viel Wert auf Mobilisation gelegt, wie ich es jetzt hier legen kann und es sind sehr viele Leute ohne diese Mobilisationsversuche und Therapieversuche, wie ich sie jetzt anbieten kann, im Altenheim verschwunden und damals auch nur verwahrt worden. Dieses Konstrukt ist glücklicherweise ganz anders geworden, die Liegezeiten sind kürzer geworden. Das mag man jetzt bedauern oder nicht, dem einen Patienten kommt es entgegen, meinen älteren Patienten wird es überhaupt nicht gerecht. Deswegen bin ich froh, dass ich denen hier mehr anbieten kann. Aber es wird mittlerweile auch darauf geguckt, wie ist die Versorgung, was ist zu Hause zu regeln, das ist auch gut so, denn eigentlich war das nicht der Fall, da wurde so nach Hause entlassen, dass man zu Hause klar kam und heute wird man eben entlassen, dass man nicht mehr krankenhauspflichtig ist. Und dafür muss zu Hause einiges geregelt werden und das immer zu leisten, wirft dann auch ganz andere Probleme auf, auch ganz andere Berufsbilder auf, also Entlass-Planer oder

Entlass-Manager gab es, als ich Anfang der Neunziger in der Klinik begonnen habe, nicht.“

Eine weitere Möglichkeit der zeitbezogenen Lösung besteht in der gegenseitigen Übernahme von Tätigkeiten, um Kollegen in ihrer Arbeit zu entlasten. In diesem Sinne wird die Problematik angegangen, die sich aus der Umsetzung der fachlichen Dimension des berufsspezifischen Anspruchs und dem Personalmangel ergeben (Spannungsfeld 3). In der Versorgungspraxis wird dann, sofern es auf der Station etwas ruhiger ist, wie z.B. im Nachtdienst, diese verfügbare Zeit genutzt, um Vorbereitungen für die Krankenpfleger_innen des folgenden Diensts vorzunehmen. Beispielsweise werden bereits die Medikamente gestellt, sodass diese Tätigkeit für die Krankenpfleger_innen im Frühdienst wegfällt. Somit werden Zeitkapazitäten frei, durch die mehr Raum für die pflegerische Versorgung bleibt bzw. aufkommende Arbeitsbelastungen reduziert werden können (vgl. Peters_Krankenpflegekraft 53, S. 143). Voraussetzung ist hier, dass wiederum die Personen, die die Tätigkeiten übernehmen, ebenfalls Möglichkeiten haben, diese Dinge durchzuführen. Das bedeutet, sind z.B. im Nachtdienst viele Vorkommnisse, bleibt nur wenig Zeit, andere Tätigkeiten vorzubereiten. Dementsprechend können die anderen Pflegekräfte nicht immer auf derartige Entlastungen zurückgreifen; sie sind zudem nicht garantiert oder können nicht von den Krankenpfleger_innen eingefordert werden.

Peters_Krankenpflegekraft 53

„Wenn zum Beispiel die Nachtschwester sieht, also okay, die Nacht bei ihr ist ruhig. Und die sieht im Spätdienst im nächsten Tag sind nur zwei Leute, dass sie zum Beispiel schon ein bisschen vorarbeitet, Medikamente stellt oder Entlassungen macht in der Nacht. Wir gucken halt, wenn es bei uns ruhiger ist, dann versuchen wir den anderen dann zu helfen, das ist dann für mich gut, dass man sich halt hilft und dass halt die Arbeit zusammen klappt.“

Zeitkapazitäten werden zudem über die Organisation der Angehörigengespräche geschaffen. Eine Möglichkeit in diesem Zusammenhang ist die Einrichtung von Besuchszeiten, nach denen sich sowohl die Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen als auch die Angehörigen richten müssen. Die Behandelnden haben so die Möglichkeit, sich darauf einzustellen, dass es in einem vorgegebenen Zeitraum zu einem verstärkten Kommunikationsbedarf der Angehörigen kommen kann. Außerhalb dieser Besuchszeiten können sich die Behandelnden ausschließlich der Versorgung der Patient_innen widmen (vgl. Jobst_Krankenpflegekraft 23a, S. 144). Dies kann jedoch nur so weit funktionieren, wenn die Besuchszeiten nicht mit geschäftlichen Zeiten zusammenfallen. Darüber hinaus kann es sein, dass die Angehörigen aufgrund ihrer eigenen Erwerbstätigkeit diese Besuchszeiten nicht einhalten können und daher außerhalb dieser Besuchszeiten auf der Station sind. Sie wieder

wegzuschicken, würde jedoch dazu führen, dass der Behandlungsplan oder Behandlungsfortschritte nicht ausreichend abgesprochen werden können. Außerdem wäre hierdurch dann eine Versorgung durch die Angehörigen nach der Entlassung aus der Geriatrie gefährdet.

Jobst_Krankenpflegekraft 23a

„Ja, ja, also ich finde, () sie wissen ja, dass immer in diesen Broschüren und Flyern steht, Angehörige werden total miteinbezogen und spielen eine wichtige Rolle und so. Und es ist ja auch so. Auch da gibt es so eine Richt/ein richtiges Maß zu finden, wir haben tatsächlich nach einigen Jahren Besuchszeiten eingeführt. Also wir hatten immer keine und haben immer gedacht, das ist ganz toll, wenn wir sagen: ‚Ach, Sie können einfach immer kommen, das macht uns gar nichts.‘ Und haben gedacht, das wäre richtig und nett und so. Jetzt haben wir Besuchszeiten aufgehängt, die werden zum Teil völlig ignoriert, aber es ist trotzdem eine gute Sache, auf die man mal verweisen kann, also so Regeln sind ja immer gut, [...] / oder das man die mal vor sich hertragen kann, so rum.“

Eine für alle Spannungsfelder greifende Lösung lässt sich in der Selbstausschöpfung der Ärzt_innen und Krankenpflegekräfte finden. Dies wird schon von Bode (2010, S. 82) vermutet, der den Erhalt einer vergleichsweise guten Versorgung in der „Selbstausschöpfungselastizität“ des Arbeitskörpers“ sieht. Eine Art der Selbstausschöpfung wird in Ehren_Krankenpflegekraft 35a (S. 144) deutlich. Die verschiedenen Anforderungen, die an die Krankenpfleger_innen von unterschiedlichen Seiten gestellt werden, führen zu einem „Zerreißen“, um allen Anforderungen gleichermaßen gerecht zu werden. Dabei geht es nicht nur darum, diesen Anforderungen zeitnah entgegen zu kommen, sondern auch die einzelnen Aufgaben kognitiv zu bearbeiten und zu behalten.

Vor diesem Hintergrund scheint die Krankenpflege zudem mit der Anforderung konfrontiert zu sein, sich eine Technik anzueignen, um sich schnell von belastenden Situationen erholen zu können (vgl. Jobst_Krankenpflegekraft 31, S. 145). Die Techniken werden auf der individuellen privaten Ebene lokalisiert, die in der Freizeit der Krankenpflegekräfte liegen, etwa durch Schlafen, Ausgehen oder im Glauben.

Ehren_Krankenpflegekraft 35a

„Und das ist halt manchmal so schwierig. Weil dann manchmal Situationen entstehen, wo man sich dann so verzettelt, wo man dann so mehrere Dinge gleichzeitig macht. Unsere größte Arbeitsbelastung ist, dass wir nichts in Ruhe zu Ende machen können. In jedem anderen Beruf ziehen sie sich eine Nummer und warten, bis sie aufgerufen werden. Wenn ich in die Werkstatt fahre, sagt der Meister: ‚Geh erstmal, schreib einen Auftrag.‘ Bei uns stehen die Angehörigen und wollen sofort eine Antwort haben,

warum es der Mutter schlecht geht oder der Patient will sofort auf die Toilette oder der Arzt will sofort die Blutentnahme haben und da müssen Sie sich manchmal so ein bisschen zerreißen. Letztendlich kompensieren sie das durch eine gute Organisation. Sie müssen Multitasking können, Sie müssen wirklich mehrere Dinge gleichzeitig beherrschen oder im Hinterkopf haben, Dinge nicht vergessen und das heißt, Sie sind eigentlich auch geistig immer so auf Highspeed und das ist sehr anstrengend.“

Jobst_Krankenpflegekraft 31

„[A]lso bin ich mir sicher, sie [die Krankenpflegekräfte; Anmerkung der Autorin] müssen irgendeine Technik haben, wie sie mit hoher Arbeitsbelastung umgehen. Also sowohl physischer als auch psychischer Art, sie müssen die Fähigkeit haben, sich schnell zu erholen.“

Eine ähnliche Form der Selbstausschöpfung wird in Haas_Arzt 36b (S. 145) deutlich. Es wird trotzdem weitergemacht, selbst wenn Grenzen der Leistungsfähigkeit und die damit einhergehenden Gefühle von Hilflosigkeit und Versagen erkannt werden. Dies ist jedoch nur dann möglich, wenn die Ärzt_innen über dem Gefühl stehen, die Patient_innen nicht mehr adäquat behandeln können.

Haas_Arzt 36b

„Man muss die Ruhe bewahren, man darf nicht sagen: ‚Das kann ich jetzt absolut überhaupt nicht mehr leisten.‘ Obwohl wir immer natürlich gerade in den letzten Jahren denken, es kann eigentlich nicht noch mehr Arbeit auf uns zukommen. Also diese Arbeitsverdichtung, die ja auch in anderen Kliniken durchaus Top-Thema ist. Aber irgendwie scheint es ja dann doch weiter zu gehen. Obwohl immer natürlich ein bestimmtes Gefühl einer Hilflosigkeit vielleicht auch eines Versagens da bleibt, weil man meint, man hat die Patienten [...], die einen anvertraut sind, nicht adäquat auch behandelt. Ja, das ist ein Gefühl, was immer wieder kommt. Damit muss man auch irgendwie umgehen, sonst ist man wahrscheinlich blockiert.“

Eine wesentliche Ressource, die Selbstausschöpfung als zeitbezogene Lösung zu realisieren, ist das medizinisch-pflegerische Team der Station bzw. das betriebliche Klima auf der Station. Die oft als familiär beschriebene Beziehung zu anderen Ärzt_innen und/oder Krankenpflegekräften schafft es, dass alle gemeinsam versuchen, trotz der gegebenen ökonomischen Ansprüche eine an berufsspezifischen Orientierung ausgerichtete Versorgung zu leisten (vgl. Borchardt_Krankenpflegekraft 84, S. 146). Darüber hinaus scheint ein gutes Klima unter den Behandelnden dazu beizutragen, dass die Behandelnden auch unter eher schlechten Arbeitsbedingungen die Versorgungstätigkeiten gerne ausführen (vgl. Bückler_Pflegedienstleitung 20, S. 146).

Borchardt_Krankenpflegekraft 84

„Wie gesagt, dadurch, dass wir alle so ein gutes Team bilden, kriegen wir es relativ [...] gut gehändelt. Ich glaube, wenn wir jetzt nicht so familiär wären, würde es manchmal ausarten.“

Bücker_Pflegedienstleitung 20

„Je besser so ein Team auf der Station funktioniert, umso besser wird der Patient gepflegt, ja. Je wohler man sich als Mitarbeiter auf einer Station fühlt, umso lieber kommt er auch zur Arbeit und wenn das Team gut ist, dann ist die Arbeitsbelastung auch für viele erträglicher. Also die Erfahrung hab ich selber gemacht. Wir konnten noch so viel Arbeit haben, wenn wir [...] Spaß hatten im Team, dann war uns das egal, [...] auch wenn wir eine Stunde länger machen mussten oder wenn es halt schlimm war, wir haben das gewuppt gekriegt und wir hatten Spaß bei der Arbeit.“

Eine andere Form der Selbstausschöpfung ist hinsichtlich des Arbeitsbeginns festzustellen. Einige Ärzt_innen beginnen mit ihrer Arbeit bereits vor dem eigentlichen Arbeitsbeginn. Dies tun sie, um „in Ruhe arbeiten“ zu können oder um bereits vor dem Dienstbeginn Aufgaben zu erledigen (vgl. Bartel_Ärztin 11a, S. 146, vgl. auch Anhang Baumann_Arzt 9c, S. 181). Dadurch werden zeitliche Ressourcen für die eigentliche, bezahlte Dienstzeit geschaffen. Im Vergleich zur vorherigen Form der Selbstausschöpfung, die eher auf die psychischen Kapazitäten der Behandelnden rekurrieren, scheint der vorzeitige Beginn der Dienstzeit auf einer freiwilligen Basis stattzufinden. Ähnlich ist diese Form der Selbstausschöpfung auch mit der Lösung, durch die Krankenpflegekräfte zeitliche Kapazitäten schaffen, indem sie Aufgaben anderer Dienste vorab erledigen. Bei den Ärzt_innen wird dies jedoch genutzt, um Zeitkapazitäten für sich selbst zu schaffen. Darüber hinaus – und deswegen kann es der Selbstausschöpfung zugeordnet werden – werden diese Tätigkeiten nicht während der bezahlten Arbeitszeit durchgeführt.

Bartel_Ärztin 11a

„Ich hab dann oft so, komme ich auch früher, meistens komme ich schon so zehn nach sieben, viertel nach Sieben, weil ich dann einfach mal so die erste dreiviertel Stunde hier in Ruhe arbeiten kann. Visitier schon Patienten, guck mir schon mal Wunden an. Oder wenn irgendwas Besonderes nachts war, dann weiß ich schon mal Bescheid, was so auf Station gelaufen ist.“

Die Selbstausschöpfungselastizität scheint jedoch ihre Grenzen zu haben. Das fortwährende Bemühen, im gegebenen zeitlichen Rahmen möglichst viel zu erreichen, führt dazu, dass es an die „Substanz“ geht (Ehren_Krankenpflegekraft 19b, S. 147). Auch Frau Jobst (vgl. Jobst_Krankenpflegekraft 60, S. 147) schildert, dass für sie die Umsetzung ihrer Versorgungsansprüche zwar nur durch Mehrarbeit möglich ist. Gleichzeitig hält sie aber dazu an, den Punkt zu erkennen, an dem die Versorgungsleistungen nicht mehr unter den gegebenen Rahmenbedingungen erbracht werden

können. Ab diesem Punkte sollte dann getrennt werden, „was Sie eben machen, was Sie trotzdem machen [...] und was Sie eben heute mal nicht machen“ (Jobst_Krankenpflegekraft 60, S. 147). Dies impliziert: Ist die Grenze der Selbstausschöpfung erreicht, werden Versorgungsaspekte, wie auch immer diese im Einzelfall aussehen, weggelassen.

Ehren_Krankenpflegekraft 19b

„Ein guter Pfleger ist er, wenn er die Risiken oder die Potenziale auch eines Patienten möglichst zeitnah erkennt und das Ganze versucht, ja, stationsgerecht umzusetzen, aber auch den Patienten gerecht zu werden. Sich selber wird er meistens nicht gerecht, weil eigentlich versucht wird immer, ja, mit möglichst wenig Zeit maximal therapeutische Erfolge durchzuziehen und das geht letztendlich irgendwann auch auf die Substanz.“

Krankenpflegekraft_Jobst 60

„Vielleicht habe ich mich auch einfach ein bisschen verrannt, weil ich immer denke, nein das kann alles gar nicht sein, dass [...] einem Pflege offensichtlich wurscht ist. [...] Also Sie können natürlich immer was machen, entweder Sie resignieren oder Sie können sagen: ‚Okay, hier, wo bin ich?‘ Was ich kann, ich kann mit meinen Möglichkeiten immer das tun, was mir noch gegeben ist. Aber ab und zu müssen Sie auch mal sagen, jetzt wäre es endgültig genug, jetzt wäre es auch mal fertig. Und dann müssen Sie richtig fein säuberlich trennen, was Sie eben machen und was Sie trotzdem machen, weiterhin machen und was Sie eben heute mal nicht machen. Aber letzten Endes schafft man so eine Qualitätserhaltung nur, indem Sie natürlich auch enorme Mehrarbeit leisten. Also in der vorgegebenen Arbeitszeit schaffen Sie das nicht, so Punkt. Und das ist natürlich auch immer so eine Grenzfrage, wieviel mache ich und stütze damit ein System und wann revoltiere ich.“

Mit der zeitbezogenen Lösung werden also Spannungen zwischen den berufsspezifischen Ansprüchen und den ökonomischen Ansprüchen gelöst, indem zum einen Zeiten für die Patientenversorgung „doppelt“ genutzt werden oder indem die vorhandenen zeitlichen Ressourcen möglichst gut organisiert werden. Zum anderen wird aber auch die Lösung der Selbstausschöpfung genutzt. Zusammengefasst nutzen die Behandelnden die gegebenen Möglichkeiten weitestgehend aus, um innerhalb dieses Rahmens des Zeitmangels die berufsspezifischen Ansprüche zu realisieren.

5.3.2 Versorgungsbezogene Lösung

Gegenüber den zeitbezogenen Lösungen wird bei einer „versorgungsbezogenen Lösung“ der berufsspezifische Anspruch zur Versorgung von geriatrischen Patient_innen an den verfügbaren zeitlichen Rahmen angepasst. Auch hier können unterschiedliche Vorgehensweisen bzw. einzelne Lösungswege rekonstruiert werden.

Allgemein lassen sich versorgungsbezogene Lösungen daran festmachen, dass die Ärzt_innen und die Krankenpfleger_innen danach streben, das Beste aus den Gegebenheiten zu machen. Gleichzeitig erscheinen jedoch „Abstriche“ in der Versorgung unter den gegebenen Umständen als unvermeidlich (Ehlers_Ärztin 123, S. 148). Neben den Abstrichen, die sich in der Umsetzung von Versorgungsleistungen niederschlagen, bestehen gleichfalls Abstriche, die bereits in den Versorgungsansprüchen der Behandelnden angelegt sind. Diesen Einschränkungen sind sich die Behandelnden durchaus bewusst, wie aus dem Interviewausschnitt von Herrn Ehren deutlich wird (Ehren_Krankenpflegekraft 31, S. 131). So habe er sich den Anspruch, eine „gute oder sehr gute“ Versorgung zu erbringen, bereits seit einiger Zeit abgewöhnt. In der Umsetzung scheint die Patientenversorgung nur noch das grundlegend Notwendige zu umfassen.

Ehlers_Ärztin 123

„Also ich finde im Moment machen wir das Optimale aus dem was wir hier zur Verfügung haben. Das muss ich wirklich sagen. Also wir bemühen uns, dass was wir haben, optimal einzusetzen. Müssen aber ganz klar, wie gesagt, Abstriche machen. Das ist einfach so.“

Im Einzelnen zeigt sich eine versorgungsbezogene Lösung in der Gewichtung unterschiedlicher Aspekte in den Versorgungsansprüchen. Dies betrifft sowohl die Versorgungsansprüche der fachlichen Dimension als auch die Versorgungsansprüche der sozialen Dimension. Wie in Ehren_Krankenpflegekraft 35b (S. 148) deutlich wird, kann sich eine Hierarchisierung von Versorgungsansprüchen an den konkreten menschlichen Bedürfnisse der Patient_innen wie Durst, Linderung von Schmerzen und die Herstellung von Sicherheit ausrichten. In der Folge können nur aktuell bestehende Bedarfe der Patient_innen bedient werden; eine Gesamtschau auf die Versorgung, die eine Mobilisation oder die nachgelagerte Versorgung mit einbezieht, gehen nicht mit ein. Bezugnehmend auf die Selbstausschüttungs- und Selbstausbeutungs- und -elastizität (Ehren_Krankenpflegekraft 35a, S. 144) wird bei Herrn Ehren hier eine zweite Option deutlich, um mit kontroversen Versorgungsansprüchen umgehen zu können. Werden diese beiden Lösungen in Beziehung gesetzt, lässt sich der Zusammenhang sehen, dass die Gewichtung in der Versorgungsleistung die Selbstausbeutung unterstützt, indem dadurch Kapazitäten frei werden, die dazu genutzt werden, um „mehrere Dinge gleichzeitig beherrschen oder im Hinterkopf haben“ (Ehren_Krankenpflegekraft 35a, S. 144) zu können. Eine andere Interpretation wäre, dass mit dem Erreichen der Selbstausbeutungs- und -elastizitätsgrenze ein anderer Lösungsweg nötig wird. Dieser ist dann in der versorgungsbezogenen Lösung im Rahmen einer Gewichtung von Versorgungsansprüchen zu finden.

Die Gewichtung, welchen Versorgungsleistungen den Vorzug vor anderen eingeräumt werden, kann sich auch aus der Situation heraus ergeben. Dabei wird etwa

den Bedarfen, die von den Krankenpfleger_innen gerade bedient werden, ein Vorzug eingeräumt. Demnach wird die gerade ausgeführte Tätigkeit nicht unterbrochen, sondern erst abgeschlossen. Dies hat zur Folge, dass klingelnde Patient_innen „erstmal verloren“ (Int_Müller 55, S. 149) haben. Hier lassen sich Tendenzen einer Priorisierung von Leistungen erkennen, indem aus Zeitgründen nicht bei allen Patient_innen Versorgungsleistungen gewährleistet werden können. Die Folgen dieser Vorgehensweise gehen zu Lasten der Patient_innen.

Ehren_Krankenpflegekraft 35b

„Man fängt an auch zu verdrängen, man muss Prioritäten setzen. Also man fängt immer an, so eine Art Top Ten zu setzen, ne, was ist jetzt wichtig, was ist jetzt nicht so wichtig. Bei mir gibt es so eine persönliche Top Ten, also wenn jemand bei mir zum Beispiel Durst, Schmerzen, Angst, hat, dann ist mir alles andere egal. Also das hat bei mir so Priorität, wo ich sage, das sind individuelle Bedürfnisse, die dulden auch kein ‚Ich komme später.‘ Sondern wenn einer Durst hat, dann kann ich nicht sagen, ich komme in einer halben Stunde und gebe dir was.“

Müller_Krankenpflegekraft 55

„Wir bemühen uns. Also ich finde, was auch wichtig ist, dass die Patienten also für die Schwestern, finde ich einfach Zeit ist das Wichtigste für die Patienten. Eine Schwester, die sich wirklich auch die Zeit nimmt, dann auf jeden Wunsch des Patienten einzugehen, sei es ich muss auch die Bettpfanne, also wie gesagt, wenn morgens gepflegt wird und es klingelt einer, ja, der hat eigentlich erstmal verloren.“

Die Prioritäten werden zu unterschiedlichen Zeitpunkten festgelegt. Auf der einen Seite werden sie bereits vor dem eigentlichen Versorgungsgeschehen definiert, indem bspw. die Ärzt_innen und die Krankenpfleger_innen eine übergeordnete Rangfolge haben, wie es aus Ehren_Krankenpflegekraft 19b (S. 147) oder aus Borhardt_Krankenpflegekraft 64 (S. 151) hervorgeht. Eine Gewichtung von Aufgaben und Versorgungsschwerpunkten kann außerdem auf Basis gegebener Informationen z.B. aus der Übergabe erfolgen. Die Prioritäten in der Versorgung – also auf welche Patient_innen eine größere Aufmerksamkeit gerichtet wird – werden von Dienst zu Dienst dementsprechend unterschiedlich festgelegt (vgl. Peters_Krankenpflegekraft 145-147, S. 150).

Ein ähnliches Vorgehen identifiziert Vogd (2006a, 2006b) bei den Ärzt_innen, die die Fälle danach unterscheiden, ob es sich um Routinefälle oder um komplizierte Fälle handelt: Die Behandelnden gewichten also die Versorgung der Patient_innen nach ihren Erkrankungen, sodass der zeitliche und personelle Schwerpunkt auf den schwierigeren Fällen liegt. Anhand der hier vorliegenden Daten wird darüber hinaus eine Abweichung vom Qualitätsverständnis deutlich, in der einzelne Aspekte oder Tätigkeiten hierarchisiert werden. Wenn z.B. im konkreten

Versorgungsgeschehen bestimmte Situationen eintreten, wie etwa bei Notfällen, wird dieser Tätigkeit den Vorzug vor der organisationalen Vorgabe eingeräumt, die Patient_innen bis zu einem bestimmten Zeitpunkt am Morgen versorgt zu haben (vgl. Peters_Krankenpflegekraft 13a, S. 123). Dieses Vorgehen ist jedoch nur möglich, wenn die entsprechenden Informationen auch weitergegeben und entsprechend verarbeitet werden können.

Peters_Krankenpflegekraft 145-147

Interviewerin: „Wonach gehen dann die Prioritäten?“

Peters: „Das Wichtigste ist, wenn ich jetzt einen Bereich übernehme, höre ich erstmal die Übergabe an und wenn schon die Kollegen sagen, diesen Patienten geht es nicht gut, dann gehe ich zuerst zu diesem Patienten. Wenn die dann wieder sagen, diese Patientin ist okay, oder zwei Patienten geht es nicht gut, dann bin ich vorwiegend nur bei diesen zwei Patienten.“

Von den Behandelnden werden außerdem Bedarfe über die medizinisch-pflegerische Versorgung hinaus angeführt, bei denen sich die Patient_innen Unterstützung durch die behandelnden Personen wünschen. Diese werden von den Ärzt_innen und den Krankenpfleger_innen jedoch nicht in ihren Versorgungsansprüchen berücksichtigt und würden ferner zu einer Überforderung führen. Den Bedarf danach, finanzielle Sorgen zu regeln, sind zudem keine Ansprüche, die sich der fachlichen oder sozialen Dimension der berufsspezifischen Orientierung zuordnen lassen. Darüber hinaus liege die Verantwortung bei den Angehörigen, diese Belange anzugehen. Entsprechend werden private Problemlagen der Patient_innen nicht als Aufgaben des Hauses bzw. der Station gesehen, die von den Behandelnden gelöst werden müssen (vgl. Haas_Arzt 28-32, S. 150).⁴⁷

Haas_Arzt 28-32

„[E]s ist zwar wirklich ein kleiner Teil, aber es gibt durchaus diese Patienten, die meinen, [...] dass ihre Probleme, die sie ansonsten noch haben, im Krankenhaus [...] auch gelöst werden können. Damit sind wir aber überfordert und das dürfen wir auch letztlich nicht zulassen.“

Interviewerin: „Welche Probleme wären das?“

⁴⁷ Eine weitere Option wie im gegebenen Zeitrahmen eine gute Versorgung sichergestellt werden kann, sehen die Krankenpfleger_innen und die Ärzt_innen in einer spezifischen baulichen Struktur der Station. Dazu zählen Aufenthaltsräume, die zentral gelegen und vom Schwesternzimmer einzusehen sind. Hier wären die Patient_innen nicht isoliert in ihren Zimmern, sondern könnten aktiv im Aufenthaltsraum mobilisiert werden. Für die Krankenpfleger_innen wäre dies mit der Möglichkeit verbunden, mehrere Patient_innen an einem Ort zu haben und nicht auf die einzelnen Zimmer verteilt. Darüber hinaus wird in einem runden Aufbau der geriatrischen Station der Vorteil gesehen, dass es für die Patient_innen schwieriger ist, versehentlich die Station zu verlassen. Sie würden dann eher im Kreis des Gebäudes laufen. Hier wird deutlich, dass Kontrollaufgaben von den Behandelnden durch die bauliche Struktur aufgefangen werden können und dadurch zeitliche Ressourcen frei werden.

Haas: „Ja, das sind Probleme, [...] die in der häuslichen Versorgung liegen, die wir eventuell auch so, ich sprach ja vorhin auch davon, dass manche Patienten einfach, dass der Hilfsbedarf so groß ist, dass eine häusliche Versorgung nur durch eine 24-Stunden-Versorgung, dann Pflege, hinzukriegen ist. Und das ist wiederum eine Geldfrage. Das sind Dinge, die wir, wo wir irgendwann, wo ich dann auch als behandelnder Arzt sagen muss, es muss jetzt eine Entscheidung gefällt werden und wir empfehlen jetzt dringend, dass du doch, dass wir dich entlassen in ein Heim, was vielleicht auf Dauer auch gar nicht so schlecht ist. [...] Und andere Dinge, die wir vom Krankenhaus aus nicht lösen können, sind zum Beispiel finanzielle Unzulänglichkeiten, damit sind wir einfach auch überfordert.“

Dennoch zeigen sich auch Fälle, in denen das Zusammentreffen unterschiedlicher Ansprüche und Aufforderungen die Pflege dazu veranlassen, jene Ansprüche zu verschieben, die nicht unmittelbar mit der Patientenversorgung zusammenhängen. Dann rangiert die Versorgung der Patient_innen noch vor den Dokumentationsaufgaben. Die Bedarfe der Patient_innen gehen selbst dann vor, wenn die Vorgesetzten die fehlende Dokumentation bzw. Ablage kritisieren (vgl. Borchardt_Krankenpflegekraft 64, S. 151).

Borchardt_Krankenpflegekraft 64

„Ich habe mir auch schon vom Chefarzt einen abgeholt, weil halt nichts abgeheftet war. [...] Es geht nicht, ich bin hier nur am Laufen draußen und dann bleibt halt das Dienstzimmer liegen, dann müssen sie sich ihre Befunde selber abheften, wenn sie die nochmal sehen wollen, also (.) dann kriegt man einen gemurmelt zurück, aber dann ist mir das relativ egal. Ja pff.“

Der berufsspezifische Versorgungsanspruch kann auch dahingehend an die Zeit angepasst werden, indem die Behandelnden aus dem „System [ausschlagen]“ (Ehren_Krankenpflegekraft 27, S. 152), sich auf eine Komponente guter Versorgung fokussieren und hierfür umfassende zeitliche Ressourcen aufwenden. Damit ist jedoch ein Austritt aus der „eigentlichen“ Arbeit verbunden. Bei Herrn Ehren stellt sich die Situation so dar, dass er über ein Modellprojekt zur Angehörigenberatung kaum noch pflegerische Tätigkeiten auf der Station übernimmt und zunehmend mehr Arbeitszeit in diese ähnliche, aber dennoch alternative Beschäftigung investiert. Mit diesem Rückzug aus der geriatrischen Akutversorgung konzentriert sich Herr Ehren auf die Qualitätsdimension Kommunikation zwischen Behandelnden und Angehörigen und der Sicherstellung der nachgelagerten Versorgung. Somit

kann hier von einer Fokussierung auf spezifische Aspekte der Qualitätsdimensionen ausgegangen werden kann.⁴⁸ Diese Lösung kann jedoch nur dann genutzt werden, wenn in den Einrichtungen entsprechende Möglichkeiten geboten werden.

Ehren_Krankenpflegekraft 27

„Und heute ist es eben durch diese DRG-Abrechnungsmodelle und durch diese kurzen Liegezeiten und ‚Nein, die Therapie wird nicht bezahlt, das Ergotherapeutische muss unterm Tisch fallen, weil‘, ne, also das gesamte Modell funktioniert nicht mehr menschengerecht oder nicht mehr menschenwürdig. Also meiner persönlichen Meinung nach. Und ich bin dann einfach auch jemand, der sagt, dann schlage ich aus diesem System aus, weil das habe ich so nicht gelernt, das war nicht die Motivation vor 25 Jahren, in diesen Beruf zu gehen. Und ich persönlich habe so mein eigenes Menschenbild oder meine Pflegevorstellung von einer guten Pflege und wenn ich die nicht mehr umsetzen kann, wäre ich auch so konsequent und würde sagen, dann bin ich unterm Strich einfach dann da fehl am Platz, das mache ich nicht mit. Also ich möchte nicht diese Zustände, wie sie manchmal in den Medien dargestellt werden, mittragen müssen.“

Im Zentrum der versorgungsbezogenen Lösung steht zusammengenommen eine Form der Priorisierung und Rationierung von Leistungen. Herauszustellen ist, dass die Priorisierung und Rationierung vor dem Hintergrund angewendet wird, um weitestgehend die berufsspezifischen Ansprüche an die Versorgung in die Praxis umsetzen zu können.

5.3.3 Zwischenfazit III – Lösungswege zur Bewältigung des Zeitproblems

Der Zeitmangel als Folge der Ausrichtung auf eine Verlustvermeidung oder auf eine Gewinnerzielung der Krankenhäuser führt zu unterschiedlichen Lösungsansätzen, um die berufsspezifischen Ansprüche bei einer mangelnden verfügbaren Zeit in die Versorgungspraxis umzusetzen. Dabei zeigt sich, dass es nicht wirklich eine Anpassung an die von der Organisation getragenen Orientierungen an ein wirtschaftliches Handeln gibt. Vielmehr werden sich aus der Divergenz ergebenden Belastungen durch individuelle Bemühungen der Ärzt_innen und Krankenpflegekräfte getragen.

Die Ergebnisse in diesem Abschnitt dienen als Grundlage, um die dritte Forschungsfrage zu beantworten, wie Ärzt_innen und Krankenpflegekräfte damit umgehen, wenn ihre Versorgungsansprüche durch die ökonomischen Ansprüche nicht

⁴⁸ Gegenüber einem dauerhaften Ausstieg aus der eigentlichen pflegerischen Versorgung werden von den interviewten Ärzt_innen auch Optionen benannt, die eine vorübergehende Unterbrechung von Versorgungsleistungen ermöglichen. Darunter fallen Krankmeldungen. Sie scheinen dann eingesetzt zu werden, wenn die Arbeitsbelastung auf der Station nicht mehr über einen längeren Zeitraum getragen werden kann. In dieser Form der Unterbrechung würden die Krankenpfleger_innen die Möglichkeit sehen, ihre Reserven zu regenerieren, um dann wieder in die Versorgung einzusteigen (vgl. Haas 40a, S. 130).

mit der Versorgungspraxis zusammenpassen. Mit Bezug auf Lipsky (1983) zeigt sich auch in der geriatrischen Versorgung, dass die Behandelnden ihre eigenen Konzepte in ihrer Arbeit entwickeln.

Die berufsspezifischen Ansprüche behalten weitestgehend auch in einer durch ökonomische Orientierungen geprägten Versorgungsrealität ihre Geltung. Jedoch können sie nicht alle ohne Weiteres umgesetzt werden, wenn die verfügbare Zeit beschränkt ist. Vielmehr werden von den Behandelnden unterschiedliche Maßnahmen ergriffen oder genutzt, die als zeitbezogene und versorgungsbezogene Lösungen zu unterscheiden sind.

Zu den zeitbezogenen Lösungen werden jene Handlungen der Behandelnden gezählt, durch die weitere Freiheiten geschaffen werden, um die Versorgungsansprüche in die Praxis umzusetzen. Ähnliches stellt Lohr (20013) für Lehrer_innen fest. Sie jonglieren mit der Zeit, um auf Belastungen und Anforderungen zu reagieren (Lohr/Peetz/Hilbrich 2013, S. 100). Für die geriatrische Versorgung heißt das, dass Freiräume wie z.B. das Verteilen des Abendessens genutzt werden oder in ruhigen Zeiten zukünftige Freiräume geschaffen werden, indem Medikamente für die folgenden Schichten vorbereitet werden. In diesen Fällen werden insbesondere auf Probleme reagiert, die sich aus einem Personalmangel ergeben (vgl. Übersicht 6, S. 154).

Ähnlich verhält es sich mit der Selbstaussbeutung. Hier werden die zeitlichen Möglichkeiten zu Lasten der Behandelnden eingesetzt. Auch dieser Lösungsweg wird insbesondere dazu genutzt, um die fachlichen und sozialen Dimensionen des berufsspezifischen Anspruchs trotz des Personalmangels durchzusetzen.

Die frühzeitige Planung kann ebenfalls als ein Jonglieren mit der Zeit aufgefasst werden, indem innerhalb eines verkürzten Zeitraums weitere Unterstützungsmöglichkeiten genutzt werden. In der Geriatrie wird auf institutionalisierte Informationsquellen (Begehungen des Wohnumfeldes) zurückgegriffen. Hierdurch wird das Problem gelöst, dass durch die kurzen Liegezeiten keine Zeit bleibt, um die Patient_innen kennenzulernen. Darüber hinaus kann durch die frühzeitige Planung, die auch die Zeit nach der Entlassung einbezieht, das Problem bearbeitet werden, dass die Patient_innen nicht (mehr) im Krankenhaus bleiben können, bis die nachgelagerte Versorgung geklärt ist.

Bei den versorgungsbezogenen Lösungen, die sich durch eine Priorisierung und Rationierung auszeichnen, wird ebenfalls eine Umsetzung der berufsspezifischen Ansprüche verfolgt. Dabei kommt der fachlichen Dimension zwar ein stärkeres Gewicht zu, aber die soziale Dimension des berufsspezifischen Anspruchs geht ebenfalls ein. Es ist zu vermuten, dass solche Aspekte wie die Kommunikation

die meisten Möglichkeiten bieten, um Zeit zu sparen. Die Hierarchisierung einzelner Bedarfe und Ansprüche bedient insbesondere die Konflikte, die sich aus einem Personalmangel ergeben.

Die Lösung über einen Ausstieg kann ebenfalls als eine versorgungsbezogene Lösung eingeordnet werden, weil es in einem ersten Schritt nicht darum geht, den Anspruch an eine Kommunikation mit den Angehörigen unter den gegebenen Umständen nach den berufsspezifischen Vorstellungen zu gestalten. Der Schwerpunkt wird auf eine Tätigkeit gelegt, wobei andere Ansprüche ausgeblendet werden können.

Übersicht 6: Lösungsmöglichkeiten

		Berufsspezifische Ansprüche	
		Fachliche Dimension	Soziale Dimension
Ökonomische Ansprüche	Abrechnungsvoraussetzung	ZL: Frühzeitige Planung	
		VL: Hierarchisierung/Priorisierung	
	Personaleinsatz	ZL: Schaffen von Freiräumen für die Versorgung	ZL: Gleichzeitigkeit von Kommunikation und Routinetätigkeiten
		ZL: Selbstaussbeutung VL: Hierarchisierung/Priorisierung	
ZL: zeitbezogene Lösung VL: versorgungsbezogene Lösung			

Quelle: Eigene Ergebnisse.

6 Diskussion der Ergebnisse

In diesem Kapitel wird die in dieser Arbeit dargelegte Untersuchung zu Versorgungsansprüchen in der Akutgeriatrie und zum Umgang mit divergenten Orientierungen hinsichtlich des methodischen Vorgehens, des bisherigen Forschungsstands und der theoretischen Einbettung diskutiert. Dabei sollen offene Fragen dargelegt und der weitergehende Forschungsbedarf formuliert werden.

Zunächst ist festzuhalten, dass für die vorliegende Analyse ein qualitatives Forschungsdesign gewählt worden ist. Dadurch bieten die Ergebnisse einen tiefergehenden Einblick in die Versorgungssituation aus der Perspektive der Behandelnden unterschiedlicher geriatrischer Stationen. Anhand der Untersuchung können dementsprechend Annahmen darüber getroffen werden, wie Individuen damit umgehen, wenn ihre Versorgungsansprüche nicht in den gegebenen Rahmenbedingungen unmittelbar umgesetzt werden können.

Die Auswahl der Interviewpartner_innen geht auf die zentrale Stellung von Ärzt_innen und Krankenpflegekräften in der stationären Versorgung von Patient_innen zurück. Für die geriatrische Versorgung wären allerdings Interviews mit weiteren Akteuren wie z.B. Therapeut_innen für umfassende Analyse interessant gewesen. Therapeut_innen waren jedoch nicht in der Erhebung vorgesehen, weil der Zugang zu dieser Gruppe sehr schwer war. Die Schwierigkeit ergab sich daraus, dass sie zum Teil auch gar nicht in den Krankenhäusern angestellt waren. Jedoch konnte zumindest ein Therapeut für ein Interview gewonnen werden, sodass hieraus Fälle als zusätzliche Informationsgrundlage genutzt werden konnten. In diesem Zusammenhang sollte noch darauf hingewiesen werden, dass Pflegekräfte ebenfalls nur schwer für die Datenerhebung gewonnen werden konnten. Ob dies ein Ausdruck von fehlendem Interesse, fehlender Zeit oder beidem ist, kann nicht geklärt werden.

Die Erhebung konzentrierte sich auf leitfadengestützten Interviews. Anhand der Analyse auf dieser Datengrundlage konnten wesentliche Erkenntnisse darüber gewonnen, welche Aspekte in der Versorgung von geriatrischen Patient_innen für die Behandelnden wichtig sind und wie sie diese umsetzen. Durch die Interviews war es möglich, einen Zugang zu Problemlagen bei der Umsetzung aus der Perspektive der Behandelnden herauszuarbeiten. Eine teilnehmende Beobachtung könnte aber eine weitergehende Analyse zu Handlungen der Akteure ermöglichen, z.B. in der Kommunikation mit den und über die Patient_innen oder zur Umsetzung von berufsspezifischen Versorgungsansprüchen. Hierdurch könnte die Versorgungspraxis selbst in den Vordergrund gerückt und zur Bewertung der Versorgungspraxis aus Sicht der Behandelnden ergänzt werden.

In der bisherigen Forschung wird die Akutgeriatrie kaum berücksichtigt. Um jedoch der zunehmenden Bedeutung von älteren Patient_innen und deren besonderen Versorgungsbedürfnissen Rechnung zu tragen, war es naheliegend, diesen stationären Versorgungsbereich näher zu untersuchen. Dies hat jedoch zur Folge, dass die Ergebnisse nur auf diesen Bereich der stationären Versorgung bezogen werden können. Da andere Stationen sich von der Akutgeriatrie hinsichtlich der Strukturen und der Versorgungsbedarfe von Patient_innen unterscheiden, könnten weitergehende Analysen von anderen Fachbereichen weitere Erkenntnisse über die bestehenden Versorgungsansprüche, deren Umsetzungsmöglichkeiten bzw. Lösungswege liefern.

In der vorliegenden Arbeit wurde zunächst der Frage nachgegangen, ob es in der neuen Realität der Krankenhausversorgung unter dem G-DRG-Abrechnungssystem weiterhin divergierende Ansprüche in der Patientenversorgung gibt oder ob die ökonomischen Ansprüche sogar die berufsspezifischen Ansprüche überlagern. Für die Behandelnden auf geriatrischen Stationen lässt sich keine „Überformung“ (Kühn 2003, S. 3) der berufsspezifischen Ansprüche durch eine ökonomische Orientierung der Krankenhäuser feststellen. So wird für die akutgeriatrische Versorgung deutlich, dass die Funktionsveränderungen oder körperliche Einschränkungen der Patient_innen den Ausgangspunkt, an dem sich die Versorgungsansprüche und die weiteren Versorgungsleistungen ausrichten. Es lassen sich aber auch einzelne ökonomische Orientierungen in der fachlichen und sozialen Dimension des Versorgungsanspruchs der Behandelnden aufdecken. Sie führen jedoch nicht dazu, dass von der Patientenorientierung abgesehen wird. Die medizinische-pflegerische Versorgung dient aus Sicht der Behandelnden also nicht dazu, um finanzielle Gewinne zu machen (Geld wird also nicht zum Zweck). Dementsprechend können in der neuen Normalität rund zehn Jahre nach Einführung der G-DRGs weiterhin divergierende Ansprüche – berufsspezifische und ökonomische Ansprüche – festgestellt werden. Dies weist auf eine weitgehende Stabilität der berufsspezifischen Ansprüche der Behandelnden hin, die sich durch eine primäre Orientierung an den Patient_innen auszeichnet. Dadurch können die Ergebnisse dieser Arbeit die bisherige Forschung dahingehend ergänzen, dass die Ökonomisierung nicht zu einer betriebswirtschaftlichen Ausrichtung bei den Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen geführt hat, sondern dass der Schwerpunkt ihres Versorgungsanspruchs weiterhin auf einer Patientenorientierung liegt. Einschränkend ist aber darauf hinzuweisen, dass Behandelnden anderer Fachbereiche möglicherweise einen anderen Schwerpunkt in ihren Versorgungsansprüchen legen und/oder einer ökonomischen Orientierung mit ihren Ansprüchen verfolgen.

Ergänzend zum Forschungsstand bzw. zu den Ausführungen zur Ökonomisierung wird in der vorliegenden Arbeit rekonstruiert, wie sich die Ökonomisierung

aus Sicht der Ärzt_innen und Krankenpflegekräften in der akutgeriatrischen Versorgung niederschlägt und welche Problematiken damit in der in der Versorgungspraxis verbunden sind. Es zeigt sich, dass geringe personelle Ressourcen und die Abrechnungsmodalitäten zentrale Punkte sind, die auf eine betriebswirtschaftliche Orientierung der Krankenhäuser bzw. des Krankenhausmanagements zurückzuführen sind. Hier ergeben sich Dissonanzen, die der von Kühn (2003) formulierten moralischen Dissonanz ähneln. Für die Versorgungspraxis heißt dies, dass für die Umsetzung der berufsspezifischen Versorgungsansprüche ein bestimmter zeitlicher Rahmen von den Behandelnden benötigt wird. Dieser zeitliche Rahmen wird jedoch durch die geringen personellen Ressourcen und durch die Abrechnungsmodalitäten eingeschränkt. Damit wird in Ergänzung zu den theoretischen Ansätzen explizit gemacht, anhand welchen Punktes die Versorgungsansprüche der Behandelnden und die Ansprüche der Organisation aufeinandertreffen bzw. nicht miteinander vereinbar sind: an der verfügbaren Zeit. Auch für andere Bereiche der stationären Versorgung kann die verfügbare Zeit einen wesentlichen Punkt ausmachen, an dem die Versorgungsansprüche der Behandelnden auf die Rahmenbedingungen bzw. die Umsetzungsmöglichkeiten treffen. Dies kann im Rahmen dieser Arbeit jedoch herausgestellt nicht werden.

Die in diesem Zusammenhang gewonnen Erkenntnisse können an die von Slotala (2011) angeführten Diskussionsstränge zur Ökonomisierung anknüpfen. Im ersten Strang der Diskussion gilt die Ökonomisierung als notwendige Maßnahme zur Verbesserung des Gesundheitswesens. Dies spiegelt sich nicht in den vorliegenden Ergebnissen wider. Denn es werden Fälle beim reduzierten Personaleinsatz deutlich, die von den Behandelnden eher kritisch für die Versorgungsqualität bewertet werden. Zum Beispiel wenn eine Pflegekraft schildert, dass nicht genug Personal auf den Stationen ist, um die Patient_innen weitgehend mobilisieren zu können. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass hier die Wahrnehmung von Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen der Akutgeriatrie analysiert worden sind. Eine Analyse anderer Akteure – auch anderer Fachbereiche – könnte diesen Diskussionsstrang bzw. eine Verbesserung der stationären Versorgung durch Ökonomisierung eventuell unterstützen.

Im Sinne einer Verbesserung des Gesundheitswesens soll die Ökonomisierung auch einen unnötigen Ressourceneinsatz vermeiden (Mühlenkamp 2003, S. 70). Die Behandelnden der Akutgeriatrie und die Einrichtungen scheinen jedoch unterschiedliche Vorstellungen darüber zu haben, welche Ressourcen wichtig sind und welche eingespart werden könnten. Von den Ärzt_innen und Krankenpfleger_innen wird bspw. ein Einsatz von zusätzlichem Personal gewünscht, sodass zeitliche Ressourcen wieder verfügbar werden. Neben dem Wunsch nach zusätzlichem Personal wird auch der Wunsch deutlich, Personen für spezielle Aufgaben einzustellen wie

z.B. Begleitpersonen oder Personen, die die Blutentnahmen u.ä. Aufgaben übernehmen.

Im Zentrum des zweiten Diskussionsstrangs steht ein mit der Ökonomisierung einhergehender Kulturwandel. Jedoch kann ein Kulturwandel im Sinne einer Veränderung, in der ökonomische bzw. betriebswirtschaftliche Ansprüche zu zentralen Prinzipien der Behandelnden werden, nicht mit in der vorliegenden Analyse gezeigt werden. Dagegen wird jedoch deutlich, dass sich die Behandelnden mit unterschiedlichen Ansprüchen in der Versorgungspraxis auseinandersetzen (müssen) und der Umgang mit diesen unterschiedlichen Ansprüchen zugleich die Versorgung von Patient_innen prägt.

Braun et al. (2010) verweisen auf den zunehmenden Unterschied zwischen dem Versorgungsanspruch der Behandelnden und Versorgungswirklichkeit in Krankenhäusern. Mit Blick auf die in dieser Arbeit gemachte Analyse kann geschlussfolgert werden, dass sich dieser Unterschied aus der mangelnden Zeit zur Umsetzung ergibt. Beispielsweise kann die Versorgungssituation über den Behandlungszeitraum hinaus nur schwer gesichert werden, wenn die Patient_innen die stationäre Versorgung bereits zu einem Zeitpunkt verlassen müssen, an dem die nachgelagerte pflegerische Versorgung (noch) nicht geklärt ist. Auch bleibt den Behandelnden kaum Zeit, um mit den Patient_innen zu kommunizieren, um z.B. Vertrauen aufzubauen oder eventuell versorgungsrelevante Informationen über die Patient_innen zu sammeln.

Ergänzend zur bisherigen Forschung kann außerdem gezeigt werden, wie die Behandelnden damit umgehen, wenn die Versorgungsansprüche und die Versorgungsmöglichkeiten auseinanderfallen: Die Behandelnden nutzen unterschiedliche Optionen, um trotz der gegebenen Rahmenbedingungen ihre Ansprüche – mehr oder weniger – in die Versorgungspraxis umzusetzen. Dieses Ergebnis setzt an den Ansätzen von Presthus (1962), Siller (2008) und Lipsky (1983) an. Zum einen kann eine Divergenz zwischen den Ansprüchen der Behandelnden und den Ansprüchen der Krankenhausorganisation herausgestellt werden. Zum anderen konnten anhand der Interviews Möglichkeiten rekonstruiert werden, wie die Behandelnden mit ihren Versorgungsansprüchen im Rahmen dieser Divergenz umgehen. Diese Optionen werden in dieser Arbeit als zeitbezogene und versorgungsbezogene Lösungen bezeichnet.

Diese Lösungswege weisen teilweise Aspekte der Rationalisierung und Rationierung auf. Eine „effektive“ Nutzung der zeitlichen Möglichkeiten ist bspw. bei der Kommunikation mit den Patient_innen während des Essensverteils zu sehen. Hier stellt sich jedoch die Frage, ob die hier möglicherweise gehobene Effektivitätsreserve auch zu einem Aufbau von Vertrauen führt. Dies wird insbesondere

dann problematisch, wenn die Zeit des Essenausteilens die einzige Möglichkeit bietet, um mit den Patient_innen längere Gespräche zu führen. Über die Rationalisierung hinaus kann anhand der hier vorliegenden Ergebnisse auch gezeigt werden, dass die Behandelnden – wie bereits Marckmann/Strech (2010, S. 273) herausstellen – ihre Zeit mit den Patient_innen rationieren. Dies trifft bspw. bei der Pflegekraft zu, die eine aufgewählte Patientin nicht trösten kann, weil sie aufgrund weiterer Aufgaben die Unterhaltung unterbrechen muss.

Was Kühn (2005, S. 23) ebenfalls als eine Strategie herausarbeitet, um mit unterschiedlichen Orientierungen umzugehen, ist die Umdeutung der Patientenrolle in Wirtschaftssubjekte oder in Konsumenten. Dies konnte in den Interviews bzw. in den Ergebnissen zum Umgang mit unterschiedlichen Ansprüchen nicht gefunden werden. Die Patient_innen bleiben in der Rolle der hilfebedürftigen Patient_innen. Ein möglicher Grund könnte in der Gruppe der Patient_innen bestehen. Das hohe Alter oder mögliche psychische Erkrankungen umfassen eventuell Eigenschaften, die keinem informierten Wirtschaftssubjekt zugeschrieben werden können. Inwiefern diese Annahme zutreffend ist, kann durch den fehlenden Vergleich mit anderen Stationen in Krankenhäusern nicht gezeigt werden.

Dagegen spiegelt diese Arbeit aber die Eindrücke von Buhr und Klinka (2006b) wider, dass die Pflegekräfte nicht mehr gänzlich ihrem pflegerischen Leitbild entsprechen können. Dies wird besonders bei Herrn Ehren deutlich, der aus dem System der pflegerischen Versorgung ausschlägt. Insgesamt gehen die Pflegekräfte (und auch die Ärzt_innen) jedoch unterschiedlich mit dem Zeitmangel um. Inwiefern auch weitergehende Bewältigungsformen dabei eine Rolle spielen, z.B. Erholungsmöglichkeiten in der Freizeit, kann im Rahmen dieser Arbeit nicht geklärt werden. Darüber hinaus ist aber auch denkbar, dass weitergehende Ressourcen dazu beitragen, die zeitbezogenen und versorgungsbezogenen Lösungen nutzen zu können. Ein gutes Verhältnis zu den anderen Ärzt_innen und Pflegekräften auf der Station ist möglicherweise eine solche Ressource, um mit hoher Arbeitsbelastung umzugehen, da sie wiederholt in den Interviews angeführt wird. Daher wäre in einem weitergehenden Forschungsvorhaben zu untersuchen, inwiefern solche Ressourcen zeitbezogene oder versorgungsbezogene Lösungen ermöglichen oder behindern. Aber auch umgekehrt wäre zu fragen, inwiefern die Nutzung von zeitbezogenen oder versorgungsbezogenen Lösungen den Zugang zu Ressourcen fördern oder behindern.

Unter welchen Bedingungen die Behandelnden die zeitbezogenen Lösungen oder die versorgungsbezogenen Lösungen präferieren, kann in dieser Arbeit nicht abschließend geklärt werden. Dennoch kann auf Grundlage der Daten der Schluss gezogen werden, dass auf die zeitbezogene Lösung bei bestehenden Freiräumen zurückgegriffen wird. Die versorgungsbezogene Lösung wird dagegen eher dann

genutzt, wenn andere Möglichkeiten zur Umsetzung der Ansprüche an eine gute Versorgung ausgeschöpft wurden und keine Freiräume mehr bestehen. In diesem Zusammenhang wird bei der Nutzung versorgungsbezogener Lösungen eine größere Belastung bei den Behandelnden deutlich.

An dieser Stelle ist herauszustellen, dass die Lösungsmöglichkeiten die Spannungen zwischen berufsspezifischen und den ökonomischen Ansprüchen nicht auflösen können. Sie bieten den Behandelnden aber einen Weg, um mit diesen Spannungen in der Versorgungspraxis umzugehen. Dabei kann nicht davon ausgegangen werden, dass diese Lösungsmöglichkeiten erst mit der Einführung der G-DRG entstanden sind. Vielmehr ist ein längeres Bestehen dieser Gestaltungsoptionen zu vermuten, deren Bedeutung für die Umsetzung der berufsspezifischen Versorgungsansprüche durch den aufkommenden Zeitmangel gewachsen ist.

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse und Überlegungen könnte die Ökonomisierungsskala von Schimank/Volkman (2017) weiterentwickelt werden. Dafür wäre es sinnvoll, nicht nur die Ausrichtung der Krankenhäuser auf eine mögliche Verlustvermeidung bzw. Gewinnerzielung abzutragen, sondern auch die Ansprüche der Behandelnden in Relation dazu zu setzen. Auf dieser Grundlage können dann weitergehende Annahmen getroffen werden:

- Folgen Individuen weiterhin einer feldspezifischen Logik, gehen die Orientierungen mit jeder höheren Ökonomisierungsstufe der Krankenhäuser weiter auseinander. Dies führt wiederum zu unterschiedlich hohen bzw. zu zunehmend höheren Spannungen zwischen Orientierungen der feldspezifischen – berufsspezifischen – und der ökonomischen Logik.
- Mit einer zunehmend höheren Ökonomisierungsstufe müssen die Individuen größere Anstrengungen unternehmen, um die berufsspezifischen Ansprüche mit der Verlustvermeidung bzw. dem Gewinnstreben zu verbinden oder Abgrenzungsstrategien zur Ausrichtung am autonomen Pol können stringenter ausfallen.

Diese Annahmen können jedoch nur durch weitere empirische Untersuchungen in der stationären Versorgung validiert werden.

Zusammengenommen ermöglicht die Untersuchung der vorliegenden einen vertieften Einblick in die Vorstellungen der Behandelnden darüber, welchen Versorgungsansprüchen sie ihrem Versorgungshandeln zugrunde legen und wie sie diese vor dem Hintergrund mangelnder zeitlicher Ressourcen umsetzen. Dadurch ist die Analyse auf der Mikroebene bzw. auf der Individualebene der Versorgung zu verorten. Dennoch spielen auch Faktoren der Krankenhausorganisation eine Rolle – also Faktoren der Mesoebene, die sich in den Rahmenbedingungen der sta-

tionären Versorgung niederschlagen. Die Ausrichtung der Krankenhausorganisation ist wiederum durch die gesundheitspolitischen Regelungen (also auf der Makroebene) geprägt. Wie sich die Versorgungsansprüche und deren Umsetzungsmöglichkeiten wiederum auf die gesamte Qualität der Versorgung, wie sie sich z.B. in Qualitätsindikatoren ausdrückt, kann anhand der Ergebnisse dieser Arbeit nicht gezeigt werden. Aber zu vermuten ist, dass durch die Ansprüche der Behandelnden und deren Umsetzung in die Versorgungspraxis eine gewisse Versorgungsqualität gehalten werden kann.

Mit dieser Arbeit wurde zwar keine umfassende Theorie entwickelt, aber für die Meso-Mikro-Ebene liefert die Arbeit einen konzeptionellen Ansatz zum Umgang mit einer Divergenz, die sich auch den berufsspezifischen Ansprüchen der Behandelnden und ökonomischen Ansprüchen der Krankenhäuser ergibt. Im Speziellen bezieht sich dieser Ansatz darauf, wie die Ärzt_innen und Krankenpflegekräfte in Akutgeriatrien mit dem Problem einer unzureichend verfügbaren Zeit umgehen. Wie weit dieser Ansatz auf andere Bereiche übertragbar ist, bleibt an dieser Stelle offen. Anhand weiterer Forschung zur Versorgungspraxis in Krankenhäusern, in der neben soziologischen auch gesundheitsökonomische, medizinethische und arbeitspolitische Ansätze einfließen, könnte dieser Ansatz jedoch weiter ausformuliert und ausdifferenziert werden.

7 Schlussbemerkung

Für die Beantwortung der Forschungsfragen wurden das Qualitätsverständnis und dessen Umsetzung von Ärzt_innen und Krankenpflegekräften der akutgeriatrischen Versorgung untersucht. Die Ergebnisse basieren auf einer qualitativen Analyse von leitfadengestützten Interviews, die sich an der Grounded Theory orientiert. Auf dieser Grundlage konnte herausgestellt werden, dass in der geriatrischen Versorgung die Ansprüche der Einrichtungen nicht mit den Ansprüchen der Ärzt_innen und Krankenpflegekräfte übereinstimmen. Die Umsetzung der berufsspezifischen Ansprüche der Behandelnden wird darüber hinaus durch die ökonomische Ausrichtung der Krankenhäuser in Teilen beschränkt. Die Verbindung zwischen den Versorgungsansprüchen und deren Umsetzung liegt in der vorhandenen Zeit. Dementsprechend können die Behandelnden ihre Versorgungsansprüche nicht umsetzen, wenn nicht ausreichend Zeit gegeben ist. Und erst durch den Zeitmangel zeigt sich die Divergenz zwischen den berufsspezifischen und den ökonomischen Ansprüchen. Durch zeitbezogene und versorgungsbezogene Lösungen versuchen die Behandelnden, diese Divergenz aufzulösen.

Es ist durchaus nachvollziehbar, dass die vorhandenen Mittel – finanziert über die Beitragszahlungen der Versicherten – nicht verschwendet werden sollten. Jedoch sollte fortwährend geprüft werden, was eine Vermeidung von Verschwendung und was eine darüberhinausgehende Einsparung von notwendigen Mitteln ist. Die bisherige Forschung und die dieser Arbeit zugrunde liegenden Analyse zeigen, dass die Folgen von Einsparungen notwendiger Mittel, ob es nun zur Verlustvermeidung oder zur Gewinnerzielung dient, von den Behandelnden und von Patient_innen getragen werden müssen. Dabei scheinen bereits die Grenzen der Belastbarkeit bei den Behandelnden erreicht worden zu sein.

Insbesondere der personelle Mangel und die schlechten Arbeitsbedingungen bei den Pflegekräften werden medial verstärkt thematisiert, nicht zuletzt durch den Streik an den Unikliniken in Essen und Düsseldorf im Sommer 2018, in deren Zentrum eine Forderung u.a. nach einer tariflichen Mindestpersonalausstattung stand. Auch politisch wird die Personalausstattung im pflegerischen Bereich in den letzten Jahren stärker thematisiert. Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz könnten ab 2019 mehr Pflegekräfte in den Einrichtungen der Altenpflege und der stationären Pflege eingestellt werden. Geplant ist eine Finanzierung jeder zusätzlichen Pflegekraft. Darüber hinaus sieht das Bundesministerium für Gesundheit Personaluntergrenzen für die Geriatrie ab 2019 vor (auch für andere Bereiche). Danach gilt ein Verhältnis von zehn Patient_innen auf eine Krankenpflegekraft am Tag und 20 Patient_innen auf eine Pflegekraft in der Nacht vor (Einsatz von Hilfskräften: maximal 20 Prozent tagsüber bzw. 40 Prozent nachts). Inwiefern die Regelungen im

Rahmen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes und die Festlegung einer Untergrenze auch zu einem langfristigen Aufbau von Krankenpfleger_innen führen und dadurch den empfundenen Mangel an Zeit bei der Umsetzung von Versorgungsansprüchen überhaupt auffangen kann, bleibt abzuwarten. Zu hoffen ist, dass zumindest nicht das unzureichende Finanzierungsvolumen und die Konstruktionsmängel des letzten Pflegestellenförderprogramms (KHSg), wie sie Simon (2018, S. 17) beschreibt, wiederholt werden. Eine wissenschaftliche Begleitung bspw. zur Umsetzung der Untergrenzen in den stationären Einrichtungen und im Speziellen in der Akutgeriatrie wäre daher wünschenswert.

Literatur

- Aiken, L. H./Clarke, S. P./Sloane, D. M./Lake, E. T./Cheney, T. (2008): Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes, in: *The Journal of nursing administration* 38 (5), S. 223–229
- Aiken, L. H./Sloane, D. M./Bruyneel, L./Van den Heede, Koen/Griffiths, P./Busse, R./Diomidous, M./Kinnunen, J./Kózka, M./Lesaffre, E./McHugh, M. D./Moreno-Casbas, M. T./Rafferty, A. M./Schwendimann, R./Scott, P. A./Tishelman, C./van Achterberg, T./Sermeus, W. (2014): Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study, in: *The Lancet* 383 (9931), S. 1824–1830
- Aiken, L. H./Sloane, D. M./Cimiotti, J. P./Clarke, S. P./Flynn, L./Seago, J. A./Spetz, J./Smith, H. L. (2010): Implications of the California nurse staffing mandate for other states, in: *Health services research* 45 (4), S. 904–921
- Arnade, J. (2010): *Kostendruck und Standard. Zu den Auswirkungen finanzieller Zwänge auf den Standard sozialversicherungsrechtlicher Leistungen und den haftungsrechtlichen Behandlungsstandard*, Berlin
- Badura, B. (1994): *Arbeit im Krankenhaus. Leitbilder und Prioritäten der Pflege*, in: B. Badura/G. Feuerstein (Hrsg.): *Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der Hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung*, Weinheim/München, S. 48–54
- Bär, S. (2011): *Das Krankenhaus zwischen ökonomischer und medizinischer Vernunft. Krankenhausmanager und ihre Konzepte*, Wiesbaden
- Bauer, U. (2006): *Die sozialen Kosten der Ökonomisierung von Gesundheit*, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte* (8-9)
- Bauer, U. (2007): *Gesundheit im ökonomisch-ethischen Spannungsfeld*, in: M. Essers/T. Gerlinger/M. Herrmann/L. Hinricher/U. Lenhardt/A. Seidler/M. Simon/K. Stegmüller (Hrsg.): *Geld als Steuerungsmedium im Gesundheitswesen*, Hamburg, S. 98–119
- Baus, M./Marxen-Wallrich, B. (1992): *Krankenschwester. Probleme eines Frauenberufes*, Mainz
- Beauchamp, T. L./Childress, J. F. (2009): *Principles of biomedical ethics*, New York
- Blumenberg, P. (2012): *Blumenberg P: Welche Auswirkungen haben Expertenstandards auf Pflegepraxis und Berufsfeld?*, in: V. Kozon/N. Fronter (Hrsg.): *Kompetenz in der Pflege*, Wien, S. 77–85
- Bode, I. (2005): *Einbettung und Kontingenz*, in: *Zeitschrift für Soziologie* 34 (4), S. 250–269
- Bode, I. (2010): *Der Zweck heil(ig)t die Mittel? Ökonomisierung der Organisationsdynamik im Krankenhaussektor*, in: M. Endreß/T. Matys (Hrsg.): *Die Ökonomie der Organisation – die Organisation der Ökonomie*, Wiesbaden, S. 63–92

- Bode, I. (2016): Stress durch rekursive Ambivalenz. Oder: Wie und warum das Krankenhauswesen mutiert, in: I. Bode/W. Vogd (Hrsg.): Mutation des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive, Wiesbaden, S. 253–279
- Böhle, F./Stöger, U./Wehrich, M. (2015): Interaktionsarbeit gestalten. Vorschläge und Perspektiven für humane Dienstleistungsarbeit, Waldkirchen
- Böhlke, N./Gerlinger, T./Mosebach, K./Schmucker, R./Schulten, T. (Hrsg.) (2009): Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten, Hamburg
- Boldt, J./Schöllhorn, T. (2008): Rationierung ist längst Realität, in: Deutsches Ärzteblatt 105, A-995-997
- Braun, B./Buhr, P./Klinke, S./Müller, R./Rosenbrock, R. (2010): Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzahler. Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, Bern
- Braun, B./Müller, R./Timm, A. (2004): Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiographien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung, Schwäbisch Gmünd
- Bräutigam, C./Dahlbeck, E./Enste, P./Evans, M./Hilbert, J. (2010): Flexibilisierung und Leiharbeit in der Pflege, Düsseldorf
- Bräutigam, C./Evans, M./Hilbert, J./Öz, F. (2014): Arbeitsreport Krankenhaus. Eine Online-Befragung von Beschäftigten deutscher Krankenhäuser, Düsseldorf
- Buhr, P./Klinke, S. (2006a): Qualitative Folgen der DRG-Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter Bedingungen fortgesetzter Budgetierung. Eine vergleichende Auswertung von vier Fallstudien, Berlin
- Buhr, P./Klinke, S. (2006b): Versorgungsqualität im DRG-Zeitalter. Erste Ergebnisse einer qualitativen Studie in vier Krankenhäusern
- Bundesverband Geriatrie e.V. (Hrsg.) (2010): Weißbuch Geriatrie. Die Versorgung geriatrischer Patienten: Struktur und Bedarf - Status Quo und Weiterentwicklung, Stuttgart
- Bußkamp, W. (1995): Organisation und Sinnstiftung. Orientierungsmuster in und von Organisationen, Essen
- Conrads, R./Holler, M./Kistler, E./Kühn, D./Schneider, D. (2016): Branchenanalyse Gesundheits- und Sozialwesen, Düsseldorf
- Depner, R. (1974): Ärztliche Ethik und Gesellschaftsbild. Eine soziologische Untersuchung zur Entwicklung des Selbstverständnisses von Medizinstudenten und Ärzten, Stuttgart
- Deutscher Pflegerat e.V. (2004): Rahmenberufsordnung für professionell Pflegende, Berlin, <http://www.deutscher-pflegerat.de/Downloads/DPR%20Dokumente/Rahmenberufsordnung.pdf>, zuletzt geprüft am 30.03.2019
- DIMDI (2016): G-DRG-System - Fallpauschalen in der stationären Versorgung

- DIMDI (2017): OPS Version 2018. Ergänzende Massnahmen (9-20...9-99). Pflege und Versorgung von Patienten (9-20...9-20), <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2018/block-9-20...9-20.htm>, zuletzt geprüft am 31.05.2018
- DKTIG: Deutsches Krankenhaus Verzeichnis, <http://www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de>, zuletzt geprüft am 30.03.2019
- DNQP (2015): Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards
- Donabedian, A. (1966): Evaluating the quality of medical care, in: *Milbank Memorial Fund Quarterly* 44 (3 Suppl), S. 166–206
- Donabedian, A. (1990): The seven pillars of quality, in: *Archives of Pathology & Laboratory Medicine* 114 (11), S. 115–118
- Donabedian, A. (2003): *An introduction to quality assurance in health care*, New York
- Eiff, W. v./Schüring, S./Niehues, C. (2011): REDIA. Auswirkungen der DRG-Einführung auf die medizinische Rehabilitation: Ergebnisse einer prospektiven und medizin-ökonomischen Langzeitstudie 2003 bis 2011, Münster
- Europarat (2001): Entwicklung einer Methodik für die Ausarbeitung von Leitlinien für optimale medizinische Praxis. Empfehlung (Rec2001)13 des Europarates und Erläuterndes Memorandum
- European Union of Medical Specialists (04.08.2016): Geriatric Medicine - Section of UEMS. Germany, <http://uemsgeriatricmedicine.org/www/land/germany.asp>, zuletzt geprüft am 30.03.2019
- Farin, E./Glattacker, M./Jäckel, W. H. (2011): Leitlinien und Leitlinienforschung, in: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 54 (4), S. 429–435
- Fiori, W./Bunzemeier, J. H. (2009): Bilanz der G-DRG-Katalogweiterentwicklung, in: F. Rau/N. Roeder/P. Hensen (Hrsg.), *Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland, Standortbestimmungen und Perspektiven*, Stuttgart, S. 155–172
- Flintrop, J. (2006): Die ökonomische Logik wird zum Maß der Dinge, in: *Deutsches Ärzteblatt* 103 (46), S. 3082–3085
- Fölsch, U. R./Marker-Hermann, E./Schumm-Draeger, P. M./Frey, N./Muller-Quernheim, J./Stuber, E./Weber, M./Broglie, M./Kapitza, T. (2014): DGIM-Studie „Ärzte - Manager 2013“, in: *Deutsche medizinische Wochenschrift* (1946) 139 (14), S. 726–734
- Frank, C. (26.03.2012): Geschichte des Krankenhauses, in: *Süddeutsche*
- Freidson, E. (1975): *Dominanz der Experten. Zur sozialen Struktur medizinischer Versorgung*, München/Berlin/Wien
- Freidson, E. (1979): *Der Ärztestand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession*, Stuttgart

- Freidson, E. (2001): Professionalism. The third logic, Cambridge
- Fürstenberg, T./Laschat, M./Zich, K./Klein, S./Gierling, P./Nolting, H. D./Schmidt, T. (2013): G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG. Endbericht des dritten Forschungszyklus (2008 bis 2010), Siegburg
- Gerlinger, T./Mosebach, K. (2009): Die Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens: Ursachen, Ziele und Wirkungen wettbewerbsbasierter Kostendämpfungspolitik, in: N. Böhlke/T. Gerlinger/K. Mosebach/R. Schmucker/T. Schulten (Hrsg.), Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten, Hamburg, S. 10–40
- Glaser, B. G./Strauss, A. L. (1967): The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research, Chicago
- Glaser, B. G./Strauss, A. L. (2010): Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung, Bern
- Goedereis, K. (2009): Einfluss auf die Versorgungslandschaft, in: F. Rau/N. Roeder/P. Hensen (Hrsg.), Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Standortbestimmungen und Perspektiven, Stuttgart, S. 239–253
- Gohde, J. (2005): Krankenhausdienstleistungen zwischen Eigenerstellung und Wettbewerb, in: Gesellschaft für öffentliche Wirtschaft (Hrsg.): Öffentliche Dienstleistungen zwischen Eigenerstellung und Wettbewerb. Referate eines Symposiums der Gesellschaft für öffentliche Wirtschaft, der Deutschen Sektion des Europäischen Zentralverbandes der Öffentlichen Wirtschaft (CEEP), des Verbandes Kommunaler Unternehmen, des Verbandes Deutscher Verkehrsunternehmen, des Deutschen Städtetages und der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt ; am 18./19. November 2004 in Berlin, Berlin, S. 96–103
- Heißenberg, A./Lauber, A. (2012): Berufliche Handlungskompetenz, in: A. Lauber (Hrsg.), Grundlagen beruflicher Pflege, Stuttgart, New York, S. 69–82
- Hielscher, V./Nock, L./Kirchen-Peters, S./Blass, K. (2013): Zwischen Kosten, Zeit und Anspruch. Das alltägliche Dilemma sozialer Dienstleistungsarbeit, Wiesbaden
- Input Consulting (2011): Gute Arbeit im Dienstleistungssektor. Abschlussbericht. INQA, o.O.
- Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften (o.J.): Diakonie und Ökonomie. Die Auswirkungen von DRG und fallpauschaliertem Medizin- und Qualitätsmanagement auf das Handeln in Krankenhäusern, http://www.ethik.uni-bayreuth.de/downloads/Abschlussbericht_Dia_Oeko_Auszuege.pdf, zuletzt geprüft am 18.07.2012
- Interantional Council of Nurses (2006): ICN-Ethikkodex für Pflegenden
- Isfort, M./Weidner, F. (2009): DRG-Einführung in der pflegewissenschaftlichen Betrachtung, in: F. Rau/N. Roeder/P. Hensen (Hrsg.), Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Standortbestimmungen und Perspektiven, Stuttgart, S. 74–88

- Joas, H./Knöbl, W. (2004): Sozialtheorie. Zwanzig einführende Vorlesungen, Frankfurt am Main
- Kälble, K. (2005): Between professional autonomy and economic orientation, in: *GMS Psychos-Social-Medicine* 2005 (2)
- Kane, R. L./Shamliyan, T. A./Mueller, C./Duval, S./Wilt, T. J. (2007): The Association of Registered Nurse Staffing Levels and Patient Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis, in: *Medical Care* 45 (12), S. 1195–1204
- Kelle, U./Kluge, S. (2010): Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung, Wiesbaden
- Kern, A. O./Beske, F./Lescow, H. (1999): Leistungseinschränkung oder Rationierung im Gesundheitswesen?, in: *Deutsches Ärzteblatt* 96, A-113-117
- Klinke, S. (2007): Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen und berufliches Selbstverständnis von Ärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern. Teil II, Berlin
- Knoll, M./Otte, I./Salloch, S./Ruiner, C./Kruppa, E./Vollmann, J. (2017): „Etwas Menschliches ist verloren gegangen“. Erfahrungen leitender Ärzte in Bezug auf das DRG-System – eine qualitativ-normative Analyse, in: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 131-132, S. 60–65
- Köbberling, J. (2003): Charta zur ärztlichen Berufsethik, in: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, Organ für praktische Medizin* 97 (76-79)
- Kolb, G./Breuninger, K./Gronemeyer, S./van den Heuvel, D./Lübke, N./Lüttje, D./Wittrich, A./Wolff, J. (2014): 10 Jahre geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung im DRG-System, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 47 (1), S. 6–12
- Kühn, H. (2003): Ethische Probleme der Ökonomisierung von Krankenhausarbeit, in: A. J. Büssig (Hrsg.): *Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Schriftenreihe Organisation und Medizin*, Göttingen/Bern/Toronto/Seattle, S. 77–98
- Kühn, H. (2005): Patient-Sein und Wirtschaftlichkeit, in: *Jahrbuch für Kritische Medizin* 42, S. 8–25
- Kühn, H./Simon, M. (2001): Anpassungsprozesse der Krankenhäuser an die prospektive Finanzierung (Budgets, Fallpauschalen) und ihre Auswirkungen auf die Patientenorientierung
- Kulzer, M./Penz, M. (2004): Geriatrie richtig kodieren, in: *BDI aktuell* (5), S. 24–26
- Langer, A. (2005): Professionsethik, Effizienz und professionelle Organisation. Kontroll- und Steuerungsmodi professionellen Handelns in der Sozialen Arbeit, in: M. Pfadenhauer (Hrsg.): *Professionelles Handeln*, Wiesbaden, S. 165–178
- Lauber, A. (2012): Ethik und Pflege, in: A. Lauber (Hrsg.), *Grundlagen beruflicher Pflege*, Stuttgart, New York, S. 250–284

- Lipsky, M. (1983): *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*, New York
- Lohr, K./Peetz, T./Hilbrich, R. (2013): *Bildungsarbeit im Umbruch. Zur Ökonomisierung von Arbeit und Organisation in Schulen, Universitäten und in der Weiterbildung*, Berlin
- Lohr, K. N. (1990): *Medicare. A strategy for quality assurance*, Washington, D.C.
- Mansky, T. (2011): *Stand und Perspektive der stationären Qualitätssicherung in Deutschland*, in: J. Klauber/M. Geraedts/J. Friedrich/J. Wasem (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2011. Schwerpunkt: Qualität durch Wettbewerb*, Stuttgart, S. 19–37
- Manzeschke, A. (2010): „Ohne Ansehen der Person“. Zur ethischen Unterbestimmtheit der ökonomischen Theorie im Privatisierungsdiskurs, in: F. Heubel/M. Kettner/A. Manzeschke (Hrsg.): *Die Privatisierung von Krankenhäusern. Ethische Perspektiven*, Wiesbaden, S. 133–163
- Marckmann, G. (2014): *Kostensensible Leitlinien als Instrumente einer expliziten Leistungssteuerung im Gesundheitswesen: ethische Grundlagen*, in: G. Marckmann (Hrsg.), *Kostensensible Leitlinien, Ein Instrument zur expliziten Leistungssteuerung im Gesundheitswesen*, Berlin, S. 31–53
- Marckmann, G./Strech, D. (2010): *Ärztliche Entscheidungen unter Kostendruck*, in: P. Angerer/F. W. Schwartz (Hrsg.), *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärzten und Ärztinnen. Befunde und Interventionen*, Köln, S. 271–282
- Marrs, K. (2007): *Ökonomisierung gelungen, Pflegekräfte wohlauf?*, in: *WSI-Mitteilungen* 60 (9), S. 502–507
- Marrs, K. (2008): *Arbeit unter Marktdruck. Die Logik der ökonomischen Steuerung in der Dienstleistungsarbeit*, Berlin
- Mühlenkamp, H. (2003): *Zum grundlegenden Verständnis einer Ökonomisierung des öffentlichen Sektors. Die Sicht eines Ökonomen*, in: Harms, J./Reichard, C. (Hrsg.): *Die Ökonomisierung des öffentlichen Sektors. Instrumente und Trends*, Baden-Baden, S. 47–73
- Müller, M.-L. (2009): *Zwischenbilanz aus Sicht des Deutschen Pflegerates*, in: F. Rau/N. Roeder/P. Hensen (Hrsg.), *Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Standortbestimmungen und Perspektiven*, Stuttgart., S. 32–36
- Needleman, J./Buerhaus, P./Pankratz, S./Leibson, C./Stevens, S./Harris, M. (2011): *Nurse Staffing and Inpatient Hospital Mortality*, in: *The New England Journal of Medicine* 364 (11), S. 1037–1045
- Nock, L./Hielscher, V./Kirchen-Peters, S. (2013): *Dienstleistungsarbeit unter Druck. Der Fall Krankenhauspflege*, Düsseldorf
- Offermanns, G. (2011): *Prozess- und Ressourcensteuerung im Gesundheitssystem. Neue Instrumente zur Steigerung von Effektivität und Effizienz in der Versorgung*, Berlin
- Parsons, T. (1939): *The Professions and Social Structure*, in: *Social Forces* 17 (4), S. 457–467

- Peus, C./Frey, D./Braun, S. (2011): Konsistenztheorien, in: H.-W. Bierhoff/D. Frey (Hrsg.): Sozialpsychologie - Individuum und soziale Welt, Göttingen [u.a.], S. 61–83
- Prethus, R. (1962): Individuum und Organisation. Typologie der Anpassung, Frankfurt am Main
- Przyborski, A./Wohlrab-Sahr, M. (2008): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch, München
- Reichert, J. (2003): Die Abduktion in der qualitativen Sozialforschung, Opladen
- Reichert, J. (2010): Abduction: The Logic of Discovery of Grounded Theory, in: Forum: Qualitative Sozialforschung 11 (1)
- Reifferscheid, A./Pomorin, N./Wasem, J. (2015): Ausmaß von Rationierung und Überversorgung in der stationären Versorgung, in: Deutsche medizinische Wochenschrift (1946) 140 (13), e129-35
- Riedel, A. (2015): Ethische Herausforderungen in der Pflege, in: G. Marckmann (Hrsg.), Praxisbuch Ethik in der Medizin, Berlin, S. 89–102
- Rixen, S. (2015): Rechtliche Anforderungen an die Arzt-Patient Interaktion, in: G. Marckmann (Hrsg.), Praxisbuch Ethik in der Medizin, Berlin, S. 67–78
- Rosenbrock, R./Gerlinger, T. (2014): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, Bern
- Roth, I. (o.J.): Die Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern aus Sicht der Beschäftigten. Ein Branchenbericht auf Basis des DGB-Index Gute Arbeit
- Schildmann, J./Sandow, V./Vollmann, J. (2011): Interessenkonflikte in der Medizin. Ein Beitrag aus medizinethischer Perspektive, in: K. Lieb/D. Klemperer/W.-D. Ludwig (Hrsg.): Interessenkonflikte in der Medizin. Hintergründe und Lösungsmöglichkeiten, Berlin/Heidelberg, S. 47–60
- Schimank, U./Volkman, U. (2017): Das Regime der Konkurrenz. Gesellschaftliche Ökonomisierungsdynamiken heute, Weinheim
- Schmitz, C./Berchtold, P. (2016): Zur Anatomie medizinischer Prozesse im zeitgenössischen Krankenhauswesen, in: I. Bode/W. Vogd (Hrsg.), Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive, Wiesbaden
- Schröder, T. H./Raspe, H. (2010): Ärztliche Einstellungen und Werthaltungen vor aktuellen Herausforderungen der Profession. Ergebnisse einer postalischen Befragung von Ärztinnen und Ärzten in Schleswig-Holstein, in: P. Angerer/F. W. Schwartz (Hrsg.), Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Befunde und Interventionen, Köln, S. 83–100
- Schulten, T./Böhlke, N. (2009): Die Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland und ihre Auswirkungen auf Beschäftigte und Patienten, in: N. Böhlke/T. Gerlinger/K. Mosebach/R. Schmucker/T. Schulten (Hrsg.), Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten, Hamburg, S. 97–123

- Siegrist, J. (2012): Die Ärztliche Rolle im Wandel, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 55 (9), S. 1100–1105
- Siller, G. (2008): Professionalisierung durch Supervision. Perspektiven im Wandlungsprozess sozialer Organisationen, Wiesbaden
- Simon, M. (2018): Von der Unterbesetzung in der Krankenhauspflege zur bedarfsgerechten Personalausstattung. Eine kritische Analyse der aktuellen Reformpläne für die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser und Vorstellung zweier Alternativmodelle, Düsseldorf
- Slotala, L. (2011): Ökonomisierung in der ambulanten Pflege. Eine Analyse der wirtschaftlichen Bedingungen und deren Folgen für die Versorgungspraxis ambulanter Pflegedienste, Wiesbaden
- Slotala, L./Bauer, U. (2009): „Das sind bloß manchmal die fünf Minuten, die fehlen“, in: Pflege & Gesellschaft 14 (1), S. 54–66
- Statistisches Bundesamt (1997): Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 1995. Fachserie Reihe 6.1, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2001): Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2000. Fachserie 12 Reihe 6.1, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2005): Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser 2004. Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2006): Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser 2005. Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2007): Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser 2006. Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2012): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2011. Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2017): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2016. Fachserie 12 Reihe 6.1.1
- Statistisches Bundesamt (2018): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2017. Fachserie 12 Reihe 6.1.1
- Statistisches Bundesamt (2019): Krankenhausstatistik. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern. Daten abgerufen im März 2019 unter www.gbe-bund.de
- Strauss, A. L. (1994): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung, München
- Strauss, A. L./Corbin, J. M. (1996): Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung, Weinheim
- Strech, D. (2014): Rationalisierung und Rationierung am Krankenbett. Normativempirische Analyse zum Status quo, in: Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin 109 (1), S. 27–33

- Strech, D./Marckmann, G. (2010): Wird in deutschen Kliniken rationiert oder nicht? Wie genau wir es wissen und warum es nicht die wichtigste Frage sein sollte, in: Deutsche medizinische Wochenschrift (1946) 135 (30), S. 1498–1502
- Strech, D./Marckmann, G. (2014): Umgang mit begrenzten Mitteln in deutschen Kliniken: empirische Befunde, in: G. Marckmann (Hrsg.), Kostensensible Leitlinien. Ein Instrument zur expliziten Leistungssteuerung im Gesundheitswesen, Berlin, S. 1–30
- Strübing, J. (2014): Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung eines pragmatistischen Forschungsstils, Wiesbaden
- Stüber, C. (2013): Berufsethos im Krankenhaus. Zu den Auswirkungen der Ökonomisierung auf die berufsethischen Orientierungen des medizinischen Personals im Krankenhaus, Stuttgart
- Theuerkauf, K. (2011): Zivilrechtliche Verbindlichkeit von Expertenstandards in der Pflege, in: Medizinrecht 29 (2), S. 72–77
- Vogd, W. (2004a): Ärztliche Entscheidungsfindung im Krankenhaus, in: Zeitschrift für Soziologie 33 (1), S. 26–47
- Vogd, W. (2004b): Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität. Eine qualitativ rekonstruktive Studie unter dem besonderen Blickwinkel von Rahmen („frames“) und Rahmungsprozessen, Berlin
- Vogd, W. (2006a): Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Eine dokumentarische Evaluation aus Sicht der ärztlichen Akteure, Bern
- Vogd, W. (2006b): Verändern sich die Handlungsorientierungen von Krankenhausärzten unter den neuen organisatorischen und ökonomischen Rahmenbedingungen?, in: sozialersinn 7 (2), S. 197–229
- Vogd, W. (2011): Zur Soziologie der organisierten Krankenbehandlung, Weilerswist
- Weisbrod-Frey, H. (2012): Zehn Jahre diagnosebezogene Fallpauschalen in Kliniken, in: Soziale Sicherheit (8-9)
- WHO (2017): WHO Definition of Palliative Care, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, zuletzt geprüft am 31.03.2019

Anhang

Anhang 1: Qualität

Für die Gesundheitsversorgung spezifiziert das *Institute of Medicine* Qualität als „the degree to which health care systems, services and supplies for individuals and populations increase the likelihood for positive health outcomes and are consistent with current professional knowledge.“ (Lohr 1990, S. 21) Diese Systematisierung von Qualität für den Bereich der medizinischen Versorgung wurde insbesondere durch Donabedian (1966, 2003) geprägt. Er unterscheidet zwischen drei Qualitätsdimensionen: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Zur *Strukturqualität* zählen die materiellen und personellen Ressourcen der Versorgungseinrichtungen (Donabedian 1966, S. 170; 2003, S. 46). Die *Prozessqualität* umfasst die medizinischen und pflegerischen Aktivitäten der Behandelnden. Dazu gehören das Erstellen von Diagnosen, das Durchführen von Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen sowie die Prävention und Aufklärung von Patient_innen und deren Angehörigen. Außerdem zählt zur Prozessqualität die Beurteilung einer Vielzahl umfangreicher und redundanter Informationen über die Patient_innen und über die angewendeten Verfahren (Donabedian 1966, S. 169; 2003, S. 46). Als *Ergebnisqualität* bezeichnet Donabedian (1966, S. 167) unter anderem die Erholung der Patient_innen von einer Erkrankung, die (Wieder)Herstellung von Funktionen (z.B. das Beugen von Fingern) und das Überleben. Darüber hinaus beinhaltet die Ergebnisqualität die Zufriedenheit der Patient_innen mit ihrer Versorgung sowie Veränderungen im Wissen und Verhalten der Patient_innen und ihrer Familienangehörigen (Donabedian 2003, S. 46). Die Ergebnisqualität kann mit Blick auf ihre Messung nach bestimmten Zeitpunkten weiter differenziert werden: Das Ergebnis, das noch während des Krankenhausaufenthalts deutlich wird, das kurzfristige externe Ergebnis, z.B. die Sterblichkeit bezogen auf einen 30- oder 90-Tagezeitraum und das mittel- bis langfristige Ergebnis innerhalb einer bestimmten Anzahl von Jahren (Mansky 2011, S. 24f.).

Donabedian erweitert die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität um „The seven pillars of quality“ (1990) bzw. um die „Components of Quality in Health Care“ (2003). Eine dieser Komponenten ist die „efficacy“. Sie wird definiert als „[...] the ability of the science and technology of health care to bring about improvements in health when used under the most favorable circumstances.“ (Donabedian 2003, S. 4) Die „effectiveness“ bezeichnet die Relation zwischen der täglichen medizinischen Versorgung und dem, was auf Grundlage von Neuerungen eigentlich möglich wäre (ebd., S. 5). „Efficiency“ umfasst die Möglichkeiten, die Kosten zu reduzieren, ohne die erreichbaren Neuerungen zu mindern. Die Optimalität erweitert efficiency durch ein Ausbalancieren zwischen den Neuerungen bzw. den Leistungen

und die dafür aufkommenden Kosten (ebd., S. 11). Mit der Akzeptanz wird eine Komponente von Qualität umrissen, mit der die Wünsche und Erwartungen von Patient_innen und ihren Familienangehörigen in der Versorgung berücksichtigt werden. Zu dieser Dimension gehört der Zugang zur Gesundheitsversorgung, die Arzt-Patienten-Beziehung und die Gegebenheiten, die nicht direkt mit der Versorgung zu tun haben, wie z.B. gutes Essen oder Parkmöglichkeiten an den Krankenhäusern (ebd., S. 18 f.). Die Legitimität umfasst als Dimension von Qualität gesellschaftliche Aspekte wie ethische Prinzipien, Werte, Regelungen und bezieht sich damit auf die soziale Akzeptanz der Versorgung (ebd., S. 22). Mit der Gerechtigkeit wird schließlich eine Komponente erfasst, die auf geltende Prinzipien zur fairen Verteilung von Versorgungsleistungen in der Gesellschaft abzielt (ebd., S. 23).

Anhang 2: Transkriptionsregeln

- [...] Aussparungen (gekürzte Darstellung der Interviewausschnitte ohne die Bedeutung zu verändern)
- (.) Pause maximal zwei Sekunden
- (...) Pause mindestens drei Sekunden und länger
- / Abbruch von Sätzen oder Wörtern
- (()) Geräusche oder andere Töne
- () Unverständliche Wörter oder Wortgruppen

Anhang 3: Interviewausschnitte

Haas_Arzt 24c

„Wichtig in dem Zusammenhang ist, dass wenn die Patienten dann zurückkommen, dass wir natürlich auch/ wir können schon auf eine doch [...] große Menge an Informationen zurückgreifen, weil wir haben in der Regel das ja auch dokumentiert, dass wir mit dem Patienten gesprochen haben und gesagt haben, das wird wahrscheinlich zu Hause nicht ausreichend sein. Und manche Patienten sehen wir zwei, drei, vielleicht sogar viermal im Jahr. Es ist so, dass wir dann natürlich irgendwo zunächst mal an die Vernunft der Patienten appellieren. Wenn aber die Vernunft eben überhaupt nicht mehr anzusteuern ist, einfach weil sie ausgeschaltet ist, dann muss man sich auch fragen: Ist der Patient [...] überhaupt geschäftsfähig? Weil wenn er sich zu Hause nicht selbst versorgen kann, wenn er nicht genug trinkt, wenn er häufig stürzt, wenn er hinsichtlich [...] der Zuverlässigkeit der Medikamenteneinnahme nicht hundertprozentig ist, dann gefährdet der Patient sich letztlich selbst. Und die Selbstgefährdung ist einfach auch / wenn die nicht in irgendeiner Weise von einem Patienten auch realisiert werden kann, dann ist das auch ein wesentlicher

Punkt, um zu sagen: ‚Stopp, wir müssen jetzt wirklich ernsthaft drüber nachdenken, ob wir den Patienten nicht doch unter gesetzliche Betreuung stellen.‘ Das wird nie / kann ich mich nicht erinnern, nie unbedacht geschehen und frühzeitig geschehen. Es ist immer ein wirklich längerer Prozess, wo die einzelnen Berufsgruppen, auch ihre Informationen, ihre Einschätzungen dann zusammentragen und am Ende steht dann eventuell die Anrufung des Amtsgerichts, mit der Bitte, eine Betreuung [...] einzusetzen. Aber immer natürlich auch aufgrund eines psychiatrischen Gutachtens, das nicht von uns erstellt wird, sondern von einer Psychiaterin oder einem Psychiater, das heißt, die sind auch unabhängig davon. Wir leisten dann natürlich die Vorarbeit und machen bestimmte Tests und sagen, also die Tests sind da und da und da auffällig und das würde doch eher dafür sprechen, dass doch eine erhebliche Einschränkung auch der Einsicht und auch der Kognition bei den Patienten zu konstatieren ist. Das alles gehört dazu. Und ein Kriterium ist letztlich die Nachhaltigkeit der Behandlung hier. Natürlich kann man sagen, wenn die Patienten nach zu kurzer Zeit wieder zurückkommen, [...] darunter leiden wir auch ziemlich, dann ist die Nachhaltigkeit der Behandlung ja nicht sehr gut.“

Scheitor_Ärztin 40

„[G]erade hier in der Geriatrie ist die Situation so, dass wir viel, viel enger zusammenarbeiten, [...] also im Prinzip ein viel vernetzteres Arbeiten mit den Ergo- und Physiotherapeuten haben.“

Amlinger_Arzt 27

„Ja, man merkt sich leider immer oft die schlechten Dinge. Ich hatte Patienten, die hier auch angemeldet worden sind. Obwohl wir wussten, dass der gestürzt ist und wir der Diagnostik der Kollegen vertraut haben, gab es eben noch weitere Probleme. Wir haben versucht diesen Patienten zu mobilisieren über mehrere ja fast zweieinhalb Wochen. Und es gab halt überhaupt gar keine Fortschritte. Und dann sind die Angehörigen gekommen und dann irgendwann ist der Patient aufgestanden und dann ist mir halt aufgefallen, dass die ganze rechte Seite war keine Muskulatur mehr an den Beinen da. Das hat man so im Liegen nie vorher gesehen. Der ist eigentlich wegen Bauchsymptomen gekommen. Und dann haben wir den ins CT geschoben, eine große Blutung gefunden, dann ist der notfallmäßig in die Chirurgie. Das hat mich ziemlich geärgert, dass ich das erst so spät rausgefunden habe.“

Baumann_Arzt 17

„Gut, es gibt immer, weil sie fragten, was vielleicht manchmal nicht so gut ist, es gibt immer bei älteren Patienten Schwierigkeiten bei den Bauchuntersuchungen. Es ist wie bei Säuglingen, bei kleinen Kindern. Die machen sich häufig eben halt nicht

so bemerkbar und die Älteren empfinden das auch anders, die geben auch die Schmerzen ganz anders an. Also es ist schon so, dass manchmal dann der Fachkollege das dann doch schneller und sicherer diagnostiziert als wir, die wir so auf alles Mögliche achten. Also wir haben hier schon ein paar ältere Herrschaften, die auch dement gewesen sind, die dann auch nur mit Unruhezuständen gekommen sind und mit einer irgendwie gearteten Entzündungskonstellation. Da haben wir dann auch schon durch die Chirurgen entdecken lassen, als Ursache, auf die wir jetzt so nicht unbedingt gekommen sind. Also Patienten bei denen, die an der Hüfte operiert worden sind, die da natürlich auch oder schon etwas länger an der Hüfte operiert worden sind, aber immer noch ein bisschen Schmerzen da hatten. Hatte ich jetzt gerade eine da gehabt, die spontan eine Wirbelkörperfraktur gehabt hat, war Osteoporose, aber auch mit Ausstrahlung mehr so in die linke Seite. Die hat dann während der Beübung durch die Krankengymnasten immer zunehmend auch Schmerzen im Bereich des linken Unterbauchs in der Leistengegend geklagt, wo mir dann eben halt auch nicht so ganz klar war, liegt das jetzt nur an dieser Operation, liegt das an der Ausstrahlung von Schmerzen in einen Nerv, der auch diesen unteren Bereich linken Unterbauch mit versorgt. Und wo die dann, wo wir dann auch Schmerzmittel natürlich gegeben haben, diese Schmerzmittel haben dann wieder zu Erbrechen geführt und weil dieses Erbrechen und dieser linksseitige Unterbauchschmerz da waren, hat dann der diensthabende Arzt diese Patientin bei den Chirurgen einmal vorgestellt. Und die haben dann in der Tat dann plötzlich eine Oberschenkelhernie gefunden, also ein Darm, der unter dem Leistenband in den Oberschenkel gerutscht war und auch nicht reponiert werden konnte. Und die musste eben eine Leistenbruchoperation dann über sich dann noch zusätzlich ergehen lassen, weil das die Ursache war. Also das sind so Sachen, wo wir dann auch manchmal so ein bisschen betriebsblind werden, weil man das eben halt nicht so alltäglich hat. [...] Insbesondere wenn so Differenzialdiagnosen mit dranhängen. Also insofern ist das schon ganz wichtig, auch den Kontakt dann zu den Fachärzten oder den spezialisierten Ärzten auch zu suchen mit dabei. Nur die Empfehlungen, die die uns dann geben, die müssen wir dann in das Gesamtkonzept dann miteinarbeiten. Also in diesem Fall war es ganz klar, die OP stand dann natürlich im Vordergrund. Also es war jetzt nicht so eingeklemmt, dass es notfallmäßig operiert werden musste, aber elektiv einen Tag danach dann schon. Also das sind so Sachen, wo man immer noch mal wieder auch so ein bisschen selber seine Untersuchungstechniken schulen muss, die dann auch Mal nicht so ganz gut laufen, wo man dann doch sagt, also das wäre jetzt ein Fall gewesen, der wirklich in die Hand der Spezialisten gehört.“

Ehlers_Ärztin 23

„Ja, Visite bemühen wir uns, Visite zusammen zu machen. Zu den Oberarzt- und Chefvisiten gehen wir komplett parallel. Also Schwestern und Ärzte gehen mit. Aber ansonsten geht halt der Arzt alleine durch. Wunden machen wir, wenn die Schwester die Wunde aufmachen will, werde ich dazu gerufen, gucken wir uns das an. Sonst haben wir keinen festen Zeitplan, sondern wenn die Wunde aufgemacht wird, dann werde ich angefunkelt und dann gucke ich mir das an.“

Scheitor_Ärztin 12b

„Wobei das Patientenaufnehmen bei uns halt ein bisschen aufwendiger ist, weil es ist eben nicht nur einfach gucken und untersuchen, sondern eben auch noch dieses komplette Sozialmanagement drumrum wird erfragt und man dann noch die Daten natürlich in die Akte notieren muss, dann eine Anordnung machen muss und dann noch seine Einträge in so einer geriatrischen Datenbank.“

Bücker_Pflegedienstleitung 24

„[...] und wenn ich da Patienten habe, die alt sind, die refinal sind oder palliativ sind, die haben natürlich einen ganz anderen Anspruch an Zeit.“

Ehlers_Ärztin 234

„Sie [die Leitfäden, Anmerkung der Autorin] können die Qualität heben, wenn sie für die Geriatrie gemacht sind, aber die Leitfäden sind eigentlich ja nicht für die Geriatrie. Die Leitfäden, die wir haben, sind nicht für die Geriatrie gemacht, sondern sind allgemein gehalten und können für jede Station und für jeden Patienten gelten. Wenn es für die Geriatrie selber ein Konzept ist, dann finde ich das gut. Dann wird das auch sicherlich die Dinge beinhalten, die wir jetzt auch angesprochen haben. Aber wenn es ein allgemeiner Leitfaden ist, der quasi nur fürs Krankenhaus auf den Musterpatienten angewendet werden soll, der bei uns keine Relevanz hat, den können wir nicht einhalten den Leitfaden.“

Bartel_Ärztin 31

„Ja, ja, ich finde, man muss es auch ehrlich so sagen. Ich finde, bei Gott, ich habe einen Heidenrespekt davor, wenn man irgendwann in einem anderen Land in einer anderen Sprache arbeitet. [...] Ich war im Studium viel weg, ich weiß, wie schwierig das ist. Aber nichtsdestotrotz muss es halt irgendwie so sein, dass es auch funktioniert. Ich kann ja nicht immer nur sagen: ‚Ja, der ist halt nicht von hier.‘ Das ist für die Menschen ganz schlecht. Und gerade das ist ein Unterschied, ob Sie oder ich dann irgendwie im Krankenhaus sind oder ob da halt ein 85-jähriger liegt, der es hat halt wirklich nicht versteht, weil er schon schwer hört. Und dann wenn noch

jemand undeutlich spricht, dann ist das oft schwierig, ja, also Kommunikationsfähigkeit ist ein riesen, riesen Punkt bei uns.“

Siegert_Arzt 29-31

Interviewerin: „Sie haben gesagt, es werden Grenzen gesetzt und weniger von Ihnen. Von wem werden denn die Grenzen gesetzt?“

Siegert: „Das wird von den natürlichen Gegebenheiten gesetzt. Ich sach mal, dass wenn jetzt ein 90-Jähriger, das ist etwas, was hier auch immer schwer zu verstehen ist, da ist jemand, wenn sie sich vorstellen, vielleicht wenn Ihr Großvater oder irgendjemand, der war bisher noch zu Hause fit in der Wohnung und dann kommt irgendein Ereignis dazu, der stürzt, bricht sich was, und dann ist alles anders als vorher und es wird nie wieder so sein wie vorher. Das ist einfach so. Das ist das Schwierige, was man daran verstehen kann. Da ist dann einfach doch das biologische Alter, dass das bestimmt. Das meine ich damit, ne. Dann kommen häufig die Fragen und manchmal auch der Vorwurf von Angehörigen: ‘Wieso ist das so, wieso kriegen sie ihn nicht fitter hin und warum ist mein Vater nicht so, wie ich ihn kenne, warum geht das nicht.’ Und das ist einfach so, wenn dieses biologische System im hohen Alter irgendwann mal zusammenbricht, kann man das manchmal nicht wieder komplett aufbauen. Manchmal schon, aber es gelingt nicht immer.“

Drescher_Arzt 13

„Er [der Arzt; Anmerkung der Autorin] muss den Menschen als Ganzes sehen, muss erkennen können, was der Betroffene selbst wieder erreichen möchte, denn die Mitarbeit des Patienten ist in der Geriatrie oft ein Thema. Manchmal nicht gewährleistet, manchmal muss man motivieren, manchmal ist eine psychologische Begleitung notwendig, damit die Bereitschaft auch wieder zu gesunden wiederhergestellt werden kann. Ein guter Arzt in der Geriatrie muss auch ein Stück weit Psychologe sein, gute Menschenkenntnisse mitbringen und einfach Interesse daran haben, einen alten Menschen zu behandeln, der sicherlich nicht die Probleme hat, wie ein junger Mensch mit einer Krankheit, einer Infektion als Beispiel oder einer Fraktur, sondern wo es darum geht, die Lebensfreude für den Betroffenen wiederherzustellen, weil sonst kämpft man gegen Widerstände an, die es oftmals sehr mühsam machen. Aber Verständnis für die Probleme des alten Menschen, die muss er aufgreifen können, muss auch ein bisschen Standvermögen haben, nicht schnell heilen zu können, sondern unter Umständen nur Symptomen verbessern zu können.“

Siegert_Arzt 75

„Gerade wenn man das in der Tageszeitung liest, wenn man jetzt von der BILD spricht oder jetzt von der BILD-Stadt. Da steht auf der einen Seite was vom Fußballverein, dessen Fan man ist und dann steht was vom Krankenhaus. Dann verknüpft man das noch mehr und denkt, es wird schon Wahres dran sein. Wir haben jetzt gerade auch sehr viel Presse über unser Krankenhaus [...] und das belastet mich schon, weil ich hör dann auch immer wieder so aus dem Bekanntenkreis nach dem Motto: ‚Ach, in die Krankenhäuser kannst du ja gar nicht mehr hingehen, du holst dir doch nur diesen Keim.‘ Und ähm das ist so ein bisschen, [...] dass die Patienten da dieses Urvertrauen so ein bisschen verlieren ins Krankenhaus und das muss man erstmal wieder dann aufbauen, ne. Und gerade weil Patienten dann häufig zwischen den Krankenhäusern hin und her geschoben werden und dann sicherlich auch negative Erfahrungen machen, dass wir manchmal wirklich dann sehr viel mit den Patienten sprechen, die auch wieder aufbauen.“

Siegert_Arzt 47

„Man muss beim Menschen gerade auch bei Angehörigen mit allem Möglichen rechnen. Und ich glaube, was man sich nicht vorstellen kann, wir sehen ja sozusagen nur: Da ist ein Patient und da ist die Tochter, da ist der Sohn, da ist die Schwiegertochter und das ist sozusagen nur die Spitze des Eisberges. Was alles früher war jahrelang Sonntagsbesuche und das Zwischenmenschliche, was da alles gelaufen ist, das sehen wir gar nicht. Es gibt ja alle möglichen psychologischen Phänomene, Übertragung, Gegenübertragung, das heißt, es ist häufig so, dass für die Pflege oder für die Sorgfalt sind dann Schwiigertöchter zuständig. Früher war es vielleicht so, dass sie die Schwiigertöchter von der Mutter drangsaliert wurden oder vielleicht war immer so unterschwellig, nach dem Motto: ‚Mein Sohn hätte auch eine viel bessere finden können.‘ Und das wird manchmal alles später umgekehrt, dann entweder in Hass oder in Desinteresse an der Schwiigermutter oder aber sogar in übertriebene Fürsorge bis hin zu Vorwürfen. Also das kann man ja alles gar nicht in dem Moment begreifen, aber [...] das macht es also schwierig. [...] Wir machen auch sehr viel Angehörigenmedizin, weil unsere Patienten, wenn sie alt sind, häufig dann sozusagen die Sachen, die Belange über Angehörige geregelt werden.“

Jobst_Krankenpflegekraft 23b

„[...] und Angehörigen sind / es gibt alle, es gibt die super netten, die richtig auch warmherzig mit den ihren sind. Es gibt natürlich alle Konflikte, die Sie sich zwischen Eltern und Kindern oder Nachbarn oder / also alles, was man sich so an menschlichen Konflikten vorstellen kann. Sie können sich auch leicht denken, dass es eine Menge Schuldgefühle gibt, wenn der Mensch von uns ins Heim geht, es ist

ja [...] die Angst im Alter überhaupt, also der Schrecken überhaupt die Szenerie: Ich bin gestürzt zu Hause, ich lande in irgendeinem Krankenhaus und von dort muss ich ins Pflegeheim und ich komme nicht mehr heim. Oder auch so solche Dinge, dass man einfach / eine Weile ging es schon nicht mehr gut zu Hause, aber keiner hat es gemerkt und dann kommt man halt ins Krankenhaus und man stellt halt fest, dass die Wohnung vermüllt ist oder die Fußnägel um die Ecke wachsen und so. Das ist für Kinder auch peinlich. [...] Also es gibt alle Varianten von Scham oder Peinlichkeit oder Schuldgefühle, die dann manchmal auch aber in so einer unangemessenen Forderungshaltung landen.“

Ehlers_Ärztin 154b

„Früher hätten wir den Rehaantrag dann gestellt, wenn der Patient so weit gewesen wäre, wenn wir deutliche Fortschritte gesehen hätten und hätten dann erst den Rehaantrag gestellt. Und die Zeit haben wir jetzt de facto nicht mehr, also wir haben auch Patienten, die wir nach Hause schicken müssen und die dann von zu Hause in die Reha gehen müssen, wenn sie fit genug sind.“

Bücker_Pflegedienstleitung 12

„Auch den Patienten als solches mit seinen Bedürfnissen wahrnehmen. Das wird natürlich im Alltagsgeschäft [...] schwierig, weil die [die Krankenpflegekräfte; Anmerkung der Autorin] durch so viele Außeneinflüsse auch in ihren Arbeitsabläufen gestört werden. Und das was jetzt zusätzlich an Leistungen noch von denen gefordert wird, im Bereich Dokumentation viel Zeit frisst.“

Borchardt_Krankenpflegekraft 72

„Es hat sich geändert, die Dokumentation ist extrem mehr geworden. Weil wenn ich daran denke, hatte ich als ich hier angefangen habe / gut dann hatten wir ganz normal Pflegebericht und dann vielleicht noch die Lagerungspläne. Aber mittlerweile habe ich halt Ess- und Trinkprotokolle, die Assessments hatten wir auch, also Bartel, Blaylock, Sturzskala. Aber es wird halt irgendwie immer mehr, habe ich das Gefühl, dass man sehr viel schreibt. [...] Auf der einen Seite finde ich es schon gut, aber auf der anderen Seite finde ich, es wird einfach sehr viel doppelt dokumentiert. Und wo ich mir dann sage, muss das wirklich sein, dass ich das da auch nochmal aufschreibe. Ich habe halt zum Beispiel, in der Kurve trage ich oben meine Schmerzkurve ein, wie der Patient eingestellt ist. Dann habe ich nochmal ein Blatt, wo ich dann es nochmal dokumentieren muss, was er jetzt für Schmerzen hat, was ich getan habe. Und dann nochmal im Pflegebericht, dass der Patient wahrscheinlich Schmerzen hat ((lacht)). Das finde ich schon etwas viel. Das ist eine Menge zu

schreiben. Dann haben wir so diese geriatrische Datenbank, wo wir den Aufnahmezustand erheben. Also am PC finde ich das auch alles ganz gut, ist auch schnell gemacht. Wenn ich mir vorstelle, das jetzt noch alles verschriftlichen zu müssen, dann würde ich sagen: ‚Freunde, jetzt reicht es aber irgendwann mal, ich kann doch nicht nur den ganzen Tag schreiben, ich muss ja auch mal irgendwann zum Patienten gehen.‘“

Scheitor_Ärztin 118

„Wir haben einen Stationsassistenten, [...] das ist sehr schön hier bei uns im Haus. Mit dem Stationsassistenten, die uns Ärzten so zur Hand gehen, die Blutabnahmen machen, die uns Infusionskanülen legen, die uns Befunde anfordern, die irgendwelche so administrative / wenn wir sagen: ‚Faxt mir mal das dahin oder fordere mal hier einen Befund von da an‘, die sowas übernehmen. Das entlastet uns. Und es ist halt auch noch mal eine Qualitätsverbesserung. [...]. Also ich glaube, wir mussten dann auch auf eine halbe Arztstelle verzichten oder auf eine ganze, ich weiß es nicht genau.“

Bartel_Arzt 11b

„Oder ich verabrede mich gerne mit dem Sozialdienst, wenn die Entlassungen planen und sag: ‚Ach Mensch, ich komme dann gerne dazu‘ oder es nochmal gemeinsam bespricht, weil die hier sehr, sehr fit sind.“

Baumann_Arzt 9c

„Ja, morgens bin ich meinst so eine halbe Stunde eher da. Bereite schon so ein paar Sachen vor. Also Apotheken unterschreiben, hier alles was man sich per Computer ansehen kann, dann den Plan durchsehen, was an dem Tag alles ansteht an Einträgen.“