

Aktuelle Forschungsergebnisse aus dem Institut Arbeit und Qualifikation

Susanne Drescher

Die stationäre Krankenhausversorgung zwischen verschiedenen Versorgungsansprüchen

Grenzen der Versorgung am Beispiel der Akutgeriatrie

2020

06

Auf den Punkt ...

- Die stationäre Versorgung steht unter dem Einfluss der Ökonomisierung – so auch die Versorgung in der Akutgeriatrie.
- Trotz der mit der Ökonomisierung einhergehenden betriebswirtschaftlichen Orientierung bleiben berufsspezifische Ansprüche mit Fokus auf die Patient*innen leitende Motive der Behandelnden.
- In der Versorgungspraxis entstehen jedoch Konflikte zwischen den verschiedenen Ansprüchen, wenn aufgrund ökonomischer Interessen nicht ausreichend Zeit zur Verfügung steht, die berufsspezifischen Ansprüche in der Versorgung von Patient*innen umzusetzen.
- Diese Konflikte werden von den Behandelnden bearbeitet, indem Maßnahmen, die an ihren zeitlichen Ressourcen oder an ihren Ansprüchen an eine gute Versorgung ansetzen, ergriffen werden.

1 Einleitung

Die Anfang 2020 einsetzende Ausbreitung der Viruserkrankung COVID-19 zeigte einmal mehr die gesellschaftliche Bedeutung der medizinisch-pflegerischen Versorgung in Krankenhäusern. Dabei wird das Versorgungshandeln der Ärzt*innen und Krankenpfleger*innen nicht nur durch die Herausforderungen in Ausnahmesituationen bestimmt, es ist auch stark durch medizinische und technische Entwicklungen geprägt. Darüber hinaus leiten Normen und Werte der Ärzt*innen und Krankenpflegekräfte das Versorgungshandeln. In den letzten Jahrzehnten sind jedoch auch weitere Einflüsse hinzugekommen, die aus der „Ökonomisierung“ der Krankenhausversorgung hervorgegangen sind und sich in einer stärkeren Bedeutung ökonomischer Kosten- und Gewinnkalküle ausdrücken.

Bereits in den 1970er/1980er Jahren können ökonomische Kriterien wie Effektivität und Effizienz in der stationären Versorgung festgestellt werden (Bauer 2007). Einen Höhepunkt der Ökonomisierung stellt jedoch die Umstellung der Finanzierung von Tagespauschalen auf diagnosebezogene Fallpauschalen (DRG) im Jahr 2003 dar. So wurde in Folge dieser Reformierung auch eine ökonomische Logik – im Sinne einer betriebswirtschaftlichen Orientierung – deutlich stärker an die Ärzt*innen und Krankenpfleger*innen herangetragen (Braun et al. 2010; Vogd 2006). Ausgehend von diesem Bedeutungszuwachs ökonomischer Handlungskalküle in der stationären Versorgung Mitte der 2000er Jahre wurde im Rahmen einer Promotionsarbeit (Schulz 2019) der Frage nachgegangen, inwiefern die stationäre Versorgung auch mehr als zehn Jahr nach Einführung der DRG durch die ökonomische Logik beeinflusst wird. Dementsprechend setzt die weitergehende Untersuchung an einem Zeitpunkt an, an dem ökonomische Interessen durchaus zur „neuen“ Normalität der Krankenhausversorgung – speziell der akutgeriatrischen Fachabteilungen – gehören. Die Ergebnisse aus dieser Arbeit liegen diesem Report zugrunde; hier soll nochmal darauf fokussiert werden, unter welchen Umständen ökonomische Ansprüche anderen – berufsspezifischen – Ansprüchen gegenüberstehen und was dies für die Versorgungspraxis aus der Perspektive der Ärzt*innen und Krankenpflegekräfte bedeutet.

Bevor auf die Umsetzung der Versorgungsansprüche eingegangen wird, wird zunächst die Ausgangslage der medizinisch-pflegerischen Versorgung näher dargestellt. Es folgen kurze Darstellungen zur Theorie, an die die hier vorgestellten Ergebnisse angeschlossen sind, und zur methodischen Herangehensweise. In Abschnitt 2 werden die berufsspezifischen und ökonomischen Ansprüche näher betrachtet. Abschnitt 3 widmet sich der Umsetzung von Versorgungsansprüchen bzw. den damit verbundenen Herausforderungen und Problemen in der Versorgungspraxis sowie den Lösungen von Umsetzungsproblemen. In Abschnitt 4 folgen eine kurze Zusammenfassung und ein Ausblick.

1.1 Ausgangslage: Zur Ökonomisierung der Krankenhausversorgung

Bereits mit dem Einsetzen der Kostendämpfungspolitik Ende der 1970er Jahre begann in der Gesundheitsversorgung eine Stärkung des Wirtschaftsprinzips (z.B. durch das Krankenversi-

cherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977). Neuen Aufwind erhielt die Debatte zur Ökonomisierung mit der Umstellung der Leistungsfinanzierung¹ – nicht zuletzt durch die Tragweite dieser Umstellung. In der Infobox wird die Finanzierung über die Fallpauschalen kurz dargestellt.

Es können zwei Diskussionsstränge zur Ökonomisierung unterschieden werden: Zum einen gelten die Ökonomisierung und die damit zusammenhängende Rationalisierung der Versorgung als notwendige Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung (Slotala 2011, S. 59f.). Darüber hinaus soll durch die Ökonomisierung auch ein unnötiger Ressourceneinsatz vermieden werden, um die solidarisch aufgebrauchten Beitragsmittel der Gesetzlichen Krankenversicherung sparsam einzusetzen (Braun et al. 2010, S. 239; Mühlenkamp 2003, S. 70). Dabei stehen Fragen zum Nutzen und zur (Kosten-)Effektivität bei der Erbringung von Versorgungsleistungen im Vordergrund, nicht jedoch die mit einer Rationierung zusammenhängenden Maßnahmen, wie ein Vorenthalt von medizinisch-pflegerischen Leistungen oder ein Senken der Versorgungsqualität.

Zum anderen wird in der Ökonomisierung ein Kulturwandel gesehen, durch den privatwirtschaftliche Steuerungs- und Verteilungsmechanismen in marktferne Dienstleistungsbereiche eingeführt werden (Bode 2010, S. 63). Die Umstellung auf ein auf Fallpauschalen basiertes Finanzierungssystem gilt als ein besonderer Schritt in Richtung Ökonomisierung, der sich durch seine „Intensität und Radikalität [auszeichnet], mit der sich ein ökonomisches Gewinninteresse durchsetzt“ (Bauer 2006). Dadurch würden finanzielle Ressourcen nicht mehr als Mittel zum Zweck eingesetzt werden, sie werden vielmehr selbst zum Zweck (Kühn und Simon 2001, S. 61). In diesem Sinne sehen auch Braun et al. (2010, S. 239) in der Ökonomisierung dahingehend eine Veränderung der stationären Versorgung, durch die der Schwerpunkt handlungsleitender Ziele und Normen weniger auf einer optimalen Versorgung der Patient*innen liegt, sondern auf einer Verbesserung des Betriebsergebnisses. Hinzu kommt, dass die Krankenhausleitungen staatliche Maßnahmen zur Kostensenkung, wie die Umstellung der Leistungsfinanzierung, nicht mehr von der Versorgung abgrenzen können (oder wollen). In der Folge schlägt sich die ökonomische Ausrichtung auch auf die Arbeitsbedingungen und Arbeitsweisen der Beschäftigten im Krankenhaus nieder (Bär 2011, S. 15).

Infobox: Leistungsfinanzierung über diagnosebezogene Fallpauschalen

Die Erstattung von Behandlungskosten wurde mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) geändert. Im Krankenhausfinanzierungsgesetz heißt es, dass „[für] die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen [...] ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem [gilt]“ (§ 17b Abs. 1 KHG). Die Umstellung der Leistungsfinanzierung begann im Jahr 2003; es folgte eine Konvergenzphase bis 2009.

¹ Die Krankenhausfinanzierung erfolgt auf dualen Weg. Zum einen haben die im Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser Anspruch auf eine Finanzierung der Investitionskosten durch den Staat. Zum anderen werden die Betriebskosten, also die Erstattung von Behandlungskosten, über ein diagnosebezogenes Fallpauschalensystem finanziert. Die Kosten dafür tragen die Krankenkassen.

Bei der Leistungsfinanzierung im DRG-System werden die Patient*innen in homogene Fallgruppen entsprechend der gestellten Diagnose, der folgenden Prozedur und dem Schweregrad der Erkrankung eingeordnet (Braun et al. 2010, S. 35). Vereinfacht lässt sich die Berechnung der Fallpauschalen wie folgt darstellen: Jeder DRG ist ein Relativgewicht zugeordnet, das den Behandlungsaufwand widerspiegeln soll. Wird das Relativgewicht mit dem Basisfallwert multipliziert, ergibt sich daraus die Fallpauschale – also ein Eurobetrag, der dem Krankenhaus für die Versorgung des Falles erstattet wird (DIMDI 2016). Durch das Relativgewicht und den Basisfallwert wird für alle Behandlungen die Vergütung von Versorgungsleistungen also vorab bestimmt.

In der Leistungsfinanzierung spielen die Liegezeiten bzw. die obere und untere Grenzverweildauer für die jeweiligen Diagnosegruppen ebenfalls eine Rolle. Hier werden Anreize gesetzt, den zeitlichen Aufenthalt an der unteren Grenzverweildauer zu orientieren, weil weitere Behandlungstage bis zur oberen Grenzverweildauer durch die vorab festgelegte Fallpauschale i.d.R. keine zusätzlichen Erlöse einbringen, wenngleich Kosten entstehen (Goedereis 2009, S. 241). Werden Patient*innen jedoch vor der unteren Grenzverweildauer entlassen, gehen damit Abschläge einher. Ein Überschreiten der oberen Grenzverweildauer wird zwar auch vergütet, jedoch decken die Zuschläge nicht unbedingt die anfallenden Behandlungskosten.

Die Folgen der Ökonomisierung, nicht zuletzt die Folgen durch die Umstellung der Leistungsfinanzierung, wurden vielfältig beforscht (ausführlicher dazu Schulz 2019). Eine Veränderung, die wiederholt im Zusammenhang mit der Ökonomisierung diskutiert wird, ist die Verschiebung in der Trägerstruktur (z.B. Böhlke et al. 2009). Diese Veränderung wird auf das „Eindringen kapitalistischer Unternehmen“ (Bode 2010, S. 70) in den als marktfern charakterisierten stationären Krankenhausesektor zurückgeführt. So nahmen Anzahl und Anteil privater Krankenhäuser seit 1995 zu, während sich Anzahl und Anteil öffentlicher Einrichtungen verringerten.

Neben der Trägerstruktur veränderte sich auch die Ausstattung mit medizinischem und pflegerischem Personal; insbesondere die Vollzeitäquivalente der Krankenpfleger*innen sind seit 1995 zurückgegangen. Wenngleich das Volumen der Beschäftigten in den letzten Jahren wieder leicht zugenommen hat, erreicht es nicht mehr das Ausgangsniveau. Zum personellen Rückgang in der Pflege kommt hinzu, dass die Anzahl der Patient*innen seit Mitte der 2000er Jahre anstieg, sodass letztlich auf eine Krankenpflegekraft mehr Patient*innen kommen (Schulz 2019, 36f., 68)

Neben strukturellen Veränderungen der Krankenhausversorgung lassen sich ein erhöhtes Arbeitspensum sowie ein gestiegener Termin- und Zeitdruck in der Versorgung zeigen (Conrads et al. 2016, S. 94). Der Anspruch an eine kürzere Liegezeit, der aus der Grenzverweildauer hervorgeht, führt dazu, dass sich die Versorgung auf wenige Tage konzentrieren muss. Dies bedingt eine Arbeitsverdichtung für die Behandelnden und geht mit einem höheren Logistik- und Koordinierungsaufwand bei der Aufnahme und Entlassung einher. In diesem Zusammenhang ergibt sich eine weitere Arbeitsverdichtung durch die Zunahme von Patient*innen mit Mehrfacherkrankungen (Müller 2009, S. 33).

Auch eine durch die Ökonomisierung bedingte Veränderung im Selbstverständnis der Behandelnden wird vermutet, die sich in einem Zwiespalt – einer „moralischen Dissonanz“ (Kühn 2003, S. 18) – zwischen den ökonomischen Anreizen und der beruflichen Moral niederschlägt. Eine Untersuchung zu ärztlichen „Soll-Vorstellungen“ (Braun et al. 2010, S. 147) zeigt vor diesem Hintergrund einen außergewöhnlich hohen Anteil an Ärzt*innen, der relativierende Angaben bei Fragen zu Entscheidungen zwischen den Versorgungsansprüchen und betriebswirtschaftlichen Kalkülen macht. Dies deutet auf einen Umstand hin, in dem bisherige Normen gefährdet sind, sich aber neue Vorstellungen noch nicht vollständig durchgesetzt haben bzw. sich die Behandelnden noch nicht zu neuen Vorstellungen bekennen wollen (ebd., S. 147). Eine andere Untersuchung aus der Zeit der Finanzierungsumstellung zeigt, dass Entscheidungen von Ärzt*innen bereits vor der Einführung des DRG-Systems durch einen Konflikt zwischen dem beruflichen Selbstverständnis bzw. Berufsethos und ökonomischen Rationalitäten geprägt waren (Vogd 2004, S. 391ff.). Mit der Einführung der Fallpauschalen wurde dieser Konflikt nicht gelöst, indem die medizinische Orientierung der Ärzt*innen durch eine ökonomische Logik verdrängt worden ist. Vielmehr wurden beide Orientierungen stärker miteinander verschränkt, um unterschiedlichen Ansprüchen gerecht werden zu können (Vogd 2006, S. 254). In der Konsequenz wird bspw. zwischen problematischen Fällen (komplexen Fällen) und Routinefällen unterschieden, um dadurch die vorhandenen zeitlichen und personellen Ressourcen für komplizierte Behandlungsfälle aufzuwenden. Wenngleich hier eine ökonomische Logik zugrunde liegt, bleibt die Unterscheidung zwischen komplexen Fällen und Routinefällen eine rein am medizinischen Maßstab ausgerichtete Entscheidung (ebd., S. 255).

Die Ökonomisierung hat auch Auswirkungen auf das Selbstverständnis der Krankenpfleger*innen. So passen aus Sicht der Krankenpflegekräfte die aus der Ökonomisierung hervorgegangenen Ansprüche nicht mit ihren Vorstellungen zusammen, wie eine gute Pflege zu gestalten ist. Darüber hinaus gehört die Umsetzung gewinnoptimierender Verfahrensweisen nicht zu ihrem Beruf (Marrs 2007, S. 505f.). Zugleich werden aber auch Veränderungen gesehen, durch die die Krankenpflegekräfte „faktisch die ökonomischen Interessen des Krankenhauses vor die moralische Verpflichtung gegenüber dem Patienten [stellen]“ (Manzeschke 2010, S. 142), auch wenn dies nicht in der Absicht der Krankenpfleger*innen liegt.

Die Forschung zu den Folgen, insbesondere auch den Folgen für das Selbstverständnis und die Handlungspraxis der Ärzt*innen und Krankenpflegekräfte, zeigt, wie weit der Einfluss der Ökonomisierung reicht. Die Ergebnisse dieses Reports können ergänzend dazu zeigen, inwieweit auch mehrere Jahre nach der Einführung des DRG-Systems die Ökonomisierung insbesondere den Versorgungsanspruch als Teil des Selbstverständnisses und auch dessen Umsetzung in die Versorgungspraxis prägt.

1.2 Theoretische Ausgangsüberlegungen

Um die Ergebnisse der Analyse theoretisch zu fundieren, werden verschiedene Ansätze mit einbezogen. Im Zentrum steht, wie Individuen ihr Handeln gestalten, wenn ihre eigenen Normen, Werte und Motive nicht mit der (veränderten) Umwelt einer Arbeitsorganisation und den damit verbundenen Anforderungen zusammenpassen.

Im ersten Ansatz von Presthus (1962) stehen Muster bzw. Idealtypen, wie sich Individuen an eine bürokratische Arbeitsumwelt anpassen, im Vordergrund. Der erste Idealtypus ist der des *Aufsteigenden*; er ist durch eine hohe Arbeitsmoral gekennzeichnet. Bei diesem Muster liegt eine hohe Identifikation mit der Organisation vor und die Organisationsziele werden akzeptiert. Darüber hinaus kommt es zu einer Internalisierung der organisationalen Wertebegriffe; diese Werte werden dadurch zu „Aktionsprämissen“, die das Handeln der Individuen prägen (ebd., S. 174ff.). Der *Indifferente* als zweiter Idealtyp sieht dagegen seine Erfüllung nicht in der Arbeit für die Organisation. Dadurch entsteht eine gleichgültige Haltung gegenüber der Organisation und gegenüber ihren Status- und Prestigewerten (ebd., S. 216ff.). Im Vergleich zum Aufsteigenden, der den Status quo würdigt, findet sich der Indifferente mit dem Status quo ab. Berufsethische Orientierungen spielen hier keine Rolle; andere Orientierungen, wie z.B. am Entgelt oder an den Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung, umfassen dagegen wesentliche Werte, die das Handeln bestimmen (ebd., S. 216ff.). Der dritte Typ ist der *Ambivalente*. Bei ihm stehen die Werte der (bürokratischen) Organisation in einem Widerspruch zu den persönlichen und beruflichen Wertvorstellungen. Gegenüber dem Aufsteigenden und dem Indifferenten zielt der Ambivalente darauf, etwas zu verändern. Er besitzt dazu jedoch nicht die notwendigen Ressourcen in der Organisation (ebd., S. 253ff.).

Einen ähnlichen Ansatz bietet die Arbeit von Siller (2008). Sie untersucht die Auswirkungen auf das berufliche Selbstverständnis im Feld der sozialen Arbeit, die auf gewandelte Arbeitsbedingungen und -anforderungen durch die Einführung formalisierter Steuerungs- und Dokumentationssysteme zurückgehen. Gegenüber dem Ansatz von Presthus (1962) werden durch den Fokus auf die soziale Arbeit auch die Klient*innen, die Leistungen erhalten, mitberücksichtigt. Darüber hinaus ändern sich bei Siller (2008, S. 8) das Selbstverständnis und die Handlungsorientierungen der Individuen in Auseinandersetzung mit den gewandelten Leitlinien. Somit betten die Individuen ihre Vorstellungen in eine veränderte Umwelt ein. Auch bei diesem zweiten Ansatz gibt es drei Idealtypen. Der *flexibel Angepasste* als erster Typ strebt nach einer grundlegenden Absicherung und nach der Anerkennung durch die Leitungsebene der Organisation. Die professionelle Orientierung bei diesem Typ deckt sich mit den Leitlinien der Organisation (ähnlich dem Aufsteigenden von Presthus (1962)). Dennoch bleiben beim flexibel Angepassten die Vorstellungen von gemeinschaftlich geteilten Grundwerten als ein Leitbild bestehen; sie werden jedoch von den Organisationsveränderungen überdeckt und nicht weiterentwickelt (Siller 2008, S. 230). Im Zentrum des zweiten Typus – *traditioneller Professionalist* – steht der Anspruch, die professionellen Leitlinien zu verteidigen. Organisatorische Vorgaben werden als eine Einmischung in die professionelle Autonomie verstanden. Es erfolgt zunächst ein aktiver Widerstand durch das Individuum, auf den beim Ausbleiben des Erfolgs ein Abbruch der Kommunikation mit der oberen Führungsebene erfolgt. Schließlich zieht sich der traditionelle Professionalist auf seine individuellen Maßstäbe zurück; den Strukturbedingungen der Organisation wird in diesem Typus zwar nach außen hin entsprochen, die Arbeit im Einzelnen wird jedoch unabhängig von den Strukturbedingungen ausgeübt (ebd., S. 230f.). Der *reflexiv Integrierende* als dritter Handlungstyp 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).

Gegenüber Presthus (1962) und Siller (2008) liegt in dem Ansatz von Lipsky (1983) der Schwerpunkt auf dem Konflikt in den "Street-Level-Bureaucracies" zwischen den Einstellungen und dem Pflichtgefühl der Beschäftigten und den Rahmenbedingungen bei der praktischen Arbeit. Er stellt unterschiedliche Möglichkeiten heraus, wie Individuen mit diesem Konflikt umgehen, wobei er jedoch nicht auf Idealtypen zurückgreift. Beispielsweise lösen die Individuen diesen Konflikt, indem sie sich unschädliche Formen der Massenverarbeitung aneignen, durch die ein weitestgehend fairer und angemessener Umgang mit den Klient*innen möglich ist. Demgegenüber stehen Maßnahmen, bei denen die Individuen „give in to favoritism, stereotyping and routinizing – all of which serve private or agency purposes“ (Lipsky 1983, S. xii). Um die Lücke zwischen den Idealvorstellungen und den Möglichkeiten ihrer Umsetzung zu schließen, können die „street-level-bureaucrats“ ihre individuellen Vorstellungen auch entsprechend anpassen (ebd., S. xiii). Darüber hinaus sind ein faktischer oder ein innerer Rückzug mögliche Strategien, um mit dem Konflikt umzugehen (ebd., S. 142f.).

Zusammengenommen bieten die Ansätze eine theoretische Grundlage dafür, wie Individuen im Spannungsfeld divergierender Orientierungen handeln können. Dies lässt sich auf die stationäre Versorgung übertragen, in der die Ansprüche der Behandelnden als Teil ihres Selbstverständnisses den ökonomischen Interessen der Krankenhausorganisation gegenüberstehen. Ähnlich wie bei Lipsky (1983) und Siller (2008) spielt dabei auch der Bezug zu den Klient*innen – hier: den Patient*innen – eine Rolle. Unter Rückgriff auf diese Ansätze können die in den folgenden Abschnitten dazustellenden Ergebnisse ergänzend zeigen, welche Umstände einen Konflikt zwischen unterschiedlichen Ansprüchen in der Akutgeriatrie hervorrufen und wie dieser Konflikt von den Ärzt*innen und Krankenpfleger*innen gelöst wird.

1.3 Methodische Herangehensweise

Die Untersuchung basiert auf einem qualitativen Forschungsdesign, das in seinen Grundzügen der Grounded Theory nach Glaser und Strauss (1967) bzw. nach Strauss und Corbin (1996) folgt. Dabei wurde auf „sensibilisierende Konzepte“ zurückgegriffen, wodurch die Konzepte und Kategorien sowohl auf Basis des theoretischen Vorwissens als auch auf der Grundlage des vorliegenden empirischen Datenmaterials entwickelt werden können (Kelle und Kluge 2010, S. 23). Insbesondere die daraus hervorgegangene Schlüsselkategorie wurde im Rahmen des Kodierparadigmas herangezogen, um die Versorgungsansprüche in den Daten differenzieren zu können sowie Probleme bei der Umsetzung dieser Ansprüche und Bearbeitungsstrategien dieser Probleme herauszuarbeiten.

Als Untersuchungsfeld wurde die geriatrische Akutversorgung gewählt; dies trägt u.a. der Herausforderung in der stationären Versorgung Rechnung, die mit zunehmend älteren und hochaltrigen Menschen als Patient*innen einhergeht. So weist die Gruppe der älteren Patient*innen meist mehrere bestehende Erkrankungen gleichzeitig auf; zudem sind altersbedingte psychische

Erkrankungen wie Demenz weiter verbreitet. Darüber hinaus steigt bei den älteren Patient*innen die Wahrscheinlichkeit einer höheren Vulnerabilität etwa durch Komplikationen, Chronifizierung oder durch den Verlust bzw. durch eine Verschlechterung in den Fähigkeiten zur selbstständigen Lebensführung (Bundesverband Geriatrie e.V. 2010, S. 13).

Die geriatrische Versorgung besteht aus zwei zentralen Behandlungselementen: 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 als solche bei der Krankenkasse abgerechnet werden. Idealerweise verschiebt sich der Schwerpunkt in der Behandlung geriatrischer Patient*innen während des stationären Aufenthalts von einer Akutversorgung der Erkrankung(en) oder Symptome hin zur Durchführung frührehabilitativer Maßnahmen (Kolb et al. 2014, S. 7).

Für die Untersuchung konnten 16 Ärzt*innen und Krankenpflegekräfte aus fünf Geriatrien im Jahr 2014 gewonnen werden. Als Erhebungsinstrument wurden leitfadengestützte Interviews eingesetzt, in denen der Fokus auf die Qualität der stationären Versorgung gelegt wurde. Diese Ausrichtung auf das Qualitätsverständnis der Ärzt*innen und Krankenpfleger*innen bot die Möglichkeit, berufsspezifische Orientierungen auf die Ansprüche in der Patient*innenversorgung zuzuspitzen. 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. Im problemzentrierten Teil der Interviews wurde Bezug auf die Außendarstellung stationärer Qualität genommen.

2 Versorgungsansprüche in der Akutgeriatrie

Um herauszuarbeiten, ob betriebswirtschaftliche Kalküle den medizinisch-pflegerischen Anspruch in der neuen Normalität prägen, wurde zunächst konzeptionell zwischen einer ökonomischen und einer – kontrastierenden – berufsspezifischen Orientierung unterschieden.

Bei der *ökonomischen Orientierung* kommt den betriebswirtschaftlichen Kriterien eine bedeutende Rolle zu; es sollen finanzielle Verluste vermieden bzw. Gewinne maximiert werden.² Die *berufsspezifische Orientierung* ist dagegen durch eine verstärkte Ausrichtung auf die Patient*innen und auf ihre Bedürfnisse gekennzeichnet. Diese Ausrichtung geht u.a. aus berufsethischen Kodizes hervor, wie aus der Rahmen-Berufsordnung für professionell Pflegende des deutschen Pflegerats für die Krankenpflegekräfte und die Genfer Deklaration des Weltärztebundes für die Ärzt*innen. Zwar werden dort auch Gebote der Wirtschaftlichkeit formuliert, sie bilden jedoch keine betriebswirtschaftliche Orientierung im engeren Sinne ab.

² Die Verlustvermeidung und Gewinnmaximierung sind Kriterien, anhand derer unterschiedliche Ökonomisierungsgrade in Organisationen differenziert werden können. Siehe dazu Schimank und Volkmann (2017).

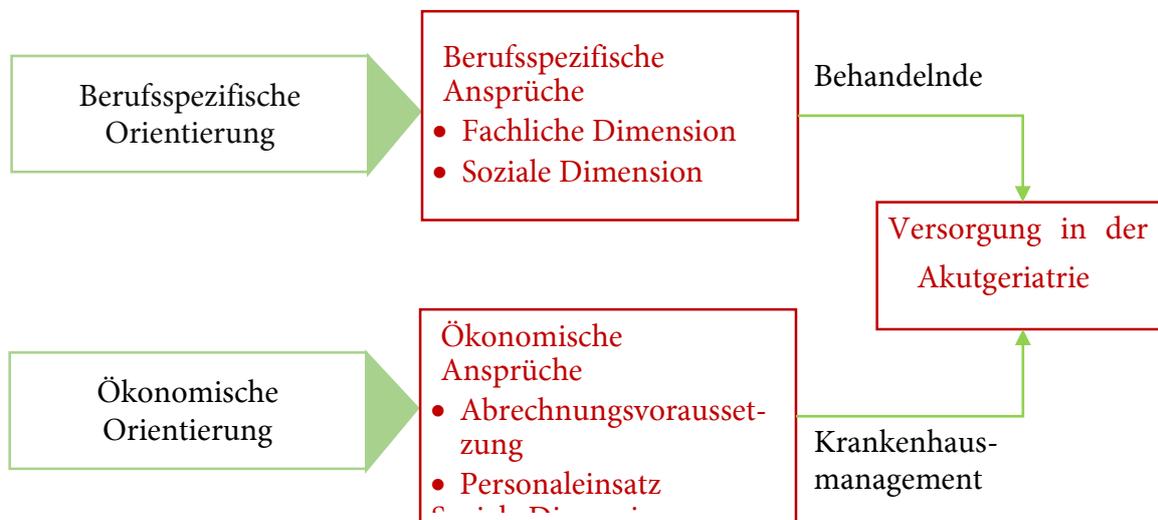
Ausgehend von dieser Differenzierung wurden die Ansprüche an die Versorgung dahingehend analysiert, ob sich die Orientierung an den Patient*innen ausrichtet und damit als berufsspezifisch zu bezeichnen sind, oder ob eine Orientierung an betriebswirtschaftlichen Kennwerten vorliegt. Auf der Grundlage des Interviewmaterials können sowohl berufsspezifische als auch ökonomische Ansprüche herausgearbeitet werden. Dabei stellen sich ökonomische Ansprüche als etwas dar, das vom Krankenhausmanagement herangetragen wird, während die berufsspezifischen Ansprüche die Motivation der Ärzt*innen und Krankenpfleger*innen in den Akutgeriatrien kennzeichnet.

Im Einzelnen lassen sich für die Ärzt*innen und Krankenpflegekräfte eine fachliche und soziale Dimension des *berufsspezifischen Anspruchs* herausstellen (einen Überblick über die Ergebnisse bietet Abbildung 1). Bei der fachlichen Dimension stehen eine ganzheitliche Versorgung, die Akutbehandlung und Mobilisation sowie die Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt im Vordergrund. Der Schwerpunkt der sozialen Dimension liegt auf der Kommunikation zwischen den Behandelnden und den Patient*innen. Hierbei geht es darum, den Patient*innen eine emotionale Sicherheit zu bieten, aber auch um den Austausch von Informationen, durch den zugleich der Anspruch der fachlichen Dimension bedient wird.

Der *ökonomische Anspruch* der Krankenhäuser, wie er von den Ärzt*innen und Krankenpfleger*innen wahrgenommen wird, drückt sich zum einen in den einzuhaltenden Modalitäten, die mit der Erstattung der Behandlungskosten im Zusammenhang stehen, aus. Zum anderen äußert sich der Anspruch der Kostenreduktion in den Einsparungen beim Personal, insbesondere in der Pflege. Die betriebswirtschaftliche Ausrichtung der Krankenhausorganisation zeigt sich zum Beispiel in der Darstellung einer Ärztin, die das Krankenhaus als ein Wirtschaftsunternehmen beschreibt, deren Geschäftsführung nur Zahlen sieht.

Zusammenfassend lässt sich anhand der herausgearbeiteten Ansprüche zeigen, dass bei den Ärzt*innen und Krankenpflegekräften weiterhin Versorgungsansprüche vorliegen, die auch in der neuen Normalität auf berufsspezifische Orientierungen zurückzuführen sind. Dennoch bestehen in der Akutgeriatrie auch Ansprüche mit einer betriebswirtschaftlichen bzw. ökonomischen Orientierung; sie bestimmen jedoch nicht die Vorstellungen der Ärzt*innen und Krankenpfleger*innen von einer guten Versorgung. Daher ist hier von einer Divergenz unterschiedlicher Versorgungsansprüche auszugehen, wobei die Ansprüche der Ärzt*innen und Krankenpflegekräfte an die Patient*innenversorgung nicht mit den Zielen bzw. Ansprüchen der (Krankenhaus-)Organisation übereinstimmen.

Abbildung 1: Versorgungsansprüche in der Akutgeriatrie



Quelle: eigene Darstellung

3 Umsetzung von Versorgungsansprüchen

Mit dem Bestehen divergenter Ansprüche in der akutgeriatrischen Krankenhausversorgung gehen jedoch nicht per se Konflikte in der Versorgungspraxis einher. Dennoch sind mit der Umsetzung berufsspezifischer und ökonomischer Ansprüche jeweils Bedingungen verbunden, die nicht gleichermaßen bedient werden (können); dies wird im folgenden Abschnitt näher dargestellt.

3.1 Umsetzungsprobleme von Versorgungsansprüchen

Ausgehend von den Darstellungen der Ärzt*innen und Krankenpfleger*innen lässt sich zeigen, dass es Fälle gibt, in denen ihre Ansprüche an die Versorgung nicht unmittelbar umgesetzt werden (können). In diesen Fällen spielt die „verfügbare Zeit“³ für die Versorgung von Patient*innen eine Rolle. Wie sich daraus ergebende Konflikte zwischen den Ansprüchen im Einzelnen darstellen können, wird im Folgenden anhand zweier Beispiele verdeutlicht: (a) Wenn die Ausrichtung auf Abrechnungsmodalitäten der fachlichen Dimension des berufsspezifischen Anspruchs entgegenstehen und (b) wenn durch den Personalmangel die soziale Dimension des berufsspezifischen Anspruchs nicht umgesetzt werden kann.

a) Im DRG-System spielen die mit einer Diagnose verbundene untere und die obere Grenzverweildauer dahingehend eine Rolle, dass ein Unter- bzw. ein Überschreiten der Liegezeiten sich negativ auf die Kostenerstattung für erbrachte Leistung auswirken können. Ein Nicht-Einhalten von Liegezeiten steht also einer finanziellen Verlustvermeidung oder auch einer Gewinnmaximierung (ökonomische Orientierung) entgegen. Für das Krankenhausmanagement bilden die Liegezeiten demnach ein Leitmotiv für das Versorgungshandeln. Wie sich diese Ausrichtung

³ Die verfügbare Zeit bildete in der Analyse die Schlüsselkategorie.

gegenüber der Krankenpflege äußert, zeigt sich beispielhaft in der Darstellung einer Krankenpflegerin: „Also da wird dann nicht hinterfragt, [...] warum muss der jetzt länger versorgt werden, sondern Pech gehabt, der ist länger da, schlecht fürs Geld.“ Längere Liegezeiten sind für die Krankenhausleitung jedoch dann akzeptabel, wenn medizinische Gründe vorliegen. Eine nach dem Geriatrieaufenthalt fehlende Versorgung wird dagegen nicht als Grund für längere Liegezeiten akzeptiert. Eine Ärztin verweist darauf, dass wenn es „noch keinen Heimplatz [gibt] 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.‘“ Eine Versorgung in der Akutgeriatrie, die auch die Versorgung nach dem Aufenthalt sicherstellt und damit den berufsspezifischen Anspruch bedient, ist mit der Ausrichtung auf die Grenzverweildauer nicht (mehr) möglich. Dies verschärft sich, wenn z.B. Komplikationen auftreten und die Liegezeiten nicht ausreichen, um an der Mobilisation der Patient*innen zu arbeiten. In diesen Fällen stößt auch die weitergehende Versorgung nach dem Geriatrieaufenthalt an ihre Grenzen. Zwar könnte dann die Aufnahme in eine Rehabilitationseinrichtung den weitergehenden Genesungsprozess zunächst sicherstellen, aber eine erst daran anschließende Mobilisation könnte nicht mehr in der Einrichtung erfolgen. Eine Ärztin beschreibt dies als „das Schlimmste, was auftreten kann.“ Wenn zudem ein Pflegebedarf nicht anerkannt wird, so die Ärztin, dann „fällt dieser Patient quasi erstmal durch alle sozialen Maschen und Auffangnetze, die wir so haben, da bleibt dann nur die Familie letztendlich.“

b) Die für die Versorgung zur Verfügung stehende Zeit wird auch durch das vorhandene medizinisch-pflegerische Personal bestimmt. In der Folge geht ein Abbau des Personals auch mit einer Beschränkung der verfügbaren Zeit zur Umsetzung des berufsspezifischen Anspruchs einher. Der Personalabbau betrifft die interviewten Ärzt*innen und Krankenpflegekräfte unterschiedlich. Ein Arzt stellt es wie folgt dar: „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.“

Sofern mit dem Abbau von Beschäftigten nicht auch ein Rückgang der Patient*innen einhergeht, wird die für die Versorgung zur Verfügung stehende Zeit, die ein*e Behandelnde*r pro Patient*in hat, beschränkt. In der Folge fehlt also die Zeit, um den berufsspezifischen Anspruch an die Versorgung, wie die Kommunikation mit den Patient*innen, umzusetzen. „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 [...]. Ich hab‘ mich zwar zu ihr hingesetzt für fünf Minuten, aber dann musste ich zu ihr sagen: ‚Leider, ich hab jetzt keine Zeit, ich muss gehen.‘“ Zwar scheinen die Behandelnden besonders in Notsituationen auch den Bedarf der Patient*innen an einer Kommunikation angemessen nachkommen zu wollen. Die Erfahrung der Krankenpflegerin zeigt jedoch, dass dies nicht möglich ist, wenn nicht zugleich ausreichend Personal vor Ort ist, um auch die anderen Patient*innen zu versorgen.

Zusammengenommen lässt sich zeigen, dass die Rahmenbedingungen, in denen die Versorgung stattfindet, im Wesentlichen von den ökonomischen Ansprüchen geprägt sind. Zu Problemen bei der Umsetzung der berufsspezifischen Ansprüche kommt es erst dann, wenn durch die Rahmenbedingungen die benötigten zeitlichen Ressourcen eingeschränkt werden. Ergänzend zu den theoretischen Ansätzen kann mit der verfügbaren Zeit der Punkt hervorgehoben werden, an dem die verschiedenen Ansprüche konfliktieren bzw. an dem die Organisationsziele von dem Verständnis der Behandelnden darüber abweichen, wie der Umgang mit den Patient*innen zu gestalten ist.

3.2 Lösung der Umsetzungsproblematik

Ausgehend von dem Konflikt zwischen den ökonomischen und berufsspezifischen Ansprüchen, der mit Problemen bei der Umsetzung der berufsspezifischen Ansprüche einhergeht, werden in diesem Abschnitt die Maßnahmen näher beleuchtet, die die Ärzt*innen und Krankenpfleger*innen nutzen, um mit diesen Konflikten umzugehen. Diese Praktiken lassen sich dahingehend unterscheiden, ob sie an den gegebenen zeitlichen Ressourcen (zeitbezogene Lösung) oder an den Versorgungsansprüchen (versorgungsbezogene Lösung) ansetzen.

Bei der *zeitbezogenen Lösung* wird versucht, beispielsweise um die Versorgung nach dem Geriatrieaufenthalt trotz der zu kurzen Liegezeiten sicher zu stellen, die Zeit nach der Entlassung so früh wie möglich auch in der Versorgung mit zu berücksichtigen. In einem Krankenhaus werden etwa Anträge auf Rehabilitation bereits am Tag der Aufnahme gestellt, also zu einem Zeitpunkt, an dem die Patient*innen noch gar nicht so weit genesen sind, um in eine Rehabilitationseinrichtung aufgenommen zu werden. Eine Ärztin beschreibt es wie folgt: Auf dem „Rehaantrag [steht] ein sehr schlechter Patient, 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 viel, viel mehr, sei es laufen, sitzen oder schlucken.“ Bei diesem Vorgehen wird also von einer antizipierten Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgegangen. Die Umsetzung kann jedoch nur dann funktionieren, wenn keine Komplikationen bei den Patient*innen auftreten, die einen längeren Aufenthalt nötig machen oder gegen eine Rehabilitation sprechen.

Um dem Anspruch der Kommunikation auch bei unzureichenden zeitlichen Ressourcen nachzukommen, wird eine andere zeitbezogene Lösung genutzt. Zum Beispiel nehmen Krankenpflegekräfte explizit Routinetätigkeiten wie die Verteilung der Mahlzeiten dazu wahr, um mit den Patient*innen zu reden – auch über Aspekte, die nicht die Versorgung selbst betreffen. Inwiefern dabei jedoch auf akute Sorgen oder Ängste der Patient*innen angemessen eingegangen werden kann, bleibt an dieser Stelle zu bezweifeln.

Eine weitere zeitbezogene Lösung, die den berufsspezifischen Anspruch sowohl an die fachliche als auch an die soziale Dimension bedient, ist die Selbstausbeutung. Diese Form scheint bereits auch vor der Umstellung der Finanzierung Teil der medizinisch-pflegerischen Handlungspraxis gewesen zu sein.

Dennoch gewann die Selbstausschöpfung an Gewicht, um die Versorgungspraxis entsprechend der berufsspezifischen Ansprüche zu gestalten. Beispielsweise beginnt eine Ärztin deutlich früher mit ihrem Dienst, um Dokumentationsaufgaben zu bearbeiten. Dadurch gewinnt sie mehr Zeit für die Versorgung während des Dienstes. Bei einer Krankenpflegerin wird dagegen ein Bemühen deutlich, bei dem die Freizeitgestaltung ausschließlich darauf ausgerichtet wird, die mit dem Zeitmangel einhergehenden Belastungen aus dem vorherigen Dienst zu verarbeiten, um dann wieder für den nächsten Dienst einsatzfähig zu sein.

Die *versorgungsbezogenen Lösungen* setzen an den Ansprüchen der Behandelnden selbst an, was sich in einer Hierarchisierung der Ansprüche in der Versorgungspraxis ausdrückt. Diese Lösung scheint besonders dann genutzt zu werden, wenn die Möglichkeiten der zeitbezogenen Lösungen – insbesondere die Selbstausschöpfungskapazitäten – ausgeschöpft sind. An diesem Punkt – so ein Krankenpfleger – „muss [man] Prioritäten setzen. Also man fängt immer an, so eine Art Top Ten zu setzen, 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.“ Einzelne Aspekte des berufsspezifischen Anspruchs werden demnach in eine Reihenfolge gebracht, wobei der Fokus auf Aspekten der fachlichen Dimension liegt. Die Kommunikation wird zumindest in diesem Fall nicht berücksichtigt.

Sehen die Behandelnden jedoch einen Bedarf an Kommunikation bei den Patient*innen und können ihrem Anspruch dabei nicht nachkommen, wie es von einer Krankenpflegerin geschildert wird, dann werden andere Personen mit in die Versorgung einbezogen. In diesen Fällen suchen Seelsorger*innen oder sogenannte „Grüne Damen“ das Gespräch mit den Patient*innen. Hierdurch können die Bedarfe der Patient*innen an kommunikativem Austausch aufgefangen werden, dennoch ist einschränkend darauf hinzuweisen, dass die Kommunikation mit den Patient*innen einen wesentlichen Teil des beruflichen Selbstverständnisses insbesondere für die Krankenpflege bildet. Und können die Krankenpfleger*innen aufgrund der fehlenden Zeit nicht in den Austausch mit den Patient*innen treten, führt dies zu einer Empfindung, der Arbeit bzw. den Bedarfen der Patient*innen nicht gerecht werden zu können.

Anders als in den Ansätzen von Presthus (1962) und Siller (2008) lassen sich in der Analyse keine Fälle identifizieren, in denen sich die Versorgungsansprüche der Behandelnden an den ökonomisierten Organisationszielen orientieren. In Ergänzung zum Ansatz von Lipsky (1983) zeigen die Ergebnisse zu den Lösungen, dass von den Ärzt*innen und Krankenpflegekräften zwar die Umsetzungsproblematiken bearbeitet werden, der Konflikt zwischen den divergierenden Ansprüchen aber nicht gelöst wird. Darüber hinaus werden auch die Lösungen zum Teil als Belastung empfunden, insbesondere dann, wenn Teile des berufsspezifischen Anspruchs bewusst ausgeschlossen werden müssen, um einzelne andere Aspekte der Versorgung im gegebenen zeitlichen Rahmen sicherstellen zu können. In der Konsequenz führt dies bei einem Krankenpfleger z.B. zu der Absicht, aus der Krankenversorgung auszusteigen.

4 Fazit

Die hier vorgestellten Ergebnisse zeigen, dass die Ansprüche der Ärzt*innen und Krankenpflegekräfte der Akutgeriatrie auch in der neuen Normalität nicht wirtschaftlich geprägt sind. Zugleich werden aber auch Grenzen deutlich, die Ansprüche der Behandelnden in die Versorgungspraxis umzusetzen. Demnach wären weitere Untersuchungen in anderen Fachabteilungen naheliegend, um auch dort herauszuarbeiten, ob die Versorgungsansprüche divergieren oder ob sich die Ansprüche an den Organisationszielen orientieren. Zugleich könnten durch eine weitergehende Forschung weitere Faktoren aufgedeckt werden, die zu Konflikten zwischen unterschiedlichen Ansprüchen in der Akutversorgung führen können und demzufolge auch andere Maßnahmen bedingen, Umsetzungsprobleme zu bearbeiten.

In diesem Report konnte gezeigt werden, dass die Ärzt*innen und Krankenpfleger*innen die Umsetzungsprobleme zwar bearbeiten, der zugrundeliegende Konflikt aber nicht gelöst wird. Auf der Ebene der gesetzlichen Rahmenbedingungen lassen sich jedoch erste Ansätze finden, auch den Konflikt und die damit verbundenen Umsetzungsprobleme zu mildern. So bietet das Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (in Kraft getreten am 1.1.2019) erste Verbesserungen, indem Personaluntergrenzen in pflegeintensiven Bereichen festgelegt werden. Zu diesen Bereichen gehört auch die geriatrische Versorgung. Hierdurch könnte durch eine personelle Aufstockung bei den Pfleger*innen auch wieder mehr Zeit für die Versorgung – und damit auch für die Umsetzung ihrer Versorgungsansprüche – zur Verfügung stehen. Auch unter ökonomischen Gesichtspunkten bietet eine angemessene Personalausstattung wesentliche Vorteile. Zum Beispiel kann das Risiko psychischer und physischer Belastungen bei den Ärzt*innen und Krankenpflegekräften verringert werden, wodurch wiederum Kosten aufgrund krankheitsbedingter Ausfälle vermieden werden können. Darüber hinaus schafft eine ausreichende Personalausstattung nicht zuletzt die Grundlage für eine qualitativ hochwertige Versorgung, durch die Pflegebedarfe vermieden und die Selbstständigkeit der Patient*innen verbessert oder erhalten werden. Vor diesem Hintergrund ist am Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals zu kritisieren, dass mit den vorgegebenen Untergrößen keine bedarfsgerechte Besetzung mit Pflegepersonal verlangt wird, sondern lediglich eine Minimalbesetzung vorgesehen ist (Simon 2018, S. 131).

Im Hinblick auf die Umstände im Jahr 2020 bleibt abzuwarten, welche weiteren, langfristigen Auswirkungen die Corona-Pandemie auf die stationäre Versorgung hat. In diesem Sinne sind auch die Folgen der Ökonomisierung unter neuen gesellschaftspolitischen Gesichtspunkten zu diskutieren. Darüber hinaus zeigt die Pandemie, dass das medizinische und pflegerische Handeln einer breiten Anerkennung bedarf, die sich auch langfristig über eine Standing Ovation hinaus in besseren Arbeitsbedingungen niederschlagen sollte.

5 Literatur

- Bär, Stefan** 2011: Das Krankenhaus zwischen ökonomischer und medizinischer Vernunft. Krankenhausmanager und ihre Konzepte. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften
- Bauer, Ullrich** 2006: Die sozialen Kosten der Ökonomisierung von Gesundheit. In: Aus Politik und Zeitgeschichte (8-9) [Volltext](#)
- Bauer, Ullrich** 2007: Gesundheit im ökonomisch-ethischen Spannungsfeld. In: Gerlinger, Thomas / Lenhardt, Uwe / Simon, Michael (Hrsg.): Jahrbuch für Kritische Medizin, Schwerpunkt: Geld als Steuerungsmedium im Gesundheitswesen 44 (1), S. 98–119
- Bode, Ingo** 2010: Der Zweck heil(ig)t die Mittel? Ökonomisierung der Organisationsdynamik im Krankenhausesektor. In: Endreß, Martin / Matys, Thomas (Hrsg.): Die Ökonomie der Organisation – die Organisation der Ökonomie. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften, S. 63–92
- Böhlke, Nils / Gerlinger, Thomas / Mosebach, Kai / Schmucker, Rolf / Schulten, Thorsten** (Hrsg.) 2009: Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten. Hamburg: VSA-Verl.
- Braun, Bernard / Buhr, Petra / Klinke, Sebastian / Müller, Rolf / Rosenbrock, Rolf** 2010: Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzahler. Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Bern: Huber
- Bundesverband Geriatrie e.V.** 2010: Weißbuch Geriatrie. Die Versorgung geriatrischer Patienten: Struktur und Bedarf – Status Quo und Weiterentwicklung. Eine Analyse durch die GERBERA Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH. Stuttgart: Kohlhammer
- Conrads, Ralph / Holler, Markus / Kistler, Ernst / Kühn, Daniel / Schneider, Daniela** 2016: Branchenanalyse Gesundheits- und Sozialwesen. Working Paper Nr. 5. Düsseldorf: HBS
- Glaser, Barney G. / Strauss, Anselm L.** 1967: The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research. Chicago: Aldine Publ.
- Goedereis, Klaus** 2009: Einfluss auf die Versorgungslandschaft. In: Rau, Ferdinand / Roeder, N. / Hensen, Peter (Hrsg.): Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Standortbestimmung und Perspektiven. Stuttgart: Kohlhammer, S. 239–253
- Kelle, Udo / Kluge, Susann** 2010: Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften
- Kolb, Gerald / Breuninger, Katrin / Gronemeyer, Stefan et al** 2014: 10 Jahre geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung im DRG-System. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 47 (1), S. 6–12
- Kühn, Hagen** 2003: Ethische Probleme der Ökonomisierung von Krankenhausarbeit. In: Büssing, André / Glaser, Jochen (Hrsg.): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Göttingen [u.a.]: Hogrefe, S. 77–98
- Kühn, Hagen / Simon, Michael** 2001: Anpassungsprozesse der Krankenhäuser an die prospektive Finanzierung (Budgets, Fallpauschalen) und ihre Auswirkungen auf die Patientenorientierung. Forschungsprojekt des Berliner Forschungsverbundes Public Health. Berlin: WZB [Volltext](#)

- Lipsky, Michael** 1983: Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage Foundation
- Manzeschke, Arne** 2010: „Ohne Ansehen der Person“. Zur ethischen Unterbestimmtheit der ökonomischen Theorie im Privatisierungsdiskurs. In: Heubel, Friedrich / Kettner, Matthias / Manzeschke, Arne (Hrsg.): Die Privatisierung von Krankenhäusern. Ethische Perspektiven. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften, S. 133–163
- Marrs, Kira** 2007: Ökonomisierung gelungen, Pflegekräfte wohlauf? In: WSI-Mitteilungen 60 (9), S. 502–507 [Volltext](#)
- Mühlenkamp, Holger** 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: Nomos, S. S. 47–73
- Müller, Marie-Luise** 2009: Zwischenbilanz aus Sicht des Deutschen Pflegeirates. In: Rau, Ferdinand / Roeder, N. / Hensen, Peter (Hrsg.): Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Standortbestimmung und Perspektiven. Stuttgart: Kohlhammer, S. 32–36
- Presthus, Robert** 1962: Individuum und Organisation. Typologie der Anpassung. Frankfurt am Main: Fischer
- Schimank, Uwe / Volkmann, Ute** 2017: Das Regime der Konkurrenz. Gesellschaftliche Ökonomisierungsdynamiken heute. Weinheim: Beltz Juventa
- Schulz, Susanne Eva** 2019: Versorgung zwischen divergierenden Ansprüchen in der Akutgeriatrie. Eine Analyse der Krankenhausversorgung unter dem Einfluss der Ökonomisierung aus Sicht der Behandelnden. Bielefeld
- Siller, Gertrud** 2008: Professionalisierung durch Supervision. Perspektiven im Wandlungsprozess sozialer Organisationen. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften
- Simon, Michael** 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. Working Paper Forschungsförderung Nr. 96. Düsseldorf: HBS
- Slotala, Lukas** 2011: Ökonomisierung in der ambulanten Pflege. Eine Analyse der wirtschaftlichen Bedingungen und deren Folgen für die Versorgungspraxis ambulanter Pflegedienste. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften
- Strauss, Anselm L. / Corbin, Juliet M.** 1996: Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz
- Vogd, Werner** 2004: Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität. Eine qualitativ rekonstruktive Studie unter dem besonderen Blickwinkel von Rahmen („frames“) und Rahmungsprozessen. Berlin: VWF Verl. für Wissenschaft und Forschung
- Vogd, Werner** 2006: Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Eine dokumentarische Evaluation aus Sicht der ärztlichen Akteure. Bern: Huber

Die Autorin:



Dr. Susanne Drescher

Wissenschaftliche Mitarbeiterin der
Forschungsabteilung Arbeitsmarkt –
Integration – Mobilität

Kontakt: susanne.drescher@uni-due.de

IAQ-Report 2020-06

Redaktionsschluss: 29.05.2020

Institut Arbeit und Qualifikation
Fakultät für Gesellschaftswissenschaften
Universität Duisburg-Essen
47048 Duisburg

Redaktion:

Claudia Weinkopf
claudia.weinkopf@uni-due.de

IAQ im Internet

<http://www.iaq.uni-due.de/>

IAQ-Reports:

<http://www.iaq.uni-due.de/iaq-report/>

Über das Erscheinen des IAQ-Reports informieren wir über eine
Mailingliste: <http://www.iaq.uni-due.de/aktuell/newsletter.php>

Der IAQ-Report (ISSN 1864-0486) erscheint seit 2007 in unregelmäßiger Folge als ausschließlich elektronische Publikation. Der Bezug ist kostenlos.

DuEPublico

Duisburg-Essen Publications online

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

ub | universitäts
bibliothek

Dieser Text wird über DuEPublico, dem Dokumenten- und Publikationsserver der Universität Duisburg-Essen, zur Verfügung gestellt. Die hier veröffentlichte Version der E-Publikation kann von einer eventuell ebenfalls veröffentlichten Verlagsversion abweichen.

DOI: 10.17185/duepublico/71936

URN: urn:nbn:de:hbz:464-20200622-114359-3

Alle Rechte vorbehalten.