

# Arbeiten im Krankenhaus: der Umgang von Beschäftigten mit der Ökonomisierung

Im Krankenhaussektor sind in den vergangenen Jahrzehnten infolge gesundheitspolitischer Reformen betriebswirtschaftliche Logiken gestärkt worden. Diese Ökonomisierung hat nicht nur Folgen für die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten, sie kann auch mit berufsspezifischen Idealen kollidieren und damit die Beschäftigten doppelt unter Druck setzen. Wie gehen Ärztinnen, Ärzte und Krankenpflegekräfte mit dieser „neuen Normalität“ um – nehmen sie Konflikte wahr und welche Wege haben sie gefunden, sie zu bearbeiten?

SUSANNE EVA SCHULZ

## 1. Einleitung

Die stationäre Krankenversorgung in Deutschland war in den letzten Jahrzehnten durch eine gesundheitspolitische Entwicklung geprägt, die verstärkt auf eine ökonomische Orientierung der Akteure setzt – die Beschäftigten eingeschlossen. Als wichtigstes Beispiel für diese Entwicklung gilt die Umstellung der Krankenhausfinanzierung von Tagessätzen auf Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRG) im Jahr 2003. Diese Reform rückte das Wirtschaftlichkeitsgebot bei der Erbringung von medizinischen und pflegerischen Versorgungsleistungen in den Vordergrund (Braun et al. 2010, S. 66 – 69); ihre Ziele bestanden in einer Verkürzung der Liegezeiten, der Herstellung einer Verbindung zwischen der Vergütung und den erbrachten Leistungen, der Schaffung von Transparenz über Kosten und Leistungen sowie der Etablierung eines Wettbewerbs zwischen den Krankenhäusern (ebd., S. 39; Fürstenberg et al. 2013, S. 10). Der Gesetzgeber setzte dabei auf die betriebswirtschaftliche Rationalität der Akteure in der Krankenversorgung: Durch Anreize sollte der Umfang der erbrachten Leistungen kontrolliert werden, um so die Gesundheitsausgaben zu dämpfen (Gerlinger/Mosebach 2009, S. 10). Braun et al. (2010, S. 239) beschreiben diese Entwicklung als „eine Änderung in den handlungsleitenden Zielen und Normen, bei denen dann nicht mehr die optimale Versorgung der Patienten im Vorder-

grund steht, sondern die Verbesserung bzw. Maximierung des Betriebsergebnisses.“

Von der Ökonomisierung der Krankenhäuser waren die Beschäftigten in mehrfacher Hinsicht betroffen. Auch aufgrund der Umstellung der Finanzierung wurde eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen befürchtet, die wiederum die Qualität der erbrachten Dienstleistungen beeinflussen könnte. Ein weiteres Problem wurde in den potenziell widersprüchlichen Anforderungen an die Beschäftigten gesehen: Betriebswirtschaftliche Logiken und die berufsspezifischen Ansprüche der Ärztinnen, Ärzte und Pflegepersonen könnten zu Dissonanzen führen. Die Beschäftigten seien nun Diener zweier Herren, ihre beruflichen Ideale würden mit den neuen betriebswirtschaftlich grundierten Anforderungen an ihr Handeln in Konflikt geraten.

Diese potenziell widersprüchlichen Anforderungen an die Beschäftigten sind der Ausgangspunkt dieses Beitrags. Der Prozess der Ökonomisierung ist nun seit längerer Zeit im Gange; seit der Reform der Krankenhausfinanzierung sind mittlerweile über zehn Jahre vergangen. Die geänderten Rahmenbedingungen sind damit in den Alltag der Handelnden eingegangen. Die im Folgenden untersuchten Fragen lauten, wie die Beschäftigten auf die unterschiedlichen Anforderungen reagieren, ob sie sie (noch) als Problem wahrnehmen und welche Strategien sie ggf. entwickelt haben, um mit diesem Konflikt umzugehen. Zur Beantwortung dieser Fragen werden in diesem Beitrag qualitative ►

Interviews mit Ärztinnen, Ärzten und Krankenpflegekräften ausgewertet, die auf geriatrischen Stationen arbeiten.

Der Beitrag fasst zunächst (Abschnitt 2) die aktuelle Literatur zu den Auswirkungen der Krankenhausreformen der vergangenen Jahre im Hinblick auf die genannte Fragestellung zusammen. Daran anschließend werden die Ergebnisse aus der Auswertung der Interviews dargestellt (3). In einem Resümee (4) werden die Ergebnisse zusammengefasst und mit Blick auf eine Weiterentwicklung des Krankenhaussektors beurteilt.

## 2. Blick in die Forschung

Die Umstellung der Krankenhausfinanzierung und die Ökonomisierung der Krankenversorgung wurden in der Vergangenheit wiederholt unter dem Blickwinkel der Auswirkungen auf die Beschäftigten untersucht. In einer Vielzahl von Untersuchungen sind dabei insbesondere die Arbeitsbedingungen fokussiert worden. Diese Ergebnisse verdienen hier Berücksichtigung, da sie das Umfeld abbilden, in dem die Beschäftigten arbeiten und widersprüchliche Anforderungen austarieren müssen.

### 2.1 Arbeitsbedingungen

Unter den Folgen der Ökonomisierung auf die Beschäftigten wird vielfach eine Arbeitsintensivierung und Leistungsverdichtung hervorgehoben. Aktuelle Untersuchungen zeigen, dass sich die Arbeitsbedingungen aus Sicht der Ärztinnen, Ärzte und Krankenpflegekräfte verschlechtert haben (Bräutigam et al. 2014, S. 42ff.), dabei steht der Termin- und Zeitdruck häufig im Vordergrund. So geben 80 % der Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege<sup>1</sup> an, solchem Druck oft oder sehr häufig ausgesetzt zu sein (Conrads et al. 2016, S. 93ff.). Diese Untersuchungen bestätigen frühere Befunde, denen zufolge die Arbeitsbedingungen sowohl von den Ärztinnen und Ärzten als auch von den Pflegekräften ähnlich schlecht bewertet werden, obwohl man wegen der Zunahme des medizinischen Personals Entlastungseffekte erwarten würde (Braun et al. 2010, S. 114). Ausschlaggebend ist hier die Verkürzung der Liegezeiten bei den Patientinnen und Patienten, die auch bei den Ärztinnen und Ärzten zu einer Verdichtung der Arbeit geführt hat: In einem kürzeren Zeitraum muss dieselbe Anzahl an Versorgungsleistungen erbracht werden, z. B. für die Aufnahme und Anamnese, die Diagnostik, die Therapie, die Beratung der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehöriger und die Entlassung. Darüber hinaus sind „die Aufenthaltszeiten der Patienten pflegeintensiver“ (ebd., S. 119) geworden. Dennoch können die Ärztinnen und Ärzte durch ihre Personalsituation die Belastungen besser abfangen als die Pflegekräfte (ebd., S. 120; vgl. auch Braun et al. 2004; Buhr/Klinke 2006).

### 2.2 Konflikte zwischen widerstreitenden Anforderungen

Die Veränderung der Krankenhausfinanzierung und -organisation wirkt als Rahmenbedingung von außen auf die Beschäftigten ein und kann daher zu Konflikten führen, wenn das eigene Verständnis von guter Arbeit nicht mehr in praktisches Handeln übersetzt werden kann. Es wurde aufgrund der stärkeren Kostenorientierung in der Krankenversorgung ein Zwiespalt zwischen ökonomischen Anreizen und der beruflichen Ethik befürchtet, den Kühn (2003, S. 18) als „moralische Dissonanz“ bezeichnet. Dabei geht der Konflikt auf die „zunehmend institutionell gesicherte, sanktionsbewährte und monetär belohnte Unausweichlichkeit der ökonomischen Überformung ärztlicher Entscheidungen für die individuellen Ärzte und Pflegekräfte“ (ebd., S. 17) zurück. Das traditionelle Selbstverständnis der Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegerinnen und Pfleger wird also – so die Annahme – ergänzt durch einen zweiten Handlungsimpuls, der potenziell im Widerspruch zur traditionellen Handlungsorientierung steht.

Bezüglich der Ärztinnen und Ärzte hat Vogd (2004a, S. 27; vgl. auch Vogd 2004b, S. 391) in einer Analyse zur Entscheidungsfindung dieser Beschäftigtengruppe bereits vor der DRG-Einführung festgestellt, dass die „Entscheidungsdynamik [...] in vielen Fällen durch einen Konflikt zwischen dem ärztlichen Ethos und der ökonomisch-administrativen Rationalität geprägt“ ist. Die Ausprägung der Einbindung ökonomischer Handlungskalküle in die Entscheidungsprozesse hängt seiner Analyse zufolge unter anderem davon ab, wie nah die Ärztinnen und Ärzte den Patientinnen und Patienten stehen und wie lange sie diese schon betreuen (Vogd 2004a, S. 34ff.). In einer Folgeuntersuchung, in der die Umstellung auf das DRG-System berücksichtigt wird, stellt Vogd jedoch entgegen den Befürchtungen fest, dass sich die Entscheidungsfindung der Ärztinnen und Ärzte *nicht* geändert habe und dass die medizinisch-ethische Orientierung nicht von den ökonomisch-administrativen Anforderungen und deren Logiken verdrängt worden sei (Vogd 2006a, S. 254f.; vgl. auch Vogd 2006b, S. 203f.). Die unterschiedlichen Orientierungen würden in der Praxis aber verstärkt miteinander verbunden, um den divergierenden Ansprüchen gleichermaßen gerecht werden zu können. Konsequenz sei, dass zwischen problematischen (komplexen) Fällen und Routinefällen unterschieden wird und zeitliche und personelle Ressourcen auf die komplizierten Behandlungsfälle geleitet werden. Neben den Möglichkeiten eines Konflikts oder einer Verbindung von unterschiedlichen Handlungsimpulsen legt eine weitere Studie nahe, dass sich die Ärztinnen und Ärzte einfacher an betriebswirtschaftliche Logik anpassen könnten, da diese an die der Medizin inhärente naturwissenschaftliche

1 In der Branchenanalyse von Conrads et al. (2016) werden dieser Kategorie auch die Beschäftigten im Rettungsdienst und in der Geburtshilfe zugerechnet.

Denkweise anschlussfähig sei (Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften o. J., S. 14).

Bei den Krankenpflegekräften lassen sich ebenfalls Reibungen der unterschiedlichen Anforderungen feststellen. So stellt Marrs (2007, S. 506) auf der einen Seite heraus, dass aus Sicht der Pflegekräfte die aus der Ökonomisierung hervorgegangenen Ansprüche nicht mit ihren Vorstellungen zusammenpassten, wie die Pflege gestaltet werden sollte. So wird unter den Krankenpflegekräften etwa die Haltung vertreten, dass „erlösoptimierende Handlungs- und Verfahrensweisen [...] nicht ihr Job“ seien (ebd., S. 505). Manzeschke (2010, S. 142) identifiziert auf der anderen Seite eine Entwicklung, derzufolge Krankenpflegekräfte „doch faktisch die ökonomischen Interessen des Krankenhauses vor die moralische Verpflichtung gegenüber dem Patienten“ stellten, ohne dass dies in ihrer Absicht liege. In einer weiteren Studie konnten in der ambulanten Versorgung zwei Gruppen von Pflegekräften unterschieden werden, die mit den ökonomischen Impulsen und der moralischen Verpflichtung unterschiedlich umgehen: Eine Gruppe berücksichtigt zwar die ökonomischen Vorgaben, wäge diese jedoch gegenüber ihrem Versorgungsauftrag ab. Dagegen nähmen Pflegekräfte der zweiten Gruppe die betriebswirtschaftlichen Orientierungen an und richteten ihr Handeln danach aus (Slotala/Bauer 2009, S. 62).

Braun et al. (2010, S. 170ff.) zeigen, dass wirtschaftliche Orientierungen in das berufliche Selbstverständnis der Beschäftigten eingehen, dabei aber Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen zutage treten. Bei den Ärztinnen, Ärzten und Krankenpflegekräften in leitenden Positionen, die damit eine Managementfunktion ausüben, stünden die Kosten-Nutzen-Erwägungen eher im Vordergrund. Des Weiteren können Unterschiede zwischen dem medizinischen und pflegerischen Personal identifiziert werden. So gäben die Ärztinnen und Ärzte eher dem medizinisch Notwendigen den Vorrang vor Wirtschaftlichkeitserwägungen. Bei den Pflegekräften sei eine psychosoziale Orientierung in der Versorgung von Patientinnen und Patienten dagegen zunehmend weniger gegeben. Darüber hinaus stellen die Forscher heraus, dass in der Umbruchsituation – also in der Einführungsphase der Fallpauschalen – auf Seiten der Behandelnden zwar die Option genutzt werde, an den traditionellen, vorher geltenden beruflichen Orientierungen festzuhalten oder die Tätigkeit bzw. den Beruf zu wechseln, während aber gleichzeitig – und das vermehrt, weil es einfacher ist – die Orientierungen an den neuen Rahmen angepasst würden.

Die Studien weisen damit auf unterschiedliche Möglichkeiten des Umgangs mit betriebswirtschaftlicher Logik und beruflichem Ethos hin: die Wahrnehmung eines Konflikts genauso wie die Reaktion einer Verbindung zwischen beiden. Auch liefern die Studien Hinweise darauf, dass die Berufs- und Statusgruppen in Krankenhäusern mit dieser Situation unterschiedlich umgehen.

Die Folgen der Ökonomisierung auf die Arbeitsbedingungen und das Selbstverständnis der Beschäftigten in der Krankenversorgung wurden wissenschaftlich insbesonde-

re direkt nach der Einführung der DRGs untersucht. Unklar ist aber, wie das medizinische und pflegerische Personal über eine Dekade nach der Einführung der Fallpauschalen mit den mittlerweile etablierten Rahmenbedingungen, insbesondere der betriebswirtschaftlichen Ausrichtung von Krankenhäusern, im Arbeitsalltag umgeht und wie Beschäftigte berufliche Handlungsimpulse und betriebswirtschaftliche Anforderungen in der Versorgung verarbeiten.

### 3. Empirische Ergebnisse

Die folgende Analyse beruht auf insgesamt 14 qualitativen Interviews mit Ärztinnen, Ärzten und Krankenpflegekräften unterschiedlicher Hierarchiestufen in vier geriatrischen Stationen von Krankenhäusern.<sup>2</sup> Die Interviews wurden mit Hilfe eines Leitfadens geführt, in dessen Zentrum das Qualitätsverständnis von Ärztinnen, Ärzten und Krankenpflegekräften stand.

Aus den Interviews geht Kritik der Befragten an den Arbeitsbedingungen bzw. an den Rahmenbedingungen, in denen die Versorgungsleistungen erbracht werden, hervor. Als Hauptmerkmal der kritikwürdigen Situation nennen sie die mangelhafte Personalausstattung. Auch schildern sie, wie die Krankenhausträger darauf pochen, dass die Bilanzen stimmen müssten und sich die Versorgung dementsprechend ausrichten habe. Damit spiegelt sich auch in der geriatrischen Versorgung jene Situation wider, die in der angeführten Forschung bereits registriert wurde.

Darüber hinaus wurden aus den Auskünften der Befragten drei Wege des Umgangs mit den potenziell widersprüchlichen Anforderungen destilliert:

(1) *Weg A: Abwägen zwischen Vor- und Nachteilen:* Ärztinnen und Ärzte konstatieren, dass sie im Vergleich mit der früheren Situation auf den Stationen mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten verwenden müssten, um diese zu behandeln und medikamentös einzustellen. Aktuell könne dies durch die Verkürzung der Liegezeiten jedoch nicht mehr in vollem Umfang gewährleistet werden, was auch mit einer Belastung für die Behandelnden einhergehe. Die Patientinnen und Patienten würden im Ergebnis nicht erst dann entlassen, wenn die Versorgung als abgeschlossen gelte, sondern bereits dann, wenn sie nicht mehr krankenhauspflichtig seien.

Mit den kürzeren Liegezeiten bei den geriatrischen Patientinnen und Patienten sei gleichzeitig einhergegangen, dass die Mobilisation der Patientinnen und Patienten zu ►

<sup>2</sup> Diese Interviews wurden im Rahmen einer Dissertation zum Thema „Qualitätsverständnisse von Behandelnden in der Akutgeriatrie“ 2014 durchgeführt. Die ursprüngliche Auswertung orientierte sich an der Grounded Theory unter Zuhilfenahme des Programms Atlas.ti.

einem wesentlichen Schwerpunkt der Versorgung geworden sei. Die Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten nach dem Aufenthalt in der Geriatrie werde darüber hinaus zunehmend besser durch das Entlass-Management auf den Stationen gesichert: „Die Liegezeiten sind kürzer geworden, (...) den einen Patienten kommt es entgegen, meinen älteren Patienten wird es überhaupt nicht gerecht, deswegen bin ich froh, dass ich denen hier mehr anbieten kann, es wird mittlerweile auch darauf geguckt, wie ist die Versorgung, was ist zu Hause zu regeln, das ist auch gut so.“ Hier ist also nicht von einer pauschalen Verschlechterung die Rede, sondern es wird ein abwägendes Urteil gefällt; mit den Konsequenzen der Veränderungen (hier der Verkürzung der Liegezeit) können die Beschäftigten leben, weil sie „mehr anbieten“ können und die weitergehende Versorgung nach dem Geriatrieaufenthalt geregelt ist.

Des Weiteren geht aus den Interviews hervor, dass der größere Versorgungsaufwand bei den Ärztinnen und Ärzten einer Station durch eine Abgabe von Tätigkeiten aufgefangen wird, indem spezialisierte Fachkräfte nun einzelne Aufgaben übernehmen. Als Beispiel kann hier der Einsatz einer medizinischen Assistenzkraft angeführt werden, die auf einer Station die Blutabnahmen am Morgen durchführt. Ein Arzt beschreibt es so:

„Auch diese Tätigkeit ist uns Gott sei Dank dann abgenommen worden, weil das sind Tätigkeiten tatsächlich, da kann man letztlich eine (...) medizinische Assistentin (...) durchaus anlernen und das ist eine alte Forderung gewesen, ohne die Mitarbeit dieser Person, (...) 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, (...) entweder müsste die Arbeit liegen bleiben, was für bestimmte Dinge einfach nicht verantwortbar ist, oder wir machen Überstunden.“

Bemerkenswert ist die deutliche Zustimmung der Ärztinnen und Ärzten zu dieser Arbeitsverlagerung; es wird sogar auf eine halbe Arztstelle auf dieser Station verzichtet. Die Ärztinnen und Ärzte sehen hierin neu gewonnene Freiräume, um ihren „eigentlichen“ Tätigkeiten nachkommen zu können. Eine ähnliche Aufteilung von Versorgungseleistungen lässt sich auch bei der Pflege feststellen. Hierbei wird auf einer anderen Station ein Personalmix eingesetzt, um zum einen die examinierten Pflegekräfte von Serviceleistungen im Bereich des Housekeepings zu entlasten. Zum anderen sollen durch den Personalmix im Rahmen eines „Rundumpakets“ der Versorgung auch Zuwendungszeiten für die Patientinnen und Patienten geschaffen werden. Es wird also auf Veränderungen der Aufgabenbereiche – hier mit der Folge einer höheren Arbeitsbelastung – durch eine arbeitsorganisatorische Maßnahme reagiert, die zumindest von den Ärztinnen und Ärzten mitgetragen wird.

Bei den Pflegekräften kann darüber hinaus festgestellt werden, dass sie zwar im Hinblick auf die Personalausstattung keine Wertschätzung empfinden, jedoch in der Anerkennung von Aspekten der Arbeitssicherheit. So wird „auch von Seiten (...) des Arbeitgebers Gefahrenpotenzial erkannt und auch professionell begegnet.“ Mit der Aufnahme dieser und anderer Themen in Fort- und Weiterbildungsprogramme durch die Träger verbinden die Pflegekräfte eine anderweitige Anerkennung ihrer Arbeit, obwohl der Personalumfang abgebaut worden ist.

Zusammengenommen zeigt sich, dass Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte mit der Verkürzung der Liegezeiten und mit der mangelhaften Personalausstattung zwar durchaus eine gestiegene Belastung wahrnehmen. Zugleich aber werden andere Aspekte in der Arbeitsgestaltung bei den Versorgungsleistungen eher positiv bewertet, weil Veränderungen auch positive Seiten haben oder weil arbeitsorganisatorische Wege gefunden wurden, um auf veränderte Arbeitsbedingungen zu reagieren. Die Annahme einer Dissonanz zwischen verschiedenen Anforderungen wird damit zwar nicht widerlegt, die Ökonomisierung oder „Verbetriebswirtschaftlichung“ ist jedoch nur *eine* Tendenz des Wandels in Krankenhäusern – die Annahme eines eindimensionalen „Abarbeitens“ der neuen Handlungsimperative oder eines Konflikts wird der Wirklichkeit nicht gerecht, zumal – wie sich an dem Umgang mit den Liegezeiten zeigt – ein ökonomischer Impuls auch aus fachlicher Sicht positive Wirkungen haben kann.

(2) *Weg B: Interesse an wirtschaftlich nachhaltig stabilen Verhältnissen:* Beschäftigte haben ein Interesse an einer nachhaltig stabilen Situation ihres Krankenhauses. So wird z. B. von einer Ärztin zwar anerkannt, dass das Krankenhaus als ein Wirtschaftsunternehmen agieren müsse. Aber sie stellt in Frage, ob dieses Ziel mit der Verkürzung der Liegezeiten erreicht wird: Damit sei eine höhere Belastung der Beschäftigten verbunden, die mit krankheitsbedingten Ausfällen bei den Behandelnden einhergehe, sodass Beschwerden von den Patientinnen und Patienten oder von deren Angehörigen kommen. Dabei sei es in der Geriatrie besonders wichtig, nicht nur „die Fälle durchzuschleusen“, sondern auch das „Drumherum“ mit zu berücksichtigen. Obwohl die Ärztin dem Ziel der Träger zustimmt, rentable Versorgungsleistungen zu erbringen, bezweifelt sie, dass sich Rentabilität dauerhaft dadurch sichern lasse, mehr Patientinnen und Patienten in kürzerer Zeit zu versorgen. Eine ungenügende Versorgung habe außerdem einen negativen Einfluss auf die Einstufung in den Qualitätsrankings, was sich wiederum negativ auf die Rentabilität des Hauses auswirken könne.

Einen anderen Schwerpunkt bekommt die grundsätzliche Zustimmung zur Ökonomisierung bei den Chefärzten: Bei der Erbringung von Versorgungsleistungen sei es wichtig, in größeren Kategorien zu denken, wobei zwar das Patientenwohl berücksichtigt, aber gleichzeitig „auch ein bisschen an die Ökonomie“ gedacht werden solle. Dabei sollten mögliche Einsparungen immer wieder daraufhin überprüft werden, ob sie den Patientinnen und Patienten schaden und damit



dazu führen könnten, dass sie länger stationär versorgt werden müssen; das wirke sich dann nachteilig auf die Gewinngenerierung, aber auch auf den notwendigen Einsatz personeller Ressourcen aus. Eine derartige Einschätzung geht z. B. aus den Erfahrungen eines Chefarztes hervor. Demnach bestanden zu Beginn seiner Tätigkeit in Krankenhäusern Sparzwänge bei der Materialbeschaffung. Dies wirkte sich schließlich negativ auf das Wohl der Patientinnen und Patienten aus und führte letztlich doch zu Mehrkosten infolge des Bedarfs an zusätzlichen Medikamenten, negativ aber auch hinsichtlich der zeitlichen Bindung des Personals.

In der Forderung, in größeren Kategorien zu denken, steckt eine Argumentationslogik, in deren Zentrum zwar die Patientinnen und Patienten stehen, aber wiederum gute betriebswirtschaftliche Ergebnisse einbezogen werden; sie entstünden dann, wenn in der Versorgung der Patientinnen und Patienten kein zusätzlicher Aufwand anfalle. Dabei ist bemerkenswert, dass in der Haltung der Chefarzte der Akzent auf der Verbindung zwischen einer Verbesserung der medizinischen Versorgung und einer Verbesserung der finanziellen Situation liegt. Gänzlich unberücksichtigt bleibt die Verbindung zwischen diesen beiden Komponenten durch die Arbeitsbedingungen, wie sie bei der oben angesprochenen Fachärztin deutlich wird.

Anders sieht es bei den Pflegekräften aus; bei ihnen ist die Übernahme ökonomischer Denkmuster nicht zu finden, und sie setzen es auch nicht als Argument für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen ein. Hier werden die Arbeitsbedingungen allein anhand der Kriterien bewertet, wie die Patientinnen und Patienten versorgt werden und wie sie auch selbst als Krankenpflegekräfte gesund bleiben können. In der Tendenz zeigen sich hier Haltungen, die auch Marrs (2007) in ihren Untersuchungen angetroffen hatte. Ob man hier von dezidiertem Widerstand gegen betriebswirtschaftliche Komponenten sprechen kann, muss offen bleiben. Bemerkenswert ist jedenfalls der Unterschied in der Argumentationsweise zwischen den Ärztinnen bzw. Ärzten und den Krankenpflegekräften, da es den Ärztinnen und Ärzten anscheinend leichter fällt, betriebswirtschaftliche Kategorien in ihre Argumentation aufzunehmen.

(3) *Weg C: Pufferleistung der Beschäftigten:* In den Interviews lässt sich erkennen, dass die Beschäftigten nach eigener Wahrnehmung eine Pufferfunktion zwischen den betriebswirtschaftlichen Anforderungen und den Versorgungsbedarfen der Patientinnen und Patienten einnehmen. Damit ist weder impliziert, dass sie Handlungsspielräume ausloten, noch, dass sie ökonomische Imperative übernehmen. So wird wiederholt thematisiert, dass das Personal im Pflegebereich zwar seit längerem abgebaut werde, die Versorgung der Patientinnen und Patienten aber dennoch aufrecht erhalten werden könne, wenngleich dies unter anderem mit einer Selbstausbeutung oder auch einer Hierarchisierung von Versorgungsaufgaben einhergehe. Die Situation der Pflegekräfte wird metaphorisch mit dem Start eines Flugzeuges verglichen: Eine Fluggesellschaft würde ein Flugzeug nicht starten

lassen, wenn nicht das gesamte Personal an Bord ist. Hingegen würden die Behandelnden auf den Stationen auch mit einer lückenhaften Besetzung starten und sogar noch hoffen, dass keiner während des Fluges abspringt.

Darüber hinaus würden in der Pflege die Belastungen „immer so weg geatmet“. Denn im Unterschied zu anderen Berufen könne in der Krankenpflege auch bei einer Zunahme von Belastungen nicht einfach etwas weggelassen werden, beispielsweise das Verteilen des Abendessens. Problematisiert wird darüber hinaus, dass sich die Krankenpflegekräfte nicht aus der Erbringung von Versorgungsleistungen zurückziehen könnten, weil dadurch weniger die Krankenhausträger als vielmehr die Patientinnen und Patienten betroffen wären. Zum Beispiel verzichte man schon einmal auf ein freies Wochenende, wenn der Dienst nicht getauscht werden kann.

Sowohl die Ärztinnen und Ärzten als auch die Pflegekräfte betrachten das Arbeitsklima bzw. den Zusammenhalt im Team auf den Stationen als wesentliche Ressource, um die Belastungssituationen in der Versorgung zu verarbeiten und darüber hinaus sicherzustellen, dass die Arbeitszufriedenheit nicht gefährdet wird. Von den Beschäftigten wird überdies verlangt, „sich schnell (...) erholen“ zu können. Dafür setzen sie ganz unterschiedliche Kompensationsformen ein, beispielsweise ihren religiösen Glauben, um über andere Dinge nachdenken zu können, oder etwa Ausgehen und Sport. Aber auch der Austausch unter den Pflegekräften, Ärztinnen und Ärzten auf den Stationen spielt dabei eine wichtige Rolle. Eine Ärztin sucht aktiv Gespräche, insbesondere mit Bekannten, die ebenfalls Ärztinnen oder Ärzte sind und sich in einer ähnlichen Situation befinden.

Damit zeigt sich, dass sich die Pflegekräfte mit der Situation arrangiert haben. Dies ist aber nicht gleichbedeutend damit, dass sie die betriebswirtschaftliche Logik übernommen hätten.

## 4. Resümee

Studien zu Beschäftigten in der Krankenversorgung weisen auf potenziell widersprüchliche Anforderungen an die Beschäftigten hin: auf eine durch die Politik verstärkte betriebswirtschaftliche Herangehensweise an die Krankenversorgung einerseits und eine professionelle Herangehensweise mit einer starken Orientierung am Patientenwohl andererseits. Ein Konflikt zwischen diesen Anforderungen ist möglich, aber die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass sich Beschäftigte 14 Jahre nach Einführung der Fallpauschalen mit der Situation arrangiert haben. Die diesem Beitrag zugrunde liegende Empirie lässt zwar nur begrenzte Einblicke in die stationäre Versorgung in geriatrischen Stationen zu. Dennoch ermöglichen sie eine Ergänzung und Bewertung der Literatur in Hinblick darauf, wie Beschäftigte mit betriebswirtschaftlichen und fachlichen Anforderungen umgehen. Es wurden drei Wege des Umgangs identifiziert: ►

- Der Einführung von Fallpauschalen folgten Umstrukturierungen in der Arbeitsorganisation, die (wie beim Beispiel des professionalisierten Entlassmanagements) auch im Sinne des Patientenwohls seien. Die Beschäftigten bewerten die Veränderungen im Ergebnis nicht als krassen Gegensatz von Ökonomie und Patientenwohl, sondern betonen die Handlungsspielräume, die genutzt wurden.
- Beschäftigte haben ein Interesse an einer Tätigkeit in einem wirtschaftlich gesunden Unternehmen. Daher kritisieren sie nicht die Ökonomisierung an sich, sondern z. B. im Hinblick auf die Personalwirtschaft die mangelnde Langfristorientierung in der ökonomischen Ausrichtung.
- Schließlich weisen die Interviews darauf hin, dass Beschäftigte ihre eigene Arbeitsleistung – im Sinne eines Puffers – als notwendige Ressource ansehen, um die widersprüchlichen Anforderungen zwischen betriebswirtschaftlicher Rentabilität und Patientenwohl auszugleichen.

Pflegekräfte und Ärztinnen bzw. Ärzten bewerten die Situation unterschiedlich: Die Zustimmung zu einer eher betriebswirtschaftlichen Logik überwiegt bei den Ärztinnen und Ärzten, während bei den Krankenpflegekräften eher das Patientenwohl im Vordergrund steht. Das bedeutet nicht, dass die Patientinnen und Patienten für die Ärztinnen und Ärzte keine Rolle spielen; vielmehr wird versucht, Patienteninteressen mit einer ökonomischen Orientierung zu verbinden. Diese Form der Verknüpfung konnte Vogd (2006a, b) bereits bei der ärztlichen Entscheidungsfindung zeigen. Hier wird darüber hinaus deutlich, dass sich dies auch auf die Bewertung von Arbeitsbedingungen bezieht.

Was bedeutet das nun gesellschaftspolitisch für die sozialen Dienstleistungen? Es zeigt sich eine große Bedeutung der Ressource Mensch für die medizinisch-pflegerische Versorgung. Sie bildet die Grundlage dafür, dass die Einführung ökonomischer Handlungskalküle in marktferne Systeme – hier am Beispiel geriatrischer Stationen im Krankenhaus – nicht dysfunktional wird. Bode (2005) hat bereits argumentiert, dass Marktmechanismen nicht uneingeschränkt in Systemen wirken, sondern durch Normen und Einstellungen der Akteure in diesem System gefiltert werden und dementsprechend auch die Handlungen anleiten. Anhand der Interviews kann gezeigt werden, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten weiterhin ein Fixpunkt von Handlungsorientierungen bleibt. Problematisch für die Beschäftigten, aber auch für die Gewährleistung der Versorgung kann es jedoch werden, wenn dies allein zu Lasten der Erbringerinnen und Erbringer geht und Ressourcen wie das Arbeitsklima oder individuelle Bewältigungsstrategien nicht mehr ausreichen, um die mit der Versorgung einhergehenden Belastungen auszugleichen.

Darüber hinaus sollte gesellschaftlich geklärt werden, was von der medizinischen und pflegerischen Versorgung erwartet werden soll. Soll es dabei darum gehen, wie Wirtschaftsunternehmen Gewinne zu erzielen, oder soll es darum gehen, den Behandelnden ausreichend Freiräume für die Gewährleistung einer guten Versorgung zu schaffen? Aus Sicht zumindest der Behandelnden müssen sich diese beiden Elemente theoretisch nicht ausschließen. In der praktischen Umsetzung jedoch gibt es Mängel. ■

## LITERATUR

- Bode, I.** (2005): Einbettung und Kontingenz, in: Zeitschrift für Soziologie 34 (4), S. 250–269
- Braun, B./Buhr, P./Klinke, S./Müller, R./Rosenbrock, R.** (2010): Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzähler. 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./Evans, M./Hilbert, J./Öz, F.** (2014): Arbeitsreport Krankenhaus. Eine Online-Befragung von Beschäftigten deutscher Krankenhäuser, Düsseldorf
- Buhr, P./Klinke, S.** (2006): Qualitative Folgen der DRG-Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter Bedingungen fortgesetzter Budgetierung. Eine vergleichende Auswertung von vier Fallstudien, Berlin
- Conrads, R./Holler, M./Kistler, E./Kühn, D./Schneider, D.** (2016): Branchenanalyse Gesundheits- und Sozialwesen, (Working Paper (5), Düsseldorf
- 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: Böhlke, N./Gerlinger, T./Mosebach, K./Schmucker, R./Schulten, T. (Hrsg.): Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten, Hamburg, S. 10–40
- Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften** (o.J.): Diakonie und Ökonomie. Die Auswirkungen von DRG und fallpauschalitem Medizin- und Qualitätsmanagement auf das Handeln in Krankenhäusern, [http://www.ethik.uni-bayreuth.de/downloads/Abschlussbericht\\_Dia\\_Oeko\\_Auszuege.pdf](http://www.ethik.uni-bayreuth.de/downloads/Abschlussbericht_Dia_Oeko_Auszuege.pdf) (letzter Zugriff: 18.07.2012)
- Kühn, H.** (2003): Ethische Probleme der Ökonomisierung von Krankenhausarbeit, in: Büssig, A. J. (Hrsg.): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus, Göttingen u. a. O., S. 77–98
- Manzeschke, A.** (2010): „Ohne Ansehen der Person“ Zur ethischen Unterbestimmtheit der ökonomischen Theorie im Privatisierungsdiskurs, in: Heubel, F./Kettner, M./Manzeschke, A. (Hrsg.): Die Privatisierung von Krankenhäusern. Ethische Perspektiven, Wiesbaden, S. 133–163
- Marrs, K.** (2007): Ökonomisierung gelungen, Pflegekräfte wohlauf?, in: WSI-Mitteilungen 60 (9), S. 502–507, [http://www.boeckler.de/wsi-mitteilungen\\_24963\\_24970.htm](http://www.boeckler.de/wsi-mitteilungen_24963_24970.htm)
- Slotala, L./Bauer, U.** (2009): „Das sind bloß manchmal die fünf Minuten, die fehlen“, in: Pflege & Gesellschaft 14 (1), S. 54–66
- 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: sozialer sinn 7 (2), S. 197–229

## AUTORIN

**SUSANNE EVA SCHULZ** arbeitet im Institut Arbeit und Qualifikation (IAQ) an der Universität Duisburg-Essen in der Abteilung Arbeitsmarkt – Integration – Mobilisation. Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitspolitik sowie Gesundheit/Krankheit von Erwerbstätigen.

✉ [susanne.eva.schulz@uni-due.de](mailto:susanne.eva.schulz@uni-due.de)