

Klinke, Sebastian; Müller, Rolf

Working Paper

Auswirkungen der DRGs auf die Arbeitsbedingungen, das berufliche Selbstverständnis und die Versorgungsqualität aus Sicht hessischer Krankenhausärzte

ZeS-Arbeitspapier, No. 04/2008

Provided in Cooperation with:

University of Bremen, Centre for Social Policy Research (ZeS)

Suggested Citation: Klinke, Sebastian; Müller, Rolf (2008) : Auswirkungen der DRGs auf die Arbeitsbedingungen, das berufliche Selbstverständnis und die Versorgungsqualität aus Sicht hessischer Krankenhausärzte, ZeS-Arbeitspapier, No. 04/2008, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Bremen

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/27145>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Sebastian Klinke, Rolf Müller

**Auswirkungen der DRGs auf die Arbeitsbedingungen,
das berufliche Selbstverständnis
und die Versorgungsqualität
aus Sicht hessischer Krankenhausärzte**

ZeS-Arbeitspapier Nr. 04/2008

Sebastian Klinke
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
Reichpietschufer 50
10785 Berlin
eMail: sklinke@wzb.eu

Rolf Müller
Zentrum für Sozialpolitik
Universität Bremen
Parkallee 39
D-28209 Bremen
eMail: rmint@zes.uni-bremen.de

Die vorliegende Arbeit ist Teil des Projekts „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System (WAMP)“, einer sozialwissenschaftlichen Längsschnittanalyse der Auswirkungen des DRG-Systems auf den pflegerischen und medizinischen Dienstleistungsprozess und die Versorgungsqualität im Krankenhaus.

Herausgeber:

Zentrum für Sozialpolitik

Universität Bremen

- Barkhof -, Parkallee 39

28209 Bremen

Tel.: 0421/218-4362

Fax: 0421/218-7540

e-mail: srose@zes.uni-bremen.de

<http://www.zes.uni-bremen.de>

Umschlaggestaltung: Wolfgang Zimmermann

ZeS-Arbeitspapiere

ISSN 1436-7203

Zusammenfassung

Das Forschungsprojekt WAMP (Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System) beschäftigt sich schon seit der Zeit vor der Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) mit den (möglichen) Folgen der DRGs auf die Arbeitsbedingungen und die Versorgungsqualität im Krankenhaus. Die Grundannahme ist, dass die DRGs neben anderen ordnungspolitischen Faktoren dazu beitragen, die Strukturen im Krankenhaus zu verändern. Veränderte Strukturen im Krankenhaus haben wiederum Auswirkungen auf die Arbeitsorganisation, auf die Arbeitsprozesse, die Arbeitsbelastungen und somit indirekt auch auf die Versorgungsqualität.

Die vorliegende Studie zeigt aus Sicht hessischer Krankenhausärzte den Wandel der Strukturen im Krankenhaus als auch der Arbeitsbedingungen, des beruflichen Selbstbildes und der Versorgungsqualität. Aus zwei in weiten Teilen identischen Befragungen Anfang 2004 und Ende 2005 lassen sich erste Tendenzen erkennen. In Bezug auf die Arbeitsbedingungen, das berufliche Selbstbild und die Versorgungsqualität besteht ein direkter Zusammenhang mit einer Ressourcenverknappung, die durch anhaltende Budgetierung und das neue Entgeltsystem ausgelöst wurde.

Summary

Since the time before the implementation of the diagnosis related groups (DRGs) the research project WAMP (Changes in medicine and nursing in the DRG-system) deals with the consequences of the DRGs on working conditions and the quality of care in hospital. The project starts with the assumption, that the DRGs effects the structures in hospital care. Changes in these structures will cause changes in process organisation, working load and finally mediately on the quality of care.

Based on two nearly identical investigation this study shows from the point of view of Hessian physicians the changes in process organisation, self definition and quality of care. The investigations where carried out in February 2004 and November 2005. First results show a coherence between the restricted budget and the DRGs on the one hand and the process organisation, self definition and the quality of care on the other hand.

Inhalt

1	Einleitung	7
1.1	Fragestellung	7
1.2	Die Einführung der DRGs.....	8
1.3	Erwartete Folgen der DRG-Einführung	9
1.4	Verordnete Qualitätskontrolle	11
1.5	Studien zum Einfluss der DRGs	15
1.6	Überblick und Charakteristika des Projekts WAMP	17
1.6.1	Sozialwissenschaftlicher Ansatz	18
1.6.2	Studiendesign	18
2	Daten und Methoden – Kurzfassung	19
2.1	Repräsentativität.....	20
2.2	Selektion der Befragungsdaten für die Analysen.....	21
2.3	Methodisches Vorgehen.....	21
3	Ergebnisse	22
3.1	Arbeitsbedingungen	22
3.1.1	Arbeitszeit.....	23
3.1.2	Wöchentliche Arbeitszeit und Überstunden	24
3.1.3	Verwendung der Arbeitszeit.....	34
3.2	Berufliches Selbstverständnis	41
3.2.1	Einstellung zum Anreiz zur Leistungsbegrenzung (Soll).....	42
3.2.2	Einschätzung der Praxis (Ist).....	50
3.2.3	Ökonomisierung des beruflichen Selbstverständnisses.....	57

3.3	Versorgungsqualität	68
3.3.1	Organisation der Versorgung	68
3.3.2	Versorgungsgeschehen	76
3.3.3	Patientenzufriedenheit	93
3.3.4	Zusammenfassung Versorgungsqualität.....	96
3.4	Fazit.....	97
4	Literatur	105
5	Anhang.....	113
5.1	Daten und Methoden – Langfassung.....	113
5.1.1	Erhebungsverfahren – Stichprobenziehung.....	113
5.1.2	Repräsentativität	115
5.1.3	Selektion der Befragungsdaten für die Analysen	130
5.1.4	Methodisches Vorgehen	131
6	Tabellenverzeichnis	132
7	Abbildungsverzeichnis	134

Abkürzungsverzeichnis

BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BQS	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung
BStatG	Bundesstatistikgesetz
DAK	Deutsche Angestellten Krankenkasse
DRG	Diagnosis Related Group
EFQM	European Foundation for Quality Management
GEK	Gmünder ErsatzKasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHStatV	Krankenhausstatistik-Verordnung
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
PKV	Private Krankenversicherung
REDIA-Studie	Projekt „Rehabilitation und Diagnosis Related Groups“
SGB V	Sozialgesetzbuch fünftes Buch
TEP	Totalendoprothese
WAMP	Projekt „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System“

1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit ist Teil des Projekts „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System“ (WAMP), einer sozialwissenschaftlichen Längsschnittanalyse, die Auswirkungen des DRG-Systems auf den pflegerischen und medizinischen Dienstleistungsprozess und die Versorgungsqualität im Krankenhaus untersucht. Das Projekt wird bearbeitet vom Zentrum für Sozialpolitik an der Universität Bremen und vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Das Projekt erfolgt in Kooperation und mit Unterstützung der Gmünder Ersatzkasse, der Hans Böckler Stiftung, der Landesärztekammer Hessen und der Gewerkschaft ver.di.

1.1 Fragestellung

Mit der Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) als Klassifizierungs- und Abrechnungssystem sind Hoffnungen auf mehr Transparenz und höhere Effektivität und Effizienz in der Versorgung von Krankenhauspatienten verbunden. Gleichzeitig wird aber auch befürchtet, dass die von dem neuen DRG-Entgeltsystem ausgehenden ökonomischen Anreize eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige stationäre Versorgung gefährden. Die Einführung des DRG-Entgeltsystems wird als größte Einzelreform im stationären Sektor bezeichnet (Braun/Rau/Tuschen 2008: 3), weshalb in dieser Studie unterstellt werden kann, dass Veränderungen im Untersuchungszeitraum auf DRG-Effekte hinweisen.¹

Krankenhäuser sind Betriebe mit einem hohen Personalkostenanteil von durchschnittlich 60 bis 70 % und die primäre Form der Produktion kann als personale Dienstleistungsarbeit charakterisiert werden. Diese spezifischen Eigenschaften von Krankenhäusern bedingen zweierlei Effekte: Einerseits wirken sich Veränderungen besonders stark auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten aus und andererseits wirken sich Veränderungen der Arbeitsbedingungen unmittelbar auf die Qualität der Dienstleistung aus. Eine für die Leistungserbringung zentrale Berufsgruppe sind die Ärzte, die

¹ Analytisch können jedoch DRG-Effekte nicht eindeutig von anderen Reformeffekten abgetrennt werden, da man von den befragten Ärzten nicht erwarten kann, dass sie faktische Veränderungen

unter DRG-Bedingungen durch neue Aufgaben (Kodierung) belastet werden. Neben zusätzlicher zeitlicher Belastung erhalten Krankenhausärzte über ihre DRG-Kodierungsaufgaben eine verstärkte Mitverantwortung für das betriebswirtschaftliche Gesamtergebnis des Hauses. Das DRG-bedingte Hinzutreten betriebswirtschaftlicher Handlungslogiken in das Arzt-Patient-Verhältnis lässt erwarten, dass neben Veränderungen von Arbeitsbedingungen auch das berufliche Selbstverständnis einem Veränderungsdruck ausgesetzt wird, der nicht ohne Rückwirkungen auf die Versorgung der Patienten bleiben kann. Die Frage der vorliegenden Studie lautet daher: Inwieweit haben sich die Arbeitsbedingungen, das berufliche Selbstverständnis und die Versorgungsqualität im Krankenhaus aus Sicht der Ärzte im Zuge der Einführung der DRGs verändert?

Die speziellen Fragen, die wir in dieser Studie beantworten wollen, sind:

- Wie verändern sich die Arbeitszeiten und Arbeitsinhalte im ärztlichen Dienst im Krankenhaus?
- Wie verändert sich das berufliche Selbstverständnis der Ärzte bezüglich der gegenläufigen medizinischen und wirtschaftlichen Ansprüche?
- Inwieweit klaffen Anspruch und Wirklichkeit auseinander?
- Wie verändern sich die Arbeitsabläufe von der Aufnahme bis zur Entlassung der Patienten und die Versorgungsqualität aus Sicht der Ärzte?
- Welche Strukturen oder Veränderungen haben außerdem einen Effekt auf die Arbeits- und Versorgungsbedingungen und -leistungen? Stichworte: Privatisierung; Krankenhausgröße (Mindestmengen); strukturierte Versorgung (Case-Management; Behandlungspfad); (ökonomische) Situation des Hauses oder der Abteilung.
- Welchen Einfluss auf die beobachteten Entwicklungen hatte die Einführung der DRGs und welche sonstigen Einflüsse erscheinen plausibel?

1.2 Die Einführung der DRGs

benennen und gleichzeitig präzise hypothetische Angaben dazu machen, wie diese Veränderungen z.B. ohne Budgetierung gewesen wären.

Seit vielen Jahren wird von Seiten der Politik die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen beklagt. Erklärtes Ziel der zahlreichen Gesundheitsreformen und Korrekturen ist deshalb die Kostendämpfung durch Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Leistungserbringung. Diese Reformbemühungen betreffen alle Bereiche der Gesundheitsversorgung – auch die Gesundheitsversorgung im Krankenhaus. Die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf ein diagnosebezogenes Fallpauschalensystem wird als eine der gravierendsten Umstrukturierungsmaßnahmen gesehen. Sie beinhaltet, dass die Leistungen des Krankenhauses einheitlich bezüglich Diagnosen und Behandlungsprozeduren definiert, gruppiert und pauschaliert vergütet werden sollen. Behandlungen in psychiatrischen Abteilungen und ambulante Operationen im Krankenhaus bilden eine Ausnahme.

Schon seit 1996 wurde ein Viertel aller vollstationären Leistungen vor allem aus dem chirurgischen Bereich nach Fallpauschalen abgerechnet. Der große Rest der Versorgungsleistungen wurde weiterhin mit tagesgleichen Pflegesätzen oder Sonderentgelten vergütet. Im Jahr 2000 wurde beschlossen, die DRGs für den Großteil der Krankenhausversorgung einzuführen. Seit 2003 konnten und seit 2004 mussten die Krankenhäuser nach DRGs kodieren und abrechnen. Die Umstellung erfolgte in diesen Jahren noch budgetneutral, das heißt ohne Kostenrelevanz für die Krankenhäuser. In einer daran anschließenden so genannten Konvergenzphase, die erst bis Ende 2006 angedacht war und dann bis 2009 verlängert wurde, werden die Entgelte für gleiche DRGs innerhalb der einzelnen Bundesländer über alle Krankenhäuser hinweg angeglichen. Um Schwachstellen im DRG-System aufzudecken und beseitigen zu können sowie um den Krankenhäusern genügend Zeit für Anpassungsprozesse zu lassen, wurde die Implementation über einen mehrjährigen Zeitraum gestreckt. Von Seiten des Gesundheitsministeriums wird daher auch von einem „lernenden System“ gesprochen. Erste Korrekturen sind beispielsweise die Verlängerung der Konvergenzphase, aber auch die laufende Aufnahme zusätzlicher oder die Veränderung bereits existierender DRGs.

1.3 Erwartete Folgen der DRG-Einführung

Das Reformziel besteht darin, bestimmte Fehlanreize des alten Vergütungssystems zu beseitigen, die Krankenhäuser verstärkt zu wirtschaftlichem Verhalten zu motivieren, eine effizientere Krankenhausversorgung zu erreichen, überflüssige Leistungen zu redu-

zieren, die Verweildauer (weiter) zu senken und Kapazitäten abzubauen und so die Ausgaben im Gesundheitssystem zu senken. Dieser Prozess soll sich ohne Verschlechterung der Versorgungsqualität vollziehen. Deshalb sollen parallel zur Einführung der DRGs Maßnahmen zur Qualitätssicherung ausgebaut werden (Deutscher Bundestag 2001: 26). Diesen Zielen stehen allerdings Befürchtungen gegenüber, dass unter DRG-Bedingungen diese Maßnahmen zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten und hochwertigen Versorgung der Patienten nicht ausreichen werden (vgl. z. B. Lauterbach/Lüngen 2000; Simon 2000; Coffey 2001; Raffel u. a. 2004; ver.di 2004; Böcking u. a. 2005; Leister/Stausberg 2005; Lenk u. a. 2005; Rühmkorf 2005; Wilmsen-Neumann 2005). Befürchtet werden beispielsweise selektive Patientenaufnahmen, Entlassungen von Patienten in instabilem gesundheitlichen Zustand, Vorenthaltung medizinisch notwendiger Leistungen sowie insgesamt eine geringere Patientenorientierung und geringere Ganzheitlichkeit der Behandlung. Durch die Betonung der Wirtschaftlichkeit könnte sich die Arbeit im Krankenhaus unter DRG-Bedingungen einem gewaltigen Wandel unterziehen. Durch die höhere Bewertung des ökonomischen Aspekts wird der Faktor Arbeit überprüft und steht zur Disposition. Es werden Anreize zum Personalabbau gesehen (ver.di 2004: 8), der nicht zuletzt im Zuge von Privatisierungen auch umgesetzt wird (RAMBØLL 2002: 4). Damit rücken private Träger zunehmend in den Fokus der Betrachtung, wenn es um Effekte der DRG-Einführung geht. Von Seiten der privaten HELIOS-Kliniken wird mit einem Projekt zur Qualitätssicherung durch Veröffentlichung von Mortalitätsdaten offensiv möglicher Kritik zu begegnen gesucht (HELIOS Kliniken 2003).

Die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung ist das primäre Ziel der Einführung des neuen Entgeltsystems, wie es mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 beschlossen wurde; erst im Fallpauschalengesetz von 2001 wurden ergänzend die Ziele Transparenz und Qualität der Versorgung hinzugefügt; akzeptable Arbeitsbedingungen im Krankenhaus werden als Ziel jedoch nicht genannt, obwohl man in Bereichen personaler Dienstleistungsarbeit davon ausgehen muss, dass Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit sich auf das Produkt der Arbeit, also hier die Versorgungsqualität, auswirken. Deshalb werden im Projekt WAMP die Arbeitsbedingungen und der Arbeitsprozess als Einflussfaktoren auf das Qualitätsniveau der Versorgung angesehen

und untersucht. In internationalen Studien wurde bereits ein direkter Zusammenhang des Verhältnisses der Anzahl an Pflegekräften zur Anzahl der Patienten mit der Arbeitszufriedenheit, der Pflegequalität und der Mortalität nachgewiesen (Rafferty u. a. 2006). Für Ärzte muss mit analogen Zusammenhängen gerechnet werden, wenngleich bisher keine diesbezüglichen Studien vorliegen.

Im Zuge des gesteigerten ökonomischen Drucks auf die Krankenhäuser wird eine Privatisierung vieler bisher öffentlicher Betriebe erwartet und mit der Hoffnung auf einen Fortbestand der Standorte verknüpft. Es bleibt dabei allerdings unklar, warum es privaten Krankenhausunternehmen, die im Gegensatz zu öffentlichen Arbeitgebern einen Teil ihres Umsatzes als Gewinne an ihre Teilhaber ausschütten müssen, langfristig besser gelingen sollte, wirtschaftlich zu arbeiten (Wambach 2006: 48). Vor diesem Hintergrund erscheint ein Blick auf die Unterschiede in den Arbeitsbedingungen und Versorgungsstrukturen von privaten und nicht-gewinnwirtschaftlichen Krankenhäusern angebracht.

1.4 Verordnete Qualitätskontrolle

Um die Qualität im Gesundheitswesen insbesondere im Zuge der DRG-Einführung zu sichern, sind eine Reihe von Maßnahmen ergriffen worden, die in die Krankenhausversorgung hineinspielen (zur schnellen Übersicht: BMG 2006). Hierzu zählen beispielsweise die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA)², welche ambulanten oder stationären Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich und somit von der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren sind. Zu ihnen zählen aber auch die Versuche, die Behandlungsverläufe allgemein strukturierter zu gestalten, um beispielsweise Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Hierzu gehören beispielsweise die Chronikerprogramme (Disease Management Programme), das Haus-

² Der Gemeinsame Bundesausschuss ist das maßgebliche Selbstverwaltungsgremium der Ärzte, Krankenkassen und Krankenhäuser. Seit dem 1.1.2004 sind erstmalig auch Patientenvertreter beteiligt (ohne Stimmrecht). Unter „wirtschaftlich“ versteht der GBA Kosten-Nutzen-Abwägungen und grenzt sich damit von anderen Definitionen ab, die ausgehend von Zielen (medizinisch notwendig, Qualität auf Stand der Forschung) nur den sparsamen Einsatz der Mittel einfordern. Kosten-Nutzen-Abwägungen führen demgegenüber zu einer Relativierung der Ziele und beschränken daher tendenziell den Versorgungsanspruch der Versicherten.

arztmodell, Verträge über integrierte Versorgung und die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte.

Die Ziele und Methoden der Qualitätssicherung sind damit ersichtlich. Es stellt sich aber die Frage, wie die Erfolge der Umstrukturierungen gemessen werden können. Mit Blick auf die Qualitätssicherung wird den Patienten ein „Anspruch auf angemessene Aufklärung und Beratung sowie auf eine sorgfältige und qualifizierte medizinische Behandlung und Pflege“ zugesprochen. „Diagnostische und therapeutische Maßnahmen müssen mit den Patienten abgestimmt werden. Im Rahmen der Behandlung, Pflege, Rehabilitation und Prävention müssen Würde und Integrität der Betroffenen geachtet, ihr Selbstbestimmungsrecht und ihr Recht auf Privatsphäre respektiert werden“ (BMG 2006: 3). Qualitätsmanagement bedeutet dabei, dass Organisation, Arbeitsabläufe und Ergebnisse einer Einrichtung regelmäßig nach bestimmten Vorgaben dokumentiert, überprüft und gegebenenfalls verändert – nämlich im Sinne der Qualitätssicherung – verbessert werden.

Um eine bessere Basis für die Krankenhausversorgung als lernendes System zu schaffen, hat der Gesetzgeber im § 17b KHG (8) die Pflicht verankert, eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems durchzuführen. Insbesondere sollen die Veränderung der Versorgungsstrukturen und die Qualität der Versorgung untersucht werden. Dabei sind auch die Auswirkungen auf die anderen Versorgungsbereiche sowie die Art und der Umfang von Leistungsverlagerungen zu untersuchen. Die Vertragsparteien (Spitzenverbände der Krankenkassen, Verband der privaten Krankenversicherungen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft) sollten dazu Forschungsaufträge ausschreiben und das DRG-Institut beauftragen, insbesondere die Daten nach § 21 des KHEntgG auszuwerten. Ein Verfahren zur Ausschreibung eines wissenschaftlichen Projekts wurde bisher nicht eingeleitet. Dennoch wurden von staatlicher Stelle, durch privatwirtschaftliche Unternehmen und durch Forschergruppen Initiativen gegründet, die den Umfang und die Qualität der Krankenhausversorgung und/oder die Einflüsse der DRG-Einführung messen sollen.

Zwei Arten der Totalerhebungen liefern zunächst einmal aggregierte Strukturdaten der Krankenhausbehandlung: (1) Auf Basis der KHStatV in Verbindung mit dem BStatG wird jährlich eine Totalerhebung der Krankenhäuser, ihrer organisatorischen Einheiten,

personellen und sachlichen Ausstattung sowie der von ihnen erbrachten Leistungen durchgeführt (Statistisches Bundesamt 2007a, b). Innerhalb der Totalerhebung werden auch die Diagnosen und die Kosten erfasst. Auf Grundlage der Daten dieser Krankenhausstatistik lassen sich aggregierte Zeitreihen über Aufwand und Versorgung im Krankenhaus seit 1991 erstellen. (2) Im Rahmen des § 17b KHG (8) haben die Vertragsparteien auf Bundesebene das InEK beauftragt, die Daten aus der Datenlieferung gemäß § 21 KHEntgG für das Datenjahr 2004 auszuwerten (InEK 2006). Die Ergebnisse beider Datengrundlagen sind überwiegend Auszählungen von Strukturdaten. Eine detaillierte Messung der Versorgungsqualität ist damit nur äußerst eingeschränkt möglich. Eine Veränderung der Versorgungsqualität im Zuge der DRG-Einführung lässt sich mit diesen Daten ebenfalls nicht beschreiben.

Eine vergleichende Dokumentation der einzelnen Krankenhäuser und ihrer Leistungsangebote ist seit jüngster Zeit gegeben: Erstens ist seit 2005 für alle Krankenhäuser ein standardisierter Qualitätsbericht gemäß § 137 SGB V verpflichtend (einzusehen unter www.g-qb.de). Zweitens werden im Rahmen des KTQ-Modells erweiterte Berichte auf Basis einer Selbst- und einer Fremdbewertung erstellt (einzusehen unter www.ktq.de). Ähnliche Berichte werden auch im Rahmen der EFQM-Zertifizierung erstellt (z. B. Karl-Olga-Krankenhaus GmbH 2004). Die KTQ- und EFQM-Berichte sind allerdings freiwillig und liegen für deutlich weniger Krankenhäuser vor. Sie werden allerdings zur Erfüllung der Anforderungen nach § 135a SGB V genutzt, wonach jedes Krankenhaus ein Qualitätsmanagement einzurichten hat (Hoffmann/Riehle 2004)³. Drittens beteiligen sich die Krankenhäuser an einer weiteren externen, vergleichenden Qualitätssicherung durch die BQS gGmbH im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (BQS 2006a).

Der Fokus bei den Qualitätsberichten gemäß § 137 SGB V ebenso wie bei den KTQ- und den EFQM-Berichten liegt einerseits auf leicht vergleichbaren, quantitativen Strukturdaten (z. B. Bettenzahl, Fachabteilungen, häufigste DRGs, apparative Ausstattung,

³ Es ist nicht festgelegt, auf welcher Grundlage der Aufbau eines tragfähigen Qualitätsmanagements zu erfolgen hat, denn das Qualitätsmanagement soll sich an den Bedürfnissen des jeweiligen Krankenhauses orientieren. Am häufigsten kommen in deutschen Krankenhäusern die Modelle DIN EN ISO 9001:2000, EFQM und KTQ zum Einsatz (Hoffmann/Riehle 2004: 2).

Personal) und andererseits auf der sprachlichen Darstellung der Qualitätspolitik, die mitunter vom Leser eine gewisse Fähigkeit verlangt, zwischen den Zeilen zu lesen. Die Berichte werden für den Anwender – also den Patienten – nicht als informativ und verständlich angesehen (Eberlein-Gonska/Fellmann/Klakow-Franck 2006) und wesentliche Aussagen wie z. B. über die Komplikationshäufigkeiten sind nicht durchgängig erwähnt (Drösler 2007: 212): „Die veröffentlichten Qualitätsberichte legen vor allem Struktur- und Prozessqualität offen. Daten zur Ergebnisqualität sollen nur für das interne Qualitätsmanagement genutzt werden und unter Verschluss bleiben, ...“ (Etgeton 2006: 4). Die Bundesärztekammer fordert daher, Ergebnisse von Qualitätssicherungsaktivitäten in den Berichten aufzuführen (Bundesärztekammer 2006).

Der BQS-Qualitätsreport geht in dem Versuch die Ergebnisqualität zu messen schon etwas weiter. Er vergleicht Krankenhäuser anhand von selbst definierten Standards in der Versorgung. Diese Standards beziehen sich auf die Indikationsstellung, die Prozessqualität und die Ergebnisqualität bei verschiedenen Erkrankungen und Prozeduren. Bei den Ergebnissen ist aber in der Regel nicht ersichtlich, ob es sich um strukturelle Probleme, Prozessprobleme oder Dokumentationsprobleme bei den auffälligen Krankenhäusern handelt (vgl. z. B. BQS 2006b: 20). In solchen Fällen müssen nachfolgend im „Strukturierten Dialog“ die Bedeutungen der Auffälligkeiten zunächst analysiert und gegebenenfalls korrigierende Schritte eingeleitet werden.

Die standardisierten Qualitätsberichte liefern gute Ansätze, die Versorgungsstruktur zu optimieren, indem Krankenhäuser mit Auffälligkeiten identifiziert werden und die Bedingungen in „Strukturierten Dialogen“ verbessert werden können. Für eine Beurteilung der Auswirkungen der DRGs auf die Versorgungsqualität ist die beobachtete Zeitspanne bei dem Qualitätsbericht gemäß § 137 SGB V und den KTQ- und EFQM-Berichten nicht lang genug. Die BQS-Berichte haben ihren Fokus sehr deutlich auf einzelne Erkrankungen und medizinische Prozeduren. Dem pflegerischen Aspekt wird deutlich weniger Beachtung geschenkt. Als einziges Qualitätsmerkmal wird dort das Auftreten von Dekubitus untersucht. Zu wenig beleuchtet sind außerdem bei den erwähnten Qualitätsberichten die angemahnte Patientenorientierung und die Auswirkungen struktureller Veränderungen auf die Arbeitsabläufe und Arbeitsbelastungen in der medizinischen und pflegerischen Versorgung.

1.5 Studien zum Einfluss der DRGs

Der Fokus der Forschergruppen, die sich mit dem Einfluss der DRG-Einführung beschäftigen, unterscheidet sich erheblich. Die Spannweite reicht von Studien über die Abbildungsgenauigkeit der DRGs bis hin zu speziellen Untersuchungen der Versorgungsqualität. Die Anzahl der empirischen Studien, die explizit den Einfluss der DRGs untersuchen, ist jedoch überschaubar.

An der Universität Münster beschäftigt sich die DRG Research Group mit der Evaluation von DRG-Systemen (Roeder/Rochell 2000). Dabei geht es vor allem um die Abbildungsgenauigkeit der Kodierung und die Verhältnismäßigkeit der Entgeltung der DRGs. Die Ergebnisse werden als Vorschläge zur Weiterentwicklung des Systems in die Diskussion eingebracht (DRG Research Group 2006; Roeder 2005).

In der Diskussion darum, ob die DRGs die Kosten im Krankenhaus adäquat abbilden, wird auch die Frage angeschnitten, inwieweit der Pflegeaufwand⁴ bei der Kalkulation berücksichtigt wird. Viele Pflegewissenschaftler sehen den Pflegeaufwand nicht in ausreichendem Maße in der Kalkulation der DRGs berücksichtigt, wodurch es zu außerordentlichen Unterschieden des Pflegeaufwands bei gleicher DRG kommt (Bartholomeyczik 2002; Fischer 2002: 57ff; Hollick/Kerres 2002; Kahlisch/Kobold/Rau 2004). Um den Pflegeaufwand adäquat zu berücksichtigen, bedarf es aber einer Messbarkeit des Pflegeaufwands sowie der möglichen Pflegeleistung⁵ und damit auch einer ausreichenden Pflegedokumentation im Krankenhaus. Die Messbarkeit des Pflegeaufwands wird derzeit in einzelnen Krankenhäusern weiter entwickelt und getestet (Fischer 2002: 59ff; Hausner u. a. 2005; Wieteck 2005, Hunstein u. a. 2006). Gleichzeitig wird diskutiert und experimentiert, wie zwischen Pflegeaufwand und notwendiger Pflege unterschieden werden kann bzw. wie groß der Zusammenhang mit der Pflegequalität ist (Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. 2001: 60ff; 2002; Bartholomeyczik 2002;

⁴ Gesamtheit der tatsächlich erbrachten Pflegetätigkeiten (Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. 2001: 45)

⁵ In Anlehnung an die Diskussion des Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (2001: 45f) definieren wir Pflegeleistung als Kombination von Pflegeaufwand und Ergebnisqualität. Dabei muss die Ergebnisqualität nicht monokausal mit dem Pflegeaufwand zusammenhängen.

Hunstein u. a. 2006). Zurzeit muss konstatiert werden, dass es in der Pflege noch keine einheitlichen Qualitätsindikatoren gibt (Elsbernd 2006).

Ebenfalls an der Universität Münster wird die REDIA-Studie durchgeführt. Sie hat das Ziel, die Auswirkungen der Einführung der DRGs im Akutbereich auf die medizinische Rehabilitation zu analysieren (von Eiff/Klemann/Middendorf 2005: V). In einer ersten Untersuchung wurden Patienten aus Optionskrankenhäusern mit Patienten aus nicht-optierten Häusern verglichen. Für Patienten mit Hüft-TEP, Knie-TEP, Bandscheiben-OP, Myokardinfarkt oder Bypass-OP wurden Verlegungszeiten, Aufenthaltsdauern in den Reha-Kliniken, Patientenzustände und Behandlungsaufwand während der Rehabilitation untersucht. Diese Untersuchungen ergaben ein noch uneinheitliches oder nicht signifikantes Bild bezüglich des Einflusses der DRGs auf die Rehabilitation (von Eiff/Klemann/Middendorf 2005: 191). Die Studie wurde fortgeführt, um Veränderungen im Zeitverlauf zu ermitteln. Im zweiten Teil der Studie wurde tendenziell ein Mehraufwand an pflegerischer und medikamentöser Versorgung festgestellt (von Eiff/Klemann/ Meyer 2007: 7). Eine Veränderung der Reha-Fähigkeit oder Verlängerung der stationären Reha-Aufenthaltszeiten konnte nicht festgestellt werden.

Werner Vogd (Freie Universität Berlin) stellte eine qualitative Studie zu ärztlichen Entscheidungsprozessen mittels wiederholten Fallstudien in zwei Krankenhäusern an, die im Jahr 2001 noch in öffentlicher Hand, aber dann in privater Trägerschaft waren (Vogd 2004, 2006). Mit den Methoden der teilnehmenden Beobachtung und Experteninterviews wurden Veränderungen in den chirurgischen und internistischen Abteilungen vor dem Hintergrund der DRG-Einführung von 2001 bis 2004 beschrieben. Die untersuchten Faktoren umfassen die Arbeitsbedingungen ebenso wie organisatorische und technische Erneuerungen sowie die Einstellung zur wirtschaftlichen Kodierung und Behandlung im Zuge der DRG-Einführung.

In einem studentischen Projekt unter der Leitung von Sabine Bartholomeyczik und Elke Donath an der Universität Witten-Herdecke werden die Auswirkungen der DRG-Einführung auf die Aufgaben der Pflegenden und deren Bewertungen untersucht (Hausner u. a. 2005: 125). Basis der Untersuchung sind Multimomentaufnahmen und schriftliche Befragungen über mehrere Wellen seit 2003 in drei Krankenhäusern der Maximalversorgung. Erste Ergebnisse weisen eine Zunahme der Mithilfe bei ärztlichen Tätigkeiten

und eine Abnahme patientennaher Tätigkeiten aus (Bartholomeyczik 2007a; b). Die pflegerische Tätigkeit wird zum größeren Teil von Helfern in der Pflege ausgeführt (Quasdorf/Galatsch 2006).

Am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitsökonomie der Universität Bayreuth werden unter der Leitung von Arne Manzeschke die Auswirkungen der DRGs auf das Handeln verschiedener Professionen in sieben Krankenhäusern erforscht. Das Projekt trägt den Namen „Diakonie und Ökonomie. Die Auswirkungen von DRGs und fallpauschalierter Medizin und Qualitätsmanagement auf das Handeln in kirchlichen Krankenhäusern. Eine sozialwissenschaftliche Untersuchung und sozialetische Bewertung.“ Der methodische Zugang sind 79 Experteninterviews in sieben Krankenhäusern, die zu Vergleichszwecken nicht alle unter kirchlicher Trägerschaft stehen. Ziel des Projektes ist es, die Auswirkungen der DRGs und des Qualitätsmanagements auf das Handeln, das Selbstverständnis, die Strategien, die Strukturen, die Prozesse sowie die medizinische Versorgungsqualität zu ermitteln (Manzeschke/Pelz 2006).

1.6 Überblick und Charakteristika des Projekts WAMP

Alle bisher genannten Projekte und Berichterstattungen greifen nur einzelne Aspekte der Entwicklung heraus, haben den Fokus nur auf einer Berufsgruppe oder sind nicht in der Lage, die Einführung wirklich zu begleiten, weil der Vergleich zum Einführungszeitpunkt fehlt. Das eigenständige, sozialwissenschaftlich orientierte Projekt WAMP ist somit tendenziell das einzige Projekt, das relativ umfassend und im Längsschnitt die Entwicklung der Arbeitsprozesse und Versorgungsqualität unter DRG-Bedingungen beschreiben kann. Der Grund dafür liegt in der Erhebung umfangreicher und mehrdimensionaler Daten über den gesamten Zeitraum der DRG-Einführung. Das Projekt kann auf Daten ab bzw. kurz vor dem Einführungszeitpunkt und für den weiteren Verlauf der Einführungsphase zurückgreifen.

Die vorliegende Studie ist Bestandteil des Projekts WAMP und stellt in einzelnen Aspekten aus Sicht der Ärzte dar, welche Auswirkungen die DRG-Einführung zwischen 2004 und 2005/06 auf Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität hatte. Daraus wurden Aussagen darüber entwickelt, inwieweit die Ziele der Reformmaßnahmen erreicht werden und eine Versorgung der Versicherten mit allem medizinisch Notwendigen ge-

mäß SGB V gewährleistet wird. Des Weiteren wird versucht, spezifische Effekte der DRG-Einführung von Veränderungen zu unterscheiden, die durch andere Faktoren hervorgerufen wurden.

1.6.1 Sozialwissenschaftlicher Ansatz

Der inhaltliche Ausgangspunkt, an dem das Projekt WAMP ansetzt, ist der medizinische und pflegerische Dienstleistungsprozess bzw. die Krankenhausarbeit. Medizinische und pflegerische Dienstleistungen sind dadurch gekennzeichnet, dass Produktionstätigkeit und Konsumtion zugleich in einem Prozess erfolgen. Die Patienten sind somit einerseits Objekt der Versorgung und andererseits Abnehmer bzw. Konsumenten der medizinischen und pflegerischen Leistung. Überall dort, wo es auf ihre Motivation und ihr Verhalten ankommt und sie ihr Selbstbestimmungsrecht ausüben (können), sind Patienten zusätzlich auch Mitproduzenten im medizinisch-pflegerischen Arbeitsprozess. In diesem Zusammenspiel aller Produzenten entsteht Versorgungsqualität im Krankenhaus, um die es letztendlich geht, um das Ziel einer richtigen Diagnose und eines Behandlungserfolges zu erreichen. Nahezu jeder Aspekt des Wandels der Krankenhausorganisation und damit der Arbeitsprozesse und der Kommunikation zwischen Medizin, Pflege und Patienten beeinflusst somit die Qualität der Versorgung. Unser sozialwissenschaftlicher Blick richtet sich also nicht auf die Unterscheidung spezieller Erkrankungen, Behandlungsmethoden, Pflegemethoden und deren Outcomes für die Versorgungsqualität, sondern unser Fokus liegt in der Beschreibung von Veränderungen der Arbeitsbedingungen sowie deren Folgen für die Versorgungsqualität durch die beteiligten Ärzte, Pflegekräfte und Patienten.

1.6.2 Studiendesign

Zur Untersuchung der Folgen der DRG-Einführung wurde ein mehrdimensionales Längsschnittdesign entwickelt. Im Projekt WAMP wird der Effekt der DRG-Einführung auf mehreren Ebenen zu mehreren Zeitpunkten gemessen. Zu den Ebenen gehören Patientenbefragungen (Braun/Müller 2003; Braun/Müller 2006), Befragungen von Pflegekräften (Braun/Müller/Timm 2004; Braun/Buhr/Müller 2008), Befragungen von Ärzten (Klinke 2007; Klinke/Kühn 2006) sowie Fallstudien ganzer Krankenhäuser (Buhr/Klinke 2006a, b). Veränderungen des Dienstleistungsprozesses und der Versorgungsqualität, die durch die Einführung des DRG-Systems hervorgerufen werden, kön-

nen nur dann angemessen erfasst und bewertet werden, wenn die Ausgangslage bekannt ist. Die Erhebungszeitpunkte der ersten Befragungen lagen zwischen 2003 (Patienten und Pflegekräfte) und 2004 (Ärzte), also in etwa zu Beginn der DRG-Einführung. Die zweite Welle der Patienten- (2005), Pflege- (2006) und Ärztebefragung (2005/06) erfolgte nach der budgetneutralen Phase, also zu einer Zeit, in der die DRGs schon in eingeschränktem Maße erlöswirksam geworden sind. Die dritte Welle ist gegen Ende der Einführungs- bzw. Konvergenzphase geplant.

2 Daten und Methoden – Kurzfassung⁶

Die vorliegende Analyse ist der Vergleich der in weiten Teilen inhaltlich gleichen Ärztebefragungen der ersten und zweiten Welle. Die erste Befragung ist Anfang 2004 durchgeführt worden und schon ausführlich präsentiert (Klinke 2007; Klinke/Kühn 2006). Die zweite Befragung wurde zum Jahreswechsel 2005/06 durchgeführt. Befragt wurde sowohl im Jahr 2004 als auch im Jahr 2005 eine 50%-Zufallsstichprobe der in hessischen Krankenhäusern beschäftigten Ärzte. Alle in diesem Text zitierten Ergebnisse der zwei Ärztebefragungen beruhen somit auf Selbsteinschätzungen der befragten ärztlichen Akteure. Bei der Fragebogenentwicklung wurden Ärzte intensiv beteiligt, um die Frageintentionen der Forscher möglichst weitgehend in Übereinstimmung mit den Deutungen der Befragten zu bringen. Ein überlasteter Arzt ist somit z. B. ein Arzt, der die Angabe gemacht hat, dass er sein tägliches Arbeitspensum nicht schafft.

Erhebungsverfahren – Stichprobenziehung

Die Grundgesamtheit der schriftlichen Krankenhausärztebefragungen im Bundesland Hessen wurde zur ersten Befragung wie folgt definiert:

- alle im Krankenhaus oder in Vorsorge- oder Rehabilitationskliniken arbeitenden hessischen Ärzte (außer AiP) mit
- Geburtsdatum nach dem 1.12.1946 und
- Approbationserlangung vor dem 1.12.2002.

⁶ Eine Langfassung mit Dokumentation der einzelnen Schritte zur Überprüfung der Repräsentativität für die Befragung 2005/2006 findet sich im Anhang. Für die Befragung 2004 wird auf die bereits veröffentlichte Publikation aus dem Jahr 2006 verwiesen (Klinke/Kühn 2006).

Aus dieser Grundgesamtheit (n=7.802) wurde für die erste Befragung eine 50%-Stichprobe nach dem Zufallsprinzip gezogen (n=3.901). Stichtag für die Stichprobenziehung waren die Meldedaten der Landesärztekammer Hessen vom 31.12.2003. In der Stichprobe befanden sich nachweislich 34 falsche Adressen, d. h., die bereinigte 50%-Stichprobe für die erste Befragung hat eine Größe von n=3.867.

Die Landesärztekammer Hessen konnte im November 2005 noch 3.122 der 3.867 Ärzte aus der ersten Stichprobe anschreiben. Einige Ärzte waren inzwischen pensioniert, nicht mehr im Krankenhaus tätig oder aus Hessen verzogen. Die bereinigte Stichprobengröße ist somit zur zweiten Befragung n=3.122. Von diesen 3.122 befragten Ärzten sandten 1.127 Personen den Fragebogen zurück. Dies entspricht einem Brutto-Rücklauf von 36,1 %. Von den ausgefüllten 1.127 Fragebögen mussten aus formalen Gründen noch 17 von der weiteren Betrachtung ausgeschlossen werden.

Tab. 1: Grundgesamtheit, Stichprobe und Rücklauf der Befragung 2005/06

	Grundgesamtheit		50% Stichprobe (bereinigt)*		gültiger Rücklauf		
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	Anteil in % der Stich- probe	Anteil in % der Grundge- samtheit
n	7.802		3.122		1.110	35,6	14,2

* Nach Auskunft der Landesärztekammer Hessen vom 12.03.2007.

2.1 Repräsentativität

Die ausführliche Überprüfung der Reichweite der erhobenen Daten anhand zahlreicher Strukturdaten hat gezeigt, dass sich keine Hinweise darauf finden, dass die erhobenen Daten nennenswerte systematische Verzerrungen gegenüber der repräsentativen Stichprobe aufweisen (vgl. Anhang Repräsentativität). Allein in Bezug auf die berufliche Position der Ärzte zeigte sich, dass leitende Ärzte überrepräsentiert sind. Diese Verzerrung wird bei den Auswertungen dadurch ausgeglichen, dass für die zweite Befragung die Verteilung nach der beruflichen Position auf die Verteilung nach der ersten Welle gewichtet wird.

Hinsichtlich der Frage, ob eine Generalisierbarkeit dieser Daten in Richtung gesamtdeutscher Verhältnisse angemessen ist, kann ein hohes Maß an Repräsentativität angenommen werden, da sich keine bedeutsamen strukturellen Abweichungen erkennen las-

sen. Allein im Bereich der Krankenhausgröße besteht an den beiden Enden der Verteilung eine Abweichung zum Bundesdurchschnitt, die bei generalisierenden Aussagen zu beachten ist. Natürlich kann an dieser Stelle nicht ausgeschlossen werden, dass es im Bereich Einstellungen und Handlungsweisen gewisse regionale Besonderheiten gibt oder wider Erwarten die DRGs eine Strukturdifferenzierung nach sich gezogen haben, die über Kennzahlen der amtlichen Statistik nicht sichtbar werden.

2.2 Selektion der Befragungsdaten für die Analysen

Der Datensatz (n=1.538) der ersten Befragung wurde um diejenigen Befragten bereinigt, die nach derzeitiger Rechtslage (Stand: 2. Fallpauschalen-Änderungsgesetz vom 26. 11. 2004) weder zum Zeitpunkt der Befragung noch in Zukunft von der Einführung des DRG-Entgeltsystems betroffen sein werden (Psychiatrie, Reha-Kliniken: n=254), so dass sich alle genannten Zahlen auf diese Befragungsdaten (n=1.284) beziehen. Die zweite Befragung wurde im Februar 2006 abgeschlossen (n=1.110). Das geringere n reflektiert im Wesentlichen die Tatsache, dass Ärzte durch Umzug in ein anderes Bundesland oder in das Ausland oder durch sonstigen Austritt aus der Krankenhausversorgung nicht mehr in der Stichprobe enthalten sind. Für die Analysen sind auch aus diesem Datensatz die Ärzte ausgeschlossen, die nicht in einem möglichen DRG-Haus arbeiten. Somit ergibt sich für die Befragung 2005/06 eine verwertbare Anzahl von 939 Fragebögen.

2.3 Methodisches Vorgehen

Bei allen untersuchten Aspekten des ärztlichen Handelns wird die Verteilung immer nach einer Reihe ausgewählter Merkmale dargestellt. Es wird angenommen, dass diese Merkmale auf den einen oder anderen Aspekt der ärztlichen Tätigkeit eine Auswirkung haben und sich Anpassungsprozesse unter DRG-Bedingungen unterschiedlich vollziehen bzw. es einen Erkenntnisgewinn liefert, wenn sie wider Erwarten doch keinen Einfluss haben. Bei diesen Merkmalen handelt es sich um den fachlichen Arbeitsbereich, den Trägertyp des Krankenhauses, die Bettenanzahl des Krankenhauses, die hierarchische Position und in einigen Fällen das Geschlecht der Befragten.

Für alle Beschreibungen und Analysen ist die Verteilung der Ärzte aus der 2005/06er Befragung bezüglich der Position auf die Verteilung der Ärzte aus der Befragung von

2004 adjustiert worden. Es wird also mit Hilfe eines Gewichtungsfaktors für die Ärzte aus der Befragung 2005/06 dieselbe Verteilung wie für die Ärzte aus der Befragung 2004 generiert.

3 Ergebnisse

Die Auswertungen erfolgen zum einen deskriptiv, indem die Verteilungen adjustiert nach beruflicher Position grafisch dargestellt werden. Zum anderen werden die Verteilungen anhand von fünf ausgewählten Merkmalen mittels linearer Regression analysiert. Diese Merkmale sind Trägerschaft, Krankenhausgröße, Fachrichtung, Position und Situation des Hauses/der Abteilung. Bei allen fünf Merkmalen handelt es sich um potenziell erklärende Variablen. Diese Strukturmerkmale werden teilweise durch weitere kontextabhängige Variablen, wie z. B. Geschlecht oder Teilzeit/Vollzeit, ergänzt.

3.1 Arbeitsbedingungen

Mit den in der Befragung verwendeten Begriffen ‚Belastungen‘ und ‚Ressourcen‘ wird auf ein spezifisches Konzept Bezug genommen: Wenngleich der Arbeitsbegriff in jeglicher Deutung immer auch auf die Verausgabung von Energie abzielt (Belastung), so findet sich dennoch parallel dazu häufig ein Hinweis auf einen sinnstiftenden Charakter von Arbeit, d. h. die Vorstellung von Arbeit als Bereicherung⁷ des Lebens (Ressource). Die für das berufliche Selbstverständnis zentrale Kategorie ‚Heilen und Helfen‘ bezieht sich auf gemeinhin als sinnstiftend anerkanntes Handeln und wird auch so von den Akteuren in ihrer Selbstsicht interpretiert (vgl. MBO-Ä 1997). Eine solche Tätigkeit stellt in der Folge nicht nur eine Belastung dar – im Sinne des Verbrauchs von Arbeitskraft, sondern bietet auch Ressourcen – im Sinne anregender und abwechslungsreicher Arbeitsinhalte, beruflicher Erfolge, Anerkennung und sinnstiftender Elemente im Allgemeinen. Wenngleich unklar ist, in welchem Umfang Ressourcen in der Lage sind, Belastungen tatsächlich auszugleichen, so ist zumindest auffällig, dass diejenigen Berufe, die anscheinend viele Ressourcen bieten, überproportional lange Arbeitszeiten aufweisen, ohne dass diese negativ konnotiert werden oder gar die Berufswahl infrage stellen.

⁷ Sofern diese positive Deutung gemeint ist, wird häufig nicht von ‚Arbeit‘ gesprochen, sondern stattdessen der Begriff ‚Beschäftigung‘ bzw. ‚sinnvolle Beschäftigung‘ verwendet oder unter

Die jüngsten Ärztestreiks belegen diese These: Es geht den Ärzten (in ihrer Mehrheit) nicht um eine Verkürzung ihrer Arbeitszeit (Klug 2004), sondern um Anerkennung dieser Leistung durch Geld⁸.

In den folgenden Abschnitten werden Ergebnisse zu den Feldern Arbeitsumfang, Arbeitsinhalt, Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbelastung vorgestellt. Kontrolliert wird dabei, ob und inwieweit der Ort der Beschäftigung (Größe des Krankenhauses und Trägerschaft) sowie die Fachrichtung und Position des Arztes das Antwortverhalten beeinflussen. Thematisiert werden Arbeitszeiten, Tätigkeitsbereiche, Arbeitsteilung und Kooperationsformen sowie Angaben zur Arbeitszufriedenheit, da diese Bereiche sowohl von Seiten der Ärzteschaft als auch in der Literatur (Ulich 2003; Robert Bosch Stiftung 1995; Lorenz 2000; Leathard 2004; Stern 1996; Stratmeyer 2002; Büssing/Glaser 2002; Kunz/Lüschen 1993; Müller 2000) als zentrale Problemzonen ärztlicher Tätigkeit im Krankenhaus benannt werden.

3.1.1 Arbeitszeit

Wie Angehörige professioneller Berufe ihre Arbeitszeit einschätzen, ob und ab welchem Punkt sie diese als belastend empfinden, hängt nicht zuletzt von den sich wandelnden berufsspezifischen Vorstellungen ab, wie lange ein Arbeitstag oder eine Arbeitswoche sein sollte. Derzeit deutet einiges darauf hin, dass die bei Krankenhausärzten übliche Hinnahmefähigkeit zum Teil extrem langer Arbeitszeiten nicht mehr uneingeschränkt vorausgesetzt werden kann (Boerner/Dütschke/Schwämmle 2005), zumindest dann, wenn in den Bereichen Status und Einkommen relative Einbußen zu verzeichnen sind. Das traditionelle Berufsbewusstsein schloss die Vorstellung ein, dass exzessiv lange Arbeitszeiten die Zugehörigkeit zu einer Elite symbolisieren⁹ und von jungen Ärzten als Investition anzusehen sind, die durch später zu erwartende Gratifikationen (Niederlassung) mehr als ausgeglichen werden. Dieses berufliche Selbstver-

Ausblendung des Aufwandes nur noch das Ergebnis betont, z. B. indem von ‚Leistung‘ gesprochen wird (Wahrig/Wahrig-Burfeind 2002).

⁸ Der Marburger Bund fordert 30 Prozent mehr Lohn für Krankenhausärzte, während parallel Umfragen ergeben, dass die Ärzte mehrheitlich nicht an einer Änderung der bestehenden Bereitschaftsdienstregelungen interessiert sind (DKG 2006; Blum/Müller/Offermanns 2004).

⁹ Ein chirurgischer Chefarzt meint hierzu (A06): „Also, ich bin Freitag Morgen weggegangen und Montag Abend nach Hause gegangen, (habe) durchgearbeitet. Und es hat mich nie belastet“ (Klinke 2003b).

ständnis scheint allmählich zu erodieren, nicht zuletzt, weil das Gratifikationsversprechen nicht mehr in dem Umfang eingelöst wird, wie es in der Vergangenheit der Fall war (Barthold 2005)¹⁰. Kollektives Engagement für bessere Arbeitsbedingungen wird vor allem von jüngeren Ärzten nicht mehr als ehrenrührig oder unärztlich angesehen. Das hat rechtliche und tarifliche Konsequenzen und zeigt sich auch nicht zuletzt in den Auseinandersetzungen um die europäische Arbeitszeitrichtlinie.¹¹

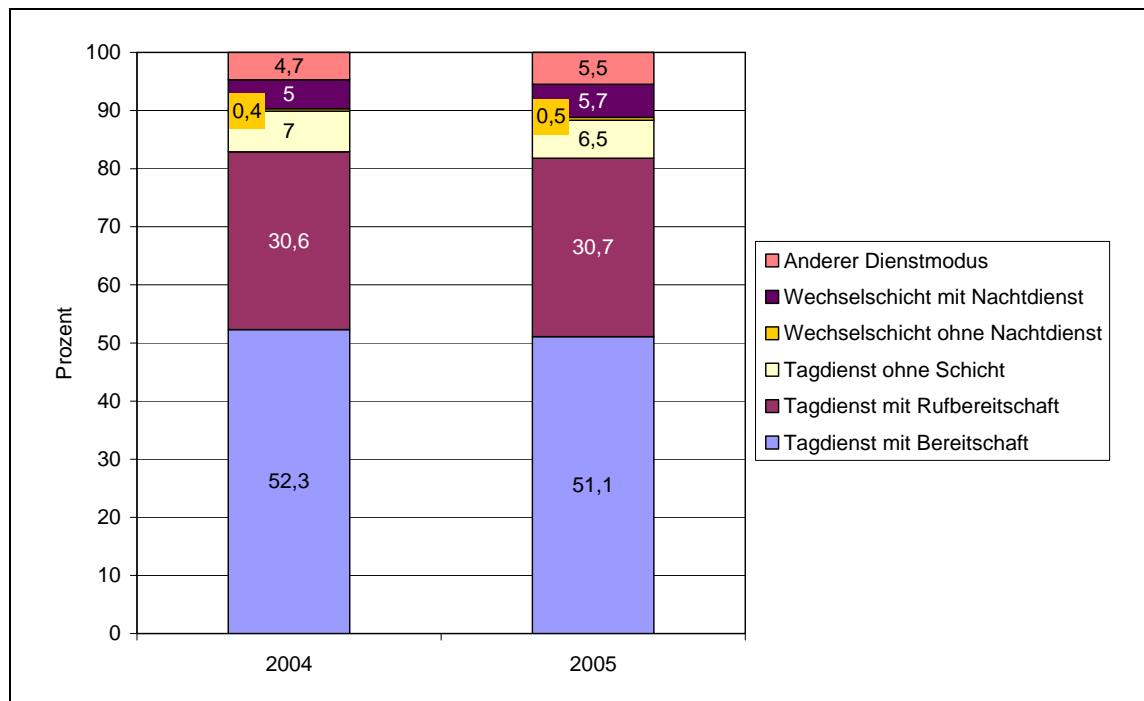
3.1.2 Wöchentliche Arbeitszeit und Überstunden

88 % (-2 Prozentpunkte)¹² der hessischen Krankenhausärzte arbeiten im Tagdienst und nur 6 % (+1) müssen in Wechselschicht arbeiten (Abb. 1). Insgesamt 51 % (-1) leisten Bereitschaftsdienste, 31 % (+/-0) Tagdienst mit Rufbereitschaft. Ohne Bereitschaftsdienste liegt die wöchentliche, tatsächlich geleistete Arbeitszeit von Vollzeitbeschäftigten bei durchschnittlich ca. 50 Stunden (+/-0). 48 % (+/-0) der Befragten arbeiten 50 und mehr, 15 % (+2) 60 und mehr Stunden (Abb. 2). Rund 24 % (+/-0) machen keine Überstunden. Diese Angaben decken sich weitgehend mit einer früheren Befragung hessischer Krankenhausärzte (Kaiser/Kortmann 2002), so dass auf der Ebene der tatsächlichen täglichen Arbeitszeit ohne Bereitschaftsdienste von einer Kontinuität auf hohem Niveau gesprochen werden kann.

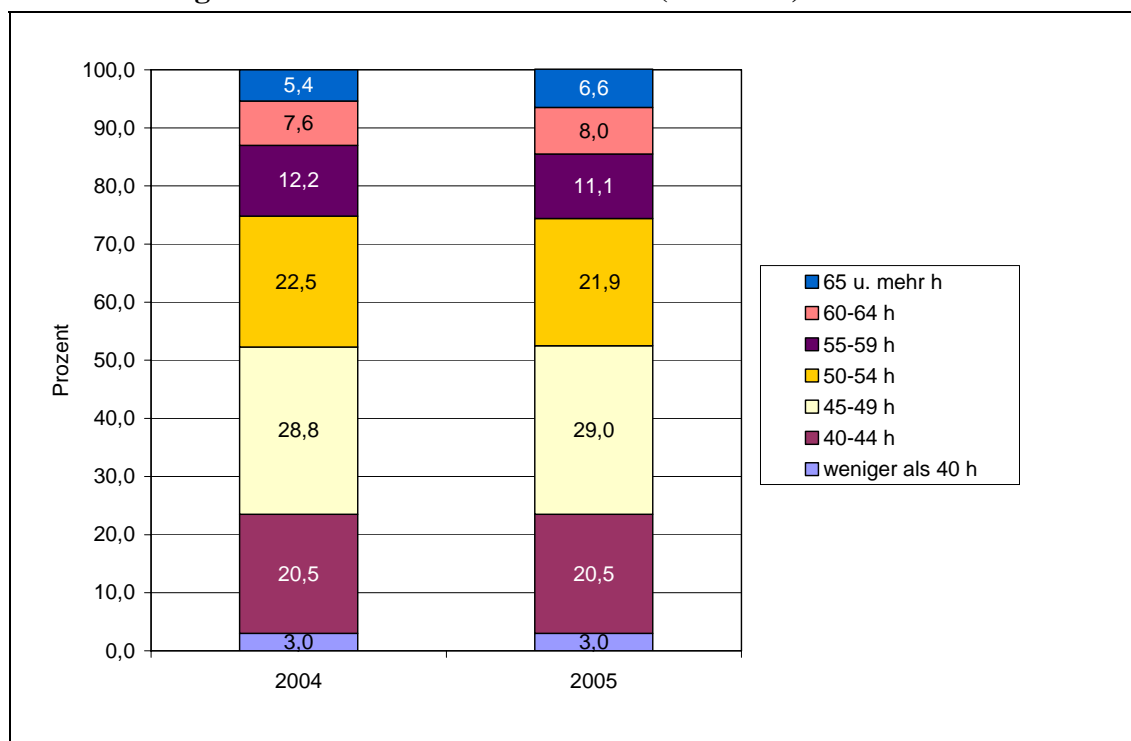
¹⁰ Ein HNO-Chefarzt äußert dazu folgende Einschätzung (A02): „Meine Überstunden möchte ich gar nicht mehr zusammenzählen in den 26 Jahren Chef hier oder früher auch in unseren Nachtdiensten. Ich denke, das kann man der jetzigen Generation nicht mehr abverlangen. Ist unzeitgemäß, haben andere Berufsgruppen vor Augen“ (Klinke 2003b).

¹¹ Die europäische Arbeitszeitrichtlinie (max. 48 Wochenstunden Arbeitszeit) erlangte durch das Urteil des EuGH im September 2003 auch für deutsche Krankenhäuser Relevanz, da seitdem feststeht, dass Bereitschaftsdienste grundsätzlich als Arbeitszeit zu werten sind (Amon 2004, 113ff.). Seit 01. Januar 2006 ist das darauf basierende Arbeitszeitgesetz für Klinikärzte in Kraft getreten. Nach Ablauf einer Übergangsfrist bis zum Jahre 2007 gilt eine maximale Arbeitszeit von 48 Stunden pro Woche und zehn Stunden pro Tag für Ärzte in deutschen Kliniken (Carelounge 2006).

¹² Alle weiteren deskriptiven Vergleiche werden wie folgt dargestellt: Zahl in Prozent für 2005/2006 (Abweichung gegenüber 2004 in Prozentpunkten); Beispiel: 88 (-2).

Abb. 1: Arbeitszeitmodelle in Prozent (n=2.197*)

*n = alle Ärzte, die zumindest zu einem der 6 Tätigkeitsfelder Angaben gemacht haben

Abb. 2: Tatsächliche wöchentliche Arbeitszeit ohne Bereitschaftsdienste, vollzeitbeschäftigte Krankenhausärzte in Prozent (n=1.946*)

*n = alle Ärzte, die zumindest zu einem der 6 Tätigkeitsfelder Angaben gemacht haben

Die Wochenarbeitszeit ohne Bereitschaftsdienst von Vollzeitkräften variiert sehr stark mit der Position in der ärztlichen Hierarchie des Krankenhauses, der Fachrichtung und der Bettenanzahl (Klinke 2007). Tab. 2 verdeutlicht, dass die berufliche Position den bei weitem größten Einfluss auf den Umfang der zu leistenden Mehrarbeit hat. Lässt man die Bereitschaftsdienste außer Acht, so arbeitet im statistischen Modell ein in Vollzeit angestellter Assistent in der Inneren einer sehr großen öffentlichen Klinik (öffentlicher Träger, mehr als 1.000 Betten) 49 Stunden wöchentlich; sein Chef – bei dem allerdings keine Bereitschaftsdienste hinzukommen – arbeitet 61 Stunden. Generell ist die zeitliche Arbeitsbelastung in größeren Einrichtungen höher als in kleineren. Derselbe Assistent müsste in einem Haus mit maximal 200 Betten durchschnittlich 45 statt 49 Wochenstunden arbeiten. In einigen Fachbereichen liegt die Arbeitszeit der Ärzte deutlich unter dem Durchschnitt, so in der Anästhesiologie (-5 h) und Radiologie (-4 h).

Vergleicht man die beiden Befragungswellen, lässt sich als Tendenz feststellen, dass die Unterschiede zwischen den Trägerschaften sich aufgelöst haben. Gleichzeitig hat auch der Einfluss der Krankenhausgröße etwas abgenommen. Für Geriater haben sich anscheinend die größten Veränderungen ergeben – statt fünf Stunden weniger, arbeiten sie nur noch zwei Stunden weniger als ihre internistischen Kollegen. Darüber hinaus zeigt sich über beide Wellen hinweg, dass überlastete Ärzte auch länger arbeiten, also die Empfindung, das Arbeitspensum nicht zu schaffen, mit einer längeren Arbeitszeit einhergeht. Ob und wie sehr sich die Ärzte durch ihre Überstunden belastet fühlen, hängt auch davon ab, ob anerkannt und honoriert wird, dass sie länger arbeiten. Die Krankenhäuser erfassen und vergüten jedoch nur einen Teil der tatsächlich geleisteten Überstunden. Bei 42 % (-2) der Ärzte werden Überstunden gar nicht erfasst und bei weiteren 18 % (-4) nur maximal zur Hälfte. Im Hinblick auf die Ärztestreiks und die Umsetzung der europäischen Arbeitszeitrichtlinie sollte jedoch nicht übersehen werden, dass für 34 % (+7) der Ärzte bereits mehr als $\frac{3}{4}$ ihrer Überstunden abgerechnet werden, d. h., dass es in vielen Häusern anscheinend möglich ist, Überstunden zu honorieren, ohne dass das wirtschaftliche Überleben gefährdet wird.

Tab. 2: Tatsächliche wöchentliche Arbeitszeit ohne Bereitschaftsdienste (n=2.216) – lineare Regression

	Einflussvariablen	2004	2005/06
	(Konstante ¹)	49,612 ***	49,117 ***
Position	Assistent/in mit Facharzt	-,077	,392
	Oberarzt/-ärztin	1,623 ***	1,837 ***
	Leitende/r Oberarzt/-ärztin	4,085 ***	3,845 ***
	Chefarzt/-ärztin	11,273 ***	12,154 ***
Fachgebiet	Chirurgie	,654	1,101 **
	Pädiatrie	-1,433 *	-,634
	Geriatric	-4,860 ***	-1,907
	Neurologie	-,277	-,067
	Anästhesie	-4,489 ***	-4,663 ***
	Radiologie	-3,035 ***	-4,460 ***
	Anderer Fachbereich	-,952	-1,149
Krankenhausgröße	Groß (501 bis 1.000 Betten)	-1,370 ***	-1,195 **
	Mittel Groß (301 bis 500 B.)	-3,280 ***	-2,414 ***
	Klein (201 bis 300 B.)	-3,083 ***	-2,706 ***
	Sehr Klein (bis 200 B.)	-4,040 ***	-3,725 ***
Trägerschaft	Freigemeinnütziger Träger	,961 **	,366
	Privater Träger	1,399 **	,144
Vollzeit/Teilzeit	Teilzeit	-9,440 ***	-9,699 ***
Arbeitspensum	Überforderung	1,405 ***	1,636 ***
Situation des Hauses	Schlecht (Haus)	,262	,442
Situation d. Abteilung	Schlecht (Abteilung)	,113	,080
R-Quadrat		,407	,426

*** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1 %; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 5 %; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 10 %

(1) Die Konstante setzt sich zusammen aus: Assistenzarzt ohne Facharztanerkennung (Position), inter-nistische Fachgebiete (Fachgebiet), >1.000 Betten (Krankenhausgröße), öffentliches KH (Träger), Vollzeit (Vollzeit/Teilzeit), keine Überforderung durch zu hohes Arbeitspensum (Überforderung), gute Situation des Hauses (Situation des H.) und gute Situation der Abteilung (Situation der A.).

Wie stark die berufliche Position darüber entscheidet, ob und inwieweit Überstunden anerkannt werden, zeigt ein Vergleich (Tab. 3): Während Chefärzte so gut wie keine Überstunden notieren, kann eine Assistenzärztin ohne Facharzt in 2005/06 in der Inneren einer sehr großen öffentlichen Klinik (öffentlicher Träger, mehr als 1.000 Betten) 49 % ihrer Mehrarbeit abrechnen. Auch das Fachgebiet spielt eine Rolle: Wenn der Assistenzarzt statt in der inneren Medizin in der Chirurgie, der Anästhesiologie oder sogar der Radiologie tätig ist, gibt er durchschnittlich 88 % der Überstunden an, während Geriater nur etwa 30 % angeben.

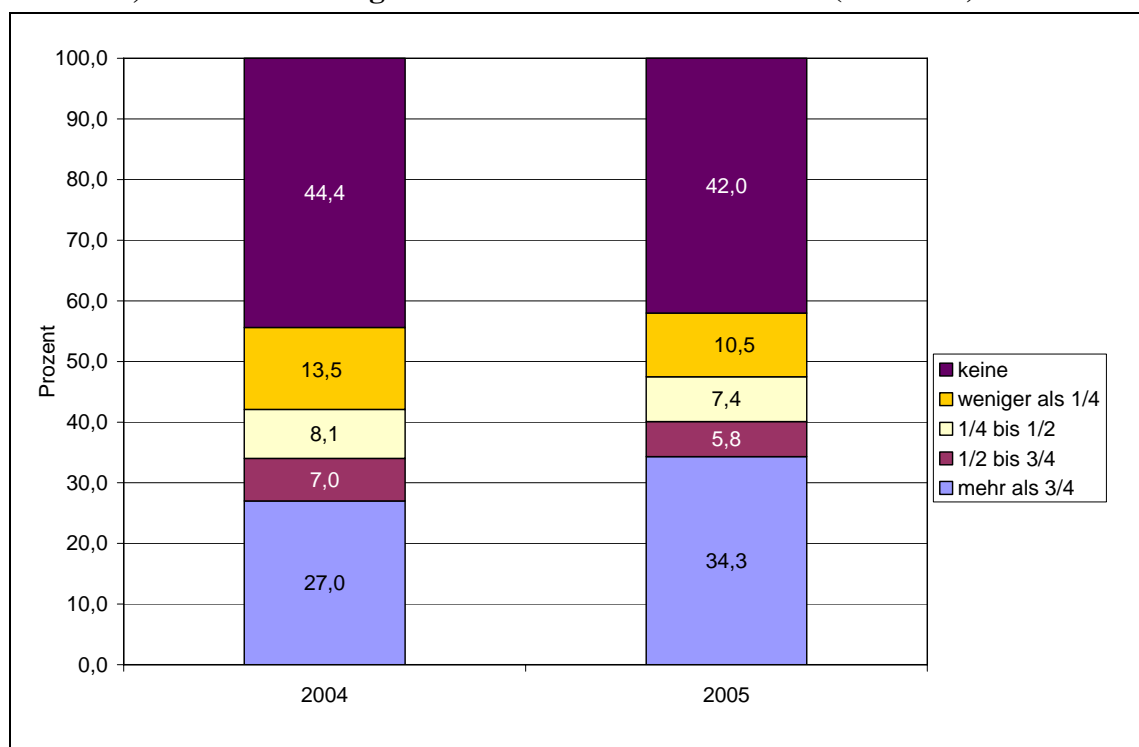
Tab. 3: Anteil der dokumentierten und registrierten Überstunden an allen Überstunden (n=2.216) – lineare Regression

	Einflussvariablen	2004	2005/06
	(Konstante ¹)	36,637 ***	49,488 ***
Position	Assistent/in mit Facharzt	3,012	-1,903
	Oberarzt/-ärztin	-8,308 ***	-12,072 ***
	Leitende/r Oberarzt/-ärztin	-12,517 ***	-13,983 ***
	Chefarzt/-ärztin	-40,988 ***	-46,857 ***
Fachgebiet	Chirurgie	15,113 ***	18,060 ***
	Pädiatrie	13,529 ***	6,960
	Geriatric	-4,354	-19,929 **
	Neurologie	-2,016	-5,843
	Anästhesie	23,156 ***	27,796 ***
	Radiologie	8,388	38,023 ***
	Anderer Fachbereich	1,466	2,050
Krankenhausgröße	Groß (501 bis 1.000 Betten)	3,109	-1,832
	Mittel Groß (301 bis 500 B.)	2,875	-1,463
	Klein (201 bis 300 B.)	5,649	-1,966
	Sehr Klein (bis 200 B.)	3,113	-2,222
Trägerschaft	Freigemeinnütziger Träger	-9,104 ***	-11,320 ***
	Privater Träger	-5,760	-16,111 ***
Vollzeit/Teilzeit	Teilzeit	5,083	,466
R-Quadrat		,137	,191

*** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1 %; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 5 %; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 10 %

(1) Die Konstante setzt sich zusammen aus: Assistenzarzt ohne Facharztanerkennung (Position), internistische Fachgebiete (Fachgebiet), >1.000 Betten (Krankenhausgröße), öffentliches KH (Träger), Vollzeit (Vollzeit/Teilzeit).

Abb. 3: Anteil dokumentierter und registrierter Überstunden an allen Überstunden, vollzeitbeschäftigte Krankenhausärzte in Prozent (n=1.953*)



*n = alle Ärzte, die zumindest zu einem der 6 Tätigkeitsfelder Angaben gemacht haben

In der Anästhesiologie und der Radiologie wird also weniger Mehrarbeit geleistet (vgl. Tab. 2), und diese wird außerdem zu einem höheren Prozentsatz vergütet. Freigemeinnützige Träger honorieren dem Assistenzarzt statt 49 % nur ca. 38 % der Überstunden. Dies kann als Hinweis gedeutet werden, dass diese Einrichtungen besser als andere die moralischen Ressourcen ihrer Belegschaft zu ihrem geldwerten Vorteil nutzen können, zumal deren Belegschaften auch nicht an den Ärztestreiks beteiligt waren. Bei privaten Trägern beträgt der Anteil der registrierten Überstunden sogar nur 33 %.

Im Wellenvergleich wird deutlich, dass der Anteil der registrierten Überstunden generell deutlich gestiegen ist, jedoch je nach Position unterschiedlich stark. Am meisten profitiert haben die Assistenzärzte mit plus dreizehn Prozentpunkten, während Oberärzte nur neun Prozentpunkte zulegen konnten. In den Fachgebieten ist die Tendenz uneinheitlich. Während Chirurgen, Anästhesisten und vor allem Radiologen ihren Anteil registrierter Überstunden deutlich ausbauen konnten (s. o.), sank für Geriater der Anteil registrierter Überstunden innerhalb von knapp zwei Jahren sogar um etwa drei Prozentpunkte. Während Pädiater 2004 noch deutlich mehr Überstunden abrechnen konnten als ihre internistischen Kollegen (+14 Prozentpunkte), konnten letztere diesen Vorsprung innerhalb von zwei Jahren nahezu egalisieren. Hinsichtlich der Trägerschaft hat sich die Tendenz bestätigt und sogar verstärkt, dass freigemeinnützige und private Träger weniger Überstunden vergüten als öffentliche Arbeitgeber. Auffällig ist, dass private Arbeitgeber in 2005/06 nun sogar weniger Überstunden vergüten als freigemeinnützige Träger (im Vergleich fünf Prozentpunkte weniger), d. h., Beschäftigte privater Kliniken sind ausgehend von einer gleich hohen Überstundenbelastung (vgl. Tab. 2) von der allgemeinen Tendenz einer Steigerung des Anteils registrierter Überstunden unter DRG-Bedingungen entkoppelt worden.

Bereitschaftsdienste

Zu tariflicher Wochenarbeitszeit und Überstunden kommt für Assistenzärzte regelmäßig noch die in den Bereitschaftsdiensten geleistete Arbeitszeit hinzu. Abgefragt wurden die

Bereitschaftsdienstzeiten ohne Rufbereitschaften.¹³ Durchschnittlich leisten Ärzte fünf Bereitschaftsdienste im Monat (Abb. 4). Diese entsprechen etwa 73 Stunden zusätzlicher Anwesenheit im Krankenhaus (Abb. 5). Nach der europäischen Arbeitszeitrichtlinie sind das rund 16 Stunden an wöchentlicher Mehrarbeit.

Abb. 4: Bereitschaftsdienste pro Monat, vollzeitbeschäftigte Krankenhausärzte in Prozent (n=1.204*)

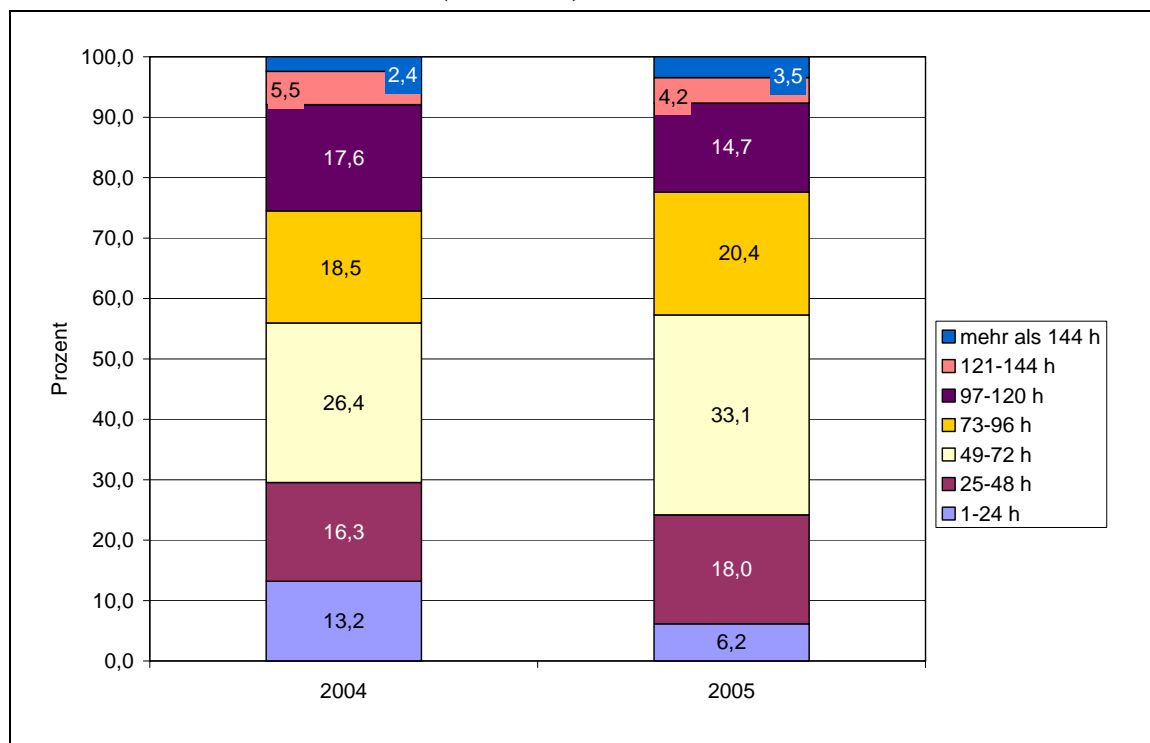


*n = alle Ärzte, die zumindest zu einem der 6 Tätigkeitsfelder Angaben gemacht haben

Damit kommen Assistenzärzte auf eine ähnlich hohe Gesamtarbeitszeit wie Chefärzte. Der Wellenvergleich zeigt, dass die nominelle Bereitschaftsstundenbelastung, genauso wie reguläre Arbeitszeit, unter DRG-Bedingungen im Schnitt gleich geblieben ist.

¹³ Diese Präsenzbereitschaften werden in aller Regel nur von Assistenzärzten erbracht, während Oberärzte so genannte Hintergrunddienste erbringen, die keine Anwesenheit im Krankenhaus erfordern und nur in Notfällen angefordert werden.

Abb. 5: Bereitschaftsdienste pro Monat in h (gruppiert), vollzeitbeschäftigte Krankenhausärzte in Prozent (n=1.070*)



*n = alle Ärzte, die zumindest zu einem der 6 Tätigkeitsfelder Angaben gemacht haben

Das statistische Regressionsmodell (Tab. 4) zeigt, dass in der Chirurgie überdurchschnittlich viele Bereitschaftsdienste anfallen und auch in allen Häusern unterhalb der Größe von Universitätskliniken tendenziell mehr Bereitschaftsdienste geleistet werden müssen. Auffälliger sind jedoch die Unterschiede, wenn man statt der Anzahl die in Bereitschaftsdiensten verbrachten Stunden modelliert (Tab. 5). Demnach leisten Geriater und Chirurgen fast 50 % mehr Bereitschaftsdienststunden als Internisten und auch Anästhesisten leisten statt 50 Stunden fast 62 Stunden Bereitschaftsdienste pro Monat. Hinsichtlich der Krankenhausgröße muss man in sehr kleinen Einrichtungen mit den meisten Bereitschaftsdienststunden rechnen (+16h).

Diejenigen Ärzte, die in einem Haus arbeiten, dessen (wirtschaftliche) Situation nicht gut ist, arbeiten ebenfalls tendenziell länger; wenn sie außerdem zu denjenigen Ärzten gehören, die ihr Arbeitspensum nicht schaffen, dann müssen sie nach diesem Modell etwa 12 Stunden länger Bereitschaftsdienste verrichten, als ihre Kollegen aus gut aufgestellten Einrichtungen, die ihre Mitarbeiter nicht überfordern. Hierbei könnte es sich um

einen DRG-Effekt handeln, da 2004 die Lage des Hauses noch keinen signifikanten Einfluss auf die Dauer der Bereitschaftsdienste hatte.

Tab. 4: Bereitschaftsdienste pro Monat (n=2.216) – lineare Regression

	Einflussvariablen	2004	2005/06
	(Konstante ¹)	3,467 ***	3,620 ***
Fachgebiet	Chirurgie	1,371 ***	1,138 ***
	Pädiatrie	,784 **	,065
	Geriatric	,876 *	,632
	Neurologie	,184	,221
	Anästhesie	1,222 ***	,491 *
	Radiologie	,555	-,137
	Anderer Fachbereich	,732 **	,428
Krankenhausgröße	Groß (501 bis 1.000 Betten)	,402 **	,785 ***
	Mittel Groß (301 bis 500 B.)	1,051 ***	,586 **
	Klein (201 bis 300 B.)	1,014 ***	,856 ***
	Sehr Klein (bis 200 B.)	1,220 ***	,705 **
Trägerschaft	Freigemeinnütziger Träger	-,239	,536 **
	Privater Träger	-,177	-,077
Vollzeit/Teilzeit	Teilzeit	-1,041 ***	-1,165 ***
Arbeitspensum	Überforderung	,353 **	,096
Situation des Hauses	Schlecht (Haus)	-,179	,404 **
Situation d. Abteilung	Schlecht (Abteilung)	,026	-,054
R-Quadrat		,131	,140

*** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1 %; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 5 %; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 10 %

(1) Die Konstante setzt sich zusammen aus: internistischer Arzt (Fachgebiet), >1.000 Betten (Krankenhausgröße), öffentliches KH (Träger), Vollzeit (Vollzeit/Teilzeit), keine Überforderung durch zu hohes Arbeitspensum (Überforderung), gute Situation des Hauses (Situation des H.) und gute Situation der Abteilung (Situation der A.).

Im Wellenvergleich ist auffällig, dass Geriater unter DRG-Bedingungen deutlich mehr Bereitschaftsdienststunden leisten, als 2004 (+20h). In einem Krankenhaus der Maximalversorgung leisten Assistenzärzte zwar etwas mehr Überstunden, machen dafür aber nur drei bis vier Bereitschaftsdienste pro Monat bei einer um bis zu 16 Stunden kürzeren Bereitschaftsdienstzeit, so dass die nominelle Gesamtarbeitsbelastung auch unter DRG-Bedingungen weiterhin geringer als bei Kollegen in kleineren Einrichtungen einzuschätzen ist. Die Trägerschaft hat auf die Zahl der Bereitschaftsdienste weiterhin keinen eindeutigen Einfluss.

Tab. 5: Bereitschaftsdienste pro Monat in h (n=2.216) – lineare Regression

	Einflussvariablen	2004	2005/06
	(Konstante ¹)	46,881 ***	50,017 ***
Fachgebiet	Chirurgie	20,184 ***	18,823 ***
	Pädiatrie	-3,760	-5,739
	Geriatric	5,779	22,031 ***
	Neurologie	6,309	3,524
	Anästhesie	18,568 ***	11,573 ***
	Radiologie	1,709	-9,613
	Anderer Fachbereich	11,200 **	-,293
Krankenhausgröße	Groß (501 bis 1.000 Betten)	9,699 **	11,657 ***
	Mittel Groß (301 bis 500 B.)	24,124 ***	6,071
	Klein (201 bis 300 B.)	10,522 **	15,236 ***
	Sehr Klein (bis 200 B.)	18,203 ***	16,014 ***
Trägerschaft	Freigemeinnütziger Träger	-6,126 *	-1,468
	Privater Träger	-9,572 *	-5,009
Vollzeit/Teilzeit	Teilzeit	-12,102 **	-15,070 ***
Arbeitspensum	Überforderung	8,483 ***	5,531 *
Situation des Hauses	Schlecht (Haus)	-2,804	6,095 *
Situation d. Abteilung	Schlecht (Abteilung)	3,161	5,083
R-Quadrat		,122	,148

*** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1 %; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 5 %; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 10 %

(1) Die Konstante setzt sich zusammen aus: internistischer Arzt (Fachgebiet), >1.000 Betten (Krankenhausgröße), öffentliches KH (Träger), Vollzeit (Vollzeit/Teilzeit), keine Überforderung durch zu hohes Arbeitspensum (Überforderung), gute Situation des Hauses (Situation des H.) und gute Situation der Abteilung (Situation der A.).

Insgesamt arbeiten Krankenhausärzte etwa 60 Stunden pro Woche, wobei einzelne Arztgruppen je nach Fach und Betriebsgröße auch deutlich längere Arbeitszeiten haben. Eine solche Arbeitsbelastung gilt als problematisch für Ärzte und ihre Patienten. Der Blick auf die Wirtschaftsstatistik der Industrieländer zeigt z. B. einen gesamtwirtschaftlich deutlich umgekehrten Zusammenhang zwischen der Länge der Arbeitszeit und der Arbeitsproduktivität. Was für die Produktivität gilt, dürfte ähnlich auch für die Arbeitsqualität gelten. Diese ist im Fall ärztlicher Dienstleistungen zugleich auch Versorgungsqualität. Hinsichtlich der Honorierung von Überstunden zeichnet sich unter DRG-Bedingungen ein starker Unterschied zwischen Häusern unterschiedlicher Trägerschaft ab. Während in öffentlichen Krankenhäusern vermehrt Überstunden registriert werden, partizipieren Ärzte in freigemeinnützigen und privaten Einrichtungen nicht an dieser Entwicklung. Da insgesamt der Anteil gewinnwirtschaftlich geführter Einrichtungen wächst, kann von einer tendenziellen Verschlechterung der diesbezüglichen Arbeitsbedingungen für Krankenhausärzte gesprochen werden.

3.1.3 Verwendung der Arbeitszeit

Im Folgenden geht es zunächst um die Frage der relativen Bedeutung der verschiedenen ärztlichen Tätigkeitsfelder. Dazu mussten die befragten Ärzte den zeitlichen Umfang ihrer täglichen Arbeitszeit auf sechs Tätigkeitsfelder verteilt angeben. Sie konnten den durchschnittlichen zeitlichen Umfang der Tätigkeiten auf einer Skala von „0 Stunden“ bis „mehr als 8 Stunden“ angeben. Die Quantität der aufgewendeten Arbeitszeit lässt nur mittelbar Aussagen über die Qualität der Arbeit zu. Sofern als Folge der DRG-Einführung nicht nur die Liegezeit verkürzt, sondern auch die Arbeitsorganisation verbessert wird, ist zumindest denkbar, dass in weniger Zeit eine genauso gute Diagnostik und Therapie zu leisten ist wie vor Einführung des neuen Entgeltsystems. Die Auswertung der Fallstudien (Buhr/Klinke 2006a) hat gezeigt, dass sich die Arbeitsabläufe im Zeitverlauf und unter DRG-Bedingungen verdichtet haben. Auf die Frage, in welcher Weise sich ihre Arbeit seit den 90er Jahren verändert habe, gaben ausnahmslos alle Ärzte an, dass diese sich sowohl spürbar beschleunigt als auch intensiviert hat. Ebenso einhellig berichten die interviewten Krankenhausärzte sowohl von einer deutlichen Zunahme des zeitlichen Umfangs administrativer Tätigkeiten je Arbeitstag als auch vom prozentualen Anteil administrativer Tätigkeiten am Gesamtarbeitstag. Die Ärzteschaft beklagt in Umfragen bereits seit Jahren vehement die Tendenzen einer Bürokratisierung ihres Berufes (Blum/Müller 2003; Kaiser 2002; Müller 2000, 131; Klinke 2003a, 111; 2005b). Die Frage, ob diese Tendenzen durch die DRG-Einführung verstärkt wurden, wird in Interviews mit Ärzten bejaht, da die neuen Dokumentationspflichten additiv gehandhabt werden. Aus den Interviews lässt sich also nicht ableiten, dass Verschiebungen der relativen Anteile der täglichen Arbeitszeit primär eine Folge von besserer Arbeitsorganisation sind. Zunehmende Anteile patientenferner Tätigkeiten deuten also auch unter DRG-Bedingungen eher auf eine abnehmende Versorgungsqualität hin, solange die ärztliche Gesamtarbeitszeit je Patient nicht zunimmt.

Die Abb. 6 gibt einen Überblick über die Dauer einzelner Tätigkeiten innerhalb der regulären Arbeitszeit¹⁴. Wie nicht anders zu erwarten, wird die mit Abstand meiste Zeit auf medizinische Tätigkeiten verwandt. Ärzte verbringen im Durchschnitt 4,3 Stunden

¹⁴ Gemeint ist die tatsächliche tägliche Arbeitszeit ohne Dienste.

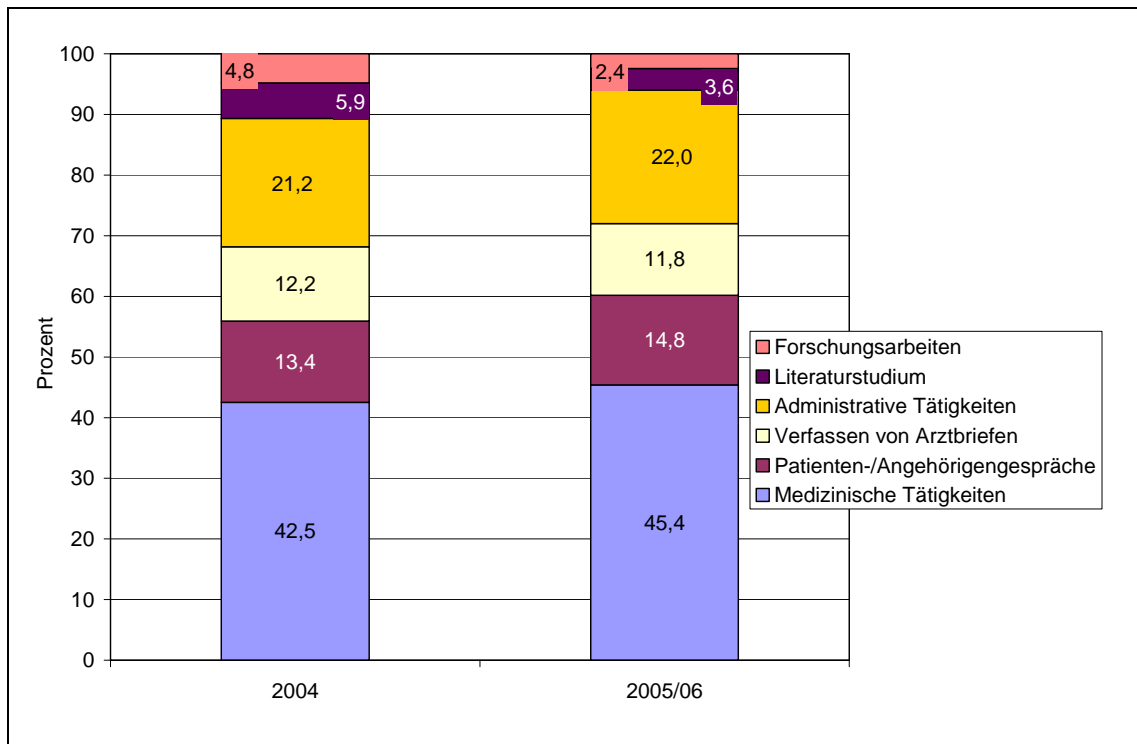
pro Arbeitstag mit medizinischen Tätigkeiten, 2,1 Stunden mit administrativen Tätigkeiten und 1,4 Stunden mit Patienten- und Angehörigengesprächen; 1,2 Stunden verbringen sie mit dem Verfassen von Arztbriefen. Für ihr Literaturstudium kalkulieren sie 35 und für Forschungsarbeiten¹⁵ 30 Minuten ihrer täglichen Arbeitszeit ein.

Zum Zeitpunkt der Befragung verbrachten die Ärzte 4,3 Stunden mit medizinischer Arbeit im engeren Sinne und 1,4 Stunden mit Patienten- und Angehörigengesprächen. Diesen 5,7 Stunden rein Patienten bezogener Arbeit stehen 3,2 Stunden administrativer Arbeit einschließlich des Schreibens von Arztbriefen gegenüber. Festzustellen ist, dass derzeit zwei Stunden patientennaher Arbeit durchschnittlich etwa eine Stunde Patienten verwaltender Arbeit nach sich ziehen. Im Vergleich der beiden Befragungswellen zeigen sich allerdings keine Veränderungen der Anteile administrativer Tätigkeiten. Der Anteil bleibt bei ca. einem Drittel. Veränderungen zeigen sich bei Patienten bezogenen Tätigkeiten (60 % (+4 Prozentpunkte) der regulären Arbeitszeit) und bei den Anteilen der Arbeitszeit, die auf Qualifizierung und Forschung gerichtet ist (6 % (-5)). Hierin drückt sich unter Bedingungen verdichteter Arbeitszeit vermutlich eine Beschränkung auf das am wenigsten Verzichtbare aus, nämlich Versorgung und Erlössicherstellung, während Weiter- und Fortbildung tendenziell auf der Strecke bleiben.

In den administrativen Tätigkeiten ist ein gewisser Anteil an medizinischen Dokumentationstätigkeiten enthalten, die für die Arbeit als sinnvoll und notwendig angesehen werden können, da sie eine wichtige Rückkopplungsfunktion haben und der Qualität dienen (z. B. Qualitätssicherung). Viele der derzeitigen Dokumentationstätigkeiten sind jedoch betriebswirtschaftlich motiviert und auf Erlöse (DRGs) bezogen oder auf entsprechende Kontrollbedürfnisse des Managements und der Krankenkassen bzw. des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) gerichtet, so die Befunde der Fallstudien (Buhr/Klinke 2006a, b).

¹⁵ Der Begriff „Arbeitstag“ bezieht sich auf ein Kunstprodukt, nämlich die Summe der jeweiligen Quartile, gebildet aus einem Mehrfachantwortenset mit der Bedingung: alle Ärzte, die zumindest zu einem der sechs Tätigkeitsfelder Angaben gemacht haben. Für diese Gruppe gilt für alle Tätigkeitsbereiche ohne Angabe der Wert 0 h, da es plausibel erscheint, dass diese Bedeutung zutrifft.

Abb. 6: Ärztliche Tätigkeit nach Art und Dauer in Stunden und Prozent während der regulären Arbeitszeit, vollzeitbeschäftigte Ärzte, Mittelwerte (n=1.950*)



*n = alle Ärzte, die zumindest zu einem der 6 Tätigkeitsfelder Angaben gemacht haben

Das bedeutet, dass ein erheblicher Teil der Arbeitszeit nicht direkt, sondern höchstens indirekt der Patientenversorgung zugute kommt. Und es stellt sich die Frage, ob es nicht sowohl unter Versorgungsgesichtspunkten als auch unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit sinnvoll ist, hier für Entlastung durch nichtärztliches Personal zu sorgen, damit mehr Zeit für die Versorgung der Patienten bleibt.¹⁶ Die Verknüpfung von Entgeltforderungen mit medizinischen Diagnosen und Indikationen ruft einen umfangreichen Kontroll- und Regulierungsbedarf hervor, sowohl innerhalb des Krankenhauses als auch durch die Krankenversicherungen und den MDK. Soweit die Ärzte darin eingebunden werden, wird ein Teil ihrer Arbeitszeit – bezogen auf die direkte Gesundheitsversorgung der Patienten – unproduktiv verwendet. Diese realen Kosten würden ohne die Deckelung durch ein Budget sicher an die Krankenversicherung weitergegeben werden. Da dies aber nicht möglich ist, gehen sie zu Lasten der Patienten, denen weniger ärztli-

¹⁶ Ansätze finden sich in den Fallstudien: In einzelnen Abteilungen sind bereits Stationssekretärinnen beschäftigt, die einen Teil der im Arbeitsprozess anfallenden, also nicht an die Verwaltung abgebbaren, administrativen und dokumentierenden Tätigkeiten übernehmen.

che Arbeitszeit zur Verfügung steht. Obwohl es sich hier volkswirtschaftlich gesehen um Kosten des neuen Finanzierungssystems handelt, bleiben diese unsichtbar, weil sie sich nicht in Ausgaben der GKV ausdrücken.

Tab. 6: Administrative Aufgaben – Lineare Regression (n=2.216)

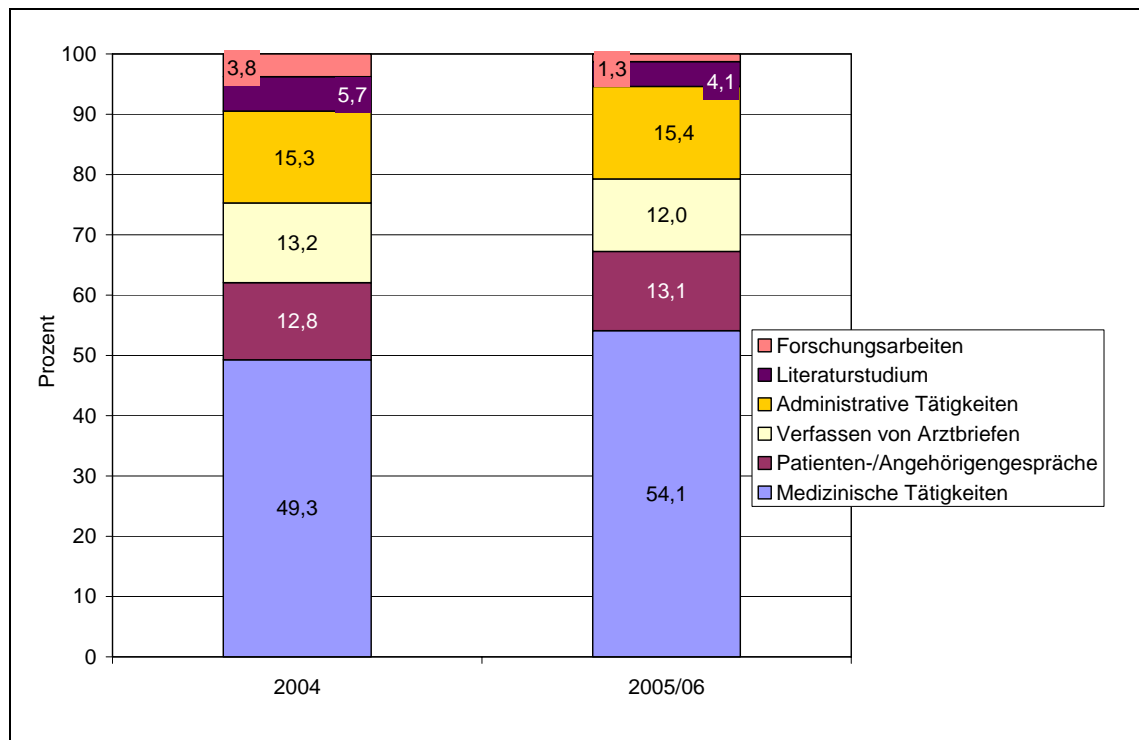
	Einflussvariablen	2004	2005/06
	(Konstante ¹)	2,314 ***	2,238 ***
Position	Assistent/in mit Facharzt	-,025	-,004
	Oberarzt/-ärztin	,075	,058
	Leitende/r Oberarzt/-ärztin	,699 ***	,530 ***
	Chefarzt/-ärztin	,538 ***	,705 ***
Fachgebiet	Chirurgie	-,016	-,130
	Pädiatrie	-,085	-,004
	Geriatrie	,214	,136
	Neurologie	,040	,078
	Anästhesie	-,619 ***	-,624 ***
	Radiologie	-,904 ***	-,734 ***
	Anderer Fachbereich	-,023	-,089
Krankenhausgröße	Groß (501 bis 1.000 Betten)	-,173 **	,054
	Mittel Groß (301 bis 500 B.)	-,219 **	-,058
	Klein (201 bis 300 B.)	-,375 ***	-,026
	Sehr Klein (bis 200 B.)	-,303 ***	-,104
Trägerschaft	Freigemeinnütziger Träger	,055	-,234 **
	Privater Träger	,013	-,373 ***
Vollzeit/Teilzeit	Teilzeit	-,602 ***	-,419 ***
R-Quadrat		,141	,123

*** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1 %; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 5 %; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 10 %

(1) Die Konstante setzt sich zusammen aus: Assistenzarzt ohne Facharztanerkennung (Position), internistische Fachgebiete (Fachgebiet), >1.000 Betten (Krankenhausgröße), öffentliches KH (Träger), Vollzeit (Vollzeit/Teilzeit).

Mittels der linearen Regressionsanalyse (Tab. 6) kann gezeigt werden, dass die Position der Ärzte, ihr Fachgebiet und die Trägerschaft ihre Beanspruchung durch administrative Tätigkeiten beeinflussen. Als rechnerische Bezugsgröße dient ein vollzeitbeschäftigter Assistenzarzt ohne abgeschlossene Facharztausbildung in einem Krankenhaus mit mehr als 1.000 Betten auf einer Station für innere Medizin. Das Fachgebiet und die berufliche Position haben mit Abstand den größten übergeordneten Einfluss auf die Dauer administrativer Tätigkeiten. Ein leitender Arzt (leit. Oberärzte und Chefärzte) in einem Haus mit mehr als 1.000 Betten ist im Schnitt täglich etwa drei Stunden mit administrativen Aufgaben beschäftigt, während Assistenzärzte etwa zwei Stunden dafür verwenden. Das bezieht sich allerdings nur auf die reguläre Arbeitszeit (vgl. Verwendung der Arbeitszeit in Bereitschaftsdiensten, Abb. 7).

Abb. 7: Ärztliche Tätigkeit nach Art und Dauer in Stunden und Prozent während des Bereitschaftsdienstes, vollzeitbeschäftigte Ärzte, Mittelwerte (n=1.948*)



*n = alle Ärzte, die zumindest zu einem der 6 Tätigkeitsfelder Angaben gemacht haben

Unterscheiden wir nach ärztlichen Fachgebieten, so werden Besonderheiten von nicht-therapeutischen Fächern (Radiologie, Anästhesie) sichtbar: So müssen die in diesen Fachgebieten tätigen Ärzte in der Regel keine Patientenakte führen und sind auch von einigen anderen Dokumentationsaufgaben nicht betroffen. Die übrigen Fachgebiete unterscheiden sich kaum voneinander. Hinsichtlich der Trägerschaft ist die Tendenz erkennbar, dass freigemeinnützige und private Arbeitgeber ihre Ärzte etwas weniger mit administrativen Tätigkeiten belasten.

Als Veränderungstendenz fällt auf, dass in 2005/06 die Last administrativer Aufgaben nicht mehr mit der Größe der Krankenhäuser steigt. Außerdem wird die Trägerschaft bedeutsam für den Umfang verwaltender Tätigkeiten.

Bisher waren die Bereitschaftsdienste nicht in die Betrachtung des Verhältnisses von medizinischer zu administrativer Tätigkeit einbezogen worden. Es handelt sich hier um einen äußerst heterogenen Bereich (z. B. was die Länge der Dienste betrifft), so dass statistische Berechnungen mit vielen Fragezeichen versehen sind. Sie können einen relevanten hohen Anteil der tatsächlichen Arbeitszeit enthalten. Betroffen sind – mit eini-

gen Ausnahmen – nur die Assistenzärzte. Es deutet sich an, dass gerade im Bereich der Bereitschaftsdienste derzeit viel experimentiert wird, die Varianz der Ausgestaltung also stark zugenommen hat (in den Fallstudien konnte gezeigt werden, dass neue Arbeitszeitmodelle eingeführt wurden, in denen Assistenzärzte offiziell in Rufbereitschaft sind, damit ihr Stundenkonto nicht belastet wird, obwohl die gleiche Menge an Arbeit zu bewältigen ist¹⁷).

Zum Zeitpunkt der Befragung verbrachten die Ärzte während des Bereitschaftsdienstes (ohne Rufbereitschaften) ca. 3,4 Stunden mit medizinischer Arbeit im engeren Sinne und 0,8 Stunden mit Patienten- und Angehörigengesprächen. Diesen 4,3 Stunden rein Patienten bezogener Arbeit stehen etwa 1,7 Stunden administrativer Arbeit einschließlich des Schreibens von Arztbriefen (Arztbriefe ca. 0,8h und administrative Tätigkeiten ca. 1,0h) gegenüber. Während des Bereitschaftsdienstes stehen also zweieinhalb Stunden patientennaher Arbeit durchschnittlich etwa eine Stunde Patienten verwaltender Arbeit gegenüber. In Anteilen ausgedrückt: 67 % (+5 Prozentpunkte) der Arbeitszeit während der Bereitschaftsdienste beziehen sich auf den Patienten, 5 % (-4) auf Qualifizierung und Forschung und 27 % auf Administration (-1). Hinsichtlich von Veränderungstendenzen ist festzustellen, dass auch in Bereitschaftsdiensten die aufgewendete Arbeitszeit für Literaturstudium und Forschung sowohl absolut (Rückgang von 39 Minuten auf 20 Minuten) als auch relativ (von 9 % auf 5 %) unter DRG-Bedingungen um fast die Hälfte gesunken ist. Die Anteile der Arbeitszeiten in den einzelnen Arbeitsbereichen stellen sich sehr ähnlich den Anteilen im normalen Dienst dar. Der Anteil der patientennahen Tätigkeiten ist sogar noch etwas höher.

¹⁷ Zu unterschiedlichen Formen und Belastungen von Bereitschaftsdiensten finden sich in unseren Fallstudien etliche Belege. Ein urologischer Assistenzarzt sagt dazu z. B.: „Wir haben auch in letzter Zeit einige Modelle ausprobiert, (...) wir haben doch früher diese Anwesenheitsbereitschaft gemacht, wo wir im Krankenhaus geschlafen haben. Da haben wir auch umgestellt auf so genannte Rufbereitschaft, wo wir zu Hause geschlafen haben und dann telefonisch erreichbar sein müssen“ (AA Urologie, C107, 55).

Tab. 7: Administrative Aufgaben während des Bereitschaftsdienstes – Lineare Regression (n=2.216)

	Einflussvariablen	2004	2005/06
	(Konstante ¹)	1,154 ***	1,084 ***
Fachgebiet	Chirurgie	,234 ***	,055
	Pädiatrie	,125	-,151
	Geriatric	-,038	,386
	Neurologie	,001	-,290
	Anästhesie	-,032	,084
	Radiologie	-,641 ***	-,735 ***
	Anderer Fachbereich	-,254 **	-,343 ***
Krankenhausgröße	Groß (501 bis 1.000 Betten)	,048	-,102
	Mittel Groß (301 bis 500 B.)	-,096	,042
	Klein (201 bis 300 B.)	-,223 *	-,081
	Sehr Klein (bis 200 B.)	-,075	-,007
Trägerschaft	Freigemeinnütziger Träger	-,125	,021
	Privater Träger	-,413 ***	-,215 *
Vollzeit/Teilzeit	Teilzeit	,187	,365 ***
R-Quadrat		,047	,046

*** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1 %; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 5 %; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 10 %

(1) Die Konstante setzt sich zusammen aus: internistischer Arzt (Fachgebiet), >1.000 Betten (Krankenhausgröße), öffentliches KH (Träger), Vollzeit (Vollzeit/Teilzeit).

Fragt man danach, welchen Einfluss Fachgebiet, Krankenhausgröße, und Trägerschaft auf die Dauer der zu leistenden administrativen Tätigkeiten während des Bereitschaftsdienstes haben (Tab. 7), zeigt sich, dass die Trägerschaft keine signifikante Rolle spielt. Als Bezugsgröße wurde ein Vollzeit arbeitender, internistischer Arzt in einem öffentlichen Krankenhaus mit mehr als 1.000 Betten gewählt. Anders das Fachgebiet: Es hat mit Abstand den größten Einfluss auf die Dauer administrativer Tätigkeiten während des Bereitschaftsdienstes. Ein internistischer (Assistenz-)Arzt in einem öffentlichen Haus mit mehr als 1.000 Betten ist während eines Bereitschaftsdienstes im Schnitt ca. eine Stunde mit administrativen Aufgaben beschäftigt, während ein Radiologe im Schnitt nur ca. eine halbe Stunde für administrative Aufgaben aufwendet. Die Hausgröße spielt während der Bereitschaftsdienstzeiten keine bedeutende Rolle. Zwischen 2004 und 2005/06 haben sich keine großen Veränderungen ergeben; der Einfluss der Trägerschaft ist eventuell etwas zurückgegangen; stattdessen ist der Unterschied zwischen Teilzeit- und Vollzeitbeschäftigten stärker geworden.

Zusammenfassend kann über die Verwendung von Arbeitszeit während des regulären Dienstes wie des Bereitschaftsdienstes Folgendes gesagt werden: Derzeit bedingen zwei

bis zweieinhalb Stunden medizinische Arbeit im engeren Sinne durchschnittlich etwa eine weitere Stunde administrative Arbeit. Private Träger belasten anscheinend ihre Ärzte etwas weniger mit administrativen Aufgaben als andere Arbeitgeber. Hinsichtlich der Veränderungstendenzen ist festzustellen, dass sowohl während der regulären Arbeitszeit als auch in Bereitschaftsdiensten die aufgewendete Arbeitszeit für Literaturstudium und Forschung sowohl absolut als auch relativ unter DRG-Bedingungen um fast die Hälfte gesunken ist.

3.2 Berufliches Selbstverständnis

Die meisten der für dieses Kapitel relevanten Fragen zum beruflichen Selbstverständnis werden zweifach gestellt: als Frage nach normativen Einstellungen (Soll) und als Frage nach der realen Praxis der Versorgungsentscheidungen (Ist). Die Fragen nach der Praxis von Versorgungsentscheidungen reflektieren natürlich auch wichtige Aspekte der Versorgungsqualität. Sie werden jedoch schon an dieser Stelle und nicht erst im Kapitel zur Versorgungsqualität präsentiert, weil sich in ihnen übergeordnete Normen und Deutungen reflektieren, die die ärztliche Praxis präformieren: Die konkrete Versorgungsentscheidung im Einzelfall findet immer im Rahmen von überindividuellen, mit dem beruflichen Selbstverständnis verknüpften handlungsleitenden Normen und Deutungen statt (vgl. Vogd 2004). Zu berücksichtigen ist, dass die Vorstellung von dem, wie man gerne handeln möchte (Soll) immer in einem gewissen Spannungsverhältnis zur eigenen Handlungspraxis (Ist) steht. Je größer dieser Konflikt – also die Differenz zwischen dem, wie man sich als Arzt verhalten möchte und dem, wie man tatsächlich handelt – desto stärker muss davon ausgegangen werden, dass neue Rahmungen und Deutungen das eigene Handeln beeinflussen, die die alten und grundsätzlich immer noch als richtig bzw. gültig angesehenen Handlungsnormen (Soll) in Frage stellen. Somit kann diese Gegenüberstellung von Soll und Ist einen normativen Wandel sichtbar werden lassen, bevor neue Deutungen und normative Leitbilder die alten als herrschend ersetzt haben: Der befragte Arzt wünscht sich zwar noch einen Zustand *ex ante* (Soll), inkludiert aber bereits andere Handlungsmaximen in seine Praxis (Ist).

Inhaltlich liegt der Fokus in diesem Kapitel auf dem Spannungsverhältnis, das zwischen dem Anreiz zu möglichst geringem Ressourcenverbrauch und der Handlungsnorm, alle medizinisch notwendigen Leistungen für den Patienten erbringen zu wollen, besteht.

Dieser Anreiz entsteht durch Deckelung der Gesamtausgaben (Budgetierung) und Pauschalierung des Einzelfalls (DRG-Entgeltsystem). Die medizinische Handlungsnorm steht somit durch die neue betriebswirtschaftliche Logik unter Druck. Unter diesen Anreizbedingungen ist eine Versorgung auf qualitativ hohem Niveau ohne von der traditionellen medizinischen Handlungsnorm motivierte Ärzte und Pflegekräfte unwahrscheinlich. Deshalb ist es wichtig zu untersuchen, ob und wie sich derzeit Handlungsorientierungen von Ärzten verändern. Marktförmige Anreize und deren negative Auswirkungen auf Verteilung und Qualität werden normalerweise durch nachträgliche umfangreiche Regulation (Kontrollorgane) kompensierend aufgefangen. Für den medizinischen Bereich erscheint eine technische Regulation des Problems durch Aufbau einer umfangreichen Qualitätssicherung nur bedingt Erfolg versprechend, da das Vertrauen des Patienten in seinen Arzt als Anwalt seiner Interessen nicht zu ersetzen ist. Der Patient möchte einen Arzt, der ihn als Individuum betrachtet und von dem er erwarten kann, dass dieser im Zweifelsfall seine medizinischen Interessen über die wirtschaftlichen des Hauses stellt. Durch die Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Leistungserbringer wird der Arzt jedoch auch „zum Agenten der Distribution knapper medizinischer Güter gemacht“. Eine solche „ökonomische Überformung der medizinischen Handlungsrationalität“ führt für den behandelnden Arzt zu einem „Intrarollenkonflikt“, der eine Benachteiligung derjenigen Patientengruppen vermuten lässt, die ihre Versorgungsbedarfe nicht oder nur unzureichend durchsetzen können wie z. B. bildungsfernere und ältere Patienten (Borgetto 2006: 235).

3.2.1 Einstellung zum Anreiz zur Leistungsbegrenzung (Soll)

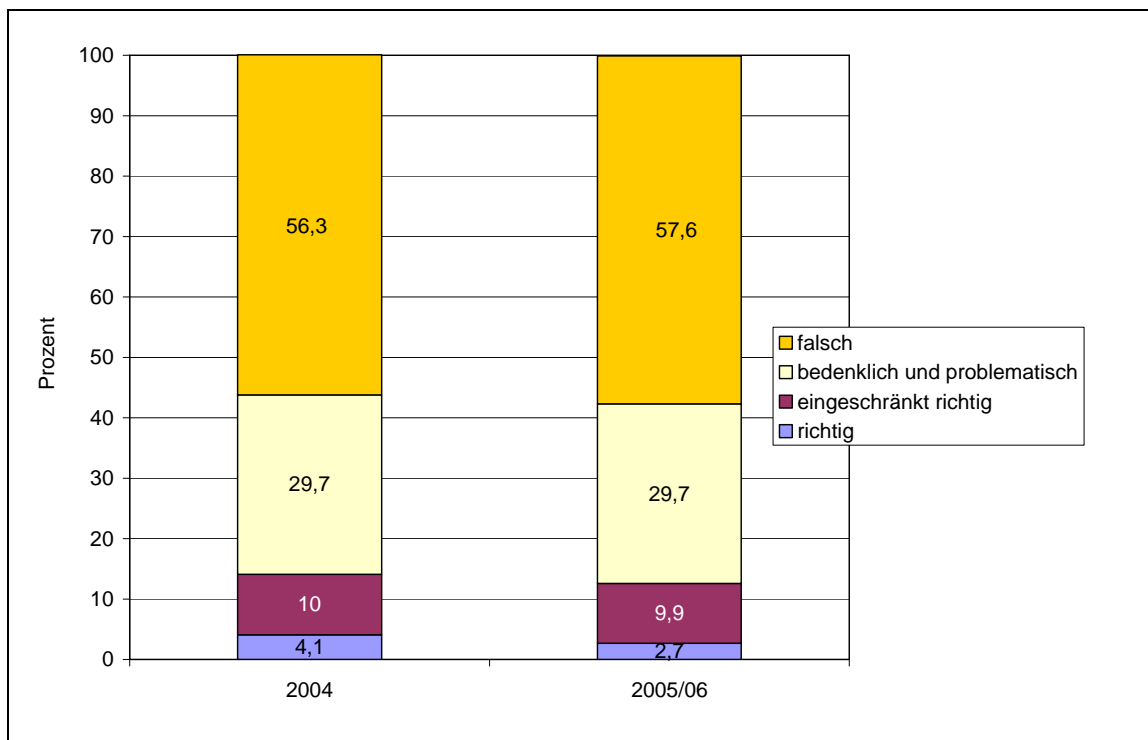
In den Fällen, in denen die DRGs und die Basisfallwerte so kalkuliert sind, dass eine bestmögliche Versorgung ausreichend finanziert wird, sind die Konflikte zwischen Versorgungsentscheidungen und Entgeltsituation eher als gering zu bewerten. Was ist aber, wenn die DRGs zu knapp kalkuliert und/oder die Basisfallwerte insgesamt nicht kostendeckend sind. Wie verhalten sich Ärzte in diesen Fällen, in denen sie vor der Entscheidung stehen, dem Patienten wirksame Leistungen vorzuenthalten oder aber den finanziellen Nachteil für ihr Haus und mittelbar für ihren Arbeitsplatz in Kauf zu nehmen? Die Ärzte wurden gebeten, den Satz: „Aus Kostengründen muss man Patienten effektive Leistungen vorenthalten“ (Soll) zu bewerten (Abb. 8). Ohne Einschränkung als

„falsch“ lehnen 58 % (+2) der Ärzte diese Aussage ab. 30 % (+/-0) halten sie zumindest für „bedenklich und problematisch“. Nur 3 % (-1) der Ärzte finden sie ohne Abstriche „richtig“, 10 % (+/-0) bewerten sie mit „eingeschränkt richtig“. 13 % (-1) stimmen also zumindest eingeschränkt der Rationierung aus Rentabilitätsabwägungen zu.

Den Ärzten wurde außerdem die normative Aussage vorgelegt: „Ärzte müssen alles tun, was gesundheitlich notwendig ist und wirtschaftliche Fragen nachrangig berücksichtigen“ (Soll). Dieser Satz entspricht

- dem beruflichen Selbstverständnis (vgl. MBO-Ä 1997; Klinko 2003a: 112), wonach Ärzte im Rahmen der Therapiefreiheit (Vogel 1994) autonom entscheiden und dabei ökonomische und gesellschaftliche Aspekte nicht beachten, sondern sich voll und ganz auf das Arzt-Patientenverhältnis konzentrieren können,
- und der derzeit vorherrschenden Patientenerwartung (Braun/Müller 2003, 2006).

Abb. 8: Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen – Soll („Aus Kostengründen muss man den Patienten effektive Leistungen vorenthalten“) in Prozent (n=2.191*)



*n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben.

Etwas moderater wird dieses Thema im SGB V behandelt. Dort wird dem wirtschaftlichen Aspekt auch schon einige Bedeutung beigemessen:

- Die Leistungen für die Patienten sollen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB V) „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ (§12,1 SGB V) sein. Das qualitative Leistungsniveau soll „dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse“ entsprechen „und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen“ (§2, 1 SGB V). Es soll also das wissenschaftlich Mögliche angestrebt, jedoch „das Maß des Notwendigen“ nicht überschritten werden.

Das bestmögliche Versorgungsniveau soll also mit möglichst geringem Ressourceneinsatz erreicht und die Patienten von überflüssigen und schädlichen Leistungen verschont werden.¹⁸ Die im SGB V kodifizierte Wirtschaftlichkeit steht in einem untergeordneten Verhältnis zum primären Ziel der bedarfsgerechten Versorgung, nämlich dem Primat des medizinisch Notwendigen. Wie bereits im Rahmen der Chefärztebefragung von 2003 ausgeführt wurde, ist das Wirtschaftlichkeitsgebot jedoch im Zuge der Reformgesetzgebung durch das Gebot der Beitragssatzstabilität ergänzt und konkretisiert worden (Klinke 2003a). Obwohl der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 141 Abs. 2 Satz 2 SGB V) als „Abwägungsgebot“ (Bieback 1993: 205) formuliert wurde, dem vor allem der Grundsatz der ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung (§§ 2, 12, 70 SGB V, 17 Abs. 1 KHG) gegenüber steht, besteht dennoch die Gefahr, dass „die Aufsicht¹⁹ die eigene Abwägungskompetenz der Vertragspartner nicht hinreichend beachtet und sich nicht auf die Einhaltung bestimmter Argumentations- und Begründungspflichten beschränkt“ (Bieback 1993: 205). Speziell die Einführung von harten Budgets²⁰ führte zu einer Abkehr vom bis dato gültigen Bedarfsprinzip im Gesundheitswesen hin zu einem Primat der Beitragssatzstabilität als Notwendigkeit volkswirtschaftlicher Erfordernisse.²¹

¹⁸ Die Gesundheitsreformen der vergangenen Jahre haben zu zahlreichen Einfügungen in das SGB V geführt, die erkennen lassen, dass der Gesetzgeber bemüht ist, diese Leistungsansprüche der Versicherten in Richtung eines Abwägungsgebots zwischen Kosten und Nutzen medizinischer Leistungen für die Leistungserbringer und Kostenträger umzudeuten (Klinke 2005a).

¹⁹ „Aufsicht“ meint die Kontroll- und Eingriffsbefugnisse („staatliche Ersatzvornahme“, Bieback 1993: 205) des BMG und der entsprechenden Landesbehörden gegenüber der Selbstverwaltung.

²⁰ Der Begriff „harte Budgets“ bezeichnet die verbindliche Festschreibung bestimmter Ausgaben Größen ohne oder mit nur geringem Spielraum für Ausnahmeregelungen (Bieback 1993: 205), während mit dem Begriff „weiche Budgets“ die Bestimmung von Ausgabenzielgrößen gemeint ist, für deren Überschreitung mehr oder weniger zahlreiche Ausnahmeregelungen existieren.

²¹ Heinz Rothgang hat in diesem Zusammenhang die Formulierung „vom Bedarfs- zum Budgetprinzip“ entwickelt (Rothgang 1996). Diese Hypothese kann mittelbar in den Kontext der von anderen Autoren allgemeiner gefassten These einer „Ökonomisierung der Politik“ gestellt werden (Blanke/Kania 1996).

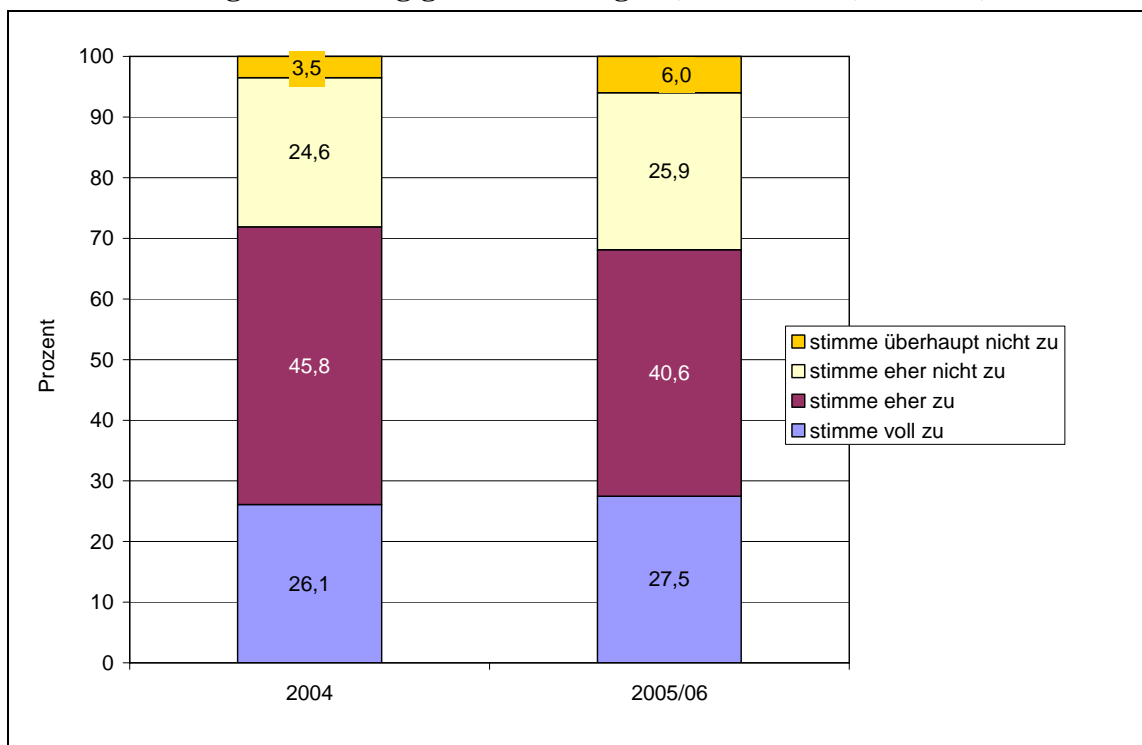
Der Aussage, es müsse alles gesundheitlich Notwendige getan werden, stimmen nur 28 % (+2) „voll“ zu. 41 % (-5) stimmen „eher“ zu, was insgesamt immerhin 69 % (-3) Zustimmung bedeutet (Abb. 9). Verglichen mit der Rationierungsfrage (vgl. Abb. 8), die spiegelbildlich identisch ist, wird die entschiedene Ablehnung von Rationierung statt von 58 % also nur von 28 % der Krankenhausärzte vertreten. Hingegen wird die relativierende Zustimmung weit häufiger (41 % gegenüber 30 %) geäußert, was auf größere Unsicherheit schließen lässt. Es fällt auf, dass der Anteil relativierender, abgeschwächter oder unverbindlicherer Antwortmöglichkeiten („eingeschränkt richtig“, „eher falsch“, „problematisch“ usw.) ungewöhnlich hoch ist, wenn die Entscheidungen zwischen dem Primat des Versorgungsanspruchs oder des betriebswirtschaftlichen Vorteilskalküls angesprochen werden. 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.

Unsicherheit in Fragen, die das berufliche Selbstverständnis berühren und alltäglich immer wieder auftauchen, dürfte ein belastender Faktor und somit auch ein Grund für die zuvor geschilderte Arbeitsunzufriedenheit sein.

Vor dem Hintergrund der derzeit gesellschaftlich vorherrschenden Knappheitsthese²² ist es erstaunlich, dass auf der normativen Ebene der Meinungsäußerung eine Mehrheit zwischen 88 % (+2) und 69 % (-3) die 'traditionellen' Werte teilt. Dies konnte nicht unbedingt erwartet werden. Andererseits deuten die hohen Anteile eingeschränkter Zustimmung von 41 % und 30 % der Ärzte auf einen Erosionsprozess hin.

²² Nachdem sich der von Heiner Geißler 1974 geprägte Terminus „Kostenexplosion“ zur Beschreibung der Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen in weiten Kreisen der Politik durchgesetzt hat (Bontrop 1999: 84f), ist sich die Mehrheit der gesundheitspolitischen Akteure darin einig, als Grundlage und Ziel künftiger Gesundheitspolitik eine einnahmeorientierte Ausgabensteuerung verfolgen zu wollen.

Abb. 9: Primat medizinischer Notwendigkeit gegenüber Wirtschaftlichkeitsgebot – Soll („Ärzte müssen alles tun, was gesundheitlich notwendig ist und wirtschaftliche Fragen nachrangig berücksichtigen“) in Prozent (n=2.194*)



*n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben

Die Regressionsanalyse in Tab. 8 macht deutlich, dass Ärzte eine Rationierung aus wirtschaftlichen Gründen tendenziell umso weniger kategorisch ablehnen, je höher ihr beruflicher Status ist: 61 % (-7) der internistischen Assistenzärzte ohne Facharztanerkennung, 58 % (-6) der Ärzte mit Facharztanerkennung, 50 % (-13) der Oberärzte, 48 % (-11) der leitenden Oberärzte sowie 51 % (-6) der Chefärzte halten Rationierung für gerechtfertigt. Hypothetisch kann formuliert werden: Je höher der berufliche Status eines Krankenhausarztes ist, desto mehr Jahre hat er im Schnitt in der Organisation verbracht, desto mehr hat er sich tendenziell ihren Normen angepasst, da er seinen Lebensweg mit dem der Institution über die Jahre immer stärker verknüpft hat. Auch darf man annehmen, dass der persönliche Kontakt zu den Patienten mit jeder Hierarchiestufe eher geringer wird. Es kann unterstellt werden, dass die Bereitschaft für den Patienten Verantwortung zu übernehmen, mit wachsender Distanz zu ihm abnimmt und die Funktionslogiken und Erfordernisse der Organisation an Bedeutung zunehmen.

Tab. 8: Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen – Soll („Aus Kostengründen muss man den Patienten effektive Leistungen vorenthalten“) Ablehnung in von Hundert – lineare Regression (n=2.216)

	Einflussvariablen	2004	2005/06
	(Konstante ¹)	,684 ***	,606 ***
Position	Assistent/in mit Facharzt	-,041	-,023
	Oberarzt/-ärztin	-,050	-,102 **
	Leitende/r Oberarzt/-ärztin	-,096 *	-,122 *
	Chefarzt/-ärztin	-,110 **	-,094
Fachgebiet	Chirurgie	-,003	,031
	Pädiatrie	,105 *	,093
	Geriatrie	,022	-,006
	Neurologie	,055	,050
	Anästhesie	-,101 **	-,021
	Radiologie	,017	,032
	Anderer Fachbereich	-,013	,027
Krankenhausgröße	Groß (501 bis 1.000 Betten)	-,048	,011
	Mittel Groß (301 bis 500 B.)	-,052	-,009
	Klein (201 bis 300 B.)	-,004	,093
	Sehr Klein (bis 200 B.)	-,062	-,061
Trägerschaft	Freigemeinnütziger Träger	,010	,001
	Privater Träger	-,014	,057
Situation des Hauses	Schlecht (Haus)	-,023	-,065 *
Situation d. Abteilung	Schlecht (Abteilung)	-,058	,021
Arbeitspensum	Überforderung	-,044	-,000
R-Quadrat		,020	,023

*** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1 %; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 5 %; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 10 %

(1) Die Konstante setzt sich zusammen aus: Assistenzarzt ohne Facharztanerkennung (Position), internistische Fachgebiete (Fachgebiet), >1.000 Betten (Krankenhausgröße), öffentliches KH (Träger), keine Überforderung durch zu hohes Arbeitspensum (Überforderung), gute Situation des Hauses (Situation des H.) und gute Situation der Abteilung (Situation der A.).

Auch die Verteilung von Befürwortung und Ablehnung der Rationierung je nach Fachgebiet unterstreicht (mit Einschränkungen hinsichtlich des Signifikanzniveaus) die Bedeutung von Distanz zur Person des Patienten für das berufliche Selbstverständnis: Unter den Anästhesiologen ist die Ablehnung von Rationierung im Schnitt geringer als bei Internisten. Kinderärzte lehnen demgegenüber die Vorenthaltung effektiver Leistungen weitaus stärker ab (+10 Prozentpunkte). Hier dürfte die Art der Nähe zum Patienten eine Rolle spielen: Je mehr der Patient Objekt der Behandlung ist (Narkose, OP), desto geringer ist das Verantwortungsgefühl dem unbekanntem Subjekt gegenüber und umgekehrt (Patientengespräch, konservative Medizin).

Was auch auffällt (mit Einschränkungen hinsichtlich des Signifikanzniveaus), ist, dass in den sehr kleinen Häusern mit bis zu 200 Betten die Ablehnung von Rationierung we-

niger ausgeprägt ist (-7 Prozentpunkte). Dies deckt sich mit Befunden aus den qualitativen Interviews, da die Versorgungsfunktion kleinerer Einheiten (Grund-/Regelversorgung) es den behandelnden Ärzten bei schwierigen und teuren Patienten ermöglicht, diese an die nächst höhere Versorgungsstufe zu delegieren, ohne sich dem Gefühl aussetzen zu müssen, dass dem Patienten endgültig eine Leistung verweigert wurde (Buhr/Klinke 2006a).

Im Wellenvergleich ist auffällig, dass die schlechte Situation des Hauses in 2005/06 dazu beiträgt, Rationierung weniger kategorisch abzulehnen (-7 Prozentpunkte). Sofern die DRGs zu einer Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage beitragen (Blum/Offermanns/Schilz 2007), kann davon ausgegangen werden, dass unter DRG-Bedingungen die medizinische Handlungslogik relativiert und Rationierung als vertretbare Norm etabliert wird.

Wenn die Befragten den Satz „Ärzte müssen alles tun, was gesundheitlich notwendig ist und wirtschaftliche Fragen nachrangig berücksichtigen“ (Soll) ablehnen, dann stimmen sie implizit einer Rationierung aus wirtschaftlichen Gründen zu. So gesehen zeigt die Tab. 9, dass auch hier nur 23 % der Kinderärzte²³ den Vorrang des medizinisch Notwendigen ablehnen, während dies die Anästhesiologen zu 43 % tun. Den geringsten Ablehnungswert weisen die Geriater mit 19 % auf.

Außerdem ist erneut ersichtlich, dass auch zwischen materialem Wirtschaftlichkeitsverständnis (Primat des medizinisch Notwendigen – Soll) und der beruflichen Position eine Beziehung besteht. Diese ist aber nicht über alle Statusgruppen hinweg linear verteilt. Der Unterschied zwischen einerseits den Chefärzten (41 % Ablehnung) bzw. leitenden Oberärzten (46 % Ablehnung) und andererseits den Assistenz-, Fach- und Oberärzten (31 %/34 %/38 % Ablehnung) verhält sich analog zur Rationierungsfrage (vgl. Tab. 8). Die Verteilung der Einstellungen zur Rationierung im Zusammenhang mit der Trägerschaft des Krankenhauses sind nicht sehr ausgeprägt und statistisch nicht signifikant.

²³ Assistenzarzt ohne Facharztanerkennung (Position), >1000 Betten (Krankenhausgröße), öffentliches KH (Träger), keine Überforderung durch zu hohes Arbeitspensum (Überforderung), gute Situation des Hauses (Situation des H.) und gute Situation der Abteilung (Situation der A.).

Tab. 9: Primat medizinischer Notwendigkeit gegenüber Wirtschaftlichkeitsgebot – Soll („Ärzte müssen alles tun, was gesundheitlich notwendig ist und wirtschaftliche Fragen nachrangig berücksichtigen“), Zustimmung in von Hundert – lineare Regression (n=2.216)

	Einflussvariablen	2004	2005/06
	(Konstante ¹)	,736 ***	,687 ***
Position	Assistent/in mit Facharzt	-,019	-,032
	Oberarzt/-ärztin	-,032	-,069 *
	Leitende/r Oberarzt/-ärztin	-,071	-,150 **
	Chefarzt/-ärztin	-,055	-,101
Fachgebiet	Chirurgie	-,020	,003
	Pädiatrie	,131 **	,084
	Geriatric	,088	,220 **
	Neurologie	-,037	-,072
	Anästhesie	-,149 ***	-,113 **
	Radiologie	-,057	,003
	Anderer Fachbereich	-,036	-,004
Krankenhausgröße	Groß (501 bis 1.000 Betten)	,021	,033
	Mittel Groß (301 bis 500 B.)	,048	,043
	Klein (201 bis 300 B.)	,056	,068
	Sehr Klein (bis 200 B.)	,033	,090 *
Trägerschaft	Freigemeinnütziger Träger	-,076 **	-,013
	Privater Träger	-,006	,004
Situation des Hauses	Schlecht (Haus)	-,019	,007
Situation d. Abteilung	Schlecht (Abteilung)	,046	-,013
Arbeitspensum	Überforderung	,024	,011
R-Quadrat		,023	,035

*** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1 %; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 5 %; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 10 %

(1) Die Konstante setzt sich zusammen aus: Assistenzarzt ohne Facharztanerkennung (Position), internistische Fachgebiete (Fachgebiet), >1.000 Betten (Krankenhausgröße), öffentliches KH (Träger), keine Überforderung durch zu hohes Arbeitspensum (Überforderung), gute Situation des Hauses (Situation des H.) und gute Situation der Abteilung (Situation der A.).

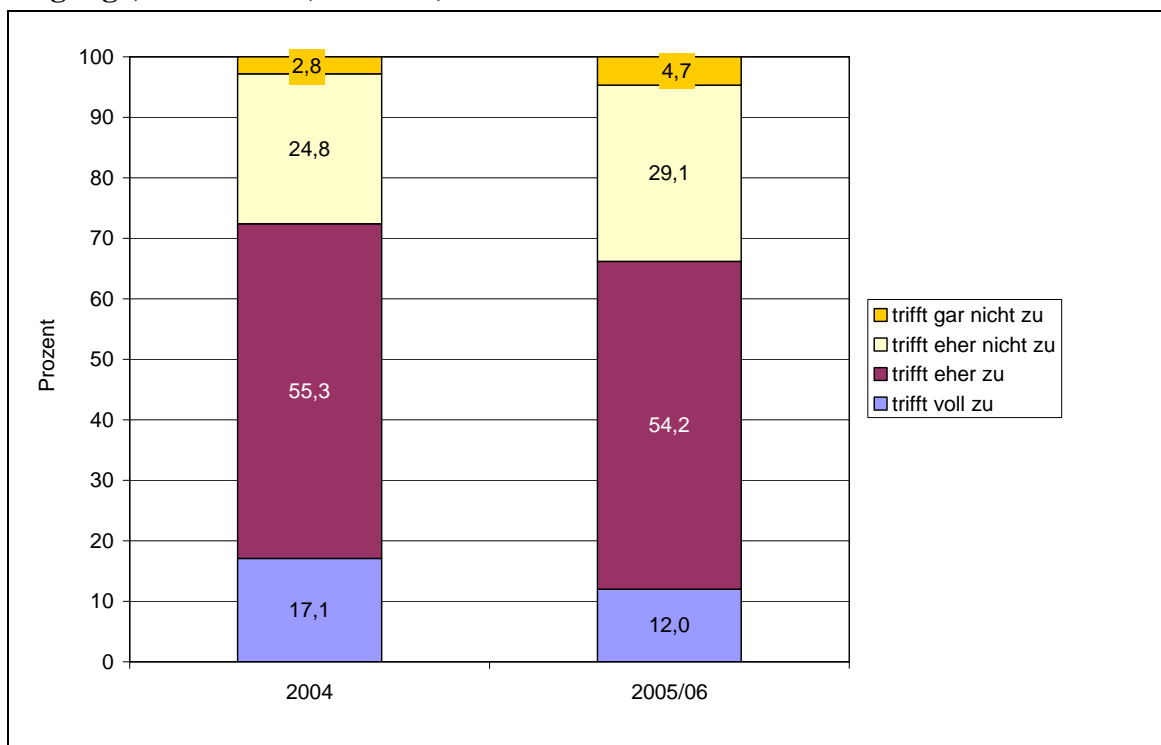
Der Wellenvergleich zeigt, dass unter DRG-Bedingungen die Anerkennung der traditionellen Handlungsorientierung (Primat des medizinisch Notwendigen – Soll) tendenziell rückläufig ist (-5 bis -10 Prozentpunkte, je nach Hierarchiestufe), wenngleich die Signifikanzen nicht eindeutig sind. Bedeutsamer werden anscheinend Einstellungsunterschiede in den Fachabteilungen: Geriater befürworten 2005/06 die traditionelle Norm sogar einhelliger als vor zwei Jahren (+9 Prozentpunkte). Dies könnte daran liegen, dass gerade geriatricischen Abteilungen unter DRG-Bedingungen eine Sonderrolle zukommt: Die geriatricische Komplexpauschale führt dazu, dass alte, multimorbide Langlieger dort im Anschluss, z. B. an eine OP in einer chirurgischen Abteilung, versorgt werden, bis sie entlassfähig sind. D. h., dort sind die Ärzte überdurchschnittlich mit Patienten konfrontiert, denen abrechnungstechnisch eine verlängerte Erholungsphase zugestanden

wird, jedoch unter reduziertem Ressourceneinsatz (wenig Ärzte pro Patient). Zum Zeitpunkt der ersten Befragung existierte noch keine geriatrische Komplexpauschale.

3.2.2 Einschätzung der Praxis (Ist)

Den Fragen zur normativen Orientierung der Ärzte kann nun ihre Einschätzung zur entsprechenden Realität im eigenen Erfahrungsbereich gegenübergestellt werden. Die Befragten mussten bewerten, ob die Aussage „Jedem Patienten stehen die besten Experten, Präparate und Geräte zur Verfügung“ mit ihrer Erfahrung übereinstimmt (Abb. 10).

Abb. 10: Primat medizinischer Notwendigkeit gegenüber Wirtschaftlichkeitsgebot – Ist („Jedem Patienten stehen die besten Experten, Präparate und Geräte zur Verfügung“) in Prozent (n=2.192*)

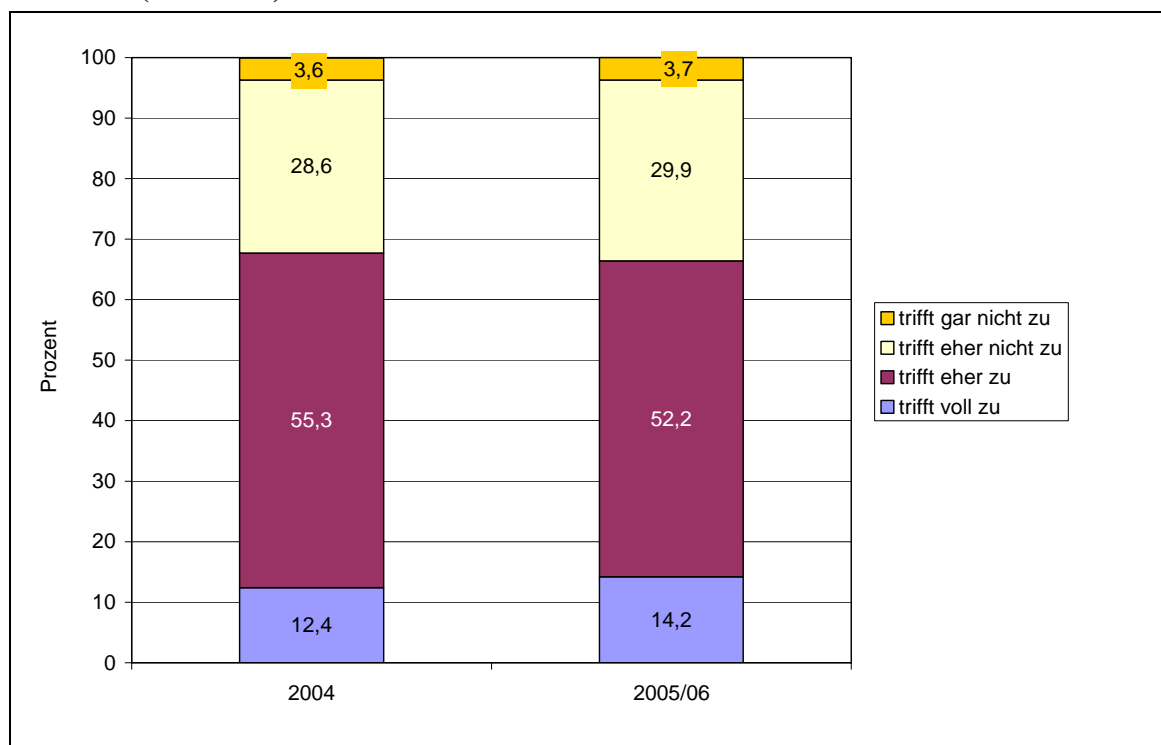


*n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben

Während 28 % der befragten Ärzte einem Primat medizinischer Notwendigkeit (Soll) „voll“ zustimmen (vgl. Abb. 9), betrachten nur 12 % (-5) diese Norm als in ihrem Erfahrungsbereich „voll“ erfüllt (Abb. 12). Anders ausgedrückt: Während 87 % der Krankenhausärzte mehr oder weniger deutlich die Rationierung effektiver Leistung aus Kostengründen (Soll) ablehnen (vgl. Abb. 8), wird die Nachrangigkeit des Kostenkalküls hinter der medizinischen Notwendigkeit nur von 12 % in ihrem Bereich ohne Einschränkung als realisiert angesehen. 54 % (-1) meinen einschränkend, eine Nachrangigkeit des Kostenkriteriums treffe für ihre Abteilung oder Klinik „eher zu“.

Für den Erfahrungsbereich von 5 % (+2) der befragten Ärzte stimmt das „gar nicht“, und für 29 % (+4) trifft dieser Umstands „eher nicht“ zu. Der Wellenvergleich zeigt, dass unter DRG-Bedingungen das berufliche Selbstverständnis unter Druck gerät und aus Sicht der Ärzte in der Realität immer weniger ein Äquivalent findet.

Abb. 11: Abwägung von Wirtschaftlichkeit mit medizinischer Notwendigkeit – Ist („Kosten und medizinische Notwendigkeit werden gegeneinander abgewogen“) in Prozent (n=2.193*)



*n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben

Die Abb. 11 zeigt noch drastischer, dass die meisten Ärzte in einer Realität arbeiten, in der die medizinische Notwendigkeit anhand von Kostenerwägungen relativiert wird: Nur 4 % (+/-0) schließen eine Abwägung aus, und 14 % (+2) sehen eine Abwägung als Regelfall („trifft voll zu“) an. Es überwiegen die eingeschränkten Einschätzungen (82 %, -2 Prozentpunkte).

Insgesamt wird ein Spannungsverhältnis zwischen den normativen Einstellungen (Soll) und der realen Praxis der Leistungserbringung (Ist) an der Rationierungsfrage sichtbar (Abb. 8 im Vergleich zu Abb. 12): Während insgesamt 87 % der Ärzte mehr oder weniger stark die Vorenthaltung effektiver Leistung aus Kostengründen ablehnen, wird die Abwesenheit von Rationierung nur von 9 % (+/-0) in ihrem Bereich ohne Einschrän-

kung als realisiert angesehen. Von den Ärzten, die eine Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen normativ voll ablehnen, arbeiten nur 16 % in einem Kontext, in dem nach ihrer Einschätzung tatsächlich nicht rationiert wird.²⁴ Ein großer Teil der Krankenhausärzte arbeitet also in einer Realität, in der das, was sie moralisch für richtig erachten, nicht ihre Praxis ist. Dieses ungleiche Verhältnis zwischen Anspruch und Realität hat sich unter DRG-Bedingungen (Wellenvergleich) nicht verbessert. Das fällt besonders deshalb ins Gewicht, weil es sich hier um eine weitgehend selbst gestaltete Realität handelt, denn ob im Konfliktfall dem Kostenkalkül oder der medizinischen Notwendigkeit Vorrang eingeräumt wird, ist nicht zuletzt das Resultat von ärztlichen Entscheidungen.

Die Ärzte schätzen die Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen in ihrem eigenen Erfahrungsbereich in Abhängigkeit von ihrem beruflichen Status kaum unterschiedlich ein (Tab. 10). 2004 waren Chefärzte noch deutlich optimistischer in der Einschätzung der Praxis als ihre Mitarbeiter (um +11 Prozentpunkte). 2005/06 unterscheidet sich ihre Sichtweise nicht mehr signifikant von den Meinungen ihrer Mitarbeiter. Im Vergleich der Fachabteilungen ergeben sich folgende Unterschiede: 59 % der internistischen Ärzte beobachten tendenziell eher keine Rationierung von medizinischen Leistungen in der Abteilung. Den niedrigsten Wert findet man in der Geriatrie, wo nur 42 % der Ärzte eine solche Versorgung mehr oder weniger als gewährleistet ansehen.

Interessanterweise beurteilen die Ärzte der beiden Fächer, die sich normativ am meisten unterscheiden, nämlich die Pädiater und Anästhesiologen, den Ist-Zustand in ihrem jeweiligen Erfahrungsbereich analog zu ihren normativen Einstellungen. Während insgesamt 57 % der Anästhesiologen normativ dem Vorrang des medizinisch Notwendigen voll und eher zustimmen (vgl. Tab. 9), sehen 49 % (-21) dies auch als gewährleistet an. Von den Kinderärzten stimmen 77 % diesem Prinzip zu (Tab. 9). 75 % (-1) halten es in ihrem Bereich auch mehr oder weniger für gegeben. Hier scheinen sich normative Haltung und Wahrnehmung der Praxis wechselseitig beeinflusst zu haben.

²⁴ Zahlen gelten für 2004: 714 der befragten Ärzte lehnen eine Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen vollständig ab, aber nur 117 Ärzte sehen diesen Anspruch in ihrer Praxis als gegeben an (vgl. Frage 19 und Frage 21 in Klinke/Kühn 2006).

Tab. 10: Keine Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen – Ist („Die Versorgung richtet sich nicht nach den Kosten“), trifft zu – lineare Regression (n=2.216)

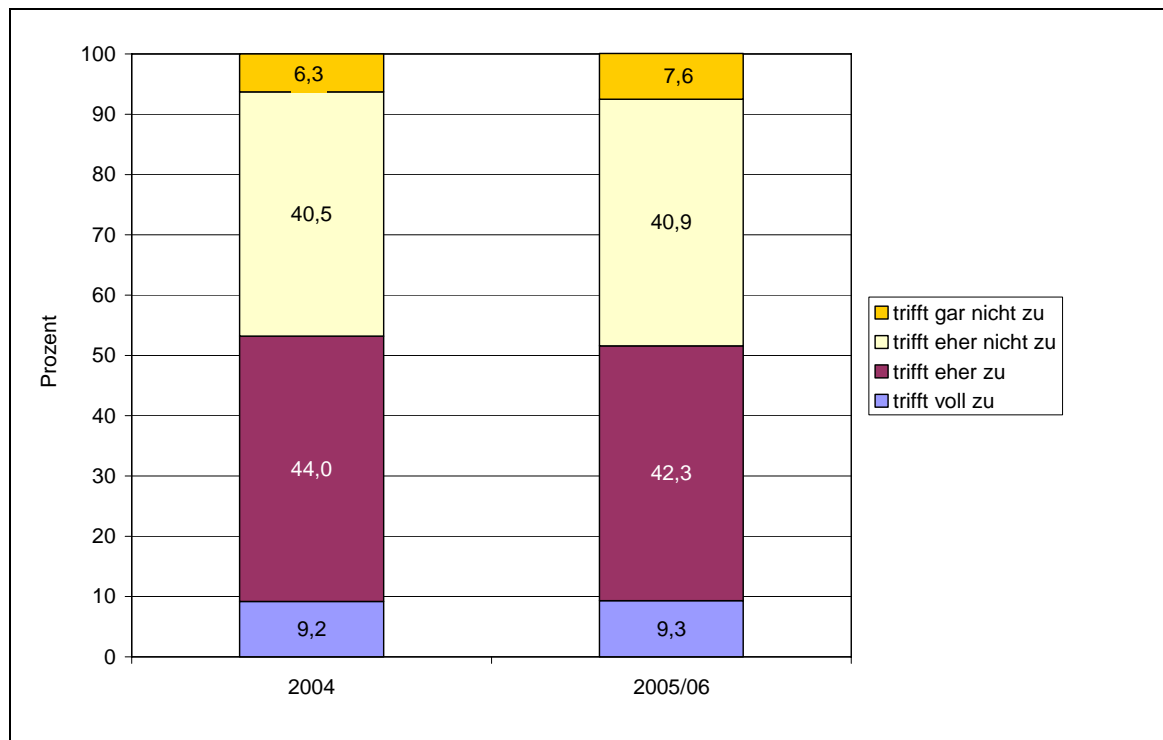
	Einflussvariablen	2004	2005/06
	(Konstante ¹)	,589 ***	,587 ***
Position	Assistent/in mit Facharzt	-,019	,019
	Oberarzt/-ärztin	,014	,054
	Leitende/r Oberarzt/-ärztin	,018	,026
	Chefarzt/-ärztin	,112 **	-,020
Fachgebiet	Chirurgie	,039	-,014
	Pädiatrie	,175 ***	,165 **
	Geriatric	-,005	-,165
	Neurologie	,081	,036
	Anästhesie	,106 **	-,095 *
	Radiologie	,022	-,094
	Anderer Fachbereich	,054	-,060
Krankenhausgröße	Groß (501 bis 1.000 Betten)	,037	,120 ***
	Mittel Groß (301 bis 500 B.)	-,020	,107 *
	Klein (201 bis 300 B.)	-,100 **	,018
	Sehr Klein (bis 200 B.)	-,135 ***	-,034
Trägerschaft	Freigemeinnütziger Träger	,000	-,054
	Privater Träger	,030	-,032
Situation des Hauses	Schlecht (Haus)	-,037	-,019
Situation d. Abteilung	Schlecht (Abteilung)	-,086 **	-,137 ***
Arbeitspensum	Überforderung	-,086 ***	-,085 **
R-Quadrat		,042	,054

*** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1 %; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 5 %; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 10 %

(1) Die Konstante setzt sich zusammen aus: Assistenzarzt ohne Facharztanerkennung (Position), internistische Fachgebiete (Fachgebiet), >1.000 Betten (Krankenhausgröße), öffentliches KH (Träger), keine Überforderung durch zu hohes Arbeitspensum (Überforderung), gute Situation des Hauses (Situation des H.) und gute Situation der Abteilung (Situation der A.).

Ganz anders bei den Geriatern: Dort hatte sich im Vergleich zu 2004 eine Trendwende zugunsten einer Normbejahung (91 % Zustimmung, +9 Prozentpunkte, vgl. Tab. 9) ergeben, bei gleichzeitiger Verstärkung einer dazu konflikthaften Praxis (42 % Normerfüllung, -16 Prozentpunkte). Dies könnte daran liegen, dass sich durch die kürzlich erfolgte Einführung der geriatrischen Komplexpauschale (s. o.), bei gleichzeitiger Reduzierung des ärztlichen Betreuungsschlüssels, die Versorgungssituation aus Sicht der dort tätigen Ärzte verschlechtert hat und sich in den Zahlen ein aktueller Konflikt ausdrückt: Man vergewissert sich der Norm, um Forderungen nach Verbesserung eines problematischen Zustands Nachdruck zu verleihen.

Abb. 12: Keine Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen – Ist („Die Versorgung richtet sich nicht nach den Kosten“) in Prozent (n=2.194*)



*n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben

Die Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen wird je nach Größe des Hauses unterschiedlich eingeschätzt. Ärzte in Häusern mit zwischen 301 und 1.000 Betten beurteilen die Lage deutlich günstiger als ihre Kollegen in kleineren und ganz großen Einrichtungen. Die Differenz der Einschätzungen der eigenen Praxis zwischen Ärzten aus Krankenhäusern mit unterschiedlicher Trägerschaft ist recht gering. Auffällig ist jedoch, dass die Situation der Abteilung und Überforderung durch ein zu großes Arbeitspensum eine Rationierung medizinischer Leistungen stark begünstigen: Gegenüber einer vergleichbaren Abteilung, deren Situation als gut und einer Arbeitssituation, die nicht als Überforderung beschrieben wird, sinkt die Quote derer, die keine Rationierung beobachten, von 59 % auf 37 %. Dies deutet darauf hin, dass in Abteilungen, deren (ökonomische) Position schlecht ist, notwendige medizinische Leistungen versagt werden. Dieser Einfluss ist im Wellenvergleich konsistent und hat sich unter DRG-Bedingungen verschärft (+5 Prozentpunkte).

Die Abb. 11 zeigt, dass eine Mehrheit von 66 % (-1) der Ärzte die Praxis in ihrem Erfahrungsbereich so einschätzt, dass Kosten und medizinische Notwendigkeit „gegen-

einander abgewogen“ werden. Lediglich 4 % (+/-0) der Befragten sind der Ansicht, dass eine solche Relativierung des Versorgungsanspruchs für ihren Kontext „gar nicht“ zutrifft. Ärztliche Entscheidungen wären demnach anders ausgefallen, wenn nur die medizinische Behandlungsbedürftigkeit den Versorgungsentscheidungen zugrunde gelegen hätte.

Ärzte mit hohem beruflichen Status und langer Erfahrung sehen das medizinisch Notwendige tendenziell häufiger am betriebswirtschaftlichen Vorteil relativiert (Tab. 11). 63 % (-5) der Assistenzärzte ohne Facharzt²⁵ gegenüber 80 % (+9) der leitenden Oberärzte und 72 % (-4) der Chefärzte beobachten in ihrem Erfahrungsbereich, dass Kosten und medizinisch notwendige Leistungen gegeneinander abgewogen werden. Dies darf man sich aber nicht als eine Rechenaufgabe vorstellen, in der Wert x (medizinischer Nutzen) mit Wert y (Kosten) in einer Gleichung in Beziehung gesetzt wird. In den Interviews der Fallstudien (Buhr/Klinke 2006a, b) äußerten die Ärzte, dass ihnen die genauen Kosten einer Behandlung oder Prozedur nicht bekannt seien, sondern nur der zu erwartende Erlös. Was die Kosten angehe, so werde ein allgemeiner diffuser Druck (häufig von Seiten der Chefärzte) verspürt, der in Richtung Sparen geht. Dieser Druck führt dann zu Entscheidungen, in denen gewisse Nachteile oder Risiken für den Patienten in Kauf genommen werden.

Auch hinsichtlich der Relativierung des medizinisch Notwendigen am betriebswirtschaftlichen Vorteil zeigen sich je nach Fachgebiet unterschiedliche Praxen (Tab. 11): Erneut nehmen Geriater²⁶ (76 %, +11 Prozentpunkte) am stärksten eine Praxis in ihren Abteilungen wahr, in der medizinische Notwendigkeit und betriebswirtschaftliche Erfordernisse bei Versorgungsentscheidungen gegeneinander abgewogen werden. Am wenigsten ist das bei den Radiologen (41 %, -5 Prozentpunkte) und Anästhesiologen (53 %, +2 Prozentpunkte) der Fall. Trägerschaft und Krankenhausgröße beeinflussen diese Praxiseinschätzung jedoch kaum.

²⁵ Assistenzarzt ohne Facharztanerkennung (Position), internistische Fachgebiete (Fachgebiet), >1.000 Betten (Krankenhausgröße), öffentliches KH (Träger), keine Überforderung durch zu hohes Arbeitspensum (Überforderung), gute Situation des Hauses (Situation des H.) und gute Situation der Abteilung (Situation der A.)

Tab. 11: Abwägung von Wirtschaftlichkeit mit medizinischer Notwendigkeit – Ist („Kosten und medizinische Notwendigkeit werden gegeneinander abgewogen“), trifft zu in von Hundert – lineare Regression (n=2.216)

	Einflussvariablen	2004	2005/06
	(Konstante ¹)	,678 ***	,632 ***
Position	Assistent/in mit Facharzt	,034	,077 *
	Oberarzt/-ärztin	,019	,088 **
	Leitende/r Oberarzt/-ärztin	,035	,170 ***
	Chefarzt/-ärztin	,084	,087
Fachgebiet	Chirurgie	-,071 **	-,048
	Pädiatrie	-,122 **	-,046
	Geriatrie	-,031	,125
	Neurologie	,060	,015
	Anästhesie	-,172 ***	-,100 *
	Radiologie	-,223 ***	-,225 **
	Anderer Fachbereich	,003	-,004
Krankenhausgröße	Groß (501 bis 1.000 Betten)	-,076 **	-,014
	Mittel Groß (301 bis 500 B.)	-,026	-,053
	Klein (201 bis 300 B.)	,021	,053
	Sehr Klein (bis 200 B.)	-,011	,063
Trägerschaft	Freigemeinnütziger Träger	-,004	,040
	Privater Träger	-,060	-,003
Situation des Hauses	Schlecht (Haus)	,018	-,022
Situation d. Abteilung	Schlecht (Abteilung)	,057 *	,019
Arbeitspensum	Überforderung	,073 ***	-,009
R-Quadrat		,043	,034

*** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1 %; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 5 %; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 10 %

(1) Die Konstante setzt sich zusammen aus: Assistenzarzt ohne Facharztanerkennung (Position), inter-nistische Fachgebiete (Fachgebiet), >1.000 Betten (Krankenhausgröße), öffentliches KH (Träger), keine Überforderung durch zu hohes Arbeitspensum (Überforderung), gute Situation des Hauses (Si-tuation des H.) und gute Situation der Abteilung (Situation der A.).

Was Veränderungstendenzen betrifft, fällt auf, dass Geriater anscheinend unter DRG-Bedingungen eine starke Ausweitung von Kostenabwägungen in ihren Abteilungen erleben (+11 Prozentpunkte), was sich mit den Angaben zur Rationierungsfrage deckt. Außerdem hat sich die Einschätzungsdifferenz zwischen jungen Assistenzärzten in Weiterbildung und ihren erfahreneren Kollegen erhöht, so dass man annehmen kann, dass die höheren Werte (mehr Abwägung zwischen Kostendruck und medizinischen Bedar-fen) der erfahrenen und leitenden Ärzte einen tieferen Einblick in die Struktur der Ent-

²⁶ Assistenzarzt ohne Facharztanerkennung (Position), >1.000 Betten (Krankenhausgröße), öffentli-ches KH (Träger), keine Überforderung durch zu hohes Arbeitspensum (Überforderung), gute Si-tuation des Hauses (Situation des H.) und gute Situation der Abteilung (Situation der A.)

scheidungsfindungen reflektieren. Im Gegensatz zur 2004er Befragung ist die Bedeutung von Abteilungssituation und Arbeitspensum zurückgegangen.

3.2.3 Ökonomisierung des beruflichen Selbstverständnisses

Bisher konnten einerseits normative Relativierungen des Versorgungsanspruches der Patienten bei einer (möglicherweise wachsenden) Minderheit der Krankenhausärzte nachgewiesen werden, die sich auch in einer entsprechenden Versorgungspraxis niederschlagen. Andererseits konnte gezeigt werden, dass für die Mehrheit der Ärzte mehr oder weniger große Differenzen zwischen ihrer normativen Einstellung (Soll) und der Wahrnehmung der eigenen Versorgungswirklichkeit (Ist) bestehen. Kühn spricht hier von einer „moralischen Dissonanz“ (Kühn 2006). Diese Dissonanz weist auf Konflikte zwischen beruflichem Selbstverständnis und der Berufspraxis hin. Die Berücksichtigung von ökonomischen Imperativen in der Leistungserbringung konnte als neue Norm identifiziert werden, die darauf drängt, in das traditionelle berufliche Selbstverständnis positiv integriert zu werden, um den Ärzten wieder zu ermöglichen, im Einklang mit einem ökonomisierten Berufsbild ihre Arbeit verrichten zu können. In den zugrunde liegenden Konflikten zwischen Wirtschaftlichkeit und Versorgungsqualität geht es jedoch nur um einen Teilbereich dessen, was man unter wirtschaftlichem Handeln versteht. Problematisch ist nicht das Sparsamkeitsprinzip oder die Überprüfung der Effektivität, sondern die Ausrichtung der Versorgungsentscheidung am Optimumprinzip²⁷. Einfach ausgedrückt wird eine Güterabwägung zwischen medizinischem Nutzen und Kosten angestrebt (vgl. hierzu z. B. Gäfgen 2003), was jedoch in der Mehrzahl der Fälle schon aus formalen Gründen nicht möglich ist, weil es keine Zahlen gibt und selbst wenn Zahlen sowohl für den medizinischen Nutzen als auch die Kosten-Erlösrelation vorliegen sollten, existiert kein objektiver Maßstab dafür, wie ein prozentualer medizinischer Zusatznutzen gegen Geld abzuwägen wäre. Daraus ergibt sich zwingend die Folgerung, dass Mediziner in Entscheidungssituationen derzeit je nach Druckkonstellation und eigener Widerständigkeit entscheiden. Aus dem ambulanten Bereich ist z. B. bekannt, dass manche Ärzte am Quartalsanfang den Patienten die Medikamente verschreiben, die sie benötigen, während zum Ende des Quartals nur wenig

oder gar nichts verschrieben wird (Klinke 2003a). Im Folgenden wird nun dezidiert die für den Nachweis eines Veränderungsdrucks entscheidende Dissonanz genauer untersucht.

Tab. 12: Primat medizinischer Notwendigkeit gegenüber Wirtschaftlichkeitsgebot – Soll („Ärzte müssen alles tun, was gesundheitlich notwendig ist und wirtschaftliche Fragen nachrangig berücksichtigen“) in Abhängigkeit zu keine Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen – Ist („Die Versorgung richtet sich nicht nach den Kosten“) – lineare Regression (n=2.216)

	Einflussvariablen	2004	2005/06
	(Konstante ¹)	,702 ***	,615 ***
Position	Assistent/in mit Facharzt	-,042	-,045
	Oberarzt/-ärztin	-,047	-,080 *
	Leitende/r Oberarzt/-ärztin	-,086 *	-,155 ***
	Chefarzt/-ärztin	-,070	-,101 *
Rationierung	Keine Rationierung	,051 **	,126 ***
Trägerschaft	Freigemeinnütziger Träger	-,058 *	,040
	Privater Träger	,004	,049
Situation des Hauses	Schlecht (Haus)	-,018	,035
Situation d. Abteilung	Schlecht (Abteilung)	,048	-,007
Arbeitspensum	Überforderung	,048 *	,035
R-Quadrat		,016	

*** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1 %; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 5 %; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 10 %

(1) Die Konstante setzt sich zusammen aus: Assistenzarzt ohne Facharztanerkennung (Position), Rationierung, öffentliches KH (Träger), keine Überforderung durch zu hohes Arbeitspensum (Überforderung), gute Situation des Hauses (Situation des H.) und gute Situation der Abteilung (Situation der A.).

Weitere Hinweise auf eine Spannung zwischen beruflichem Selbstverständnis und Praxis der Leistungserbringung bietet die Tab. 12, die die berufsethische Orientierung („Ärzte müssen alles tun, was medizinisch notwendig ist und wirtschaftliche Fragen nachrangig berücksichtigen“) u. a. mit der Einschätzung der Praxis im eigenen Erfahrungsbereich konfrontiert (Rationierung). Es wird deutlich, dass neben anderen Faktoren, die die normative Haltung beeinflussen (s. o.), die Praxis in der eigenen Abteilung die Norm analog beeinflusst: Ein Assistenzarzt²⁸, der keine Rationierung erlebt, bejaht die medizinische Handlungsnorm zu 74 %, (-1) während sein Kollege aus einer Abteilung, in der Versorgungsentscheidungen von Kostenkalkülen beeinflusst werden, nur zu

²⁷ Optimumprinzip: Zwischen eingesetzten Mitteln und Ergebnis ist ein möglichst günstiges Verhältnis anzustreben.

62 % (-8) zustimmt. Eine mögliche Erklärung bietet folgende These: Ein Konflikt zwischen Selbstanspruch und eigener Praxis kann Motivation zum verändernden Handeln in Richtung stärkerer Normerfüllung (Soll) hervorrufen (Beispiel: Geriater, s. o.). Sie kann aber auch Angleichung des normativen Anspruchs an den Status quo (Ist) bedeuten. Einstellung und Realitätswahrnehmung der Praxis im eigenen Erfahrungsbereich beeinflussen sich wechselseitig mit der Tendenz der Annäherung. In beiden Fällen wird versucht, den erlebten Konflikt bzw. die Dissonanz zu reduzieren (Kühn 2006). Der Wellenvergleich zeigt, dass der Einfluss der Praxis auf die Norm zugenommen hat. Statt eines Unterschieds von 5 Prozentpunkten in 2004 wird in 2005/06 ein Unterschied von gut 12 Prozentpunkten zwischen ‚Rationierung‘ und ‚Keine Rationierung‘ gemessen. Als individuelle Auflösung der Dissonanz bietet sich die Anpassung der eigenen Wertvorstellung an die Praxis der Leistungserbringung an.

Tab. 13: Keine Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen – Soll („Aus Kostengründen muss man den Patienten effektive Leistungen vorenthalten“), in Abhängigkeit zu Keine Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen – Ist („Die Versorgung richtet sich nicht nach den Kosten“) – lineare Regression (n=2.216)

	Einflussvariablen	2004	2005/06
	(Konstante ¹)	,533 ***	,516 ***
Rationierung	Keine Rationierung	,034	,038
Wiederwahl Arztberuf	Ja (Zufrieden)	,053 *	,057
Situation des Hauses	Schlecht (Haus)	-,021	-,066 *
Situation d. Abteilung	Schlecht (Abteilung)	-,034	,029
Arbeitspensum	Überforderung	-,012	,023
R-Quadrat		,007	,008

*** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1 %; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 5 %; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 10 %

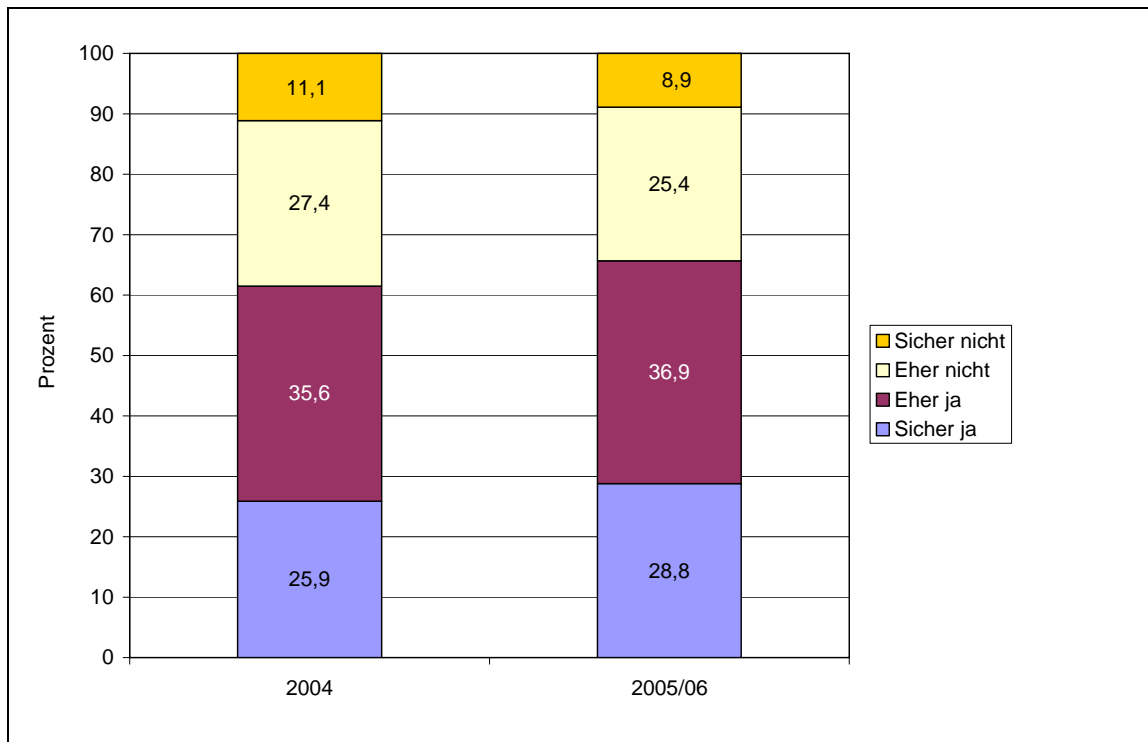
(1) Die Konstante setzt sich zusammen aus: Arzt in Abteilung mit Rationierung, keine Wiederwahl Arztberuf (Unzufrieden), keine Überforderung durch zu hohes Arbeitspensum (Überforderung), gute Situation des Hauses (Situation des H.) und gute Situation der Abteilung (Situation der A.).

In der Tab. 13 wird u. a. die Einstellung zur Vorenthaltung effektiver Leistungen aus Kostengründen zur erlebten Praxis dieses Versorgungsanspruchs ins Verhältnis gesetzt. Betrachtet man diejenigen Ärzte, die mehrheitlich keine Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen wahrnehmen und stellt sie der Gruppe derjenigen Ärzte gegen-

²⁸ Assistenzarzt ohne Facharztanerkennung (Position), keine Rationierung, öffentliches KH (Träger), keine Überforderung durch zu hohes Arbeitspensum (Überforderung), gute Situation des Hauses (Situation des H.) und gute Situation der Abteilung (Situation der A.).

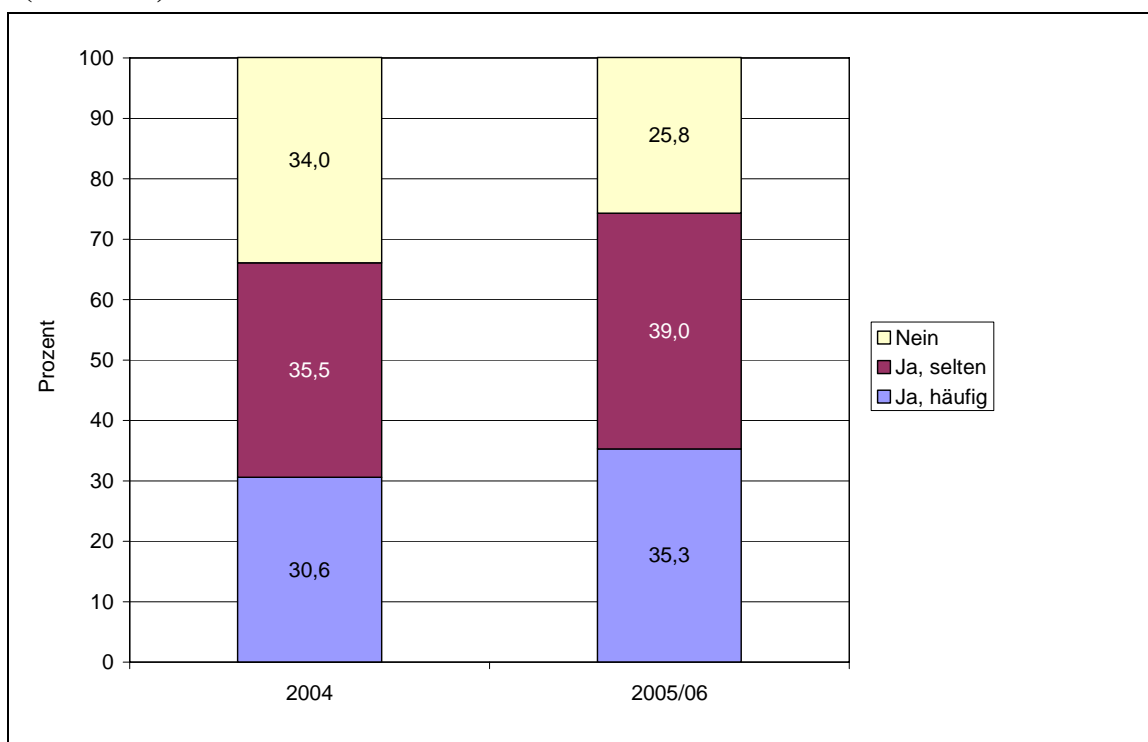
über, deren Praxis von Rationierungsentscheidungen geprägt ist, zeigt sich erneut ein gewisser Zusammenhang: Je mehr die erlebte Praxis von Rationierung geprägt ist, desto geringer ist auch die Ablehnung einer Rationierung aus betriebswirtschaftlichen Gründen (55 % Ablehnung gegenüber 52 %). Diese Ergebnisse sind zwar nicht statistisch signifikant, fügen sich aber in das diskutierte Modell ein. Beide Gegenüberstellungen lassen allerdings sowohl die Deutung zu, dass das berufliche Selbstverständnis die Praxis der Leistungserbringung beeinflusst, oder umgekehrt Ergebnis einer Anpassung an den Status quo sein kann. In Tab. 13 ist erstmalig die Variable „Wiederwahl Arztberuf“ als mögliche erklärende Variable aufgenommen. Die Frage „würden Sie sich, wenn Sie diese Entscheidung noch einmal zu treffen hätten, auch heute wieder für den Arztberuf entscheiden?“ dient als Indikator der Berufszufriedenheit (Abb. 13). 66 % (+4) der Krankenhausärzte würden 2005/06 sicher oder eher die Berufsentscheidung noch einmal so treffen und 34 % (-4) eher oder sicher nicht. Dies ist ein sehr hoher Wert, der die – für deutsche Ärzte – einmalig hohe Mobilisierung für den Streik 2006 verständlicher werden lässt. Die Tab. 13 betrachtet die Einstellung zur Rationierung aus Kostengründen u. a. im Verhältnis zur Berufszufriedenheit (Wiederwahl des Arztberufes; vgl. Abb. 13). Es besteht ein ähnlicher Zusammenhang wie bei der Rationierungspraxis: Wo die Zufriedenheit der Ärzte niedrig ist, ist der Anteil derer, die wirksame Leistungen aus Kostengründen vorenthalten wollen, höher (57 % Ablehnung von Rationierung gegenüber 52 %). Die Befürwortung der Rationierung korreliert also mit einer geringeren Zufriedenheit mit dem Beruf, welche wiederum das Resultat des Anpassungsprozesses des beruflichen Selbstverständnisses an die Anreize und Interessenkonflikte im Kontext von anhaltender Budgetierung und DRG-Entgeltsystem sein kann. Diejenigen Ärzte, die ihr tägliches Arbeitspensum nicht oder nicht den Anforderungen entsprechend schaffen (74 % der Befragten, +8 Prozentpunkte, Abb. 14), konnten eine Reihe möglicher Ursachen ankreuzen (Mehrfachantworten). 46 % (+2) dieser Ärztegruppe betrachten „starke Konflikte zwischen Versorgungsqualität und Kostendruck“ und 44 % (+9) „starke Konflikte zwischen Berufsethos und Kostendruck“ als ursächlich für ihre Überforderungssituation.

Abb. 13: Wiederwahl des Arztberufes („Würden Sie sich, wenn Sie diese Entscheidung noch einmal zu treffen hätten, auch heute wieder für den Arztberuf entscheiden?“) in Prozent (n=2.199*)



*n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben.

Abb. 14: Zu hohes Arbeitspensum („Haben Sie das Gefühl, Ihr tägliches Arbeitspensum nicht oder nicht den Anforderungen gemäß zu schaffen?“) in Prozent (n=2.191*)



*n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben.

Tab. 14 zeigt u. a. einen Zusammenhang zwischen Überforderungssituation und Berufszufriedenheit. Diejenigen Ärzte²⁹, die den Beruf eher und sicher nicht wieder wählen würden, sehen sich 2004 zu 30 % durch „starke Konflikte zwischen Berufsethos und Kostendruck“ belastet.

Tab. 14: Überforderung durch „starke Konflikte zwischen Berufsethos und Kostendruck“, in Abhängigkeit zu Wiederwahl des Arztberufes (Zufriedenheit) – lineare Regression (n=1.509)

	Einflussvariablen	2004	2005/06
	(Konstante ¹)	,181 ***	,296 ***
Position	Assistent/in mit Facharzt	-,016	,089 *
	Oberarzt/-ärztin	-,028	,038
	Leitende/r Oberarzt/-ärztin	,098	,059
	Chefarzt/-ärztin	-,082	,143 *
Fachgebiet	Chirurgie	,106 **	,050
	Pädiatrie	,040	-,081
	Geriatric	,281 ***	,152
	Neurologie	,010	,009
	Anästhesie	,047	-,041
	Radiologie	-,056	-,082
	Anderer Fachbereich	,039	,082
Krankenhausgröße	Groß (501 bis 1.000 Betten)	,034	,095 *
	Mittel Groß (301 bis 500 B.)	,107 *	,047
	Klein (201 bis 300 B.)	,134 **	,110
	Sehr Klein (bis 200 B.)	,098 *	,084
Trägerschaft	Freigemeinnütziger Träger	-,060	-,005
	Privater Träger	-,055	-,035
Situation des Hauses	Schlecht (Haus)	,046	,104 **
Situation d. Abteilung	Schlecht (Abteilung)	,097 **	,024
Wiederwahl Arztberuf	Nein (Unzufrieden)	,120 ***	,021
R-Quadrat		,062	,039

*** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1 %; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 5 %; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 10 %

(1) Die Konstante setzt sich zusammen aus: Assistenzarzt ohne Facharztanerkennung (Position), internistische Fachgebiete (Fachgebiet), >1.000 Betten (Krankenhausgröße), öffentliches KH (Träger), gute Situation des Hauses (Situation des H.), gute Situation der Abteilung (Situation der A.) und Zufrieden (Wiederwahl Arztberuf).

Hingegen befinden sich diejenigen Befragten, die sich zwar überfordert fühlen, aber sich sicher oder eher wieder für den Arztberuf entscheiden würden, nur zu 18 % im Konflikt mit ihrem beruflichen Selbstverständnis. Dieser Befund kann dahingehend

²⁹ Assistenzarzt ohne Facharztanerkennung (Position), internistische Fachgebiete (Fachgebiet), >1.000 Betten (Krankenhausgröße), öffentliches KH (Träger), keine Überforderung durch zu hohes Arbeitspensum (Überforderung), gute Situation des Hauses (Situation des H.), gute Situation der Abteilung (Situation der A.) und keine Wiederwahl Arztberuf (Unzufrieden)

interpretiert werden, dass sich ein Überforderungsgefühl sowohl aus der Anpassung der eigenen Praxis an den Kostendruck als auch der Durchsetzung des beruflichen Selbstverständnisses gegenüber dem Kostendruck ergeben kann (s.o.). Die erstgenannte Gruppe befindet sich im Konflikt mit ihrem Berufsethos und ist kurz davor, diesen negativ durch Berufsaufgabe aufzulösen, während die zweite Gruppe in ihrem Arbeitsbereich den Primat der medizinischen Notwendigkeit gegenüber gewinnwirtschaftlichen Handlungskalkülen zu behaupten versucht – zwar unter Inkaufnahme einer fortgesetzten persönlichen Überforderungssituation, jedoch ohne die getroffene Berufswahl in Frage stellen zu müssen. Interessanterweise hat sich 2005/06 der Einfluss der persönlichen Zufriedenheit deutlich verringert, stattdessen ist die Situation des Hauses bedeutsam geworden, bei gleichzeitiger Universalisierung von Konflikten zwischen Berufsethos und Kostendruck.

Interpretieren kann man diesen Vorgang dahingehend, dass a) die Berufszufriedenheit zugenommen hat, b) aufgrund der Verallgemeinerung von Konflikten, diese nicht mehr als persönliches, sondern als gesellschaftliches Problem aufgefasst werden und c) ein politisch gewollter Kostendruck (Situation des Hauses) eine Sachzwanglogik (Politik der leeren Kassen) aufbaut, der die Handlungslogik zunehmend bestimmt. D. h., es wird zwar noch ein Konflikt mit dem traditionellen beruflichen Ethos wahrgenommen, aber die Brisanz für die eigenen Handlungen schwindet, weil sich über die Sachzwanglogik neue Rechtfertigungsmuster etabliert haben.

Das berufliche Selbstverständnis basiert zu einem großen Teil auf dem so genannten Arzt-Patient-Verhältnis (Kühn 2002; Brucks 2003; Klemperer 2003; Dieterich 2006; Kuhlmann 2000; Vogd 2002). Im Rahmen der Patientenbefragungen des WAMP-Projektes konnte gezeigt werden, dass die Erwartungen nahezu aller Patienten auf Einhaltung der traditionellen berufsethischen Norm gerichtet sind (Braun/Müller 2003, 2006). Es dürfte nur wenige Ärzte geben, denen im Umgang mit Patienten diese Erwartung und die entsprechende berufsethische Norm, auf die ihr Gegenüber vertraut, nicht bewusst ist. Wenn die Praxis also diese Norm zusehends in ihrer Gültigkeit in Frage stellt, ist zu erwarten, dass Ärzte zunehmend eine andere positive Norm in ihr berufliches Selbstverständnis zu integrieren versuchen.

Was in diesem Kapitel dargestellt werden konnte, sind die Symptome einer Umbruchsituation, die durch Spannungen zwischen professionsgebundenen Überzeugungen und professionellen Handlungen gekennzeichnet ist. Die Beziehung zum Patienten wird derzeit nicht zuletzt durch die Unaufrichtigkeit beeinträchtigt, mit der die vom ökonomischen Rentabilitätskalkül motivierten Entscheidungen als medizinische Notwendigkeit ausgegeben werden (Vogd 2004: 182). Hier besteht politischer Handlungsbedarf, denn Institutionen und Steuerungsinstrumente sollten so gestaltet werden, dass die in ihnen handelnden Individuen im Einklang mit ihrem beruflichen Selbstverständnis und ihrem gesellschaftlichen Auftrag ihre Aufgaben erfüllen können. Kühn weist drauf hin, dass derzeit der „akademische Ethikbetrieb“ sich damit beschäftigt, die Ökonomisierung des beruflichen Selbstverständnisses zu rechtfertigen (Kühn 2006) und die Anpassungsunwilligen – in Anlehnung an Max Weber (Weber/Mommsen 1992) – als 'Gesinnungsethiker' zu etikettieren, die nicht bereit sind, sich veränderten gesellschaftlichen Realitäten zu stellen.

Hierzu gehört auch das ökonomistische Deutungsangebot³⁰, dass medizinische Bedarfe unendlich seien, von daher per se nicht zu befriedigen sind und Mediziner daher nur die Aufgabe haben, die knappen Ressourcen in irgendeiner Form gerecht zu verteilen. In diesem Kontext hat sich auch das Bild vom Patienten gewandelt: Zunehmend wird vom mündigen, eigenverantwortlichen Patienten gesprochen (Dieterich 2006; Schmidt 2008), der tendenziell unersättliche Bedarfe habe. Diese Vorstellung entlastet denjenigen Versorger, der diesem Patienten einen Dienst, ein Medikament oder ein Gespräch vorenthält, weil er sich sagen kann, dass der Patient ungerechtfertigte Ansprüche stellt und/oder nicht bereit ist, seinen Beitrag zum Heilungserfolg zu leisten, der von ihm erwartet werden darf. Die prospektive Finanzierung durch Pauschalen und Budgets überträgt das Versicherungsrisiko auf die Station oder Abteilung, ohne dass die Patienten- bzw. Fallzahl tatsächlich den Umfang eines Risikopools hätte, so dass auf der einzelwirtschaftlichen Ebene eines Krankenhauses immer wieder Situationen entstehen, die zu temporärer Unterfinanzierung führen. So erklärt sich, dass 44 % (+2) der Ärzte auf

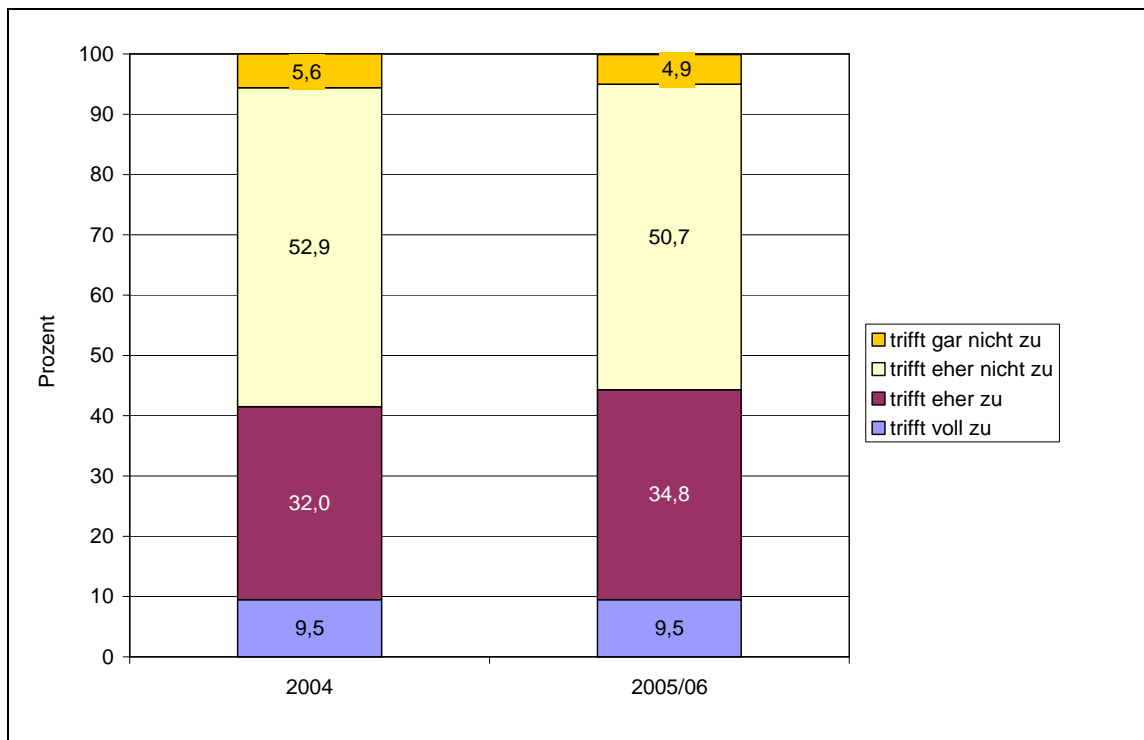
³⁰ In der Ökonomischen Theorie werden Bedarfe grundsätzlich als unendlich aufgefasst, weshalb als logischer Schluss die Güter immer knapp seien. Überträgt man diese oder ähnliche Setzungen

die Frage nach negativen Arbeitsbedingungen (Mehrfachnennungen) „anstrengende Patienten und Angehörige“ (Abb. 15) als Ursache angeben. Dafür mag eine unbekannte Vielfalt von Motiven verantwortlich sein, aber dass hier auch der Konflikt zwischen medizinischen Bedarfen und betriebswirtschaftlichen Möglichkeiten eine Rolle spielt, erscheint plausibel.

Auf der einen Seite steht die Erwartungshaltung des Patienten sowie das eigene berufliche Selbstverständnis und auf der anderen Seite der Druck des Anreiz- und Sanktionensystems der Organisation, der auch als moralischer Druck (Verantwortung für Arbeitsplätze usw.) ankommen kann. Hinzu kommt der weit verbreitete neoliberale Mythos, wonach die 'Lohnnebenkosten' (d. h. unter anderem die Kassenbeiträge) den 'Standort Deutschland' bedrohen. Unter diesen Bedingungen erhält die Leistungserbringung im Krankenhaus eine neue Bedeutung, nämlich als volkswirtschaftlicher Beitrag zur Finanzierung angebotsorientierter Wirtschaftspolitik.

der Ökonomie umstandslos und ohne Prüfung der Zulässigkeit auf andere gesellschaftliche Bereiche, spricht man von Ökonomismus.

Abb. 15: negative Arbeitsbedingungen: anstrengende Patienten/Angehörige in Prozent (n=2.191*)



*n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben.

Sofern der betreffende Arzt die herrschende Wirtschaftspolitik in Deutschland als richtig oder zumindest alternativlos auffasst, erhält die Rationierung gesundheitlicher Leistungen eine spezifische Legitimation.

Die Tab. 15 verdeutlicht, dass die Bewertung des Patienten als Belastung für manche Ärzte eine Strategie zur Entlastung des eigenen Gewissens sein kann. Unter den Ärzten, die Patienten als anstrengend wahrnehmen (anstrengende Patienten/Angehörige – trifft voll zu, und trifft eher zu), ist 2004 der Anteil derer niedriger, die Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen ablehnen, als unter denjenigen, die sich nicht durch ihre Patienten belastet fühlen (56 bzw. 63 %). Umgekehrt formuliert: Wer bereit ist, wirksame medizinische Leistungen vorzuenthalten, erlebt häufiger seine Patienten und ihre Angehörigen als Belastungsfaktor. In 2005/06 zeigt sich erneut eine Verschiebung in Richtung einer Zunahme des Einflusses der Situation des Hauses: Je schlechter die Situation des Hauses, desto eher sind die Ärzte bereit, medizinisch notwendige Leistungen zu rationieren.

Tab. 15: Keine Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen – Soll („Aus Kostengründen muss man den Patienten effektive Leistungen vorenthalten“), in Abhängigkeit zu Belastungsfaktor „anstrengende Patienten/Angehörige“, in von Hundert – lineare Regression (n=2.216)

	Einflussvariablen	2004	2005/06
	(Konstante ¹)	,629 ***	,583 ***
Fachgebiet	Chirurgie	-,003	,028
	Pädiatrie	,107 *	,053
	Geriatrie	,026	-,037
	Neurologie	,064	,012
	Anästhesie	-,110 **	-,017
	Radiologie	-,001	-,012
	Anderer Fachbereich	-,018	,007
Wiederwahl Arztberuf	Nein (Unzufrieden)	-,042	-,044
Situation des Hauses	Schlecht (Haus)	-,023	-,067 *
Situation d. Abteilung	Schlecht (Abteilung)	-,042	,025
Anstrengende Patienten	Ja (Belastung)	-,070 **	,030
R-Quadrat		,018	,008

*** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1 %; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 5 %; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 10 %

(1) Die Konstante setzt sich zusammen aus: internistischer Arzt (Fachgebiet), gute Situation des Hauses (Situation des H.), gute Situation der Abteilung (Situation der A.), Zufrieden (Wiederwahl Arztberuf) und keine anstrengenden Patienten (Belastung).

Der Wellenvergleich legt nahe, eine Tendenz zur Anpassung an den Ökonomisierungsprozess zu vermuten. Dafür sprechen einerseits Gründe im Mikrobereich der Arbeitswelt: Intensivierung, Zeitdruck, Bürokratisierung (Management), Technisierung und geringere Verweildauer sind u. a. Distanzierungsmechanismen gegenüber der Person des Patienten. Wenn sich diese arbeitsweltlichen Bedingungen im Zuge der zunehmenden Budgetwirksamkeit des DRG-Systems verstärken sollten, dann ist eine wachsende Zustimmung zur Rationierung bzw. Ablehnung des Vorrangs einer bedarfsgerechten Versorgung zu erwarten. Bestehende Konflikte würden dann durch eine Neuformulierung des beruflichen Selbstverständnisses vermindert, indem die Aspekte der Wirtschaftlichkeit in das berufliche Selbstverständnis integriert würden. Darüber hinaus ließen sich auch Hinweise finden, dass Teile der Ärzteschaft sich derzeit bewusst in Opposition zu den durch Budgetierung und DRGs entstandenen Handlungsimperativen befinden (Geriatern). Die entscheidende Frage, ob es sich um Rückzugsgefechte handelt oder um Zeichen eines wachsenden Widerstandes gegen eine stärker betriebswirtschaftlich geprägte Neudefinition des beruflichen Selbstverständnisses, müssen künftige Untersuchungen zeigen.

3.3 Versorgungsqualität

Ausgangspunkt des WAMP-Projekts ist die Annahme, dass sich die Versorgungsqualität zumindest zum Teil als Ergebnis des Zusammenspiels von Krankenhausorganisation und tatsächlichem Handeln der beteiligten Akteure ergibt. Eine weitere Annahme ist, dass die Krankenhausorganisation und das Versorgungsgeschehen sich wechselseitig beeinflussen. Weder bleiben die Akteure (hier: Krankenhausärzte) unabhängig von den Strukturen, innerhalb derer sie sich bewegen, noch bleiben die Strukturen unbeeinflusst von grundlegenden und dominanten Einstellungen und Verhaltensweisen der Akteure. Struktur-, Prozess- und letztlich Ergebnisqualität stehen also in einem Wechselwirkungsverhältnis.

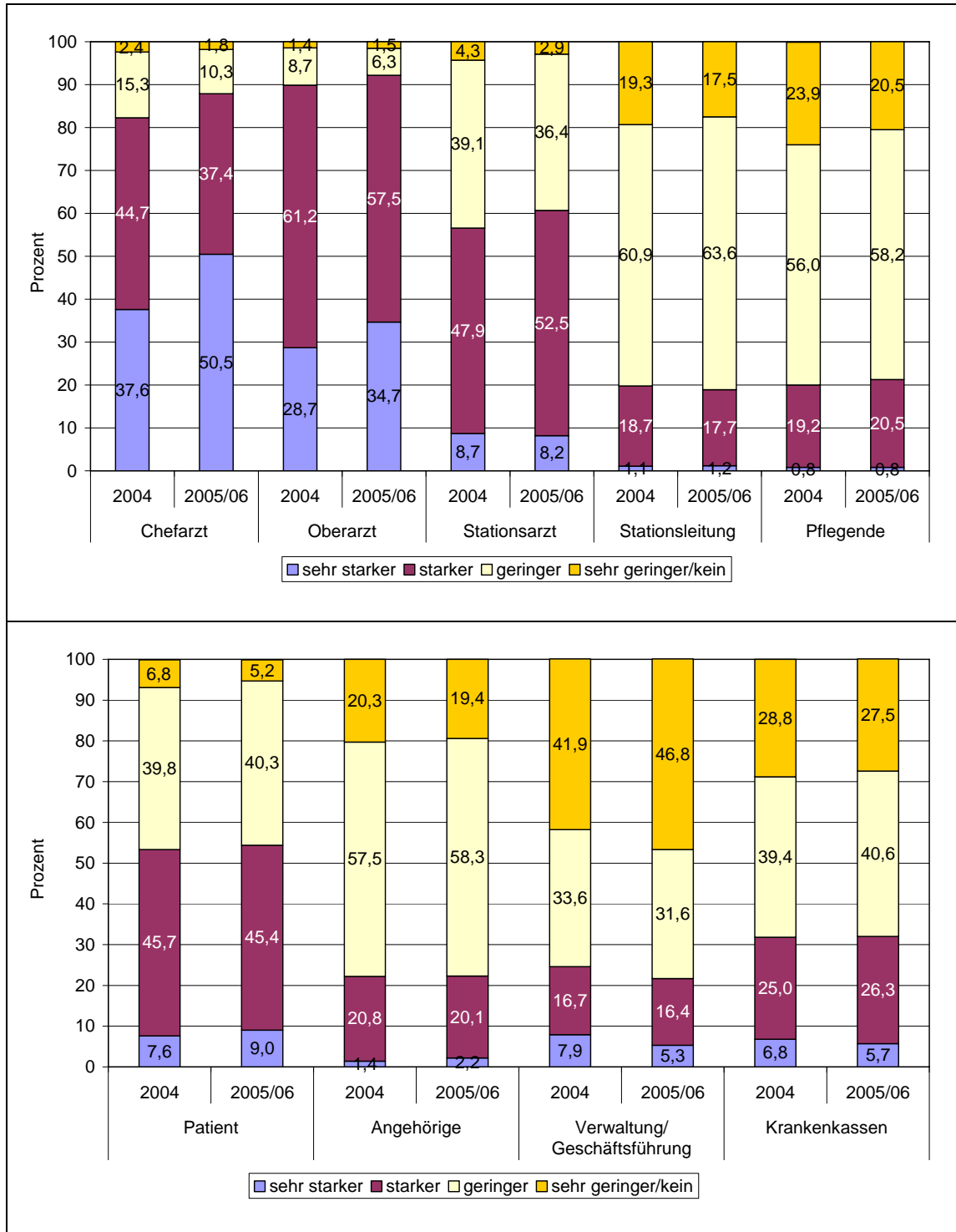
3.3.1 Organisation der Versorgung

Im Folgenden werden diejenigen Fragen präsentiert, die sich auf die Art und Weise der Organisation von Versorgungsabläufen beziehen, von denen erwartet werden kann, dass sie durch die Einführung des neuen Entgeltsystems beeinflusst werden. Dargestellt wird, welche Personen Einfluss auf Versorgungsentscheidungen haben, wer hauptverantwortlich ist für die Dokumentation des Versorgungsgeschehens, ob EDV-Systeme den Arzt bei seiner Arbeit unterstützen, und welche modernen Versorgungsformen im Krankenhaus anzutreffen sind. Da private Träger von sich behaupten, besonders effiziente und gleichzeitig besonders gute Versorgungsstrukturen zu gewährleisten, wird in diesem Kapitel ein besonderes Augenmerk auf die Überprüfung dieser Variable gelegt werden.

Die Befragten konnten unter zehn Akteursgruppen (Chefärzte, Oberärzte, Stationsärzte, Verwaltung, Patienten, Krankenkassen, Aufsichtsgremien, Angehörige, Stationsleitungen, Pflegekräfte) entscheiden (Mehrfachantworten), welche dieser Gruppen Einfluss auf die Versorgungsentscheidungen des Arztes nehmen (Abb. 16). Die Gruppe der leitenden Ärzte besitzt demnach eindeutig den größten Einfluss auf die Art und Weise der Behandlung (Chefärzte 51 % (+13) sehr starker Einfluss, Oberärzte 35 % (+6) sehr starker Einfluss). Diese Zahlen stützen die These, dass Chefärzte auch unter DRG-Bedingungen weiterhin und sogar vermehrt maßgeblichen Einfluss auf das Versorgungsgeschehen in ihrer Abteilung haben. Etwa 9 % (+1) sind der Meinung, dass die Patienten selbst einen sehr starken Einfluss auf ihre Behandlung haben. 8 % (-1) der Befragten

beobachten in ihrem Bereich einen sehr starken Einfluss der Stationsärzte. Erstaunlicherweise nehmen 6 % (-1) der Befragten in ihren Abteilungen/Kliniken einen sehr starken Einfluss der Krankenkassen auf die Art und Weise der Behandlung wahr. Eine solche Beobachtung deutet auf bestehende Konflikte zwischen medizinischen und wirtschaftlichen Erwägungen hin, denen sich diese Ärzte in konkreten Versorgungsentscheidungen ausgesetzt fühlen. Krankenkassen beeinflussen die Versorgungsentscheidungen im Krankenhaus nicht direkt durch gezielte Handlungsanweisungen, aber sie bezahlen bestimmte Leistungen nicht oder nur schlecht bzw. sehr spät und erst nach langwierigen Verhandlungen. Den Ärzten und der Krankenhausleitung steht es frei, die Therapie anzuwenden oder zu veranlassen, die sie aus ihrer Sicht für die Patienten notwendig oder am meisten geeignet beurteilen; dennoch bleibt der indirekte Einfluss durch die Krankenkassen vermittelt über die Finanzierung bzw. die nachträgliche Klärung der Notwendigkeit oder Angemessenheit. Die Aussagen in den Experteninterviews weisen aber weiterhin mehrheitlich auf eine empfundene Therapiefreiheit hin (Buhr/Klinke 2006a).

Abb. 16: Stärke des Einflusses der verschiedenen Akteure im Krankenhaus auf Versorgungsentscheidungen in Prozent (n=2.185*)



*n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben.

Die Verwaltung nimmt für 5 % (-3) der Ärzte ebenfalls einen sehr starken Einfluss auf die Versorgungsentscheidungen. Kombiniert man diesen Befund mit dem Einfluss der

Krankenkassen, wird verständlich, warum Ärzte ihre Therapiefreiheit in Teilen eingeschränkt sehen: Auf der einen Seite stehen die Krankenkassen, von denen man weiß, dass sie unter Umständen bestimmte Leistungen nicht bezahlen. Auf der anderen Seite steht die Verwaltung, die zunehmend von den Ärzten erwartet, wirtschaftliche Belange des Hauses im Auge zu behalten. Wenn dann der Chefarzt seine Mitarbeiter nicht ausdrücklich ermutigt, sich von diesen Belangen bei der Entscheidung der medizinischen Notwendigkeit nicht beeinflussen zu lassen, befinden sich die betroffenen Mediziner in einem Dilemma, das sich kein Patient wünschen kann. 2 % (+1) der Krankenhausärzte sehen in ihrem Umfeld einen starken bis sehr starken Einfluss von Angehörigen. Stationsleitung und Pflegende im Allgemeinen haben keinen sehr starken Einfluss auf die Art der Behandlung.

Tab. 16: Versorgungsentscheidungen der Verwaltung – lineare Regression (n=2.216)

	Einflussvariablen	2004	2005/06
	(Konstante ¹)	,079 *	,075
Position	Assistent/in mit Facharzt	,014	-,037
	Oberarzt/-ärztin	,001	-,079 **
	Leitende/r Oberarzt/-ärztin	-,043	-,048
	Chefarzt/-ärztin	-,059	-,062
Fachgebiet	Chirurgie	,074 **	,120 ***
	Pädiatrie	,010	-,010
	Geriatric	,087	,180 **
	Neurologie	-,018	-,009
	Anästhesie	,181 ***	,155 ***
	Radiologie	,193 ***	,216 **
	Anderer Fachbereich	,074 *	,038
Krankenhausgröße	Groß (501 bis 1.000 Betten)	-,008	,073 *
	Mittel Groß (301 bis 500 B.)	,032	,000
	Klein (201 bis 300 B.)	,041	,069
	Sehr Klein (bis 200 B.)	,000	-,001
Trägerschaft	Freigemeinnütziger Träger	,054 *	-,026
	Privater Träger	,102 **	,036
Situation des Hauses	Schlecht (Haus)	,060 **	,011
Situation d. Abteilung	Schlecht (Abteilung)	,071 **	,009
Arbeitspensum	Überforderung	,056 **	,100 ***
R-Quadrat		,044	,051

*** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1 %; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 5 %; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 10 %

(1) Die Konstante setzt sich zusammen aus: Assistenzarzt ohne Facharztanerkennung (Position), internistische Fachgebiete (Fachgebiet), >1.000 Betten (Krankenhausgröße), öffentliches KH (Träger), keine Überforderung durch zu hohes Arbeitspensum (Überforderung), gute Situation des Hauses (Situation des H.) und gute Situation der Abteilung (Situation der A.).

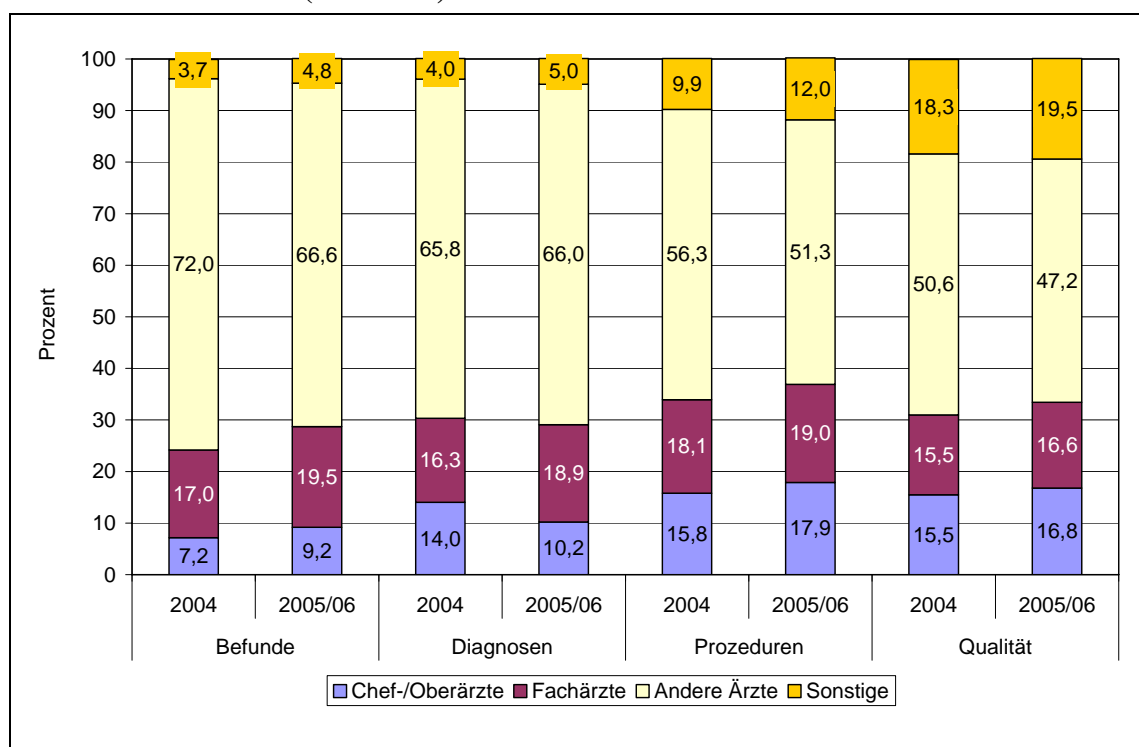
Die Regressionsanalyse der neun Items zum Thema Einfluss auf Versorgungsentscheidungen ergab, dass nur in Bezug auf den Einfluss der Verwaltung/Geschäftsführung ein signifikanter Zusammenhang mit der Art der Trägerschaft besteht (Tab. 16), weshalb dieser hier im Mittelpunkt der Betrachtung steht. Während Pädiater, Neurologen und Ärzte in den Internistischen Abteilungen kaum einen Einfluss der Verwaltung auf Versorgungsentscheidungen wahrnehmen, sind es vor allem Radiologen und Anästhesiologen, aber auch Geriater und Chirurgen, die hinsichtlich der Entscheidungsfunktion der Verwaltung einen weitaus größeren Einfluss wahrnehmen als ihre Kollegen aus anderen Disziplinen. Auch in diesem Aspekt sind es die Geriater, die im Wellenvergleich eine deutliche Veränderung wahrnehmen. Sie erkennen einen starken Anstieg des Einflusses der Verwaltung (+10 Prozentpunkte). In Verbindung mit den starken Konflikten zwischen Kostendruck und Berufsethos in der Geriatrie (s. o.) könnte hierin ein Hinweis liegen, dass die DRG-Bedingungen für die Geriater eine besondere Wirkung haben. Eine dieser Wirkungen ist, dass sie sich vermehrt von der Verwaltung in der Autonomie ihrer Versorgungsentscheidungen beeinträchtigt sehen. Ein weiterer Hinweis in diese Richtung besteht darin, dass diejenigen Ärzte, die einem zu hohen Arbeitspensum ausgesetzt sind, einen größeren Einfluss der Verwaltung auf Versorgungsentscheidungen wahrnehmen, als ihre Kollegen, die nicht überlastet sind. Außerdem fallen noch einige andere Verschiebungen auf: Während 2004 die schlechte Lage des Hauses und der Abteilung einen Zusammenhang mit verstärkter Einflussnahme der Verwaltung aufzeigte, besteht dieser Zusammenhang in 2005/06 - genauso wie der Einfluss der Trägerschaft - nicht mehr.

2004 wird generell in privaten und in freigemeinnützigen Häusern die Rolle der Verwaltung deutlich prominenter wahrgenommen als in Häusern mit öffentlicher Trägerschaft. Dieser Befund liegt durchaus im Bereich des zu Erwartenden, da private Träger über das Gewinninteresse ein stärkeres Bedürfnis haben, medizinische Versorgungsentscheidungen zu beeinflussen. 2005/06 ist dieser Zusammenhang jedoch im Modell nicht mehr sichtbar. Dies könnte daran liegen, dass die Adaption öffentlicher Träger an gewinnwirtschaftliche Managementstrukturen zu einer Nivellierung geführt hat.

Befragt, wer in ihrer Abteilung/Klinik hauptsächlich für die Dokumentation des Versorgungsgeschehens verantwortlich sei (Abb. 17), zeigt sich, dass in der Mehrzahl der

Krankenhäuser die Hauptlast bei den Assistenzärzten in Weiterbildung liegt, mit großem Abstand gefolgt von Assistenzärzten mit Facharzt und Ober-/Chefärzten. Andere Berufsgruppen sind anscheinend nur in Sonderfällen hauptverantwortlich. Diese Angaben decken sich mit den Befunden aus der Analyse der qualitativen Daten: Assistenzärzte tragen das Gros der DRG-Kodierlast (Buhr/Klinke 2006a). Der Anteil der Assistenzärzte ohne Facharzt sinkt allerdings im Wellenvergleich. Der Wellenvergleich zeigt einerseits einen wachsenden Anteil an sonstigen Personen (Dokumentationsfachkräfte, Arzthelfer, Pflegekräfte, Verwaltungsangestellte und sonstige Berufsgruppen), die diese Arbeiten übernehmen. Diese Berufsgruppen sind im Vergleich zu den Ärzten preiswerter. Der Wellenvergleich zeigt aber auch, dass die Kodierung mehr zur Chefsache geworden ist. Hier spielt wohl auch die größere Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses eine Rolle.

Abb. 17: Hauptverantwortliche für die Dokumentation des Versorgungsgeschehens in Prozent (n=2.135*)



*n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben.

In einer Untersuchung zu ärztlichen Einstellungen gegenüber Leitlinien (Hasenbein u. a. 2005) wird deutlich, dass unter den befragten Ärzten sehr heterogene Vorstellungen darüber existieren, welche Rolle und Funktion Leitlinien besitzen. Selbst Chefärzte

konnten teilweise die in ihrer Klinik vorhandenen Leitlinien nicht benennen³¹. Hierfür wird die Art und Weise des aktuellen Umgangs mit Leitlinien verantwortlich gemacht:

„Sie werden überwiegend nach Bedarf genutzt und spielen im Versorgungsalltag offenbar nur dort eine Rolle, wo Strukturen und Abläufe auf Leitlinien abgestimmt wurden. Leitlinien werden meist nur punktuell während Fortbildungsmaßnahmen, Fallkonferenzen und Literaturbesprechungen herangezogen.“ (Hasenbein u. a. 2005)

Ein weiterer interessanter Befund der o. g. Untersuchung weist auf einen Zusammenhang zwischen der Bereitschaft zu interprofessioneller Kooperation mit der jeweiligen Einstellung zur Arbeit mit Leitlinien hin. Es zeigt sich, dass teamorientierte Ärzte skeptischer gegenüber Leitlinien sind und weniger individuellen Nutzen in ihnen sehen als andere Ärzte. Organisationstheoretisch wird dies damit begründet, dass sich „Selbstabstimmung (Team) und Fremdstimmung (Regeln)“ (Hasenbein u. a. 2005) in gewisser Weise ausschließen. Sofern also Leitlinien nicht nur von denen, die diese als Legitimationsmittel des Handelns begrüßen, als hilfreich angesehen werden sollen, müssen diese in Zusammenarbeit mit den lokalen Akteuren angepasst und die verschiedenen Kooperationsformen an sich Bestandteil einer Leitlinie sein. Aus den Experteninterviews geht hervor, dass mehrheitlich im Bereich der Pflege Leitlinien bestehen, während im ärztlichen Bereich bisher erst wenige, aber meistens zumindest für eine Behandlung Leitlinien existieren (Buhr/Klinke 2006a, b). Geschildert wird außerdem, dass diese häufig noch nicht praxistauglich sind.

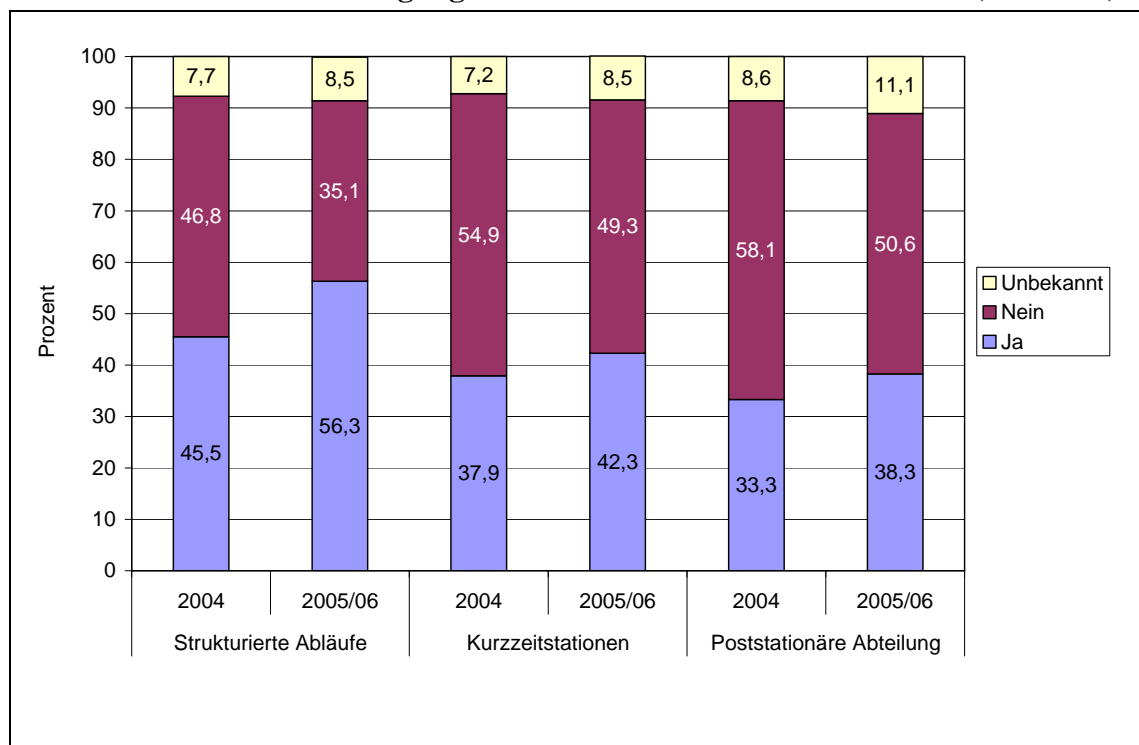
Abteilungen für Kurzzeit-PatientInnen existieren in 43 % (+4) der Fälle (Abb. 18). Abteilungen für poststationäre Versorgung sind in den Einrichtungen von 40 % (+6) der befragten Ärzte vorhanden.³² Dieses Wachstum im Wellenvergleich kann man als DRG-Effekt bezeichnen, denn in der noch laufenden zweiten Fallstudienwelle wurde uns erläutert, dass im Rahmen von Mischkalkulationen zunehmend ambulante Behandlungen durchgeführt werden, um Einnahmen außerhalb des DRG-Systems zu generieren. Poststationäre Abteilungen sind unter DRG-Bedingungen insofern zweckmäßig,

³¹ In dieser Erhebung aus dem Jahr 2003 wird nur von 4 der befragten 30 neurologischen Kliniken angegeben, gar keine Leitlinien zu haben (Hasenbein u. a. 2005).

³² Die Antwortkategorie „weiß nicht“ wird in allen drei Fällen als „nicht vorhanden“ interpretiert, da diese Neuerungen unter der Ärzteschaft des Hauses sicherlich lebhaft diskutiert werden würden, sofern sie im Haus eingeführt wären.

weil man so noch etwas Umsatz generiert und die obere Grenzverweildauer besser einhalten kann, also Mindereinnahmen vermeidet.

Abb. 18: Innovative Versorgungsformen im Krankenhaus in Prozent (n=2.165*)



*n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben.

Mittels einer linearen Regression (Tab. 17) kann gezeigt werden (0 = nicht vorhanden bis 1 = vorhanden), dass je nach Position der Befragten unterschiedliche Einschätzungen bezüglich der Existenz von klaren und koordinierten Abläufen bestehen.

Da es die leitenden Ärzte sind, die häufiger von Case Management³³, Clinical Pathways und Leitlinien sprechen, bestätigen diese Zahlen den geäußerten Verdacht, dass die vorhandenen Pathways/Leitlinien für Assistenzärzte in der Praxis der Versorgung eine weitaus geringere Rolle spielen, als es ihre Schubladenexistenz vermuten ließe. In den Fachgebieten fällt auf, dass die chirurgische Versorgung am stärksten von koordinierten Abläufen geprägt ist. Die Krankenhausgröße hat keinen Einfluss. Demgegenüber besteht in freigemeinnützigen und privaten Häusern eher als anderswo die Neigung, Case

³³ Case Management (Fallmanagement) ist ursprünglich eine amerikanische Management-Strategie mit dem Ziel, die Versorgung von Patienten in einer akuten Krankheitsperiode so zu steuern, dass

Management, Clinical Pathways und Leitlinien zu entwickeln. Hinsichtlich der Trägerschaft zeigt sich, dass private und freigemeinnützige Träger unter DRG-Bedingungen häufiger als in öffentlichen Häusern Clinical Pathways, Case-Management oder Leitlinien entwickelt haben.

Tab. 17: Existenz von Clinical Pathways, Case-Management und Leitlinien im Krankenhaus – lineare Regression (n=2.216)

	Einflussvariablen	2004	2005/06
	(Konstante ¹)	,365 ***	,453 ***
Position	Assistent/in mit Facharzt	-,005	-,025
	Oberarzt/-ärztin	-,004	,124 ***
	Leitende/r Oberarzt/-ärztin	,095 *	,111 *
	Chefarzt/-ärztin	,214 ***	,179 ***
Fachgebiet	Chirurgie	,226 ***	,216 ***
	Pädiatrie	,121 **	,103
	Geriatrie	,054	-,021
	Neurologie	,026	,095
	Anästhesie	,026	,057
	Radiologie	,067	-,023
	Anderer Fachbereich	,287 ***	,211 ***
Krankenhausgröße	Groß (501 bis 1.000 Betten)	-,042	-,028
	Mittel Groß (301 bis 500 B.)	-,033	-,088
	Klein (201 bis 300 B.)	,056	,016
	Sehr Klein (bis 200 B.)	,049	-,070
Trägerschaft	Freigemeinnütziger Träger	,005	,101 **
	Privater Träger	,046	,131 **
Situation des Hauses	Schlecht (Haus)	-,059 *	-,059
Situation d. Abteilung	Schlecht (Abteilung)	-,049	-,036
Arbeitspensum	Überforderung	-,034	-,017
R-Quadrat		,081	,083

*** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1 %; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 5 %; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 10 %

(1) Die Konstante setzt sich zusammen aus: Assistenzarzt ohne Facharztanerkennung (Position), inter-nistische Fachgebiete (Fachgebiet), >1.000 Betten (Krankenhausgröße), öffentliches KH (Träger), keine Überforderung durch zu hohes Arbeitspensum (Überforderung), gute Situation des Hauses (Si-tuation des H.) und gute Situation der Abteilung (Situation der A.).

3.3.2 Versorgungsgeschehen

In diesem Abschnitt werden diejenigen Aspekte der Befragung analysiert, die sich auf die qualitätsrelevanten Merkmale von Versorgungsabläufen beziehen, von denen er-wartet werden kann, dass sie durch die Einführung des neuen Entgeltsystems beeinflusst werden. Dargestellt werden Merkmale der Notfallaufnahme, der regulären Aufnahme,

in einem abgestimmten Prozess die individuell notwendigen Gesundheitsleistungen zügig und kostengünstig erbracht werden (Carels/Pirk 2005, 49).

Wartezeiten bis zur Aufnahme in das Krankenhaus, Güte des Pflegestandards, Höhe der Bettenauslastung, Merkmale des Entlassungsmanagements und der Patientenzufriedenheit.

Das DRG-System lässt erwarten, dass die Krankenhausbetreiber insbesondere über die Chefärzte versuchen werden, ökonomische Handlungsrationitäten in die medizinischen Abteilungen ihrer Häuser zu implantieren, wobei offen ist, ob nicht bereits die Budgetierung über die Einführung von Abteilungsbudgets Wirkung gezeigt hat. In der Analyse der Experteninterviews konnte bereits gezeigt werden, dass ökonomische Handlungsmaximen vor allem als diffuser Druck über die Chefärzte in die Abteilungen getragen werden (Buhr/Klinke 2006a).

Da private Träger von sich behaupten, besonders effiziente und gleichzeitig besonders gute Versorgungsstrukturen zu gewährleisten, wird in diesem Kapitel erneut ein besonderes Augenmerk auf die Überprüfung dieser Variable gelegt werden.

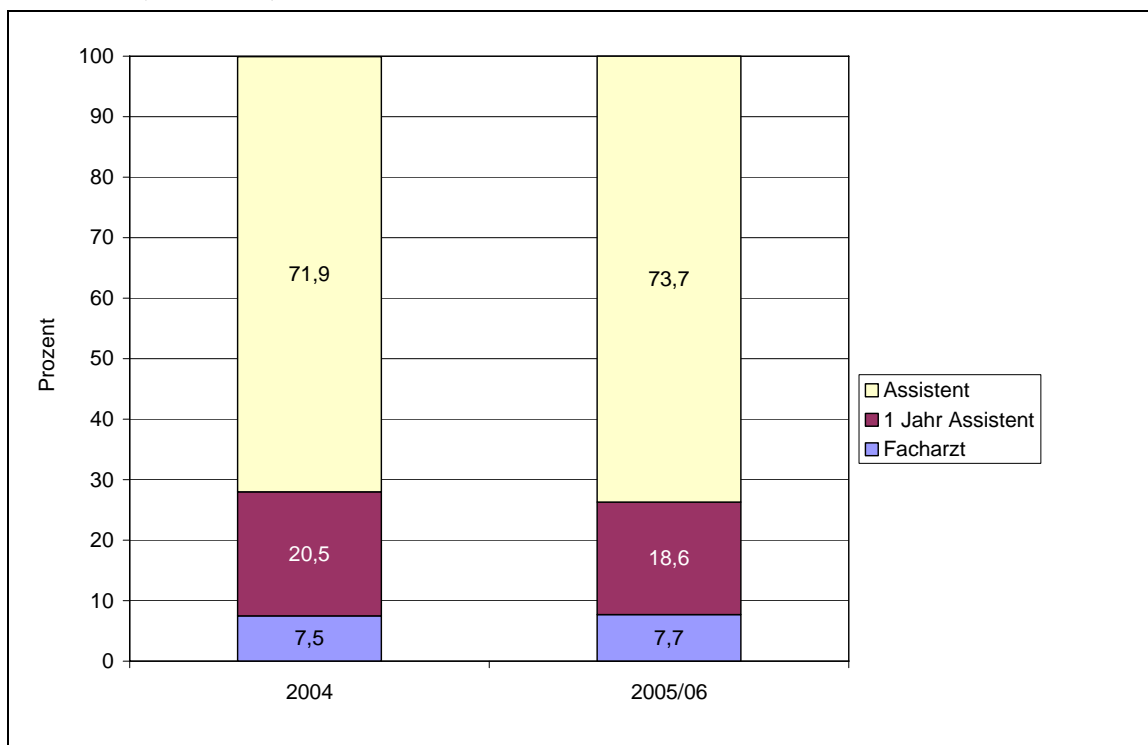
Aufnahme

Das DRG-System begünstigt im Prinzip diejenige Einrichtung, die von der Aufnahme bis zur Entlassung den geradlinigsten und vor allem am wenigsten Ressourcen aufwendigen Weg beschreitet. Idealtypisch ist es unter DRG-Bedingungen notwendig – schon bei der Aufnahme – den Patienten diagnostisch auf das richtige Gleis zu stellen, weshalb es von Vorteil ist, bei der Aufnahme möglichst qualifiziertes Personal einzusetzen. Es ist jedoch unklar, ob eine reine Fixierung auf die Reduzierung der Verweildauer einer Grenzkostenbewertung standhält, da z. B. die simple Unterbringung des Patienten in einem Bett nicht besonders teuer ist, während Kosten für zusätzliches qualifiziertes Personal eine ganz andere Belastung darstellen.

In den Interviews wurde deutlich, dass schon so mancher Geschäftsführer diesen Umstand erkannt hat und eine Überschreitung der oberen Grenzverweildauer mittlerweile als nicht mehr so problematisch ansieht (Buhr/Klinke 2006a). Gefragt, welche Mindestqualifikation die Dienst habenden Ärzte in der Notfallaufnahme haben (Abb. 19), wird

von 74 % (+2) der Befragten eingeräumt, dass diese nur Assistenzärzte³⁴ sein müssen, die weniger als ein Jahr Berufserfahrung besitzen. Weitere 19 % (-2) gaben an, die Diensthabenden müssten zumindest ein Jahr Berufserfahrung besitzen. Nur in 8 % der Fälle (+/-0) müssen die betreffenden Ärzte ihre Weiterbildung zum Facharzt abgeschlossen haben.

Abb. 19: Notfallaufnahme, Mindestqualifikation der Dienst habenden Ärzte in Prozent (n=2.093*)



*n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben.

Wie wichtig es ist, qualifizierte Ärzte in der Notaufnahme zu haben, wird an folgendem Beispiel von Herzinfarkt-Patienten deutlich: Wenn ein Assistent aufgrund mangelnder Erfahrung eine falsche Diagnose stellt, vergeht wertvolle Zeit. Irreversible Schäden der Herzwand können vor allem innerhalb der ersten vier Stunden nach Infarkt verhindert werden. Zeit ist für viele Notfallsituationen ein kritischer Qualitätspunkt (BQS 2005). Es kommt also darauf an, möglichst schnell die richtige Diagnose zu stellen. Die weit verbreitete Verfahrensweise, bei der ein junger Assistenzarzt den Patienten erst einmal auf eine aus seiner Sicht zuständige Station verweist, könnte in vielen Fällen zu lang-

³⁴ Zur ersten Befragung existierte noch die Statusgruppe „AIP“. Seit 2005 erhalten Ärzte direkt nach

wierig sein – insbesondere dann, wenn sich der junge Assistenzarzt in seiner Zuordnung irrt. Von daher wäre eine größere Erfahrung bei den aufnehmenden Ärzten wünschenswert. Eine Alternative bieten die vermehrt eingeführten Aufnahmestationen, die bei der Aufnahme schon mehr Möglichkeiten zur Diagnostik bieten.

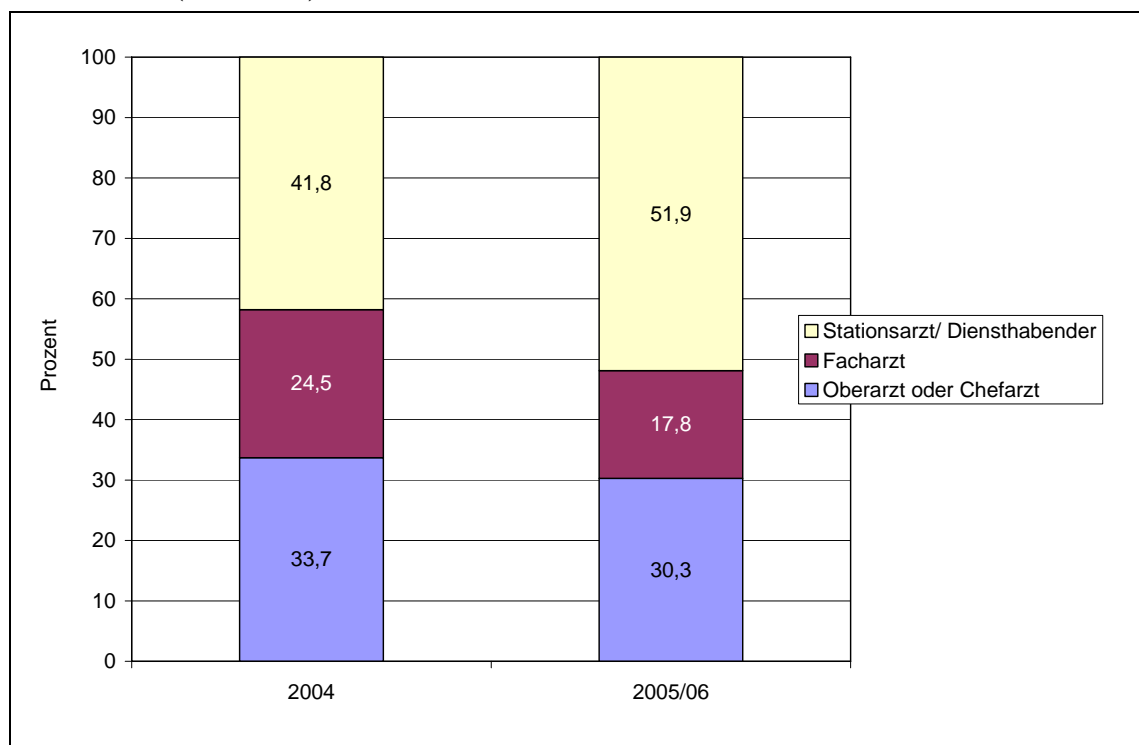
Insgesamt sollte die Mindestqualifikation von Ärzten in der Notaufnahme aus Qualitätsgesichtspunkten in den meisten Häusern noch deutlich verbessert werden. Hier führen die DRGs anscheinend zu keiner Verbesserung der Situation – es deutet sich sogar eine leichte Verschlechterung an.

In Bezug auf die reguläre Aufnahme von Patienten setzt das DRG-System ebenfalls bestimmte Anreize, zu überprüfen, welche Patienten stationär behandelt werden dürfen bzw. abrechnungsfähig sind und welche nicht. Durch – aus Sicht der Kassen – fälschlich stationär behandelte Patienten droht dem jeweiligen Krankenhaus derzeit häufig im Nachhinein der Totalverlust seiner bereits verausgabten Mittel oder es kommt immer wieder zumindest zu unerwünschten Dialogen mit den Krankenkassen, wobei die Krankenhausärzte ihre Handlungen verteidigen und legitimieren müssen (Buhr/Klinke 2006a).

Auch im Falle der regulären Aufnahme von Patienten könnte also eine höhere Qualifikation der über die Aufnahme entscheidenden Ärzte durchaus von Vorteil sowohl für das Krankenhaus als auch für den Patienten sein – allerdings aufgrund unterschiedlicher Interessenlagen: Das Krankenhaus möchte keinen Patienten behandeln, der hinterher kein Geld bringt, während der Patient nicht möchte, dass ihm fälschlicherweise eine stationäre Behandlung vorenthalten wird. Wenn jedoch Chefärzte zu Managern ihrer Abteilung werden und wegen ökonomischer Anreizsysteme die Patientenbedürfnisse geringer bewerten, bietet die Qualifikation der Ärzte bei der Aufnahme auch keine Gewähr dafür, dass Patienteninteressen gewahrt bleiben. Vieles hängt davon ab, ob der Arzt primär Anwalt seines Patienten bleibt oder zu einem Dienstleister wird, bei dem nur der zahlende Kunde ein guter Kunde ist.

Über die reguläre Aufnahme (Abb. 20) eines eingewiesenen Patienten entscheidet in 52 % (+10) der Fälle primär der jeweils Dienst habende Arzt. In 18 % (-7) der Fälle ist hierfür primär oder alleinig ein Facharzt zuständig. In den Häusern von 30 % (-3) der befragten Ärzte treffen ein Ober- oder sogar der Chefarzt die Entscheidung. Unter DRG-Bedingungen ist also für die Krankenhäuser von etwa 48 % der befragten Ärzte gewährleistet, dass zumindest qualifizierte Ärzte diese zunehmend konflikthafte Entscheidung treffen. Der Rückgang um fast 10 Prozentpunkte innerhalb von ca. zwei Jahren nach Einführung der DRGs widerlegt allerdings die von Befürwortern des Fallpauschalensystems vertretene These, dass die gesetzten finanziellen Anreize zu einer qualitativen Verbesserung der Patientenaufnahme führen.

Abb. 20: Primäre oder exklusive Entscheidungsfunktion bei regulärer Aufnahme in Prozent (n=2.068*)

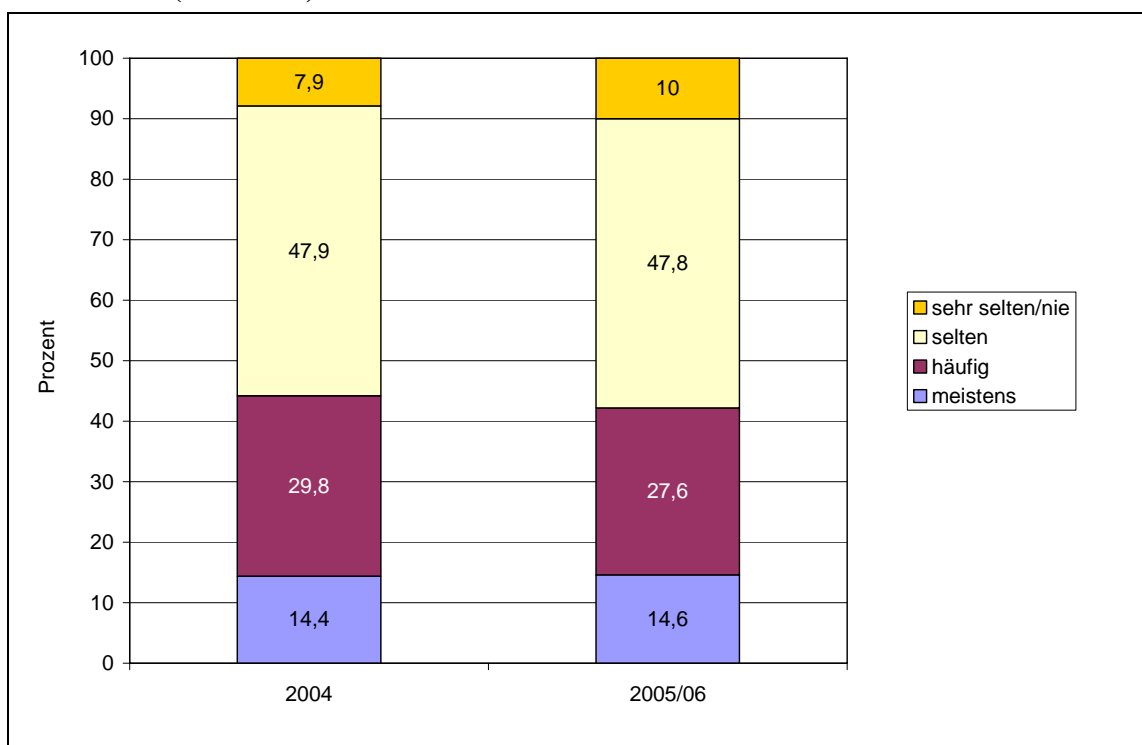


*n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben.

Aus ähnlichen Erwägungen heraus ist es in einem fallpauschalierten System in der Theorie günstig für das Krankenhaus, gleich bei Erstkontakt eine vollständige Patientenakte vorliegen zu haben, da dies die Diagnosestellung und Behandlungsdauer insgesamt verkürzen kann und überflüssige (teure) Diagnostik vermeiden hilft. Für die Patienten wäre eine vollständige Akte insofern von Vorteil, als dass es nicht zu unnötigen und belas-

tenden Doppeluntersuchungen kommt und ihre Probleme zügiger gelöst werden. In 43 % (-1) der Fälle liegt eine vollständige Patientenakte häufig oder sogar meistens vor (Abb. 21), während 57 % (+1) der Ärzte selten bis nie eine vollständige Akte bei Erstkontakt vorliegen haben. Hier ist demnach noch ein großes Verbesserungspotenzial vorhanden, das anscheinend durch die gesetzten Anreize nicht gehoben wird. 2005/06 ist der Anteil derjenigen, die die Angabe „nie“ machten, sogar um zwei Prozentpunkte gestiegen.

Abb. 21: Vollständigkeit der Patientenakte bei Erstkontakt, reguläre Aufnahme in Prozent (n=2.129*)



*n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben.

Mittels einer linearen Regression (Tab. 18) zeigt sich, dass hinsichtlich der Position des Befragten unterschiedliche Einschätzungen über die Vollständigkeit der Akte (0 = selten/nie bis 1 = meistens vollständig) vorliegen. Chefärzte haben demnach gegenüber ihren Kollegen eine größere Chance, bei Erstkontakt eine vollständige Akte zu bekommen. In der Chirurgie und einigen Spezialgebieten (sonstige Fächer) besteht ebenfalls eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit auf Vollständigkeit der Patientenakte bei Erstkontakt als in den anderen Disziplinen (ca. +20 Prozentpunkte gegenüber internistischen Kollegen). Die Krankenhausgröße hat keinen nennenswerten Einfluss. In privaten

Tab. 18: Vollständigkeit der Patientenakte bei Erstkontakt, reguläre Aufnahme – Lineare Regression (n=2.216)

	Einflussvariablen	2004	2005/06
	(Konstante ¹)	,399 ***	,350 ***
Position	Assistent/in mit Facharzt	,031	,017
	Oberarzt/-ärztin	-,008	,041
	Leitende/r Oberarzt/-ärztin	-,014	,015
	Chefarzt/-ärztin	,102 *	,135 **
Fachgebiet	Chirurgie	,221 ***	,201 ***
	Pädiatrie	,059	,049
	Geriatric	,167 *	,021
	Neurologie	-,041	-,059
	Anästhesie	-,031	,134 **
	Radiologie	,122	,234 **
	Anderer Fachbereich	,232 ***	,227 ***
Krankenhausgröße	Groß (501 bis 1.000 Betten)	-,044	-,016
	Mittel Groß (301 bis 500 B.)	-,055	-,040
	Klein (201 bis 300 B.)	-,017	,018
	Sehr Klein (bis 200 B.)	-,044	,074
Trägerschaft	Freigemeinnütziger Träger	,069 *	,001
	Privater Träger	,089 *	-,026
Situation des Hauses	Schlecht (Haus)	-,049	-,055
Situation d. Abteilung	Schlecht (Abteilung)	-,013	-,022
Arbeitspensum	Überforderung	-,075 **	-,055
R-Quadrat		,068	,056

*** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1 %; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 5 %; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 10 %

(1) Die Konstante setzt sich zusammen aus: Assistenzarzt ohne Facharztanerkennung (Position), internistische Fachgebiete (Fachgebiet), >1.000 Betten (Krankenhausgröße), öffentliches KH (Träger), keine Überforderung durch zu hohes Arbeitspensum (Überforderung), gute Situation des Hauses (Situation des H.) und gute Situation der Abteilung (Situation der A.).

und freigemeinnützigen Häusern war 2004 die Chance auf Vollständigkeit der Patientenakte bei Erstkontakt um neun bzw. sieben Prozentpunkte höher als in öffentlichen Häusern. 2005/06 ist dieser Effekt weitgehend verschwunden, d. h., hier sind erneut Nivellierungstendenzen zu beobachten.

Wartelisten sind nicht erst seit der Einführung der DRGs ein potentielles Problem, sondern bereits seit Einführung der Budgetierung. D. h., es gibt merkliche Wartezeiten für Patienten mit festgestelltem Behandlungsbedarf bis zur Aufnahme in die behandelnde Klinik. Ressourcenverknappung führt zu Wartezeiten, da die Häuser bestimmte Leistungsmengen mit den Krankenkassen aushandeln. Um hier Punktlandungen zu realisieren und die OP-Kapazitäten optimal auszulasten, müssen die Patientenströme unabhängig von ihrem Auftreten gesteuert werden, nämlich mittels Wartezeiten. Es handelt sich zugegebenermaßen um eine komplexe Angelegenheit, die den Kernbereich ärztlicher

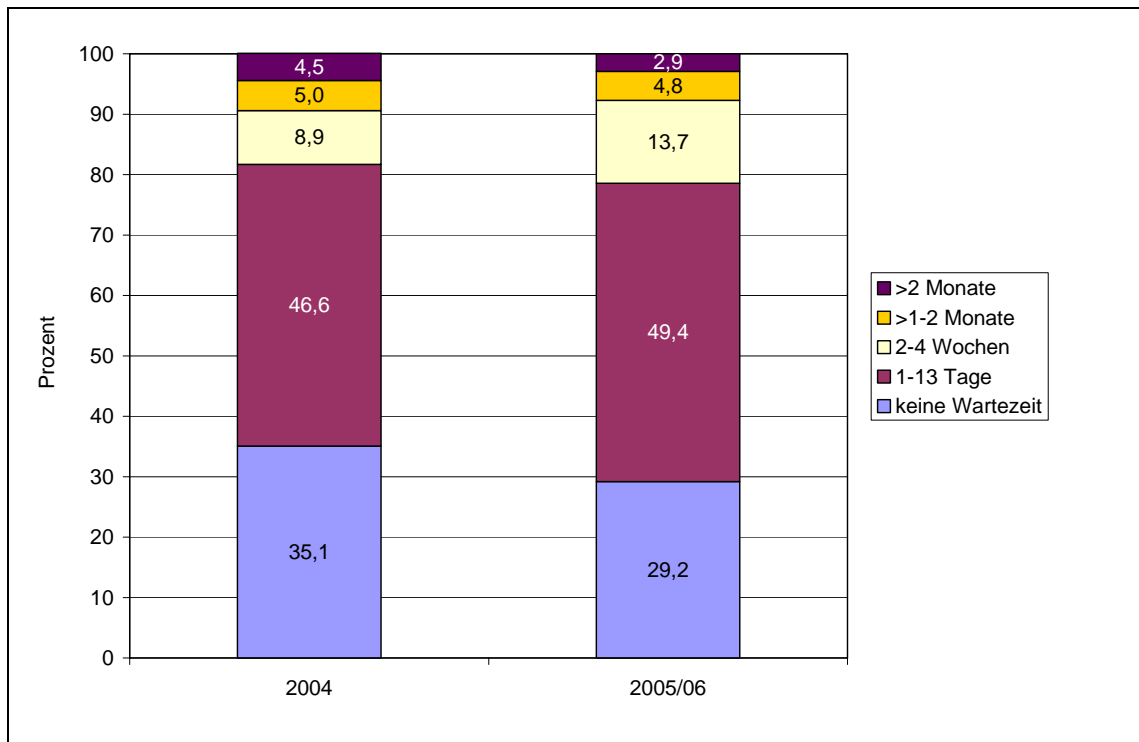
Kompetenz berührt, nämlich die Fähigkeit zu entscheiden, welchen Patienten gegenüber eine Wartezeit medizinisch zu vertreten ist, und wenn ja, für wie lange die notwendige Behandlung, ohne Verschlechterung der Heilungsaussichten befürchten zu müssen, aufschiebbar ist. In Kauf genommen wird in jedem Fall eine Verlängerung der Zeiten im Zustand mit einer gesundheitlichen Einschränkung. Strittig ist z. B., ob Schmerzen oder motorische Beeinträchtigungen dazu führen, dass finanzielle Erwägungen zurückgestellt werden und von dem entscheidenden Arzt ein unmittelbarer Behandlungsanspruch anerkannt wird. Da die vorgehaltenen Kapazitäten in Deutschland ausreichend sind, sind Wartelisten primär ein Produkt ökonomisch-medizinischer Abwägungen (Klinke 2003a, 113).

Von den befragten Ärzten geben nur 29 % (-6) an, dass ihre Patienten keine Wartezeit haben (Abb. 22). 49 % (+2) geben an, dass ihre Patienten im Schnitt 1-13 Tage auf einen Termin in ihrer Abteilung warten müssen. 14 % (+5) lassen ihre Patienten meist zwei bis vier Wochen warten. In den Abteilungen von 5 % (+/-0) der Befragten müssen Patienten mit einer Wartezeit von ein bis zwei Monaten rechnen. 5 % (-2) der Befragten sind der Ansicht, dass ihre Patienten durchschnittlich mehr als zwei Monate auf einen Behandlungstermin warten müssen. Diese Zunahme an Abteilungen mit Wartezeiten insgesamt und die Zunahme von Abteilungen mit Wartezeiten von bis zu vier Wochen zeigt eine große Übereinstimmung mit den geschilderten Anreizen unter DRG-Bedingungen und den Befunden aus der zweiten Welle der Fallstudien. Trotzdem müssen diese Ergebnisse mit Vorsicht betrachtet werden, da die abgefragten Variablen in der zweiten Befragung eindeutiger gefasst wurden.³⁵ Im Umkehrschluss ist aber dann auch das schlechtere Niveau der Ergebnisse von 2005/06 als zutreffend anzusehen.

Wartezeiten im Bereich von bis zu vier Wochen erscheinen je nach Krankheitsbild mehr oder weniger problematisch. Darüber hinausgehende Wartezeiten sind jedoch unter Qualitätsgesichtspunkten nicht hinnehmbar – zumal es sich hierbei um die durchschnitt-

³⁵ Die Veränderung der Wartezeit kann mit unserer Befragung nicht eindeutig nachgewiesen werden, da die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten von der ersten zur zweiten Befragung geändert wurden. Eine Änderung der Antwortmöglichkeiten war deshalb nötig, weil das Antwortschema derart komplex war, dass zu über 40 % die Frage nicht beantwortet wurde.

Abb. 22: durchschnittliche Wartezeiten für Patienten mit festgestelltem Behandlungsbedarf bei regulärer Aufnahme in Prozent (n=1563*)



*n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben.

lichen Wartezeiten handelt. Weitere Untersuchungen sind noch notwendig, um Trends unter DRG-Bedingungen zu erkennen.

Mittels einer linearen Regression (Tab. 19) werden die Effekte der einzelnen erklärenden Variablen auf die durchschnittliche Wartezeit berechnet (0 = keine Wartezeit bis 120 = mehr als drei Monate Wartezeit). Es bestätigt sich, was sich in den anderen Fragen zur Versorgungsqualität bereits abgezeichnet hat: Bei den hohen Wartezeiten sind die Chirurgie und Spezialgebiete (sonstige Fächer) (beide plus 11 Tage) aber auch die Pädiatrie (plus sechs Tage) besonders betroffen, d. h. dort, wo geregelte Abläufe und Vollständigkeit der Patientenakte häufiger anzutreffen sind, wird auch mit längeren Wartezeiten gearbeitet, weil so leichter eine Regelmäßigkeit der Abläufe und damit eine höhere Effizienz des Ressourceneinsatzes zu erzielen ist – zumal in den OPs auch die größten Einzelkosten der Krankenhäuser stecken. In sehr kleinen Häusern ist anscheinend die Wartezeit durchschnittlich niedriger. Auffällig ist die höhere Wartezeit in privaten Häusern – plus neun Tage. Unter DRG-Bedingungen hat sich der Effekt verstärkt, was darauf hindeutet, dass die Geltung des gewinnwirtschaftlichen Prinzips zu einer

Tab. 19: durchschnittliche Wartezeiten für Patienten mit festgestelltem Behandlungsbedarf, reguläre Aufnahme – lineare Regression (n=2.216)

	Einflussvariablen	2004	2005/06
	(Konstante ¹)	4,345	2,872
Position	Assistent/in mit Facharzt	-1,292	-1,350
	Oberarzt/-ärztin	,048	1,136
	Leitende/r Oberarzt/-ärztin	,439	-2,372
	Chefarzt/-ärztin	-3,957	2,554
Fachgebiet	Chirurgie	12,336 ***	11,008 ***
	Pädiatrie	-4,043	6,254 **
	Geriatric	-,727	,503
	Neurologie	3,139	4,992
	Anästhesie	3,089	2,406
	Radiologie	3,583	2,989
	Anderer Fachbereich	13,812 ***	11,094 ***
Krankenhausgröße	Groß (501 bis 1.000 Betten)	-,070	-,049
	Mittel Groß (301 bis 500 B.)	-4,201	-,914
	Klein (201 bis 300 B.)	-,013	,169
	Sehr Klein (bis 200 B.)	-3,090	-4,902 **
Trägerschaft	Freigemeinnütziger Träger	2,396	2,572
	Privater Träger	5,244 *	9,005 ***
Situation des Hauses	Schlecht (Haus)	2,701	1,192
Situation d. Abteilung	Schlecht (Abteilung)	,255	-,721
Arbeitspensum	Überforderung	1,903	,685
R-Quadrat		,096	,117

*** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1 %; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 5 %; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 10 %

(1) Die Konstante setzt sich zusammen aus: Assistenzarzt ohne Facharztanerkennung (Position), internistische Fachgebiete (Fachgebiet), >1.000 Betten (Krankenhausgröße), öffentliches KH (Träger), keine Überforderung durch zu hohes Arbeitspensum (Überforderung), gute Situation des Hauses (Situation des H.) und gute Situation der Abteilung (Situation der A.).

rationaleren Planung führt, um Ressourcen zu schonen – jedoch auf Kosten längerer Wartezeiten für die Patienten.

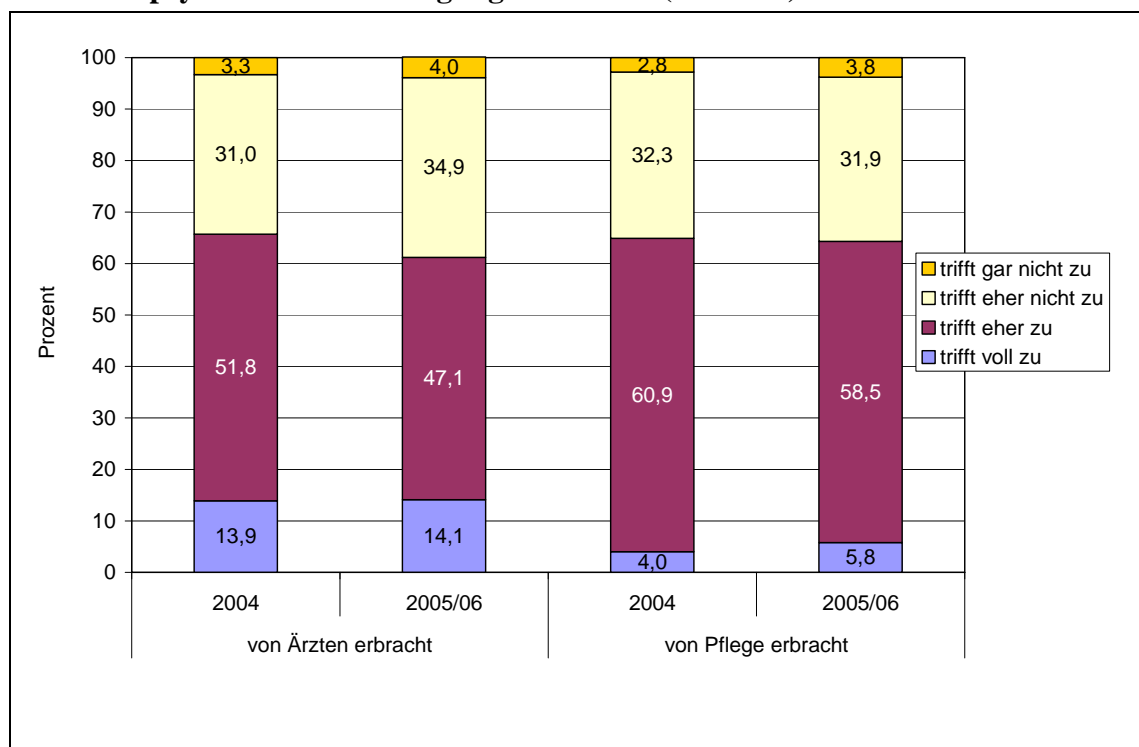
Auch diese Zahlen decken sich mit den qualitativen Befunden. Wartezeiten von ein bis zwei Monaten werden als hinnehmbar betrachtet und eine Tendenz zur Ausweitung von Wartezeiten bis zur Aufnahme wird als Folge der DRGs nicht ausgeschlossen. Wartezeiten für Patienten gelten den Ärzten als hinnehmbar, solange eher geringe gesundheitliche Nachteile oder Unannehmlichkeiten für die Patienten erwartbar sind. Moralisch problematisch wird es aus ihrer Sicht z. B. erst bei Krebspatienten (Buhr/Klinke 2006a).

Behandlung

Hier liegt zwar nicht der Schwerpunkt dieser Untersuchung, einige Daten wurden jedoch auch direkt zum Thema Behandlungsqualität (Psychosoziale Versorgung, Pflegestandard und Bettenauslastung) erhoben. Unter DRG-Bedingungen steht durch die Be-

schleunigung der Abläufe noch mehr als bisher die Ganzheitlichkeit der Behandlung in Frage: Nur 14 % (+/-0) der Befragten sind der Meinung, dass sie ihren Patienten genügend soziale und emotionale Zuwendung zukommen lassen. 47 % (-5) sind zumindest eingeschränkt der Ansicht, ihren Patienten grundsätzlich soziale und emotionale Zuwendung zukommen zu lassen. Für 35 % (+4) ist dies grundsätzlich eher nicht der Fall und für 4 % (+1) der Ärzte gar nicht. Den Pflegenden wird ebenfalls häufig attestiert, dass sie den Patienten zu wenig (32 %) oder gar keine (4 %) soziale und emotionale Unterstützung zuteil werden lassen. Der Wellenvergleich zeigt auch hier, dass sich unter DRG-Bedingungen eher eine Entwicklung zum Schlechteren hin vollzieht.

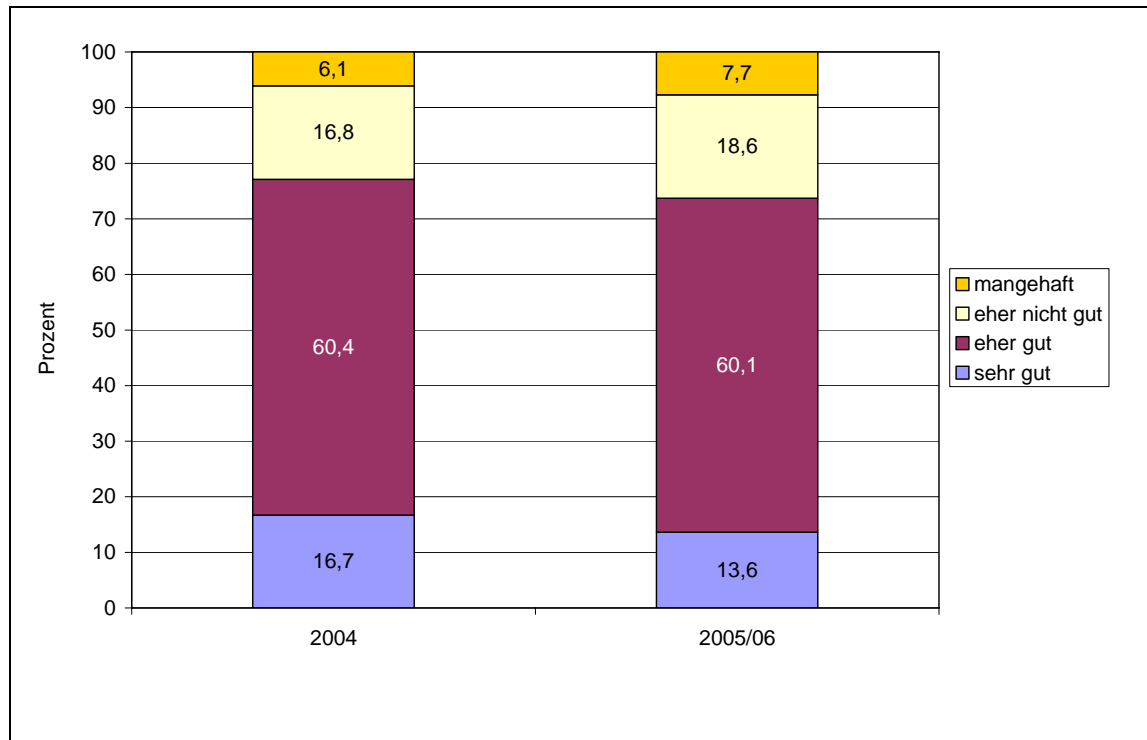
Abb. 23: psychosoziale Versorgung in Prozent (n=2208*)



*n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben.

74 % (-2) der Ärzte beobachten in ihrem unmittelbaren Arbeitsbereich einen guten bis sehr guten Pflegestandard (Abb. 24), d. h., in 26 % (+2) der Fälle ist der Pflegestandard deutlich verbesserungswürdig. Anders ausgedrückt: In vermutlich einem Viertel aller bundesdeutschen Krankenhäuser möchte man als Patient nicht landen, weil sowohl der Pflegestandard nicht hoch ist als auch weder ärztliche noch pflegerische Ansprechpartner vorhanden sind, die Zeit haben für Sorgen und Nöte.

Abb. 24: Qualität der Pflege im unmittelbaren Arbeitsumfeld in Prozent (n=2.148*)



*n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben.

Mittels einer linearen Regression wird der Einfluss von Position, Fachgebiet, Krankenhausgröße, Trägerschaft, Situation des Hauses, der Abteilung und der Arbeitsbelastung auf den Pflegestandard gemessen (vgl. Tab. 20). Es zeigt sich kein Zusammenhang mit der Art der Trägerschaft. In diesem Modell zeichnet sich folglich kein Hinweis darauf ab, dass private Träger mehr als andere in der Lage sind, den Pflegestandard zu verbessern. Überdurchschnittlich gut wird der Pflegestandard in kleinen und sehr kleinen Einrichtungen beurteilt sowie in der Pädiatrie. In der Pädiatrie herrscht traditionell eine engere Zusammenarbeit von Ärzten mit Pflegekräften, so dass eine positive Bewertung des Pflegestandards durch Ärzte auch zu einem gewissen Anteil Beziehungsaspekte reflektiert: Wer mehr und kooperativ miteinander zu tun hat, schätzt auch die Arbeit des Gegenüber. Auffällig ist, dass eine schlechte Situation der Abteilung und die Überforderung durch ein zu hohes Arbeitspensum eine negative Bewertung des Pflegestandards fördert. Dieser Einfluss hat sich 2005/06 gegenüber 2004 verstärkt. Wertet man dies als DRG-Effekt, liegt der Schluss nahe, dass eine angespannte Personalsituation durch

Sparmaßnahmen und Zukunftsängste die Kooperation und damit auch die Einschätzung der Arbeit des Anderen negativ beeinflussen.

Tab. 20: Qualität der Pflege im unmittelbaren Arbeitsumfeld – lineare Regression (n=2.216)

	Einflussvariablen	2004	2005/06
	(Konstante ¹)	,790 ***	,764 ***
Position	Assistent/in mit Facharzt	-,032	-,020
	Oberarzt/-ärztin	-,018	,026
	Leitende/r Oberarzt/-ärztin	,006	,106 *
	Chefarzt/-ärztin	,092 *	,056
Fachgebiet	Chirurgie	,032	,029
	Pädiatrie	,109 **	,167 ***
	Geriatric	-,073	,032
	Neurologie	,040	,107
	Anästhesie	,010	,035
	Radiologie	-,008	,039
	Anderer Fachbereich	,094 **	,075
Krankenhausgröße	Groß (501 bis 1.000 Betten)	,049	,035
	Mittel Groß (301 bis 500 B.)	-,040	-,009
	Klein (201 bis 300 B.)	,068 *	,091 *
	Sehr Klein (bis 200 B.)	,032	,152 ***
Trägerschaft	Freigemeinnütziger Träger	,022	-,009
	Privater Träger	,025	,000
Situation des Hauses	Schlecht (Haus)	-,041	-,038
Situation d. Abteilung	Schlecht (Abteilung)	-,054 *	-,135 ***
Arbeitspensum	Überforderung	-,073 ***	-,118 ***
R-Quadrat		,035	,071

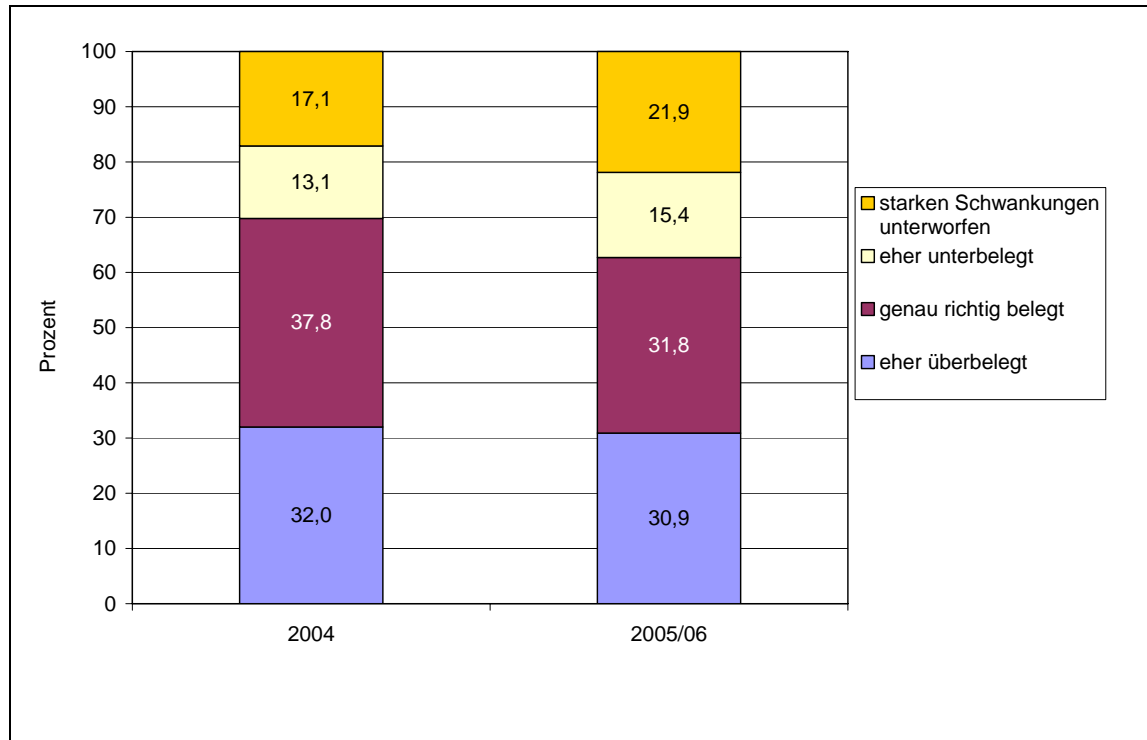
*** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1 %; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 5 %; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 10 %

(1) Die Konstante setzt sich zusammen aus: Assistenzarzt ohne Facharztanerkennung (Position), internistische Fachgebiete (Fachgebiet), >1.000 Betten (Krankenhausgröße), öffentliches KH (Träger), keine Überforderung durch zu hohes Arbeitspensum (Überforderung), gute Situation des Hauses (Situation des H.) und gute Situation der Abteilung (Situation der A.).

Die Bettenauslastung eines Krankenhauses wird schon seit längerem primär als wirtschaftliche Größe betrachtet. Derzeit werden Auslastungen von 80 bis 85 % als optimal gehandelt. Eine höhere Auslastung ist eindeutig mit Nachteilen für die Versorgungsqualität verbunden. Dieses Optimum sieht aus Patientensicht sicherlich anders aus, da Auslastungen von nur 70 bis 75 % kein Nachteil, sondern ein Vorteil wären. Die meisten Patienten würden vermutlich lieber mit möglichst wenigen Personen das Zimmer, den Arzt und die Pflegekraft teilen. Immerhin 31 % (-1) der Ärzte bewerten den Auslastungsgrad der letzten sechs Monate ihrer Abteilung als eher überbelegt (Abb. 25). Weitere 22 % (+5) sehen sich starken Schwankungen (zu hoch/zu niedrig) der Belegung ausgesetzt, d. h., nur etwa die Hälfte der Ärzte arbeiten unter Bedingungen einer un-

problematischen Auslastung. Der Wellenvergleich zeigt, dass starke Schwankungen in der Belegung zugenommen haben.

Abb. 25: Bettenauslastung in Prozent (n=2.101*)



*n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben.

Die Korrelation der Bettenauslastung mit Position, Fachgebiet, Krankenhausgröße und Trägerschaft ergab, dass kein signifikanter Zusammenhang mit der Art der Trägerschaft besteht. Es zeichnet sich also kein Hinweis darauf ab, dass private Träger ihre Häuser in dieser Hinsicht besser optimieren können als andere. Eine hohe Bettenauslastung ist natürlich nicht nur für Patienten belastend, weil man in einem vollen Zimmer liegt, sondern auch die Belastung des betreuenden Personals (vor allem Pflegekräfte und Assistenzärzte) ist hoch, da z. B. weniger Zeit pro Patient zur Verfügung steht. Von daher wundert es nicht, wenn sich in einem Regressionsmodell zeigt, dass leitende Ärzte eine andere Vorstellung von richtiger Belegung haben als Assistenzärzte, die sich eher überlastet fühlen und von daher eine niedrigere Belegung für optimal ansehen (Tab. 21).

Tab. 21: Bettenauslastung – lineare Regression (n=2.216)

	Einflussvariablen	2004	2005/06
	(Konstante ¹)	,628 ***	,624 ***
Position	Assistent/in mit Facharzt	-,047	-,127 ***
	Oberarzt/-ärztin	-,110 ***	-,142 ***
	Leitende/r Oberarzt/-ärztin	-,128 **	-,213 ***
	Chefarzt/-ärztin	-,071	-,224 ***
Fachgebiet	Chirurgie	-,091 **	-,011
	Pädiatrie	-,016	,097
	Geriatric	-,100	-,093
	Neurologie	,072	-,057
	Anästhesie	,066	,071
	Radiologie	,018	,197
	Anderer Fachbereich	-,104 **	,028
Krankenhausgröße	Groß (501 bis 1.000 Betten)	-,035	-,016
	Mittel Groß (301 bis 500 B.)	-,080 *	-,041
	Klein (201 bis 300 B.)	-,130 ***	-,031
	Sehr Klein (bis 200 B.)	-,097 **	-,053
Trägerschaft	Freigemeinnütziger Träger	-,059	-,061
	Privater Träger	-,069	-,046
Situation des Hauses	Schlecht (Haus)	-,038	-,119 ***
Situation d. Abteilung	Schlecht (Abteilung)	-,022	,017
Arbeitspensum	Überforderung	,066 **	,090 **
R-Quadrat		,047	,060

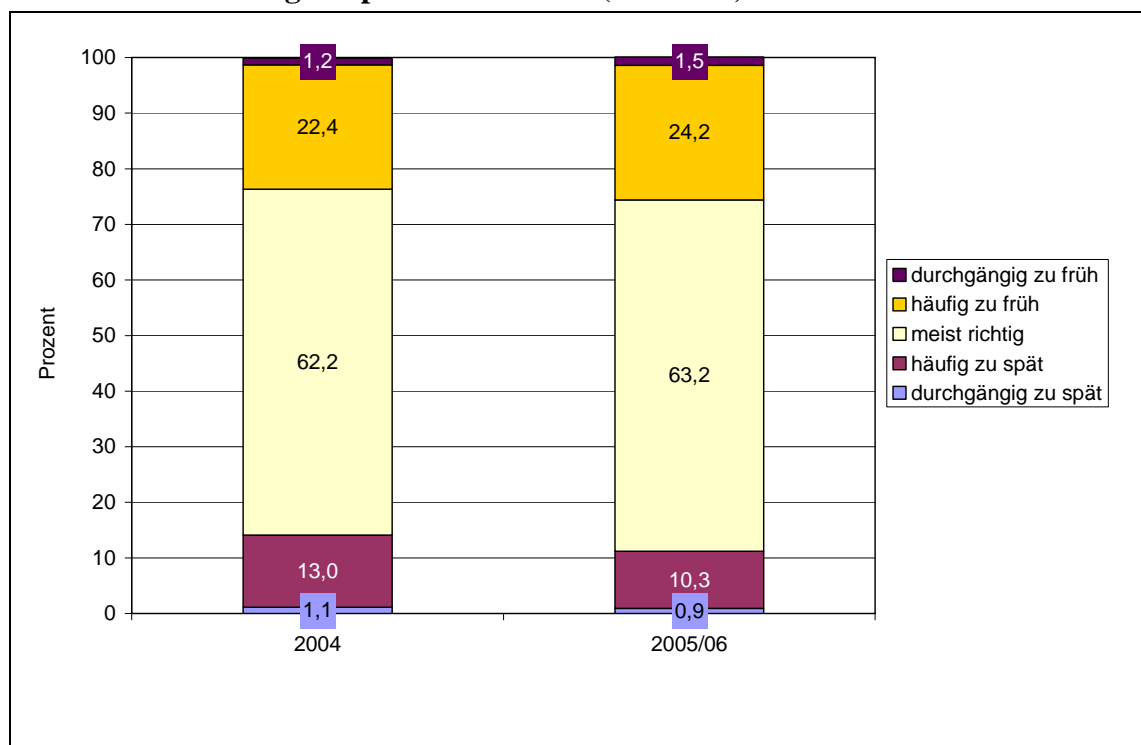
*** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1 %; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 5 %; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 10 %

(1) Die Konstante setzt sich zusammen aus: Assistenzarzt ohne Facharztanerkennung (Position), internistische Fachgebiete (Fachgebiet), >1.000 Betten (Krankenhausgröße), öffentliches KH (Träger), keine Überforderung durch zu hohes Arbeitspensum (Überforderung), gute Situation des Hauses (Situation des H.) und gute Situation der Abteilung (Situation der A.).

Entlassung

Das DRG-System fördert über die pauschale Bezahlung eine Liegezeitverkürzung, die neue Herausforderungen für die Organisation der poststationären Versorgung schafft, da der Heilungsprozess mehr als bisher in den ambulanten oder in den Reha-Bereich verschoben wird. Hier entsteht ein neuer und weitgehend unkontrollierter Verschiebeparkhof. Die Auswertung der qualitativen Interviews mit Krankenhausärzten hat ergeben, dass diese Schnittstellenproblematik derzeit möglicherweise zu großen verdeckten Versorgungsproblemen geführt hat (Buhr/Klinke 2006a).

Interessant ist, dass trotz ursprünglich ökonomisch motivierter Veränderungen des Entlassungsverhaltens wirtschaftliche Ineffizienzen gefördert werden, die außerdem eindeutig zu Lasten der Versorgungsqualität gehen.

Abb. 26: Entlassungszeitpunkt in Prozent (n=2.004*)

*n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben.

Unter dem Strich bleibt die Frage, ob das ursprüngliche Ziel einer Ertragsverbesserung überhaupt erreicht wurde. Die Befragten geben an, dass der Entlassungszeitpunkt derzeit nur in 11 % (-3) der Fälle zu spät ist (Abb. 26), aber dafür in 26 % (+2) der Fälle zu früh, d. h., etwa 63 % (+1) der Patienten können damit rechnen, meist zum richtigen Zeitpunkt entlassen zu werden – ein verbesserungswürdiger Tatbestand. Der Wellenvergleich zeigt, dass unter DRG-Bedingungen zwar zu späte Entlassungen abnehmen, aber dafür zu frühe Entlassungen tendenziell zunehmen. Diese Tendenz wird auch bei den Patientenbefragungen des Projekts festgestellt (Braun/Müller 2003; 2006).

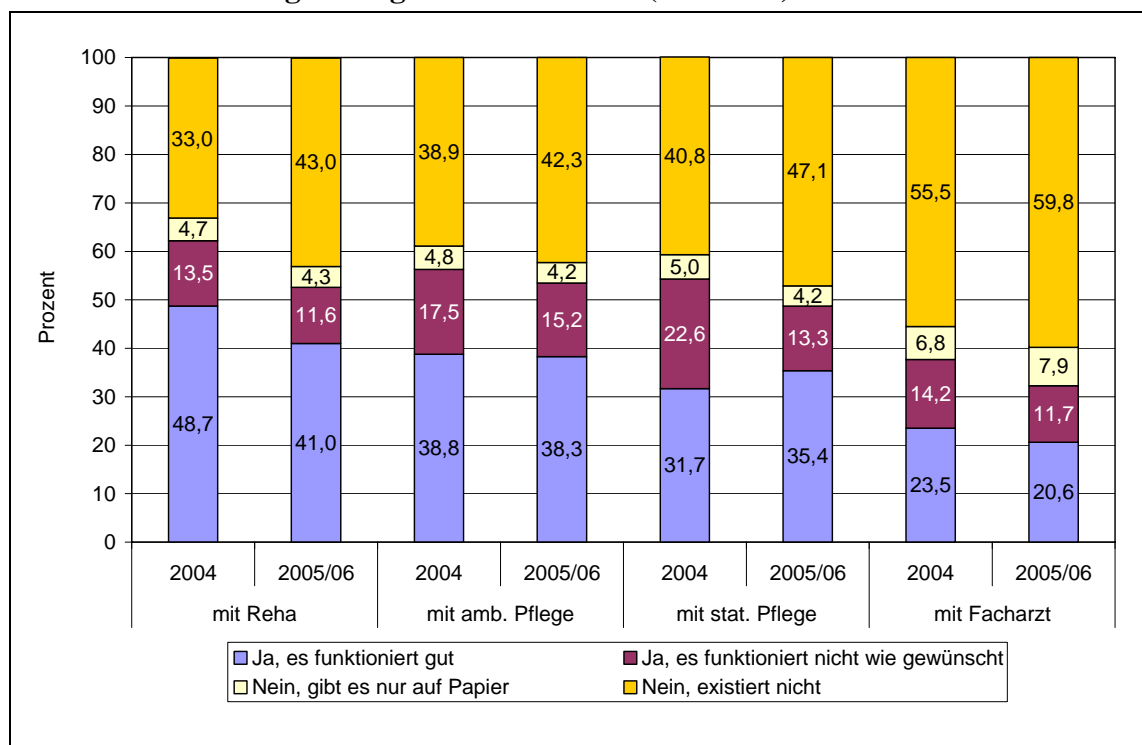
Damit wird das politisch gewollte Ziel einer Kompression des Entlasszeitpunktes in Richtung rechtzeitige Entlassung nicht erreicht. Stattdessen muss mit zunehmenden Belastungen für nachstationäre Versorgungssysteme gerechnet werden.

Die Korrelation des Items Entlassungszeitpunkt mit Position, Fachgebiet, Krankenhausgröße und Trägerschaft hat ergeben, dass kein bedeutsamer Zusammenhang mit der Art der Trägerschaft besteht. Es zeichnet sich demnach kein Hinweis darauf ab, dass private Träger anders entlassen als andere – dies deutet auf eine gewisse Ausreizung des Ent-

lassungszeitpunktes hin, oder es hat schlicht nie ein signifikanter Unterschied bestanden.

Die Frage nach der Art des Entlassungsmanagements ist vor allem insofern von Bedeutung, als dass unter DRG-Bedingungen der Heilungsprozess außerhalb des Krankenhauses abgeschlossen wird. Der behandelnde Krankenhausarzt ist dann nur noch über ein funktionierendes Entlassungsmanagement und Sektorengrenzen übergreifende Kooperationen in der Lage, das Endergebnis seiner Bemühungen beurteilen zu können. Dies kann er nur, indem er standardmäßig ein Feedback der Leistungserbringer erhält, die die nachfolgende Versorgung übernehmen. In den Häusern von 53 % (-9) der Befragten wird mit Reha-Einrichtungen im Rahmen von Entlassungs- oder Überleitungsmanagement kooperiert (s. u.), aber es funktioniert nur in 41 % (-8) der Fälle gut. Mit ambulanter Pflege wird in den Abteilungen von 54 % (-2) der Befragten kooperiert und in 38 % (-1) der Fälle funktioniert diese Zusammenarbeit ebenfalls gut. 49 % (-5) der Befragten geben an, dass ihre Abteilung/Klinik mit Einrichtungen der stationären Pflege kooperiert, aber nur in 35 % (+3) der Fälle wird gut zusammengearbeitet. Die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten funktioniert am schlechtesten: Nur in den Einrichtungen von 32 % (-6) der Befragten wird systematisch mit Niedergelassenen zusammengearbeitet und nur in 21 % (-3) der Fälle wird diese Zusammenarbeit als gut eingestuft. Unter DRG-Bedingungen können derzeit also vermutlich weniger als die Hälfte der Patienten mit einer koordinierten und überprüften Weiterbehandlung außerhalb des Krankenhauses rechnen (siehe Abb. 27).

Die Korrelation der vier Items zum Entlassungsmanagement mit Position, Fachgebiet, Krankenhausgröße und Trägerschaft hat ergeben, dass kein signifikanter Zusammenhang mit der Art der Trägerschaft besteht. Es zeichnet sich also kein Hinweis darauf ab, dass private Träger besser mit den wachsenden Schnittstellenproblemen des DRG-Systems fertig werden als die Häuser anderer Träger. Die aus den qualitativen Befunden bekannte Schnittstellenproblematik zeigt sich also auch äußerst nachdrücklich in den quantitativen Daten und kann daher als bestätigt angesehen werden. Hier herrscht ein immenser versorgungspolitischer Handlungsbedarf.

Abb. 27: Entlassungsmanagement in Prozent (n=1.709*)

*n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben.

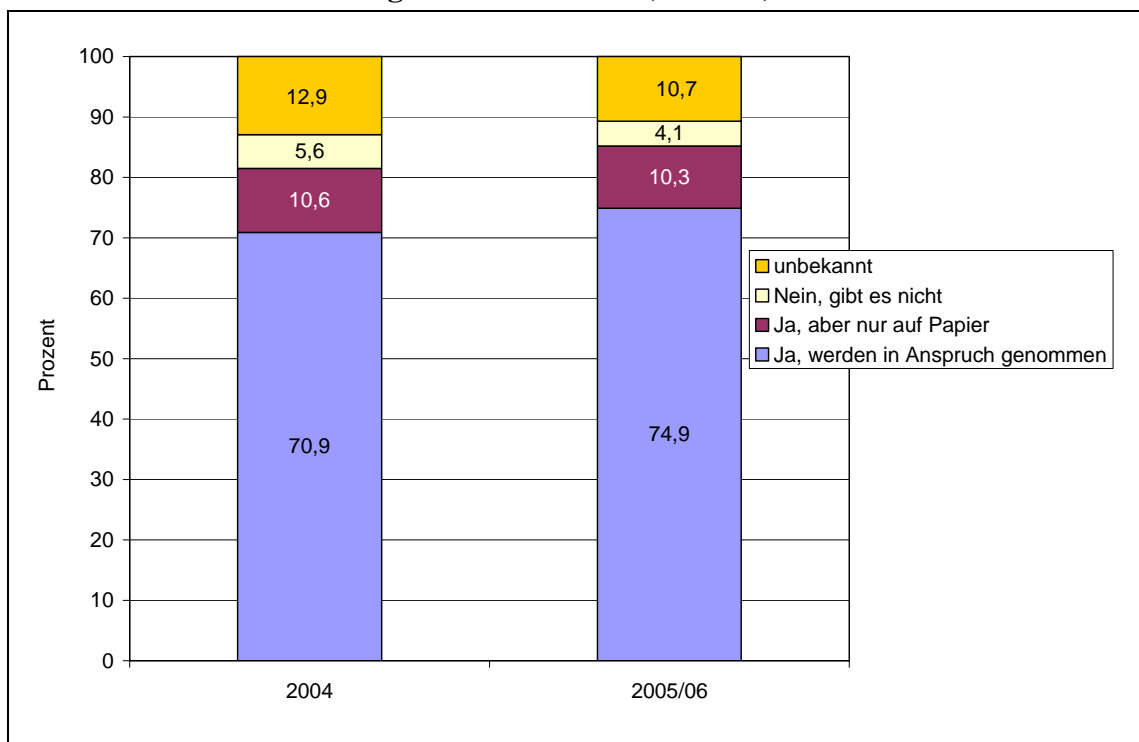
3.3.3 Patientenzufriedenheit

Es ist damit zu rechnen, dass die Patientenzufriedenheit unter DRG-Bedingungen abnehmen wird, da Ärzte und Pflegekräfte immer weniger Zeit haben werden, um sich mit ihnen zu befassen. Darüber hinaus muss von einer verstärkten Binnendifferenzierung von Patientengruppen ausgegangen werden: der Unterscheidung von Privatpatient und Kassenpatient. Viele der interviewten Ärzte sind der Meinung, dass Privatpatienten zunehmend unter einer Überversorgung zu leiden haben, weil Chefarzte und Häuser Verdienstaufschläge mit ihnen kompensieren, während Kassenpatienten, außer unter Narkose, keinen Arzt zu Gesicht bekommen. Diese Entwicklungen existieren wahrscheinlich bereits seit einiger Zeit.

Unter DRG-Bedingungen kann man damit rechnen, dass die Krankenhäuser verstärkt und systematisch die Patientenzufriedenheit erfassen. Einerseits, um sich im Wettbewerb um Patienten als serviceorientiertes Unternehmen zu präsentieren. Andererseits, um intern Maßstäbe zu entwickeln, welche Behandlungsprozesse besonders verbesserungswürdig sind. Außerdem werden die gesetzlich geforderten Qualitätsüberprüfungen derzeit häufig über Zertifizierungen (z. B. KTQ) umgesetzt, die zumindest irgendeine

Form von Patientenbefragung beinhalten. Gefragt, ob es in ihrem Haus einen Beauftragten für Patientenzufriedenheit gibt, antworteten 85 % (+3) mit „ja“ (Abb. 28). In 75 % (+4) der Fälle wird dieser auch genutzt.

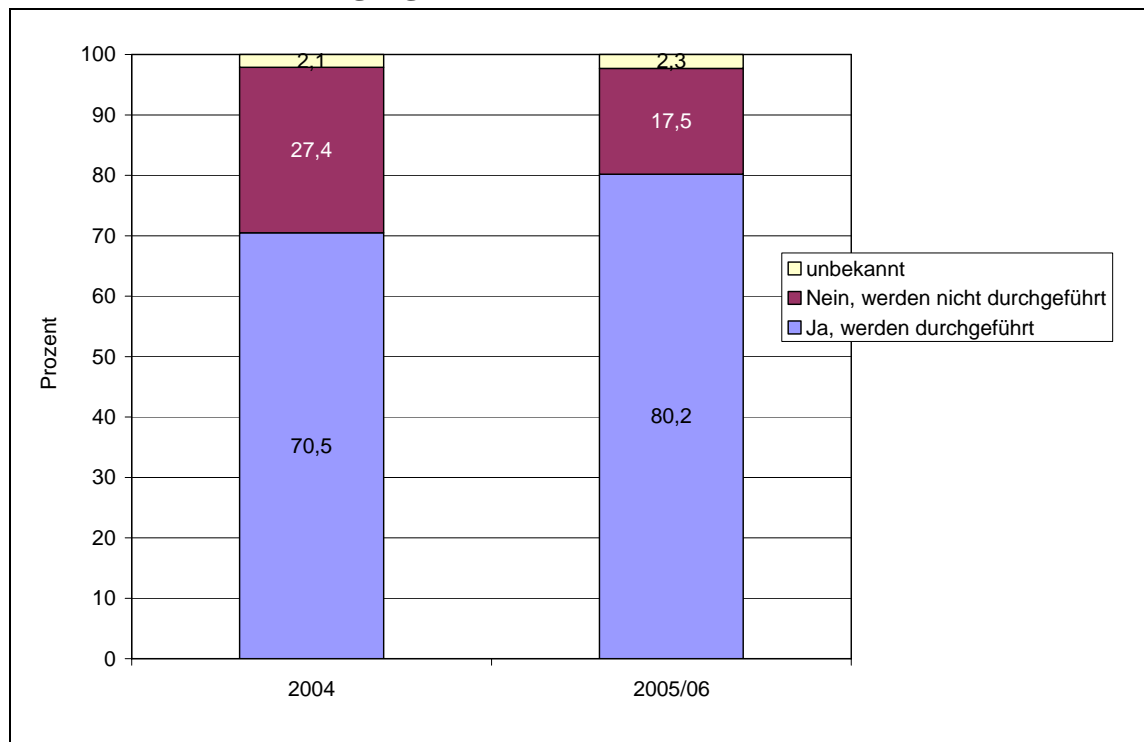
Abb. 28: Beschwerdemanagement in Prozent (n=1.284)



*n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben.

Die Korrelation des Items Beschwerdemanagement mit Position, Fachgebiet, Krankenhausgröße und Trägerschaft hat ergeben, dass kein signifikanter Zusammenhang mit der Art der Trägerschaft besteht. Es zeichnet sich demnach kein Hinweis darauf ab, dass private Träger stärker eine an den Interessen der Patienten ausgerichtete Organisationsentwicklung betreiben als andere Träger. Unter DRG-Bedingungen trifft man jedoch mittlerweile häufiger Beauftragte für die Patientenzufriedenheit an, als noch vor zwei Jahren. Patientenbefragungen zur Bewertung des Krankenhausaufenthaltes werden bei 80 % (+10) der befragten Ärzte durchgeführt (Abb. 29).

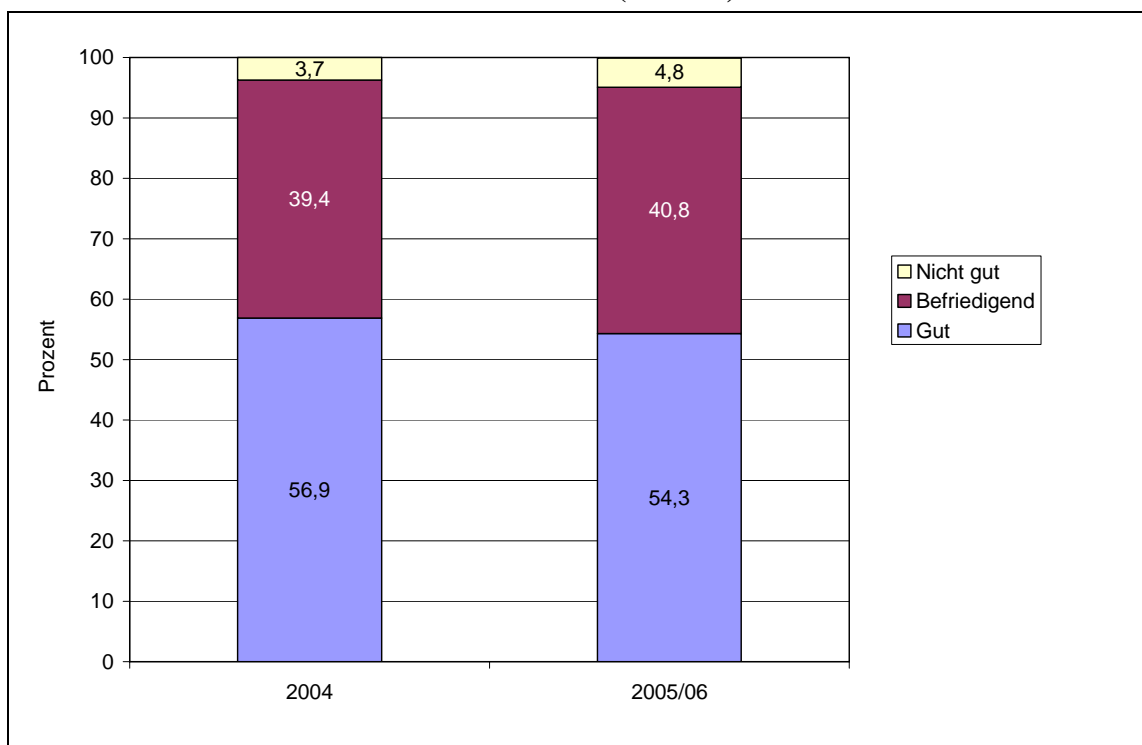
Die Korrelation des Items Patientenbefragung mit Position, Fachgebiet, Krankenhausgröße und Trägerschaft hat ergeben, dass kein signifikanter Zusammenhang mit der Art der Trägerschaft besteht. Es zeichnet sich also auch kein Hinweis darauf ab, dass private Träger stärker an einer konkreten Messung der Patientenzufriedenheit interessiert sind als andere Träger.

Abb. 29: Patientenbefragung im Krankenhaus in Prozent (n=2.168*)

*n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben.

In den Befragungen zur Patientenzufriedenheit in den Krankenhäusern wurde in 54 % (-3) der Fälle der Aufenthalt mit ‚gut‘ bewertet (Abb. 30). In 41 % (+2) der Fälle erreichte die Bewertung nur ein ‚befriedigend‘. 5 % (+1) der Ärzte räumen ein, dass die Bewertung ‚nicht gut‘ war. Bezogen auf alle Befragten hatten erstaunliche 37 % (-2) keine Ahnung, wie die Befragungen überhaupt bewertet wurden. Dieser Wert deutet auf einen geringen Stellenwert der Patientenbefragungen hin.

Die lineare Regression der Variablen „Patientenbewertung des Aufenthalts“ mit den erklärenden Variablen mit Position, Fachgebiet, Krankenhausgröße und Trägerschaft hat ergeben, dass sowohl 2004 als auch 2005/06 kein signifikanter Zusammenhang mit der Art der Trägerschaft besteht. Stattdessen spielt die Situation des Hauses eine wichtige Rolle: Wird von den Ärzten die Situation des Hauses als schlecht eingeschätzt, bewerten auch die Patienten ihre Behandlung dort schlechter als in anderen Häusern.

Abb. 30: Patientenzufriedenheit in Prozent (n=958*)

*n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben.

3.3.4 Zusammenfassung Versorgungsqualität

Unter DRG-Bedingungen kommen dem Aufnahmeprozess und besonders der Diagnose erhöhte Bedeutung zu. Bemerkenswert ist daher, dass in den Untersuchungen kein Trend zur Aufnahme durch besser qualifizierte Ärzte feststellbar ist. Wenn eine Patientenakte beim Erstkontakt vollständig vorliegt, können Arbeitsabläufe geplant und verbessert und die Verweildauer verkürzt werden: 2005/06 ist der Anteil derjenigen, die die Frage, ob eine vollständige Patientenakte vorliegt, mit „nie“ beantwortet haben, sogar um zwei Prozentpunkte gestiegen.

Wartelisten für Patienten mit festgestelltem Behandlungsbedarf werden seit Einführung der Budgetierung thematisiert. Auch unter DRG-Bedingungen gibt es sehr viele Krankenhäuser mit sehr langen Wartezeiten, die im Durchschnitt sogar über zwei Monate lang sein können. Auffällig ist außerdem die höhere Wartezeit in privaten Häusern. Ob sich ein Trend zur Ausweitung der Wartezeiten einstellt, wird u. a. von der Entwicklung der Betten- bzw. Kapazitätsauslastung beeinflusst.

Für mehr als ein Viertel der Ärzte ist der Pflegestandard in ihrer Abteilung deutlich verbesserungswürdig. Auffällig ist im Wellenvergleich, dass eine schlechte Situation der Abteilung und die Überforderung durch ein zu hohes Arbeitspensum mit einer besonders negativen Bewertung des Pflegestandards einhergeht. Dieser Einfluss hat sich 2005/06 gegenüber 2004 verstärkt. Die Fallstudien legen nahe, dass die Verschlechterung des Pflegestandards Folge eines Personalabbaus ist und Häuser in schlechter wirtschaftlicher Lage besonders betroffen sind (Buhr/Klinke 2006a). Wertet man dies als DRG-Effekt, liegt der Schluss nahe, dass eine durch Sparmaßnahmen angespannte Personalsituation zunehmend die Kooperation mit der Pflege und Einschätzungen über die Qualität der Arbeit der pflegerischen Kollegen negativ beeinflusst.

Ein Ziel der Einführung eines DRG-Systems war die Liegezeitverkürzung. Der Wellenvergleich zeigt, dass unter DRG-Bedingungen zwar zu späte Entlassungen abnehmen, aber dafür zu frühe Entlassungen tendenziell zunehmen und damit das politisch gewollte Ziel einer Kompression des Entlasszeitpunktes in Richtung rechtzeitige Entlassung nicht erreicht wird. Je früher entlassen wird, desto wichtiger werden nahtlose Übergänge in anschließende Behandlungsformen und damit das Entlassungsmanagement: Durchgängig hat sich im Wellenvergleich bestätigt, was bereits die qualitativen Befunde nahe legten (Buhr/Klinke 2006a) – die Entlassung aus dem Krankenhaus in die ambulante ärztliche Versorgung ist weitgehend ein Black-Box-Verfahren. Insgesamt können derzeit unter DRG-Bedingungen weniger als die Hälfte der Patienten mit einer koordinierten und überprüften Weiterbehandlung außerhalb des Krankenhauses rechnen.

3.4 Fazit

In Bezug auf Veränderungen von Arbeitsbedingungen, dem beruflichen Selbstverständnis und der Versorgungsqualität deutet sich ein direkter Zusammenhang mit einer Ressourcenverknappung und der Etablierung neuer Finanzierungslogiken an, die sich im Zusammenspiel von anhaltender Budgetierung (Simon 2008, 49) und dem neuen Entgeltsystem entwickelt haben. Hinsichtlich des in diesem Kontext viel diskutierten Merkmals Trägerschaft (Stichwort: Privatisierung von Krankenhäusern) ließen sich in Bezug auf Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität keine nennenswerten Unterschiede feststellen, d. h., die von privaten Trägern behaupteten Vorteile einer privatwirt-

schaftlich organisierten stationären Versorgung ließen sich empirisch nicht belegen. Im Einzelnen kann festgestellt werden:

Arbeitsbedingungen

Im Wellenvergleich zeigt sich, dass sich der Umfang der Arbeitszeit kaum geändert hat, so dass auf der Ebene der tatsächlichen täglichen Arbeitszeit (inkl. Bereitschaftsdienste) von einer Kontinuität auf hohem Niveau gesprochen werden kann. Insgesamt arbeiten Krankenhausärzte etwa 60 Stunden pro Woche, wobei einzelne Arztgruppen je nach Fach und Betriebsgröße auch deutlich längere Arbeitszeiten haben. Eine solche Arbeitsbelastung gilt als problematisch für Ärzte und ihre Patienten und eine mit der Länge des Arbeitstages abnehmende Produktivität kann unterstellt werden.

Hinsichtlich der Honorierung von Überstunden zeichnet sich unter DRG-Bedingungen ein starker Unterschied zwischen Häusern unterschiedlicher Trägerschaft ab. Während in öffentlichen Krankenhäusern vermehrt Überstunden registriert werden, partizipieren Ärzte in freigemeinnützigen und privaten Einrichtungen nicht an dieser Entwicklung. Da insgesamt der Anteil gewinnwirtschaftlich geführter Einrichtungen wächst, kann von einer tendenziellen Verschlechterung der diesbezüglichen Arbeitbedingungen für Krankenhausärzte gesprochen werden.

Hinsichtlich von Veränderungstendenzen ist festzustellen, dass sowohl während der regulären Arbeitszeit als auch in Bereitschaftsdiensten die aufgewendete Arbeitszeit für Literaturstudium und Forschung relativ und absolut unter DRG-Bedingungen um fast die Hälfte gesunken ist. Außerdem fällt auf, dass in 2005/06 die Last administrativer Aufgaben nicht mehr mit der Größe der Krankenhäuser steigt. Weiterhin zeigt sich, dass der Anteil medizinischer Tätigkeiten an den Bereitschaftsdienststunden gestiegen ist, was als Arbeitsverdichtung während der Bereitschaftsdienstzeiten gewertet werden muss.

In beiden Befragungen würde ungefähr ein Drittel der im Krankenhaus beschäftigten Ärzte ihre Berufswahl nicht wiederholen. Zugenommen hat jedoch vor allem der Anteil häufig überlasteter Ärzte (von 31 % auf 36 % der Befragten). Die hohe Quote überlasteter Ärzte weist darüber hinaus erneut auf Arbeitsverdichtungsprozesse hin, die erklären, warum trotz anteilmäßig gleicher Belastung mit administrativen Aufgaben diese

zugenommen haben, da mehr Arbeit (z. B. administrative) in gleicher Zeit geleistet wird. Arbeitsverdichtung ist somit dafür verantwortlich, dass rein quantitative Arbeitszeitvergleiche zu Fehleinschätzungen verleiten können (Wegner u. a.).

Berufliches Selbstverständnis

Der Wellenvergleich legt nahe, eine Tendenz zur Anpassung des traditionellen beruflichen Selbstverständnisses von Krankenhausärzten an betriebswirtschaftliche Handlungslogiken zu vermuten. Im Einzelnen konnten folgende Tendenzen aufgezeigt werden:

Gegenüber 2004 ist die berufsethische Integration von gewinnwirtschaftlichen Handlungskalkülen weiter fortgeschritten und nicht nur auf Chefärzte beschränkt, wenngleich diese weiterhin in höherem Maße bereit sind, medizinische Versorgungsbedarfe anhand betriebswirtschaftlicher Erfordernisse zu relativieren. Der Wellenvergleich zeigt, dass unter DRG-Bedingungen die Anerkennung der traditionellen Handlungsorientierung (Primat des medizinisch Notwendigen – Soll) tendenziell rückläufig ist (-5 bis -10 Prozentpunkte, je nach Hierarchiestufe). Bedeutsamer werden anscheinend Einstellungsunterschiede in den Fachabteilungen. 2004 waren Chefärzte noch deutlich optimistischer in der Einschätzung der Praxis als ihre Mitarbeiter (um +11 Prozentpunkte). 2005/06 unterscheidet sich ihre Sichtweise nicht mehr signifikant von den Meinungen ihrer Mitarbeiter.

Auffällig ist, dass die Situation der Abteilung und Überforderung durch ein zu großes Arbeitspensum die Bereitschaft zur Rationierung medizinischer Leistungen stark begünstigen: Gegenüber einer vergleichbaren Abteilung, deren Situation als gut und einer Arbeitssituation, die nicht als Überforderung beschrieben wird, sinkt die Quote derer, die keine Rationierung beobachten von 59 % auf 37 %. Dies deutet darauf hin, dass in Abteilungen, deren (ökonomische) Position schlecht ist, notwendige medizinische Leistungen versagt werden. Dieser Einfluss ist im Wellenvergleich konsistent und hat sich unter DRG-Bedingungen verschärft (+5 Prozentpunkte).

Die Wahrnehmung von Konflikten zwischen medizinischen und ökonomischen Handlungsimperativen hat sich also verstärkt. Gelöst wird dieser Konflikt vermehrt über Versorgungsentscheidungen, die den Anspruch des Patienten auf eine bestmögliche Versor-

gung mit allem medizinisch Notwendigen anhand von Kosten bzw. Erlöserwägungen relativieren. Darüber hinaus ließen sich auch Hinweise finden, dass Teile der Ärzteschaft sich derzeit bewusst in Opposition zu den durch Budgetierung und DRGs entstandenen Handlungslogiken befinden (Geriatler). Die entscheidende Frage, ob es sich um Rückzugsgefechte handelt oder um Zeichen eines wachsenden Widerstandes gegen eine Neudefinition des beruflichen Selbstverständnisses, müssen künftige Untersuchungen zeigen.

Versorgungsqualität

Die DRG-Einführung verstärkt viele Entwicklungen, die bereits vorher unter den Bedingungen der Budgetierung begonnen haben. Dies wirkt sich sowohl auf die handwerklich-technische als auch die ganzheitliche Qualität der Versorgung aus. Die Ergebnisse im Einzelnen sind folgende:

Im Wellenvergleich sind es die Geriatler, die eine deutliche Zunahme des Einflusses der Verwaltung wahrnehmen (+10 Prozentpunkte). In Verbindung mit den starken Konflikten zwischen Kostendruck und Berufsethos in der Geriatrie (s. o.) könnte hierin ein Hinweis liegen, dass die DRG-Bedingungen für die Geriatler eine besonders nachteilige Wirkung haben. In den Häusern von mittlerweile etwa 58 % (+12 Prozentpunkte) der Befragten existieren klare und koordinierte Abläufe von der Aufnahme bis zur Entlassung (Case-Management, Clinical Pathways usw.). Hinsichtlich der Trägerschaft zeigt sich, dass private und freigemeinnützige Träger unter DRG-Bedingungen häufiger als in öffentlichen Häusern Clinical Pathways, Case-Management oder Leitlinien entwickelt haben. Es ist aber darauf hinzuweisen, dass keine Aussage über die Quantität und Qualität dieser Behandlungsleitlinien getroffen wird.

Abteilungen für Kurzzeit-PatientInnen existieren mittlerweile in 43 % (+4) der Fälle. Abteilungen für poststationäre Versorgung sind ebenfalls zum Zeitpunkt der zweiten Befragung bereits in den Einrichtungen von 40 % (+6) der befragten Ärzte vorhanden. Dieses Wachstum im Wellenvergleich kann man als DRG-Effekt bezeichnen, denn in der zweiten Fallstudienwelle wurde uns erläutert, dass im Rahmen von Mischkalkulationen zunehmend ambulante Behandlungen durchgeführt werden, um Einnahmen außerhalb des DRG-Systems zu generieren.

Einschränkungen der Diagnostik gehen zu Lasten der Patienten, da dann die Gefahr besteht, dass ohne abgesicherte Indikation therapiert wird. Um trotz Zeitdruck und Ressourcenschonung zügig und zutreffend über Aufnahme und Diagnose zu befinden, ist der Einsatz von besonders qualifizierten und erfahrenen Ärzten notwendig. Gefragt, welche Mindestqualifikation die Dienst habenden Ärzte in der Notfallaufnahme haben, wird jedoch von 74 % (+2) der Befragten eingeräumt, dass diese keine oder maximal ein Jahr Berufserfahrung besitzen müssen. Nur in 8 % der Fälle (+/-0) müssen die betreffenden Ärzte ihre Weiterbildung zum Facharzt abgeschlossen haben. Auch bei der regulären Aufnahme fallen unter DRG-Bedingungen wichtige Entscheidungen. Beispielsweise entscheidet in 18 % (-7) der Fälle primär oder alleine ein Facharzt, in 30 % (-3) ein Ober- oder Chefarzt, d. h., etwa 48 % (-10) der Krankenhäuser sorgen dafür, dass qualifizierte Ärzte diese wirtschaftlich bedeutende Entscheidung treffen. Der Rückgang um 10 Prozentpunkte im Wellenvergleich ist im Sinne einer medizinischen Effizienzsteigerung/Verbesserung der Versorgungsqualität im stationären Sektor nicht hinnehmbar. Es bedeutet keinen Fortschritt in der Qualitätsoptimierung, dass die Qualifikation im Bereich der Aufnahme entweder auf niedrigem Niveau stagniert (Notfallaufnahme) oder sogar sinkt (reguläre Aufnahme). Festzustellen bleibt, dass die Erwartungen der Politik hinsichtlich von medizinischen Effizienzsteigerungen unter DRG-Bedingungen sich nicht erfüllt haben.

Die Vollständigkeit der Patientenakte bei Erstkontakt mit dem Patienten erhält unter DRG-Bedingungen eine größere Bedeutung, da es darum geht, richtige Entscheidungen in kürzerer Zeit zu treffen. In 43 % (-1) der Erstkontakte ist das häufig oder sogar meistens der Fall, bei 57 % (+1) selten bis nie. Auch hier ist demnach noch ein großes Verbesserungspotenzial vorhanden, dass anscheinend durch die gesetzten Anreize nicht gehoben wird. Hinsichtlich von Effizienzunterschieden zwischen öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Trägern sind im Wellenvergleich Nivellierungstendenzen zu beobachten, d. h., da das Gesamtniveau sich nicht verbessert hat, liegt der Schluss nahe, dass in öffentlichen Häusern gewisse Verbesserungen erzielt wurden, während freigemeinnützige und private Träger sich etwas verschlechtern haben.

Als Folge der DRG-Einführung werden Wartelisten befürchtet, über die die Kosten gesteuert werden – dies konnte ansatzweise bestätigt werden. Von den befragten Ärzten

geben nur 29 % (-6) an, dass ihre Patienten keine Wartezeit haben (Abb. 22). 49 % (+2) geben an, dass ihre Patienten im Schnitt 1-13 Tage auf einen Termin in ihrer Abteilung warten müssen. 14 % (+5) lassen ihre Patienten meist zwei bis vier Wochen warten. Dort, wo geregelte Abläufe und Vollständigkeit der Patientenakte häufiger anzutreffen sind, wird auch häufiger mit Wartezeiten gearbeitet, vermutlich weil so leichter eine gleichmäßige Auslastung der Kapazitäten und damit eine höhere Effizienz des Ressourceneinsatzes zu erzielen ist – zumal in den OPs auch die größten Einzelkosten für Krankenhäuser stecken. Auffällig ist außerdem die höhere Wartezeit in privaten Häusern. Dort besteht eher als anderswo die Wahrscheinlichkeit, zwei bis vier Wochen auf einen Behandlungstermin warten zu müssen. Unter DRG-Bedingungen hat sich dieser Effekt außerdem verstärkt, was darauf hindeutet, dass die Geltung des gewinnwirtschaftlichen Prinzips zu einer rationelleren Planung führt, um Ressourcen zu schonen – jedoch auf Kosten häufigerer und längerer Wartezeiten für die Patienten.

Nur eine Minderheit der Befragten (14 %) ist der Meinung, dass sie ihren Patienten noch genügend soziale und emotionale Zuwendung zukommen lassen und mit 47 % (-5) hat zusätzlich der Anteil derjenigen abgenommen, die zumindest eingeschränkt der Ansicht sind, ihren Patienten grundsätzlich soziale und emotionale Zuwendung zukommen zu lassen. Auch den Pflegenden wird häufig attestiert, dass sie den Patienten zu wenig soziale und emotionale Unterstützung zuteil werden lassen und für 26 % (+2) der Ärzte ist der Pflegestandard in ihrer Abteilung deutlich verbesserungswürdig. Auffällig ist im Wellenvergleich, dass eine schlechte Situation der Abteilung und die Überforderung durch ein zu hohes Arbeitspensum mit einer negativen Bewertung des Pflegestandards einhergeht. Dieser Einfluss hat sich 2005/06 gegenüber 2004 verstärkt. Wertet man dies als DRG-Effekt, zeigt sich, dass gesetzte Anreize zur Kosteneinsparung primär über Personalabbau in der Pflege realisiert werden und damit zunehmend die Kooperation mit der Pflege und den Pflegestandard an sich negativ beeinflussen.

Ein Ziel der Einführung eines DRG-Systems war die Liegezeitverkürzung: 2005/2006 wurde der Entlassungszeitpunkt für 11 % (-3) der Fälle als zu spät aber für 26 % (+2) der Fälle als zu früh betrachtet. Der Wellenvergleich zeigt also, dass unter DRG-Bedingungen zwar zu späte Entlassungen abnehmen, aber dafür zu frühe Entlassungen tendenziell zunehmen und damit das politisch gewollte Ziel einer Kompression des Ent-

lasszeitpunktes in Richtung rechtzeitige Entlassung nicht erreicht wird. Stattdessen muss mit einer zunehmenden Belastungen für nachgeordnete Versorgungssysteme gerechnet werden: Je früher entlassen wird, desto wichtiger werden nahtlose Übergänge in anschließende Behandlungsformen und damit ein Sektorengrenzen überwindendes Entlassungsmanagement, dass eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Anschlussbehandlung sicherstellt. Die Kooperation mit Reha-Einrichtungen und Pflegeeinrichtungen wird zwar noch einigermaßen gut bewertet, doch die Kooperation mit der ambulanten, ärztlichen Versorgung findet systematisch kaum statt. Insgesamt können unter DRG-Bedingungen vermutlich weniger als die Hälfte der Patienten mit einer koordinierten und überprüften Weiterbehandlung außerhalb des Krankenhauses rechnen.

Ausblick

Es bleibt abzuwarten, wieweit der Aufbau von Qualitätssicherungssystemen in Zukunft ein Gegengewicht gegenüber Einschränkungen der Versorgungsqualität bilden kann. Zweifel sind angebracht: Da unter DRG-Bedingungen der Patient bereits in einem nicht geheilten Zustand aus dem Krankenhaus entlassen wird, entziehen sich schon jetzt in vielen Fällen auftretende Komplikationen weitgehend der Statistik (z. B. Nosokomialinfektionen), weil im niedergelassenen Bereich solche Daten bisher nicht erhoben werden. Auch wenn sie künftig erhoben werden sollten, bleibt abzuwarten, ob sie zur Etablierung einer Sektorengrenzen überschreitenden Qualitätssicherung genutzt werden.

Die negativen Folgen der DRGs auf die *Ganzheitlichkeit* der Behandlung sind bisher am deutlichsten, bzw. werden am bereitwilligsten eingeräumt. Dies mag daran liegen, dass für Ärzte häufig die handwerklich-technische Versorgung der Patienten als zentraler Maßstab einer erfolgreichen Behandlung des Patienten gilt. Ein solches Verständnis von medizinischer Qualität der Versorgung bietet einen Rückzugspunkt, um die im DRG-System bestehenden Anreize einer Beschränkung auf technische Qualität mit dem beruflichen Selbstverständnis in Einklang zu bringen. Hingenommen wird jedoch damit, dass der kranke Mensch als Ganzes aus dem Blickfeld des Krankenhausarztes und damit auch des Versorgungssystems gerät. Eine schlechte Kooperation über die Sektorengrenzen hinweg ist ein für das deutsche Gesundheitssystem altbekanntes Problem, dass jedoch unter DRG-Bedingungen verschärft wird, solange Fälle und nicht notwendige

Leistungen abgerechnet werden und die Sektorengrenzen Möglichkeiten zur Kostenminimierung durch Leistungsverschiebung bieten.

Im Hinblick auf die weitere Entwicklung ist zu fragen, ob es im Zuge der verstärkten Budgetwirksamkeit der DRGs zu einer Verstärkung und Vereinheitlichung der Entwicklung in Richtung Verschlechterung der Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten und Verschlechterung der Versorgungsqualität für die Patienten kommt oder über „Marktbereinigungen“ (Klinke 2005c) diejenigen Häuser von Schließungen betroffen sein werden, die schlecht mit dem neuen Finanzierungsmodell zurecht kommen. Wenn allerdings diese Bereinigung vor allem in der Fläche geschieht, wird der Grundsatz der Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse Art. 72 (2) GG in Verbindung mit den Leistungsansprüchen der Versicherten nach § 2 und §§ 11-12 sowie § 39 SGB V aufgegeben. Last but not least ist es kein Zufall, dass die Wirkungen des neuen Entgeltsystems sich analytisch nicht sauber von den Auswirkungen lang anhaltender Budgetierung trennen lassen, denn nur in Kombination gewährleisten sie symbolisch und materiell eine dauerhafte Ressourcenverknappung im deutschen Krankenhaussektor - Budgetierung auf Ebene des einzelnen Hauses und Fallpauschalierung auf Ebene des einzelnen Patienten -, so dass auf der Ebene der ärztlichen Handlungslogik notgedrungen ein Konflikt zwischen medizinischer und betriebswirtschaftlicher Logik entstanden ist.

4 Literatur

- Amon, Linda, 2004: *Todesfalle Krankenhaus. Wenn Ärzte pfuschen und vertuschen*. Wien: Ueberreuter.
- Barthold, Hans-Martin, 2005: „Enorme Arbeitsverdichtung. Berufe im Gesundheitswesen zwischen medizinischem Fortschritt und ökonomischen Beschränkungen“, *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 18.06.2005: 57.
- Bartholomeyczik, Sabine, 2002: „Erforderliche Pflege und die geplante Einführung der DRGs“, in: Kolb, Stephan; Seithe, Horst (Hg.), *Medizin und Gewissen – wenn Würde ein Wert würde*. Frankfurt a. M.: Mabuse, 229-235.
- Bartholomeyczik, Sabine, 2007a: „Reparaturbetrieb Krankenhaus. DRGs und ihre Auswirkungen aus Sicht der Pflege“, *Dr. med. Mabuse* 166: 57-60.
- Bartholomeyczik, Sabine, 2007b: „Reparaturbetrieb Krankenhaus. DRGs und ihre Auswirkungen aus Sicht der Pflege. Langfassung des Artikels aus Dr. med. Mabuse 166.“ Unter: http://mabuse-downloads.de/zeitschrift/166_Bartholomeyczik.pdf (aktuell am 20.03.2007).
- Bieback, Karl-Jürgen, 1993: „Allgemeine sozial- und verfassungsrechtliche Aspekte des GSG“, *Zeitschrift für Sozialreform* 38, 4: 197-218.
- Blanke, Bernhard; Kania, Helga, 1996: „Die Ökonomisierung der Gesundheitspolitik. Von der Globalsteuerung zum Wettbewerbskonzept im Gesundheitswesen“, *Leviathan* 24 (4): 512-537.
- Blum, Karl; Müller, Udo, 2003: Dokumentationsaufwand im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser. *Bestandsaufnahme und Verbesserungsvorschläge*, Bd. 11, hg. von DKG, Wissenschaft und Praxis der Krankenhausökonomie. Düsseldorf: Deutsche Krankenhausverlagsgesellschaft.
- Blum, Karl; Müller, Udo; Offermanns, Matthias, 2004: *Auswirkungen alternativer Arbeitszeitmodelle. Abschlussbericht*. Deutsches Krankenhausinstitut e. V.: Düsseldorf.
- Blum, Karl; Offermanns, Matthias; Schilz, Patricia, 2007: „Drei Jahre nach Anwendung des G-DRG-Systems in den Krankenhäusern. Ergebnisse des DKI-Krankenhaus Barometers 2006“, *Das Krankenhaus* 99 (2): 109-112.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit, 2006: *Sicherung der Qualität im Gesundheitswesen*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Böcking, Wolfgang; Ahrens, Ulrich; Kirch, Wilhelm; Milakovic, Mishael, 2005: „First results of the introduction of DRGs in Germany and overview of experience from other DRG countries“, *Public Health* 13: 128-137.
- Boerner, Sabine; Dütschke, Elisabeth; Schwämmle, Angelika, 2005: „Freiwillig mehr tun? Organizational Citizenship Behavior im Krankenhaus – ein Vergleich zwischen Ärzten und Pflegekräften“, *Das Gesundheitswesen* 67 (11): 770-776.
- Bontrop, Heinz-J., 1999: „Zu den Irrtümern am Gesundheitsmarkt“, *Sozialer Fortschritt* 48 (4): 84-92.
- Borgetto, Bernhard, 2006: „Ökonomisierung, Verwissenschaftlichung und Emanzipation“, *sozialersinn* 7 (2): 231-250.
- BQS – Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung, 2005: *Qualität sichtbar machen. BQS-Qualitätsreport 2004*. Düsseldorf: Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung.
- BQS – Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung, 2006a: Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung. Unter: <http://www.bqs-online.de> (aktuell am 03.11.2006).

- BQS – Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung, 2006b: *Qualität sichtbar machen. BQS-Qualitätsreport 2005*. Düsseldorf: Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung.
- Braun, Bernard; Buhr, Petra; Müller, Rolf, 2008: *Pflegearbeit im Krankenhaus. Ergebnisse einer wiederholten Pflegekräftebefragung und einer Längsschnittanalyse von GEK-Routinedaten*. St. Augustin: Asgard.
- Braun, Bernard; Müller, Rolf, 2003: *Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung. Ergebnisse einer Längsschnittanalyse von GKV-Routinedaten und einer Patientenbefragung*, Bd. 26, hg. von Ersatzkasse, Gmünder, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Sankt Augustin: Asgard.
- Braun, Bernard; Müller, Rolf, 2006: *Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten*. St. Augustin: Asgard.
- Braun, Bernard; Müller, Rolf; Timm, Andreas, 2004: *Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiografien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung*. St. Augustin: Asgard.
- Braun, Thomas; Rau, Ferdinand; Tuschen, Karl Heinz, 2008: „Die DRG-Einführung aus gesundheitspolitischer Sicht. Eine Zwischenbilanz“, in: Klauber, Jürgen; Robra, Bernt-Peter; Schellschmidt, Henner (Hg.), *Krankenhaus-Report 2007. Krankenhausvergütung - Ende der Konvergenzphase?* Stuttgart: Schattauer, 3-22.
- Brucks, Ursula, 2003: „Die Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung als ärztliche Aufgabe“, in: Ulich, Eberhard (Hg.), *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen; Ressourcen, Schriften zur Arbeitspsychologie*. Bern u. a.: Hans Huber, 59-73.
- Buhr, Petra; Klinke, Sebastian, 2006a: *Qualitative Folgen der DRG-Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter Bedingungen fortgesetzter Budgetierung*, Bd. SP I 2006-311, hg. von WZB, Discussion Papers. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Buhr, Petra; Klinke, Sebastian, 2006b: *Versorgungsqualität im DRG-Zeitalter. Erste Ergebnisse einer qualitativen Studie in vier Krankenhäusern*. ZeS-Arbeitspapier Nr. 6/2006, Bremen: Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen.
- Bundesärztekammer, 2006: Positionspapier der Bundesärztekammer zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichte von Krankenhäusern. Unter: <http://www.aerzteblatt.de/v4/plus/down.asp?typ=PDF&id=1703> (aktuell am 03.11.2006).
- Büssing, Andre; Glaser, Jürgen, 2002: Das Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus. Selbstbeobachtungsversion (TAA-KH-S), hg. von: Hoefert, Hans-Wolfgang; u. a., *Organisation und Medizin*. Göttingen u. a.: Hogrefe.
- Carelounge, 2006: Drohende Einkommensverluste bei Klinikärzten, Unter: http://www.carelounge.de/pflegerufe/news/news_ansehen.php?meldungID=1018 (aktuell am: 01.02.2006); Carmen Wingenbach.
- Carels, Jan; Pirk, Olaf, 2005: *Gesundheitswesen. Public Health von A bis Z*, hg. von Springer. Springer Wörterbuch, Berlin u. a.: Springer.
- Coffey, Rosanna M.; Louis, Daniel Z., 2001: „Fünfzehn Jahre DRG-basierte Krankenhausvergütung in den USA“, in: Arnold, Michael; Litsch, Martin; Schellschmidt, Henner (Hg.), *Krankenhaus-Report 2000. Schwerpunkt: Vergütungsform mit DRGs*. Stuttgart: Schattauer, 33-47.
- Dieterich, Anja, 2006: *Eigenverantwortlich, informiert und anspruchsvoll ... Der Diskurs um den mündigen Patienten aus ärztlicher Sicht*. Magisterarbeit, Berlin: Technische Universität

- Berlin: Postgradualer Studiengang Gesundheitswissenschaften/Public Health, Institut für Gesundheitswissenschaften.
- DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2006: 62 Prozent der Ärzte lehnen Abschaffung der Bereitschaftsdienste ab. Studie des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI), Unter: <http://www.dkgev.de/dkgev.php/print/1/cat/35/aid/1562> (aktuell am: 30.01.2006).
- DRG Research Group, 2006: Medizincontrolling/DRG Research Group; Universitätsklinikum Münster; Westfälische Wilhelms-Universität Münster. Unter: www.drg-research.de (aktuell am 03.11.2006).
- Drösler, Saskia E., 2006: „Qualitätsberichte gemäß §137 SGB V und ihre Darstellung im Internet – eine vergleichende Analyse.“ In: Klauber, Jürgen; Robra, Bernt-Peter; Schellschmidt, Henner (Hg.): *Krankenhausreport 2006. Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch*. Stuttgart, New York: Schattauer, 207-223.
- Eberlein-Gonska, Maria; Fellmann, Erich; Klakow-Franck, Regina, 2006: „Qualitätsberichte. Mehr Orientierungshilfe statt größerer Textmengen.“ *Deutsches Ärzteblatt* 103, Ausgabe 43 (27.10.2006), Seite A-2840. Unter: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=53205> (aktuell am 03.11.2006).
- Elsbernd, Astrid, 2006: *Pflegesensible Qualitätsindikatoren zur internen Qualitätssteuerung am Beispiel stationärer Altenpflege*. Vortrag auf dem „Münchener Pflegekongress 2006. Zukunft sucht Weg – Entwicklung steuern, Chancen ergreifen.“ 19.-21.10.2006 in München. Veranstaltet von der Städtisches Klinikum München GmbH.
- Etgeton, Stefan, 2006: „Nutzerorientierung im Gesundheitswesen.“ *IPP-INFO* 2 (4).
- Fischer, Wolfram, 2002: *Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege. Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten*. Bern: Hans Huber.
- Gäfgen, Gérard, 2003: „Gesundheitsökonomie in der Bundesrepublik Deutschland: Ein Rückblick auf ihre Entwicklung, Förderung und Erfolge“, in: Wille, Eberhard (Hg.), *Rationierung im Gesundheitswesen und ihre Alternativen, Gesundheitsökonomische Beiträge*. Baden-Baden: Nomos, 17-19.
- Hasenbein, U.; Schulze, A.; Busse, R.; Wallesch, C. W., 2005: „Ärztliche Einstellungen gegenüber Leitlinien. Eine empirische Untersuchung in neurologischen Kliniken“, *Gesundheitswesen* 67 (5): 332-341.
- Hausner, Elke; Juchems, Stefan; Richter, Inga; Schulze Geiping, Annika; Simon, Mario; Voß, Karin; Wiedemann, Regina; Donath, Elke; Bartholomeyczik, Sabine, 2005: „Arbeitsstrukturen in der Pflege im Krankenhaus und die Einführung der DRG“, *Pflege & Gesellschaft* 10 (3): 125-130.
- HELIOS Kliniken, 2003: Kompetenz in Medizin. Medizinischer Jahresbericht der HELIOS Kliniken GmbH 2002. Unter: http://www.helios-kliniken.de/stellent/groups/publikation/@zentrale/documents/helwebpdf/hel_008600.pdf (aktuell am 21.03.2007).
- Hoffmann, Reinhard; Riehle, Margaretha E., 2004: Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Unter: http://www.dgu-online.de/pdf/unfallchirurgie/-aktuelle_themen/andere_themen/qm_homepage_riehle_hoffmann.pdf. (aktuell am 4.10.2006).
- Hollick, Jürgen; Kerres, Andrea, 2002: *Pflege im DRG-System. DRGs – Pflege – Pflege-diagnosen*. Balingen: Spitta.
- Hunstein, Dirk; Fiebig; Madlen; Sippel, Birgit; Dintelmann, Yvonne, 2006: *Assessment-Instrumente: Widersprechen sich Wissenschaftlichkeit und Praktikabilität?* Vortrag auf dem „Münchener Pflegekongress 2006. Zukunft sucht Weg – Entwicklung steuern, Chancen er-

- greifen.“ 19.-21.10.2006 in München. Veranstaltet vom Städtischen Klinikum München GmbH.
- InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, 2006: Datenauswertung §21 KHEntgG zur Begleitforschung gemäß §17b AbS. KHG; Datenjahr 2004 (Stand 14.03.2006). Siegburg: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Unter: www.inek-drg.de (aktuell am 22.09.2006).
- Kahlisch, Andrea; Kobold, Corinna; Rau, Beate, 2004: „Pfleger im DRG-System: Die Fallgruppe sagt wenig über den Pflegebedarf“, *Pflegezeitschrift* 57: 26-29.
- Kaiser, Roland H., 2002: *Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit von Ärzten im Krankenhaus. Eine empirische Untersuchung in Hessen, Rheinland-Pfalz und im Saarland*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Kaiser, Roland H.; Kortmann, Andreas, 2002: „Teil I der Ergebnisse einer Umfrage der Landesärztekammer zu Arbeitszeiten und -bedingungen hessischer Krankenhausärzte im Sommer 2001. Arbeitszeit hessischer A.i.P., Assistenten und Oberärzte“, *Hessisches Ärzteblatt* 2: 71-73.
- Karl-Olga-Krankenhaus GmbH, 2004: Qualitätsbericht 2004. Unter: <http://www.karl-olga-krankenhaus.de/download/qb2004.pdf> (aktuell am 05.10.2006).
- Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (2001): Pflegequalität und Pflegeleistungen I. Zwischenbericht zur ersten Phase des Projektes „Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistungen“. Unter: <http://www.dip-home.de/material/downloads/bericht-pflegeleistung1.pdf> (aktuell am 02.11.2006).
- Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V., 2002: Pflegequalität und Pflegeleistungen II. Zwischenbericht zur zweiten Phase des Projektes „Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistungen“. Unter: <http://www.dip-home.de/material/downloads/bericht-pflegeleistung1.pdf> (aktuell am 02.11.2006).
- Klemperer, David, 2003: *Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation* SP I 2003-302, WZB: Berlin.
- Klinke, Sebastian, 2003a: Ordnungspolitischer Wandel im Gesundheitssystem als Folge der Reformgesetzgebungsbemühungen, Diplom Arbeit, Studiengang Politikwissenschaft, <http://www.sebastian-klinke.de/forschung/DiplGesamt.pdf>; Universität Bremen: Bremen.
- Klinke, Sebastian, 2003b: *Ordnungspolitischer Wandel im Gesundheitssystem als Folge der Reformgesetzgebungsbemühungen. Materialband, Diplom Arbeit, Studiengang Politikwissenschaft*; Universität Bremen: Bremen.
- Klinke, Sebastian, 2005a: Definition von „Medizinischer Notwendigkeit“ in Lexika und SGB V. Dokumentation von Fundstellen, Recherche im Kontext des Forschungsprojekts WAMP, FG PH, Unter: http://www.sebastian-klinke.de/forschung/Begriffsbestimmung_Notwendigkeit.pdf; Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung: Berlin.
- Klinke, Sebastian, 2005b: *Entwicklung und Anwendung eines Modells zur Messung von ordnungspolitischem Wandel. Auswirkungen der gesundheitspolitischen Reformgesetzgebung auf Perzeption und Verhalten von Chefarzten im Bundesland Bremen* SP I 2005-303, hg. von WZB, Discussion Papers, Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

- Klinke, Sebastian, 2007: *Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen und berufliches Selbstverständnis von Ärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern. Auswertung der Daten einer Befragung Hessischer Krankenhausärzte im Jahre 2004, Teil II* SP I 2007-301, hg. von WZB, Discussion Papers. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Klinke, Sebastian; Kühn, Hagen, 2006: *Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern* SP I 2006-309, hg. von WZB, Discussion Papers. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Klug, Irmgard, 2004: „Das haben wir immer schon so gemacht!‘ Warum gute Arbeitszeitmodelle manchmal am Widerstand der Ärzte scheitern“, *Arbeitszeit im Krankenhaus* 7: 50-52.
- Kuhlmann, Ellen, 2000: „Ärztliche Aufklärungspraxis im Spannungsfeld zwischen Patienteninteressen und Budget“, in: Gerlinger, Thomas; u. a. (Hg.), *Kostendruck im Krankenhaus, Jahrbuch für Kritische Medizin*. Hamburg: Argument-Verlag, 37-52.
- Kühn, Hagen, 2002: „Arzt-Patient-Beziehung und ökonomische Steuerung des Arztverhaltens“, in: Meißel, T.; Eichberger, G. (Hg.), *Perspektiven einer künftigen Psychiatrie*. Linz: edition pro mente, 77-101.
- Kühn, Hagen, 2006: *Der Ehtikbetrieb in der Medizin. Korrektur oder Schmiermittel der Kommerzialisierung* SP I 2006-303, hg. von WZB, Discussion Papers. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Kunz, Gerhard; Lüschen, Günther, 1993: „Arztberuf und Gesundheitspolitik I. Strukturreform und Pflegeproblematik im ärztlichen Meinungsbild“, *Deutsches Ärzteblatt* 90 (28/29): 1317-1321.
- Lauterbach, Karl W.; Lungen, Markus, 2000: *DRG-Fallpauschalen: eine Einführung*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Leathard, Audrey (Hg.), 2004: *Interprofessional Collaboration. From Policy to Practise in Health and Social Care*. Hove, New York: Brunner-Routledge.
- Leister, Jan Eric; Stausberg, Jürgen, 2005: “Comparison of cost accounting methods from different DRG systems and their effect on health care quality”, *Health Policy* 74: 46-55.
- Lenk, Christian; Biller-Andorno, Nikola; Alt-Epping, Bernd; Anders, M.; Wiesemann, Claudia, 2005: „Ethik und Fallpauschalen. Welche Veränderungen in der Patientenversorgung sind zu erwarten?“ *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 130: 1653-1655.
- Lorenz, Alfred L., 2000: *Abgrenzen oder zusammen arbeiten? Krankenpflege und die ärztliche Profession*. Frankfurt/M.: Mabuse.
- Manzeschke, Arne; Pelz, Thomas, 2006: *Diakonie und Ökonomie – Die Auswirkungen von DRG und fallpauschalisiertem Medizin- und Qualitätsmanagement im klinischen Alltag*. Vortrag auf dem Symposium „Ökonomisierung im klinischen Alltag. Auswirkungen der Fallpauschalen auf die Behandlungsqualität und Organisationsstruktur“. 5.-7.10. 2006 in Hannover. Veranstaltet durch das Zentrum für Gesundheitsethik an der Evangelischen Akademie Loccum.
- MBO-Ä, 1997: „(Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä 1997) in der Fassung der Beschlüsse des 100. Deutschen Ärztetages 1997 in Eisenach“, *Deutsches Ärzteblatt* 37: A-2345-2354.

- Müller, Brigitte, 2000: „Arbeitsbedingungen und Belastungen im Krankenhaus“, in: Teste, Ulrike; Witte, Bernd (Hg.), *Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen. Arbeitsbedingungen, -belastungen und Gesundheitsrisiken*. Hamburg: VSA, 109-161.
- o. A., 2004: „Privatkrankenanstalten im Aufwind. Finanzschwäche der Kommunen bleibt Hauptursache der Privatisierungswelle“, *Das Krankenhaus* 96 (7): 523-524.
- Quasdorf, Tina; Galatsch, Michael, 2006: *Die Veränderungen der Arbeitsstrukturen pflegerischen Personals in Akutkrankenhäusern vor dem Hintergrund der DRG-Einführung*. Vortrag auf dem „Münchner Pflegekongress 2006. Zukunft sucht Weg – Entwicklung steuern, Chancen ergreifen.“ 19.-21.10.2006 in München. Veranstaltet von der Städtisches Klinikum München GmbH.
- Raffel, Andreas; Cupisti, Kenko; Dotzenrath, Cornelia; Krüger, B.; Ohmann, Christian; Schulte, Klaus-Martin; Goretzki, Peter Erich; Röher, Hans-Dietrich, 2004: „Ökonomische Zwänge führen zur Reduktion der stationären Verweildauer. Beispiel: Schilddrüsenoperation“, *Der Chirurg* 75: 702-705.
- Rafferty, Anne Marie; Clarke, Sean P.; Coles, James; Ball, Jane; James, Philip; McKee, Martin; Aiken, Linda H., 2006: Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals. Cross-sectional analysis of survey data and discharge records. In: *International Journal of Nursing Studies*, 43. Unter: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.08.003> (aktuell am 02.11.2006).
- RAMBØLL Management, 2002: Fallstudie: Privatisierung von Krankenhäusern. Im Auftrag der Gewerkschaft ver.di Berlin: ver.di-Bundesverwaltung.
- Robert Bosch Stiftung (Hg.), 1995: *Das Arztbild der Zukunft. Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt. Konsequenzen für die Ausbildung und Wege zu ihrer Reform*. Abschlußbericht des Murrhardter Kreises, Beiträge zur Gesundheitsökonomie (3) Gerlingen: Bleicher.
- Roeder, Norbert, 2005: *Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2006*. Münster: DRG-Research-Group, Universitätsklinikum Münster Westfälische Wilhelms-Universität.
- Roeder, Norbert; Rochell, Bernhard u. a., 2000: Zwischenbericht zum Projekt: Empirischer Vergleich von Patientenklassifikationssystemen auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) in der Herzchirurgie. Unter: http://drg.uni-muenster.de/de/downloads/literatur/drg_zwischenbericht.zip (aktuell am 03.11.2006).
- Rothgang, Heinz, 1996: „Vom Bedarfs- zum Budgetprinzip? Die Einführung der Pflegeversicherung und ihre Rückwirkung auf die gesetzliche Krankenversicherung“, in: Clausen, Lars (Hg.), *Gesellschaften im Umbruch. Verhandlungen des 27. Kongresses der Gesellschaft für Soziologie in Halle an der Saale 1995*. Frankfurt/M; New York: Campus, 930-946.
- Rühmkorf, Daniel, 2005: Heilen im Minutentakt. *Dr. med. Mabuse* 153: 25-27.
- Schmidt, Bettina, 2008: *Eigenverantwortung haben immer die Anderen. Der Verantwortungsdiskurs im Gesundheitswesen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Simon, Michael, 2000: „Was die Umstellung auf DRG für die Krankenhäuser bedeutet“, *Pflegezeitschrift* 11: 734-737.
- Simon, Michael, 2008: *Sechzehn Jahre Deckelung der Krankenhausbudgets. Eine kritische Bestandsaufnahme*. Berlin: ver.di.

- Statistisches Bundesamt (Hg.), 2003: *Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2001*. Fachserie 12 / Reihe 6.1. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Statistisches Bundesamt (Hg.), 2006a: *Datenreport 2006. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland*. Auszug aus Teil I, Bundeszentrale für politische Bildung.
- Statistisches Bundesamt, 2006b: *Statistisches Jahrbuch 2006*. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Statistisches Bundesamt, 2007a: *Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser 2005*, Fachserie 12/Reihe 6.1.1. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Statistisches Bundesamt, 2007b: *Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2005*, Fachserie 12/Reihe 6.1.2, Bd. 2001. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Stern, Klaus, 1996: *Ende eines Traumberufs? Lebensqualität und Belastungen bei Ärztinnen und Ärzten*. Münster, New York: Waxmann.
- Stratmeyer, Peter, 2002: *Das patientenorientierte Krankenhaus. Eine Einführung in das System Krankenhaus und die Perspektiven für die Kooperation zwischen Pflege und Medizin, Grundlagentexte Pflegewissenschaft*. Weinheim, München: Juventa.
- Ulich, Eberhard (Hg.), 2003: *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen; Ressourcen, Schriften zur Arbeitspsychologie*. Bern u. a.: Hans Huber.
- ver.di, 2004: *Von den DRGs zum Umbau der Gesundheitslandschaft? Grundlagen – Erläuterungen – Strategien für betriebliche Interessenvertretungen – nicht nur in Krankenhäusern*. Berlin: Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft.
- Vogd, Werner, 2002: „Die Bedeutung von „Rahmen“ (frames) für die Arzt-Patient-Interaktion. Eine Studie zur ärztlichen Herstellung von dem, „was der Fall ist“ im gewöhnlichen Krankenhausalltag“, *ZBBS* 2: 301-326.
- 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*. Akademische Abhandlungen zur Soziologie. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Forschung.
- Vogd, Werner, 2006: *Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Eine dokumentarische Evaluation aus Sicht der Ärzte*. Bern: Huber.
- Vogel, Hans Rüdiger (Hg.), 1994: *Budgetierung und Therapiefreiheit – Konsequenzen für die ärztliche Verantwortung*. Stuttgart, New York: Gustav Fischer.
- von Eiff, Wilfried; Klemann, Ansgar; Meyer, Nora, 2007: *REDIA-Studie II. Auswirkungen der DRG-Einführung auf die medizinische Rehabilitation*. Münster: LIT.
- von Eiff, Wilfried; Klemann, Ansgar; Middendorf, Conrad, 2005: *REDIA-Studie. Analyse der Auswirkungen der DRG-Einführung auf die medizinische Rehabilitation*. Münster: LIT.
- Wahrig, Gerhard (Begr.); Wahrig-Burfeind, Renate (Hg.), 2002: *Deutsches Wörterbuch. Mit einem 'Lexikon der deutschen Sprachlehre'. Der deutsche Wortschatz in über 250.000 Stichwörtern, Anwendungsbeispielen und Redewendungen. Mit umfassenden Bedeutungserklärungen und ausführlichen Angaben zu Rechtschreibung, Grammatik, Aussprache, Stil und Herkunft.*, (7., vollst. neu bearb. u. aktual. Aufl.) Gütersloh: Wissen Media Verlag.
- Wambach, Klaus, 2006: Privatisierung ist keine Zauberformel. *G + G Wissenschaft* 9 (11): 48.

- Weber, Max; Mommsen, Wolfgang J. (Hg.), 1992: *Wissenschaft als Beruf: 1917/1919. Politik als Beruf: 1919, Max Weber Gesamtausgabe*. Im Auftrag der Kommission für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte der Bayerischen Akademie der Wissenschaften. Tübingen: Mohr.
- Wegner, R.; Kostova, P.; Poschadel, B.; Baur, X., 2007: „Weniger Stunden, mehr Arbeit“, *Hamburger Ärzteblatt* 11: 515-518.
- Wieteck, Pia, 2005: „Zur Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit im Kontext der DRG. Ein Diskussionsbeitrag zur optimierten Prozesssteuerung“, *Pflege & Gesellschaft* 10 (3): 115-124.
- Wilmsen-Neumann, Jürgen, 2005: „Stirbt die ganzheitliche Sicht des Menschen? Das deutsche DRG-System und die Palliativmedizin“, *Kliniker* 34: 24-28.

5 Anhang

5.1 Daten und Methoden – Langfassung

Die vorliegende Analyse ist ein Vergleich zweier in weiten Teilen inhaltlich gleicher Ärztebefragungen, die Anfang 2004 und zum Jahreswechsel 2005/06 durchgeführt wurden. Befragt wurde sowohl im Jahr 2004 als auch im Jahr 2005/06 eine 50%-Zufallsstichprobe der in hessischen Krankenhäusern beschäftigten Ärzte. Der erste Befragungszeitpunkt liegt damit in der Phase, als die DRG-Einführung noch keine erlöswirksamen Effekte hatte. Die zweite Befragung fand mitten in der Konvergenzphase statt, in der die DRGs in eingeschränktem Maße schon erlöswirksam sind. Die Ergebnisse der ersten Ärztebefragung sind schon ausführlich präsentiert worden (Klinke 2007; Klinke/Kühn 2006).

5.1.1 Erhebungsverfahren – Stichprobenziehung

Die Grundgesamtheit der schriftlichen Krankenhausärztebefragungen im Bundesland Hessen wurde zur ersten Befragung wie folgt definiert:

- alle im Krankenhaus oder in Vorsorge- oder Rehabilitationskliniken arbeitenden hessischen Ärzte (außer AiP) mit
- Geburtsdatum nach dem 1. 12. 1946 und
- Approbationserlangung vor dem 1. 12. 2002.

In der Grundgesamtheit und in der Stichprobe sind also Ärzte, die unter DRG-Bedingungen arbeiten, ebenso enthalten wie Ärzte, die in Reha-Kliniken oder psychiatrischen Abteilungen arbeiten. Die Ärzte, die in psychiatrischen Abteilungen oder in Reha-Kliniken arbeiten, sind aus den vorliegenden Analysen zwar ausgeschlossen, können in weiteren Studien aber noch als Vergleichskategorie herangezogen werden. Für die Beschreibung der Repräsentativität werden sie allerdings berücksichtigt.

Aus dieser Grundgesamtheit ($n=7.802$) wurde für die erste Befragung eine 50%-Stichprobe nach dem Zufallsprinzip gezogen ($n=3.901$). Stichtag für die Stichprobenziehung waren die Meldedaten der Landesärztekammer Hessen vom 31. 12. 2003. In der Stichprobe befanden sich nachweislich 34 falsche Adressen, d. h., die bereinigte 50%-Stichprobe für die erste Befragung hat eine Größe von $n=3.867$. Der Ausschluss von Ärzten

im Praktikum (AiP = Arzt im Praktikum) und das Kriterium Approbation vor dem 1. 12. 2002 ist der Überlegung geschuldet, dass Ärzte, die erst seit kurzem im Krankenhaus tätig sind, keine verlässlichen Daten über die für sie neue Institution liefern können. Insbesondere Aspekte von Wandel und Veränderung, um die es in dieser Untersuchung an prominenter Stelle geht, können von dieser Arztgruppe aufgrund mangelnden Erfahrungswissens nicht hinreichend beurteilt werden. Hinzu kommt, dass die 18-monatige AiP-Phase mit Ablauf des 30. September 2004 entfällt, was für die geplanten Wiederholungsbefragungen zu einer gewissen Sample-Inkonsistenz geführt hätte. Das Auswahlkriterium Geburtsdatum nach dem 1. 12. 1946 gewährleistet, dass bei den geplanten weiteren Befragungen in den folgenden drei Jahren zumindest theoretisch die Möglichkeit gegeben ist, dass sich die gleichen Personen im Sample befinden und somit der Charakter einer Längsschnittuntersuchung gewahrt bleibt.

Tab. 22: Grundgesamtheit, Stichprobe und Rücklauf der Befragung 2005/06

	Grundgesamtheit		50% Stichprobe (bereinigt)*		gültiger Rücklauf		
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	Anteil in % der Stich- probe	Anteil in % der Grund- samtheit
n	7.802		3.122		1.110	35,6	14,2

* Nach Auskunft der Landesärztekammer Hessen vom 12.03.2007.

Die Landesärztekammer Hessen konnte in 2005/06 noch 3.122 der 3.867 Ärzte aus der ersten Stichprobe anschreiben (vgl. Tab. 22). Einige Ärzte waren inzwischen pensioniert, nicht mehr im Krankenhaus tätig oder aus Hessen verzogen. Die bereinigte Stichprobengröße ist somit zur zweiten Befragung $n=3.122$. Von diesen 3.122 befragten Ärzten sandten 1.127 Personen den Fragebogen zurück. Dies entspricht einem Brutto-Rücklauf von 36,1 %. Von den ausgefüllten 1.127 Fragebögen mussten aus formalen Gründen noch 17 von der weiteren Betrachtung ausgeschlossen werden.

Dieser hohe Rücklauf von über 35 % einer postalischen Befragung kann als ein sehr gutes Ergebnis angesehen werden und als ein Beleg für das große Interesse der befragten Ärzte an der Thematik. Anscheinend existiert dieses Interesse sogar unabhängig von der Frage Ihrer unmittelbaren Betroffenheit vom DRG-Entgeltsystem (der Anteil der Kontrollgruppe in den Befragungsdaten entspricht in etwa ihrem Anteil an der Grundgesamtheit).

5.1.2 Repräsentativität

Eine ausführliche Beschreibung der Repräsentativität der Daten der ersten Befragung ist bereits veröffentlicht (Klinke/Kühn 2006). Daher beschränkt sich die Darstellung der Repräsentativität in diesem Beitrag auf die Daten der zweiten Befragung der Hessischen Ärzte. Zur zweiten Befragung wurden die Fragebögen im November 2005 versandt. Der Rücklauf der ausgefüllten Fragebögen erstreckte sich bis Februar 2006, weshalb die Daten der Befragung im Folgenden mit der Zeitpunktangabe 2005/06 markiert wurden, auch um deutlich zu machen, dass zwischen den zwei Wellen fast zwei Jahre und nicht nur ein Jahr liegen.

Sofern nicht anders angegeben, beziehen sich die im Folgenden angegebenen Zahlen für Hessen (Grundgesamtheit, Stichprobe, Rücklauf) auf Daten der Landesärztekammer Hessen vom 31.12.2003 und vom November 2005 sowie den Daten der o. g. Befragung hessischer Krankenhausärzte zum Jahreswechsel 2005/06.

Hessen als repräsentatives Bundesland

Die Auswahl des Bundeslandes Hessen als Ort der repräsentativen Befragung ist mit dem Gedanken verbunden, ein Bundesland zu wählen, dessen Versorgungsstruktur im Krankenhausbereich möglichst weitgehend mit den entsprechenden Kennziffern für das gesamte Gebiet der BRD (im Folgenden „Bund“ genannt) übereinstimmt, um eine Generalisierung der Aussagen in Richtung Gesamtdeutschland zu ermöglichen. Da die Versorgungsstruktur bisher stark über das Verhältnis von städtischer Bevölkerung zu ländlicher Fläche gesteuert wurde (insbesondere der Anteil der Krankenhäuser der „Grundversorgung“ ist aufgrund des gesetzlichen Versorgungsauftrages höher, je größer der Anteil des ländlichen Raums innerhalb eines Bundeslandes ist), kann ein Vergleich der Einwohnerdichte herangezogen werden, um eine analoge Versorgungsstruktur begründet unterstellen zu können. Bei einem Vergleich der Einwohnerdichte zeigt sich, dass Hessen und das gesamte Bundesgebiet tatsächlich sehr dicht beieinander liegen (Tab. 23). Andere Bundesländer weisen mitunter sehr deutliche Abweichungen auf. Z. B. besitzt Nordrhein-Westfalen eine doppelt so hohe Bevölkerungsdichte wie die BRD als Ganzes, während Mecklenburg-Vorpommern nur auf knapp ein Drittel der Einwohner pro Quadratkilometer kommt (Statistisches Bundesamt 2006b).

Tab. 23: Strukturvergleich Bund/Hessen

	Bund	Hessen
Einwohner in 1.000 (zum 31.12.2004)	82.501	6.098
Einwohner pro km ² (zum 31.12.2004)	231	289
Krankenhaus: Verweildauer in Tagen (zum 31.12.2005)	8,6	8,5
Krankenhaus: Bettenauslastung in % (zum 31.12.2005)	75,6	73,2
Vorsorge und Rehabilitation: Verweildauer in Tagen (zum 31.12.2005)	25,8	27,5
Vorsorge und Rehabilitation: Bettenauslastung in % (zum 31.12.2005)	73,4	71,0
Anteil der Ärzte in öffentlichen Krankenhäusern in % (zum 31.12.2005)	60,4	69,4
Anteil der Ärzte in freigemeinn. Krankenhäusern in % (zum 31.12.2005)	29,5	22,0
Anteil der Ärzte in privaten Krankenhäusern in % (zum 31.12.2005)	10,2	8,6
Quelle: (Statistisches Bundesamt 2006a, b, 2007a, b)		

Will man nun neben dieser recht abstrakten Verbindung zur stationären Versorgungsstruktur einen konkreteren Vergleich aus dem Bereich der Krankenhausstatistik heranziehen, dann bietet es sich an, Parameter auszuwählen, die Eckpunkte der gesundheitspolitischen Reformdebatte der letzten 10 bis 15 Jahre markieren, da sich hierin – zumindest teilweise – der jeweilige Anpassungs- oder Modernisierungsgrad widerspiegelt. Die amtliche Statistik hält hier insbesondere zwei Informationen bereit, die im Zentrum der bundesdeutschen Reformdebatte des Gesundheitswesens stehen – die so genannte Liegezeit und die Bettenauslastung. Erklärtes Ziel, auch für die Einführung des DRG-Entgeltsystems, ist es, die Patienten schneller zu entlassen, also die Verweildauer zu verkürzen und die Betten auf hohem Niveau trotzdem belegt zu halten. Vom Gesetzgeber angestrebt ist seit langem eine Verringerung der Bettenzahl in Deutschland und eine Erhöhung der Auslastung. Von 1990 bis 2000 sind zwar einige Betten abgebaut worden (ca. 8 %), bei einer Verringerung der Bettendichte um ca. 12 %, aber die Bettenauslastung konnte nicht erhöht werden, sondern sank sogar um 5 %, da sich die Verweildauer überproportional, nämlich um ca. 29 % verringerte. Im gleichen Zeitraum kam es zu einer nicht intendierten Fallzahlensteigerung von 23 %. Diese Fallzahlenausweitung ist maßgeblich dafür verantwortlich, dass die kürzeren Liegezeiten bisher nicht zu einem drastischen Bettenabbau geführt haben. Vergleicht man nun die entsprechenden Zahlen für das gesamte Bundesgebiet mit denen des Bundeslandes Hessen, zeigt sich, dass sowohl in Bezug auf die Verweildauer als auch die Bettenauslastung eine gute Passung existiert. Diese Zahlen können hypothetisch als Indikatoren für Modernisierungsdruck interpretiert werden, da eine überdurchschnittliche Verweildauer und eine unterdurchschnittliche Bettenauslastung den Anpassungsdruck erhöhen. Wer im Bundesdurch-

schnitt liegt oder gemessen am Soll sogar besser, hat bei Verhandlungen mit den Kostenträgern sicherlich bessere Karten, den Status Quo zu verteidigen. Als Fazit kann festgehalten werden, dass es weder theoretisch noch empirisch Hinweise darauf gibt, dass die hessischen Verhältnisse nicht geeignet wären, generalisierende Aussagen über den Zustand des gesamten stationären Sektors in Deutschland machen zu können.

Strukturvergleich der Ärztebefragung mit der Bundesstatistik, der hessischen Grundgesamtheit und der hessischen Stichprobe

Die Überprüfung der Reichweite der erhobenen Daten anhand ausgewählter Strukturdaten erfolgt in zwei Dimensionen:

1. Eine Bias-Überprüfung im Vergleich mit der Grundgesamtheit in Hessen.
2. Eine Überprüfung der Generalisierbarkeit durch einen Vergleich mit der Verteilung in der BRD.

Die Auswahl der Strukturdaten erfolgt im Abgleich mit den von der amtlichen Statistik bereitgehaltenen Parametern. Sofern die Variablen im Fragebogen mit denen der amtlichen Statistik nicht unmittelbar deckungsgleich sind, müssen teilweise gewisse Anpassungen vorgenommen werden, bis von einer inhaltlichen Deckungsgleichheit der Variablen ausgegangen werden kann. Ein Vergleich zwischen der Ausgangsgesamtheit und der Antwortgruppe zeigt eine extrem hohe Übereinstimmung hinsichtlich der Verteilung des Geschlechts, so dass wir davon ausgehen können, dass der Rücklauf sehr gut die Ausgangsgesamtheit widerspiegelt und es keine systematischen Selektionen durch den Rücklauf gibt. Da wir für unsere Befragung der Krankenhausärzte einen relativ hohen Rücklauf haben, ist es auch nicht verwunderlich, dass die Struktur der Antworten weitgehend der der Angeschriebenen entspricht. Der Anteil von Männern bei den 1.110 Befragten unserer Datenbasis beträgt 62,6 % (vgl. Tab. 24). Ein Vergleich mit den Angaben des Statistischen Bundesamtes (2007a) ergibt keine nennenswerten Differenzen. Nach diesen sind 61,9 % der Krankenhausärzte Männer.

Tab. 24: Geschlecht – Zur Repräsentativität der Befragungsdaten

Merkmal	Bund		Hessen Grundgesamt- heit		Hessen Stichprobe		Hessen Rücklauf	
	An- zahl	Anteil in %	An- zahl	Anteil in %	An- zahl	Anteil in %	Anzahl	Gültig in %
weiblich	50.004	38,1	2.997	38,4	1.152	36,9	412	37,4
männlich	81.111	61,9	4.805	61,6	1.970	63,1	691	62,6
N	131.115	100	7.802	100	3.122	100	1.103	100
Fehlend							7	

* Zahlen vom 31.12.2005, stationär tätige Ärzte (Statistisches Bundesamt 2007a), eigene Berechnungen.

Dieser Vergleich zeigt, dass der Anteil von männlichen und weiblichen Krankenhausärzten in unserer Datenbasis im Großen und Ganzen dem Geschlechterverhältnis der stationär tätigen Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland entspricht.

Der Vergleich der Ärzte bezüglich des Jahres der Approbation ist nur mit der Grundgesamtheit in Hessen möglich. Es zeigt sich, dass bis auf die kleine Gruppe der ganz „frisch“ Approbierten (2001-2005), die etwas unterrepräsentiert sind, alle anderen Jahrgänge in den erhobenen Daten sehr gut abgebildet sind (Tab. 25).

Eng verknüpft mit der vorab dargestellten Variablen ist die Verteilung der Geburtsjahre (Tab. 26). Die jüngsten Ärzte sind etwas unterrepräsentiert. Dies ist die Folge davon, dass gerade die jüngeren Ärzte noch sehr oft das Bestreben haben, sich niederzulassen oder in andere Krankenhäuser zu wechseln und daher überproportional aus der Stichprobe herausgefallen sind.

Dies wirkt sich ebenfalls auf die Verteilung der Ärzte nach beruflicher Position aus, da diese dominant vom Jahr der Berufserlangung und dem Alter abhängt. Auf der Basis von 1.110 befragten Personen ergibt sich die folgende Verteilung nach der beruflichen Position: 53,3 % der Befragten arbeiten als Assistenzärzte (in der ersten Befragung waren es noch 61,8 %), 25,2 % sind Oberärzte und 20,7 % sind in einer leitenden Position tätig.

Tab. 25: Jahr der Approbation – Zur Repräsentativität der Befragungsdaten

Krankenhaus- ärzte in Hessen	Grundgesamt- heit		Stichprobe		Gültiger Rücklauf		Abweichung gültiger Rück- lauf von Grund- gesamtheit		Abweichung gültiger Rück- lauf von Stichprobe	
	Anzahl	%	Anzahl	%	An- zahl	%	Ab- wei- chung	rela- tive Ab- wei- chung	Ab- wei- chu- ng	rela- tive Ab- wei- chung
1971	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	-100,0	0,0	--
1972	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0,1	--	0,1	--
1973	12	0,2	6	0,2	7	0,6	0,5	318,3	0,5	234,8
1974	34	0,4	17	0,5	8	0,7	0,3	68,7	0,2	35,0
1975	51	0,7	25	0,8	13	1,2	0,5	82,8	0,4	49,2
1976	59	0,8	30	1,0	11	1,0	0,3	33,7	0,1	5,2
1977	83	1,1	41	1,3	14	1,3	0,2	21,0	0,0	-2,0
1978	144	1,8	79	2,5	24	2,2	0,4	19,5	-0,3	-12,8
1979	122	1,6	64	2,0	23	2,1	0,6	35,2	0,1	3,1
1980	148	1,9	72	2,3	36	3,3	1,4	74,4	1,0	43,5
1981	136	1,7	55	1,8	27	2,5	0,7	42,4	0,7	40,9
1982	170	2,2	84	2,7	29	2,7	0,5	22,3	0,0	-0,9
1983	235	3,0	103	3,3	23	2,1	-0,9	-29,8	-1,2	-35,9
1984	218	2,8	98	3,1	41	3,8	1,0	34,9	0,6	20,0
1985	226	2,9	101	3,2	29	2,7	-0,2	-8,0	-0,6	-17,6
1986	282	3,6	111	3,6	33	3,0	-0,6	-16,1	-0,5	-14,7
1987	272	3,5	113	3,6	46	4,2	0,7	21,3	0,6	16,8
1988	200	2,6	86	2,8	32	2,9	0,4	14,7	0,2	6,8
1989	28	0,4	9	0,3	30	2,8	2,4	668,3	2,5	856,5
1990	206	2,6	90	2,9	38	3,5	0,9	32,3	0,6	21,2
1991	288	3,7	120	3,8	46	4,2	0,5	14,5	0,4	10,0
1992	295	3,8	112	3,6	51	4,7	0,9	24,0	1,1	30,7
1993	332	4,3	116	3,7	51	4,7	0,4	10,2	1,0	26,2
1994	352	4,5	151	4,8	49	4,5	0,0	-0,2	-0,3	-6,9
1995	423	5,4	158	5,1	66	6,1	0,6	11,9	1,0	19,9
1996	461	5,9	164	5,3	59	5,4	-0,5	-8,2	0,2	3,2
1997	441	5,7	169	5,4	57	5,2	-0,4	-7,3	-0,2	-3,2
1998	475	6,1	202	6,5	54	5,0	-1,1	-18,5	-1,5	-23,3
1999	449	5,8	147	4,7	58	5,3	-0,4	-7,4	0,6	13,2
2000	495	6,3	169	5,4	77	7,1	0,7	11,5	1,7	30,7
2001	545	7,0	195	6,2	36	3,3	-3,7	-52,6	-2,9	-47,0
2002	619	7,9	187	6,0	17	1,6	-6,4	-80,3	-4,4	-73,9
2003			2	0,1	1	0,1			0,0	43,5
2004			37	1,2	0	0,0			-1,2	-100,0
2005			9	0,3	1	0,1			-0,2	-68,1
Summe	7.802	100,0	3.122	100,0	1.088	100,0				
Fehlend					22					

Tab. 26: Geburtsjahr der befragten Ärzte – Zur Repräsentativität der Befragungsdaten

Geburtsjahr	Grundgesamtheit		Stichprobe		gültiger Rücklauf		Abweichung gültiger Rücklauf von Grundgesamtheit		Abweichung gültiger Rücklauf von Stichprobe	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Abweichung	relative Abweichung	Abweichung	relative Abweichung
1946	4	0,05	2	0,06	1	0,1	0,05	100	0,04	66,67
1947	135	1,73	75	2,40	23	2,1	0,37	21,39	-0,30	-12,50
1948	105	1,35	45	1,44	13	1,2	-0,15	-11,11	-0,24	-16,67
1949	151	1,94	80	2,56	15	1,4	-0,54	-27,84	-1,16	-45,31
1950	144	1,85	68	2,18	23	2,1	0,25	13,51	-0,08	-3,67
1951	185	2,37	95	3,04	22	2,0	-0,37	-15,61	-1,04	-34,21
1952	175	2,24	83	2,66	25	2,3	0,06	2,68	-0,36	-13,53
1953	183	2,35	93	2,98	35	3,2	0,85	36,17	0,22	7,38
1954	205	2,63	93	2,98	25	2,3	-0,33	-12,55	-0,68	-22,82
1955	223	2,86	87	2,79	36	3,2	0,34	11,89	0,41	14,70
1956	208	2,67	90	2,88	28	2,5	-0,17	-6,37	-0,38	-13,19
1957	265	3,40	114	3,65	33	3,0	-0,40	-11,76	-0,65	-17,81
1958	280	3,59	111	3,56	37	3,3	-0,29	-8,08	-0,23	-6,46
1959	300	3,85	119	3,81	47	4,2	0,35	9,09	0,39	10,24
1960	306	3,92	119	3,81	38	3,4	-0,52	-13,27	-0,41	-10,76
1961	358	4,59	154	4,93	58	5,2	0,61	13,29	0,27	5,48
1962	366	4,69	145	4,64	46	4,1	-0,59	-12,58	-0,54	-11,64
1963	376	4,82	151	4,84	47	4,2	-0,62	-12,86	-0,64	-13,22
1964	396	5,08	141	4,52	56	5,0	-0,08	-1,57	0,48	10,62
1965	434	5,56	175	5,61	68	6,1	0,54	9,71	0,49	8,73
1966	425	5,45	162	5,19	61	5,5	-0,05	-0,92	0,31	5,97
1967	425	5,45	162	5,19	67	6,0	0,15	2,75	0,81	15,61
1968	448	5,74	151	4,84	51	4,6	-1,14	-19,86	-0,24	-4,96
1969	413	5,29	144	4,61	49	4,4	-0,89	-16,82	-0,21	-4,56
1970	404	5,18	146	4,68	58	5,2	0,02	0,39	0,52	11,11
1971	318	4,08	116	3,72	43	3,9	-0,18	-4,41	0,18	4,84
1972	270	3,46	100	3,20	39	3,5	0,04	1,16	0,30	9,38
1973	190	2,44	59	1,89	35	3,2	0,76	31,15	1,31	69,31
1974	90	1,15	34	1,09	14	1,3	0,15	13,04	0,21	19,27
1975	16	0,21	7	0,22	3	0,3	0,09	42,86	0,08	36,36
1976	2	0,03	0	0,00	1	0,1	0,07	233,33	0,10	
1977	1	0,01	1	0,03	1	0,1	0,09	900	0,07	233,33
1978	1	0,01	0	0,00	0	0,0	-0,01	-100	0,00	0,00
fehlend					9	1,0				
Summe	7.802	100	3.122	100	1.110	100				

Tab. 27: Berufliche Position der Ärzte

Merkmal	Bund *		Hessen *		Hessen Stichprobe		Hessen Rücklauf	
	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Gültig in %
Ass. Arzt/ Stipend./ Hospit.	92.440	70,5	6.190	70,8	2.249	72,0	592	53,7
Ober-/ Chef-Arzt/ ärztl. Direktor	38.675	29,5	2.554	29,4	872	27,9	510	46,3
N	131.115	100	8.744	100	3.122	100	1.103	100

* Zahlen vom 31.12.2005, stationär tätige Ärzte (Statistisches Bundesamt 2007a), eigene Berechnungen.

Vergleicht man die Struktur der Befragten, aufgeteilt nach zwei aggregierten Statusgruppen

(

Tab. 27), mit Daten der Stichprobe, dann erkennt man, dass die Gruppe der Ober- und Chefärzte um 18,4 Prozentpunkte überrepräsentiert ist. Da die berufliche Position potenziell eine zentrale erklärende Variable dieser Untersuchung darstellt, ist dies in generalisierenden Untersuchungen zu beachten. Auf Nachfrage ist von der Ärztekammer darauf hingewiesen worden, dass ihre Datenbank hinsichtlich der beruflichen Position nicht auf dem aktuellen Stand ist, da für die Ärzte keine Aktualisierungspflicht besteht. Wenn also immer ein bestimmter Prozentsatz einer Ärztepopulation nicht nur zeitverzögert, sondern seine Daten gar nicht aktualisiert, dann wäre damit der niedrigere Anteil an leitenden Ärzten erklärbar. Zieht man ergänzend die amtliche Statistik hinzu, dann bestätigt sich die Abweichung. Ein Teil der Differenz wird also dadurch erklärt, dass die Daten an offizieller Stelle nicht aktuell gehalten werden. Ein anderer Teil wird aber auch erklärt, indem gerade die jüngeren Ärzte in den Daten der zweiten Befragung unterrepräsentiert sind.

Positiv zu vermerken ist einmal mehr die hohe Übereinstimmung der Hessischen Verhältnisse mit den Verhältnissen im Bund. Dies spricht noch einmal dafür, dass die Sample-Beschränkung auf Hessen Rückschlüsse für das gesamte Bundesgebiet zulässig erscheinen lässt.

Die Trägerschaft ist in den Analysen immer wieder eine wesentliche erklärende Variable. Es zeigt sich, dass Kommunen und Kirchen bereits für 50 % ihrer beschäftigten Ärzte die Rechtsform ihrer Häuser in Gemeinnützige GmbHs oder AGs umgewandelt haben, was häufig als Vorstufe zu einer anstehenden Privatisierung interpretiert bzw. von den Beschäftigten als bevorstehend wahrgenommen wird. Die nicht-kirchlichen freigemeinnützigen Träger haben diesen Schritt erst für ca. ein Drittel ihrer Beschäftigten vollzogen. Dieses dynamische Bild eines Rechtsformwandels des Krankenhausbereichs kann als eine Erklärung herangezogen werden, warum 2004 8,65 % der befragten Ärzte unklar ist, welcher Art die Trägerschaft ihres Krankenhauses ist. 2005/06 sind zwar nur noch 1,5 % hinsichtlich der Trägerschaft unsicher, dafür wissen aber 16,9 % nicht, welche Rechtsform ihr Haus besitzt. Diese Unklarheit ist sowohl definitorischen als auch schlichtweg inhaltlichen Gründen geschuldet, da z. B. den Befragten unbekannt sein dürfte, ob die Gründung einer gGmbH bereits als eine Form der Privatisierung zu betrachten ist, die Vorstufe zu einer kommenden Privatisierung darstellt oder schlicht-

weg als eine neue Form des Managements öffentlicher oder freigemeinnütziger Einrichtungen angesehen werden muss. Hierzu ein Zitat des BDPK-Präsidenten³⁶ Rehfeld aus einem Interview:

„Die genaue Zahl privatisierter oder privat geführter Akutkrankenhäuser in Deutschland ist leider nicht überschaubar. Der Anteil dürfte derzeit bei etwa 10 bis 14 % liegen. Hierbei lassen auch die unterschiedlichen Formen der Privatisierung kein einheitliches Bild zu. So gibt es öffentlich getragene Krankenhäuser, die über Managementverträge von privaten Unternehmen geführt werden, ohne dass der Gesamtbetrieb privatisiert worden ist, und es gibt auch eine Reihe von Krankenhäusern, die in privaten Rechtsformen geführt werden, hinter denen sich aber weiterhin Finanzierungen der öffentlichen Hand verbergen. Wenn man diese Frage mit genauen Zahlen beantworten will, so wird man zunächst Kriterien festlegen müssen, nach denen sich genau beurteilen lässt, was ein privat geführtes Krankenhaus und was ein öffentlich oder freigemeinnützig geführtes Krankenhaus ist. Die Frage, inwieweit sich die Privatisierungen in den nächsten 10 Jahren fortsetzen, ist sicherlich schwer zu beantworten.“ (o. A. 2004)

Festzuhalten bleibt, dass die Gründung einer gGmbH oder gAG juristisch nicht als Privatisierung zu deuten ist. Es ist ebenfalls nicht plausibel, diese gemeinnützigen Betriebe umstandslos der Sphäre freigemeinnütziger Träger zuzuordnen, da diese Zuordnung auf ein historisch gewachsenes Spezifikum des deutschen Sozialstaates zurückzuführen ist, nämlich die Rolle der Wohlfahrtsverbände. Aus zwei Gründen erscheint es angebracht, auf die traditionelle deutsche Unterscheidung der Einrichtungen nach öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Trägern zurückzugreifen, wie sie auch von der amtlichen Statistik weiterhin benutzt wird. Einerseits geht sonst die Vergleichbarkeit mit der amtlichen Statistik verloren, andererseits besitzt die dahinter stehende inhaltliche Abgrenzung der Häuser nach ihrer Trägerschaft weiterhin gute Gründe für ihre inhaltliche Anwendbarkeit:

- **Öffentlich:** Einrichtungen, die von Gebietskörperschaften (Bund, Land, Bezirk, Kreis, Gemeinde) oder von Zusammenschlüssen solcher Körperschaften wie Arbeitsgemeinschaften oder Zweckverbänden oder von Sozialversicherungsträgern wie Landesversicherungsanstalten und Berufsgenossenschaften betrieben oder unterhalten werden. Träger in rechtlich selbstständiger Form (z. B. als GmbH) gehören zu den öffentlichen Trägern, wenn Gebietskörperschaften oder Zusammenschlüsse solcher Körperschaften unmittelbar oder mittelbar mit mehr als 50 vom Hundert des Nennkapitals oder des Stimmrechts beteiligt sind.
- **Freigemeinnützig:** Einrichtungen, die von Trägern der kirchlichen und freien

³⁶ BDPK = Bundesverband der Privatkrankenanstalten Deutschlands.

Wohlfahrtspflege, Kirchengemeinden, Stiftungen oder Vereinen unterhalten werden.

- **Privat:** Einrichtungen, die als gewerbliche Unternehmen einer Konzession nach § 30 Gewerbeordnung bedürfen.

Bei Einrichtungen mit unterschiedlichen Trägern wird der Träger angegeben, der überwiegend beteiligt ist oder überwiegend die Geldlasten trägt (Statistisches Bundesamt 2003).

Ursprünglich wurde eine solche Unterscheidung theoretisch damit begründet, dass zwischen gewinnwirtschaftlich organisierten Unternehmen und öffentlichen oder anderen dem Gemeinwohl verpflichteten Unternehmen fundamentale Unterschiede bestehen, die sich auf die Existenz oder eben Nicht-Existenz des die Organisation und Funktionsweise der Institution strukturierenden Prinzips der Gewinnmaximierung zurückführen lassen. Im Zuge einer seit 10 bis 20 Jahren andauernden Vormachtstellung einer bestimmten wirtschaftspolitischen Doktrin, die von ihren Gegnern gerne als neoliberale Wirtschaftspolitik bezeichnet wird, verschwindet die o.g. traditionelle Sichtweise zunehmend aus dem Diskurs der soziologischen Fachliteratur. Ersetzt wird diese Differenzierung vielmals durch eine universelle Befürwortung privatwirtschaftlicher Managementstrukturen und andere konkurrenzwirtschaftliche Elemente, da erwartet wird, dass eine derartige Produktionsform auch für alle Bereiche der Produktion öffentlicher Güter zu einer Verbesserung der Wirtschaftlichkeit bei gleichzeitiger Erhöhung der Produktqualität führt. Diese Studie versucht jedoch u.a. zu untersuchen, ob die Trägerform nicht doch einen gewissen Einfluss auf die Arbeitsorganisation und die Versorgungsqualität hat, weshalb hier zunächst die neu gegründeten gGmbHs und gAGs weiterhin ihren Trägern zugeordnet bleiben, wie es obiger Definition entspricht. Demnach arbeiten 60,4 % der bundesdeutschen Ärzte in öffentlichen Häusern (vgl. Tab. 28), während 29,5 % der Krankenhausärzte in Häusern mit gemeinnütziger Trägerschaft beschäftigt sind. In eindeutig privaten Einrichtungen arbeiten 10,2 %. Demgegenüber arbeiten 69,4 % (+9 Prozentpunkte) der hessischen Krankenhausärzte in öffentlichen, 22 % (-7,5 Prozentpunkte) in freigemeinnützigen und 8,6 % (-1,6 Prozentpunkte) in privaten Einrichtungen. Ein Vergleich mit der amtlichen Statistik bezüglich der Trägerschaft zeigt also, dass auch hier eine hohe strukturelle Übereinstimmung zwischen Hes-

sen und dem gesamten Bundesgebiet besteht, wenngleich die freigemeinnützige Trägerschaft gegenüber den öffentlichen Einrichtungen etwas weniger stark vertreten ist.

Tab. 28: Ärzte nach Trägerschaft des Krankenhauses Bund/Studie

Merkmal	Bund *		Hessen *		Hessen Stichprobe		Hessen Rücklauf	
	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Gültig in %
Ärzte in öffentl. Krankenhäusern	79.158	60,4	6.071	69,4			639	59,6
Ärzte in freigem. Krankenhäusern	38.635	29,5	1.919	22,0			246	22,9
Ärzte in privaten Krankenhäusern	13.322	10,2	754	8,6			187	17,4
N	131.115	100	8.744	100,0	3.122	100	1.072	100

* Zahlen vom 31.12.2005, stationär tätige Ärzte (Statistisches Bundesamt 2007a; b), eigene Berechnungen.

Nimmt man diese Zahlen als Ausgangspunkt für einen Abgleich zwischen der Grundgesamtheit Hessen und den Daten dieser Studie, dann wird deutlich, dass wahrscheinlich kein Bias im Bereich der Trägerschaft vorhanden ist, jedoch von einer gewissen Inkonsistenz der Daten ausgegangen werden muss: Zwar existiert eine rechnerische Unterrepräsentanz von 9,8 Prozentpunkten im Bereich öffentlicher Träger sowie eine Überrepräsentanz von 8,8 Prozentpunkten im Bereich privater Krankenhäuser, aber unterstellt man, dass gerade im Bereich öffentlicher Häuser die Rechtsformänderungen in gGmbHs besonders häufig zu Fehlannahmen bezüglich der Trägerschaft geführt haben, dann sind vermutlich ein Großteil der 8,8 Prozentpunkte Abweichung im Bereich privater Träger darauf zurückzuführen, dass die antwortenden Ärzte eigentlich in öffentlichen Einrichtungen arbeiten, die entweder vor der Privatisierung stehen (Universitätsklinik) und/oder eine Rechtsformänderung vollzogen haben, die fälschlicherweise zu dem Schluss geführt hat, man arbeite bereits unter privater Trägerschaft. Diese Problematik ist bei Analysen mit Trägerschaft als erklärender Variablen zu berücksichtigen.

Die im Fragebogen abgefragten Versorgungsstufen sind nicht mit den Versorgungsstufen oder Versorgungsarten der Bundesstatistik vergleichbar. Sie sind aber vergleichbar mit den Versorgungsstufen, die in einer repräsentativen Umfrage unter hessischen Krankenhausärzten aus dem Jahre 2001 gemessen wurden. Bei dem Vergleich der aktu-

ellen Befragung mit der früheren Befragung zeigt sich eine sehr große Ähnlichkeit in der Verteilung der Versorgungsstufen (Tab. 29).

Tab. 29: Ärzte nach Art/Versorgungsstufe der klinischen Einrichtung 2001 und 2005/06

Krankenhausärzte Bund/Hessen	Umfrage Hessen 2001*		Rücklauf Hessen			Abweichung gültiger Rücklauf von Hessen 2001	
	Häu- figkeit	Anteil in %	Häu- figkeit	Anteil in %	Anteil gültig in %	Abwei- chung	relative Abwei- chung
Universitätsklinik	209	20,0	197	17,7	18,0	-2,0	-10,0
Krankenhaus d. Maximal- /Schwerpunktversorgung	343	33,0	369	33,2	33,7	0,7	2,1
Krankenhaus d. Grund- /Regelversorgung	271	26,0	312	28,1	28,5	2,5	9,6
Fachkrankenhaus	115	11,0	155	14,0	14,2	3,2	29,1
Reha-Klinik	94	9,0	61	5,5	5,6	-3,4	-37,8
Fehlend	10	1	16	1,4			
n	1.042	100,0	1.110	100,0	100,0		

* Daten von Juni 2001 (Kaiser/Kortmann 2002), eigene Berechnungen.

Wie sich zeigt (Tab. 30), sind die befragten Krankenhausärzte in Krankenhäusern sämtlicher Größe beschäftigt. Knapp ein Fünftel arbeitet in kleinen Häusern mit bis zu 200 Betten. Etwa 17 % arbeiten in Häusern mit bis zu 300 Betten. Weitere 16 % sind in Einrichtungen mit bis zu 500 Betten beschäftigt. Die größte Teilgruppe (23 %) arbeitet in bis zu 1.000 Betten großen Häusern. Ein weiteres Fünftel ist in Häusern über 1.000 Betten tätig. Im Vergleich mit der Ärztekammer-Studie von 2001 zeigen sich keine nennenswerten Abweichungen, somit ist die Verteilung der Befragten nach Krankenhausgröße vermutlich ein hervorragendes Abbild der realen hessischen Verhältnisse.

Tab. 30: Ärzte nach Krankenhausgröße

		Anzahl	Prozent	Gültige Pro- zente	Kumulierte Pro- zente
Gültig	bis 200 Betten	236	21,3	21,5	21,5
	201-300 Betten	183	16,5	16,7	38,2
	301-400 Betten	98	8,8	8,9	47,2
	401-500 Betten	79	7,1	7,2	54,4
	501-1.000 Betten	251	22,6	22,9	77,3
	mehr als 1.000 Betten	225	20,3	20,5	97,8
	weiß nicht	24	2,2	2,2	100
	Gesamt	1.096	98,7	100	
Fehlend		-1	2	0,2	
		0	12	1,1	
	Gesamt		14	1,3	
Gesamt		1.110	100		

Vergleicht man diese hessischen Verhältnisse über die einzelnen Kategorien hinweg mit der Bundesstatistik (Tab. 31), wird deutlich, dass gegenüber dem Bundesdurchschnitt des Jahres 2005 die Gruppe der ganz kleinen Häuser am stärksten überrepräsentiert ist (8,7 %) und die der Kliniken mit über 1.000 Betten am stärksten unterrepräsentiert. Dies ist bei Generalisierungen zu bedenken, sofern sich die Größe eines Hauses als signifikant für bestimmte Aussagen erweist.

Tab. 31: Ärzte nach Krankenhausgröße, Bund/Hessen

Merkmal	Bund*		Rücklauf Hessen			Abweichung gültiger Rücklauf von Bund (Ge- samt)	
	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	An- teil in %	An- teil gültig in %	Abwei- chung	relative Ab- weichung
0-200 Betten	16.829	12,8	236	21,3	21,5	8,7	68,0
201-300 Betten	15.443	11,8	183	16,5	16,7	4,9	41,5
301-400 Betten	16.345	12,5	98	8,8	8,9	-3,6	-28,8
401-500 Betten	13.443	10,3	79	7,1	7,2	-3,1	-30,1
501-1.000 Betten	34.270	26,1	251	22,6	22,9	-3,2	-12,3
mehr als 1.000 Betten	34.785	26,5	225	20,3	20,5	-6,0	-22,6
weiß nicht			24	2,2	2,2		
Fehlend			14	1,3			
n	131.115	100	1.110	100	100		

* Zahlen vom 31.12.2005 (Statistisches Bundesamt 2007a, b)

Tab. 32 zeigt die Zugehörigkeit der befragten Krankenhausärzte zu medizinischen Fachabteilungen. Mit einem Anteil von knapp 24 % sind die meisten unserer Befragten auf inneren Abteilungen tätig (Kardiologie, Gastroenterologie, sonstige internistische

Tab. 32: Ärzte nach Fachgebiet

		Anzahl	Prozent	Gültige Pro- zente	Kumulierte Prozente
Gültig	Kardiologie	89	8,0	8,2	8,2
	Gastroenterologie	57	5,1	5,2	13,4
	sonst. internist. Fachgebiete	112	10,1	10,3	23,7
	Radiologie	29	2,6	2,7	26,3
	Pädiatrie	58	5,2	5,3	31,7
	Geriatric	28	2,5	2,6	34,2
	Neurologie	45	4,1	4,1	38,3
	Allg. u. Viszeralchirurgie	70	6,3	6,4	44,8
	Unfallchirurgie	68	6,1	6,2	51,0
	sonst. chirurg. Fachgebiete	54	4,9	5,0	56,0
	Anästhesiologie	138	12,4	12,7	68,6
	Orthopädie	59	5,3	5,4	74,0
	Gynäkologie	43	3,9	3,9	78,0
	Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie	116	10,5	10,6	88,6
	andere Fachgebiete	124	11,2	11,4	100
	Gesamt	1.090	98,2	100	
Fehlend	0	20	1,8		
Gesamt		1.110	100		

Fachgebiete). In der Chirurgie (Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie, sonstige chirurgische Fachgebiete, Orthopädie, sonstige operative Fachgebiete) arbeiten 23 % der Ärzte. 3,9 % sind in der Gynäkologie und 10,6 % in der Psychiatrie beschäftigt. Insbesondere die großen und auf allen Versorgungsstufen vorhandenen Fachgebiete Innere Medizin und Chirurgie sind sehr gut repräsentiert und erlauben weiter gehende Detailanalysen.

Die Anästhesie (12,7 %) ist das dritthäufigste Gebiet. Psychiatrie und Psychotherapie weisen wegen ihres Sonderstatus (keine DRGs) wahrscheinlich Besonderheiten auf und werden deshalb als Gruppe gesondert ausgewiesen. Analysen innerhalb kleinerer Fachgebiete finden ihre Grenze in den teilweise geringen Fallzahlen. Ein Vergleich mit der 2001er Studie der Landesärztekammer Hessen (Kaiser/Kortmann 2002) bestätigt diese Verteilung im Wesentlichen, da innerhalb der genannten vier Großgruppen nur eine maximale Abweichung von 3 % zu beobachten ist.

Ein Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt ist nur mittels vieler hypothetischer Annahmen hinsichtlich der Aggregation der Gruppen möglich, weshalb an dieser Stelle darauf verzichtet wird. Ein diesbezüglicher Versuch wurde anhand der 2004er Befragung bereits dokumentiert (Klinke/Kühn 2006) und konnte zeigen, dass eine gute Passung erzielt werden kann, wenngleich diese auf einigen nicht überprüfbaren Annahmen basiert.

Fazit

Die Überprüfung der Reichweite der erhobenen Daten anhand ausgewählter Strukturdaten hat gezeigt, dass sich keine Hinweise darauf finden, dass die erhobenen Daten nennenswerte systematische Verzerrungen (Bias) gegenüber der repräsentativen Stichprobe aufweisen. Allein in Bezug auf die berufliche Position der Ärzte zeigte sich, dass leitende Ärzte überrepräsentiert sind. Allerdings kann dies an einem systematischen Datenfehler liegen, da die hessische, wie auch alle anderen Landesärztekammern, nicht alle Ärzte dazu motivieren können, Statusveränderungen mitzuteilen (s. o.). In Bezug auf Hessen ist also von einer sehr guten Generalisierbarkeit unserer Daten auszugehen.

Hinsichtlich der Frage, ob eine Generalisierbarkeit dieser Daten in Richtung gesamtdeutscher Verhältnisse angemessen ist, kann ein hohes Maß an Repräsentativität angenommen werden, da sich keine bedeutsamen strukturellen Abweichungen erkennen lassen. Allein im Bereich der Krankenhausgröße besteht an den beiden Enden der Verteilung eine Abweichung zum Bundesdurchschnitt, die bei generalisierenden Aussagen zu beachten ist. Natürlich kann an dieser Stelle nicht ausgeschlossen werden, dass es im Bereich Einstellungen und Handlungsweisen gewisse regionale Besonderheiten gibt. Allerdings wurde Hessen bisher von vielen als mentales Zentrum der alten BRD angesehen. Die Datenqualität hat sich als gut erwiesen und die angestrebte Reichweite dieser Untersuchung ist gewährleistet.

5.1.3 Selektion der Befragungsdaten für die Analysen

Der Datensatz ($n=1.538$) der ersten Befragung wurde um diejenigen Befragten bereinigt, die nach derzeitiger Rechtslage (Stand: 2. Fallpauschalen-Änderungsgesetz vom 26. 11. 2004) weder zum Zeitpunkt der Befragung noch in Zukunft von der Einführung des DRG-Entgeltsystems betroffen sein werden (Psychiatrie, Reha-Kliniken: $n=254$), so dass sich alle genannten Zahlen auf diese Befragungsdaten ($n=1.284$) beziehen. Die zweite Befragung wurde im Februar 2006 abgeschlossen ($n=1.110$). Das geringere n reflektiert im Wesentlichen die Tatsache, dass Ärzte durch Umzug in ein anderes Bundesland oder in das Ausland oder durch sonstigen Austritt aus der Krankenhausversorgung nicht mehr in der Stichprobe enthalten sind. Für die Analysen sind auch aus diesem Datensatz die Ärzte ausgeschlossen, die nicht in einem möglichen DRG-Haus ar-

beiten. Somit ergibt sich für die Befragung 2005/06 eine verwertbare Anzahl von 939 Fragebögen.

5.1.4 Methodisches Vorgehen

Bei allen untersuchten Aspekten des ärztlichen Handelns wird die Verteilung immer nach einer Reihe ausgewählter Merkmale dargestellt. Es wird angenommen, dass diese Merkmale auf den einen oder anderen Aspekt der ärztlichen Tätigkeit eine Auswirkung haben und sich Anpassungsprozesse unter DRG-Bedingungen unterschiedlich vollziehen, bzw. es einen Erkenntnisgewinn liefert, wenn sie wider Erwarten doch keinen Einfluss haben. Bei diesen Merkmalen handelt es sich um den fachlichen Arbeitsbereich, den Trägertyp des Krankenhauses, die Bettenanzahl des Krankenhauses, die hierarchische Position und in einigen Fällen das Geschlecht der Befragten.

Für alle Beschreibungen und Analysen ist die Verteilung der Ärzte aus der 2005/06er Befragung bezüglich der Position auf die Verteilung der Ärzte aus der Befragung von 2004 adjustiert worden. D. h., mithilfe eines Gewichtungsfaktors wird für die Ärzte aus der Befragung 2005/06 dieselbe Verteilung wie für die Ärzte aus der Befragung 2004 generiert.

6 Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Grundgesamtheit, Stichprobe und Rücklauf der Befragung 2005/06	20
Tab. 2: Tatsächliche wöchentliche Arbeitszeit ohne Bereitschaftsdienste (n=2.216) – lineare Regression	27
Tab. 3: Anteil der dokumentierten und registrierten Überstunden an allen Überstunden (n=2.216) – lineare Regression	28
Tab. 4: Bereitschaftsdienste pro Monat (n=2.216) – lineare Regression	32
Tab. 5: Bereitschaftsdienste pro Monat in h (n=2.216) – lineare Regression	33
Tab. 6: Administrative Aufgaben – Lineare Regression (n=2.216)	37
Tab. 7: Administrative Aufgaben während des Bereitschaftsdienstes – Lineare Regression (n=2.216)	40
Tab. 8: Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen – Soll („Aus Kostengründen muss man den Patienten effektive Leistungen vorenthalten“) Ablehnung in von Hundert – lineare Regression (n=2.216)	47
Tab. 9: Primat medizinischer Notwendigkeit gegenüber Wirtschaftlichkeitsgebot – Soll („Ärzte müssen alles tun, was gesundheitlich notwendig ist und wirtschaftliche Fragen nachrangig berücksichtigen“), Zustimmung in von Hundert – lineare Regression (n=2.216)	49
Tab. 10: Keine Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen – Ist („Die Versorgung richtet sich nicht nach den Kosten“), trifft zu – lineare Regression (n=2.216)	53
Tab. 11: Abwägung von Wirtschaftlichkeit mit medizinischer Notwendigkeit – Ist („Kosten und medizinische Notwendigkeit werden gegeneinander abgewogen“), trifft zu in von Hundert – lineare Regression (n=2.216)	56
Tab. 12: Primat medizinischer Notwendigkeit gegenüber Wirtschaftlichkeitsgebot – Soll („Ärzte müssen alles tun, was gesundheitlich notwendig ist und wirtschaftliche Fragen nachrangig berücksichtigen“) in Abhängigkeit zu keine Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen – Ist („Die Versorgung richtet sich nicht nach den Kosten“) – lineare Regression (n=2.216)	58
Tab. 13: Keine Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen – Soll („Aus Kostengründen muss man den Patienten effektive Leistungen vorenthalten“), in	

Abhängigkeit zu Keine Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen – Ist („Die Versorgung richtet sich nicht nach den Kosten“) – lineare Regression (n=2.216)	59
Tab. 14: Überforderung durch „starke Konflikte zwischen Berufsethos und Kostendruck“, in Abhängigkeit zu Wiederwahl des Arztberufes (Zufriedenheit) – lineare Regression (n=1.509)	62
Tab. 15: Keine Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen – Soll („Aus Kostengründen muss man den Patienten effektive Leistungen vorenthalten“), in Abhängigkeit zu Belastungsfaktor „anstrengende Patienten/Angehörige“, in von Hundert – lineare Regression (n=2.216)	67
Tab. 16: Versorgungsentscheidungen der Verwaltung – lineare Regression (n=2.216)	71
Tab. 17: Existenz von Clinical Pathways, Case-Management und Leitlinien im Krankenhaus – lineare Regression (n=2.216)	76
Tab. 18: Vollständigkeit der Patientenakte bei Erstkontakt, reguläre Aufnahme – Lineare Regression (n=2.216)	82
Tab. 19: durchschnittliche Wartezeiten für Patienten mit festgestelltem Behandlungsbedarf, reguläre Aufnahme – lineare Regression (n=2.216)	85
Tab. 20: Qualität der Pflege im unmittelbaren Arbeitsumfeld – lineare Regression (n=2.216)	88
Tab. 21: Bettenauslastung – lineare Regression (n=2.216).....	90
Tab. 22: Grundgesamtheit, Stichprobe und Rücklauf der Befragung 2005/06	114
Tab. 23: Strukturvergleich Bund/Hessen	116
Tab. 24: Geschlecht – Zur Repräsentativität der Befragungsdaten.....	118
Tab. 25: Jahr der Approbation – Zur Repräsentativität der Befragungsdaten.....	119
Tab. 26: Geburtsjahr der befragten Ärzte – Zur Repräsentativität der Befragungsdaten	120
Tab. 27: Berufliche Position der Ärzte.....	121
Tab. 28: Ärzte nach Trägerschaft des Krankenhauses Bund/Studie	126
Tab. 29: Ärzte nach Art/Versorgungsstufe der klinischen Einrichtung 2001 und 2005/06	127

Tab. 30: Ärzte nach Krankenhausgröße	128
Tab. 31: Ärzte nach Krankenhausgröße, Bund/Hessen.....	128
Tab. 32: Ärzte nach Fachgebiet.....	129

7 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Arbeitszeitmodelle in Prozent (n=2.197*)	25
Abb. 2: Tatsächliche wöchentliche Arbeitszeit ohne Bereitschaftsdienste, vollzeitbeschäftigte Krankenhausärzte in Prozent (n=1.946*).....	25
Abb. 3: Anteil dokumentierter und registrierter Überstunden an allen Überstunden, vollzeitbeschäftigte Krankenhausärzte in Prozent (n=1.953*).....	28
Abb. 4: Bereitschaftsdienste pro Monat, vollzeitbeschäftigte Krankenhausärzte in Prozent (n=1.204*).....	30
Abb. 5: Bereitschaftsdienste pro Monat in h (gruppiert), vollzeitbeschäftigte Krankenhausärzte in Prozent (n=1.070*).....	31
Abb. 6: Ärztliche Tätigkeit nach Art und Dauer in Stunden und Prozent während der regulären Arbeitszeit, vollzeitbeschäftigte Ärzte, Mittelwerte (n=1.950*)	36
Abb. 7: Ärztliche Tätigkeit nach Art und Dauer in Stunden und Prozent während des Bereitschaftsdienstes, vollzeitbeschäftigte Ärzte, Mittelwerte (n=1.948*)	38
Abb. 8: Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen – Soll („Aus Kostengründen muss man den Patienten effektive Leistungen vorenthalten“) in Prozent (n=2.191*)... 43	
Abb. 9: Primat medizinischer Notwendigkeit gegenüber Wirtschaftlichkeitsgebot – Soll („Ärzte müssen alles tun, was gesundheitlich notwendig ist und wirtschaftliche Fragen nachrangig berücksichtigen“) in Prozent (n=2.194*).....	46
Abb. 10: Primat medizinischer Notwendigkeit gegenüber Wirtschaftlichkeitsgebot – Ist („Jedem Patienten stehen die besten Experten, Präparate und Geräte zur Verfügung“) in Prozent (n=2.192*).....	50
Abb. 11: Abwägung von Wirtschaftlichkeit mit medizinischer Notwendigkeit – Ist („Kosten und medizinische Notwendigkeit werden gegeneinander abgewogen“) in Prozent (n=2.193*).....	51

Abb. 12: Keine Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen – Ist („Die Versorgung richtet sich nicht nach den Kosten“) in Prozent (n=2.194*)	54
Abb. 13: Wiederwahl des Arztberufes („Würden Sie sich, wenn Sie diese Entscheidung noch einmal zu treffen hätten, auch heute wieder für den Arztberuf entscheiden?“) in Prozent (n=2.199*)	61
Abb. 14: Zu hohes Arbeitspensum („Haben Sie das Gefühl, Ihr tägliches Arbeitspensum nicht oder nicht den Anforderungen gemäß zu schaffen?“) in Prozent (n=2.191*).....	61
Abb. 15: negative Arbeitsbedingungen: anstrengende Patienten/Angehörige in Prozent (n=2.191*)	66
Abb. 16: Stärke des Einflusses der verschiedenen Akteure im Krankenhaus auf Versorgungsentscheidungen in Prozent (n=2.185*)	70
Abb. 17: Hauptverantwortliche für die Dokumentation des Versorgungsgeschehens in Prozent (n=2.135*)	73
Abb. 18: Innovative Versorgungsformen im Krankenhaus in Prozent (n=2.165*)	75
Abb. 19: Notfallaufnahme, Mindestqualifikation der Dienst habenden Ärzte in Prozent (n=2.093*)	78
Abb. 20: Primäre oder exklusive Entscheidungsfunktion bei regulärer Aufnahme in Prozent (n=2.068*)	80
Abb. 21: Vollständigkeit der Patientenakte bei Erstkontakt, reguläre Aufnahme in Prozent (n=2.129*)	81
Abb. 22: durchschnittliche Wartezeiten für Patienten mit festgestelltem Behandlungsbedarf bei regulärer Aufnahme in Prozent (n=1563*).....	84
Abb. 23: psychosoziale Versorgung in Prozent (n=2208*)	86
Abb. 24: Qualität der Pflege im unmittelbaren Arbeitsumfeld in Prozent (n=2.148*)..	87
Abb. 25: Bettenauslastung in Prozent (n=2.101*)	89
Abb. 26: Entlassungszeitpunkt in Prozent (n=2.004*)	91
Abb. 27: Entlassungsmanagement in Prozent (n=1.709*)	93
Abb. 28: Beschwerdemanagement in Prozent (n=1.284)	94
Abb. 29: Patientenbefragung im Krankenhaus in Prozent (n=2.168*)	95

Abb. 30: Patientenzufriedenheit in Prozent (n=958*)..... 96