Werner Vogd

Von der Organisation Krankenhaus zum Behandlungsnetzwerk?

Untersuchungen zum Einfluss von Medizincontrolling am Beispiel einer internistischen Abteilung

Organisationssoziologische Studien weisen darauf hin, dass Handeln in Organisationen weder durch Webers Modell der rationalen Herrschaft noch durch das ökonomische Modell des Rational Choice hinreichend beschrieben werden kann. Vielmehr sind die unterschiedlichen Sphären der Organisation nur lose miteinander gekoppelt. Insbesondere im Krankenhaus, das dem gesellschaftlichen Zentralwert Gesundheit verpflichtet ist, bilden die ökonomische Forderung nach Kosteneffizienz und die Eigengesetzlichkeiten der medizinischen Handlungslogik unterschiedliche Sphären, die innerhalb der Organisation miteinander in Beziehung gesetzt werden müssen. Auf der Basis einer qualitativ rekonstruktiven Längsschnittstudie wurden die Wandlungsprozesse in zwei städtischen Krankenhäusern durch Feldstudien in den Jahren 2000/2001 und 2004 untersucht. Wenngleich auf einer Ebene allein schon die massiven Personalkürzungen eine Reorganisation der ärztlichen Arbeit notwendig werden ließen, zeigen sich auf der anderen Seite innerhalb der ärztlichen Orientierungen weiterhin Freiheitsgrade, die es erlauben, einer originär medizinischen Logik die Bahn zu brechen. Es deutet sich jedoch an, dass der Konflikt zwischen den medizinischen und den ökonomischen Aspekten der Krankenbehandlung nicht mehr nur intraorganisatorisch, sondern auch in dem die Organisation übergreifenden Behandlungsnetzwerk ausgetragen wird.

1. Einleitung

Die bundesdeutschen Krankenhäuser durchlaufen zurzeit einen tiefgreifenden Wandlungsprozess. Zum einen ändert sich mit den im Januar 2003 eingeführten Diagnose Related Groups (DRG) die Form der Leistungsabrechnung grundlegend: Nicht mehr die Liegezeit, sondern die Fallpauschale wird zum primären Finanzierungsmodus. Zum anderen finden – oftmals verbunden mit der Privatisierung der Häuser – Konzepte moderner Unternehmensführung (EDV-gestütztes „Controlling“, „Outsourcing“ und Zentralisierung von wichtigen Betriebsfunktionen) Eingang in den Krankenhausalltag. Diese Prozesse verändern nicht nur die Kontexte ärztlichen Handelns, sondern beeinflussen vermutlich in nicht unerheblicher Weise die ärztlichen Handlungs- und Entscheidungsprozesse. Zudem sind Spannungen zwischen dem traditionellen ärztlichen Habitus und den neuen organisatorischen Anforderungen zu erwarten. Die Auswirkungen dieser Prozesse auf den ärztlichen Alltag wurden auf der Basis von Feldbeobachtungen und themenzentrierten Interviews auf einer chirurgischen und einer internistischen Abteilung zweier städtischer Krankenhäuser in einer qualitativen Längsschnittstudie rekonstruiert.[1] Im Zeitraum Januar 2000 bis Januar 2002 wurden vier Feldforschungsaufenthalte in zwei städtischen und zwei universitären Kliniken durchgeführt (Vogd 2004c). Im Jahr 2004 wurden die städtischen Häuser ein zweites Mal aufgesucht.[2]

Die Auswertung des empirischen Materials erfolgte angelehnt an die dokumentarische Methode im Sinne von Ralf Bohnsack (2003) unter besonderer Beachtung von Rahmen und Rahmungsprozessen.[3] Die Rekonstruktion der Veränderungsprozesse und ihrer interaktiven Dynamik geschah in einer *dreifachen komparativen Analyse*. Auf der *ersten* Ebene stand der Prä-post-Vergleich im Vordergrund. Auf der *zweiten* Ebene wurden die Beobachtungen bzw. Rekonstruktionen aus verschiedenen medizinischen

Disziplinen und Kulturen verglichen. Auf der *dritten* Ebene stand das Verhältnis von beobachteter Handlungspraxis und Reflexion bzw. Kommentierung dieser Handlungspraxis durch die beforschten ärztlichen Akteure im Mittelpunkt. Mittels dieser Kontrastierung konnten die Spannungen zwischen ärztlichem Habitus und den neuen organisatorischen Anforderungen herausgearbeitet und die Bedeutung dieser Dissonanzen für die Ausgestaltung der Wandlungsprozesse thematisiert werden (vgl. ausführlich Vogd 2006).

Der Schwerpunkt der im Folgenden vorgestellten Teilergebnisse dieser Studien liegt zum einen auf dem impliziten, in die ärztliche Handlungspraxis eingelassenen Wissen, zum anderen auf einer organisationssoziologischen Perspektive, die sich nicht auf Aushandlungsprozesse und mikropolitische Spiele beschränken lässt, sondern die Besonderheiten einer funktional differenzierten Gesellschaft im Allgemeinen und ihrer Medizin im Besonderen zu berücksichtigen weiß. Da die Beziehung zwischen einer praxeologischen und der systemtheoretischen Perspektive nicht auf den ersten Blick auf der Hand liegt, folgen zunächst einige organisationssoziologische und methodologische Bemerkungen (2) zu den konzeptuellen und metatheoretischen Voraussetzungen des Projektes. Im Anschluss daran ist auf die veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen (3) des Krankenhauses und auf die sich hiermit wandelnde Organisation der ärztlichen Arbeit (4) einzugehen. In dem Kapitel ärztliches Ethos (5) werden paradigmatisch am Beispiel einer medizinisch komplexen Fallproblematik die ärztlichen Handlungsorientierungen im Kontext ihrer organisationalen Entfaltung herausgearbeitet. In der Diskussion (6) wird es dann darum gehen, medizinsoziologische Empirie und soziologische Gesellschaftstheorie in ein fruchtbares Austauschverhältnis zueinander zu stellen.

2. Organisationssoziologische und methodologische Bemerkungen

Die Rekonstruktion der Prozesse in Organisationen wie dem Krankenhaus ist sowohl mit Blick auf die Methodologie als auch hinsichtlich der hierfür notwendigen theoretischen Konzeptualisierung keine leichte Aufgabe. Es reicht nicht aus, das, was hier geschieht, unter dem Blickwinkel der „negotiated order“ (Strauss et al. 1963) oder der Inszenierung von Expertenmacht (Freidson 1979) zu betrachten. Ungeachtet der Aufschlüsse, die uns die interaktionistische Perspektive immer wieder liefert, bleiben doch gerade all die strukturellen Zwänge, welche zugleich aber die Freiheitsgrade schaffen, die dann durch Aushandlung in Interaktion wieder geschlossen werden müssen, hierdurch ausgeblendet. Das Besondere von Organisationen kommt somit nicht in den Blick.

Entsprechend den klassischen Organisationstheorien sind Organisationen als „korporativer Akteur“ darauf ausgerichtet, einen bestimmten Zweck zu erfüllen. Ihr Bezugsproblem besteht dann in der Frage, wie die einzelnen Akteure, welche mit ihrer Organisationsmitgliedschaft eigene Zwecke verfolgen, die nicht unbedingt mit dem Organisationszweck übereinstimmen, zu effektivem koordiniertem Handeln gebracht werden können.

Aus systemtheoretischer Sicht stellt eine Organisation eine Einheit dar, die sich zunächst einmal einfach nur aufgrund ihrer eigenen Systemrationalität, aufgrund ihrer eigenen Operationen reproduziert. Darüber hinaus sind Organisationen soziale Einheiten, die sich selbst beobachten und ihre eigenen Funktionsbezüge, sozusagen ihre Aufgaben, durch interne Entscheidungen setzen können (vgl. Luhmann 2000b).

Organisationen koppeln sich üblicherweise bevorzugt an ein gesellschaftliches Funktionssystem an – das Krankenhaus an das Medizinsystem. Ihr systemischer Reproduktionsbezug ist jedoch nicht als identisch mit dem jeweiligen Funktionsbezug zu sehen. Aus systemtheoretischer Perspektive ist nicht damit zu rechnen, dass die Leistungsangebote der Organisationen des Medizinsystems optimal an seine Funktionen angepasst sind. Vielmehr ist davon auszugehen, dass innerhalb der Organisationen ein Spannungsverhältnis von Zweck- und Systemrationalität besteht. Was von außen als Zweck

rational erscheint, ist von innen nicht unbedingt vernünftig im Sinne des eigenen systemischen Vollzugs. Empirisch gesehen stellen Organisationen in diesem Sinne zunächst einen „Treffraum der Funktionssysteme" dar (Luhmann 2000a: 398), an deren jeweilige rechtliche, wirtschaftliche, medizinische und andere Semantiken sich eine Organisation auf ihre jeweils eigene Weise qua Entscheidung bezieht.

Darüber hinaus besteht aus der Perspektive der Systemtheorie Luhmanns eine Differenz zwischen Organisations- und Interaktionssystemen. Ärzte können beispielsweise in ihren Interaktionen auf Distanz zu den Zielen ihrer Organisation gehen, etwa indem sie in informeller Kommunikation den ärztlichen Auftrag gegenüber den Entscheidungen des Managements hochhalten oder in stiller Allianz mit den Patienten bestimmte Diagnosen und Therapien simulieren, um anderes für notwendig Erachtetes finanziert zu bekommen.

Wie unsere bisherigen Untersuchungen zum ärztlichen Entscheidungsverhalten aufzeigen (Vogd 2004c), ist die ärztliche Kommunikation im Krankenhaus wesentlich dadurch geprägt, eine Balance zwischen medizinischen, organisatorischen und ökonomischen Kontexturen zu (er-)finden. Die Krankenbehandlung kann dabei – dies hat schon Parsons (1958) gezeigt – nur dann als soziales System auf Dauer gestellt werden, wenn der Patient erwarten bzw. im Sinne Luhmanns darauf vertrauen kann,[4] dass es vor allem um seine Krankheit und nicht um Geld oder die Anbahnung einer Intimbeziehung geht. Umgekehrt wird sich der Arzt nur unter der Annahme, dass es dem Patienten um die Therapie und nicht um das Recht oder einen herrschaftsfreien Diskurs geht, die Brutalität und Schamlosigkeit seiner diagnostischen und therapeutischen Prozeduren erlauben können. Für die Krankenbehandlung muss beiderseits unterstellt werden, dass Medizin im Sinne von Goffman den „primären Rahmen" bildet und als *die* Situationsdefinition zu verstehen ist, welche erst in Erscheinung treten lässt, was der Fall ist (Goffman 1996: 31ff.). Mit Luhmann lässt sich nun der Goffman'sche Rahmenbegriff von der individuellen Akteurssicht abstrahieren hin zu einer gesellschaftstheoretischen Fassung (vgl. Vogd 2005a: 65ff.). Einem Rahmen entspricht nun jeweils eine spezifische gesellschaftliche Kontextur, die – in sich schlüssig – einer spezifischen Logik folgt, in der jeweils spezifische Klassen von kommunikativen Anschlüssen möglich sind. Die Pointe der Luhmann'schen Gesellschaftsanalyse besteht bekanntlich darin, dass die moderne Gesellschaft polykontextural verfasst ist, also verschiedene Funktionslogiken, etwa die Wirtschaft, das Recht, die Wissenschaft und die Medizin sowie die sich durch ihre eigene Geschichte konditionierenden Organisations- und Interaktionssysteme, *gleichzeitig* miteinander und sich überlagernd bestehen.[5]

Während in der vormodernen Medizin die Heilung und die Konsequenzen der Nichtheilung nur in der Face-to-face-Interaktion ausgehandelt wurden – z.B. zwischen König und Leibarzt, Bauer und Wanderheiler –, erscheint die moderne Arzt-Patient-Beziehung zugleich in rechtliche, wirtschaftliche, politische und wissenschaftliche Bezüge eingebettet, deren Kausalitäten unabhängig von dieser Beziehung gelten. Ob z.B. eine Therapie durch die Krankenkassen bezahlt wird oder passive Sterbehilfe erlaubt ist, gilt unabhängig davon, was Arzt und Patient untereinander ausmachen. An dieser Stelle kommen nun wieder Organisationen mit ins Spiel. Strukturell zwar oberhalb der Interaktion angesiedelt, geht das Krankenhaus als Organisation weder in seinem medizinischen Zweckauftrag auf noch in wirtschaftlicher Rationalität und administrativem Vollzug politischer Vorgaben bzw. rechtlicher Vorschriften. Die Leistung von Organisationen besteht gerade darin, in der Innen-Außen-Differenz Freiheitsgrade zu gewinnen, um die unterschiedlichen gesellschaftlichen Erwartungsstrukturen in einer Praxis zu vereinen. So wird das Krankenhaus der ökonomischen Logik oftmals nur dadurch gerecht werden können, indem es diese unterläuft und z.B. abzurechnende Diagnosen im Modus des „als-ob" fingiert, um auf diesem Wege die für notwendig erachtete, aber ansonsten nicht bezahlbare Medizin zu betreiben. Das Krankenhaus kann im Falle terminal erkrankter Patienten nicht-therapierend Sterbebegleitung ermöglichen und dabei

durch (medizinisch unsinnige) Diagnose und Therapie der administrativen und medizinischen Logik gerecht werden (vgl. Vogd 2002). Es kann rechtlichen Ansprüchen Genüge tun, indem in der schriftlichen Dokumentation eine Geschichte präsentiert wird, die all die kleineren Rechtsverstöße unsichtbar werden lässt, die der „praktische Sinn" (Bourdieu) unter dem Druck knapper Zeit verlangt.

Auf einer eher allgemeinen Ebene ergeben sich hier Bezüge zu den Untersuchungen aus dem Umfeld des sogenannten Neoinstitutionalismus. Auch kann gezeigt werden, wie Organisationen zusätzliche Freiheitsgrade gewinnen, indem die Teilbereiche der Organisation bzw. die Darstellung der Praxis und die Praxis voneinander funktional entkoppelt werden (vgl. Powell/DiMaggio 1991), etwa indem die Qualitätssicherung nicht zu genau hinschaut und nur die Dokumentation, jedoch nicht die Praxis evaluiert (Power 1997; siehe für das Medizinsystem insbesondere Scott et al. 2000).

Zudem ergeben sich mit Blick auf das amerikanische DRG-System einige gegenstandsbezogene Anschlüsse an die Studien aus dem Umfeld des „accounting research", insbesondere an die Arbeiten, welche im soziopolitischen Kontext marktbasierter Gesundheitsversorgung die Auseinandersetzung zwischen Ärzten und Krankenhausverwaltungen thematisieren (siehe etwa Doolin 2002; Kitchener/Caronna/Shortell 2005; Kurunmaki 1999; Preston/Chua/Neu 1997; Preston 1992). Die Accounting-Methoden erscheinen hierbei nicht mehr als feste Systeme mit gut definierten Zwecken, sondern als Konstruktionen, die sich erst mit der Dauer verfestigen und ihrerseits Möglichkeiten zu weiteren Entscheidungen und Verantwortlichkeiten eröffnen. Im Sinne der „actor network theory" erscheint das DRG-System dann selbst als unterbestimmter Teil eines Netzwerks, um das sich weitere Prozesse organisieren (Lowe 2001). Auch wenn die DRGs bislang weder zu einer Kostensenkung noch zu einem unmittelbaren Durchgriff auf die Praxis der medizinischen Entscheidungsfindung geführt haben, zeige sich doch, so Sajay/Dirsmith/McElroy (2005), ein symbolischer Gewinn für die Protagonisten der Liberalisierung der Gesundheitsmärkte. Das ursprüngliche Ziel, die Gesundheitsausgaben zu reduzieren, wurde zwar nicht erreicht. Stattdessen habe nun jedoch die Gesundheitsökonomie mit den DRGs ein Instrument an die Hand bekommen, Gesundheit als Ware zu betrachten und entsprechend kalkulieren und in Rechnung stellen zu können.[6]

All diese Studien zeigen, dass in Bezug auf das Verhältnis zwischen Ökonomie, Controlling und medizinischer Praxis mit komplexen verschachtelten Verhältnissen zu rechnen ist. Das Potenzial der Luhmann' schen Konzeption für eine empirische Analyse besteht nun gerade darin, dass sie mit polyvalenten Daten, die entsprechend in verschiedenen Funktionsbezügen unterschiedliche Anschlüsse finden und Bedeutungen zeigen, analytisch umgehen kann.

Methode

Mit der dokumentarischen Methode, wie sie Ralf Bohnsack (2003) konzipiert und von Vogd (2004c, 2005a) in Auseinandersetzung mit der Systemtheorie als Methode zur Organisationsforschung weiterentwickelt wurde, steht ein Instrument zur Verfügung, die benannten Prozesse in ihrem Modus operandi als auch die hiermit verbundenen *Rahmungsprozesse* zu rekonstruieren. Ihr methodologisches Primat liegt im Einklang mit den Zeitverhältnissen der Luhmann'schen Perspektive darin, dass die propositionalen Gehalte einer Äußerung erst *post hoc* mittels der durch die in den kommunikativen Anschlüssen gewählten Rahmungen bestimmt werden.

Der hohe Anspruch, rekonstruktive Organisationsforschung nicht nur aus interaktionstheoretischer, sondern auch aus gesellschaftstheoretischer Perspektive zu betreiben, lässt sich erst hier methodologisch umsetzen, nämlich indem die Frage der diesbezüglichen Strukturen, Bohnsack spricht von „Sinngenese", und die Frage, wie diese Strukturen auf Dauer gestellt werden können, also ihre „Soziogenese", empirisch angegangen werden. Die Rekonstruktion dieser Prozesse kann nur über das Design einer umfangreichen komparativen Analyse erfolgen, in der dann systematisch das tertium comparationes ver-

schoben wird, also das, was jeweils als abhängige und unabhängige Variable behandelt und unter dem Blick möglicher soziogenetischer Bedingungsfaktoren verändert wird. Auf diese Weise wird es schließlich möglich, zu einer multidimensionalen Typologie zu gelangen, mittels derer die untersuchten Phänomene als eine Überlagerung verschiedener Orientierungen beschrieben werden können (vgl. Bohnsack 2001). Erst ein solches methodologisches Vorgehen wird der Komplexität von Organisationen gerecht, in denen sich dann nicht nur die Kontexturen der gesellschaftlichen Funktionssysteme treffen, sondern zudem mehrfache interne Differenzierungen stattfinden, in Hierarchien, Berufsgruppen, Milieus und verschiedenen Kommunikationssphären.

Am Beispiel der ärztlichen Entscheidungsprozesse im Krankenhaus können wir die organisationalen Dynamiken mittlerweile auf Basis einer mehrdimensionalen Typologie beschreiben. Im *inter*organisatorischen Vergleich wurden Abteilungen verschiedener medizinischer Disziplinen (Chirurgie, Internistische Medizin, Psychosomatik) und verschiedener Organisationsformen (Universitätsklinika versus städtisches Krankenhaus) miteinander in Beziehung gesetzt (vgl. Vogd 2004c). Als Basistypik zeigte sich ein gemeinsames Bezugsproblem, das darin bestand, die differierenden Logiken der medizinischen, ökonomischen und organisationalen Orientierungen in der Praxis zu verbinden. Auf Basis dieser Spannungslage zeigten sich dann durch die jeweilige medizinische Kultur geprägte Besonderheiten (markant insbesondere die Differenz zwischen den Chirurgen und den Internisten, vgl. Vogd 2004b). Im *intra*organisatorischen Vergleich wurde am paradigmatischen Beispiel einer psychosomatischen Abteilung aufgezeigt, wie eine bestimmte soziale Struktur, die mit der paradoxen Figur der „Kommunikationsvermeidungskommunikation“ umschrieben werden kann,[7] auf den unterschiedlichen hierarchischen Ebenen der Ärzte und der Pflege und nicht zuletzt über die Sozialisation von Novizen in einer Weise reproduziert wird, dass hier durchaus von einem Organisationshabitus gesprochen werden kann (vgl. Vogd 2004a). In der jüngst abgeschlossenen Längsschnittstudie wurde es schließlich möglich, die chirurgische und die internistische Abteilung des städtischen Krankenhauses erneut aufzusuchen, um die Bearbeitung der mit dem „Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser“ von April 2002 verbundenen Strukturveränderungen in den Blick zu bekommen. Diese Untersuchung gestattet es, die strukturellen Anpassungen, welche die vergangenen und neuen Arbeitsprozesse prägen, systematisch in Beziehung zueinander zu setzen.

Gerade der Blick auf die zeitliche Entwicklung der medizinischen Abteilungen lässt deutlich werden, wie die „Organisation Krankenhaus“ Autonomie gegenüber ihrer gesellschaftlichen Umwelt (der Politik, aber auch den Patienten und Angehörigen) bewahren kann, welche Orientierungen invariant sind, also auch unter Bedingungen erheblicher Personalkürzungen und veränderter Abrechnungsmodalitäten aufrechterhalten werden, und mit welchen neuen Phänomenen (etwa mit der Verlagerung von Komplexität in Netzwerke) zu rechnen ist.

Im Folgenden werden Teilergebnisse der Längsschnittstudie vorgestellt. Da die Methodologie dieser Studie an verschiedenen Stellen vorgestellt wurde, verzichte ich hier auf weitere diesbezügliche Ausführungen. Um in der Beschreibung hinreichend in die Tiefe gehen zu können, beschränke ich mich an dieser Stelle auf die *restudy* der *internistischen Abteilung.*

3. Veränderte ökonomische Rahmenbedingungen

Während des ersten Untersuchungszeitraums im Jahr 2001 befanden sich die aufgesuchten Kliniken noch in öffentlicher Hand, wurden allerdings kurz darauf von privaten Trägergesellschaften („Klinikkonzernen“) übernommen. Mit der neuen Trägerschaft begann die Reorganisation der medizinischen Abteilungen. Abteilungen wurden nun zusammengelegt und Leitungsfunktionen häuserübergreifend konzentriert. Die Bürotechnik wurde modernisiert. Die Ärzte können nun

leicht über Monitor, Tastatur und Datenbanken auf Patientendaten, alte Arztbriefe, Laborwerte etc. zurückgreifen.

Insbesondere im ärztlichen Bereich fanden in beiden Abteilungen Personalkürzungen im Umfang von 25-30% statt. Aufgrund von veränderten Definitionen der Dienstformen, einer anderen Organisation der Spätdienste und der Kürzung von Weihnachts- und Urlaubsgeldern haben die Ärzte in beiden Häusern gegenüber dem Jahr 2001 zudem eine Gehaltseinbuße hinnehmen müssen, die sich – je nach Berechnungsgrundlage und Position – auf 20-25% beziffern lässt.

Als wichtige Strukturveränderung ist hier kurz auf die Umstellung der Kostenabrechnung einzugehen. Die Krankenhausleistungen sind nun nicht mehr auf Basis der Liegezeit, sondern nach dem Fallpauschalensystem der DRGs abzurechnen. Entwickelt wurde das DRG-System in den 1970er Jahren in den USA von Robert Fetter und wurde dort in den 1980er Jahren mit dem politischen Ziel eingeführt, die Liegezeit in den amerikanischen Krankhäusern zu verkürzen.

Voraussetzung für die abrechnungsrelevante Kodierung eines Patienten innerhalb des DRG-Systems ist einerseits die Verschlüsselung einer Hauptdiagnose, der behandlungsrelevanten Nebendiagnosen im ICD-Code (International Classification of Diseaeses and Related Health Problems) und der am Patienten durchgeführten Prozeduren, welche im ICPM-Code abgebildet werden können. Aus den Diagnosen und Prozeduren sowie dem Alter, Geschlecht, der Verweildauer und der Entlassungsart (z.B. normal, verlegt, verstorben) wird dann entsprechend einem Algorithmus am Computer eine DRG ermittelt. Zusätzlich wird zu jeder DRG das sogenannte *Relativgewicht* berechnet, mittels dessen dann auch die Erträge verschiedener DRGs miteinander verglichen werden können. Die DRGs stellen – dies ist hier zu betonen – in erster Linie eine ökonomische und nur bedingt eine medizinische Klassifikation dar, denn im Behandlungsprozess können sich beispielsweise auch eine Reihe von Prozeduren als bedeutsam erweisen, die in dem Codiersystem nicht abgebildet werden können. Für die meisten DRGs wurden eine obere und eine untere Grenzverweildauer festgelegt. Wird diese unterschritten, wird Geld abgezogen (um „blutige“ Entlassungen nicht zu belohnen). Wird die durchschnittliche Liegezeit erheblich überschritten, erfolgt ein Zuschlag, um erst dann die Komplikationen zu vergüten. Zudem werden nun Zeiten festgesetzt, in denen eine wiederholte Einweisung ins Krankenhaus nicht vergütet wird. Hierdurch soll vermieden werden, dass einzelne Häuser den Behandlungsprozess in verschiedene Untereinheiten aufspalten, um mehrere DRGs abrechnen zu können. Damit werden die einzelnen Erlöse für eine DRG gemindert, wenn ein Patient durch zwei oder mehrere Krankenhäuser behandelt wird. Die ökonomisch wie organisationspraktisch keineswegs triviale Frage, wie durch die in der DRG bezogenen Einzelfallabrechnungen eine „Kostengerechtigkeit“ herzustellen sei, führt dazu, dass die Kodierungsregeln einer ständigen Änderung unterliegen.

Seiner Intention nach soll das DRG-System in der aktuellen Form Behandlungen mit kurzen Liegezeiten, welche keine erneute Einweisung nötig werden lassen, belohnen. Darüber hinaus eröffnet sich in Verbindung mit der EDV-mäßigen Aufarbeitung der DRG-Codierung eine Reihe von Möglichkeiten für das Medizin*controlling*. So kann der einzelne Arzt nun bei jedem konkreten Behandlungsfall am Computer sehen, ob der Fall in Bezug auf die „verbrauchte“ Liegezeit Gewinn verspricht oder ob Verlust droht. Darüber hinaus können in externen und internen Krankenhausvergleichen einzelne Abteilungen, Stationen, Ärzteteams und im Prinzip sogar einzelne Ärzte zueinander in Beziehung gesetzt und einem *benchmarking* unterzogen werden.

4. Organisation der ärztlichen Arbeit

Einem oberflächlichen Blick nach scheint sich die Struktur und Arbeitsorganisation der untersuchten internistischen Abteilung im Jahre 2004 gegenüber dem ersten Beobachtungszeitraum nicht wesentlich verändert zu haben. Die Stationen werden weiterhin von den speziell hierfür vorgesehenen Stationsärzten betreut. Die Funktionsdiagnostik

wie auch die Aufnahme greifen auf ihr eigenes Stammpersonal zurück. Die Zahl der Pflegekräfte auf der Station ist konstant geblieben, und es besteht noch die internistisch geführte Intensivstation neben der chirurgischen Wache. Allerdings hat sich der Personalschlüssel verändert: Im Jahr 2001 waren auf der beobachteten Station noch 3,75 Stationsarztstellen für sechsunddreißig Patienten vorgesehen. Drei Jahre später waren nur noch 2,25 Ärzte für dieselbe Bettenzahl eingeteilt. Da sich zugleich gegenüber dem früheren Zeitraum die durchschnittliche Liegezeit eines Patienten von elf auf sieben Tage reduziert hat, ergibt sich allein aus rechnerischen Gründen eine erhebliche Intensivierung der ärztlichen Arbeit. Entsprechend lassen sich die Kürzungen beim ärztlichen Personal bei gleichzeitig höherem Patientendurchsatz aufgrund kürzerer Liegezeiten seitens der Stationsärzte nur bewältigen, indem konstant und ohne Unterbrechung ein hohes Arbeitstempo aufrechterhalten wird.

Im Prinzip teilen sich nun zwei Ärzte eine Station. Bei Vollbelegung wäre dann jeder Arzt für achtzehn Betten verantwortlich. Aufgrund von Urlaub, Zeiten für den Freizeitausgleich sowie insbesondere an den Tagen, wo einer der Kollegen dem Nachtdienst zugeteilt wird, entstehen regelmäßig Lücken in der Stationsbetreuung, sodass oft nur einer der vorgesehenen, an manchen Tagen sogar keiner der regulären Ärzte auf der Station anzutreffen ist. Gegebenenfalls muss dann ein Kollege aus der Nachbarstation bzw. der Funktionsabteilung einspringen.

Im Stationsalltag wird nun deutlich zwischen den komplizierten Fallproblematiken und den Routinefällen unterschieden. Letztere werden – anders als früher – nur noch oberflächlich untersucht. Während im Jahr 2001 jeder Patient auf der Station nochmals ausführlich von seinem Stationsarzt untersucht wurde und dieser ihn entsprechend medizinisch wie auch persönlich kennenlernen konnte, ist diese zusätzliche Leistung unter den heutigen Bedingungen nur noch in Ausnahmefällen möglich. Man verlässt sich ärztlicherseits nun auf die Diagnose, welche der Kollege von der Aufnahmestation gestellt hat. De facto finden deutlich weniger Gruppenvisiten statt, und die Dienstübergaben laufen in der Regel in schriftlicher und nicht mehr zusätzlich noch in mündlicher Form. Die stärkere Bedeutung der Schriftform korreliert jedoch nicht mit einer besseren Aktenführung, denn die Stationsärzte finden unter der großen Last der Routinearbeiten oftmals wenig Zeit, die Dinge ausführlich und ordentlich in die Patientenkurven einzutragen. Da auf allen Ebenen Lücken gelassen werden müssen, haben die Ärzte nun alltagspraktisch und mit Blick auf die medizinischen Prioritäten zu entscheiden, wo man Defizite in Kauf nehmen kann und wann man kein Risiko eingehen sollte.

Üblicherweise bleibt ein Patient, der von einem abwesenden Kollegen aufgenommen wurde, ärztlicherseits nun solange unbetreut, wie dieser von der Station fernbleibt. Nur in Notfällen wird sich der vertretende Arzt dann in die für ihn zunächst fremde Akte einarbeiten. In den Phasen, in denen dienstlich bedingt noch häufigere Personalwechsel in einer kurzen Zeit vorkommen, müssen dann Zwischenlösungen gefunden werden, um die Betreuungslücken nicht unvertretbar groß werden zu lassen. Da auch bei den Chef- und Oberarztvisiten öfter nur ein Stationsarzt vor Ort ist, kommt es häufiger vor, dass Patienten aufgesucht werden, die den vorstellenden Stationsärzten unbekannt sind. Da auch die Oberärzte weniger Zeit finden, während der Chefvisite mitzulaufen, ändert sich hiermit der Charakter wie auch die Funktion der Chefvisite. Sie erscheint nicht mehr wie früher als ein Entscheidungsgremium, in dem sich das ärztliche Team *vor* dem Patienten über mögliche Behandlungsoptionen austauschen kann. Vielmehr hat die Visite nun mehr den Charakter eines Kontrollforums, in dem qua Chefentscheid die besonders problematischen Fälle bearbeitet werden. Die höhere Arbeitsintensität bei gleichzeitig geringerem Personalschlüssel hat zur Konsequenz, dass die Stationsärzte mehr Entscheidungsverantwortung zu tragen haben. Allein schon aufgrund der kurzen Behandlungszyklen können sie nicht mehr jeden Entschluss im Team absichern.

Eine Reihe von Routineprozeduren, z.B. die stationäre Vor- und Nachbetreuung von ambulant durchgeführten Herzkatheteruntersuchungen, findet nun in so knapp bemesse-

nen Zeiträumen statt, dass die klassische internistische Betreuung nicht mehr erfolgen kann, nach der sich der verantwortlich zeichnende Arzt ein umfassendes Bild vom Patienten zu machen hatte. So konnte mehrfach beobachtet werden, dass ein Patient nach einer kardiologischen Intervention von seinem „betreuenden" Stationsarzt entlassen wurde, ohne dass dieser ihn ein einziges Mal persönlich sehen konnte.

Im Sinne der nun geforderten innermedizinischen Arbeitsteilung kann der Internist unter den neuen Verhältnissen nur noch in Ausnahmefällen einen persönlichen Klientelbezug herstellen. Der alte Habitus des Internisten als umfassender Denker und Interpret von Krankheit scheint zwar durchaus noch auf und kommt dann insbesondere bei den *komplexen Fallproblematiken* weiterhin zur Geltung, doch bei der überwiegenden Zahl der Behandlungen, bei den Routinefällen, wird nun nach Aktenlage und aufgrund der Standarddiagnostik entschieden. Nur bei den Problemfällen wird eine kommunikations- und reflexionsintensivere Expertise angefahren (siehe das folgende Kapitel).

Im Gegensatz zu früher ist nun die medizinische Logik von der Logik der Abrechnung deutlich dissoziiert. Da das DRG-System so angelegt ist, die Abklärung verschiedener Krankheitsbilder *nicht* zu belohnen, ergibt sich eine Diskrepanz zwischen der internistischen Orientierung, verschiedene Differenzialdiagnosen abzuklären, und der Forderung, die Untersuchungen auf die Hauptdiagnose der DRG zu konzentrieren. In der Praxis ergibt sich deshalb nun ein Klasse von Situationen, in denen beispielsweise für den Internisten die Tumorsuche aufgrund der Blutarmut eines Patienten im Vordergrund steht, im Sinne einer kostendeckenden DRG-Verschlüsselung aber besser ein Herzinfarkt in Rechnung zu stellen wäre. Die Organisationsperspektive gebietet es den Ärzten, im Rahmen des medizinisch Plausiblen die am besten bezahlte Verschlüsselung zu codieren. Insbesondere bei komplizierten Fällen sind also nicht nur die Nebendiagnosen und vielfältigen Prozeduren zu verschlüsseln, was an sich schon einen erheblichen Zeitaufwand mit sich bringen kann. Darüber hinaus ist von den Ärzten zu eruieren, welche Hauptdiagnose die beste Bezahlung verspricht. Parallel dazu ist dann in geschickter Weise ein Entlassungsbrief zu formulieren, der nicht den Verdacht nährt, dass man hier im Sinne einer gewinnträchtigeren Abrechungen manipulieren wolle. Bei vielen der auf den internistischen Stationen anzutreffenden „multimorbiden" Patienten kann es entsprechend schon mal dreißig bis vierzig Minuten dauern, bist die Codierung und der hierzu passende Arztbrief fertiggestellt ist (vgl. auch Vogd 2006: Kap. III.4., 77ff.).

Am Beispiel der „komplexen Fallproblematiken" wird nun die Frage zu stellen sein, inwieweit sich mit den neuen ökonomischen Rahmenbedingungen auch die ärztlichen Orientierungen geändert haben.

5. Ärztliches Ethos

Mit komplexen Fallproblematiken sind in Anlehnung an die vorangehenden Untersuchungen (vgl. Vogd 2004c: 289ff.) medizinisch anspruchsvolle Behandlungsprozesse gemeint. In der Regel ist hier eine weitergehende, oftmals teure und aufwendige Diagnostik zu betreiben, um das Problem weiter einzukreisen und schließlich zu einer medizinisch begründeten Entscheidung zu gelangen. Nicht selten erzeugen solche Fälle eine Kaskade von Folgeproblemen – und diesbezüglich weiteren Entscheidungsbedarf – organisatorischer bzw. administrativer Art. An diesen Fällen stellt sich gleichsam die Gretchenfrage, ob man von ärztlicher Seite entsprechend dem *state of the art* mit hohem Aufwand eine anspruchsvolle Medizin verfolgt oder eine „Schmalspurmedizin" betreibt und den Patienten ohne vollständige diagnostische Abklärung nach Überschreitung der Liegezeit entlässt. Diese Fälle erscheinen für die hier entfaltete Fragestellung „paradigmatisch", da hier Essenz wie auch Ethos guter ärztlicher Arbeit besonders berührt werden. Entsprechend kann gerade an den „komplexen Fallproblematiken" herausgearbeitet werden, welche Aspekte der ärztlichen Handlungsorientierung verhandelbar und welche stabiler und dauerhafter in die medizinische Praxis eingewoben sind.

Methodologisch wurde dabei so vorgegangen, dass vergleichbare Behandlungsprozesse aus den beiden Beobachtungszeiträumen gegenübergestellt und im Sinne einer komparativen Analyse durch weitere Fallkontraste beleucht wurden. An dieser Stelle referiere ich auf einen Fallvergleich am Beispiel eines Patienten, der im Jahr 2001 und kurioserweise während des zweiten Beobachtungszeitraums nach gut drei Jahren erneut auf die beobachtete internistische Station aufgenommen wurde („Herr Spondel"). Aus dem überraschenden Zufall, dass derselbe Patient wiederholt behandelt wurde, lässt sich zwar noch nicht folgern, dass die Vorraussetzungen für einen thematischen Vergleich gegeben sind. In diesem Fall zeigte sich aber schon nach wenigen Beobachtungssequenzen, dass sich auch der zweite Behandlungsprozess als eine „komplexe Fallproblematik" darstellen wird, was diesen Vergleich rechtfertigt und interessant erscheinen lässt.

Da die Rekonstruktion des ersten Teils des Fallgeschehens aus dem Jahre 2001 bereits an verschiedener Stelle veröffentlicht wurde (Vogd 2004b; Vogd 2004c; Vogd 2005a), wird hier auf eine Darstellung des ersten Behandlungsprozesses verzichtet. Die Darstellung beginnt, wenngleich in gekürzter Form, mit der Rekonstruktion der grundlegenden Handlungsorientierungen des Fallgeschehens aus dem Jahre 2004.[8] Alle Namen wurden zum Schutz der Akteure verfremdet.

Herr Spondel, mittlerweile sechsundsiebzig Jahre alt, wird an einem Montagabend von Dr. Reinhardt, einem Nephrologen, der in der Nähe der Klinik eine Dialysepraxis betreibt, in das Krankenhaus eingewiesen. Der ambulante Arzt, mit den Abläufen des benachbarten Krankenhauses wohl gut vertraut, veranlasst für seinen Patienten eine nuklearmedizinische Untersuchung, ohne dass zuvor ein Stationsarzt eingeschaltet wurde. Bevor Dr. Kardel, die diensthabende Ärztin, am nächsten Morgen zur Arbeit erscheint, ist der Patient schon zur Untersuchung abberufen worden. Gegenüber dem Beobachter benennt die Ärztin diesen Vorgang als „Super-GAU", denn die anberaumte Prozedur sei sehr aufwendig und teuer. Zudem habe sie jetzt weder den Patienten noch seine Akte gesehen:

Dienstag, 11.8., 8:40 (auf dem Gang)

Dr. Kardel (zum Beobachter): ... Heute morgen hier schon der Super-GAU .... der Herr Spondel... kommt hier aufs Gelände zur Dialysepraxis ... der (Dr.) Rheinhardt, der hat den Patienten hier eingewiesen ... ist dann hier auf die Station gekommen ... wurde dann heute Morgen gleich zur Langzeitszintigrafie abgerufen ... ist jetzt eine sehr aufwendige und teure Untersuchung ... sollte ich dann heute Morgen den Zettel unterschreiben, obwohl ich weder den Patienten noch die Akte gesehen habe ... habe ich dann natürlich nicht gemacht ... jetzt ist der unten, kriegt die Untersuchung ... weiß auch nicht, wer jetzt den Zettel unterschreibt ...

Beobachter*:* Was ist das jetzt für eine Untersuchung?

Dr. Kardel: Braucht man, um Entzündungsherde zu lokalisieren ... radioaktiv markierte Leukozyten, die sich dann an einem Entzündungsherd anreichern ... werden ihm dann wohl die eigenen Leukozyten erst abgenommen ... die muss er dann natürlich haben ...

Dr. Kardel beginnt ihre Schilderung mit dem metaphorisch aufgeladenen Begriff „Super-GAU", der in der Technikfolgenabschätzung den „größten anzunehmenden Unfall" bezeichnet. Anders als wie vom Laien zunächst zu vermuten, ist hiermit jedoch nicht ein medizinisches Malheur, etwa ein irreversibler Kunstfehler gemeint, sondern eine teure nuklearmedizinische Untersuchung, die unter Umgehung der regulären Entscheidungslinien der Organisation von einem externen Arzt veranlasst wurde. Die Entscheidungsstrukturen der Organisation wurden hier sozusagen seitwärts umgangen. Der Ärztin bleibt letztlich nur noch übrig, die Untersuchung *post hoc* durch ihre Unterschrift formell zu legitimieren. Die eigentliche Katastrophe besteht zum einen darin, dass hier auf informellem Wege die Autonomie der Organisation, welche sich im Luhmann'schen Sinne durch eigene, intern getroffene Entscheidungen reproduziert, durch informelle Kanäle unterlaufen wird. Zum anderen erscheint sie für die Stationsärztin auf personaler Ebene als Verantwortung für eine teure und unter Umständen nicht indizierte Unter-

suchung, für deren Veranlassung sie gegebenenfalls zur Rechenschaft gezogen werden könnte.

Frau Kardel steht hier vor einem Dilemma: Wenn sie die Untersuchung im Nachhinein durch ihre Unterschrift legitimiert, muss sie Verantwortung hierfür übernehmen. Wenn sie die Unterschrift verweigert, legt sie den Skandal offen, dass in diesem Fall Dinge geschehen sind, die nicht durch eine legitimierte Entscheidung zustande gekommen sind. Hierdurch würde sie allerdings den Leuten in den Rücken fallen, die den Vorgang durch ihre unbürokratische und informelle Hilfe möglich gemacht haben. Dies erscheint insofern problematisch, als sie ihrerseits von dem Wohlwollen der Röntgenabteilung, der Pfleger, der Diensthabenden abhängig ist, die Dinge gegebenenfalls auch einmal auf dem informellen Wege zu lösen. Erst wenn man diese beiden Lesarten gleichzeitig einbezieht, wird deutlich, dass hier etwas geschehen ist, was man durchaus als „Unfall" charakterisieren kann. Das filigrane Arrangement zwischen formeller und informeller Kommunikation, von offiziellen Entscheidungslinien der Organisation und unbürokratischer Handlungspraxis auf der Vertrauensbasis persönlicher Interaktion scheint hier auseinanderzubrechen. In diesem Sinne misst die Ärztin den Vorgang auch nicht mit moralischen Kategorien, sondern *rahmt* ihn als technische Panne.

Wir wissen an dieser Stelle zwar noch nichts von den medizinischen Hintergründen des sich abspielenden Dramas, können jedoch ahnen, dass wir in diesem Beispiel möglicherweise das Herz der Handlungs- und Entscheidungsdynamik des modernen Krankenhauses berühren. Auf der einen Seite steht nun die ökonomische Belastung der Abteilung durch eine kostenintensive nuklearmedizinsche Untersuchung. Auf der anderen Seite dieses Spannungsfeldes sind medizinische Gründe zu vermuten, denn warum sonst sollte Dr. Rheinhardt, der ambulante Nephrologe, diesen Durchgriff in das Zentrum einer Organisation wagen.

Ein wenig später wendet sich die Ärztin der Akte des neuen Patienten zu. Sie liest laut einige Details vor. Ein mithörender Kollege bemerkt, dass er auch nicht geahnt habe, dass die teure Untersuchung, ohne sie wieder stoppen zu können, anlaufen würde. Die Ärztin studiert weiter die Akte, formuliert einige differenzialdiagnostische Vermutungen und veranlasst ihrerseits weitere Laboruntersuchungen. Anschließend sucht sie den Patienten auf. Herr Spondel wird hinsichtlich seiner Beschwerden befragt, abgehorcht und abgetastet. Sie erklärt dem Patienten, dass noch einige Untersuchungen folgen werden und dass man jetzt nicht wisse, wie lange er bleiben müsse.

Auf dem Gang bemerkt Dr. Kardel, dass man hier eine „harte Nuss" zu „knacken" habe. Sie schaut nochmals in die Akte und liest laut vor. Dabei bemerkt sie, dass der Patient ja vor ein paar Jahren eine Wirbelkörperentzündung gehabt hat und dass unter dieser Vorraussetzung die Leukozytenszintigrafie sinnvoll sei. Ihr Kollege, der zufällig vor dem Stationszimmer steht, wirft ein, dass eine Knochenszintigrafie möglicherweise ein besseres diagnostisches Mittel sei:

Draußen, auf dem Gang

Dr. Kardel: Tja, wird eine harte Nuss sein, dass zu knacken ...

(schaut in der Roten Liste einige Medikamente aus der vom Kollegen verschriebenen Medikation nach)

Dr. Kardel: ... dass ist jetzt das Schmerzmittel (Name des Medikaments wird benannt)

Dr. Elwert: Das macht ja süchtig ...

Dr. Kardel: Steht jetzt bei Bedarf ... aber deswegen kann ich es jetzt nicht so ohne Weiteres absetzen ...

(schaut vor dem Stationszimmer weiter in die Akte)

Dr. Kardel: ... hatte jetzt eine Spondylodiscitis ... jetzt wieder in dem Bereich Schmerzen ... mache ich gleich ein CT ...

Dr. Elwert: ... ja dann auf jeden Fall ... wann hatte er die denn?

Dr. Kardel *(schaut in die Akte):* 01 ... macht ja die Leukozytenszintigrafie doch Sinn, wenn er jetzt so Schmerzen an der Stelle hat ...

Dr. Elwert: Vielleicht noch besser eine Knochenszintigrafie ...

(weiteres Gespräch der beiden Ärzte über den Patienten)

Schrittweise eignet sich die Ärztin den Patienten an. Wie in medizinischer Arbeit üblich, wird ärztliches Behandeln und Entscheiden durch die Akte *vor*strukturiert (vgl. Berg 1996). Üblicherweise wird dann im zweiten Schritt der Patient persönlich hinsichtlich seiner Beschwerden befragt und (mittlerweile nur noch) kurz untersucht. Anders als bei den Routinefällen, welche dann sofort in eine eindeutige diagnostische und therapeutische Bahn münden, indiziert der metaphorische Schluss der „harten Nuss", dass der Patient nun zu den komplizierten Fällen gehört, bei denen laut Chefarzt dann „alle Ärzte der Station Bescheid wissen müssen". Der Patient ist nun als „komplexe Fallproblematik" gerahmt, und in diesem Sinne beteiligt sich auch der zweite Stationsarzt „organisch" und ohne explizite Aufforderung am ärztlichen Diskurs. Unter dieser besonderen medizinischen Rahmung erscheint auch die extern veranlasste nuklearmedizinische Untersuchung unter einem anderen Licht, nämlich als ein durchaus sinnvoller Weg, die „Nuss zu knacken". Zudem sind nun weitere Untersuchungen gerechtfertigt, etwa die Computertomografie („CT"). Homolog zum Fallgeschehen vor drei Jahren scheinen die Ärzte auch unter den neuen Rahmenbedingungen bereit zu sein, hier Aufwand zu treiben. Das Medizinische scheint bei den komplizierten Fällen gegenüber den organisatorischen und ökonomischen Kriterien in den Vordergrund zu treten.

Die Ärztin trägt auf dem ersten Blatt der Krankenakte die bereits bekannten Diagnosen sowie die diagnostischen Prozeduren ein. Als voraussichtliche Verweildauer werden vierzehn Tage angegeben:

Auf dem Leitzettel steht dann u.a.:
- Rö-Th im Liegen: großer Pleuralerguss
- O-Sono → Aerobilie, Splenomegalie
- CT-LWS/Kreuzbein

Gelber Bogen:
- Einweisungsdiagnose: R 63.4 Abnormale Gewichtsabnahme
- Aufnahmediagnose: Einseitiger Pleuralerguss

Weitere Diagnosen:
- Abnorme Gewichtsabnahme
- Infektion v. u. U.
- Terminale Niereninsuffizienz
- Kongestive Herzinsuffizienz

Voraussichtliche Verweildauer: 14 Tage

Die benannten Krankheitsbilder lassen auch dem Laien deutlich werden, dass es sich hier um einen sogenannten multimorbiden Patienten handelt. Anders als vor drei Jahren findet sich nun in der Dokumentation eine Aussage über die geplante Verweildauer und die DRG-Kodierung der Aufnahmediagnose. An dieser Stelle fallen die Diskrepanzen zwischen der *Einweisungsdiagnose* „abnormale Gewichtsabnahme", der *Aufnahmediagnose* „einseitiger Pleuralerguss" und der mit der nuklearmedizinische Untersuchung anvisierten *diagnostischen Abklärung* des Entzündungsgeschehens im unteren Rückenbereich auf. Jeder der drei Vorgänge drückt eine andere Gewichtung aus, die jeweils unterschiedliche intra- und außerorganisatorische Kontexturen bedienen. Die Diagnose „abnormale Gewichtsabnahme" stellt sozusagen die Eintrittskarte ins Krankenhaus dar, da bei dieser Symptomatik als Differenzialdiagnose sofort eine Krebserkrankung anklingt, deren Abklärung eine stationäre Aufnahme gebietet. Dem Pleuralerguss entspricht das offensichtliche Symptom, unter dem der Patient leidet. Die Abklärung des Verdachts einer Spondylodiszitis erscheint demgegenüber als verdeckter Auftrag, als möglicher Kern einer harten Nuss, der jedoch nur mit erheblichem Aufwand durchführbar ist und deswegen mit Blick auf das Medizincontrolling besser nicht zu erwähnen ist, denn aus Sicht der Organisation des Akutkrankenhauses, welches von seinem offiziellen Auftrag her wie auch seinen abrechnungstechnischen Möglichkeiten auf akute Erkrankungen spezialisiert ist, sind chronische Erkrankungsprozesse eigentlich nicht weiter abzuklären. Das Wechselspiel der unterschiedlichen Diagnosen erscheint in diesem Sinne keineswegs zufällig, sondern als intelligente kommunikative Anpassung an die jeweils unterschiedlichen, systemischen Kontexturen. Homolog zum Fallprozedere vor drei Jahren gewinnen die Ärzte gegenüber den administrativen Vorgaben dadurch Autonomie, dass sie die *Rahmen*, in denen ein Fall erscheint, *modulieren*.

Am Mittagstisch berichtet eine Kollegin von einer anderen Abteilung, die mittlerweile mit 300.000 € im Minus stände. Hierauf erwidert der Oberarzt, dass sie mit Herrn Spondel jetzt auch so einen Fall auf der Station hätten. Das Problem sei, dass die leichten Fälle, welche sich mittels einfacher Routinen behandeln lassen, von den ambulanten Praxen versorgt würden, während die kostenintensiven schwierigen Patienten auf der Station landen.

An dieser Stelle wird deutlich, dass die Ärzte sich der mit komplexen Fallproblematiken verbundenen ökonomischen Dilemmata bewusst sind. Die Reflexivität der Ärzte hinsichtlich der systemischen Kontexturen führt jedoch, wie im Weiteren noch deutlicher werden wird, nicht dazu, dass nun auf das als diagnostisch-therapeutisch notwendig Empfundene verzichtet wird.

Am frühen Nachmittag telefoniert die Stationsärztin mit der Röntgenabteilung, um einen Termin für eine Computertomografie zu vereinbaren. Aus der Röntgenabteilung kommt die Information, dass die Untersuchung frühestens in sechs Tagen stattfinden könne. Daraufhin bemerkt die Ärztin, ob man nicht besser eine Magnetresonanztomografie anordnen solle, da man diese Untersuchung jetzt wahrscheinlich schneller bekommen könne.

Unter den neuen Bedingungen des DRG-codierten Fallpauschalensystems erscheint ein Behandlungsprozess nun immer auch als ein Spiel gegen die Zeit. Während vor drei Jahren ein längerer Krankenhausaufenthalt aus ökonomischen Gründen durchaus anzustreben war, unter der Vorraussetzung, dass man diesen den Kassen begründen konnte –, gilt nun auch bei den komplexen Fallproblematiken das Primat, den Patienten möglichst schnell wieder zu entlassen. Der Steuerungsparameter Liegezeit veranlasst die Ärztin zur Überlegung, ob man nicht auf die teurere MRT-Untersuchung zurückgreifen solle. Die hier formulierten Handlungsalternativen erscheinen für unsere Fragestellung bemerkenswert: Wenn einerseits die Verwaltung im Sinne des ökonomischen *Controlling* den Parameter Liegezeit formuliert, andererseits jedoch die Kapazitäten der Routinediagnostik limitiert sind, bedeutet dies aus ärztlicher Sicht keineswegs, auf entsprechende „Medizin" verzichten zu können. Die Reduktion der Liegezeiten, dies zeigen auch die Beobachtungen auf der chirurgischen Abteilung (Vogd 2006) und der Blick auf die US-amerikanischen Verhältnisse, führt keineswegs automatisch zu einer höheren ökonomischen Rationalität der Behandlungsprozesse. Während die alte internistische Kultur oft noch der Regel „watch and wait" folgte, also davon ausging, dass sich unter sorgfältiger klinischer Beobachtung manche Lösungen von selbst zeigen, wird die *Zeit* unter den neuen Rahmenbedingungen zur limitierenden Ressource. Unter dieser Perspektive werden aufwendige, invasive und teilweise kostenintensive Prozeduren auch für die Internisten attraktiver.

Beim Mittagessen drückt die Ärztin nochmals ihr Erstaunen darüber aus, dass Dr. Rheinhardt von außerhalb eine Leukozytenszintigrafie anordnen konnte und dass die diensthabende Ärztin den Patienten zuvor nicht einmal gesehen habe. Dr. Elwert bemerkt, dass man während eines Dienstes als Arzt nicht mehr die Zeit habe, sich mit solchen Dingen zu beschäftigen.

Der Kollege argumentiert hier im Hinblick auf eine Zeitökonomie der ärztlichen Aufmerksamkeit. Unter den sich verschärfenden Bedingungen rationierter ärztlicher Arbeitskraft sind nun Prioritäten zu setzen: An erster Stelle steht die Nothilfe bei Krankheitsverläufen, welche einer sofortigen medizinischen Intervention bedürfen. An zweiter Stelle stehen die sogenannten Routinearbeiten. Hiermit sind dann all die ärztlichen Tätigkeiten gemeint, die auch dann zu leisten sind, wenn kein brennendes medizinisches Problem im Vordergrund steht. Hierzu gehören insbesondere Verwaltungsarbeiten wie „Arztbriefe schreiben", „Laborwerte kontrollieren", „Befunde einheften", „Diagnosen verschlüsseln" etc.[9] Unter der fast immer geltenden Voraussetzung eines immer knappen Zeitbudgets agieren die diensthabenden Ärzte nun nach einer Handlungsorientierung, die man etwa folgendermaßen benennen könnte: Patienten mit komplizierten Fallproblematiken, bei denen kein akutes Geschehen im Vordergrund steht, werden im Dienst nicht weiter beachtet. Die zeitaufwendige

Einarbeitung in die Fallgeschichte lohnt hier nicht, da sich am nächsten Tag der zuständige Stationsarzt intensiver in den Fall einarbeiten wird. Aus Sicht der jeweiligen Akteure handelt es sich hierbei keineswegs um verantwortungsloses Handeln, sondern um eine angemessene Setzung der Prioritäten. Ein Blick auf das Papier der Aufnahmestation, auf dem die Einweisungsdiagnose steht, zeigt an, dass bis morgen gewartet werden kann. Im Sinne einer hochgradig arbeitsteiligen Organisation kann und muss nun darauf vertraut werden, dass das Urteil, welches die Ärzte in der Aufnahmestation gefällt haben, genügend Substanz hat. Man hat sich darauf zu verlassen, dass im Zweifelsfall die Pflegekräfte informieren, falls doch akuter ärztlicher Handlungsbedarf besteht.

Nachmittags informiert Dr. Kardel den Oberarzt über den Fall. Sie erwähnt, dass Dr. Rheinhardt die Leukozytenszintigrafie veranlasst habe und dass der Patient wohl von einem anderen Krankenhaus schon aufgegeben worden sei. Der Oberarzt antwortet, dass man den Fall ernst nehmen solle, und erwähnt, dass der Patient der Abteilung schon einmal die „Statistik versaut" habe. Mit der Einschaltung des Oberarztes ist nun diesbezüglich im ärztlichen Team ein kohärenter Handlungsrahmen hergestellt. Die ärztliche Orientierung bildet nun auch gegenüber ökonomischen Gründen den *primären Rahmen*. Mit der Frage, ob man dem Patienten noch eine Zukunftschance geben wolle und sich entsprechend engagieren werde, erscheint der Behandlungsprozess als einer, in dem es um Leben und Tod geht.

Am folgenden Montag liegen einige Befunde vor, die Ergebnisse der Leukozytenszintigrafie, ebenso ein schriftlicher Bericht zum Röntgen des Pleuralergusses. Dr. Kardel fragt telefonisch bei der Röntgenabteilung an, ob man den Pleuralerguss von Herrn Spondel während der noch anstehenden Computertomografieuntersuchung punktieren könne. Dem Beobachter erklärt sie, dass sie am Freitag selbst versucht habe, den Patienten während einer sonografischen Untersuchung zu punktieren. Dies sei ihr aber nicht gelungen. Daraufhin spricht die Ärztin ihren Kollegen hinsichtlich der in den Arztbriefen formulierten Medikation an. Sie bemerkt, dass sich bei einer Dosierung ein Fehler eingeschlichen habe, der sich in den verschiedenen Dokumenten wiederholen würde:

10:21 (vor dem Stationszimmer)

Dr. Kardel (zu Dr. Elwert): ... sind jetzt auch die Dialysemedikamente immer mit aufgeführt? ... jetzt das Erythropoin ... bekommt er jetzt eine sehr hohe Dosis (nennt eine Zahl) ... jetzt bei dem Brief von Rheinhardt muss es sich auch um einen Textbausteinfehler handeln ... denn der Fehler wird in dem Brief wiederholt ...

Ärztliche Arbeit gründet nicht unwesentlich auf der Patientenakte, also den Dokumenten, in denen die vergangen Befunde festgehalten sind. Bemerkenswert in dieser Szene ist die *Reflexivität*, mit der die Ärztin das in der Akte verkörperte Wissen thematisiert. Die hier gelesenen Informationen können nicht einfach als gegebene Fakten genommen werden, sondern sind in Abstimmung mit dem eigenen Wissen nochmals auf ihre Plausibilität hin zu beleuchten. Eine Konsistenzprüfung der vorhandenen Daten ist zu leisten. Eine höhere Technisierung der Prozesse verlangt auch ein höheres Reflexionspotenzial, um die hierdurch bedingten Störungen balancieren zu können.[10] Mit dem Begriff „Textbausteinfehler" weist die Ärztin auf eine für die Medizin neue Klasse von Fehlern hin, die durch über EDV vermittelte Abkürzungen in der Verwaltungstätigkeit verursacht werden. Diese „bürokratischen" Artefakte werden mit dem DRG-System wohl noch zunehmen, nicht zuletzt deswegen, weil hier eine Dissoziation zwischen medizinischer und ökonomischer Logik notwendig wird.

Während der Vormittagsvisite erwähnt der Patient, dass er Schwierigkeiten mit dem Luftholen habe. Die Ärztin hört seine Lungen ab und bietet dem Patienten abschließend noch ein Schmerzmittel an. Auf dem Gang erzählt sie dem Beobachter, dass sie am Freitag mit dem Oberarzt über die Frage gesprochen habe, wie viel Diagnostik man in diesem Falle betreiben solle. Da der Patient ja schon ein Colonkarzinom gehabt habe, könne man jetzt auch in dieser Richtung weitersuchen. Allerdings sei es von ärztlicher Seite fraglich, ob es angemessen sei,

etwa noch eine Darmspiegelung durchzuführen, da der Patient nicht mehr „so gut beieinander“ sei.

Die Ärzte sehen sich hier einem älteren Mann gegenüber, dem man nicht mehr unbedingt die komplette diagnostische Mühle zumuten will. Auch hier wird Medizin reflexiv. Die diagnostischen (und therapeutischen) Prozeduren erscheinen nicht mehr als bedingungslos gut, sondern sind ihrerseits mit Nebenfolgen behaftet: In diesem Sinne deuten sich nun zwei alternative medizinische Behandlungspfade an: Einerseits ließe sich im Sinne der kurativen Medizin alles Denkbare abklären. Andererseits kann auf einen palliativen Behandlungspfad eingeschwenkt werden, um die Symptome noch ein wenig zu lindern. In beiden Varianten bleibt jedoch die medizinische Rahmung im Vordergrund: Man agiert zum Wohle des Patienten, und in diesem Sinne lässt sich auch das Angebot der Ärztin verstehen, dem Patienten gerne noch etwas gegen die Schmerzen geben zu wollen.

Während der Chefvisite am folgenden Tag stellt die Ärztin Herrn Spondel als einen „interessanten Fall“ vor.

Dienstag, 17.8., Chefarztvisite

Dr. Kardel: ... jetzt ein interessanter Fall ... Herr Spondel... dicke Akte ... Dialysepatient ...

Chefarzt: ... kennen wir den schon?

Dr. Kardel: ... zwischen der (Station) 33 und 34 gewechselt ... Pleuralerguss ... versucht zu punktieren ... jetzt ein CT ... auch dort versucht zu punktieren ... sagen die, geht jetzt nicht ... keine Flüssigkeit ... könnte jetzt auch eine Raumforderung sein ... vor drei Jahren eine Spondylodiszitis ... aber in der Leukocytenszintigrafie ist jetzt nichts zu sehen ...

Chefarzt: Jetzt die Klinik sehen ...

Dr. Kardel: Hat Schmerzen im Lendenwirbelbereich ...

Chefarzt: Sollte man jetzt das CT angukken ... vielleicht eine Schwarte ... die CRP Erhöhung kann jetzt auch unspezifisch sein ... könnte jetzt auch eine Infektion ... Tuberkulose sein ... sollten wir testen ...

Dr. Kardel: Das Stempelteil ...

Chefarzt: ... eine Tuberkulinprobe ... und nur wenn es jetzt sehr schnell positiv ist ...

Chefarzt: ... man muss jetzt nicht immer kompliziert machen, aber kompliziert denken ... insbesondere bei den Infektionskrankheiten ... die kommen wieder ...

Gegenüber den Fakten, welche durch die diagnostischen Verfahren produziert werden, verweist der Chefarzt nun jedoch zunächst auf die sogenannte „Klinik“. Hiermit sind die symptombezogenen Befindlichkeitsäußerungen des Patienten gemeint. In internistischen Fallbesprechungen kann die Polarisierung zwischen „klinischer Symptomatik“ und „medizinisch-diagnostischer Symptomatik“ oft beobachtet werden. Insbesondere bei chronischen Krankheitsverläufen, zu denen oftmals eine Vielzahl unterschiedlicher diagnostischer Befunde vorliegt, lässt sich auf diesem Wege manchmal schnell eine Entscheidung treffen. Die Inferenz wird dann entsprechend lauten: „Wenn es dem Patienten trotz ungünstiger Werte und Befunde gut geht, dann besteht kein Grund, allzu schnell weitere Aktionen zu veranlassen“. Unter einer funktionalen Perspektive leistet der Rekurs auf die „Klinik“ auch die Bewältigung der Komplexität, welche durch die teils widersprüchlichen medizinischen Artefakte und Befunde aufgeworfen wird. Da die Erhebung von klinischen Symptomen, wie etwa Schmerzen, einen wesentlichen Bestandteil der medizinischen Tradition des Internisten darstellt, bleibt man hier – anders als im diesbezüglich funktional äquivalenten Rekurs auf den Patientenwillen (Vogd 2004c: 378ff.) – innerhalb des medizinischen Rahmens.

Beachtenswert im Zusammenhang unserer Fragestellung erscheint insbesondere die abschließende Bemerkung des Chefarztes („jetzt nicht immer kompliziert machen, aber kompliziert denken“). Hier drückt sich ein Kernelement internistischer Philosophie aus: Entscheidend ist weniger der Aktionismus, sondern die hohe Reflexivität der geleisteten Arbeit. Ein guter Arzt hat die Potenzialitäten wie auch die Kontingenzen mit im Blick. Welche Konsequenzen hieraus zu ziehen sind, ist jedoch eine andere Sache, bzw. erst im Hinblick auf die jeweiligen Bedingungen des vorliegenden Einzelfalls zu spezifizieren. In diesem Sinne versucht der Chefarzt, die „Ganzheitlichkeit“ der internistischen Hal-

tung zur Geltung zu bringen. Ein guter Arzt sollte die ganze Medizin im Blick haben und im Zweifelsfall auch jenseits der in der bisherigen Krankheitsgeschichte ausgetretenen Pfade denken, beispielsweise an eine seltene Infektionskrankheit. In diesem Sinne wäre der Rekurs auf die Klinik nochmals anders zu verstehen. Hier zeigen sich dann hinsichtlich der chefärztlichen Orientierung einerseits Parallelen zum ersten Beobachtungszeitraum. Im Vergleich zeigen sich im Fall von Herrn Spondel homologe Sequenzen, in denen der Chefarzt versucht, die durch die Stationsärzte aufgespannte Überkomplexität zu reduzieren. Zugleich verweist die Argumentation des Chefarztes andererseits auf einen potenziellen Lösungsweg hinsichtlich des ökonomisch-organisatorischen Dilemmas in der Behandlung komplexer Fallproblematiken. Die Kunst bestände darin, die Komplexität im ärztlichen Denken weiter im Bilde zu behalten, dann aber in der Praxis konsequenter auf Abkürzungsstrategien zurückzugreifen. Mit Blick auf Aussagen, die während der Chefvisiten im Jahre 2001 getroffen wurden,[11] finden wir hier eine tendenzielle Verschiebung der Handlungsorientierung. Der neue internistische Arzt würde also weiterhin kompliziert denken, aber nicht mehr immer wie früher die Dinge auch in ihrer vollen Komplexität abklären können.

Am Nachmittag telefoniert die Stationsärztin mit Dr. Rheinhardt, dem Arzt, der den Patienten eingewiesen hat. Sie schildert ihm die aktuellen differenzialdiagnostischen Überlegungen sowie die geplanten weiteren diagnostischen Prozeduren. Zudem sprechen die Ärzte darüber, wie viel man dem Patienten im Hinblick auf die weitere Tumorsuche zumuten könne.

Die ärztliche Kommunikation greift hier hinsichtlich der Reflexion des aktuellen Behandlungsgeschehens über die Organisationsgrenzen des Krankenhauses hinaus. Gerade auch mit Blick auf die erste Beobachtungsphase ist dies eher untypisch und wäre üblicherweise erst im Hinblick auf die ambulanten Anschlüsse an eine Behandlung geschehen. In diesem Falle wird jedoch der einweisende Arzt als wichtiger Vertreter des Behandlungs*netzwerkes* in den internen differenzialdiagnostischen Diskurs involviert (siehe hierzu schon Freidson 1975). Hierdurch zeigt sich zum einen eine hohe Ernsthaftigkeit in der Auseinandersetzung über den Patienten. Zum anderen deutet sich hier möglicherweise auf einer grundlegenderen Ebene ein Wechsel in der Organisation der Behandlungsprozesse an, die in Richtung von organisationsübergreifenden Behandlungsnetzwerken weisen.

Im Anschluss an das Telefonat erzählt Dr. Kardel dem Beobachter, dass sie bei Herrn Spondel jetzt zusätzlich noch nach Tumormarkern suchen werde. Eigentlich solle man dies in solchen Fällen nicht tun. Wenn aber in diesem Fall ein positives Ergebnis herauskommen würde, hätte sie ein weiteres Argument in der Hand, doch noch eine ausführlichere Darmuntersuchung durchführen zu können.

Tumormarker sind biochemische Sonden, die auf bestimmte Erkennungsmerkmale von Tumoren reagieren. Das Problem dieser diagnostischen Methode liegt darin, dass die Ergebnisse durch eine hohe falsch-positiv Rate belastet sind, denn nicht selten verweisen die Marker auch bei gesundem Gewebe auf ein Krebsgeschehen. Wenn nun gar gleichzeitig mehrere Marker eingesetzt werden, ist mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten, dass auch bei einem Gesunden ein Tumor angezeigt wird. Der Einsatz dieses diagnostischen Verfahrens erscheint deshalb auch als performativer Akt, denn ein positives Ergebnis ist insofern instruktiv, als dass man hiermit gezwungen wird, den Befund ernst zu nehmen, sich also weitergehend (mit invasiven Verfahren) auf die Tumorsuche begeben kann. Auf der einen Seite mag man zwar die psychosoziale Situation des Patienten reflektieren und wissen, dass es sich um einen alten Mann handelt, bei dem bestimmte Diagnosen keine therapeutische Konsequenz mehr haben. Trotzdem bricht sich hier implizit das vertraute biomedizinische Paradigma einer Maximalmedizin die Bahn, die kompromisslos alles abzuklären fordert. In ihrer Totalität mag diese Orientierung zwar sowohl dem ökonomisch-administrativen Primaten nach effizientem Mitteleinsatz widersprechen (und auch aus Patientenperspektive zweifelhaft scheinen), dennoch scheint gerade bei den komplexen Fall-

problematiken der „ärztliche Blick“ (Foucault 1988) gleichsam zu sich selbst zu kommen.

In den folgenden Tagen laufen einige weitere Untersuchungen, die jedoch zu keinem eindeutigen Ergebnis führen. Donnerstag schließlich liegen die ersten Ergebnisse der computergestützten Punktion des Pleuralergusses vor. Der pathologische Befund beschreibt einen tumorösen Prozess unklarer Genese. Auf Basis zusätzlicher Gewebefärbungen mit bestimmten Markern wird man jedoch die Diagnose spezifizieren können. Nachmittags berichtet der Oberarzt der Ärztin, dass nun ein gesicherter Befund vorliege. Der Patient habe ein Mesenchymom (ein Bindegewebskarzinom). Diese Diagnose habe allerdings keine therapeutischen Konsequenzen mehr. Vielmehr sei eine adäquate Schmerzbehandlung angesagt. Die Stationsärztin bemerkt daraufhin, dass man den Patienten Anfang nächster Woche entlassen könne.

In der Morgenvisite am folgenden Tag fragt die Ärztin den Patienten zunächst nach seinem Befinden. Herr Spondel schildert, dass er ein Flimmern in den Augen habe. Die Ärztin schlägt vor, einen Augenarzt aufzusuchen. Darüber hinaus erwähnt sie, dass man nun „bösartige“ Zellen habe nachweisen können, ihm jedoch in seinem Zustand eine Operation nicht mehr „zumuten“ könne. Sie erklärt, dass man jetzt aber wisse, wo die Beschwerden herkämen. Anschließend fragt sie den Patienten, wie er denn zu Hause versorgt werde. Herr Spondel antwortet, dass sich seine Freundin um ihn kümmere. Die Ärztin erkundigt sich beim Patienten, wann er denn entlassen werden möchte, und erwähnt, sich diesbezüglich „ein wenig nach ihm richten“ zu wollen. Der Patient schlägt vor, nach dem Wochenende das Krankenhaus zu verlassen. Darüber hinaus schildert er seine Probleme beim Luftholen. Die Ärztin antwortet, dass die Beschwerden wohl vom Pleuralerguss kämen und dass man unter Umständen jetzt auch Sauerstoff geben könne. Hierzu müssten dann aber vorher einige Tests durchgeführt werden.

Die Aufklärung läuft hier unspektakulär und mit sanftem Übergang zu einem palliativen Behandlungsregime, in dem nun die Symptomlinderung im Vordergrund steht. Ein chirurgischer Eingriff scheidet nun als kurative Behandlungsoption endgültig aus, doch von ärztlicher Seite bezeugt man weiterhin Bereitschaft, sich für den Patienten zu engagieren. Diesem wird – entgegen der ökonomischen Rationalitäten – eine gewisse Autonomie im Hinblick auf den Zeitpunkt der Entlassung zugestanden, und es wird ihm angeboten, bei Bedarf noch einmal ins Krankenhaus zu kommen.

Ein wenig später unterschreibt die Ärztin die Anforderung für die abschließende Röntgenuntersuchung. Der Patient wird schließlich nach einundzwanzig Tagen Krankenhausaufenthalt entlassen.

6. Diskussion

Medizin, dies zeigen unsere Untersuchungen, geht auch unter den verschärften wirtschaftlichen Bedingungen und knappen Personal- und Zeitressourcen keineswegs in einer betriebswirtschaftlichen oder volkswirtschaftlichen Rationalität auf. Vielmehr kommt die ärztliche Orientierung hierdurch gewissermaßen zu sich selbst und findet insbesondere an den komplizierten Fallproblematiken ihren höchsten Ausdruck. Entsprechend dieser Orientierung treffen die Ärzte unter knapper werdenden Ressourcen die Unterscheidung zwischen Routinefällen und schwierigen Fällen. Bei Ersteren können – medizinisch begründet – Lücken gelassen werden, während die Organsysteme der Letzteren höchste Aufmerksamkeit bekommen. Gleiches gilt für die untersuchte chirurgische Abteilung.

Die komparativen Analysen zeigen auf, dass diese Orientierung weitgehend unabhängig von der Person des Patienten auftritt, also nicht von den Sympathien oder Vertrautheiten, aber auch nicht von den Besonderheiten einer medizinischen Disziplin oder Abteilung abhängt. Der unsympathische Alkoholiker bekommt in der Regel die gleiche hohe *medizinische* Aufmerksamkeit, wenn der Verdacht eines Hirntumors im Raume steht (s. Vogd 2006: 181ff.).[12] Die Homologien zwischen den beiden Prozessen, die

schon zu Beginn aufscheinen, beruhen also nicht darauf, dass man sich an den konkreten Fall wieder erinnert, diesen als Person besonders gut betreut wissen will, sondern sind einer generalisierbaren ärztlichen Orientierung zuzurechnen, die sich bei den komplexen Fallproblematiken darin manifestiert, das vermeintliche Patienteninteresse gegenüber den ökonomischen Interessen der Organisation zur Geltung zu bringen.

Dem Patienten wird im Jahr 2004 wie im Jahr 2001 eine passive Rolle zugeschrieben. Ob beispielsweise Herr Spondel als multimorbider Patient nochmals eine Maximalmedizin anstrebt oder lieber auf belastende invasive Untersuchungen verzichten würde, ist eine Frage, die sich in den eingefahrenen Schienen der modernern Krankenbehandlung nicht stellt. Das Ausbrechen aus den diesbezüglichen Rollenerwartungen würde einen Kraftakt darstellen, der von einem schwerkranken Menschen nur in Ausnahmefällen erbracht werden kann, und würde dann im Behandlungssystem üblicherweise als Störung bearbeitet (vgl. Vogd 2004c: 365ff.).

Wider die *political correctness* können die Versuche, medizinische Praxis zu demokratisieren, etwa die Versuche, die Asymmetrie der Arzt-Patient-Beziehung in einem institutionalisierten *shared decision making* zu symmetriesieren, am ehesten geopfert werden. Ebenso werden unter dem ökonomischen Rationierungsdruck im Krankenhaus schnell die unspezifischen Ansprüche einer psychosozialen Medizin aufgegeben, welche über die Organmedizin hinaus die Bedeutung der Lebenswelt für die Patho- und Salutogenese berücksichtigt wissen möchten. Unter der medizinischen Prioritätensetzung kann dann auf ausführliche Arzt-Patient-Gespräche verzichtet werden, und die als Routinefälle eingestuften Patienten bekommen nun kaum noch einen Arzt zu Gesicht, denn hier kann auf Basis der Aktenlage entschieden werden.

Indem Medizin die Freiheitsgrade nutzt, welche die Organisation ihr durch die eigene operative Schließung ermöglicht, reproduziert sie ihre eigene Orientierung. Die immer weniger anwesenden Ärzte können dadurch präsent werden, dass die ärztlichen Kontrolltätigkeiten auf die hierfür umso aufmerksameren Pflegekräfte verschoben werden, welche nun entscheiden müssen, wann der Arzt zu rufen ist, oder es kann mehr Technik eingesetzt werden, um Argumente für mehr Medizin und mehr ärztliche Expertise in der Hand zu haben.

Wenngleich die Ärzte in Bezug auf das Krankenhausmanagement einen deutlichen Verlust an Macht und Einfluss hinnehmen mussten (vgl. Hafferty/Light 1995), reifiziert sich mit dem Rückzug auf ihre medizinische Expertenrolle zugleich ihre Stellung innerhalb der Medizin. Deutlich wird dies mit der Anforderung einer höheren Reflexivität der Behandlungsprozesse. Nicht nur die diagnostischen Unsicherheiten (Fox 1969) und das Problem der therapeutisch erzeugten Artefakte (Wagner 1995) muss nun bewältigt werden. Darüber hinaus verlangen die beschleunigten Verhältnisse zum einen ein Lückenmanagement, das heißt es ist nun darüber zu entscheiden, wo Lücken in Kauf genommen werden können und wie die hiermit verbundenen Risiken zu kontrollieren sind. Zum anderen erzeugen die Abrechnungsmodalitäten des DRG-Systems eine neue Komplexität. Nur der eingeweihte ärztliche Experte verfügt über das Wissen, die vielschichtigen Ebenen medizinischer Dokumentation – einschließlich ihrer Fehler – zu decodieren und hinter den vielfältigen administrativen Mogeleien das Wesentliche des Behandlungsgeschehens zu rekonstruieren. Aufgrund einer weiteren „Taylorisierung“ seiner Arbeit mag zwar der einzelne Arzt die Kontrolle über das Krankenhaus wie über den Behandlungsprozess verlieren. Er bleibt aber dennoch als entscheidender Knotenpunkt des Behandlungsprozesses, in dem oftmals auf fragmentarischer Basis entschieden werden muss, unersetzbar. Freidson (2001) folgend, der mittlerweile von seiner früheren „Deprofessionalisierungsthese“ Abstand nimmt, sprechen unsere Ergebnisse dafür, dass im modernen Krankenhaus die drei „Logiken“ *bureaucratism*, *economism* und *professionalism* gleichzeitig auf die Spitze getrieben werden. Im Einklang mit der neoinstitutionalistischen Auffassung (vgl. Meyer/Rowan 1977) ist das Verhältnis von Ökonomie, Bürokratie und medizinischer Profession dann eher als lose gekoppelt zu

betrachten. Dies steht auch im Einklang mit der Modernisierungsthese von Rudolf Stichweh (1996), dass in modernen Organisationen mit fortschreitender funktionaler Differenzierung zunehmend der Professionelle alten Typs verschwindet, damit jedoch keineswegs die Expertenrolle.

Ein Blick auf das US-amerikanische Gesundheitssystem, bei dem die diesbezüglichen Ausdifferenzierungen weiter vorangeschritten sind, lässt die hier angedeuteten Tendenzen in einem schärferen Licht erscheinen. Bei kürzeren Liegezeiten, einer technisch aufwendigeren Medizin,[13] einem gigantischen Verwaltungsaufwand[14] und einer besseren Stellung der Krankenhausärzte im System[15] zeigt sich hier deutlich, dass die Verhältnisse vor allem komplexer, keineswegs jedoch in einem simplen Sinne ökonomisch effizienter werden.[16]

Über die benannten Aspekte hinaus deutet sich in unseren Untersuchungen noch eine andere Klasse von Veränderungen an. Während im ersten Beobachtungszeitraum der Konflikt zwischen der medizinischen und der ökonomischen Rahmung innerhalb des ärztlichen Teams ausgetragen wurde, nämlich in die ärztliche Hierarchie hineinkopiert wurde, spiegelt sich der Widerstreit der Interessen im jüngeren Beispiel in einem das Krankenhaus übergreifenden Netzwerk von ambulanter und stationärer Versorgung wider.

Der Konflikt zwischen den beiden unterschiedlichen Orientierungen wird hier weniger im ärztlichen Rollengefüge ausgetragen (also in dem Sinne, dass die Stationsärzte tendenziell die Patientenseite und die leitenden Ärzte die Organisationsseite vertreten), sondern erscheint als Konflikt zwischen verschiedenen Organisationen bzw. Agenten innerhalb des Versorgungssystems. Der ambulante Nephrologe lässt stationär einweisen und veranlasst so unter Umgehung der eigentlichen Entscheidungsverantwortlichen eine aufwendige Untersuchung auf Kosten des Krankenhauses.

Hier deutet sich möglicherweise eine Tendenz in der Verarbeitung diesbezüglicher Spannungslagen an: Auch unter der neuen Voraussetzung, dass manche Fälle für die behandelnde Organisation ein ökonomisches Risiko darstellen, werden die Ärzte entsprechend ihrer medizinisch-professionellen Orientierungen nicht auf eine Behandlung entsprechend ihres besten Wissens und Gewissens verzichten wollen. Es stellt sich nun jedoch für sie auch die Frage, an welche Einrichtungen innerhalb des Versorgungsnetzwerkes man welchen Aspekt der Behandlung einer komplexen Fallproblematik delegieren kann bzw. welcher Teil des Netzwerkes das mit diesen Behandlungsprozessen zu erwartende ökonomische Risiko trägt.[17]

Der Prozess der Krankenbehandlung erscheint nun weniger an eine Organisation gebunden und wird entsprechend auch weniger in der intraorganisationalen Dynamik ausgehandelt, sondern vollzieht sich in einem Behandlungsnetzwerk, das aus verschiedenen organisatorischen und personalen Einheiten geknüpft wird. Allein das Primat der kurzen Liegezeiten verlangt nach einer Kooperation mit ambulanten Diensten, niedergelassenen Ärzten, Krankenkassen, anderen Kliniken und stationären Pflegeeinrichtungen. Nicht zuletzt werden der Patient und seine Angehörigen selbst zu einem Teil des Netzwerkes, haben nun vermehrt selbst am Behandlungsprozess mitzuarbeiten, sei es in der Pflege, im Einfordern von Finanzmitteln oder in der Organisation von Beschwerdemacht, um den Irregularitäten in den Behandlungsprozessen eigene Kontrollversuche entgegenzusetzen.[18] Während das alte Krankenhaus – wenngleich als inoffizielle gesellschaftliche Funktion – nicht nur Diagnose, Isolation und Therapie, sondern auch die sozialen Indikationen Pflege und Sterbebegleitung zu leisten hatte, verteilen sich diese Aufgaben nun in Behandlungsnetzwerken, die aus unterschiedlichen Organisationen und Einzelakteuren gebildet werden.[19] Die Krankenhäuser werden zwar weiterhin allein schon aus technischen und adminstrativen Gründen ein Zentrum der Krankenbehandlung darstellen, bilden aber dann nicht mehr unbedingt eine organisatorische Einheit, die den Behandlungsprozess als ganzes integriert. Letzterer erscheint nun institutionell zergliedert (etwa wenn vorbereitende Diagnostik, Akutbehandlung, nachsorgende Pflege und palliativ gelindertes Sterben jeweils von verschiedenen institutionellen Trägern

übernommen werden oder Belegärzte die Infrastruktur des Krankenhauses anmieten). Um mit Dirk Baecker (2007) zu sprechen: „zwischen diesen Zentren, deren Größe von ihrer Fähigkeit zur Entscheidungsfindung abhängt, wird es hochgradig flexible, auf dem Prinzip der losen Kopplung beruhende und sich fallweise neu organisierende Vernetzungen geben, die jeder klassischen Idee der Planung, Kontrolle und Rationalität spotten. Die Organisationstheorie kennt das sich hier einspielende Modell unter dem Stichwort der ‚garbage can' (...), doch für Krankenhäuser, in denen es wie verzögert auch immer um Leben und Tod geht, ist dieses Modell sicherlich auf der Ebene des Alltagshandelns erprobt, doch auf der Ebene bewussten Organisationsdesigns weitgehend unbekannt". Die nun heterarchische Organisation der Prozesse hat „Verknüpfungen zwischen verschiedenen Leistungsträgern zu ermöglichen, die laufend sowohl in kompetitiven als auch in komplementären Beziehungen zueinander stehen und daher, leichter gesagt als getan, sowohl zum Konflikt als auch zum Ausgleich miteinander befähigt sein müssen". Mit dem hier vorgestellten Geschehen um die Einweisung von Herrn Spondel bekommen wir eine Ahnung, wie sich diese Prozesse als widersprüchliche Einheiten ausgestalten können. Der von der Stationsärztin mit „GAU" bezeichnete Durchgriff des ambulanten Nephrologen auf die Krankenhausroutinen gestattet einen Behandlungsprozess, der aufgrund der wirtschaftlichen Individuallogik des Krankenhauses an sich nicht möglich gewesen wäre, dann sich aber doch über den erfolgreichen „Kontrollversuch"[20] des Netzwerkpartners die medizinische Handlungslogik die Bahn bricht. Im Sinne der Luhmann'schen Terminologie unterläuft hier sozusagen die Interaktion über das Behandlungsnetzwerk die Organisation zugunsten der Medizin. Mit Blick auf eine Klasse von Beobachtungen, die sich dadurch auszeichnen, dass Stationsärzte mit anderen Häusern, nachsorgenden Einrichtungen und ambulanten Ärzten für ihre Patienten die Weiterbetreuungschancen abtasten, deutet sich hier möglicherweise ein prägendes Merkmal künftiger Behandlungsprozesse an. In Versorgungsnetzwerken könnten sich die sozialen Kompetenzen der Ärzte dann nicht mehr darauf beschränken, damit umgehen zu können, was im Treffraum ihrer Organisation der Fall ist. Es würde nicht mehr ausreichen, einen praktischen Sinn für die Relevanzen, Machtspiele, Wissensstrukturen in ihrer Organisation zu gewinnen. Vielmehr ginge es auch darum, in Netzwerken zurechtzukommen, also mit Kontrollversuchen von außen umzugehen und umgekehrt auf die Partner des Netzwerkes Kontrolle auszuüben. Gleiches gilt nun für Patienten und ihren Angehörigen, die sich nun nicht mehr auf Sicherheiten verlassen können (auch wenn diese nur in verlässlichen hierarchischen Beziehungen bestanden), sondern sich selbst als aktiver Teil eines Behandlungsnetzwerkes und der hiermit verbundenen Aushandlungsprozesse zu verstehen haben. Die Entkoppelung findet nun nicht nur – wie von den Neoinstitutionalisten beschrieben – zwischen den einzelnen Sphären innerhalb einer Organisation statt, sondern geschieht in einem Netzwerk verteilter, jeweils autonom entscheidender Organisationen, wobei die DRG-Technologie wesentlich Anteil an der Vermittlung dieser Prozesse hat. DRGs stellen in diesem Sinne „leaky black boxes" dar, eben „knowledge objects" (Lowe 2001), um die herum Netzwerke sich organisieren.

Angesichts der zugleich beschleunigten Prozesse ist in Zukunft mit einer noch stärkeren Bedeutung der ärztlichen Expertise zu rechnen, die sich recht gut mit dem an dieser Stelle bereits dokumentierten chefärztlichen Statement zur medizinischen Eleganz unter den neuen Verhältnissen umschreiben lässt: „nicht kompliziert machen, aber kompliziert denken" heißt nun die Maxime. Man käme dann zu sich wechselseitig steigernden Ansprüchen an die Komplexitätsbearbeitung in den Verhältnissen der Reflexion von Medizin, Ressourceneinsatz und den im Behandlungsnetzwerk beteiligten Partnern. All dies könnte mittelfristig zu dem ökonomischen Paradoxon führen, dass eine rationellere Medizin nur zum Preis (noch) teurerer Expertise zu leisten ist.

Anmerkungen

1 In den Feldbeobachtungsperioden von drei bis zwölf Wochen Dauer wurden einzelne Behandlungsverläufe synchron bzw. zeitnah mit dem Prozessgeschehen dokumentiert, in dem die am jeweiligen Behandlungsgeschehen beteiligten Akteure mit dem Notizblock in der Hand begleitet wurden (vgl. Vogd 2005b).

2 An dieser Stelle der Dank an die Deutsche Forschungsgemeinschaft für die Finanzierung der Folgestudie.

3 Ich verwende den Rahmenbegriff hier im Sinne von Gregory Bateson (1992: 241ff.), der in seinen Untersuchungen zum Spielverhalten von Tieren beobachtete, dass dasselbe Verhalten je nach Kontext eine vollkommen andere Bedeutung haben kann. Anders als dann später bei Erving Goffman (1996), dessen Rahmenanalyse durchaus auch im Lichte einer subjektphilosophischen Interpretation zu lesen ist, besinnen wir uns hier mehr auf die ursprüngliche Intention der Bateson'schen Arbeiten und verstehen die Rahmungsprozesse als *kollektiv* hergestellte Vorgänge, die in ihrer Dynamik über die Präsentation einer sozialen Identität weit hinausgehen. Ob gespielt wird oder bitterer Ernst vorliegt, kann hier sinnvollerweise nicht mehr als die Rahmung eines einzelnen Akteurs begriffen werden.

4 Vertrauen beruht hier nicht auf Wissen, ebenso wenig auf Normen, sondern erscheint als eine notwendige wie auch sinnvolle Komplexitätsreduktion (vgl. Luhmann 2000c).

5 Mit Luhmann gilt dabei: „Codes sind Sofern-Abstraktionen. Sie gelten nur, sofern die Kommunikation ihren Anwendungsbereich wählt (was sie nicht muß). Es kommt nicht in jeder Situation, nicht immer und überall, auf Wahrheit oder auf Recht oder auf Eigentum an" (Luhmann 1986: 79). Um es mit Günther Ortmann zu pointieren: „Handlungen, Operationen, Zahlungen, Transaktionen, Entscheidungen, Kommunikationen haben es an sich, mehrdeutig zu sein (...) und das scheint mir zu bedeuten, dass es keine distinkten Wirtschafts-, Rechts- und politischen Handlungen gibt und geben kann, es sei denn in dem Sinne, dass der wirtschaftliche, rechtliche oder politische Aspekt in diesem oder jenem Kontext dominiert, und vielleicht so deutlich, dass wir nicht zögern, von wirtschaftlichem, rechtlichem oder politischem Handeln zu sprechen" (Ortmann 2003: 242).

6 „By putting a price on the DRGs devised by engineers, the law created a commodity out of an industrial product. The engineers had transformed medical practice into a measurable product. The economists had theoretically elaborated reasons for thinking about professional services as if they were commodities. But it was the law that joined the product without a market to the market that had no product. The legalized market in DRGs ignited a simmering revolution in health care finance that swept ‚through the health care system like fire through parched underbrush' (...). DRG-PPS increased and strengthened such other innovations as hospitalspecific contracts, deductibles and coinsurance, HMOs and PPOs that delivered medical services to the market" (Sajay/Dirsmith/McElroy 2005: 269).

7 Das Bezugsproblem dieser Struktur liegt darin, dass die Dissonanzen zwischen Anspruch und Wirklichkeit sich hier in solch einer scharfen Form darstellen, dass sie nicht einfach durch kommunikative Riten überbrückt werden können, sondern auf allen Ebenen einer organisierten Vermeidung von Kommunikation bedürfen, etwa in dem Sinne, dass Chefvisiten nicht mehr stattfinden und Befunde unterschlagen werden. Die Orientierungsrahmen der unterschiedlichen Sphären der Organisation könnten sonst nicht mehr in Passung gebracht werden.

8 Siehe ausführlich unter Einbeziehung weiterer Fallkontraste Vogd 2006.

9 Manche Autoren gehen davon aus, dass ein Internist unter den Bedingungen des DRG-Systems mehr als 40% seiner regulären Arbeitszeit für Verwaltungstätigkeit aufwenden muss (vgl. Jachertz 2004; Linczak/Tempka/Haas 2003).

10 Insbesondere Wagner (1995) hat in seinen Untersuchungen darauf hingewiesen, dass die moderne Medizin genau in diesem Sinne reflexiv geworden ist, dass sie also unter den gegenwärtigen Verhältnissen nur noch dann gut arbeiten kann, wenn sie in ihren Entscheidungen mit einbezieht, welche Wirkungen, Störungen, Fehldiagnosen, Artefakte sie selber produziert hat.

11 Siehe zum Beispiel folgende Aussage:
Dienstag, 3.4.2001, 11:10 Chefvisite
(...) Chefarzt: Jetzt lege ich Wert drauf, dass es so umfassend wie möglich gemacht wird ... jetzt die Gefäßkrankheit noch abklären ... dann die Schilddrüse ... und wenn wir das jetzt hier nicht schaffen, dann in den Brief schreiben, dass der Hausarzt das abarbeiten kann.

12 Dies schließt jedoch nicht aus, dass parallel dazu in der Organisation Krankenhaus unter dem Deckmantel der Dienstleistung bestimmte

Patientengruppen in außermedizinischer Hinsicht besonders bedient und betreut werden (vgl. das Kapitel Distinktion zwischen Privat- und Kassenpatienten in Vogd 2006).

13 Dass die institutionellen Eigendynamiken der Versorger ebenso wie die technologisch-medizinische Innovation als die wesentlichen Kostentreiber des Medizinsystems anzusehen sind, zeigt etwa Bodenheimer (2005a, b) auf.

14 Während in den USA 31% der Kosten einer stationären Behandlung für Verwaltungsausgaben anfallen, sind hierfür in Kanada nur 16,7% zu veranschlagen. Woolhandler, Campbell und Himmelstein (2003) kommen hier zu dem Schluss, dass die USA auf 1,4 Mio. höhere Verwaltungsangestellte und Sekretäre im Gesundheitssystem gut verzichten könnte.

15 Wenn man die wesentlich bessere Honorierung der Ärzte als diesbezüglichen Indikator betrachtet: US-Ärzte aller Hierarchiestufen können in den USA mit einem zwei- bis dreifach höherem Gehalt rechnen als in der Bundesrepublik (vgl. Barham/Bramley-Harker 2004).

16 Das US-amerikanische Gesundheitssystem bleibt mit Abstand hinter der Schweiz und der Bundesrepublik das teuerste Versorgungssystem.

17 Entsprechend einer im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Hochrechnung ergibt sich für die Problemgruppe der Langlieger entsprechend dem Fallpauschalenkatalog von 2005 nur eine Kostendeckung von 50% (Billing 2005).

18 In diesem Sinne erscheint dann auch die Prozessfreudigkeit in den Vereinigten Staaten unter einem anderen Licht, nämlich als Kontrollversuche innerhalb von Netzwerken, in denen jeder Part versucht, eine Balance zwischen Identität und Kontrolle zu finden.

19 Siehe für die diesbezüglich weiter ausdifferenzierten Verhältnisse in den USA Scott et al. 2000.

20 Hier in Referenz auf das Bezugsproblem Identität und Kontrolle im Sinne der Netzwerktheorie von Harrison White 1992.

Literatur

Baecker, Dirk (2007): Zur Krankenbehandlung ins Krankenhaus. In: Irmhild Saake/Werner Vogd (Hrsg.), Moderne Mythen der Medizin. Studien zu Problemen der organisierten Medizin (i.E.).

Barham, Leela/Edward Bramley-Harker (2004): Comparing Physicians' Earnings. Current Knowledge and Challanges. A Final Report for the Department of Health. Prepared by National Economic Research Associates. London: Nera. http://www.nera.com.

Bateson, Gregory (1992): Ökologie des Geistes: Anthropologische, psychologische, biologische und epistemologische Perspektiven. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Berg, Marc (1996): Practices of Reading and Writing: the Constitutive Role of the Patient Record in Medical Work. In: Sociology of Health and Illness 18, S. 499-524.

Billing, Arend (2005): Fallpauschalensystem: Problem Schwerstkranke. In: Deutsches Ärzteblatt 102, 33, S. A-2214.

Bodenheimer, Thomas (2005a): High Rising Health Care Costs. Part 1: Seeking an Explanation. In: Annals of Internal Medicine 142, S. 847-854.

Bodenheimer, Thomas (2005b): High Rising Health Care Costs. Part 2: Technology Innovation. In: Annals of Internal Medicine 142, S. 932-937.

Bohnsack, Ralf (2001): Typenbildung, Generalisierung und komparative Analyse. Grundprinzipien der dokumentarischen Methode. In: Ralf Bohnsack/Iris Nentwig-Gesemann/Arnd-Michael Nohl (Hrsg.), Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Opladen: Leske + Budrich, S. 225-252.

Bohnsack, Ralf (2003): Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden. Opladen: UTB.

Doolin, Bill (2002): Enterprise Discourse, Professional Identitity and the Organizational Control of Hospital Clinicans. In: Organization Studies 23, S. 369-390.

Foucault, Michel (1988): Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. München: Fischer.

Fox, Renée (1969): Training for Uncertainty. In: Robert K. Merton/George C. Reader/Patricia L. Kendall (Hrsg.), The Student Physician. Intruductory Studies in the Sociology of Medical Education. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, S. 207-241.

Freidson, Eliot (1975): Doctoring Together. A Study of Professional Social Control. New York: Elsevier.

Freidson, Eliot (1979): Der Ärztestand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession. Stuttgart: Enke.

Freidson, Eliot (2001): Professionalism. The Third Logic. Cambridge, Mass.: Polity Press.

Goffman, Erving (1996): Rahmen-Analyse. Ein Versuch über die Organisation von Alltagserfahrungen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Hafferty, Frederic W./Donald W. Light (1995): Professional Dynamics and the Changing Na-

ture of Medical Work. In: Journal of Health and Social Behavior, Extra Issue, S. 132-153.
Jachertz, Norbert (2004): 58. Bayerischer Ärztetag: Bürokratie überwuchert den Arztberuf. In: Deutsches Ärzteblatt 101, S. A 2787.
Kitchener, Martin/Carol A. Caronna/Stephen M. Shortell (2005): From the Doctor's Workshop to the Iron Cage? Evolving Modes of Physician Control in US Health Systems. In: Social Science & Medicine 60, S. 1311-1322.
Kurunmaki, Liisa (1999): Professionals vs. Financial Capital in the Field of Health Care Struggles for the Redistribution of Power and Control. In: Accounting Organizations and Society 24, S. 95-124.
Linczak, Gerald/Almut Tempka/Norbert Haas (2003): Verwaltungsaufwand: Entlastung der knappen Ressource Arzt. In: Deutsches Ärzteblatt 100, S. A 2563-2566.
Lowe, Alan (2001): Casemix Accounting Systems and Medical Coding – Organisational Actors Balanced on "Leaky Black Boxes". In: Journal of Organizational Change Management 14, S. 79-100.
Luhmann, Niklas (1986): Ökologische Kommunikation. Kann die moderne Gesellschaft sich auf ökologische Gefährdungen einstellen? Opladen: Westdeutscher Verlag.
Luhmann, Niklas (2000a): Die Politik der Gesellschaft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
Luhmann, Niklas (2000b): Organisation und Entscheidung. Opladen: Westdeutscher Verlag.
Luhmann, Niklas (2000c): Vertrauen: Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität. Stuttgart: Lucius & Lucius.
Meyer, John W./Brian Rowan (1977): Institutionalized Organizations: Formal Structures as Myth and Ceremony. In: American Journal of Sociology 83, S. 233-263.
Ortmann, Günther (2003): Organisation und Welterschließung. Dekonstruktionen. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
Parsons, Talcott (1958): Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse. In: René König/Margret Tönnesmann (Hrsg.), Probleme der Medizinsoziologie. Sonderheft 3 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, S. 10-57.
Powell, Walter W./Paul J. DiMaggio (Hrsg.) (1991): The New Institutionalism in Organizational Analysis. Chicago: University of Chicago Press.
Power, Michael (1997): The Audit Society. Rituals of Verification. Oxford: Oxford University Press.
Preston, Alistar M. (1992): The Birth of Clinical Accounting: A Study of the Emergence and Transformations on Costs and Practises of Accounting in U.S. Hospitals. In: Accounting, Organizations and Society 17, S. 63-100.
Preston, Alistair M./Wai Fong Chua/Dean Neu (1997): The Diagnosis-related Group-prospective Payment System and the Problem of the Government of Rationing Health Care to the Elderly. In: Accounting, Organizations and Society 22, S. 147-164.
Sajay, Samuel/Mark W. Dirsmith/Barbara McElroy (2005): Monetized Medicine: from Physical to the Fiscal. In: Accounting Organizations and Society 30, S. 249-278.
Scott, W. Richard/Martin Ruef/Peter J. Mendel/Carol R. Caronna (2000): Institutional Change and Healthcare Organizations. From Professional Dominance to Managed Care. Chicago: The University of Chicago Press.
Stichweh, Rudolf (1996): Professionen in einer funktional differenzierten Gesellschaft. In: Arno Combe/Werner Helsper (Hrsg.), Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 49-69.
Strauss, Anselm/Leonard Schatzman/Danuta Ehrlich/Rue Bucher/Melvin Sabshin (1963): The Hospital and Its Negotiated Order. In: Eliot Freidson (Hrsg.), The Hospital in Modern Society. London: Free Press. S. 147-169.
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. In: Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung (ZBBS) 2002, S. 321-346.
Vogd, Werner (2004a): Entscheidung und Karriere – organisationssoziologische Betrachtungen zu den Geschehnissen einer psychosomatischen Abteilung. In: Soziale Welt 55, S. 283-300.
Vogd, Werner (2004b): Ärztliche Entscheidungsfindung im Krankenhaus bei komplexer Fallproblematik im Spannungsfeld von Patienteninteressen und administrativ-organisatorischen Bedingungen. In: Zeitschrift für Soziologie 33, S. 26-47.
Vogd, Werner (2004c): Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität: Eine qualitativ rekonstruktive Studie. Berlin: VWF.
Vogd, Werner (2005a): Systemtheorie und rekonstruktive Sozialforschung. Eine empirische Versöhnung unterschiedlicher theoretischer Perspektiven. Leverkusen: Verlag Barbara Budrich.
Vogd, Werner (2005b): Teilnehmende Beobachtung. In: Sven-Uwe Schmitz/Klaus Schubert

(Hrsg.), Einführung in die Politische Theorie und Methodenlehre. Opladen: Verlag Barbara Budrich, S. 89-109.

Vogd, Werner (2006): Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Eine dokumentarische Evaluation aus Perspektive der ärztlichen Akteure. Bern: Huber Verlag.

Wagner, Gerald (1995): Die Modernisierung der modernen Medizin. Die „epistemiologische Krise" der Intensivmedizin als ein Beispiel reflexiver Verwissenschaftlichung. In: Soziale Welt 46, S. 266-281.

White, Harrison C. (1992): Identity and Control. A Structural Theory of Social Action. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Woolhandler, Steffie/Terry Campbell/David U. Himmelstein (2003): Costs of Health Care Administration in United States and Canada. In: The New England Journal of Medicine 349, S. 768-775.