

Kurzbeitrag

Bewertung von Beruf und Arbeit durch neurologisch tätige Ärzte in der Umstellungsphase der Krankenhausfinanzierung*

1 Hintergrund und Ziel

Die Vergütung von Krankenhausleistungen durch die gesetzlichen Krankenversicherungen, die bisher auf überwiegend tagesgleichen Pflegesätzen beruhte, wird derzeit umgestellt. Durch das neue System der Diagnosis-Related-Groups (DRGs) werden nicht mehr Tagespauschalen, sondern für nahezu alle Krankheitsbereiche Entgelte für den einzelnen Fall erstattet. Diese Preise werden für die Versorgung einer bestimmten Erkrankung unter Berücksichtigung von Krankheitsschwere und Begleitdiagnosen in Zukunft bundeseinheitlich sein. Damit entsteht für die Krankenhäuser ein Anreiz zur Verringerung der Verweildauer und zur Senkung der krankenhauses-internen Fallkosten. Seit 2004 ist das DRG-System nicht mehr optional, sondern für alle deutschen Krankenhäuser verpflichtend.

Nach §17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) konnten sich Krankenhäuser im Jahr 2002 freiwillig für den Umstieg auf das DRG-System in 2003 entscheiden. Ca. 70% wählten diese Möglichkeit. Sie wurde von kleineren Krankenhäusern und solchen aus den neuen Bundesländern in etwas geringerem Umfang genutzt. Bis Dezember 2003 hatte rund die Hälfte aller Krankenhäuser (n= 1.036) ihre Rechnungslegung umgestellt (Offermanns 2003; AOK-Bundesverband 2004).

Seitens des Gesetzgebers war die Entscheidung zur Wahrnehmung der Umstellungsoption u.a. durch einen DRG-Systemzuschlag (§17b Abs 5 KHG) und der Ausnahme von der Nullrunde im Jahr 2003 (12. SGB V Änderungsgesetz) auch ökonomisch stimuliert worden. Auswirkungen aus dem DRG-System selbst dürften sich 2003 nur punktuell und mitunter widersprüchlich eingestellt haben. Dies ist darin be-

gründet, dass das Fallpauschalensystem noch starken Veränderungen unterliegt (Günster/Mansky/Repschläger 2004). So hat sich der Fallpauschalenkatalog bisher mehrfach geändert - zuletzt im Übergang von 2003 zu 2004, wonach nur noch 139 der 664 DRG's gleich geblieben sind (Billing 2004).

Mit der Einführung von DRGs steht nicht nur das Krankenhausmanagement, sondern stehen auch die Beschäftigten vor neuen Herausforderungen (u.a. Schmidt-Rettig 2002, 65-76; Lohmann 2002, 3-12). In Bezug auf das ärztliche Personal wird vielfach erwartet, dass neben den bereits deutlich ausgeweiteten und modifizierten administrativen Aufgaben (DRG-Kodierung, Auskunftsersuchen der Kostenträger) (Blum/Müller 2003) insbesondere die Leistungsprozesse straffer organisiert und neue Organisationsstrukturen (interdisziplinäre Stationen, Kurzliegers-tationen, EDV-Einführung, Patientenpfade – Offermanns 2003; Bollmann 2003) herausgebildet werden.

Der Zeitpunkt der tatsächlichen Umstellung auf die DRG-Abrechnung bedeutet in den meisten Häusern für den ärztlichen Dienst eine einschneidende Veränderung in der medizinischen Dokumentation. So wird nicht mehr nur wie bislang eine Entlassdokumentation als Datensatz nach § 301 SGB V an die Kostenträger weitergereicht, sondern die fallindividuellen Daten werden über eine Grupper-Software einer DRG zugeordnet. Durch diese Grouping-Prozedur werden individuelle Behandlungsverläufe sowohl medizinisch als auch ökonomisch transparent. Obwohl Gremien und Sachverständige wiederholt davor gewarnt haben, DRG-Daten der Systeme G-DRG 1.0 und G-DRG 2004 zur medizinischen und ökonomischen Steuerung oder gar zur Strategieentwicklung zu nutzen, werden vielerorts zumindest Modelle zur Unternehmenssteuerung auf sie gestützt. Dabei besteht die Gefahr, ärztliches Handeln nicht nur nach teilweise zweifelhaften und unplausiblen Kriterien zu beurteilen, sondern Ärzte auch einem ökonomischen Rechtfertigungsdruck auszusetzen, der zu moralisch fragwürdigem Handeln führen kann (Kühn 2003).

* Die vorliegende Studie entstand im Rahmen des Dissertationsvorhabens „Ärztliches Praxiswissen in der akutstationären Schlaganfallversorgung. Eine empirische Untersuchung zu Bedingungen von Kollegen- und Leitlinienkonformität“, das von der Wittgensteiner Kliniken AG großzügig gefördert und von der Deutschen Gesellschaft für Neurologie unterstützt wird. Wir danken allen beteiligten Ärztinnen und Ärzten für die zeitaufwändige, jedoch unerlässliche und wertvolle Unterstützung.

Die dargestellten Veränderungen werden für Mehrbelastungen, geringere Arbeitszufriedenheit und Berufsmotivation verantwortlich gemacht (Hoppe 2002). Tatsächlich scheinen empirische Daten auf ein niedriges oder sich sogar verschlechterndes Niveau der Arbeitsbedingungen (Flintrop 2002; Kaiser 2002; Durst 2003) und eine wachsende Ökonomisierung der Versorgungsprozesse im Krankenhaus (Simon 2001) hinzudeuten. Entsprechende Befunde müssten sich auch in der ärztlichen Wahrnehmung einer negativen Tätigkeitsbewertung und ökonomisch ausgerichteten Anreizen widerspiegeln. Derartige Veränderungen sollten sich ihrerseits wiederum negativ auf das Leistungs- und Innovationsvermögen der Kliniken auswirken, wenn nicht mit Maßnahmen der Organisations- und Personalentwicklung reagiert werden würde (Schleppers 2003).

Mit dem vorliegenden Beitrag wird der Frage nachgegangen, ob sich Ärzte in Kliniken mit früher DRG-Abrechnungsumstellung von anderen Kliniken darin unterscheiden,

- welche Anreize sie subjektiv in ihrer Klinik wahrnehmen,
- wie sie ihre Arbeitssituation erleben,
- wie zufrieden sie mit der derzeitigen Tätigkeit sowie mit ihrem Beruf sind,
- wie sie für den Beruf als Arzt motiviert sind.

2 Methoden

In einer multizentrischen Querschnittserhebung wurden Assistenz- und Oberärzte aus neurologischen Kliniken¹ in mündlichen Einzelinterviews sowie mittels eines Fragebogens im Zeitraum vom November 2002 bis Juli 2003 befragt.

Die Kliniken wurden als regional geschichtete Stichprobe aus dem Verzeichnis der Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2002) gezogen. Die Auswahl erfolgte anhand der Postleitzahlen, wobei ein Radius von ca. 150 Kilometer jeweils um Dresden und Magdeburg zugrunde gelegt wurde (Bundesländer: Sachsen-Anhalt sowie Sachsen, teilweise: Brandenburg, Berlin, Niedersachsen, Thüringen). Ausgeschlossen wurden Kliniken mit bis zu 30 Betten oder fehlender bzw. geringfügiger Schlaganfallbehandlung. Aus Berlin und Hannover wurden jeweils nur zwei Kliniken ausgewählt, um zu vermeiden, dass die Stichprobe die spezifischen Bedingungen von Ballungszentren überproportional abbildet.

Voraussetzung zur Teilnahme einer Klinik an der Erhebung war Freiwilligkeit seitens des Chefarztes und seiner Mitarbeiter, wobei mindestens ein Ober-

arzt und zwei Assistenzärzte beteiligt werden sollten. Die Auswahl dieser Ärzte erfolgte auf Empfehlung des jeweiligen Chefarztes sowie nach zeitlicher Verfügbarkeit am Befragungstag. Als Einschlusskriterien waren vorgegeben: eine mindestens sechsmontatige Klinikzugehörigkeit, die Vollapprobation und die Teilnahme an der Versorgung von Schlaganfallpatienten.

Nach schriftlicher Information und telefonischer Rücksprache erfolgte der Besuch der Klinik durch den Interviewer. Den Teilnehmern war bekannt, dass es sich um eine Untersuchung zur Schlaganfallbehandlung handelt.

Das mündliche Interview mit den Assistenz- und Oberärzten (AÄ, OÄ) umfasste deshalb weitere, hier nicht dargestellte Fragen primär zur Schlaganfallversorgung und dauerte durchschnittlich ca. 50 Minuten. Die Antworten wurden handschriftlich vom Interviewer sowie auf Band aufgezeichnet. Alle Interviews wurden durch denselben Interviewer (U.H.) durchgeführt. Bei Abschluss des mündlichen Interviews erfolgte die Übergabe des Fragebogens mit Bitte um Rücksendung innerhalb von zwei Wochen. Nach Terminüberschreitung erfolgte eine einmalige schriftliche Erinnerung. Den Befragten wurde Anonymität zugesichert, und jeder Befragte erhielt eine Aufwandsentschädigung von 20 Euro. Strukturmerkmale der Klinik und Angaben zum Qualitätsmanagement wurden in einem etwa halbstündigen mündlichen Chefarzt-Interview ermittelt.

Die in diesem Beitrag verwendeten Daten sind Teil einer Untersuchung zum Praxiswissen von Ärzten in der Schlaganfallbehandlung. Die hier relevanten Zielgrößen, die allesamt im Fragebogen erhoben wurden, weist die Tabelle 1 aus.

Die Skala zur Erfassung subjektiv wahrgenommener Anreize folgt in ihrer Logik dem Theorieansatz symbolisch generalisierter Kommunikations- bzw. Steuerungsmedien moderner Gesellschaften, wie sie nach Parsons (1958, 1972) v.a. durch Luhmann (1984, 2000) und Willke (1998) aufgegriffen und modifiziert wurden: Macht, Geld, Wertbindung/Vertrauen, Einfluss und Wissen. Subjektiv wahrgenommene Anreize sind in diesem Sinne nicht allein als Motivatoren (Weinert 1992), sondern vor allem als Spiegelbild interner Steuerungslogik (Baecker 1999) und Identität (vgl. ähnliche Skala von Stern (1996) sowie Bestandteil der Organisationskultur (Schein 1985; Simon/Kühn 1998) zu verstehen. In der Skala wurden das Steuerungsmedium „Macht“ auf Itemebene in „formale Regelungen“ und „persönliche Anweisungen“ unterteilt.

¹ Die untersuchten neurologischen Abteilungen bzw. neurologischen Kliniken von Krankenhäusern und Kliniken werden nachfolgend einheitlich als „Klinik“ bzw. „Einrichtung“ bezeichnet.

Tab. 1: Übersicht über Merkmale, Items und Erhebungsinstrumente

| Merkmal (Instrument) | Items (Kurzfassungen) | Skala, Ausprägungen |
|---|--|--|
| subjektiv wahrgenommene Anreize (Fragebogen, Eigenentwicklung) | Frage: "Worauf kommt es in Ihrer Abteilung an, wenn die eigene Arbeit positiv bewertet werden soll?"; 7 Items: <ul style="list-style-type: none"> - Patientenorientierung: "sich um den Patienten über das Notwendige hinaus kümmern", - Teamorientierung: "gute Zusammenarbeit mit ärztlichen Kollegen und Pflegekräften", - Wirtschaftlichkeitsorientierung: "Abwägung von Nutzen und Kosten und Vermeidung teurer Maßnahmen", - vertikale Koordination: "Abstimmung nicht-routine-mäßiger Entscheidungen mit dem Vorgesetzten", - Fachlichkeit: "ständig fachliche Fortbildung auf höchstem Niveau", - Einhaltung formaler Regeln, - Befolgung persönlicher Anweisungen des Vorgesetzten | Likert-Skala, 5 Ausprägungen (1 - "völlig richtig" ... 5 - "völlig falsch") |
| Arbeitsituation (Fragebogen: modifizierte Subjektive Arbeitsanalyse - SAA - nach (Udriš/ Alioth 1980, 204-207)) | 17 Items aus folgenden 5 Dimensionen: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Handlungsspielraum</i>, 4 Items: "Selbstbestimmtheit des Arbeitstempos", "genaue Vorschriften zu Arbeitsinhalten", "starke Beaufsichtigung und Kontrolle", "Möglichkeit zur selbständigen Arbeitseinteilung" - <i>Verantwortung</i>, 3 Items: "andere leiden, wenn Arbeit nicht richtig gemacht", "man hat bei dieser Arbeit Verantwortung", "diese Arbeit trägt dazu bei, dass es rund läuft in der Abteilung" - <i>Transparenz</i>, 3 Items: "man sieht, was mit Arbeitsergebnissen passiert", "man weiß, wie die Arbeit in der Abteilung abläuft", "man weiß Bescheid, was die Kollegen tun" - <i>Arbeitsbelastung</i>, 3 Items: "man muss sich sehr beeilen", "viele kann man nicht bewältigen", "für vieles zu wenig ausgebildet und vorbereitet" - <i>Qualifikation</i> 3 Items: "tun können, was man am besten kann", "alle Fähigkeiten und Kenntnisse einsetzen können", "was man bei dieser Arbeit gelernt hat, kann man immer wieder gebrauchen" | Likert-Skala, 5 Ausprägungen (1 - "stimmt überhaupt nicht" ... 5 - "stimmt auf jeden Fall") Skalenwert als Summenindex (nach Invertierung negativ gepolter Items): hohe Werte bedeuten positive Arbeitssituation |
| Berufszufriedenheit (Fragebogen: Eigenentwicklung) | 1 Item: "Wie gern üben Sie Ihren Beruf aus?" | Likert-Skala, 10 Ausprägungen (1 - "sehr gern" ... 10 - "sehr ungern") |
| Tätigkeitszufriedenheit (Fragebogen: Eigenentwicklung) | 1 Item: "Wie gern üben Sie Ihre derzeitige Tätigkeit aus?" | Likert-Skala, 10 Ausprägungen (1 - "sehr gern" ... 10 - "sehr ungern") |
| Berufsmotivation (Fragebogen: Eigenentwicklung) | - 18 Items, "Welche der folgenden Gründe sind dafür ausschlaggebend, dass Sie in Ihrem Beruf als Ärztin/ Arzt arbeiten?" faktoranalytische Dimensionen: <ul style="list-style-type: none"> - <i>intrinsische Motivation</i>, 4 Items: "anderen Menschen helfen", Einfluss auf das Leben anderer nehmen können", "gesellschaftlich nützlicher Beruf", "Dankbarkeit anderer Menschen" - <i>langfristige extrinsische Motivation</i>, 4 Items: "Beruf mit Zukunft", "gesichertes Einkommen", "gute Arbeitsbedingungen", "Möglichkeit des beruflichen Aufstieges" - <i>technologische Motivation</i>, 3 Items: "überzeugt von den Fortschritten der Medizin", "Freude am Umgang mit moderner Technik", "Möglichkeit, neue Behandlungsmethoden kennenzulernen" - <i>kurzfristige extrinsische Motivation</i>, 2 Items: "gutes Einkommen", "andere Menschen kennen lernen" - <i>prestigeorientierte Motivation</i>, 2 Items: "Beruf wird anerkannt und geachtet", "Schicksal anderer hängt von meiner Arbeit ab" - <i>selbstverwirklichungsorientierte Motivation</i>, 3 Items: "Beruf lässt genügend Freizeit für Privates, "mit den Kollegen gut zusammenarbeiten zu können", "Möglichkeit, ständig etwas hinzulernen" | Likert-Skala, 5 Ausprägungen (1 - "stimmt gar nicht" ... 5 - "stimmt genau") Skalenwert als Summenindex: Hohe Werte bedeuten positive Berufsmotivation |

Die mehrdimensionale Skala zur Erfassung der Arbeitssituation stellt die modifizierte und gekürzte Fassung eines umfassend eingesetzten Analyseinstruments dar (Udris/Alioth 1980; Schüpbach 1995; Frei 1996). Aus Praktikabilitätsgründen wurden dem 50 Items umfassenden Originalfragebogen diejenigen 17 Items entnommen, mit denen am besten die Arbeitssituation im Krankenhaus abgebildet werden kann. Auf die Dimension „soziale Struktur“ wurde völlig verzichtet, weil sie durch andere Items im Fragebogen erfasst wurde.

Das vielschichtige Konstrukt der Arbeitszufriedenheit (Neuberger 1992) wurde als Zufriedenheit mit dem Beruf und der Tätigkeit (i.S. der Arbeitssituation) operationalisiert. Dabei ist die globale Berufs- und Tätigkeitszufriedenheit im Zusammenhang untereinander sowie im Kontext zu der Berufs- bzw. Arbeitsmotivation zu interpretieren (Semmer/Udris 1995).

Die Skala zur Berufsmotivation ist keine Motivationsskala im engeren Sinn, sondern umfasst wesentliche Facetten der Einstellungen zum Beruf als relativ zeitstabile Handlungsdispositionen (Brandstätter 1995). Mit der hier eingesetzten Skala wird nicht die Motivation zur Berufswahl (wie z.B. bei Stern 1996), sondern zur Berufsausübung aus gegenwärtiger Perspektive i.S. einer berufsbezogenen Arbeitsmotivation (Six/Kleinbeck 1989) erfragt.

Nach einer Deskription der Merkmale wurden bivariate Zusammenhänge sowie Unterschiede bezüglich weiterer Arzt- und Klinikmerkmale (Tabellen 2, 3) ausgewertet. Anschließend wurde für jede Zielgröße jeweils ein Regressionsmodell berechnet, um die wechselseitigen Effekte der Einflussgrößen zu berücksichtigen. Für die sieben Items der subjektiv wahrgenommenen Anreize wurden ordinale Regressionen unter Berücksichtigung hoher Zustimmungswerte (negativ log-log-Modell, nur Haupteffekte) durchgeführt. Alle anderen Zielgrößen wurden als abhängige Variable in lineare Modelle aufgenommen (Methode Einschluss). Da der Kliniktyp mit der Mitarbeiterzahl eng zusammenhängt, wurde in allen Modellen nur die Mitarbeiterzahl als Kovariate berücksichtigt. Aufgrund der geringen bivariaten Zusammenhänge des Geschlechts mit den Zielgrößen wurde das Geschlecht als Prädiktor nicht berücksichtigt.

Nichtparametrische Tests wurden für nicht-metrische und nicht-normalverteilte Variablen durchgeführt. Sofern nicht anders vermerkt, wurden alle Tests für unabhängige Stichproben und zweiseitig

auf dem 5-Prozent-Niveau durchgeführt. Korrelationen wurden nach Pearson oder Spearman je nach Skalenniveau berechnet, ohne dass dies jeweils nachfolgend ausgewiesen wird. Als Post-hoc-Tests in Varianzanalysen kamen der Scheffé- bzw. Dunnett-T3-Test zum Einsatz. Zur statistischen Auswertung wurde die Software SPSS 11.0.1 eingesetzt.

3 Ergebnisse

3.1 Stichprobe

Nach regionaler Auswahl kamen 67 neurologische Kliniken an Krankenhäusern unterschiedlichen Typs bzw. verschiedener Versorgungsstufen in Frage, von denen 11 wegen zu geringer Bettenzahl bzw. fehlender Schlaganfallbehandlung sowie 12 aufgrund ihrer Ansiedlung im Raum Berlin oder Hannover bewusst ausgeschlossen wurden. Von den verbleibenden angeschriebenen 44 Einrichtungen haben 13 die Teilnahme – meist aus Kapazitätsgründen – abgelehnt, in einer Klinik musste die Befragung aufgrund mangelnder Vorbereitung abgebrochen werden. Letztlich wurden 30 Kliniken einbezogen (Ausschöpfungsquote: 68,2 Prozent). An den mündlichen Interviews nahmen 99 Ärzte, an der schriftlichen Befragung 95 Ärzte teil. Damit wurde durchschnittlich etwa jeder Dritte ärztliche Mitarbeiter der teilnehmenden Kliniken befragt.

Aus Tabelle 2 gehen studienrelevante Merkmale der untersuchten Kliniken hervor, die mit einer Strukturhebung der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) verglichen werden. In der Stichprobe sind

Tab. 2: Ausgewählte Merkmale der Klinikstichprobe im Vergleich zu einer bundesdeutschen Stichprobe

| Merkmale | Bundesgebiet | Stichprobe ¹ |
|---|----------------------|-------------------------|
| Krankhaustyp (n, %) ² | Universitätskliniken | 32 (16,6) |
| | Allgemeinkrankenhaus | 136 (70,5) |
| | Fachkrankenhaus | 39 (20,2) |
| Klinikgröße nach Betten (Mittelwert, SD) | 49,1 (18,1) | 50,5 + 16,3 |
| Klinikgrößen nach Patienten (Fallzahl) (Mittelwert, SD) ⁴ | 1615,8 (703,9) | 1492,1 + 629,1 |
| Klinikgröße nach Anzahl ärztlicher Mitarbeiter (incl. AiP) (Mittelwert, SD) | 11,6 (7,8) | 10,9 + 3,9 |
| Region (n, %) ³ | Alte Bundesländer | 203 (72,0) |
| | Neue Bundesländer | 79 (18,0) |
| Trägerschaft (n, %) ³ | öffentlich | 723 (38,0) |
| | privat | 458 (24,0) |
| | freigemeinnützig | 804 (42,2) |
| DRG-Umstieg (n, %) ⁴ | nein | 20 (66,6) |
| | ja | 10 (33,3) |

Prozentangaben beziehen sich auf den Anteil in der Grundgesamtheit (Bundesgebiet) bzw. in der Stichprobe
¹ Angaben der befragten Chefarzte; Bezugsjahr: 2002; fehlende Angaben für 2 Kliniken
² nur Krankenhäuser mit neurologischen Abteilungen; Angaben für Krankhaustyp und Klinikgröße aus: DGN-Strukturhebung (Walesch 2002, 304-309); Angaben zur Region aus: (Manwart 2002, 166-170), jeweils Bezugsjahr: 2000
³ Bundesgebiet: nur allgemeine Krankenhäuser; Bezugsjahr: 2001 (Statistisches Bundesamt Gesundheitswesen 2003)
⁴ Krankenhäuser, die bis zum 3. Monat nach der Befragung ihre Rechnungslegung umgestellt hatten (AOK-Bundesverbände 2004)

Allgemeinkrankenhäuser leicht unterrepräsentiert und Fachkliniken leicht überrepräsentiert vertreten, was überwiegend auf die regionale Rekrutierung zurückzuführen ist.

Bei den einbezogenen Einrichtungen handelt es sich überwiegend um öffentliche Häuser aus den neuen Bundesländern. In sechs Kliniken hat nach 1999 ein Trägerwechsel stattgefunden, wobei in drei Fällen nicht nur die Rechtsform, sondern auch die Eigentümerschaft gewechselt hat.

Der DRG-Umstieg hängt statistisch nicht bedeutend mit der Trägerschaft, regionalen Zugehörigkeit, dem Krankentyp oder der Größe der Einrichtung zusammen.

In Tabelle 3 sind die soziodemographischen, qualifikatorischen und arbeitseinsatzbezogenen Merkmale der Befragten ausgewiesen. Man erkennt, dass es sich – aufgrund der Einschlusskriterien – um eher höher qualifizierte Ärzte handelt.

Befragte aus Abteilungen bzw. Kliniken, deren Häuser bereits mit DRG abrechneten bzw. die Umstellung innerhalb der auf die Befragung nächsten drei Monate vollzogen (DRG-Kliniken), unterscheiden

3.2 Subjektiv wahrgenommene Anreize

Mit sieben Merkmalen zu subjektiv wahrgenommenen Anreizen wurde erfasst, wodurch aus Sicht der Befragten eine positive Bewertung ihrer Arbeit in der jeweiligen Klinik bewirkt wird.

Am wichtigsten für eine positive Arbeitsbewertung ist, ständig auf dem neuesten fachlichen Stand zu sein und sich im Team abzustimmen. Am wenigsten wichtig erscheint den Befragten, sich an formale Regeln zu halten sowie wirtschaftliche Entscheidungen zu treffen. Je mehr die Einhaltung persönlicher Anweisungen für wichtig gehalten wird, um so eher wird auch die Einhaltung formaler Regeln als bedeutsam angesehen ($r=0,674$). Weitere Zusammenhänge mittlerer Stärke ergeben sich zwischen Patientenorientierung und Teamabstimmung ($r=0,479$) und Fachlichkeit ($r=0,429$) (alle $p=0,000$).

Nach Alter, Geschlecht, Facharztabschluss, Trägerschaft, Dauer der Klinikzugehörigkeit sowie vertikaler und horizontaler Position zeigen sich keine unterschiedlichen Wahrnehmungen der klinikinternen Anreize. Statistisch bedeutsame Differenzen zwischen den einzelnen Kliniken treten lediglich beim Item „Einhaltung persönlicher Anweisungen“, tendenziell auch hinsichtlich der „Einhaltung formaler Regeln“ auf.

Befragte aus den sieben Kliniken in den neuen Bundesländern nehmen lediglich Anreize für wirtschaftliches Verhalten stärker wahr als ihre westdeutschen Kollegen; alle anderen Anreize werden ähnlich wahrgenommen.

In kleineren Kliniken nehmen die Befragten mehr Anreize zur Teamabstimmung und zu Wirtschaftlichkeitsüberlegungen wahr als ihre Kollegen aus größeren Kliniken.

Befragte aus Kliniken mit und ohne DRG-Rechnungsumstellung unterscheiden sich in keinem der sieben Items signifikant voneinander (Tabelle 4).

Zwei der sieben Regressionsmodelle weisen signifikante, voneinander unabhängige Einflüsse der Prädiktoren auf folgende Kriterien aus:

- Anreize zur Wirtschaftlichkeit (Varianzaufklärung nach Nagelkerke 23,3%): Je älter die Befragten sind und je mehr ärztliche Kollegen in der Klinik bzw. Abteilung tätig sind, umso weniger werden wirtschaftliche Anreize wahrgenommen.

Tab. 3: Ausgewählte Merkmale der Arztstichprobe

| Merkmale | | Anzahl |
|--|--------------------------------------|------------|
| Geschlecht (weiblich n, %) | | 36 (36,4) |
| Alter (Jahre) (Mittelwert; SD) | | 35,5 + 4,9 |
| Facharztabschluss (n, %) | | 49 (49,5) |
| Facharztzrichtung (Neurologie n, %) | | 94 (94,9) |
| Beschäftigungsverhältnisse in anderen Krankenhäusern bisher (n, %) | keine vorherige Beschäftigung | 9 (9,6) |
| | ein bis zwei | 48 (51,1) |
| | mehr als zwei | 37 (39,4) |
| Dauer der Klinikzugehörigkeit (Jahre) (Mittelwert; SD) | | 5,3 + 4,1 |
| Beschäftigungsstatus (vollzeitbeschäftigt n, %) | | 96 (97,0) |
| vertikale Stellung (Assistenzarzt n, %) | | 61 (61,6) |
| horizontale Stellung (Tätigkeitsbereich) ² (n, %) | Normalstation | 67 (67,7) |
| | Stroke Unit/Intensivstation | 20 (20,2) |
| | Neurophysiologie/Funktionsdiagnostik | 7 (7,1) |
| | weitere | 5 (5,1) |

Quelle: eigene Erhebung

1 unabhängig vom Facharztabschluss; bei Mehrfachabschlüssen wurde nur der Erstabschluss berücksichtigt

2 ohne derzeitiges Beschäftigungsverhältnis; Angaben aus schriftlicher Befragung (N= 94; 1 fehlender Wert)

3 überwiegende Tätigkeit zum Befragungszeitpunkt nach Angaben der Befragten

4 von den Befragten geschätzte Anzahl; nur Patienten im Stationsbetrieb (ohne Notaufnahme, Konsile, ...)

sich statistisch nicht bedeutsam von Befragten aus Kliniken ohne DRG-Optierung hinsichtlich: Alter, Geschlecht, vertikaler Stellung, Dauer der Klinikzugehörigkeit und Facharztabschluss. Der Anteil von Befragten auf Normalstation ist in DRG-Kliniken statistisch signifikant höher (86,2 Prozent) als in Nicht-DRG-Kliniken (60,9 Prozent).

- Anreize zur Einhaltung formaler Regeln (Varianzaufklärung nach Nagelkerke 18,3%): Je länger die Klinikzugehörigkeit, umso wichtiger wird die Einhaltung formaler Regeln als Arbeitsbewertungskriterium wahrgenommen.

3.3 Arbeitssituation

Die Arbeitssituation (Subjektive Arbeitsanalyse; SAA) beinhaltet subjektiv bewertete Aspekte der Arbeit, die sich arbeitswissenschaftlich als bedeutsam für die Arbeitszufriedenheit und -motivation sowie für die Persönlichkeits- und Gesundheitsförderlichkeit erwiesen haben.

In den Subskalen werden folgende interne Konsistenzen (Cronbachs Alpha) erreicht: Handlungsspielraum (0,790), Verantwortung (0,595), Qualifikation (0,569), Belastung (0,698), Transparenz (0,645). Es bestehen schwache Zusammenhänge zwischen Handlungsspielraum und Qualifikation ($r=0,403$), Transparenz und Qualifikation ($r=0,400$), Handlungsspielraum und Arbeitsbelastung ($r=0,396$), Handlungsspielraum und Verantwortung ($r=0,379$) sowie Handlungsspielraum und Transparenz ($r=0,368$) (alle $p=0,000$).

In größeren Kliniken werden Transparenz, Verantwortung und Qualifikationsförderlichkeit negativer als in kleineren Kliniken beurteilt. In den Kliniken aus den neuen Bundesländern werden verantwortungsvollere und qualifikationsförderlichere Arbeitsbedingungen wahrgenommen als in den westdeutschen Einrichtungen.

Nach Trägerschaft bzw. Eigentumsformen sind keine Unterschiede in den SAA-Dimensionen festzustellen. Befragte aus DRG- und Nicht-DRG-Kliniken unterscheiden sich allein in der Dimension „Handlungsspielraum“ statistisch signifikant; dieser wird in DRG leicht höher bewertet (Tabelle 4).

Bezüglich der Arztmerkmale waren folgende signifikanten Unterschiede zu erkennen: Ärztinnen halten ihre Arbeit im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen für weniger verantwortungsvoll. Dies gilt auch für Ärzte ohne Facharztabschluss gegenüber Fachärzten. Eine statistisch signifikant geringere Qualifikationsförderlichkeit und eine deutlich geringere Verantwortlichkeit weisen auch Assistenz- gegenüber Oberärzten aus. Befragte unterscheiden sich nicht

in der Einschätzung ihrer Arbeitssituation nach horizontaler Stellung und Alter.

Die Bewertung der Arbeitssituation korrespondiert nur schwach mit den subjektiven Anreizen. Der hierbei stärkste Zusammenhang besteht darin, dass Befragte ihre Arbeitssituation umso positiver bewerten, je mehr sie Anreize zur Teamabstimmung wahrnehmen ($r=0,338$; $p=0,001$).

In linearen Regressionsmodellen werden folgende SAA-Zielgrößen durch die oben genannten Prädiktoren erklärt:

- Handlungsspielraum (Varianzaufklärung: 24,2%): Der Handlungsspielraum wird in den

Tab. 4: Übersicht über Unterschiede nach DRG-Optimierung

| Merkmale | Kliniken in Häusern ohne DRG-Abrechnung ¹ | Kliniken in Häusern mit DRG-Abrechnung ¹ | Test auf Unterschiede |
|--|--|---|--------------------------------|
| Subjektiv wahrgenommene Anreize (Einzelitems) | keine Rangunterschiede signifikant verschieden | | Mann-Whitney-U-Test |
| Arbeitssituation - Subdimension "Handlungsspielraum" | 16,25 ± 2,91 | 17,67 ± 2,21 | t-Test: $t=-2,446$; $p=0,016$ |
| Arbeitssituation - Subdimension "Transparenz" | 11,59 ± 1,38 | 11,51 ± 1,37 | t-Test: $t=0,252$; $p=0,802$ |
| Arbeitssituation - Subdimension "Verantwortung" | 12,98 ± 1,36 | 12,81 ± 1,21 | t-Test: $t=0,584$; $p=0,560$ |
| Arbeitssituation - Subdimension "Qualifikationsförderlichkeit" | 11,11 ± 1,76 | 11,21 ± 1,34 | t-Test: $t=-0,277$; $p=0,783$ |
| Arbeitssituation - Subdimension "Belastung" | 8,23 ± 1,96 | 8,61 ± 1,60 | t-Test: $t=-0,945$; $p=0,347$ |
| Tätigkeitszufriedenheit | 2,89 (1,83) | 2,59 (1,27) | t-Test: $t=0,817$; $p=0,416$ |
| Berufszufriedenheit | 2,24 (1,47) | 2,28 (0,92) | t-Test: $t=-0,113$; $p=0,910$ |
| Berufsmotivation (6 Subdimensionen) | keine Mittelwertunterschiede signifikant verschieden | | t-Test |

¹ Mittelwert, SD
Quelle: eigene Berechnungen

neuen Bundesländern als höher wahrgenommen als in Kliniken der Altbundesländer ($\text{Beta}=0,191$) und umso niedriger wahrgenommen, je mehr ärztliche Kollegen in der Klinik arbeiten ($\text{Beta}=-0,241$).

- Transparenz (Varianzaufklärung: 7,3%): In kleineren Kliniken (wenige ärztliche Kollegen) wird Transparenz eher wahrgenommen als in größeren Kliniken ($\text{Beta}=-0,376$).
- Verantwortung (Varianzaufklärung: 16,4%): Verantwortung in der Arbeit wird in Kliniken mit weniger Ärzten stärker wahrgenommen als in größeren Kliniken ($\text{Beta}=-0,425$).

3.4 Tätigkeitszufriedenheit

Die Befragten sollten ein globales Urteil über die Zufriedenheit mit ihrer gegenwärtigen Arbeitstätigkeit abgeben. Der Mittelwert der Gesamtstichprobe

deutet mit 2,80 (SD= 1,68) bei einer theoretischen Spannweite von 1 bis 10 auf eine hohe Tätigkeitszufriedenheit hin.

Interessanterweise bestehen keine Zusammenhänge bzw. Unterschiede hinsichtlich Alter, Geschlecht, Klinikzugehörigkeitsdauer, vertikaler sowie horizontaler Stellung. Ärzte in Weiterbildung sind tendenziell unzufriedener als Ärzte mit Facharztabschluss (nicht signifikant).

Nach Krankenhausstyp, Neue-Alte-Bundesländer-Zugehörigkeit und Trägerform ergeben sich keine statistisch bedeutsamen Tätigkeitszufriedenheitsdifferenzen. Dagegen sind Ärzte aus größeren Kliniken tendenziell weniger mit ihrem Beruf zufrieden als Befragte aus kleineren Kliniken. Die Dauer der Klinikzugehörigkeit trägt nicht zur Varianz der Tätigkeitszufriedenheit bei. Gleiches gilt auch für den Vergleich der Befragten nach DRG- und Nicht-DRG-Kliniken (Tabelle 4). Im linearen Regressionsmodell lässt sich die Tätigkeitszufriedenheit nicht mit den Prädiktoren vorhersagen.

3.5 Berufszufriedenheit

Auch zur Berufszufriedenheit war ein globales Urteil auf einer 10stufigen Likert-Skala abzugeben, welches bei einem Mittel der Gesamtstichprobe von 2,25 (SD= 1,32) noch positiver ausfällt als das zur Tätigkeitszufriedenheit. Beide Zufriedenheitsmaße hängen in mittlerer Stärke ($r = 0,628$; $p = 0,000$) erwartungsgemäß miteinander zusammen. Ebenfalls wie erwartet hängt die Tätigkeitszufriedenheit stärker als die Berufszufriedenheit mit der Arbeitssituation zusammen ($r = 0,525$; $p = 0,000$ und $r = 0,302$; $p = 0,003$). Berufs- und Tätigkeitszufriedenheit korrespondieren nicht statistisch bedeutsam mit den subjektiv wahrgenommenen Anreizen. Ebenso bestehen keine Zusammenhänge bzw. Unterschiede bezüglich des Alters, des Geschlechts, des Facharztabschlusses, der Klinikzugehörigkeitsdauer sowie der vertikalen und horizontalen Stellung.

Die Berufszufriedenheit unterscheidet sich nicht nach Krankenhausstyp, neuen und alten Bundesländern und Trägerformen. In größeren Kliniken sind die Befragten mit ihrer derzeitigen Tätigkeit tendenziell (nicht signifikant) unzufriedener als ihre Kollegen in kleineren Kliniken. Es treten weder Klinikunterschiede noch Klinikgruppenunterschiede nach DRG-Einführung auf.

Im linearen Regressionsmodell lässt sich die Berufszufriedenheit nicht mit den Prädiktoren vorhersagen.

3.6 Berufsmotivation

Für die Berufsausübung am wichtigsten ist den Befragten von 18 Items (1.) die Möglichkeit, stän-

dig etwas hinzulernen zu können, (2.) mit den Kollegen gut zusammenarbeiten zu können und (3.) anderen Menschen helfen zu können. Folgende Gründe sind am wenigsten dafür ausschlaggebend, dass die Befragten in ihrem Beruf als Arzt arbeiten: (16.) die Möglichkeit, höhere berufliche Positionen als bisher erreichen zu können, (17.) sichere und gute Arbeitsbedingungen, (18.) ausreichend Freizeit.

Die Berufsmotivation ist, ähnlich wie die Arbeitssituation, ein mehrdimensionales Konstrukt, welches sich jedoch nach Prüfung der internen Konsistenz (Cronbach's Alpha= 0,782) als Summenindex abbilden lässt. Das empirische Gesamtskalenmittel liegt bei 62,31 (SD= 6,96) innerhalb einer theoretischen Spannweite von 18 bis 90. Faktorenanalytisch (Varimax-Rotation, Eigenwerte über 1) ergeben sich sechs Dimensionen der Berufsmotivation (Tabelle 1).

Jüngere Ärzte weisen gegenüber älteren Ärzten eine leicht geringere Motivation im Gesamtscore aus. Die Dimension „technologische Motivation“ ist bei Fachärzten stärker als bei Nicht-Fachärzten ausgeprägt. Keine Motivationsunterschiede ergeben sich nach Geschlecht.

Während die Berufsmotivation nach Kliniken nicht signifikant differiert, weisen Ärzte aus größeren Kliniken gegenüber Ärzten aus kleineren Kliniken eine geringere Motivation auf. Hierzu trägt insbesondere die geringere Selbstentfaltungsmotivation (Items: kollegiale Kooperation, Lernmöglichkeit, ausreichend Freizeit) der Ärzte in größeren Kliniken bei. Ärzte in freigemeinnützigen Häusern sind weniger prestigeorientiert motiviert als ihre Kollegen in privaten Häusern.

Interessant ist, dass die Berufsmotivation mit der Tätigkeitszufriedenheit schwach ($r = 0,256$, $p = 0,013$) und mit der Berufszufriedenheit nicht ($r = -0,092$; $p = 0,380$) korreliert.

Für folgende Zielgrößen der Berufsmotivation ergeben sich im linearen Regressionsmodell signifikante Prädiktionen:

- Gesamtscore (Varianzaufklärung: 24,4%): Je höher die Dauer der Klinikzugehörigkeit (Beta= -0,425) und je geringer die Anzahl ärztlicher Kollegen (Beta= 0,280), umso höher ist die Berufsmotivation.
- intrinsische Motivation (Varianzaufklärung: 3,5%; Gesamtmodell nicht signifikant): Je höher die Dauer der Klinikzugehörigkeit, umso höher die intrinsische Motivation (Beta= 0,314).
- selbstverwirklichungsorientierte Motivation (Varianzaufklärung: 6,8%): Je mehr ärztliche Kollegen, umso geringer die selbstverwirklichungsorientierte Motivation (Beta= -0,442).

4 Diskussion und Schlussfolgerungen

Aus der Empirie zeigt sich keinerlei Hinweis darauf, dass sich Ärzte in Häusern mit und ohne bzw. späterer Umstellung der Rechnungslegung auf das DRG-System hinsichtlich der wahrgenommenen Anreize, der Arbeitssituationsbewertung (Ausnahme der SAA-Subdimension „Handlungsspielraum“), der Tätigkeits- und Berufszufriedenheit oder Berufsmotivation unterscheiden (Tabelle 4). Hingegen erweisen sich andere Klinik- und Arztmerkmale als bedeutsam; insbesondere hängen die Klinikgröße (Anzahl ärztlicher Mitarbeiter) mit der Berufsmotivation und der Einschätzung der Arbeitssituation und Anreize zusammen.

Die weitgehend fehlenden Unterschiede bezüglich der DRG-Einführung lassen sich nach unserer Ansicht primär mit vier Faktoren erklären:

Erstens mussten in Bezug auf die DRG-Einführung in allen Kliniken Aktivitäten auf operativer Ebene entfaltet werden, die relativ unabhängig vom Zeitpunkt der Umstellung der Rechnungslegung in allen Häusern realisiert wurden bzw. werden konnten (z.B. Veränderung der Dokumentation, EDV-Erfassung, Kodierung) (Fiehn/ Schinnenburg 2004). Die Entscheidung über die Rechnungsumstellung war zwar möglicherweise mit internen Innovationsaktivitäten, jedoch nicht notwendig mit tatsächlich veränderten ökonomischen Anreizen verbunden. Außerdem war oftmals empirisch zu beobachten, dass Kliniken einzelne Mitarbeiter mit bestimmten Aufgaben der DRG-Einführung betraut hatten („DRG-Beauftragte“), ohne die gesamte Belegschaft zu integrieren.

Zweitens gingen bisher von der Einführung der DRGs widersprüchliche Anreize auf die Entscheidungsfindung über die Zusammensetzung der Fälle nach Krankheitsbildern (Case-Mix) und Verweildauer aus. Viele Kliniken reagierten diesbezüglich mit abwartenden Strategien, um nicht ständig neue Anpassungsleistungen erbringen zu müssen, die im Zeitverlauf korrigiert werden müssen.

Drittens fanden und finden im Krankenhaussektor Veränderungsprozesse statt, die die DRG-Einführung überlagern. Dies betrifft auf nationaler Ebene u.a. die Neuregelung des Arbeitszeitregimes, der Umgang mit dem Mangel an v.a. qualifizierten Ärzten sowie Ärzten in ländlichen Regionen (Fiehn/ Schinnenburg 2004; Flintrop 2003) sowie die gesetzlichen Regelungen wie z.B. Budgetbegrenzungen („Nullrunde“) oder größere Gestaltungsmöglichkeiten bei der Teilnahme an der ambulanten oder integrierten Versorgung. Entscheidend für die Auswirkungen auf das ärztliche Handeln dürfte jedoch sein, wie einerseits die Krankenhausleitungen mit den oben genannten Rahmenbedingungen umgehen (Simon 2001) und

andererseits welche regionalen und klinikspezifischen Veränderungsprozesse zusätzlich realisiert werden (z.B. Änderung der Trägerschaft, Fusionen, veränderte Kooperationen, Einführung leistungsorientierter Vergütungen, Verhandlungen mit den Krankenkassen etc.) (Heumann 2003, 353-355).

Viertens stellten sich andere Klinik- und Arzteigenschaften als relevant für die Zielgrößen heraus. Dies betrifft u.a. den interessanten Zusammenhang zwischen Klinikgröße (Arztzahl) und Berufs- und Tätigkeitszufriedenheit; er könnte auf Managementprobleme in größeren Kliniken hindeuten, die – bei einer günstigeren Personal-Patienten-Relation – stärker funktional differenzierter und hierarchischer gegliedert sind und Aufgaben außerhalb der Patientenversorgung (Lehre, Forschung) ausüben. Der als wichtig erachtete Aspekt des kollegialen Austausches und patientenbezogener Informationsflüsse sind in größeren Kliniken offenbar weniger zufriedenstellend gewährleistet als in kleineren Abteilungen.

Die genannten Gründe für fehlende Unterschiede zwischen Kliniken mit und ohne DRG-Einführung lassen allerdings keineswegs den Schluss darauf zu, dass der DRG-Umstieg keinen Einfluss auf die genannten Zielgrößen hat. Einerseits liegen keine Längsschnittdaten vor. So ist beispielsweise nicht ausgeschlossen, dass solche Krankenhäuser früh optiert haben, die zunächst zufriedeneren Mitarbeiter als Nicht-DRG-Kliniken aufwiesen. Die DRG-Einführung würde dann dazu beigetragen haben, dass die Motivation in DRG-Kliniken auf das Niveau in Nicht-DRG-Häusern sinkt. Jedoch gibt es hierfür weder aus praktischen Erfahrungen noch aus der Literatur empirische Hinweise. Andererseits handelt es sich bei den Zielgrößen um in die Organisationskultur sowie in individuelle Handlungsdispositionen eingelassene Muster wechselseitiger Erwartungen und Kommunikationsroutinen, die relativ zeitstabil sind (Schein 1985; Pfaff 1997, 323-342). Sie ändern sich im Vergleich zu anderen Veränderungen (z.B. Erlössituation, Kooperationsbeziehungen, klinische Pfade) dann also zeitverzögert und vermutlich nicht nur ins Negative.

Die in der Stichprobe hohe Arbeits- und Tätigkeitszufriedenheit im Vergleich zu anderen Untersuchungen (Flintrop 2002; Kaiser 2002; Stern 1996; Rohde/ Wellmann/ Bestmann 2004) kann zurückzuführen sein auf a) eine starke Selektion unzufriedener Mitarbeiter in anderen Befragungen, bei denen Fragebögen versandt wurden, b) den überproportionalen Anteil von Oberärzten bzw. höher qualifizierten Ärzten sowie den Ausschluss von Ärzten im Praktikum in der vorliegenden Stichprobe, c) den überproportionalen Anteil von Ärzten aus den neuen Bundesländern in der vorliegenden Stichprobe, die ihre Arbeitssituation

möglicherweise gegenüber ihren westdeutschen Kollegen deshalb besser wahrnehmen, weil hier Personalentwicklung im ärztlichen Dienst intensiver als in den alten Bundesländern betrieben wird. Inwiefern die Beschränkung der Stichprobe auf neurologisch tätige Ärzte mit Tätigkeit in der Schlaganfallversorgung Einfluss auf die Zufriedenheitswerte hat, kann nicht aus anderen Untersuchungen geschlussfolgert werden.

Die vorliegende Studie ist durch einige Eigenschaften limitiert. Sicher führen die geringe Stichprobengröße und die Auswahl allein neurologischer Kliniken zu eingeschränkter Repräsentativität. Diese Limitierung wird allerdings zum Teil durch die Art des Stichprobenverfahrens aufgewogen: Der den Befragten bekannte Untersuchungszweck orientierte sich auf die Schlaganfallversorgung, so dass sozial erwünschtes Antworten reduziert worden sein dürfte. Weiterhin bestand ein 95-prozentiger Rücklauf der Fragebögen, was selektive Effekte minimiert. Auch die Auswahl der Befragten durch die Chefärzte konzentrierte sich auf fachliche Aspekte der Schlaganfallbehandlung; den Führungskräften war der Inhalt des Fragebogens nicht bekannt. Zudem besteht kein Grund zu der Annahme, dass neurologische Kliniken anders als andere Disziplinen in die DRG-Einführung einbezogen waren.

Eine weitere Limitierung ergibt sich aus dem Einsatz z.T. ungetesteter Instrumente. Diese wurden allerdings hinsichtlich ihrer Reliabilität, Validität und Dimensionalität geprüft und erst daraufhin in diese Analysen einbezogen.

Die vorliegenden Ergebnisse führen zu zwei wesentlichen Schlussfolgerungen. Erstens entfaltet die DRG-Einführung vermutlich erst mittel- und langfristig messbare Wirkungen in den Zielgrößen. Neben der Schaffung fachlicher Kompetenzen beim Umgang mit dem DRG-System sollten Auswirkungen gezielt beobachtet werden. Zweitens sollten die zeitlichen Verzögerungen beim Eintritt vermuteter negativer Auswirkungen der DRG-Einführung von den Kliniken für Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung genutzt werden. In der Verbesserung der kollegialen Kommunikation liegt ein Schlüssel für die gleichzeitige Optimierung der Arbeitsprozesse, der Öffnung für neue strategische Optionen und der Arbeits- bzw. Berufsmotivation (vgl. u.a. Lecher 2002). Dies ist möglich, weil hierbei Vertrauen und wechselseitige Verlässlichkeit geschaffen sowie tätigkeitensinhärente Unsicherheit und Stress reduziert werden und der fachliche Austausch stimuliert wird (Resch/Hagge 2003, 37-57). Besonderes Gewicht kommt dabei einer funktionierenden Zusammenarbeit mit der Patientenaufnahme, dem medizinischen Controlling sowie mit Bereichen zu, die an der Entlassung bzw.

Überleitung in nachversorgende Einrichtungen beteiligt sind (v.a. Sozialdienst, Kostenträger).

Literatur:

- AOK-Bundesverband (2004): DRG-Umsteiger, <http://www.krankenhaus-aok.de>, 23.6.2004
- Baecker, Dirk (1999): Organisation als System. Frankfurt/Main
- Billing, Arend u.a. (2004): DRG 2004: Was sind die wirtschaftlichen Konsequenzen?; in: führen und wirtschaften im Krankenhaus (f&w) 21, 2, 132-138
- Blum, Karl, Udo Müller (2003): Dokumentationsaufwand im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser - Bestandsaufnahme und Verbesserungsvorschläge. DKI-Schriftenreihe Wissenschaft und Praxis der Krankenhausökonomie. Band 11. Düsseldorf
- Bollmann, Marcus, Dietmar Köhrer, Gerald Meder (2003): DRG-Frühmstieg; in: führen und wirtschaften im Krankenhaus (f&w) 20, 1, 46-47
- Brandstätter, Hermann (1995): Persönliche Verhaltens- und Leistungsbedingungen; in: Heinz Schuler (Hg.): Lehrbuch Organisationspsychologie. Bern u.a., 213-233
- Durst, Cornelia (2003): Zuviel Bürokratie und lange Arbeitszeiten vermiesen vielen Ärzten den Spaß am Job; in: Ärzte Zeitung (www.aerztezeitung.de), 30.6.2004
- Fiehn Andreas, Heike Schinnenburg (2004): Krankenhäuser: Herausforderung Ärztemangel; in: Deutsches Ärzteblatt 101, 10, A-626/B-518/C-510
- Flintrop, Jens (2002): Mecklenburg-Vorpommern: Besorgte Krankenhausärzte; in: Deutsches Ärzteblatt 99, 40, A-2590/B-2211/C-2075
- Flintrop, Jens (2003): Krankenhäuser: Angebote an die Ärzte; in: Deutsches Ärzteblatt 100, 12, A-804/B-680/C-636
- Frei, Felix u.a. (1996): Die kompetente Organisation. Zürich
- Günster, Christian, Thomas Mansky, Uwe Repschläger (2004): Das deutsche DRG-Entgeltsystem; in: Jürgen Klauber, Bernt-Peter Robra, Henner Schell-schmidt (Hg.): Krankenhaus-Report 2003. Schwerpunkt: G-DRGs im Jahre 1. Stuttgart, 43-67
- Heumann, Martin (2003): Vorbereitung der Entgeltverhandlungen; in: führen und wirtschaften im Krankenhaus (f&w) 20, 4, 353-355
- Hoppe, Jörg-Dietrich (2002): Das ärztliche Grundrecht der Handlungsfreiheit ist bedroht; in: Ärzte Zeitung (www.aerztezeitung.de), 30.6.2004
- Kaiser, Roland H. (2002): Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit im Krankenhaus. Köln
- Kühn, Hagen (2003): Ethische Probleme der Ökonomisierung von Krankenhausarbeit; in: André Büssing, Jürgen Glaser (Hg.): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Göttingen u.a., 77-89
- Lecher, Silke u.a. (2002): InterKiK. Endbericht zum Modellprojekt „Interprofessionelle Kooperation im

- Krankenhaus“ von April 1999 bis Mai 2002; <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Fachberufe/50Interkik/End2002/Interkik2.html> (30.6.2004)
- Lohmann, Heinz (2002): Krankenhaus- und Personalmanagement unter DRGs; in: Michael Arnold, Jürgen Klauber, Henner Schellschmidt (Hg.): Krankenhaus-Report 2001. Schwerpunkt: Personal. Stuttgart, 3-12
- Luhmann, Niklas (1984): Soziale Systeme. Frankfurt/Main
- Luhmann, Niklas (2000): Organisation und Entscheidung. Opladen/Wiesbaden
- Manwart, Sabine u.a. (2002): Hauptdiagnosen in neurologischen Kliniken der Akutversorgung im Jahr 2000; in: Aktuelle Neurologie 29, 166-170
- Neuberger, Oswald (1992): Arbeitszufriedenheit; in: Erich Frese (Hg.): Handwörterbuch der Organisation. Stuttgart, 198-207
- Offermanns, Matthias (2003): Krankenhaus-Barometer. Umfrage 2003. Düsseldorf/Deutsches Krankenhaus-Institut (http://www.dki.de/PDF/Umfrage_2003.pdf, 30.6.2004)
- Parsons, Talcott (1958): Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse; in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie Sonderheft 3, 10-57
- Parsons, Talcott (1972): Das System moderner Gesellschaften. München
- Pfaff, Holger (1997): Das lernende Krankenhaus; in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 5, 4, 323-342
- Resch, Martin, Maren Hagge (2003): Ärztegesundheit – ein lange vernachlässigtes Thema; in: Eberhard Ulich (Hg.): Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen. Bern u.a., 37-57
- Rohde, Volker, Axel Wellmann, Beate Bestmann (2004): Berufsreport 2003: Beurteilung der Fort- und Weiterbildung; in: Deutsches Ärzteblatt 101, 5, A-233/B-202/C-194
- Schein, Edgar H (1985): Organizational culture and leadership. A dynamic view. San Francisco
- Schleppers, Alexander, Hans Joachim Bender (2003): Zukunftsorientiertes Personalmanagement in DRG-Zeiten; in: Anästhesiologie & Intensivmedizin 44, 131-138
- Schmidt-Rettig, Barbara (2002): Anforderungen an das Personalmanagement im Krankenhaus; in: Michael Arnold, Jürgen Klauber, Henner Schellschmidt (Hg.): Krankenhaus-Report 2001. Schwerpunkt: Personal. Stuttgart, 65-76
- Schüpbach, Heinz (1995): Analyse und Bewertung von Arbeitstätigkeiten; in: Heinz Schuler (Hg.): Lehrbuch Organisationspsychologie. Bern u.a., 167-208
- Semmer, Norbert, Ivars Udris (1995): Die Bedeutung und Wirkung von Arbeit; in: Heinz Schuler (Hg.): Lehrbuch Organisationspsychologie. Bern u.a., 133-165
- Simon, Michael (2001): Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Arbeitspapier P01-205. Berlin
- Simon, Michael, Hagen Kühn (1998): Organisationslernen im Krankenhaus. Wandel einer reformresistenten Institution unter dem Eindruck geänderter Rahmenbedingungen; in: Horst Albach, Meinolf Dierkes, Ariane Berthoin Antal (Hg.): Organisationslernen – institutionelle und kulturelle Dimensionen. WZB-Jahrbuch 1998. Berlin, 161-192
- Six, Bernd, Uwe Kleinbeck (1989): Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit; in: Erwin Roth (Hg.): Organisationspsychologie; Enzyklopädie der Psychologie, Serie III, Band 3. Göttingen, 348-398
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2002): Verzeichnis der Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen – Krankenhausverzeichnis. Stuttgart
- Statistisches Bundesamt (2003): Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Fachserie 12, Reihe 6.1. Wiesbaden
- Stern, Klaus (1996): Ende eines Traumberufs? Lebensqualität und Belastungen bei Ärztinnen und Ärzten. Münster/New York
- Udris, Ivars, Andreas Alioth (1980): Fragebogen zur Subjektiven Arbeitsanalyse; in: Ernst Martin u.a. (Hg.): Monotonie in der Industrie. Bern, 204-207
- Wallesch, Claus-Werner u.a. (2002): Ergebnisse der 6. Erhebung zur Struktur der neurologischen Kliniken der Akutversorgung in Deutschland; in: Aktuelle Neurologie 29, 304-309
- Weinert, Ansfried (1992): Anreizsysteme, verhaltenswissenschaftliche Dimension; in: Erich Frese (Hg.): Handwörterbuch der Organisation; Stuttgart, 122-133
- Willke, Helmut (1998): Systemtheorie III: Steuerungstheorie. Stuttgart
- Dipl. Soz. Uwe Hasenbein
Axel Schulze (c/o Dipl. Soz. Uwe Hasenbein)
Claus-Werner Wallesch
Institut für Neurologisch-Neurochirurgische Rehabilitationforschung (INNRF)
Klewitzstr.7
D-39112 Magdeburg
hasenbein@innrf.de
wallesch@innrf.de
- Prof. Dr. Bernd Frank
Klinik Leezen am Schweriner See
Wittgensteiner Platz 1
D- 19067 Leezen bei Schwerin
frank@klinik-leezen.de