

Inhalt

I Einleitung	11
1 Evaluation im Gesundheitswesen	13
2 Warum dokumentarische Evaluation?	14
3 Aufbau der Arbeit	15
II Methode	19
1 Grundlagen einer praxeologischen Perspektive	19
Dokumentarische Interpretation: formulierende Interpretation, reflektierende Interpretation und komparative Analyse	27
2 Differenzierung der Akteursgruppen und Stakeholder	31
Stakeholder	32
Stakeholdergruppen und deren forschungspraktische Eingrenzung	34
3 Datenerhebung und Kontrastierungen	37
Teilnehmende Beobachtung („fokussierte Ethnografie“)	37
Fallkontraste und komparative Analyse	42
III Neuorganisation der ärztlichen Arbeit	45
1 Veränderte ökonomische Rahmenbedingungen in den städtischen Krankenhäusern	45
Das System der diagnose related groups	47
2 Veränderungen in einer chirurgischen Abteilung	50
Zusammenfassung	61
3 Veränderungen in einer internistischen Abteilung	62
Zusammenfassung	76

4 Der neue Arbeitstag in der Chirurgie	77
Zusammenfassung	90
5 Der neue Arbeitstag bei den Internisten	90
Zusammenfassung	110
6 Exkurs – das Fallpauschalensystem „ausbeuten“ lernen	110
7 Exkurs – Distinktion zwischen Privat- und Kassenpatienten	118
8 Internistische und chirurgische Abteilungen im Vergleich	121

IV Ärztlicher Ethos **123**

1 Internistische Handlungsorientierungen im Jahr 2001	124
Der Fall „Spondel 2001“	125
2 Internistische Handlungsorientierungen 2004	137
Der Fall „Spondel 2004“	137
Der Fall „Martin“	162
Der Fall „Dunker“	164
Internistische Orientierungen im Wandel?	173
3 Chirurgische Handlungsorientierungen im Jahr 2000	175
Der Fall „Schmidt-Bauer“	175
4 Chirurgische Handlungsorientierungen im Jahr 2004	181
Der Fall „Mansfeld“	182
Der Fall „Pfahl“	187
Der Fall „Firament“	195
Chirurgische Orientierungen im Wandel?	200
5 Vergleich Innere Medizin versus Chirurgie	201

V Ärztliche Ausbildung **205**

VI Bewertungen und Werthaltungen der ärztlichen Akteure	213
1 Internistische Abteilung	213
2 Chirurgische Abteilung	222
3 Habitusinkongruenzen in der Chirurgie	228
Abschließende Interpretation	248
4 Diskussion: explizite Bewertungen und implizite Werthaltungen	249
VII Folgerungen hinsichtlich der ärztlichen und nichtärztlichen Stakeholder	253
1 Komparative Analysen	253
a) Basistypik: Medizinale Orientierung und Einpassung in die organisatorisch-administrativen Vorgaben	254
b) Internistischer vs. chirurgischer Ethos	256
c) Ausbildungsproblem der Internisten	258
d) Arbeitsorganisation vs. Bewertungen	259
e) Werthaltungen – zerrissener Habitus	260
2 Stakeholder des Krankenhauses	261
a) Ärztliche Gruppen	261
b) Die Pflege	262
c) Die Ärztekammern	263
d) Die Patienten	264
e) Das Krankenhausmanagement	266
f) Die Krankenkassen	270
g) Die medizinische Wissenschaft	271
h) Die Gesundheitspolitik	272

VIII Ausblick	277
a) Validität der Ergebnisse	277
b) Abschließende Evaluation?	279
Literatur	281
Personenregister	291