

II ORGANISATIONEN

Im Folgenden gilt es, eine organisationstheoretische Perspektive vorzustellen, welche die Eigenlogiken organisationaler Prozesse zu würdigen weiß.

Entsprechend der klassischen Organisationstheorien sind Organisationen darauf ausgerichtet, einen bestimmten Zweck zu erfüllen. Aus systemtheoretischer Perspektive stellt eine Organisation demgegenüber eine Einheit dar, die sich – wie jedes andere System – anhand ihrer eigenen Operationen reproduziert.¹ Darüber hinaus stellen Organisationen soziale Einheiten dar, die sich selbst beobachten und ihre eigenen Funktionsbezüge, sozusagen ihre Aufgaben, durch interne Entscheidungen setzen können. Sie rekrutieren eigenständig ihre Mitglieder und entscheiden über deren Aufnahme oder Einstellung. Sie legen Stellen- oder Arbeitsbeschreibungen fest, suchen spezifische Kontakte bzw. Kooperationen mit der Außenwelt, formulieren Programme erfolgreicher Arbeit und entwickeln diesbezüglich Formen der Selbstbeobachtung, um zu evaluieren, ob sie ihren selbst gesteckten Anforderungen genügen. Organisationen sind sich selbst beobachtende und sich selbst bestimmende Funktionseinheiten, die hierdurch eine Grenze zu den anderen gesellschaftlichen Umwelten bilden können.²

1 Siehe Luhmann (2000c).

2 »Organisationen entstehen und reproduzieren [sich], wenn es zur Kommunikation von Entscheidungen kommt und das System auf dieser Operationsbasis operativ geschlossen wird. Alles andere – Ziele, Hierarchien, Rationalitätschancen, weisungsgebundene Mitglieder, oder was sonst als Kriterium von Organisation angesehen worden ist – ist demgegenüber sekundär und kann als Resultat der Entscheidungsoperationen des Systems angesehen werden. Alle Entscheidungen des Systems lassen sich mithin auf Entscheidungen des Systems zurückführen. Das setzt voraus, dass auch die Gründung einer Organisation und auch die Übernahme von Mitgliedschaften als Entscheidung beschrieben wird, und dies auch dann, wenn zum Beispiel in Familienunternehmen die Familienmitglieder bevorzugt herangezogen werden« (Luhmann 2000c, 63).

Verhältnis von Organisation und Gesellschaft

Organisationen koppeln sich üblicherweise primär an ein gesellschaftliches Funktionssystem an – ein Krankenhaus etwa an das Medizinsystem. Ihr systemischer Reproduktionsbezug ist jedoch nicht als identisch mit dem jeweiligen Funktionsbezug zu sehen, denn Organisationen sitzen gewissermaßen ›parasitär‹ zu den gesellschaftlichen Funktionssystemen. Ob die jeweiligen Organisationssysteme mit den gesellschaftlichen Funktionssystemen in einer komplementären Beziehung zueinander stehen, ob sich das Verhältnis eher als ein einseitiges parasitäres Verhältnis beschreiben lässt oder ob im Sinne ›loser Kopplungen‹ (Weick)³ dynamisch unterschiedliche Bindungsformen angelaufen werden, sind Fragen, die jeweils im Einzelfall zu bestimmen sind.

Schon der frühe Luhmann verweist hier auf interessante Brechungsverhältnisse, etwa in dem Sinne, dass die Interaktion der Organisationsmitglieder zwar überwiegend einen informellen Charakter zeigt, dies aber gerade nicht ausschließt, dass die formalen Verhaltenserwartungen der Organisation dabei mitreflektiert werden, wobei die Organisation wiederum bestimmte Eigenarten des Informellen – etwa als »brauchbare Illegalität« – für den eigenen Strukturaufbau nutzen kann.⁴ Mit der Ausformulierung einer Gesellschaftstheorie ergibt sich eine weitere dissonante Koppelung. Organisationen erscheinen nun einerseits als Teil der Funktionssysteme – etwa in dem Sinne, dass die Organisation ›Krankenhaus‹ Medizin vollzieht –, stellen jedoch andererseits hinsichtlich der Typik ihrer Reproduktion ein autonomes System dar, das sich über die besonderen Zeitverhältnisse von Entscheidungssemantiken perpetuiert, um dann alles, worüber nicht entschieden wird (so auch die Organisationskultur), in die Umwelt von Organisationen zu verlagern.⁵

Insbesondere Kneer sieht an dieser Stelle eine Inkonsistenz in Luhmanns Theoriegebäude, welche das Verhältnis zwischen Organisationen und Funktionssystemen ungeklärt lasse.⁶ Luhmann selbst schreibt

3 Vgl. Weick (1998).

4 Luhmann (1999 [1964]).

5 Luhmann (2000c). Eine Organisation zugleich als an ein gesellschaftliches Funktionssystem gekoppelt wie auch sich in dessen Umwelt befindend zu betrachten, gestattet verschachtelte, jedoch dem Gegenstand angemessenere Beschreibungen. Beispielsweise kann eine Kirche nun einerseits als religiöse Organisation erscheinen, andererseits jedoch als Organisation in Konflikt zur Funktion der Religion treten (Luhmann 2000b).

6 Kneer (2001). Lieckweg (2001) sucht demgegenüber die Leerstelle hinsichtlich des Zusammenhangs von Organisation und Gesellschaft durch bestimmte Theoriefiguren – etwa die Idee der strukturellen Koppelung – zu schließen.

zu dem Verhältnis zwischen Organisation und Gesellschaft in der Tat eher wenig. Attraktiv erscheint zunächst sein Bild von Organisationen als »Treffraum für die unterschiedlichsten Funktionssysteme«. ⁷ Man könnte sich Organisationen entsprechend – im Gegensatz zur Interaktion – als verfahrensmäßig legitimierte Einheiten vorstellen, welche die nicht zu vereinbarenden Anforderungen der verschiedenen Funktionssysteme voneinander (zunächst) entkoppeln, um gerade hierdurch qua Entscheidung zu einem definierten Output zu gelangen, um dann auf anderer – zumindest der formalen – Ebene den unterschiedlichen gesellschaftlichen Erwartungshorizonten gerecht werden zu können. Doch vermutlich legt eine solche ›Auftragsbeschreibung‹ Organisationen über die Autopoiesis von Entscheidungen hinausgehend in ihrer Funktion schon zu sehr fest. ⁸

Stationsarzt Scholz: »Also trägt man's ne Schicht nach oben und teilweise merkt man leider, dass auch diese Schicht nicht entscheiden wird und diese Schicht dann auch nicht weitergeht; also ich meine, man kann ja sagen, also wenn der Oberarzt sagt, er will es nicht entscheiden, dann kann der Oberarzt, denke ich, zum Chef gehen, dafür gibt's ne Hierarchie, dass nicht sozusagen der kleine Dödel zum Chef rennt und sagt, ich will mal was wissen, sondern das ist ja irgendwo denn eine Entscheidung, die muss, wenn sie nicht auf Oberarzt-Ebene getroffen wird, dann auf Chefarzt-Ebene getroffen werden, aber die muss der Oberarzt denn auch mit tragen und vertreten und deshalb denke ich, dass der Weg so sein soll, dass man diese Entscheidung zum Oberarzt trägt, der Oberarzt eins nach oben geht und sich die möglicherweise vom Chef abnicken lässt, wenn er der Meinung ist,

⁷ Luhmann (2000a, 398).

⁸ Ein alternativer Weg wäre die Idee einer Koevolution, entsprechend der sich Funktionssysteme und Organisationen zunächst wechselseitig brauchen und entsprechend hervorbringen, um dann hinsichtlich der Typik ihrer eigenen Operationen wieder deutlicher auseinanderzudriften: »Jedenfalls verdeutlicht eine so entschieden auf operative Geschlossenheit und Autopoiesis abstellende Theorie, wie sehr das Entstehen von Organisationen einerseits nur in Gesellschaften möglich ist, dann aber auf eigenständige Weise zur gesellschaftlichen Differenzierung beiträgt, und dies in einem doppelten Sinne: zur Differenzierung des Gesellschaftssystems und seiner Funktionssysteme gegen die Autopoiesis der Organisationen, und, mit Hilfe dieser Autopoiesis, zur Differenzierung der Funktionssysteme gegeneinander und gegen ihre jeweilige Umwelt. Auf diese Weise kann eine augenfällige strukturelle Diskrepanz verdeutlicht werden, daß nämlich die moderne Gesellschaft mehr als jede ihrer Vorgängerinnen auf Organisation angewiesen ist (ja erstmals überhaupt einen Begriff dafür geschaffen hat); daß sie aber andererseits weniger als jede Gesellschaft zuvor in ihren Teilsystemen als Organisation begriffen werden kann« (Luhmann 1998a, 847).

er kann die selber nicht vertreten oder mag sie nicht treffen; aber ehe dieser Stand erreicht ist, vergeht so immer, nicht immer, aber in diesem konkreten Fall Schmidt-Bauer vergehen fünf Tage und der Patient ist mittlerweile, weiß nicht, fast dreieinhalb Wochen hier und da werden a) Kosten produziert, b) bin ich unzufrieden, weil Entscheidungen, die ich nicht treffen kann, ja mit denen werde ich permanent konfrontiert und soll sie treffen, kann sie nicht treffen, und an der Herbeiführung der Entscheidung bin ich gänzlich unbeteiligt; und denn sind wieder Wege, sozusagen die von meiner Kollegin beschritten werden, die ich auch nicht mittragen kann, ja sozusagen denn wird dieses Problem an Orte gebracht, wo es gar nicht hingehört [...] dann wird, weiß ich nicht, der Herr Sennet [Oberarzt einer anderen chirurgischen Station] gefragt und dies sind so Sachen, [...] und man wird dieses Problem nicht lösen, indem man es einfach in mehrere Ecken flaggt und von mehreren Leuten Entscheidungen hören will, sondern da gibt es knallharte Richtlinien, und das ist für uns die Oberärztin, und wenn die sie nicht treffen will, muss sie zum Chef gehen und nicht ich, ja, und so ist der Entscheidungsweg, und das hilft gar nicht weiter und da geht einfach nur viel Zeit verloren, und ich weiß nicht ob du das mitkriegst, dass diese Probleme breit getragen werden und breit gestreut werden, aber das zur Lösung überhaupt nicht beihilft; [...] ich meine, ich bin hier nicht der Oberverantwortliche, weil ich nicht Facharzt bin, aber das sind so Sachen, die können einfach abnerven irgendwie [...], zum Beispiel um bei diesem Schmidt-Bauer-Problem zu bleiben, gab's ja sozusagen von Seiten des leitenden Oberarztes die Meinung, er würde ihn eher ERCpieren [gemeint ist hier ein invasives Verfahren zur Darstellung des Pankreasganges] und schon alleine an diesem Ausdruck merkt man ja wieder, er würde! [...] also haben wir das Problem also seitens von Dr. Schneider zu ihm getragen und zur Lösung ist nichts beigegeben, außer »er würde!«.

Interview mit einem Stationsarzt einer chirurgischen Station (Vogd 2004b, 229).

Anstatt hier eine endgültige theoretische Schließung anzustreben, wie das Verhältnis zwischen Organisation und Gesellschaft (bzw. zwischen Organisation und Interaktion) gestaltet sei, scheint es sinnvoll, diese Offenheit in der möglichen Gestaltung von Koppelungen selbst als strukturelles Merkmal von Organisationen anzusehen. Im Sinne des methodologischen Primats der strukturellen Autonomie der jeweiligen Systeme ist dann im konkreten Fall zu schauen, wie sich die empirischen Verhältnisse im Einzelfall, beispielsweise in einem konkreten Krankenhaus, aufschließen lassen.

Die Aufmerksamkeit verschiebt sich nun von der Organisation zum »Prozess des Organisierens«,⁹ also zu jenen vielfältigen For-

9 Weick (1998).

men der Koordination und Verschränkung von Verhalten, welche die Differenzen in den empirisch beobachtbaren Verhältnissen ausmachen. Es geht nun darum, Organisationen von ihrer Eigenlogik her zu betrachten, und entsprechend ist damit zu rechnen, dass sich nicht nur eine Logik der Organisation zeigt, sondern dass – je nach Lagerung der Bezugsprobleme und organisationalen Umwelten, denen Organisationen ausgesetzt sind – verschiedene Formen und Lösungen möglich sind.¹⁰

Eine solche Perspektive hat weitreichende Konsequenzen für das Verständnis der Steuerung von Organisationen und deren Kooperationen, denn man kann nicht mehr auf die Wirksamkeit allgemeiner und formalisierbarer Lösungen setzen.

Im Sinne der Maxime, dass der »Gegenstand seinem Beobachter hinsichtlich der Lösung seiner Probleme voraus ist«,¹¹ wird der Forscher hier in einer Haltung der Bescheidenheit nicht mehr davon ausgehen können, von vornherein zu wissen, worin der Zweck einer Organisation besteht. Vielmehr wird er sich von der Empirie überraschen lassen, um dann gegebenenfalls feststellen zu können, dass die eigentliche Leistung einer Organisation manchmal gerade darin besteht, sich überfordernden Zielansprüchen zu entziehen.¹²

¹⁰ Um hier Uwe Schimank zu folgen: »So manche organisationstheoretischen Kontroversen erklären sich u. a. daraus, daß die einen, wenn sie allgemein von Organisation sprechen, Unternehmen, die anderen Verwaltungen im Kopf haben. Die nach wie vor spärlichen Untersuchungen über Schulen, Krankenhäuser, Forschungsinstitute, Sportvereine, Fernsehsender etc., also Organisationen weiterer gesellschaftlicher Teilbereiche, zeigen immerhin eines: daß es neben unbestreitbaren teilsystemübergreifenden Gemeinsamkeiten formaler Organisationen wichtige Unterschiede gibt, die sich auf Unterschiede zwischen den gesellschaftlichen Teilbereichen zurückführen lassen. Luhmanns Theorie gesellschaftlicher Differenzierung bietet für eine Ausarbeitung teilsystemspezifischer Organisationstheorien, die dann auch komparativ angelegt sind, eine sehr geeignete Basis«. Hierdurch könnten dann auch die »ad hoc Charakterisierungen der Umwelt von Organisationen« überwunden werden, die entweder – wie z. B. ›Komplexität‹ oder ›Unsicherheit‹ – viel zu abstrakt oder aber umgekehrt viel zu konkret ausfallen. Stattdessen sollte es darum gehen, »Strukturmuster und Probleme einer formalen Organisation auch darauf zurückzuführen, wie der Code und die Programmelemente des betreffenden gesellschaftlichen Teilsystems beschaffen sind« (Schimank 2000, 313).

¹¹ Baecker (2002, 91).

¹² Insbesondere die Untersuchungen aus dem Umfeld des so genannten Neoinstitutionalismus haben aufgezeigt, dass sich der Freiheitsgrad von Organisationen gegenüber ihrer Umwelt erhöht, wenn die Teilbereiche

Die strenge Zweck-Mittel-Hierarchie der klassischen Organisationstheorien löst sich hiermit in Verhältnisse auf, die den empirischen Zeitverhältnissen besser angeschmiegt sind; in denen der Zweck auch zum Mittel des Selbsterhalts werden kann¹³ und in denen dann beispielsweise die eigentliche Leistung der Hierarchie unter Umständen auch darin bestehen kann, nicht zu genau hinzuschauen, was auf der unmittelbaren Ebene des Leistungsvollzugs geschieht.

Die Verhältnisse werden nun als eine Koevolution begriffen, die ihre Grenze einzig und allein im Kompositionsproblem der Autopoiesis findet.¹⁴ Beispielsweise mag die Organisation Krankenhaus gegenüber dem Recht zwar ihre Autonomie wahren, indem sie rechtliche Vorschriften im Modus des ›Als-ob‹ bearbeitet und als »permanently failing organization« (Meyer)¹⁵ sich nur begrenzt veranlasst sehen, den ökonomischen Zielvorgaben zu folgen. Die rechtliche (wie auch ökonomische) Umwelt grob zu missachten, würde im Extremfall jedoch die Existenz der Einrichtung gefährden.¹⁶

Wie sich die Beziehung zwischen Organisation und Gesellschaft gestaltet, bleibt aus dieser Perspektive aus guten Gründen eine theoretische Leerstelle, die erst durch den Gegenstand, d. h. durch die Praxis, geschlossen wird. Auf theoretischer Ebene wäre dann zunächst die Feststellung ausreichend, dass eine Lösung gefunden werden muss. Ob man diese dann eher unter dem Blickwinkel der strukturellen Koppelung, der losen Koppelung oder einer Koevolution, die auf Entkoppelung setzt, fassen würde, ist eine Frage, die zunächst einmal auf Basis gegenstandsspezifischer Rekonstruktionen zu beantworten ist. Erst in einem zweiten Schritt ließe sich dann schauen, ob vielleicht bestimmte Organisationstypen bestimmte Formen von

der Organisation bzw. die Darstellung der Praxis und die eigentlichen Leistungsvollzüge voneinander entkoppelt werden (vgl. Powell/DiMaggio 1991). Dies kann beispielsweise geschehen, indem die Qualitätssicherung nicht zu genau hinschaut oder nur die Dokumentation, nicht jedoch die Praxis, evaluiert wird (s. Power 1997).

13 So auch March und Olsen (1994) in ihrem viel beachteten Werk »Ambiguity and Choice in Organizations«.

14 Mit Heinz von Foerster gilt nun: »[D]ie Autopoiese des zusammengesetzten Systems darf die Autopoiese seiner Bestandteile nicht auslöschen, das ist das Kompositionsproblem der Autopoiese« (Foerster 1994b, 348).

15 Meyer (1989).

16 Aus den Verhältnissen der gesellschaftlichen Funktionssysteme, der Organisation und der Interaktion ergeben sich komplexe Designprobleme, die nicht zuletzt auch reflektieren müssen, dass der operativ aus den Kommunikationssystemen ausgeschlossene Mensch trotzdem mitmachen muss (s. auch Baecker 2005; vgl. zu einer empirischen Analyse Vogd 2008b).

Lösungen präferieren lassen und unter welchen Bedingungen sich die so gefundenen Arrangements wandeln.

Erst indem der autonome Charakter von Organisationen in dem hier ausgeführten Sinne ernst genommen wird, eröffnet sich ein differenzierteres Verständnis auf die aus unseren Alltagspraxen vertrauten Erfahrungen, dass sich den in vielen Organisationen herrschenden ›lausigen‹ Verhältnissen nicht so leicht beikommen lässt.

Es kann im Regelfall entsprechend nicht mehr davon ausgegangen werden, dass die Leistungsangebote der Organisationen des Medizinsystems in einer linearen Weise an die Anforderungen der gesellschaftlichen Teilsysteme angepasst sind. Gerade weil innerhalb der medizinischen Praxis die rechtlich wirksame Dokumentation dieser Praxis, die Abrechnungen der Leistungen sowie die einzelnen Ebenen der Hierarchie nur *lose* miteinander gekoppelt sind, kann die Entscheidungsfähigkeit im Krankenhaus unter wechselnden Konstellationen aufrechterhalten werden. So kann behandelt werden, ohne zu behandeln, Rechtmäßigkeit hergestellt werden, indem Unrechtmäßiges nicht dokumentiert wird, wirtschaftlich gearbeitet werden, indem Medizin vorgetäuscht wird, wo anderes stattfindet, um an anderer Stelle umso mehr (ansonsten nicht bezahlbare) Medizin stattfinden zu lassen. Üblicherweise funktionieren Organisationen gerade dann gut, wenn sie ein Arrangement entwickeln können, indem zugleich hingeschaut und nicht hingeschaut wird, also indem gegebenenfalls die Dinge im Diffusen gelassen werden. Eine ihrer wesentlichen Leistungen besteht demnach darin, sich äußeren Steuerungsversuchen widersetzen zu können, indem *action* und *talk*¹⁷ sowie auch *Evaluation* und *Praxis*¹⁸ voneinander entkoppelt werden. Da sich das Krankenhaus hinsichtlich seines gesellschaftlichen Auftrags klar an das medizinische Funktionssystem ankoppelt, darf – auch wenn letztlich die Reproduktion der eigenen Organisation und nicht der Patient im Vordergrund steht – die im Funktionsbezug begründete Legitimation der Organisation dabei jedoch nicht allzu leicht aufs Spiel gesetzt werden.

Organisationskultur

In Institutionen wie dem Krankenhaus finden sich in der Regel vielfältige Milieus und unterschiedlichste Akteure. Wenngleich sich sehr wohl Inseln geteilter Orientierungen finden lassen, etwa in dem Sinne, dass einzelne professionelle Gruppen ein gemeinsames Berufsethos

¹⁷ Brunsson (1989).

¹⁸ Power (1997).

pflügen und durch die Erziehung der Novizen spezifische berufliche Milieus ausbilden, herrscht mit Blick auf die gesamte Organisation unter den Mitarbeitern in der Regel eine hohe Diversität an Wertorientierungen vor. Internistische Pflegekräfte, höhere Verwaltungsangestellte und chirurgische Assistenzärzte haben hinsichtlich ihrer beruflichen Orientierungen in der Regel wenig gemein. In den allermeisten Fällen kann nicht von einer gemeinsamen Werthaltung der durch die Organisationsmitgliedschaft miteinander verschränkten Akteure ausgegangen werden. Es hat hier also wenig Sinn, auf der inhaltlichen Ebene nach einer gemeinsamen Kultur zu suchen. Eine Reihe von Untersuchungen aus der sozialpsychologischen Gruppenforschung spricht dafür – unter anderem Weick hat darauf hingewiesen¹⁹ –, dass es nicht die geteilten Ziele sind, die eine Gruppe von Menschen zu organisiertem Handeln bringen, sondern die Verschränkung von Mitteln. Beispielsweise mag es die Krankenschwester im Falle eines terminal erkrankten Patienten präferieren, diesen sterben zu lassen, während der Chirurg demgegenüber noch einen heroischen Rettungsversuch wagen würde, während vielleicht der internistische Oberarzt sich gegen den operativen Eingriff entscheiden, vielleicht aber noch eine experimentelle medikamentöse Therapie versuchen würde, zu der er Erfahrungen gewinnen möchte. Aus rekonstruktiver Perspektive spricht vieles für die Idee, dass der Patient zunächst das Mittel darstellt, eine Gruppe von professionellen Akteuren an ein Behandlungssystem zu binden, um so eine arbeitsteilige organisatorische Praxis zu erzeugen. Erst sekundär würden dann aus diesen verschränkten kollektiven Praxen unter Umständen gemeinsame Organisationsziele erwachsen, in diesem Beispiel vielleicht der Wunsch, eine Palliativstation einzurichten, in der Pflegekräfte, Chirurgen und Internisten eine Technologie des humanen Sterbens entwickeln.

Hiermit ergibt sich auch ein klareres Verständnis darüber, was mit dem Begriff ›Organisationskultur‹ analytisch gemeint sein kann. Zum einen steht Organisationskultur für all jene Bemühungen und Geschäftigkeiten, welche dazu dienen, eine Einheit der Organisation zu zeigen. Zu nennen sind hier etwa Aktivitäten, die unter ›Corporate Identity‹, ›Corporate Culture‹ und ›Corporate Behavior‹ gefasst werden.²⁰ Die eigentliche Funktion dieser identitätsbildenden Maßnahmen besteht darin, einen gemeinsamen institutionellen Rahmen zu suggerieren, in dem dann die unterschiedlichen Organisationsmilieus

¹⁹ Weick (1998, 130ff.).

²⁰ In diesem Sinne ist dann auch klar, dass Corporate Identity ein Konzept darstellt, dass von Designern und nicht von Sozialforschern erfunden wurde (vgl. Birkigt et al. 1993; Herbst 2006; Olins 1990).

weiterhin ihren spezifischen, nicht übergreifend teilbaren Orientierungen folgen.

Maßnahmen wie Leitbilder, Logos und Gebrauchsgrafiken, aber auch semantische Bezüge zur Organisationsgeschichte können entsprechend nur deshalb eine Einheit stiften, weil sie so abstrakt und allgemein formuliert sind, dass sich aus unterschiedlichen, teilweise gar gegensätzlichen Werthaltungen mit diesen ›Darstellungen‹ identifizieren lässt. Die kulturelle Bindung geschieht hier auf Ebene der Form, nicht auf Ebene der Inhalte. Auf kommunikativer Ebene handelt es sich hier sozusagen um ›rituelle Formen‹, die ein Weiterfragen blockieren. Es geschieht etwas Offensichtliches und entsprechend gebietet es sich, nicht weiter nachzufragen. Die medizinische Praxis selbst ist reich an Formen, die neben ihrer diagnostischen und therapeutischen Funktion zugleich als symbolische Praktiken wirken. Rituale Formen unterlaufen gewissermaßen das »Spiel des Gebens und Nehmens von Gründen«²¹ und stiften stattdessen auf dem Wege ihrer performativen Wiederholung eine kulturelle Identität.

Auf einer feineren Ebene lassen sich unter ›Organisationskultur‹ auch jene subtileren performativen Alltagspraxen verstehen, die darauf angelegt sind, unterschiedliche und teilweise sogar gegenläufige Orientierungen zu integrieren. Als eigentliches Bezugsproblem der Organisationskultur könnte entsprechend verstanden werden, Divergenzen hinsichtlich der Orientierungen auf eine Weise in Form zu bringen, dass weiterhin unter einem Dach verschränkte Arbeitsprozesse möglich sind. Auch hier geht es streng genommen um rituelle Formen. Diese antworten jedoch diesmal nicht auf das Bezugsproblem der ›Einheit‹ einer Organisation, sondern auf die Frage, wie schwelende Konflikte so weit beruhigt werden können, dass die Arbeit weitergehen kann. In diesem Sinne könnten dann beispielsweise ›autoritäre‹ oder ›demokratische‹ Leitungsstile als unterschiedliche Führungskulturen verstanden werden, welche zu innerorganisatorisch akzeptierten Entscheidungen führen. Zu denken wäre hier auch an all die habitualisierten und routinisierten Prozeduren, um Probleme einer Lösung zuzuführen, anstatt sie in potenziell destruktive Diskurse einmünden zu lassen.²² Insbesondere die Ethnomethodologie hat hier mit ihrem Blick auf die performativen Aspekte von Sprache einige wichtige Beiträge zur verfahrensmäßigen Herstellung von Realität geleistet.²³ Nicht zuletzt wäre nach organisationstypischen Formen der Konfliktvermeidung zu suchen, etwa all jenen rituellen

21 Brandom (2001).

22 Vgl. Luhmann (1969).

23 Siehe etwa Garfinkel (1984) und als Studie über die rituelle Herstellung von hierarchischen Ordnungen im Krankenhaus Strong (2001).

Formen, die geeignet sind, prekäre Kommunikation ins Leere laufen zu lassen. Man denke hier an die Entstehung und Reproduktion jener organisationstypischen Tabus, die Weick in Anlehnung an Garfinkel als »Vermeidung von Tests« beschrieben hat.²⁴

Hiermit ergibt sich auch ein organisationskultureller Blick auf weitere Bezugsprobleme von Organisationen: Ein soziales System, das gefordert ist zu entscheiden, läuft immer auch Gefahr, sich durch Selbstkritik zu dekonstruieren. Dies kann beispielsweise geschehen, wenn mittels Metakommunikation die eigenen Entscheidungsgrundlagen thematisiert werden und gerade hierdurch zügiges Entscheiden verhindert wird oder gar der Entscheidungsprozess als solcher in Frage gestellt wird. Als soziale Systeme, die aus einer individuellen Geschichte von Entscheidungen entstanden sind und sich auch in Zukunft durch Entscheidungen reproduzieren, erscheint dann »Organisationskultur« als ein Synonym für all jene habitualisierten Trägheiten, bestimmte Prozeduren, Strukturen und Verfahrensweisen nicht allzu leicht fraglich werden zu lassen – selbst wenn dies manchmal nur zu dem Preis zu haben ist, dass Sinn zerstört und aufgelöst wird.²⁵

Hierarchien und EntscheidungsROUTINEN

Ausformulierte ProzessROUTINEN, aber auch die Etablierung von formellen Entscheidungsgremien verlagern die Begründung vom Zweck zum Mittel. Kontingenz wird hier bewältigt, indem nicht mehr der Gegenstand, sondern das Wie der Entscheidung im Vordergrund steht. Letztlich kann mit Baecker die Hierarchie selbst als eine »supplementäre Einrichtung« einer kontingenten Welt angesehen werden, die man braucht, »weil anders nicht die Teile darauf hingewiesen werden können, welchem Zweck sie als Mittel zuzuarbeiten haben. Und man braucht sie, um den Mitteln, was immer sie bezwecken mögen, den Zweck vor Augen zu führen, der als Zweck des Ganzen eingeführt wird«.²⁶ Machtverhältnisse asymmetrisieren die Kommunikation von Entscheidungen: »Sie sind, wenn man so will, Parasiten an Stabilitätsinteressen von ausdifferenzierten Systemen. [Man] gewöhnt sich an sie, weil ein zu spät angemeldeter Widerstand mit Überraschung aufgenommen werden und unvorteilhafte Konflikte

24 Weick (1998, 213ff.). Vgl. auch die Studie von Sonja Kubisch (2008) zur Bewältigung sozialer Differenzen.

25 Knudsen spricht hier in Hinblick auf das Entscheidungsverhalten einer unter Reformdruck geratenen Organisation des Gesundheitswesens gar von »autolysis within organizations« (Knudsen 2006).

26 Baecker (2000, 99).

auslösen würde.«²⁷ Macht und Herrschaftsverhältnisse erscheinen nun als sekundäre Folgeerscheinungen bestimmter Bezugsprobleme von Organisationen. Entsprechend sind die Machtverhältnisse als Strukturen, nicht jedoch als Systeme aufzufassen.

Unter diesem theoretischen Blickwinkel erscheinen die steilen, oftmals totalitär erscheinenden Hierarchien im Krankenhaus in einem anderen Licht: nämlich nicht (nur) als Machtstruktur, sondern auch als eine Antwort auf Entscheidungsprobleme. Eine Rekonstruktion der Entscheidungsstrukturen medizinischer Institutionen hat sich daher immer auch zu fragen, wie es den jeweiligen Organisationen gelingt, bei prekären Entscheidungslagen die Dekonstruktion ihrer eigenen Entscheidungsgrundlagen zu verhindern. Organisationen stellen in diesem Sinne eine Antwort auf jene Explosion der Problemlagen dar, die mit der Ausdifferenzierung der modernen Gesellschaft entstanden sind. Im ›Treffraum der Organisation‹ können die unterschiedlichsten gesellschaftlichen Ansprüche verhandelt werden, um sie dann jedoch selektiv bearbeiten, zurückstellen, transformieren, negieren, aufschieben und arrangieren zu können. Sie erzeugt einen Möglichkeitsraum, der diese polykontexturalen Lagerungen in Entscheidungen überführen lässt. Dies ist jedoch für die Organisationen nur um den Preis zu haben, dass sie Routinen findet, die hiermit geöffneten Freiheitsgrade wieder durch routinisierte Willkür zu schließen.²⁸

Die Entscheidung über Entscheidungsprämissen stellt eine weitere Form dar, die vielfältigen Kontingenzen realer Entscheidungssituationen zu bewältigen. Prämissen stellen Setzungen dar, die bei ihrer Verwendung nicht mehr geprüft werden.²⁹ In ihrer stärksten Form entwickeln sich Entscheidungsprämissen als eine Weltsicht, die für sich beansprucht, die ›Realität‹ darzustellen. Entscheidungsprämissen setzen einen Rahmen, »in dem eine Organisation ihre Welt konstruieren, Informationen verarbeiten und immer neu Unsicherheit in Sicherheit transformieren kann. Denn den Organisationen fehlt das, was in den gesellschaftlichen Funktionssystemen die binäre Codie-

27 Luhmann (2000c, 67).

28 Unsicherheitsabsorption ist in diesem Sinne durchaus synonym mit Macht zu sehen. In diesem Sinne müssen Organisationen als soziale Systeme betrachtet werden, die »in der modernen Gesellschaft ausdifferenziert« werden, »um Entscheidungen möglich zu machen, die sie vor dem Hintergrund der Einführung von Routinen in einem ersten Schritt unmöglich macht, genau in dieser Form Entscheidungen über Routinen jedoch erst möglich macht. Die Konstruktion ist paradox, aber das muß sie nach ›postmodernen‹ Vorgaben auch sein, um überhaupt glaubwürdig zu sein« (Baecker 2000, 100).

29 Vgl. Luhmann (2000c, 222ff.).

rung leistet, die Orientierung an einer einzigen Positiv-negativ-Unterscheidung wie Haben/Nichthaben, Wahrheit/Unwahrheit, Recht/Unrecht. Selbstverständlich binden sich Organisationen, sofern sie in bestimmten Funktionssystemen tätig werden, an deren Codes [...], aber damit allein sind die Grenzen bestimmter Organisationssysteme noch nicht markiert [...]. Entscheidungsprämissen sind demnach auf der Ebene der Organisationssysteme das funktionale Äquivalent für die Codierung der Funktionssysteme. [...] Aber sie sind, im Unterschied zu den Codes der Funktionssysteme, veränderbar, wenn auch nur in ständiger selbstreferenzieller Anpassung an das, was im Moment nicht zur Disposition steht«.³⁰

Auf einer noch fundamentaleren Ebene werden die Entscheidungsgrundlagen von Organisationen durch so genannte Entscheidungsprogramme festgelegt. Diese Programme legen Kausalrelationen fest. Dies geschieht entweder in inputorientierten Programmen, in Konditionalprogrammen, die jeweils die Bedingungen benennen, auf die dann entsprechende Konsequenzen folgen sollen, oder in outputorientierten Programmen, in Zweckprogrammen, in denen über festgelegte Zweck-Mittel-Relationen bestimmte Projekte verfolgt werden. Mittels dieser Entscheidungsprogramme gelingt es Organisationen, die Entscheidungskomplexität erheblich zu reduzieren. Die Zweckorientierung lässt die Nebenfolgen des Handelns in den Hintergrund treten, man braucht sie nicht mehr zu thematisieren. Umgekehrt: Wenn man entschieden hat, seine Operationen problemorientiert anzuschließen, dann muss man sich nicht allzu viel mit den Ergebnissen herumschlagen.

Während einer Abteilungsbesprechung einer onkologischen Abteilung:

Chefarzt Prof. Wieners: Gab es Todesfälle oder schwierige Therapieentscheidungen?

Oberarzt Prof. Krause: Jetzt zwei Patienten mit einer Nierentransplantation. Jetzt durch die Immunsuppression, das wollte ich mal ansprechen. Einer hatte jetzt leider eine CD-20-Antikörpertherapie, die nicht angesprochen ist. War jetzt ambulant bei mir, ist jetzt gerade ohne Symptomatik, dann ...

Ärztin im Praktikum: Herr Kreisling, 42 Jahre, Lebermetastasen

Oberarzt (nennt Details zur Chemotherapie): Die Tumormasse geht jetzt langsam zurück, die Leber war jetzt zu zwei Dritteln befallen, dann noch ein Ikterus

Chefarzt Prof. Wieners: Das sind jetzt so Fälle, die man nur schlecht

³⁰ Luhmann (2000c, 238f.).

behandeln kann. Ich hatte neulich einen Fall mit polyploiden Zellkernen gesehen, da müssen wir jetzt sehen, wie weit wir hier die Behandlung überhaupt noch machen können ... kommen ja dann die ganzen Infektionen noch hinzu ...

Oberarzt: Dann noch Angioneogenesehemmer?

Chefarzt: Gute Ideen, das können wir dann auch noch probieren! [...]

Chefarzt: Und dann bei Herrn Blacher? (schaut den Stationsarzt der zweiten Station an)

Stationsarzt Dr. Blacher: Eine Patientin, der hat der Tumor das Gesicht zerfressen, auch die Zunge, stufenweise Resektion, Notfallbestrahlung des Mundes ...

Chefarzt: Das sind alles sehr schwierige Fälle, das kann dann auch mal die Kraft der Stationsärzte aufzehren. Da müssen Sie sich jetzt gegenseitig stützen. Ist dann eine hohe Verantwortung, die Sie tragen.

Beobachtungsprotokoll, geführt auf einer hämatologischen Station eines Universitätsklinikums (Vogd 2004b, 259).

Für medizinische Organisationen, die angesichts unheilbarer Krankheiten ihrer Klienten permanent mit den Misserfolgen ihres therapeutischen Handelns konfrontiert sind, ist es üblich, Konditionalprogramme zu verwenden, d. h. die internen Evaluationskriterien für eine erfolgreiche Arbeit nicht an den Therapieausgang, sondern an die Therapievollzüge zu koppeln. Ob beispielsweise die in Betracht gezogene Chemotherapie wirklich heilt oder zumindest einen Gewinn an Lebensqualität und Lebenslänge verspricht, ist dann für das Krankenhaus nur von sekundärem Interesse. Wichtiger scheint nun für die Ärzte, dass man überhaupt eine Therapie für das Problem der Krankheit anzubieten hat, und nur auf dieser Ebene können die Ärzte und Pflegekräfte in ihren Handlungsorientierungen die Sicherheit gewinnen zu wissen, was sie zu tun haben.

An dieser Stelle ist nochmals klarzustellen, dass Organisationen aus systemischer Perspektive kommunikative Zusammenhänge sind. Als Mitglieder von Organisationen kommen zwar auch Personen vor, doch diese fungieren hier als kommunikative Adressen, über die sie als spezifische Rollenträger angesprochen werden können. Das psychische Innenleben der betroffenen Akteure steht damit außerhalb des Organisationssystems und ist entsprechend zu dessen Umwelt zu rechnen. Mit Blick auf einen humanistischen Anspruch mag diese Lagerung zunächst als unbefriedigend empfunden werden, doch analytisch beschreibt sie die Verhältnisse genauer als ein vorschnelles Ineinanderschieben von Erleben, Handeln und kommunikativen Prozessen. De facto gilt für Organisationen: Das ›wirkliche‹ Innen-

leben der Mitarbeiter interessiert nicht, denn wer fragt schon, ob ein Stationsarzt glücklich ist oder nicht. Ihre subjektiven Wünsche oder Vorstellungen müssen keineswegs mit den Zielen der Organisation übereinstimmen. Alltagspraktisch stellt die Differenz von Rolle bzw. Position und Subjekt für Organisationen kein Problem dar, denn »es genügt ihr für die Fortsetzung ihrer eigenen Operationen, die Einheit von Individuum und Person als operative Fiktion zu unterstellen«.³¹

Stationsarzt Dr. Dölling: Wir sind alle erpressbar, das ist ganz klar, allein von diesem hierarchischen System her und man ist immer deutlich mehr erpressbar auf dem Weg zum Facharzt. [...] Na ja, zum Facharzt brauch man ne gewisse Zahl von Operationen, das heißt also, man muss irgendwie rankommen und man muss nicht dumm auffallen und hinterher ist es eigentlich egal, ob man die Galle mehr operiert hat oder nicht, entweder man kann's oder man kann's nicht! [...]

Beobachter: Na gut, das ist so quasi das Sanktionsmittel, der OP-Plan?

Dr. Dölling: Das wird keiner Ihnen so aussprechen. Das ist aber so. [...] Zumindest, es wird kein Mensch sagen »du hast OP-Verbot«, das wird kein Mensch sagen [...], wie soll ich sagen, äh das ist, das ist ne ganz subtile Art und Weise, so ne Abteilung von seinem Personal her zu steuern, [...] also man kann mit einem kleinen Namen auf dem OP-Plan viel anrichten. Ich denke oft, ist da eine gewisse Gedankenlosigkeit dabei. Ich denke aber schon, dass es gelegentlich mal als Druckmittel angewendet wird. Wenn man hinterfragt: »Nein, nein, um Gottes willen, natürlich nicht.« Aber ist ja klar: Das ist eine Macht, die man ausspielen kann. [...] Das ist tatsächlich: Wenn ein Kollege zwei oder drei Tage nicht auf dem OP-Plan erscheint, dann kommt schon eine Bemerkung »Na, ich hab wohl OP-Verbot, was hab ich'n eigentlich angestellt?« oder so. Obwohl es irgendwo albern ist, ne? Aber es wird so empfunden.

Chirurgischer Altassistent im Interview mit dem Autor (Vogd 2004b, 216).

Die symbolische Einheit »Person« ist üblicherweise für eine Organisation adressierbar und mit ihrem rollengemäßen Verhalten kann gerechnet werden, denn das Problem der Bindung von Individuen an Organisationen – die Bereitschaft, die ganzen Zumutungen zu ertragen – löst sich durch die Integration der unterschiedlichen Perspektiven in der so genannten Karriere. Hier verbinden sich die biografischen Interessen nach beruflichem Aufstieg mit den Erwar-

³¹ Luhmann (2000c, 90).

tungen von Organisationen an die von ihnen ausgewählten Personen. Die Karriere bietet das stabilisierende Moment, das »es sowohl den Individuen als auch den Organisationen ermöglicht, die Entscheidungskontingenzen zu ertragen und zu nutzen. [...] Und Karriere ist als Form für strukturelle Kopplung genau deshalb stabil, weil sie nichts anderes ist als in Form gebrachte Kontingenz«.³² Der wichtigste Mechanismus der Organisation, welcher dazu dient, ihre Mitglieder zu konditionieren, besteht dann darin, über die Inklusion bzw. Exklusion von Karrierechancen zu entscheiden. Erst hierdurch gelingt es den Organisationen wirklich, ihre Mitglieder zu ihren Entscheidungen zu verpflichten. Man verspricht sich etwas davon mitzumachen (und sei es nur die monatliche Auffüllung des eigenen Kontos). Dass damit innerhalb von Organisationen allgemeine Werte wie ›Freiheit‹, ›Partizipation an einem herrschaftsfreien Diskurs‹, ›Chancengleichheit‹ und ›Gerechtigkeit‹ suspendiert sind, wird durch die Chance kompensiert, dem Lebenslauf eine bestimmte Form geben zu können (und sei dies nur die Hoffnung, weiterhin im erlernten Beruf arbeiten zu können).

Grenzen von Organisationen

Nachdem die Reproduktionsmechanismen von Organisationen und die sich hieraus ergebenden Dynamiken ausführlicher erörtert wurden, stellt sich die Frage nach den Grenzen von Organisationen. Die Behältermetapher hilft hier nicht weiter, denn Organisation ist nicht das, was sich in einem konkreten, architektonisch klar umrissenen Gebäudekomplex abspielt, sondern konstituiert sich auf der Ebene der Koordination von Kommunikation und Handlungen. Nur hier wird auch die Frage der Exklusion und Inklusion in organisationale Prozesse beantwortet. Organisationen bestimmen qua Entscheidungskommunikation selber über ihre Grenzen. Auf einer personalen Ebene geschieht dies über Entscheidung und Einführung von Mitgliedschaftsrollen. Diese sind üblicherweise mit einer Formalisierung von Verhaltenserwartung und entsprechenden Arbeitsstellen verbunden, was dann mit einer horizontalen und vertikalen Ausdifferenzierung der Organisation einhergeht (Hierarchie, unterschiedliche Abteilungen etc.). Auf kommunikativer Ebene werden die Grenzen der Organisation durch die von ihr selbst gesetzten thematischen Relevanzen und die hieraus folgenden Entscheidungen abgesteckt.

32 Luhmann (2000c, 102).

Oberärztin Dr. Puls: Der Gynäkologe vom Krankenhaus Burgtal wollte auch bei der Operation dabei sein.

Dr. Peters (leitender Oberarzt): Den Gynäkologen möchte ich aber nicht dabeihaben.

Dr. Puls: Er hat es mir gesagt, ich solle ihm Bescheid sagen.

Dr. Peters: Das nehme ich auf meine Kappe ... Sie haben es mir gesagt, und ich habe es nicht gehört.

Beobachtung auf einer chirurgischen Station (Vogd 2004b, 243).

Die Organisation findet damit auch nach innen ihre Grenzen, indem nämlich die Mitglieder in ihren Interaktionen sowohl zur Reproduktion der Organisation beitragen als auch anderes verfolgen und thematisieren können.³³ Die ›innere‹ Grenze der Organisation wird damit durch den fehlenden Zugriff der Organisation auf die Psyche und Interaktionen der Einzelakteure bestimmt. Diese erscheinen dann konsequenterweise in der Luhmannschen Konzeption auch als ›Umwelt‹ der Organisation.

Nach ›außen‹ findet die Organisation entsprechend ihre Grenzen in jenen Personen und korporativen Einheiten, denen nicht qua Mitgliedschaft eine verpflichtende Bindung an die Beschlüsse der Organisation unterstellt bzw. zugerechnet werden kann. Das Geflecht der Kooperationen aus Kunden, Zulieferern, externen Beratern etc. addiert sich entsprechend dieser Perspektive nicht zu einer ›Superorganisation‹.

Ein solches Arrangement kann jedoch demgegenüber als ein Netzwerk beschrieben werden, in dem jeweils organisatorisch autonome Einheiten in eine komplementäre und zugleich kompetitive Beziehung zueinander treten. Da ein unmittelbarer Durchgriff über die hierarchievermittelte Entscheidung der einen Organisation auf den jeweils anderen Netzwerkpartner nicht möglich ist, entsteht hier etwas Neues – nämlich ein Spiel wechselseitiger Kontrollversuche, in dem die beteiligten Partner zugleich ihre eigenen Identitäten zu wahren suchen. Hiermit kommen wir zu der analytischen Perspektive der Netzwerktheorie, die ein Kapitel weiter ausführlicher vorgestellt werden wird.

33 Vgl. Kieserling (1999, 335ff.).

Organisationale Selbstbeobachtung

Wie jede Kommunikation flaggen auch Organisationen Beobachtungen aus, die sich auf die Reflexion ihrer eigenen Prozesse beziehen. Moderne Organisationen differenzieren verschiedene institutionalisierte Beobachterpositionen aus, von denen aus jeweils spezifische Perspektiven auf die organisationalen Prozesse entwickelt werden. Die markanteste Position ist das Management bzw. die Führung, die scheinbar zugleich innerhalb als auch außerhalb der Organisation stehen und aus dieser dynamischen Reflexionsperspektive Ist- und Sollbilder der Organisation produzieren kann. Diese münden dann in Steuerungs- und Veränderungsentscheidungen, die gerade deshalb möglich werden, weil die Führung in Hinblick auf die von ihr zu leitenden Organisationen zwischen distanzierten als auch involvierten Beobachtungsverhältnissen oszillieren kann, also zugleich Verantwortung übernehmen als auch abweisen kann.

Über das Management hinausgehend haben größere Organisationen in der Regel eine Reihe weiterer Beobachterspositionen entwickelt, die ihrerseits Beschreibungen und Bilder der Organisation erzeugen, welche dann in die Entscheidungsprozesse der Organisation einfließen können.

Der Betriebsrat reflektiert die Organisation in Hinblick auf das Verhältnis von Arbeit und Kapital, die Frauenbeauftragte in Bezug auf die Geschlechterverhältnisse, die Kommunikationsabteilung in Referenz auf die Selbstdarstellung, das Corporate Design in Hinsicht auf das Verhältnis von Form und Inhalt, das Accounting in Beziehung zu den projektierten Kostenrechnungen, die Personalentwicklung in Bezug auf Weiterbildungs- und Qualifikationschancen, das Qualitätsmanagement in Hinsicht auf Ist-Soll-Vergleiche ausgewählter Struktur-, Prozess- oder Outcome-Parameter. Die Revision liefert neben dem Management eine Zweitbeschreibung der Organisation, die aufgrund der Handlungsentlastung des Gremiums andere Vertrauensressourcen erwarten kann.

Daneben können Beobachtungsorte etabliert werden, die sich auf die ökologische Einbettung der Organisation in die Gesellschaft kaprizieren. Stellen für Corporate Social Responsibility (CSR), rechtliche Compliance, aber auch Ethik-Kommissionen bilden Beobachter, welche die Organisation in Hinblick auf die normative und moralische Kommunikation der Restgesellschaft reflektieren.³⁴

Die moderne Organisation ist hiermit eine vielfältig beobachtete und reflektierte Organisation. Mit und in ihr entstehen mannigfaltige

34 In Bezug auf die gesellschaftliche Einbettung sei hier auf Nico Stehrs (2007) Untersuchung zur Moralisierung der Märkte hingewiesen.

Sprecherpositionen, die in Hinblick auf Entscheidungen jeweils ihre eigene Rationalität einfordern.

Entsprechend der formtheoretischen Maxime »draw a distinction«³⁵ erzeugt jeder dieser Sprecher zugleich seine eigenen Markierungen und Unterscheidungen und wird damit instruktiv, wobei jedoch die Selektivität der Unterscheidung im Bereich des ›blinden Fleckes‹ bleiben muss. Jeder Beobachter mag zwar gleichsam totalisierend seine eigene Relevanz beanspruchen. Die Gesamtorganisation kommt jedoch von keiner Perspektive aus in den Blick. Der *unmarked space* des Nicht-Thematisierten (und in der Regel auch Nicht-Thematisierbaren) all jener stillschweigend mitlaufenden Prozesse, welche etwa die Leistungsvollzüge von Organisationen wie dem Krankenhaus ermöglichen und tragen, sind nicht einmal annäherungsweise durch organisationsinterne Prozesse beobachtbar. Wie jedes Kommunikationssystem kann auch die Organisation sich nur auf Basis ihrer eigenen Operationen orientieren. Die Pluralisierung ihrer Beobachtungs- und Reflexionsmöglichkeiten erscheint entsprechend wie jede Form des Komplexitätsmanagements ambivalent. Einerseits erscheint die Anfertigung der vielfältigen Beschreibung ihre Flexibilität und Anpassungsfähigkeit zu erhöhen. Doch hierfür ist zugleich der Preis zu zahlen, dass dies nur in Verbindung mit der Entropisierung organisationaler Kommunikation zu haben ist. Denn sobald auf allen Ebenen eine Entscheidungskomplexität aufgeworfen wird, die ein Noch-mehr an Organisation einfordert, verlieren im Hinblick auf andere kommunikative Plausibilitäten – etwa dem Handlungsdruck im Angesicht von Krankheit – die organisationalen Kommunikationen immer mehr an Wert. Der einzelne Beobachter mag dann zwar die vielfältigen Beobachter der Organisation weiterhin mitführen (denn vielleicht kann man dann doch gelegentlich die eine Information gebrauchen), wird aber dann den von ihnen entworfenen Bildern und Beschreibungen in der Regel nicht allzu viel Aufmerksamkeit schenken.

Im Folgenden möchten wir mit dem Controlling, der Qualitätssicherung und der Evaluation sowie dem Management auf Orte der organisationalen Selbstbeobachtung ausführlicher eingehen, da im Zuge der Bemühungen um eine Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung mit diesen Positionen besondere Hoffnungen verbunden werden.

35 Spencer Brown (1972).

Controlling

Aus systemtheoretischer Perspektive ergeben sich die Rationalitätsdefizite in Organisationen nicht nur daraus, dass auf der einen Seite die harten, technischen und ökonomischen Fakten stehen und auf der anderen Seite die weichen, kulturell bedingten Semantiken, sondern die Ökonomie steht selbst in ihrer nackten Fixierung auf Haben und Nichthaben vor dem Problem der Kontingenzbewältigung. Sie steht vor dem Problem, dass sie selbst unter dem Blickwinkel reiner ökonomischer Funktionalität nicht über objektive Kriterien verfügt, wie sie ihre Daten zu produzieren, zu selektieren, zu aggregieren und in Bezug auf die Zeitdimension zu verrechnen bzw. zu bewerten hat. Vielmehr müssen wir auch in Hinblick auf die ökonomischen Tatsachen – dies hat die soziologische Accounting-Forschung mittlerweile deutlich aufgezeigt³⁶ – von einer »Multivalenz ökonomischer Fakten« ausgehen.³⁷ Durchaus auch im Sinne des account-Begriffs der Ethnomethodologen³⁸ stellt sich nun auch für ökonomische Tatsachen die Frage, wie »eine Ordnung der Ähnlichkeit und damit zugleich der Unähnlichkeit zwischen Transaktionen hergestellt, oder in Begriffen der Wissenssoziologie: eine Typologie der Transaktionen erzeugt« wird.³⁹

Ökonomische Steuerungsprozesse sind zwar nun wie in der konventionellen Beschreibung weiterhin als Arbeiten an der Differenz von ›Ist‹ und ›Soll‹ zu verstehen. Dieser Prozess ist jedoch davon abhängig, dass bestimmte Daten mit anderen ausgewählten Daten verglichen werden, um dann in einer festgelegten Rechenprozedur neue Daten zu erzeugen. Die produzierten Daten haben allein schon auf Grund der ›Kraft des Faktischen‹ eine Orientierungsfunktion. Sie stellen eine Markierung dar, die Anschlüsse herausfordert. Andere ökonomische Bilder als die, welche durch die Daten produziert wurden, gibt es nicht. Controlling eröffnet zwar per se vielfältige Möglichkeiten, wie Daten in unterschiedlicher Weise in Beziehung gesetzt werden können, handlungspraktisch kann jedoch nur eine begrenzte Zahl von Bildern erzeugt werden, die ihrerseits auf kontingenten Setzungen beruhen.

Selbst wenn eine Organisation über ein Controlling verfügt, das die blinden Flecke der eigenen Setzungen reflexiv bearbeitet und entsprechend komplexe Abbildungen zu erzeugen in der Lage ist, ergibt sich das Problem, dass diese Komplexität in Hinblick auf die

36 Siehe etwa Lavoie (1987), Boland (1989) und Baecker (1992).

37 Brosziewski (2002, 93).

38 Hier wird die Rechenschaft und Legitimation in den Vordergrund gerückt (vgl. Garfinkel 1974; 1986).

39 Brosziewski (2002, 95).

Entscheidungskommunikation der Organisation wieder reduziert werden muss. Dem Management oder den einzelnen Abteilungen kann jeweils nur eine auf wenige Variablen begrenzte Darstellung vermittelt werden. Nur einfache Bilder sind hinreichend selbst plausibilisierend, als dass sie andere Prozesse instruieren können. Komplexere Abbildungen gehen unter der Last der konkurrierenden Informationsströme im Rauschen unter.

Beispielsweise stellt dann im Krankenhaus die für eine Fallpauschale zu veranschlagende Liegezeit ein plausibles Referenzkriterium dar, um ein Bild von Differenzen in der Behandlungspersormance zeichnen zu können. Ein Haus allein nach diesem Kriterium auszurichten, kann zu paradoxen ökonomischen Effekten führen, da nun mehr Kosten in die kurzen Liegezeiten eingelagert werden können. So konnte beobachtet werden, dass die Ärzte, um dem Primat der kurzen Liegezeiten zu entsprechen, insbesondere bei den komplexen Fällen schneller und parallel prozessierend teure diagnostische Verfahren einsetzen, die sich dann im Nachhinein als unnötig erweisen.⁴⁰ Die komplizierte Kalkulation, ob der Aufwand für aufwändigere und unnötige technische Prozeduren den pflegerischen Aufwand aufwiegen, der für eine längere Liegezeit in Kauf zu nehmen wäre, wird hier jedoch nicht geleistet.

»[I]ch kenne Medizincontroller-Kollegen, die haben früher auch die EDV geleitet, aber die haben immer wieder das Problem, dass sie in diese medizinische Expertise nicht hinein argumentieren können. Und an der Stelle haben sie ein Problem mit der Augenhöhe.« (MC4, 237)

»An der Stelle hat der Arzt immer einen Informationsvorsprung, den er auch ausnutzen kann, und der es auch häufig tut. Als Nichtmediziner kommt man da häufig in eine Diskussionssackgasse. Wenn der Arzt beispielsweise sagt, diese Diagnostik, diese Therapie ist notwendig, um halt eben das Krankheitsbild genau zu definieren, dann kann der Nichtmediziner nur schwer sagen: ›Sie haben aber bei diesem Patienten in der gleichen DRG dreißig Laborleistungen gebraucht, und bei jenem aber nur fünf. Warum haben Sie so große Spannbreiten.« Dort kommt man ganz schnell in eine Diskussionssackgasse, aus der man als Nichtmediziner nicht mehr rauskommt. Selbst wenn man entsprechende Fortbildungsveranstaltungen besucht, das ist praktisch unmöglich« (MC3, 164)«

»Die Wirtschaftler durchschauen vieles nicht, sie versuchen zwar immer die krankheitsimmanenten Prozesse zu abstrahieren und allgemeine Strategien zu entwickeln, abzuleiten, aber letztlich merken wir, dass sich diese Abstraktion auf der Arbeitsebene nicht abbilden lässt [...] da wir uns in einer Situation befinden, wo wir es dauernd mit

40 Siehe Vogt (2006).

unvorhergesehenen Dingen zu tun haben, sei es durch Krankheit von Mitarbeitern, sei es durch akute Notaufnahmen, die dann auch ein rasches anderes Handling erfordern, oder sei es durch Absagen von Patienten, durch unvorhergesehene Probleme, beispielsweise dass ein Brief noch schnell fertiggestellt werden muss, weil der Patient doch einen Tag vorher noch verlegt werden kann, durch viele unvorhergesehene Dinge lassen sich solche Dinge nicht so gut planen auf der stationären Ebene« (DRG2, 119)«

Zwei Medizincontroller und ein DRG-codierender Arzt im Interview.
Geführt und ausgewertet von Jan Hovanek (2009, 71, 72 und 83).

Noch komplexer ist die Beurteilung der systemischen Kosten von ökonomischen Reflexionen, die an der Verknappung wissensbasierter Arbeitsleistungen, der Zeiteilung von Arbeitsprozessen oder der Standardisierung von Behandlungsroutinen ansetzen, da kein Modus Operandi besteht, den Gewinn an Rationalität gegenüber den Kosten für den Verlust an *requisite variety* abzuschätzen. Mit Sibbel gilt darüber hinaus, dass bei vielen gesundheitsbezogenen Dienstleistungen die Leistungsprozesse nur schwach determiniert sind. Bei entsprechendem Behandlungsangebot bleibt unbestimmt, was denn jetzt eigentlich genau nachgefragt wird bzw. was ohne Folgen gekürzt oder weggestrichen werden kann (es lassen sich z. B. keine generellen Aussagen machen, wie viel ärztliche Kontaktzeit zur Behandlung eines bestimmten Krankheitsbildes notwendig sei).⁴¹

Dienstag, 14.9., 10:40 Uhr. Auf der internistischen Station vor dem Stationszimmer. Eine Patientin wird von ihrer Tochter abgeholt. Der Pfleger sucht die Arztbriefe und fragt bei Dr. Kardel nach, ob der Brief nicht schon fertig sei. Die Ärztin antwortet, dass der Brief an der üblichen Stelle, am Fensterbrett liege.

Pfleger: Wir haben die Briefe vertauscht. Frau Meier hat den von Frau Müller mitbekommen. Ich habe jetzt schnell noch eine Kopie gemacht und den gebe ich dann mit.

Dr. Kardel (mit einem Augenzwinkern zum Beobachter): Darfst du jetzt gar nicht aufschreiben, was hier geschieht. Patienten entlassen und nur kurz gesehen. Den falschen Arztbrief. Früher habe ich den Patienten immer selbst den Arztbrief übergeben und noch ein paar Worte gesagt. Dafür ist dann heute auch keine Zeit mehr.

Beobachtung aus dem Jahr 2004 (Vogd 2006, 219).

41 Sibbel (2004).

Insbesondere in Verbindung mit EDV-basierten Lösungen, die bestimmte Pfade der Datengenerierung und Verteilung auf Dauer stellen,⁴² erzeugen Controlling-Technologien einerseits wirkmächtige Abbildungen, die entsprechend in organisationale Prozesse eingreifen können. Doch je instruierender die hierdurch aufgespannten Beobachtungsverhältnisse werden (d. h. umso mehr sie anderen Prozessen ihren Code aufzwingen), desto mehr stellt sich die Frage nach den blinden Flecken dieses Beobachters.⁴³

Qualitätssicherung, Evaluation und Akkreditierung

Qualitätssicherung und Evaluation der Organisation stellen Beobachter der Organisation dar. Sie machen Unterschiede, indem sie die ›Messung von Qualität‹ einführen. Sie erzeugen einen logischen Raum, der selbstplausibilisierend Sachzwänge ins Spiel bringt, entsprechend derer man die Qualität von Leistungen, Prozessen und Strukturen nicht einfach sich selbst überlassen sollte. Mit Blick auf die Frage ihrer Messung könnte man entsprechend für die Qualitätssicherung den Code bestimmte Qualität/unbestimmte Qualität formulieren. Qualitätssicherung und Evaluation erzeugen aus dieser Perspektive homolog zu den anderen gesellschaftlichen Kontexturen eine totalisierende Weltsicht, da man entsprechend ihrer Eigenlogik prinzipiell alle Vorgänge durch evaluative Abbildungen bearbeiten und verbessern könnte.

Evaluationen erzeugen Vergleichshorizonte und stellen in diesem Sinne eine spezifische Form der Beobachtung dar, welche Präferenzen erzeugt und Bewertungen nach sich zieht. Ihre Vergleiche implizieren,

42 Vgl. hierzu wieder Brosziewski (2002).

43 Auf die ökonomische Eigendynamik des Verwaltungsbereichs weisen insbesondere die Untersuchungen von Woolhandler et al. (2003) hin, die deutlich werden lassen, dass unter bestimmten gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen der Verwaltungsaufwand für Krankenbehandlungen gigantisch steigen kann. Dass die institutionellen Eigendynamiken der Versorger ebenso wie die technologisch-medizinische Innovation als die wesentlichen Kostentreiber des Medizinsystems anzusehen sind, zeigt etwa Bodenheimer (2005a; 2005b; 2005c) auf. Fulop et al. (2005) weisen nach, dass die Fusion verschiedener Anbieter der Gesundheitsversorgung unter einem Dach nicht automatisch in eine höhere ökonomische und organisatorische Rationalität münden muss. Im gleichen Sinne führt die Reduktion der Bettenzahlen eines Krankenhauses nicht unbedingt zu ökonomischeren Behandlungsprozessen (Kroneman/Siegers 2004).

dass es bessere und schlechtere Ergebnisse gibt. Sie bilden hiermit ein Steuerungsinstrument, das Erstere zu fördern beansprucht und zugleich Anreize liefert, Letztere zu vermeiden.⁴⁴ Wie jeder Beobachter erzeugen sie jedoch blinde Flecken.

Im Sinne der Paradoxie der Einheit der Unterscheidung ergibt sich etwa die Frage, ob die bestimmte Qualität ›wirklich‹ bessere Ergebnisse erzielen lässt als die unbestimmte Qualität.

Sobald man Qualitätssicherung und Evaluation vorrangig als kommunikative Vorgänge begreift, ist keineswegs mehr selbstvident, dass die Anwendung von Evaluationsverfahren die Verhältnisse zum Besseren kehrt. Ob die Mess- und Bewertungsprozesse von den ›wirklichen‹ Leistungsvollzügen so stark entkoppelt sind, dass kaum mehr ein sinnvoller Zusammenhang zwischen den erhobenen Parametern und dem bewerteten Gegenstand herzustellen ist, oder ob gar paradoxe Effekte auftreten, etwa in dem Sinne, dass Fehlanreize gesetzt werden, welche die eigentliche Arbeit korrumpieren, lässt sich nicht aus der Evaluation oder Qualitätssicherungsmaßnahme selbst heraus beantworten, sondern setzt die Einbeziehung umfassenderer Reflexionskontexte voraus.

Eine Evaluation, ein Qualitätsmanagement, eine Zertifizierung oder Akkreditierung können ihre Geltung letztendlich nur performativ zum Ausdruck bringen.

Man zeigt, dass evaluiert, akkreditiert und die Qualität gesichert wurde und generiert damit eine kommunikative Selbstplausibilisierung, die Anschlussfragen allein schon deshalb ins Leere laufen lässt, weil man in der Regel nicht die Zeit hat, komplexere Reflexionen zu beginnen.

»Bemerkenswert ist auch die rapide Zunahme von Expertensystemen in allen gesellschaftlichen Bereichen. Die Medizintechnik ist so anspruchsvoll geworden, dass sie gleich mit Full-Service-Wartungsverträgen gekauft werden muss, weil niemand die komplizierte Funktionsweise versteht. Qualitätssicherung ist ebenso ein Feld von Experten, und wer würde sich ernsthaft trauen, die Zertifizierung eines Brust- oder Darmzentrums ohne die kleine Schar von Insidern anzugehen? Der Abschluss von neuartigen Leistungsverträgen, zum Beispiel im Disease-Management oder der integrierten Versorgung, ist so komplex und zeitraubend, dass wir uns fragen sollten, wie denn eigentlich das lang erwartete und befürchtete Einkaufsmodell der Kassen praktisch bewältigt werden soll, ohne eine Heerschar von Spezialisten in Vertragsangelegenheiten – die auch von irgendjemand bezahlt werden müssen. Tatsächlich versteht kaum noch jemand die Systeme der anderen und vertraut darauf, dass diese (mithilfe der Experten) irgendwie ihren Zweck erfüllen. Daraus resultiert ein Gefühl

44 Siehe in gleichem Sinne Thygesen (2010).

der Verlorenheit, das tendenziell zum Rückzug in das eigene Ich führt und den Einzelnen schrittweise aus gesellschaftlichen Verbindlichkeiten löst«

Holger Richter, Geschäftsführung Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide gGmbH (Richter 2008, 1148)

Insofern die Bestimmung an relativ harten Fakten vorgenommen wird (z. B. Menge der Keime in Operationssälen, Fehldiagnosen aufgrund vertauschter Laborproben, Blutverlust bei chirurgischen Eingriffen etc.) fällt die Paradoxie der evaluierenden Wertkommunikation nicht allzu sehr ins Gewicht, da über die Kommunikation des Geschehens hinausgehend die sinnliche Evidenz der zu vermeidenden Problemlagen offensichtlich ist. Hinreichend triviale Gegenstände lassen sich in der Regel evaluieren, ohne dass der zu evaluierende Gegenstand von der Evaluationskommunikation korumpiert wird.

Das Problem beginnt, sobald komplexere Vorgänge evaluiert werden sollen, etwa Organisationen und wissensbasierte Dienstleistungen, da hier die Beziehungen zwischen den der Evaluation zugrunde liegenden Parametern und den Eigenschaften des zu bewertenden Gegenstandes nicht mehr trivial sind, sondern ihrerseits hochgradig durch Kommunikation formatiert sind.

Wie etwa Knudsen jüngst systematisch herausgearbeitet hat, birgt die ›Beobachtung‹ der Qualität von Gesundheitsdienstleistungen insbesondere folgende blinde Flecken:⁴⁵

- Qualitätsmessungen sind in der Regel blind gegenüber den eigentlichen Konstituenten von Qualität. Wichtige Bedingungen für das Gelingen von verzahnten Behandlungsprozessen lassen sich nicht in standardisierten Formaten erheben (zu nennen sind hier etwa der Einfluss der ökonomischen Rahmenbedingungen, die Ausbildung der Mitarbeiter, die Verteilung von Wissen, das Selbstverständnis der Professionen, die intrinsische Motivation der Leistungsträger oder die wichtige Fähigkeit, widersprüchliche Einheiten balancieren zu können).
- Qualitätsmessungen sind blind gegenüber der Unterscheidung zwischen Beobachtetem und Nicht-Beobachtetem und suggerieren entsprechend, die Relevanz der von ihr gemessenen Observablen überzubewerten.
- Nicht zuletzt ist die Qualitätsmessung blind gegenüber den Effekten, welche die Messung auf die zu messenden Verhältnisse ausübt (so ist es möglich, dass sie Arbeitslasten generiert, welche Res-

45 Knudsen (2010)

sources von medizinischen und pflegerischen Leistungsvollzügen abzieht, oder es werden Anlässe gegeben, welche die intrinsische Motivation der Leistungseliten zugunsten einer stärkeren Orientierung auf extrinsische Anreize aufbrechen).

»Ich war 20 Jahre lang jedes Jahr ein-, zweimal in Amerika. Da habe ich das ja mitgekriegt. Dann kannten wir hier das Wort Qualitätssicherung noch gar nicht. Die haben ja 1983 in diesem Medicare System eben DRGs eingeführt. Da kam sofort Qualitätssicherung auf. Da war Reagan-Administration. Selbst die haben dann Geld gegeben, um so ein Institut für Qualitätssicherung zu machen, was bei uns lange gedauert hat, bis die überhaupt mal auf den Trichter kamen, dass wenn sie schon so einen Unsinn machen wie diese Art von Finanzierung, dass man dann wenigstens Qualitätssicherung machen muss. Ich habe auch viel größere Hoffnungen am Anfang da reingesetzt, als sich jetzt im Laufe der Zeit rausgestellt hat, als man wirklich realistischerweise haben kann. Ich bin da am Anfang auch, nur weil wir so etwas in Deutschland überhaupt nicht hatten, darauf reingefallen. Ich dachte auch, ja, das wäre ja mal eine Sache, sozusagen den Gebrauchswert in den Vordergrund zu stellen in der Medizin, was ja auch was Neues wäre.

In Amerika habe ich Interviews in Krankenhäusern gemacht. Da hatte ich gleich am Anfang ein ziemlich bezeichnendes Erlebnis. Ich fragte die dann also nach quality insurance und so. Dann guckten die mich so an und haben gedacht, dass sie mich vielleicht sprachlich nicht richtig verstehen. Dann haben die sich untereinander kurz so angeguckt und dann sagt er auf einmal, ach, ja, der meint diese Kostenkontrolle. Da war es so, dass es da ein Qualitätsteam in diesem Krankenhaus gab. Die bestanden aus einem Arzt, aus einem Controller und aus einer akademisch gebildeten Nurse. Die sind dann halt von Abteilung oder von Station zu Station, die haben dann gecheckt, die Amis nannten das getrendet. »Haben sie dich schon getrendet?«, fragte der Arzt seinen Kollegen. Getrendet. Die haben dann eben geguckt, Liegedauer, der ist da eingeliefert worden, da ist er überhaupt erst untersucht worden, wie kommt das, das geht unmöglich und so. Bei denen kam das an ... Die wussten zwar, das heißt irgendwie quality insurance, aber bei denen kam das an, Kostenkontrolle und sozusagen auf den Trend gebracht werden.

Da hatte ich erst schon mal dann begriffen, dass eigentlich erst der Kontext entscheidet, was so ein Instrument tatsächlich ist. Wenn man den Kontext nicht kennt, dann kann man auch nicht wissen, was dieses Instrument macht, von da mal abgesehen, dass diese qualitativen Veränderungen da nicht erfasst werden«.

Hagen Kühn, ehemaliger Leiter der Forschungsgruppe Public Health am WZB, im Interview mit dem Autor im Juni 2009

Die Kontingenzen innerhalb der Qualitäts- und Leistungsbeobachtungen werden in der Regel an Orte verschoben, an denen sie nicht weiter stören (»displacement«). Man beruft sich etwa auf Standards, vorangegangene Entscheidungen, auf Expertenmeinungen, auf die Tatsache, dass andere genauso vorgehen, und all dies zusammengekommen behalten die »rituals of verification« in ihrer Weise insofern ihre Plausibilität, als dass sich den Forderungen einer »audit society« kaum entziehen lässt.⁴⁶ Sobald einmal als Instrument und damit als gesellschaftliches Reflexionsverhältnis etabliert, lässt sich entsprechenden Beobachtungen nur zu dem Preis entziehen, den Verdacht zu nähren, man habe etwas zu verbergen.

Man kann nun mit Knudsen feststellen, dass die vermeintliche Transparenz, welche Evaluationen erzeugen sollen, nur um den Preis neuer Blindheiten zu haben sind, doch dies ändert nichts daran, dass entsprechende Beobachter längst erfolgreich eingerichtet sind, also allenthalben mit Sprechern zu rechnen ist, welche plausibilisieren, dass bestimmte Qualität besser als unbestimmte sei. Unter den gegebenen kommunikativen Lagerungen besteht der Ausweg dann nur noch im Versuch, auch hier mehr Komplexität zu wagen. Entsprechend fordert Knudsen dann auch, die Qualitätssicherung auf Beobachtung zweiter Ordnung umzustellen, damit sie sich ihre blinden Flecken zugänglich machen kann, um Wege zu finden, komplexere Verhältnisse verarbeiten zu können.⁴⁷ Ein Weg hierzu ist beispielsweise die Idee, die Kriterien der Evaluation vom Gegenstand selbst festlegen zu lassen und diesen dann zu einer Selbstevaluation zu veranlassen (z. B. in Form von Teamevaluation oder Qualitätszirkeln etc.), die dann wiederum von anderen Beobachtern evaluierend reflektiert werden kann. Solche Formen des Qualitätsmanagements können dann beanspruchen, »näher dran« zu sein, ohne dabei jedoch den generellen Anspruch auf Qualitätsbestimmung aushöhlen zu müssen.⁴⁸

Wie gehen nun Organisationen mit ihren diesbezüglichen Beobachtungen um: Da Organisationen vielfältige Reflexionsverhältnisse gestalten, die unterschiedliche, oftmals inkommensurable Ansprüche generieren, wird auch die Evaluation und das Qualitätsmanagement bestenfalls in »loser Kopplung«⁴⁹ zu den jeweils anderen Beobachtern treten. Man tut das eine, unterlässt aber nicht das andere, wobei aus guten Gründen dann die eine Hand nicht weiß, was die ande-

46 Power (1997).

47 Knudsen (2010).

48 Wir treffen hier auf die Konzeption einer »Learning Organization« (Senge 1990), welche sich auf allen ihren Ebenen eine evaluierende Selbstreflexion zum Ziel setzt.

49 Weick (1998).

re tut.⁵⁰ Man entwickelt schizophrene Verhältnisse, entsprechend derer innerhalb derselben Organisation an verschiedenen Orten an gegenteiligen Wirkungen gearbeitet wird.⁵¹ Man lässt die Rede der unterschiedlichen Sprecher anschlusslos im Rauschen untergehen⁵² oder lässt sie zu rhetorischen Figuren mutieren, die in andern Kontexten genutzt werden können. Man entkoppelt action und talk⁵³ oder richtet sich einfach in einer Organisationskultur des Als-Ob ein, entsprechend derer man die vielfältigen kommunikativ gestellten Ansprüche formal bedient, aber inhaltlich nicht allzu wichtig nimmt.⁵⁴

Empirisch gibt es kaum Untersuchungen, die sich in fundierter Weise mit der Bearbeitung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in Organisationen beschäftigen, welche Gesundheitsdienstleistungen ausrichten. Eine Ausnahme stellt die Untersuchung von Iding zu einem Beratungsprojekt im Rahmen einer Zertifizierung zweier Krankenhäuser dar.⁵⁵ Iding kann hier aufzeigen, wie Management, Beratungsprozesse und die Praxen des Leistungsvollzuges auf einer oberflächlichen Ebene voneinander entkoppelt werden, um dann auf der Ebene der mikropolitischen Beziehung jedoch wieder neue Anschlussmöglichkeiten zu eröffnen, etwa als Legitimation der Führung oder als Anlass der unterschiedlichen professionellen Gruppen, die kommunikativen Grenzen der Berufsfelder aufrechtzuerhalten. Die Ergebnisse dieser Studie illustrieren eindrücklich, auf welchen unterschiedlichen Wegen Prozesse der Organisationsentwicklung in die Routinen des Alltags überführt werden.

Im breiten Feld der Akkreditierung von Programmen und Organisationen zeigt sich ein ähnliches Bild: Da innerhalb eines Akkreditierungsprozesses unangekündigte Studien praktisch nicht vorkommen,⁵⁶ bewertet der Akkreditierungsprozess zunächst nur, inwieweit es der betreffenden Organisation gelingt, sich mit ihren Präsentationen gegenüber der Akkreditierungsfirma darzustellen.

50 So dann Bateson (1993) im Sinne eines kybernetischen Plädoyers für Tabus und Kommunikationssperren.

51 Nach Simon (2007) können nur Organisationen, nicht jedoch Individuen mit Schizophrenie Erfolg haben.

52 Mit Knudsen (2006) begegnen wir hier mit der ›autolysis within organization‹ dem Gegenteil der Autopoiesis, nämlich dem durchaus auch aktiv betriebenen Vernichten von Information. Kommunikationen können ins Leere, ins Bedeutungslose laufen.

53 Brunsson (1989).

54 Vgl. Ortmann (2004).

55 Iding (2000; 2008).

56 Siehe zu diesem Problem aus Perspektive der Akkreditierungsforschung Greenfield et al. (2007).

Viele Studien zeigen zwar auf, dass Mitarbeiter aus den Gesundheitsberufen glauben, dass eine Akkreditierung die Qualität ihrer Einrichtung verbessert. In diesen Studien wurde jedoch nicht gleichzeitig in valider Weise erhoben, ob sich die entscheidenden Qualitätsparameter auch faktisch verbessern. In gleichem Sinne lässt sich zwar zeigen, dass eine Akkreditierung auf formaler Ebene zur Einführung eines Qualitätsmanagements und zur Formulierung von Richtlinien führt. Doch auch hier bleibt wiederum unklar, was für einen Einfluss dies auf die alltäglichen Prozesse der Arbeit hat. Ebenso zeigen sich keine belastbaren Ergebnisse, ob sich die klinischen Ergebnisse der akkreditierten Häuser durch die Akkreditierung verbessert haben. Was sich jedoch sagen lässt, ist, dass die professionellen Akteure durch den Akkreditierungsprozess lernen, was man zu tun hat, um erfolgreich eine Akkreditierung zu durchlaufen.⁵⁷

Management und Führung

Moderne Organisationen stehen vor dem Problem, dass sie, um operations- und entscheidungsfähig zu bleiben, Komplexität ausblenden müssen, um jedoch anpassungsfähig zu bleiben, reflexiv »die Aufmerksamkeit« darauf lenken müssen, »wie die Augen vor der Umwelt verschlossen werden«.⁵⁸ Hieraus ergibt sich dann auch die zentrale Aufgabe des Managements, denn sein Gegenstand ist das Verhältnis der ganzen Organisation sowohl zu sich selbst als auch zu ihrer gesellschaftlichen Umwelt. Sei es die Position auf dem Markt, die rechtlich-politische Einbettung, ihr Bild in den Massenmedien oder die Beziehung zu ihren wichtigen Stakeholdern – seine Arbeit

57 Greenfield und Braitwaite kommen nach einer Review der derzeitigen Studien zur Akkreditierungsforschung zu folgendem Schluss: »The necessity for an empirically grounded, comprehensive evidence base for accreditation has long been recognized. Without this, the varying positive and negative views about accreditation will remain anecdotal, influenced by ideology or preferences, and driven by such biases. This review of health care accreditation research literature reveals a complex picture. There are mixed views and inconsistent findings. Only in two categories were consistent findings recorded: promote change and professional development. Inconsistent findings were identified in five categories: professions' attitudes to accreditation, organizational impact, financial impact, quality measures and program assessment. In the remaining three categories – consumer views or patient satisfaction, public disclosure and surveyor issues – we did not find sufficient studies to draw« (Greenfield/Braithwaite 2008, 181).

58 Baecker (1999a, 15).

besteht in der Bewirtschaftung der Grenze der Organisation, indem dem Bild der bestehenden Organisation (Ist-Zustand) ein Bild der künftigen Organisation (Soll-Zustand) entgegengesetzt wird.

Wie jeder Beobachter erzeugt das Management Selektivitäten und blinde Stellen, kann sich jedoch dabei nicht ›fundamentalistisch‹ auf nur einen Ort der Reflexion beschränken, sondern hat gewissermaßen in ständiger ›Nervosität‹ zwischen verschiedenen Reflexionsperspektiven zu pendeln und darüber hinaus davon auszugehen, dass es Aspekte gibt, die es bislang noch nicht in Betracht gezogen hat, die aber für seine Entscheidungen von Relevanz sein könnten. Es steht hiermit vor der Aufgabe, komplexe Verhältnisse zu steuern, wohl wissend, dass Komplexität heißt, dass man nicht einmal annähernd ein vollständiges Bild der zu steuernden Beziehungen erreichen kann.⁵⁹

In den Worten der kybernetischen Steuerungstheorie gesprochen arbeitet das Management an der »Kontrolle der Intransparenz«.⁶⁰ Es beobachtet Organisationen und trifft Entscheidungen, die Unterschiede in ihr machen, und beobachtet die Folgen seiner Interventionen. Beobachten heißt dabei, abstrakte Schemata zu generieren, welche Komplexität ausblenden und gerade deshalb bestimmte Kausalitäten hervortreten lassen, an denen dann Steuerungsversuche ansetzen können. Anders als andere Beobachter der Organisation kommt das Management jedoch nicht umhin, die Selektivität der eigenen Beobachtungen und der hieran anknüpfenden Entscheidungen mitzuführen, denn da die Verhältnisse eben komplex sind, kann die Fixierung auf nur eine bestimmte Sichtweise katastrophale Folgen für die Organisation haben.

Das Management steht hiermit vor der paradoxen Aufgabe, seine gewählte Selektivität zunächst als ›richtige‹ bzw. angemessene Reduktion von Komplexität zu vermitteln, wohl wissend, dass die Verhältnisse eben komplex sind und man sich entsprechend vorbehält, zu einem anderen Zeitpunkt den Führungsinterventionen andere Selektivitäten zugrunde zu legen. Anders als die anderen Beobachter der Organisation hat das Management als Führung gewissermaßen ständig seine eigene Unwissenheit nicht nur mitzuführen, sondern eine Irritationsbereitschaft aufrechtzuerhalten und sich gegebenenfalls von neuen Perspektiven instruieren zu lassen.⁶¹ Es wird sich

59 Vielfach sehen sich Organisationen aus diesem Grunde gezwungen – etwa über die Einsetzung externer Beratung – zusätzliche Unsicherheiten zu importieren, um immer komplexere Umwelten in Rechnung stellen zu können.

60 Luhmann (1997).

61 Mit Baecker setzen wir »also voraus, dass es kein Zurück zum Einfachen gibt. Kein System wird sich freiwillig von der Möglichkeit trennen, bei

vorbehalten, die Dinge unter dem Blickwinkel einer veränderten Sachlage neu zu betrachten, um dann in Bezug auf das, was als relevant erscheint und was als irrelevant ausgeblendet werden kann, andere Entscheidungen zu treffen.

Das Management führt in die von ihm geführte Organisation Zwänge und Selektivitäten ein, wohl wissend, dass diese kontingent, also anders möglich sind. Es löst damit das Problem der Komplexität einer Organisation, indem sie diese qua »willkürlicher« Entscheidung in »einfache Komplexität« umwandelt, und hierin liegt dann auch mit Baecker die eigentliche Attraktivität der Hierarchie. Sie stellt eine »Kommunikationstechnik zur Reduktion der Komplexität auf einfache Komplexität«⁶² und durchschlägt damit den gordischen Knoten der Frage, wie Organisationen auf eine sowohl pragmatische als auch koordinierte Weise mit ihren nahezu unendlich ausfransenden Beobachtungs- und Reflexionsmöglichkeiten umgehen können. Die Hierarchie führt den Zwang und die »Notwendigkeit ein, sich mit der Kommunikation von Entscheidungen an die vorgegebenen Entscheidungswege zu halten. Alles andere ist unmöglich«, wobei die »laterale Kommunikation dem Zufall überlassen bleibt und horizontale Kommunikation freigestellt und als für die Struktur der Organisation folgenlos behandelt wird. Es handelt sich insofern um eine Reduktion auf einfache Komplexität, als dass die Komplexität sichtbar bleibt«.⁶³

Ein in diesem Sinne verstandenes Management kann gerade deshalb eine Steuerung der prinzipiell intransparenten, da komplexen Verhältnisse leisten, weil sie nur ein sehr begrenztes Spektrum der organisationalen Kommunikation durch ihre Entscheidungen und Selbstfestlegungen konditioniert. Der überwiegende Anteil der professionellen, informellen und arbeitsbereichsbezogenen Prozesse bleibt seitens des Managements unbeobachtet und wird der Selbstorganisation der Kommunikation überlassen. Nur im Ausnahmefall wird dann hochselektiv die Aufmerksamkeit des Managements auf ausgewählte Vorgänge gelenkt, um dann gegebenenfalls Steuerungsinterventionen anzusetzen.

Schauen wir im Anschluss die soziologische Managementtheorie von Dirk Baecker etwas ausführlicher an:⁶⁴ Eine Organisation zu leiten und zu steuern kann in Hinblick auf die vorangehenden

Bedarf neben allen jeweils wahrgenommenen Elementen und Beziehungen zugleich auch auf die nicht wahrgenommenen Elemente und Beziehungen zugreifen zu können« (Baecker 1997, 28).

⁶² Baecker (1997).

⁶³ Baecker (1997, 34f.).

⁶⁴ Baecker (1994; 2003).

Ausführungen nicht mehr heißen, die zu verändernden Abläufe im Sinne des Schemas ›Anordnung -> Ausführung‹ wirklich im Griff haben zu können. Die zu steuernden Vorgänge sind zu komplex, als dass die hierfür notwendigen Wirkbeziehungen auch nur annähernd in Betracht gezogen werden können. Das Management wird stattdessen im Sinne eher einfacherer Modelle Ziele setzen, diese entsprechend operationalisieren, um sie dann innerhalb der Organisation zu vertreten und in entsprechende Entscheidungen zu überführen. Aus Perspektive der Restorganisation führt das Management Störungen in die vertrauten Abläufe ein, mit denen sie dann auf die eine oder andere Weise umzugehen hat. Das Management wiederum kann im Ist-Soll-Vergleich in Bezug auf das Zielmodell schauen, inwieweit auf die Intervention der angestrebte Effekt eingetreten ist, ob gegebenenfalls andere Maßnahmen eingeführt werden sollten oder ob nicht gar das Zielmodell verändert werden sollte.

Ein in diesem Sinne verstandenes operationales Management ist die Domäne der Betriebswirtschaftslehre. Arbeitsbereichsbezogene Kosten-Gewinn-Rechnungen stellen insbesondere in Verbindung mit der Reflexion der Personal- und Materialkosten Bausteine für hinreichend einfache Modellierung dar, an der sich dann Ziele und entsprechende Interventionen andocken lassen. Üblicherweise geht es hier vor allem ums Sparen und entsprechend zielen diese Interventionen in der Regel auf eine ›Verschlankung‹ der Wertschöpfungskette. Man wird dann etwa vorgeben, dass eine Abteilung in Zukunft mit weniger Personal auszukommen habe, dass Bereiche im Sinne der Ausnutzung von Synergien zusammengelegt werden sollen, dass bestimmte Dienstleistungen an günstigere Drittanbieter ausgelagert werden, dass preisgünstigere Varianten an medizintechnischen Hilfsmitteln eingekauft werden. Das operationale Management kann dann darüber hinaus in ein strategisches Management eingebettet werden, welches die Positionierung der eigenen Organisation auf dem Versorgungsmarkt in den Blick nimmt, die eigenen Leistungsbereiche mit denen der Konkurrenz abgleicht, nach Nischen und Bereichen sucht, die ein Investment lohnenswert erscheinen lassen.⁶⁵

Ob beispielsweise das kostengünstigere Blutabnahmesystem den Ärzten mehr Arbeit bereitet,⁶⁶ die Zusammenlegung der chirurgischen Wache und der internistischen Intensivstation in Hinblick auf

65 Braun von Reinersdorff (2002).

66 So wurde vom Autor auf einer internistischen Station die Einführung eines neuen, auf Unterdruck basierenden Blutabnahmesystems beobachtend begleitet, für das sich die Leitung aus Kostengründen entschieden hatte, das den Ärzten bei der täglichen Blutabnahme jedoch eine Reihe von Problemen bereitete.

die unterschiedlichen Anforderungen an die Patientenbetreuung Sinn macht⁶⁷ oder das Outsourcing der Sterilisation von chirurgischen Bestecken mit den Arbeitsprozessen der Stationsärzte harmoniert⁶⁸ – all dies sind Fragen, die getilgt werden, indem in einer Kostenkalkulation verschiedene Produkte als homolog, unterschiedliche Patienten als gleich und Dienstleistungen als räumlich und zeitlich indifferent betrachtet werden.

Die kommunikative Engführung auf Zahlen gestattet eine Steuerung, ohne sich zu viel mit den qualitativen Eigenarten der zu steuernden Praxen auseinanderzusetzen zu müssen.

Die Abbildung von Prozessen in eingehende, abgehende und potenziell realisierende Geldflüsse profitiert von der Eleganz der Zahlen. Zählen macht Verschiedenes gleich. Es gestattet auf diese Weise eine einfache Orientierung an Quantität, indem die qualitativen Unterschiede des Gezählten getilgt werden. Die Bearbeitung der Folgeprobleme dieser Vereinfachungen werden dann entweder den zu organisierenden Verhältnissen selbst überlassen (man muss dann eben schauen, wie man mit weniger Personal- und Sachressourcen zurechtkommt) oder die Kommunikation der Schwierigkeiten gewinnt eine solche Eigenplausibilität, dass das Management sich veranlasst sieht, über eine veränderte Ressourcenallokation nachzudenken. Das betriebswirtschaftliche Kalkül erlaubt einen pragmatischen Ansatz, der es gestattet, Steuerungsentscheidungen weitgehend unter Absehung von Details und Inhalten zu treffen, welche die konkreten Leistungsvollzüge betreffen. Entsprechend des Primats, Komplexität auf ein handhabbares Maß reduzieren zu können, funktioniert das Management von Gesundheitsdienstleistungen trotz der Brisanz der getroffenen Entscheidungen gerade deshalb, weil es nicht allzu viel von den Nöten der die tägliche Arbeit verrichtenden Ärzte und Pfleger weiß. Selbst wenn sich Leitungskräfte aus der Ärzteschaft rekrutieren, heben sich diese in der Regel relativ schnell von dem gemeinen Klinikarzt ab, deprofessionalisieren gewissermaßen und orientieren sich stattdessen an den abstrakteren Kommunikationsschemata der Verwaltungseliten.⁶⁹

67 Postoperative Patienten und intensiv zu behandelnde internistische Fälle stellen unterschiedliche Krankheitsbilder dar, mit denen anders umzugehen ist. Zudem differieren chirurgische und internistische Medizinkulturen recht stark.

68 So wurde auf einer chirurgischen Station beobachtet, dass nach der Auslagerung der Bestecksterilisation an einen externen Dienstleister vor 11 Uhr morgens keine Bestecke mehr auf der Station vorhanden waren, sodass die Wundinspektionen während der Visite nicht mehr vollständig durchgeführt werden konnten.

69 Siehe zu den neuen Gruppeninteressen nach dem Wechsel von der Klinik

Die zahlenbasierte Engführung auf den wirtschaftlichen Knappheitscode liefert dem Management eine diskursive Zentrierung. Auf die Frage der Effizienz und aus betriebswirtschaftlicher Sicht ist man dann in der Regel geneigt, hierin die einzige Konditionierung des Managements zu sehen. Der soziologisch geschärfte Blick entdeckt hierin zwar sehr wohl die Selbstbeschreibung wirtschaftlicher Akteure, weiß jedoch sehr wohl auch um andere kommunikative Zusammenhänge, die in die Kunst des Managements einfließen. Er sieht unter anderem, dass die alles als gleich behandelnden Zahlen nicht zugleich die hiermit invisibilisierten Konflikte der Organisation ruhigstellen und dass dies seitens des Managements sehr wohl mitreflektiert wird.

Mit Blick auf die Allokation knapper Ressourcen stellt sich hier nicht zuletzt die Frage, welcher Gruppe man leichter etwas wegnehmen kann, welchen Mitarbeitern welche Ansprüche zuzurechnen sind, wie das Gefälle in den symbolischen Wertigkeiten der unterschiedlichen Professionsgruppen einzuschätzen ist, welche Macht und welche Loyalitäten der Betriebsrat hat, ob in Hinblick auf eine langjährige gemeinsame Arbeit Bindungen entstanden sind, welche ihrerseits Erwartungen formatieren. Auch wenn hier zunächst Akteurssemantiken anklingen, verlassen wir hierbei nicht die kommunikationstheoretische Perspektive.

Die Prozesse wie die Aktualisierung von symbolischem Kapital, die Semantiken der Macht, aber ebenso der Aufbau von Solidaritätsgefühlen stellen Vorgänge dar, die nur dann verständlich werden, wenn sie als Kommunikation betrachtet werden. Für die Kommunikation ist weder entscheidend, was für den einzelnen Akteur bedeutsam ist, was dieser empfindet, wünscht, anstrebt oder für Phantasien hegt. Entscheidend ist hier vielmehr allein die Matrix der kommunikativ stabilisierten Erwartungshorizonte. Mächtig und bedeutungsrelevant kann hier nur das sein – egal ob es sich um einen Gefühlsausdruck, einen artikulierten Anspruch oder logisches Argument handelt –, was in der kommunikativen Zurechnung als mächtig und bedeutsam betrachtet wird.

Was bedeutet dies nun für das Management und seine Entscheidungen? Aus dieser soziologisierten Perspektive sind auch die Entscheidungen des Managements vor allem als Kommunikation anzusehen und wir können Luhmann folgend entsprechend »eine Handlung immer dann als Entscheidung an[...]sehen, wenn sie auf eine an sie gerichtete Erwartung reagiert«. ⁷⁰ Umgekehrt heißt dies aber, dass Entscheidungen immer vor dem Hintergrund der mit ihr

zur Verwaltung die Untersuchungen von Montgomery (1990).

70 Luhmann (1996, 279).

verbundenen Erwartungsenttäuschungen und der sich hieraus potenziell ergebenden Konflikte reflektiert werden.

Spätestens an dieser Stelle wird deutlich, dass das der Wirtschaftskommunikation entlehnte Effizienzkriterium nur eine Seite der Medaille der Managementarbeit darstellen kann. Die andere Seite besteht in der Frage, wen man in welchem Maße enttäuschen kann und wessen Loyalitäten man sich auf jeden Fall zu vergewissern hat. Sobald das Management diese Fragen reflexiv behandelt, also seinen Umgang mit Erwartungen der unterschiedlichen Stakeholder selbst als Aufgabe seiner Steuerungsbemühungen begreift, kommt Macht ins Spiel. Macht ist das Medium des Politischen und stellt eine Engführung der Kommunikation auf Machtchancen in Hinblick auf Machterweiterung bzw. -verlust dar.⁷¹ Hier geht es dann um die Reflexion von Allianzen und Bündnissen, von Zugeständnissen, um Loyalitäten zu halten, und um die Konzession von Privilegien an Verbündete, die man braucht, um anderen Gruppen noch mehr Zugeständnisse abringen zu können. Und hier geht es auch um die Überlegung, dass die mittleren Ebenen der Hierarchie oftmals weniger gebraucht werden, um die Leistungsvollzüge effizienter zu gestalten, denn Konflikte zu beruhigen, indem ein Puffer eingerichtet wird, der oben und unten nicht zu unmittelbar in Kontakt treten lässt.

Ein Management, das auf dieser Ebene zu reflektieren gelernt hat, wird um die Besonderheiten der unterschiedlichen professionellen Gruppen wissen. Es wird versuchen, die unterschiedlichen Interessen der Stakeholder des Krankenhauses in wechselseitige Bündnisse zu verwickeln und die unterschiedlichen Machtzentren der Organisation zu bestimmen und auszutarieren.

General Manager: Die Krankenhausleitung bei uns besteht aus fünf Chefarzten, dem Leiter Administration und Logistik, das ist das, was sich früher Verwaltung genannt hat, und dem Leiter der Pflege und ich bin der Vorgesetzte von diesen sieben. Und jetzt ist es darum gegangen, wer mein Stellvertreter ist. Und das waren dann schon auch interessante Diskussionen.

71 Anders als im mikropolitischen Ansatz von Ortmann, Türk und Sydow (2000) werden hier Macht und wirtschaftliche Effizienz als zwei unterschiedliche sich selbstplausibilisierende kommunikative Formen betrachtet, die teilweise in ihren Rationalitäten divergierende Eigendynamiken entfalten. Gegenüber der Alternative, beides unter der Klammer eines erweiterten strategischen Machtbegriffs zu subsumieren, erlaubt der hier vorgeschlagene kommunikationstheoretische Analyse Rahmen eine höhere Auflösung, da nun auch Kommunikationen eine Relevanz zugestanden wird, die ihrer Form nach als nicht mikropolitisch-strategisch zu bewerten ist.

Interviewer: Und wie ist das gegangen?

General Manager: Es ist natürlich klar, das Verhältnis der Krankenhausärzte, fünf Chefärzte, einer aus der Pflege, das ist eigentlich in einem krassen Missverhältnis. Rein quantitativ. Ich persönlich empfinde es nicht so als Problem. Die Überlegung ist nur die: Ich will alle Chefärzte oder alle Leiter der Hauptkostenstellen in der Krankenhausleitung dabeihaben. Die Idee mit einem ärztlichen Direktor zu arbeiten, der die anderen vier dann führt, sehe ich als falsch an. Ich habe lieber alle am Tisch. Das ist wieder aus dem Teamgedanken heraus, was will ich einen, der andere repräsentiert und wenn es trotzdem nicht funktioniert und wenn er allenfalls trotzdem nur für sich schaut und diese nicht akzeptiert. Da habe ich lieber gleich alle am Tisch. Das ist keine Abwertung der Pflege. In der Pflege habe ich dieses Problem nicht, dort habe ich einen Pflegedienstleiter und der ist breit abgestützt und was der einbringt, wird getragen. Also reicht es, wenn er alleine ist. Jetzt aber bei der Stellvertretungsfrage ist die Überlegung gekommen, jetzt sind die doch schon zu fünf, jetzt müssen die nicht auch noch einen Stellvertreter bringen. Das war die Überlegung vom Pflegedienstleiter, der wäre gerne Stellvertreter geworden. Und der Leiter von der Administration und Logistik, der wäre es, rein wenn man davon ausgeht, wenn ich tatsächlich ausfallen würde, der wäre vom Know-how her, das er hat, wahrscheinlich prädestiniert, das machen zu können, weil all diese Verhandlungen mit den Krankenversicherungen, mit der Gesundheitsdirektion, nach außen mit den Politikern und so weiter. Der würde vom Fachwissen her am meisten mitbringen. Der hätte am wenigsten Mühe, das übernehmen zu können. Aber der ist durch die neue Konstellation, dass ich diesen Bereich erst gerade abgegeben habe und er erst neu in die Krankenhausleitung gekommen ist, nicht im Vordergrund gestanden. Also ist es nur noch darum gegangen: Die Pflegedienstleitung oder wirklich einen der Chefärzte. Jetzt haben wir einen der Chefärzte genommen. Natürlich, der Pflegedienstleiter sagt das nicht so klar, er gibt mir schon zu verstehen, dass er es gerne gewesen wäre und das man das der Pflege eigentlich schuldig gewesen wäre.

Aber wir haben jetzt einfach aus der Konstellation und aus der Persönlichkeit heraus einen der Chefärzte genommen, auch wenn es von der Gewichtung her oder von der Bedeutung her der Ärzte an sich ein falsches Signal ist.

Interviewer Peter Berchtold, Interview geführt im Rahmen des Forschungsprojektes ›Managing Professionals – Führung in Spitälern‹ (Berchtold et al. 2007).

Mit der Beobachtung potenzieller Konflikte im Kontext von Machtoptionen referiert das Management auf seine Einbettung und Verortung innerhalb der Organisation. Da dies nur zum Preis der engen Verwicklung mit den Verhältnissen zu haben ist, die zu steuern be-

anspruchs werden, ist es nicht verwunderlich, dass das Management prekäre Aufgabenstellungen durch die temporäre Integration hierauf spezialisierter Beratungsgesellschaften zu unterbrechen sucht, da diese den internen Loyalitäten nicht verpflichtet sind und entsprechend den Effizienzgedanken (zunächst) unter Abstraktion (mikro-)politischer Referenzen wieder kommunikativ stark machen können.⁷²

Da das Management sich nicht nur in Bezug auf die Innenverhältnisse, sondern auch in Hinblick auf das Verhältnis der Organisation zu ihrer Umwelt kapriziert, beobachtet es die Organisation zudem in Hinblick auf die (antizipierten) kommunikativen Erwartungshorizonte der Gesellschaft. Mit Blick auf die gesellschaftlichen Funktionssysteme drängen sich hier die (sich verändernden) ökonomischen, gesundheitspolitischen und rechtlichen Rahmenbedingungen auf. Aber auch die Massenmedien (beispielsweise als kritische Berichterstattung über die Verhältnisse im Krankenhaus), die Wissenschaft (etwa als ›neue‹ Einsichten zu den Besonderheiten der Führung von Krankenhäusern) sowie Sprecherpositionen wie das ›Qualitätsmanagement‹, ›Corporate Identity‹, ›Gender Mainstreaming‹, ›Zertifizierungsagenturen‹, ›Ethik-Kommissionen‹ etc. generieren gesellschaftliche Erwartungshorizonte, die seitens des Managements in Rechnung gestellt werden können. Nicht zuletzt besteht eine weitere wichtige Reflexionsebene in der Frage, was andere Organisationen tun und wie man sich durch diese beobachtet sieht.

Da das Management weiß, dass seine Organisation von anderen Beobachtern der Gesellschaft beobachtet wird und diese Beobachtungen ihrerseits auf das Verhältnis von Organisation und Umwelt zurückwirken können, kann es seinerseits nicht per se die hiermit eröffneten Reflexionsmöglichkeiten generell ausklammern.⁷³ Es kann seinerseits überlegen, inwieweit innerhalb der Organisation selbst entsprechende Orte der Beobachtung enacted werden können, die dann kontinuierlich Abbildungen der Organisation erzeugen, die dann gegebenenfalls bei Entscheidungen in Betracht gezogen werden können (z. B. als ›Beauftragter für Qualitätssicherung‹). Es können temporär diesbezügliche Beobachtungsweisen als externe

72 Dies ist dann freilich in der Regel nur um den Preis zu haben, dass entweder Rat und Tat entkoppelt werden (vgl. Fuchs/Mahler 2000) oder aber die Beratung de facto von ihrem eigenen Anspruch absieht, um stattdessen wiederum die Machtverhältnisse zu reifizieren (vgl. Iding 2000; 2008).

73 Åkerström und Thygesen (2007) sprechen in Bezug auf die multi-zentrischen und multiperspektivischen Beobachtungsverhältnisse von ›heterophony‹ und ›polyphony‹, um die Vielstimmigkeit der Reflexionszumutungen zu charakterisieren.

Beratungsleistungen eingeführt werden (z. B. zur Entwicklung einer neuen ›Corporate Identity‹). Nicht zuletzt bleibt immer auch die Option, bestimmte Beobachtungsperspektiven zumindest temporär zurückzuweisen, wohl wissend, dass dies in bestimmten Kontexten Erklärungsbedarf wecken kann.

Wie auch immer das Verhältnis zwischen innen und außen gestaltet wird, das Management kommt über seine offensichtlichen Effizienzkriterien und seine verdeckten Machtreflexionen nicht umhin, seine Arbeit immer auch in Hinblick auf die polyzentrischen Verhältnisse der modernen Gesellschaft zu reflektieren.

Die vorangegangenen Ausführungen zusammenfassend ergibt sich entsprechend mit Baecker folgende formtheoretische Kurzfassung:⁷⁴



Die formtheoretische Darstellung macht deutlich, dass das Management in der Lage ist, in Hinblick auf Effizienzkriterien, der Reflexion von Machtchancen und gesellschaftlichen Beobachtungsverhältnissen zwar Ziele zu formulieren, deren Auswirkung im Hinblick auf die Komplexität der innerorganisatorischen Vorgänge nur Störungen darstellen können. Es wird die Verhältnisse dann zwar als Konflikte beschreiben können, um durch weitere Interventionen entsprechende Rationalitäten einzufordern, wird aber auch hier nicht an der Tatsache vorbeikommen, dass die Landkarte nicht das Gebiet darstellt, dass die Systemrationalität des Managements notwendigerweise eine andere darstellt als die Eigenlogik der Verhältnisse, welche zu steuern sind, dass die operativen Modelle des Managements gegenüber den Problemen der Praxis *volens volens* in riskantem Ausmaß unterkomplex bleiben müssen.⁷⁵

⁷⁴ Baecker (2006a, 22).

⁷⁵ Dies weiterhin im Sinne der »Mainstreamperspektive der deutschsprachigen Literatur zum Management von öffentlichen Krankenhäusern« ausblenden zu wollen, geht, so Habersam, nicht selten mit »Sinnverlust«, »geringer Führungssensibilität« und »überraschender Wendepunkt-dynamik« einher. »Letztlich konvergieren alle ›öffnenden‹ Hinweise im letzten Teil der Arbeit darin, dass in der bewussten Handhabung unvermeidlicher Dualismen, in der Durchführung von Beobachtungen zweiter Ordnung sowie in der Handhabung von Kommunikationssituationen, in denen Unterscheidungen von den Beteiligten mehr oder weniger Entscheidungsrelevanz verliehen wird, der konzeptionelle Schlüssel liegt,

»Häufig zu beobachten sind Restrukturierungen, das heißt mehr oder weniger überlegte Zusammenlegungen oder Schließungen von Abteilungen. Oder es erfolgt eine Ressourcenausdünnung in Form von Personalabbau oder Lohnkürzungen nach Maßgabe der Machtverhältnisse in der Organisation. Pflege, Reinigungspersonal sowie Assistenz- und Oberärzte sind bevorzugte Zielscheiben für solche Initiativen.

Erfahrungen in anderen Branchen zeigen aber, dass sich komplexe Systeme auf längere Sicht nicht ungestraft ›trivialisieren‹ lassen. Das Unheimliche besteht darin, dass es zu Umkippeffekten kommen kann. Das Unheil kündigt sich nicht graduell an, sondern tritt überraschend, schlagartig und weitgehend irreversibel ein. Wenn die hohe intrinsische Motivation vieler Mitarbeiter im Gesundheitswesen einmal verheizt und die entsprechenden Organisationskulturen ›traumatisiert‹ sind, könnten sich fatale Einbrüche in der Behandlungsqualität und Patientensicherheit ergeben. Dies zu vermeiden und dennoch sinnvoll mit dem wachsenden Effizienzdruck umgehen zu können, ist eine strategische Führungsaufgabe in den Krankenhäusern«

Johannes Rüegg-Stürm (2007, 3464f.).

Sobald die Frage der intelligenten Steuerung der organisierten Krankenbehandlung selbstreflexiv zum Thema der Organisation wird – also man nicht mehr bereit ist, die Trägheiten bürokratischer Organisationen sich selbst zu überlassen⁷⁶ – wird die Frage virulent, wie die Augen vor den zu steuernden Verhältnissen verschlossen werden. Das Management kann sich hier nicht mehr darauf zurückziehen, die von den verschiedenen Beobachtern der Organisation entworfenen Bilder als bare Münze zu nehmen. Vielmehr hat es ein Wissen um die Selektivität und die Paradoxien der jeweiligen Perspektiven mitzuführen. Im Wissen, dass mehr Qualitätssicherung auch schlechtere Qualität mit sich bringt, dass höhere Effizienzkriterien das Leistungsvermögen verringern, dass zu starke Kontrolle das zu Kontrollierende auch zerstören kann, gilt es hier eine Weisheit der Mitte zu kultivieren. Hier würde vor allem gelten, den das Handeln instruierenden Bildern zugleich zu vertrauen als auch zu misstrauen. Im ersteren Sinne wird das Management im Sinne seiner Aufgabe weiterhin auf einfachen Modellen basierende Steuerungsversuche wagen, im letzteren Sinne dabei aber seine Sensibilität für das Scheitern bewahren, um sich gegebenenfalls durch andere Lösungsmöglichkeiten über-

das öffentliche Krankenhaus auf dem Weg zu einer reflektierten und reflektierenden Organisation zu unterstützen und damit auch die ›Selbstheilungskräfte zu stärken‹ (Habersam 2009, 424f.).

⁷⁶ Siehe zur Reflexion des hiermit entstehenden ›Druck[s] auf Organisationen‹ Wetzel et al. (2009).

raschen zu lassen – und vor allem, man würde sich davor hüten, einzelne Variablen allzu sehr ins Extrem zu treiben.

In Hinblick auf die komplexen, wissensbasierten Dienstleistungen der Krankenbehandlung würde eine intelligenter Reflexion der Aufgaben des Managements hier auch nicht zu viel Konkretion bei der Standardisierung innerorganisatorischer Abläufe einfordern, sondern eher die Gestaltung der Prozessstrukturen als Ganzes in den Blick nehmen wollen. Es hat mehr Sinn, hochgradig wissensbasierte und kommunikationsbezogene Dienstleistungen in heterarchischen Verantwortungsbereichen zu verzahnen, als top down nach tayloristischen Prinzipien organisieren zu wollen.⁷⁷

Doch auch hier gilt dann das Gleiche, was in der Einleitung zur medizinischen Kultur gesagt worden ist. Auch die Führung und Organisation der Krankenbehandlung ist nicht unabhängig von einer Weltgesellschaft zu haben, die bestimmte Formate als kulturell stabilisierte Eigenwerte nahelegt. Sich in Hinblick auf seine Beobachterreferenz zugleich innerhalb wie außerhalb der Organisation sehend, kann das Management als kommunikativer Zusammenhang nicht außerhalb der Gesellschaft stehen. Bei seinen Entscheidungen im Angesicht komplexer Verhältnisse kann es sich nun an jenen kommunikativen Formen orientieren, welche ihm die Gesellschaft selbstplausibilisierend zur Verfügung stellt.

Zusammenschau

Machen wir uns abschließend nochmals deutlich, dass wir hier Organisationen auf kommunikationstheoretische Weise beschreiben. Wir betrachten Organisation als eine besondere Form von Kommunikation, nämlich als formalisierte Entscheidungskommunikation, die sich qua Hierarchie und selbst generierter Entscheidungsverfahren die Formen und Routinen erzeugt, mit denen sie mehr oder weniger erfolgreich weiterarbeiten kann. Organisationen stellen eine hoch selektive Engführung der Kommunikation dar, und gerade deshalb sind sie so leistungsfähig. Sie können die komplexen Wirklichkeiten der Krankenbehandlung in handhabbare Prozesse überführen.

In diesem Sinne gehören dann weder Patienten noch ihre Körper zur Organisation. Sie werden erst dann zum Bestandteil der organisationalen Kommunikation, wenn sie in Form von Akten durch sie beobachtbar werden. Die Akten können wiederum durch das

⁷⁷ So dann auch Sibbel (2004), der einen Teil der im Krankenhaus zu beobachtenden Führungsprobleme auf das immer noch weit verbreitete tayloristische Organisations- und Managementverständnis zurückführt.

Controlling wirtschaftlich oder durch das Qualitätsmanagement entsprechend der organisationseigenen Kriterien beobachtet werden. Organisationen können eine Reihe von Reflexionsinstanzen ausbilden, welche Erwartungshorizonte aus ihrer gesellschaftlichen Umwelt in die organisationale Kommunikation einspielen können. Auch hat ein Großteil der Kommunikation von Mitarbeitern informalen Charakter.

Mitarbeiter sind Teil der Organisation, indem ihre formalisierbaren Rollenerwartungen und die diesbezüglichen Adressabilitäten gemeint sind. Sie sind nicht Teil der Organisation, insofern es um ihr Erleben, aber auch um die vielfältigen nicht formal beobachtbaren Arbeitsvollzüge geht. Gleiches gilt für die Interaktion. Sie kann, aber muss nicht organisationale Belange thematisieren und verfügt gerade deshalb über die Freiheitsgrade, die starren Selektivitäten und Grenzen der organisationalen Kommunikation in Hinblick auf die in der Krankenbehandlung vorherrschenden komplexen Lagerungen zu kompensieren.

Während die Interaktion in organisational unbeobachteter Weise die Beziehungen innerhalb der Umwelt von Organisationen aktualisieren kann, kommt dem Management als zentralem Zentrum der organisationalen Selbstbeobachtung die Aufgabe zu – sich zugleich inner- wie außerhalb der Organisation verstehend –, reflexiv die Beziehung der Organisation zur Umwelt zu thematisieren. Dem Management kommt somit die paradoxe Aufgabe zu, die Art und Weise, wie die Organisation in ihren rigiden Selektivitäten die Augen vor ihrer Umwelt verschließt, selektiv wieder aufzuheben.



Abbildung 2: Reflexionsverhältnisse in Organisationen