



Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Fakultät für Geistes-, Sozial- und Erziehungswissenschaften

Institut für Soziologie

Philipp Hessinger

**Rationalitätskonflikte im Reorganisationsprozess des
Gesundheitswesens**

- mikropolitische Probleme und Forschungsbedarf

Arbeitsbericht Nr. 43

Internet-Fassung

Dezember, 2006

ISSN-1615-8229

Zur Reihe der Arbeitsberichte

Die „Arbeitsberichte“ des Instituts für Soziologie versammeln theoretische und empirische Beiträge, die im Rahmen von Forschungsprojekten und Qualifikationsvorhaben entstanden sind. Präsentiert werden Überlegungen sowohl zu einschlägigen soziologischen Bereichen als auch aus angrenzenden Fachgebieten.

Die Reihe verfolgt drei Absichten: Erstens soll die Möglichkeit der unverzüglichen Vorabveröffentlichung von theoretischen Beiträgen, empirischen Forschungsarbeiten, Reviews und Überblicksarbeiten geschaffen werden, die für eine Publikation in Zeitschriften oder Herausgeberzwecken gedacht sind, dort aber erst mit zeitlicher Verzögerung erscheinen können. Zweitens soll ein Informations- und Diskussionsforum für jene Arbeiten geschaffen werden, die sich für eine Publikation in einer Zeitschrift oder Edition weniger eignen, z. B. Forschungsberichte und –dokumentationen, Thesen- und Diskussionspapiere sowie hochwertige Arbeiten von Studierenden, die in forschungsorientierten Vertiefungen oder im Rahmen von Beobachtungs- und Empiriepraktika entstanden. Drittens soll diese Reihe die Vielfältigkeit der Arbeit am Institut für Soziologie dokumentieren.

Impressum:

Magdeburg: Otto-von-Guericke-Universität

Herausgeber:

Die Lehrstühle für Soziologie der Fakultät für Geistes-, Sozial- und Erziehungswissenschaften an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Anschrift:

Institut für Soziologie der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
„Arbeitsberichte des Instituts“
Postfach 41 20
39016 Magdeburg

Sämtliche Rechte verbleiben bei den Autoren und Autorinnen.

Auflage: 150

*Redaktion: Prof. Dr. Barbara Dippelhofer-Stiem
Prof. Dr. Heiko Schrader*

Anmerkung:

Ein Teil der Publikation ist im Internet abgelegt unter <http://www.uni-magdeburg.de/isoz/publ/Arb.htm>

Schutzgebühr: 2,50 €

*Herstellung: Dezernat Allgemeine Angelegenheiten
Sachgebiet Reproduktion*

1. Gesundheitsversorgung und Krankenhausorganisation

In allen entwickelten Industrienationen steht das Gesundheitswesen derzeit unter Veränderungsstress. Wesentliche Faktoren des Wandels sind:

- Die veränderte demografische Situation, der steigende Anteil alter Menschen an der Gesamtbevölkerung und die damit einhergehende Bedeutung chronischer Krankheiten.
- Der nach wie vor ungebrochene medizinisch-technische Fortschritt und der durch ihn bedingte Komplexitätsdruck in den organisatorischen Strukturen.
- Eine gesundheitspolitische Debatte, in der Forderungen nach „Patientenorientierung“, „Krankheitsprävention“ und „Gesundheitsförderung“ einhergehen mit kritischen Tönen im Hinblick auf die Effizienz einer hochtechnisierten Medizin.
- Schließlich das Interesse der Trägerorganisationen der Sozialversicherungen und der öffentlichen Hand an „Kostendämpfung“.

Diese Wandlungsfaktoren werden in unterschiedlicher Weise in den institutionellen Rahmenbedingungen und Regelwerken des Gesundheitssektors wirksam. So sah schon das „Gesundheitsstrukturgesetz“ von 1992 (Henke et al. 1995) Formen der Budgetierung und Kostendeckelung vor, um Krankenhäuser und Kassenärzte zum sparsamen Handeln zu motivieren (Stollberg 2001, Bandelow 1998). Nachdem der Entwurf des Jahres 1999 zur weiteren Ausgestaltung dieses Gesetzes auf den massiven Protest der Ärzteverbände stieß, beschritt das darauf folgende „Gesundheitsmodernisierungsgesetz“ einen neuen Weg. An die Stelle des alten Finanzierungssystems (das auf der Vergütung der erbrachten Leistungen nach einem Punktesystem basierte, z.B. Tagessätze pro Patient im Krankenhaus), trat nun ein neuer ziel- und ergebnisorientierter Finanzierungsmodus in Form der „Fallpauschale“ bzw. der „Komplexpauschale“.¹ Das derzeit in Deutschland praktizierte Modell orientiert sich dabei am Vorbild des australischen Gesundheitswesens. Insgesamt betrachtet ist auf internationaler Ebene ein Trend in Richtung auf die Einführung eines fallbezogenen Finanzierungsmodus auszumachen (Murray 1994). Dieses System, das 2003 in einigen Optionskrankenhäusern eingeführt wurde, ist seit 2004 für alle Krankenhäuser verbindlich (Klauber et. al. 2004).

Die unmittelbare Konsequenz ist, dass sich die verschiedenen Organisationen und Akteure im Gesundheitssystem zunehmend zu der autonomen Übernahme ökonomischer Risiken herausgefordert sehen. Denn einerseits trägt der Leistungserbringer das Risiko der durch die Eingangsdiagnose nicht gedeckten Kosten, andererseits kann er im Falle einer positiven Dif-

¹ Das System der Fallpauschalen betrifft im Wesentlichen Akutkrankheiten, vergütet wird der gesamte Krankheitsverlauf, wofür eine Pauschalsumme zur Verfügung gestellt wird. Das System der „Komplexpauschale“ betrifft demgegenüber chronische Krankheiten, vergütet werden in dieser Hinsicht größere Behandlungsblöcke.

ferenz von Leistung und Fallpauschale diesen „Ertrag“ einbehalten. Diesem neuen Konzept entsprechen Arbeits- und Verfahrensweisen, die stärker nach Aufgaben- und Objektbereichen (anstatt nach Verfahrensarten) differenziert sind. Das betrifft etwa die „Diagnosis Related Groups“ (DRGs), die mit einzelnen Krankheitsfällen betraut sind, oder „Disease-Management“ Konzepte, die auf die Behandlung chronischer Krankheiten ausgerichtet sind. Was die Umweltdimension des organisatorischen Handelns anbelangt, so erzeugt dieser neue Finanzierungsmodus einen gewissen Druck in Richtung auf die Zielkoordination der einzelnen Leistungsträger innerhalb der jeweiligen Behandlungsketten (vgl. Thompson/McEwen 1957).

Unverkennbar ist weiterhin die Tendenz, ausgehend von einem Begriff der „Patientenorientierung“ die langfristigen und präventiven Aspekte der Gesundheitsversorgung zu betonen (Feuerstein/Badura 1991). Dieses - gewandelte - Gesundheitsverständnis steht in Beziehung zu dem verbreiteten Interesse an Kostendämpfung und gesteigerter Leistungseffizienz. Devisen wie „Gesünder älter werden“ oder „alleingelassene Patienten sind teure Patienten“ machen diesen Nexus sinnfällig. Freilich handelt es sich hierbei zunächst eher um griffige Problemformeln. Ihren organisatorischen Niederschlag findet diese Tendenz in dem Konzept „integrierter Netzwerke der Gesundheitsversorgung“. Zentrales Kennzeichen dieser Reorganisationstendenzen ist die Schaffung integrierter Versorgungsstrukturen auf lokaler Ebene, wobei die Herausbildung von Spezialisierungsprofilen mit überregionaler Geltung zur Entstehung übergreifender Netze beitragen kann und soll. Mit Blick auf die Verhältnisse in den USA definieren Shortell et al. derartige „integrated service networks“ wie folgt: „These entities combine the organization, financing, and delivery of health care in ways that respond to the demographics and economics that prevail in different regions of the country. Ultimately, the system should provide appropriate care in a seamless continuum that uses limited resources most effectively“ (Shortell et al. 1994: 46).

2. Probleme des Aufbaus und der Integration von Versorgungsnetzwerken

Eine wesentliche Konsequenz des neuen Finanzierungsmodus ist die Neustrukturierung des organisatorischen Feldes. Die bisher angestoßenen Entwicklungen reichen von einer internen Neustrukturierung der Krankenhäuser und neuen Formen problem- und patientenorientierten Arbeitens über eine Spezialisierung der Krankenhäuser auf einzelne Behandlungsbereiche und Krankheitsbilder bis zum Aufbau von Netzwerken und organisatorischer Partnerschaften entlang ausgewählter Behandlungsketten (vgl. Klauber et.al. 2006). Hinzu kommen tief greifende institutionelle Änderungen, wie z.B. die Privatisierung kommunaler

Krankenhäuser oder die landeseigener Universitätskliniken. Die Auswirkungen dieses Umbruchs sind derzeit nur in ihren Umrissen zu erkennen (FASZ, 23.10.2005: 39) .

Mit Blick auf die USA, wo ähnliche Veränderungsprozesse schon seit den späten 80er Jahren laufen, geht es dabei zunächst um die Aufhebung der gerade für Deutschland typischen strukturellen Barriere zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich. Darüber hinaus ist eine Tendenz zum „Abschmelzen“ der Krankenhauskapazitäten, eine Auslagerung verschiedener Behandlungsschritte in den Rehabilitationsbereich und nicht zuletzt im Gegenzug eine weitere Spezialisierung und Fusionierung der verbliebenen Kernkompetenzen im Krankenhausbereich absehbar. Allein von 1990 bis 2003 sank die Zahl der Krankenhausbetten von 686.000 auf 542.000, während die Zahl der behandelten Patienten von 14,6 auf 17,3 Mio. stieg (DER SPIEGEL, 45, 2005: 54, vgl. Klauber et.al. 2006: 265 ff.)). In Anschluss daran ist ebenfalls eine deutliche Aufwertung der Rolle des Hausarztes als „Fallmanager“ zu erwarten. Die Arena dieses Umstrukturierungsprozesses liegt auf lokaler Ebene, da die Bedarfe der Krankheitsbehandlung - aufgrund der eingeschränkten Mobilität kranker Personen - in diesem Kontext anfallen. In der Neustrukturierung der hiesigen Versorgungslandschaft stehen vor allem zwei alternative organisatorische Spezialisierungsentscheidungen zur Debatte - Krankenhäuser mit Mehrfachspezialisierungen und Krankenhäuser mit einfacher Spezialisierung (Etzioni 1967:29f). Badura unterscheidet in diesem Zusammenhang zwischen einem „schlanken Krankenhaus“ und einem „Krankenhaus ohne Mauern“ (Badura 1993: 38 ff.). „Das „schlanke Krankenhaus“ ist, abstrakt gesprochen, ein hochspezialisiertes Zentrum der High-Tech-Medizin. Es ist nicht mehr berufsständisch, sondern aufgabenbezogen organisiert. Das „Krankenhaus ohne Mauern“ orientiert sich an den gleichen Management- und Organisationskonzepten. Seine Aufgabenstellung geht jedoch eher in Richtung eines regionalen Gesundheitszentrums bzw. einer Poliklinik. Nicht Technik und Spezialistentum stehen hier im Vordergrund, sondern die primäre Versorgung einer Region durch teils ambulante, teils stationäre Angebote der Gesundheitsförderung, Prävention, Akutversorgung und Rehabilitation“.

US-amerikanische Autoren sprechen in dieser Hinsicht von einer „doppelten Herausforderung“, d. h. einerseits der Notwendigkeit einer Spezialisierungsstrategie und andererseits der Notwendigkeit einer Integrationsstrategie, die darauf zielt, ein Versorgungskontinuum in einem gegebenen lokalen Setting zu ermöglichen (vgl. Jacobs/Schulze 2006). Shortell et al. identifizieren drei verschiedene strategische Ansatzpunkte dieses Spezialisierungsprozesses (Shortell et al. 1994):

1. eine Strategie, die ihren Ausgangspunkt in der Schaffung einer *Krankenhauskette* hat. Der Vorteil einer derartigen Strategie liegt im Wesentlichen in einer verbesserten Position auf den Kapitalmärkten und weniger in Rationalisierungseffekten (vgl. Ermann/Gabel 1984).
2. eine Strategie, deren Ausgangspunkt ein Ärztenetz ist, welches Krankenhauskapazitäten „least“. Ein Vorteil dieser Strategie „*loser Kopplungen*“ ist die große Patientennähe, ein wesentlicher Nachteil das Problem der - oft - zu geringen Kapitalreserven. Eine Variante dieser Strategie ist das Einwerben und Anbindung eines Ärztenetzes durch ein fokales Krankenhaus (z.B. durch ein Herzzentrum).
3. eine Strategie, die auf die Schaffung einer *Hybridstruktur* aus Krankenhäusern und Ärztenetzen zielt. Der Vorteil liegt in der Kombination der Vorteile der beiden anderen Vorgehensweisen. Ein wesentliches Problem besteht demgegenüber in der Schwierigkeit, eine Vielzahl spezialisierter Ärzte und Arztpraxen organisatorisch zu integrieren.

Diese drei Strategien beziehen sich auf organisatorische Spezialisierungen in den „technischen Aufgabenumwelten“ (vgl. Thompson 1967). Ein Stück weit unabhängig davon ist das Problem der Integration in institutioneller Hinsicht. Fennell und Alexander unterscheiden in dieser Hinsicht drei unterschiedlichen Formen von „Governances“ (Fennell/Alexander 1993):

1. Multiple Krankenhaus-Systeme („Multihospital-Systems“), die auf eine Fusion der Eigentumsverhältnisse zielen. Die Wahl dieses Governance-Typus dürfte sich vor allem für die erste Strategie anbieten.
2. Lose Koalitionen innerhalb von Anbieter-Netzen - etwa in Form der Integration von Selbsthilfe-Gruppen, Freiwilligen-Systemen, staatlich gesponserten Netzwerken oder anderen Konsortien, Konföderationen und Allianzen. Es handelt sich in diesem Fall um „multi-institutionelle Netzwerke“.
3. Überkreuz-Beteiligungen und Eigentumsverbände aus Krankenhäusern, Ärztenetzen und Drittpartnern.

Die beiden letzten Governance-Formen dürften vor allem in Hinblick auf die beiden letztgenannten Strategien von Interesse sein.

Was die Integration in den technischen Aufgabenumwelten anbelangt, so sehen hier Shortell et al. im Wesentlichen zwei zentrale Integrationsprobleme (Shortell et al. 1994). Zum einen das Problem der „funktionalen Integration“ im Sinne der Integration von „Kernkompetenzen“ und Schlüsselaktivitäten in einer übergreifenden Wertschöpfungskette. Zum anderen das Problem der „Ärzteintegration“ als Problem der Verknüpfung unterschiedlicher Berufskulturen und Statuspositionen. Was die Integration in institutioneller Hinsicht betrifft,

so sehen Fennell und Alexander vor allem das Problem, dass eine stark differenzierte Eigentumsstruktur zu einer Komplexitätszunahme in den hierarchischen Strukturen führen kann und damit möglichen Machtkonflikten Vorschub leistet. Generell ist ihnen zufolge davon auszugehen, dass eine „unvollständige Institutionalisierung“ derartiger Gesundheitsnetzwerke die Folge „konkurrierender Rationalitäten“ ist.

3. Konkurrierende Rationalitäten im Gesundheitswesen - alte und neue Einsichten

Im Gutachten des Sachverständigenrats (2001) wird neben der Bedarfs- auch auf die Kostenseite des Angebots der Gesundheitsleistung hingewiesen und von einem „Zielkonflikt“ zwischen „Beitragsstabilität“ einerseits und einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung andererseits ausgegangen. Der Sachverständigenrat wiederholt an dieser Stelle eine alte Einsicht, die Rohde in seiner klassischen Studie so auf den Punkt bringt: „Dem Patienten sind (1) die beste Diagnose und Therapie sowie (2) die beste seinem Zustand, seiner Lage entsprechende pflegerische Fürsorge bereitzustellen und zu vermitteln ... ohne Rücksicht auf die Zahlungskräftigkeit der Klientel.“ Gleichzeitig soll aber all das mit dem Bestreben vereinbar sein „den wirtschaftlich finanziellen Bestand der Anstalt zu erhalten und zu sichern“ (Rohde 1962: 323 f.). Daraus ergebe sich ein Muster von „Innenspannungen“ im Krankenhaus, das in der Beziehung zweier Funktionskreise zum Ausdruck kommt: „Man kann wohl sagen, dass die entscheidende Spannungsfront irgendwo zwischen dem Funktionskreis der Medizin und der Verwaltung verläuft. Es gibt schlechterdings kein Krankenhaus, in dem dieser Konflikt nicht der Möglichkeit nach vorhanden wäre“ (a.a.O.). Dieses Konfliktmuster steht in enger Beziehung zu bestimmten professionspolitischen Aspekten des Arztberufes. Parsons hat beispielsweise darauf aufmerksam gemacht, dass Ärzte spezifische „vested interests“ im Hinblick auf die Ausgestaltung der Patientenbeziehung haben. Diese wird vorzugsweise in einen „personalen“, „intimen“ und „privaten“ Kontext verortet (Parsons 1963: 26). Das wiederum eröffnet den Ärzten die Chance, nicht nur in medizinisch-therapeutischer sondern auch in finanzieller Hinsicht die „Definitionshoheit“ in Hinblick auf die Ausgestaltung dieser Beziehung zu erlangen. So sehr sich nun die Situation von Krankenhausärzten von der der frei praktizierenden Ärzte unterscheiden mag - zunächst bestand auch von dieser Seite das Interesse, die verschiedenen Dimensionen der Patientenrolle nach autonomen Kriterien zu definieren und so als „Publikumsrolle“ zu verankern. Im Hinblick auf die „mikropolitische“ Dimension der Krankenhausorganisation bedeutet das, dass die Berufsgruppe der Ärzte lange Zeit in der Lage war, diese zentrale „Grenzstelle“

der Organisation zu kontrollieren. Scott et al. sprechen in dieser Hinsicht mit Blick auf die Verhältnisse in den USA von einer Ära der „berufständischen Dominanz de Gesundheitswesens“, die etwa bis Mitte der 60er Jahre andauerte (Scott et al. 2000: 178 ff.). Die Analyse Rohdes bezieht sich im Wesentlichen auf dieselbe Periode. Zudem lenkt Rohde aber mit seinem Begriff der „Innenspannungen“ der Krankenhausorganisation den Blick auf die immanenten Zielkonflikte dieses Organisationstyps. Diese resultieren aus so etwas wie einer „Doppelzugehörigkeit“ zu unterschiedlichen Funktionssystemen, dem Gesundheitssystem zum einen, dem politischen bzw. dem wirtschaftlichen System zum anderen. Der zentrale Zielkonflikt ist dabei gleichsam institutionalisiert in Form der „Doppelspitze“ der Krankenhausleitung, d.h. der medizinisch-technischen Leitungsspitze und der administrativen Leistungsspitze (Heydebrandt 1973).

In Rohdes Studie wird freilich die Beziehung zwischen Ärzten und Pflegeberufen noch traditionell im Sinne der Beziehung diagnostisch-therapeutischer Tätigkeit und „Heilhilfeberufen“ gesehen. Schwierigkeiten zwischen beiden Bereichen gibt es nur insofern, als mittelfristig von einem weiteren Abschmelzen des religiösen Ethos und von einer weiteren Säkularisierung der Heilhilfeberufe auszugehen ist. Der Ärzteberuf und die Pflegeberufe werden von ihm also gleichermaßen zum medizinisch-therapeutischen Funktionskreis gerechnet. Von konkurrierenden Rationalitäten zwischen dem medizinischen und dem administrativen Funktionskreis kann man nun deswegen sprechen, weil der genannte Zielkonflikt auf Wertprämissen aufbaut, die unterschiedlichen Wertordnungen entsprechen: zum einen - grob gesprochen - dem medizinisch-therapeutischen Wertkomplex, zum anderen der betriebswirtschaftlich-administrativen Wertordnung.

In neueren Managementansätzen wird nun oft davon ausgegangen, dass es möglich ist, derartige Zielkonflikte aufzulösen. Es gilt in dieser Hinsicht die Annahme, dass ein höherer Grad an „Systemhaftigkeit“ (Giddens) in der organisatorischen Beziehungen mit einem Mehr an Reflexivität und Selbstbeobachtung einhergeht. „Bisher galt die Maxime: ‚Qualität kostet Geld‘, ‚Innovationen beanspruchen Zeit und Geld‘, ‚eine kürzere Verweildauer ist nur mit zusätzlichen Kapazitäten sicher zu stellen‘ usw. Das neue Management-Paradigma fordert: ‚höhere Qualität und patientenwirksame Innovationen (z.B. minimale invasive Verfahren, ambulantes Operieren) sind in kürzerer Zeit mit tendenziell sinkenden Kosten zu realisieren“ und ‚eine kürzere Verweildauer wird mit weniger Kapazität durch bessere Organisation erreicht‘“ (von Eiff 2003: 14). Von zentraler Bedeutung ist in diesem Kontext neben dem Konzept der „Patientenorientierung“ das der „integrierten Behandlungskette“. So ist gerade im Bereich chronischer Krankheiten die Stärkung und Ermöglichung der aktiven Mitwirkung des Patienten am Heilungsgeschehen bzw. am Krankheitsmanagement von wesentlicher Bedeutung. Durch Vermeidung von Doppeluntersuchungen, durch angemessene

ne Formen der Schmerzbehandlung oder durch abgestimmte Formen der Medikamentierung lassen sich „in der Behandlungskette“ durchaus Kosten reduzieren.

Dieses Konzept basiert freilich auf der Annahme, dass sich die medizinisch-therapeutische Wertordnung und das ihr entsprechende organisatorische Rollenverständnis ein Stück weit verändert haben. Ein wesentliches Movens dieses Prozesses ist die Veränderung der typischen Krankheitsbilder, d.h. die Abnahme der Bedeutung von Akutkrankheiten und die Zunahme der von chronischen Krankheiten sowie des damit einhergehenden Bedeutungsverlustes des „Akutkrankenhauses“. Hinzu kommt die Neuinterpretation des Gesundheitsbegriffs, die auf die „aktiv betriebene Herstellung und Erhaltung der sozialen, psychischen und körperlichen Aktionsfähigkeit eines Menschen“ zielt (Hurrelmann 1988: 17). All das bedingt eine deutliche Aufweitung der Handlungshorizonte über jenen Bereich hinaus, den die klassische Medizin ins Auge fasst. „Ganzheitliche Patientenorientierung“ in diesem Sinne unterstellt einen „systemischen“ Ansatz der Krankenbehandlung, in dem die verschiedenen Stadien der Behandlung, angefangen von der Überweisung durch den Hausarzt, über die Versorgung in einem Akutkrankenhaus bis hin zum Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtungen (und weitergehender Formen der ambulanten Versorgung) miteinander verknüpft sind. Anders angedrückt: „Systemgestaltung“ in diesem Sinne zielt auf das Management von Schnittstellen in Kommunikationsprozessen (Feuerstein 1994).

4. Der Begriff der „Systemgestaltung“ – eine erste kritische Annäherung

Der Begriff der „Systemgestaltung“ wird häufig eher metaphorisch verwendet. Die Ausgestaltung der organisatorischen Schnittstellen und die Integration übergreifender Beziehungsnetze bedingt jedenfalls, anders als es für isolierte Akutkrankenhäuser in der Vergangenheit typisch war, ein gewisses Maß an „Systemhaftigkeit“ in den Interorganisations-Beziehungen. Im Folgenden wird in Anschluss an Friedberg davon ausgegangen, dass von Systemgestaltung nur dann die Rede sein kann, wenn klar zwischen Regulierungsmechanismen innerhalb und außerhalb des untersuchten Handlungssystems unterschieden werden kann (Friedberg 1995: 242). Systemgestaltung² bedeutet dann also, dass die Widersprüche in den Wertimplikationen und Wertprämissen, die den verschiedenen Zwecksetzungen und Zielen der organisatorischen Gruppen zugrunde liegen - wie etwa die zwischen der medizi-

² Luhmann hat in diesem Zusammenhang den Zusammenhang von Werten und Zwecksetzungen herausgestrichen. Werte sind ihm zufolge „Erwartungen, die in einer bestimmten Weise generalisiert und abstrahiert werden“ (Luhmann 1977: 36). In eine Verbindung mit Zwecksetzungen gebracht sind Werte somit prinzipiell rationalisierungsfähig. Denn Zwecke dienen zum einen dem Vergleich mit anderen Zwecksetzungen. Zum anderen postuliert das Zweckprinzip „die Verbindlichkeit eines Ausschnitts der betroffenen Werte“ (ebd.: 46). In diesem Sinne sind Zwecksetzungen Ausdruck spezifischer Rationalitäten (vgl. Joas 1992: 223 ff.).

nisch-therapeutischen und der betriebswirtschaftlich-managerialen Rationalität - *unter den gegebenen konkreten Umständen* - neutralisiert werden können (vgl. Pfaff 1997). In diesem Sinne stellt der Systembegriff eine notwendige Ergänzung zum Akteursbegriff dar (a.a.O.: 229). Das heißt, die Rationalitäten der Akteure verweisen auf einen systemischen Beziehungszusammenhang, der selber nur durch diese Verhaltensweisen und Identitäten strukturiert und restrukturiert wird. Darauf wird im Folgenden näher einzugehen sein.

Das Konzept der Schaffung einer „systemischen“ Behandlungskette ist dabei zunächst nur Ausdruck einer organisatorischen Rationalisierungslogik. Es fehlt die Dimension „konkreter Handlungssysteme“, in die derartige Rationalisierungslogiken eingebettet sein müssen, um „zu funktionieren“ (vgl. Friedberg 1995). Offen bleibt zudem, wie in diesem Kontext „besonderen Fällen“ Rechnung getragen werden kann und wie die Patientenbetreuung organisiert wird. Das Konzept des „Fallmanagement“ ist in diesem Kontext in handlungspraktischer Hinsicht von besonderer Bedeutung (vgl. Ewers 1996). Es zielt auf Formen der Patientenbetreuung und -beratung, die einen eher interaktionsintensiven Charakter haben und ein Stück weit die traditionelle Orientierung auf medizinisch-technische Krisenintervention im Rahmen einer Akutversorgung überwinden. Die entscheidende organisatorische Herausforderung besteht in dieser Hinsicht in einer *Ausdehnung des Zeithorizonts* auf die gesamte „Krankheitstrajektorie“ (Strauss/Corbin 1988) im Gegensatz zu einer kurzfristigen Orientierung auf die Behandlung von Akutfällen.

Zum einen betrifft in diesem Sinne „Fallmanagement“ Verknüpfungsaktivitäten auf der Systemebene (z. B. den Aufbau eines Dokumentationswesens, die Entwicklung von Leitlinien und Qualitätsstandards) sowie Umorganisation der Versorgungseinrichtungen im Sinne einer Zerlegung in einzelne - fallbezogene - Segmente (Ewers 1997). In diesem Kontext ist es notwendig, Risiken aufzudecken und zu gruppieren (Das betrifft etwa die Aufdeckung von Versorgungsbedarfen und Versorgungsengpässen, die Identifikation von „Hochkosten“-Patienten, die Gestaltung von Versorgungsplänen und die Einführung einer Aufgabenkontrolle). Neben dieser „systemischen“ Dimension des Fallmanagements ist aber zum anderen seine interaktive, „lebensweltliche“ Dimension nicht zu vergessen, die sich auf die Betreuung und Begleitung des individuellen Patienten bezieht und im ursprünglichen - angelsächsischen - Sinn des Worts „case-management“ entsprechende Formen der Sozialarbeit einschließt (Ewers 1996). Die Frage ist nun, welche unterschiedlichen Rationalitäten durch diese und ähnliche Formen der Ausgestaltung der Interorganisationsbeziehungen ins Spiel gebracht werden, und ob es gelingen kann, etwaige Widersprüche „zu glätten“.

5. Organisatorische Paradigmen und Rationalitätskonflikte

Der in der derzeitigen Debatte viel benutzte Begriff der „Systemgestaltung“ zielt auf grenzüberschreitende Formen der organisatorischen Rationalisierung.³ Tacke differenziert in dieser Hinsicht zwischen zwei Typen von „Systemrationalität“, denen unterschiedliche Rationalisierungsstrategien entsprechen (Tacke 1997). Zum einen handelt es sich um einen Typ von Systemrationalität, der Rationalisierung in organisationsinternen Relationen definiert, d.h. als Beziehung von - internen - Mitteln zu gesetzten Zwecken. Dabei wird ein einseitiges Steigerungsverhältnis unterstellt. Dieser Typus von Systemrationalität markiert den Bezugshorizont „tayloristischer“ oder „fordistischer“ Managementkonzepte, welche die Organisationszwecke rein technisch definieren und das „Human- System“ der Organisation dem technischen System unterzuordnen suchen. Dem zweiten Typus von Rationalisierungsstrategie entspricht eine Systemrationalität, die auf die aktive Regulierung der Umweltbeziehungen hinzielt – etwa auch im Sinne von von Eiff's Modell. Das bedeutet freilich, dass dieses „systemische“ Organisationsverständnis sich grundlegend von vorhergehenden Konzepten unterscheidet, die darauf abzielten, einzelne „Zwecke“ zu optimieren. Das „klassische-tayloristische“ Modell der Zweckrationalität - so Tacke - setzt nämlich eine „gegebene Grenze“ zur Umwelt voraus. Unter den Bedingungen einer binnenorientierten Zweckrationalität der Krankenhausentwicklung haben daher bis heute technikzentrierte Rationalisierungsstrategien eine große Rolle gespielt. Dieses Rationalisierungsparadigma blieb aber keineswegs unumstritten. Die rapide medizintechnische Entwicklung hat nämlich vielfach zu einer „Aufspaltung“ der Patientenversorgung in eine technisch-apperative und eine pflegerisch-psychosoziale Seite geführt. Die dadurch entstandenen therapeutischen und berufsständischen Leitbilddifferenzen führen oft zu Verständigungsbarrieren zwischen den verschiedenen organisatorischen Subkulturen auch und gerade zwischen ärztlichen und pflegerischen Berufen (Borsi 1994: 39 ff.). Ich möchte nun im Folgenden der Einfachheit halber den ersten Typ von Systemrationalität als „technikorientierte Zweckrationalität“ und den zweiten als „Systemgestaltung“ bezeichnen.

Ein Konzept der „patientenorientierten Systemgestaltung“ (Feuerstein/Badura 1991) entfaltet die Implikationen dieses zweiten Typs von Systemrationalität. In vielerlei Hinsicht erscheint es dabei als eine plausible Antwort auf die Engführung und Einseitigkeiten eines

³ Badura/Feuerstein definieren die „Systemhaftigkeit“ der Strukturen der Gesundheitsversorgung eher doppeldeutig. Zum einen wird eben dieses - mit durchaus negativen Konnotationen - mit einem Konzept organisatorischer Zweckrationalität identifiziert (Badura/Feuerstein 1994: 11), zum anderen zielt das Konzept der „Systemgestaltung“ - positiv verstanden - auf Systemrationalisierung im Medium eines entwickelten Grenzstellenmanagements.

„klinischen Taylorismus“. Es ist daher mit einer bürokratischen „Spitzenlastigkeit“ der Steuerungsprozesse und mit einer Abschottung der berufsständischen Gruppen im Krankenhaus kaum vereinbar. „Gestaltung“ bedeutet in diesem Kontext, dass ein horizontal angelegtes Muster ineinander greifender Handlungen geschaffen wird, welches quer zu den Strukturen der Krankenhausbürokratie liegt. Welche Probleme man sich dabei einhandeln kann, wird freilich oft übersehen (vgl. Scott 1986: 244).

In einem solchen systemischen Rationalisierungskonzept geht es jedenfalls um eine proaktive Ausgestaltung der Beziehung von „System“ und „Umwelt“. Anstelle eines Konzepts, das auf die instrumentellen *Mittel* der Rationalisierung abzielt, tritt nun ein neues Konzept - so Tacke -, in dem *Grenzstellen* zu ihrem „Medium“ werden. Ein derartiges Rationalisierungskonzept zielt also nicht auf die je einzelne Organisation sondern auf die „Zwischensysteme“ (Luhmann) in den interorganisatorischen Beziehungen. Windeler macht in diesem Kontext darauf aufmerksam, dass damit eine Netzwerkperspektive in die systemischen Handlungslogiken eingeführt wird (Windeler 2001: 200ff). Vernetzung wird dann wiederum als ein Prozess der Strukturierung von Zwischensystemen begriffen, was ein gradualistisches Verständnis von „Systemhaftigkeit“ (Giddens) nahe legt. Eine derartige Netzwerkperspektive impliziert, dass die Organisationen aus einer dualistisch angelegten Organisation/Umwelt Perspektive heraustreten und sich selber als Teil ihrer Umwelt, d.h. als Teil eines Netzes, betrachten (Hessinger 2001: 211 ff). Damit erscheint die Aufgabe der Ausgestaltung der Netzwerkbeziehungen gleichsam als drittes Aufgabenfeld neben dem der internen Organisationsgestaltung und dem der umweltbezogenen Unsicherheits- und Ungewißheitsbewältigung am Horizont. Netzwerke haben nun ihre je eigene „Gegenstände“ des Handelns. Das Konzept der Patientenorientierung ist in diesem Kontext nichts anderes als griffige Metapher für die je spezifische Gegenständlichkeit von Versorgungsnetzwerken (Heinlein 2003, vgl. Latour 1996). Die Tatsache, dass derartige Konzepte auf relativ interaktionsintensiven Koordinationsformen beruhen, die ihrerseits auf Gruppenstrukturen aufbauen (d.h. auf relativ einfach strukturierten Sozialbeziehungen) darf dabei nicht täuschen. An die Stelle der „Technikorientierung“ des Rationalisierungsprozesses tritt nun eine Kommunikationsorientierung. Das hat wiederum damit zu tun, dass Unsicherheiten in der organisatorischen Umwelt jetzt nicht mehr als „Störungen“ der Kernstabilität, sondern als Lern- und Innovationschance wahrgenommen werden.

Aus dieser Perspektive betrachtet stehen sich derzeit also tendenziell zwei unterschiedliche Organisationsparadigma gegenüber:

Zum einen ein technikzentriertes Paradigma der Gesundheitsversorgung, welches sich nach wie vor an dem Typus des Akutkrankenhauses orientiert.

Zum anderen das Paradigma einer patientenorientierten Gesundheitsversorgung, welches auf Koordinationsprozesse setzt, die über die Organisationsgrenzen hinweg angelegt sind und tendenziell die Bereiche Prävention, Akutversorgung und Rehabilitation miteinander vernetzen.

Die Frage ist nun, wie sich dieser „*Paradigmenkonflikt*“ zu dem von Rohde skizzierten klassischen „*Rationalitätskonflikt*“ zwischen den medizinisch-therapeutischen und dem managerial-administrativen Funktionskreis verhält. Diese Frage zu stellen bedeutet freilich schon, auf einfache Antworten zu verzichten. Auf jeden Fall ist der Übergang von einem zu einem anderen Paradigma der Organisationsgestaltung so gut wie nie konfliktfrei. Die von Eiff aufgezeigte Perspektive der Neutralisierung des Zielkonfliktes zwischen ökonomischen und medizinisch-therapeutischen Wertorientierungen mag überzeugen oder nicht - Voraussetzung dieser Neutralisierung ist die Auflösung des grundlegenden „*Paradigmenkonflikts*“. Zu fragen ist freilich, ob nicht auch im Rahmen eines - nur partiell gelungenen - Übergangs zu „*Systemgestaltung*“ die alten *Rationalitätskonflikte* in neuer Form - gleichsam als „*sekundäre Rationalitätskonflikte*“ - wiederauftauchen können. Diese Konflikte emergieren dann allerdings nicht mehr „jenseits“ sondern „diesseits“ der Realisierung eines Modells von Systemgestaltung. Es spricht beispielsweise einiges dafür, dass gerade aus der Perspektive der ärztlichen Berufe ein Festhalten am technikzentrierten Paradigma Sinn machen kann. Immerhin hat schon Perrow darauf hingewiesen, dass die Voraussetzungen für erfolgreiche Strukturveränderungen in der Krankenhausorganisation in dem Vorhandensein angemessener Technologie besteht (Perrow 1965).⁴ So hat etwa deren Nicht-Vorhandensein in der Psychiatrie dazu geführt, dass organisatorische Strukturveränderungen ins Leere liefen. Der oben skizzierte *Paradigmenkonflikt* zwischen technikzentrierten Organisationskonzepten und solchen, die auf eine patientenorientierte Systemgestaltung zielen, impliziert deswegen auch nicht, dass aus der Perspektive eines patientenorientierten Konzepts auf eine umfassende Technikgestaltung verzichtet werden könnte.⁵ Das freilich kann dann leicht als „mikropolitisch“ Argument dafür herhalten, an den überkommenen technikzentrierten Formen der Arbeitsorganisation im Rahmen integrierter Versorgungsnetzwerke festzuhalten. Die Konsequenz wäre ein Aufschaukeln der beschriebenen gegenläufigen Tendenzen - im Sinne „teurer“ Lösungen in den technischen Kernbereichen, die die Tätigkeiten im pflegerischen Bereich und evtl. auch die im gesamten Rehabilitationsbereich unter Kosten- und Rationalisierungsstress setzen.

⁴ Denn nur in diesem Fall ist es möglich, Zweck-Mittel-Reihen zu bilden und mögliche Handlungseffekte miteinander zu vergleichen (vgl. Luhmann 1977).

⁵ Das scheint in mancher Hinsicht Illichs Analyse nahezulegen (Illich 1995).

6. Mikropolitische Implikationen

Diese Identifikation zweier organisatorischer Paradigmen lässt also offen, wie sich der Übergang von einem zum anderen Typ empirisch bewerkstelligen lässt. Denkbar sind relativ lange Übergangsphasen, in denen es zu einer widersprüchlichen Koexistenz unterschiedlicher Organisationsprinzipien kommt. Anders ausgedrückt: die Implementation eines umfassenden Konzepts von Systemgestaltung erfordert die Entwicklung von Reflexivität und Selbstbeobachtung in den organisatorischen Abläufen. Das wiederum ist im Kern ein mikropolitisch Handlungsproblem. Leitbilder und Formen der Selbstbeschreibung, die dem Typ einer technikorientierten Zweckrationalität entsprechen, lassen sich in vielen Bereichen des Gesundheitswesens ausmachen. Badura/Feuerstein sprechen in dieser Hinsicht von einem „medizinischen Taylorismus“ (Badura/Feuerstein 1994: 10). Die Tatsache, dass technikorientierte Zweckrationalität als Orientierungsmuster unter den heutigen Umständen deutlich unterkomplex ist, bedeutet also nicht, dass sie als eine klinisch-technische Form der Selbstbeschreibung organisatorischer Abläufe in mikropolitischer Hinsicht nicht mehr wirkmächtig ist. Vielmehr konstatieren die Autoren einen Rückzug vieler Ärzte auf den „harten Kern“ ihrer klinischen Aufgabenstellung, der geradezu eine Reaktion auf die „Wissensexplosion“ und eine - sich in Teilbereichen beschleunigende - Technisierung ist. Dem stehen Versorgungsbedürfnisse gegenüber, die „nicht nur auf die Erhaltung der Vitalfunktionen, sondern auch die weitestgehende Rückgewinnung von Leistungsfähigkeit und Lebensqualität“ zielen (ebd.: 11). Den damit einhergehenden „komplexen Aufgabenstellungen“, „multiplen Zielsetzungen“ und „zeitlichen Strukturierungen“ wird der derzeitige Organisationsmodus jedoch nicht gerecht. Dieses technikzentrierte Leitbild ist nämlich mehr als eine reine Ideologie. Es ist vielmehr wesentliches Moment eines „selbstreferentiellen Systems“, welches von seinen „*internen*“ (kursiv Ph.H.) Strukturen, Handlungsimperativen und Erfolgsmaßstäben“ gesteuert wird (a.a.O.). Hinzuzufügen ist, dass es sich in diesem Fall um einen *bestimmten* Modus von Systemrationalität handelt, der beginnt, sich an der aufgetürmten Problemkomplexität gleichsam wund zu scheuern. Die Autoren konstatieren in diesem Zusammenhang eine Tendenz zur „Abwertung interaktionsintensiver Diagnose und Therapie“, sowie eine „Abwertung aller nicht-medizinischen Aufgabengruppen, insbesondere der Pflegearbeit“ sowie eine „Abwertung der Subjektivität und Individualität der zu behandelnden Patienten und ihrer Beiträge zur Krankheitsbewältigung“ (ebd.: 12). Demgegenüber ließe sich durch interaktionsintensive therapeutische Leistungen, wie z.B. „eine ausführliche auf die persönliche und soziale Situation eines chronisch Kranken zugeschnittene Beratung“ (ebd.: 17) ein erheblicher Gesundheitsgewinn erzielen. Die Crux ist dabei nur, dass das

unter den gegebenen organisatorischen Bedingungen für den beratenden Arzt bzw. die Pflegekraft mit erheblichen Zusatzbelastungen verbunden sein kann (vgl. Pundt 2006).

An dieser Stelle der Analyse wird deutlich, dass der Übergang von einer technikzentrierten Zweckrationalität zu einem integralen und umweltbezogenen Modus von Systemgestaltung mit mehr verbunden sein muss, als mit einer rein kognitiven Umorientierung weg von einem „medizinischen Taylorismus“ hinzu einem eher „interaktionszentrierten“ Versorgungsleitbild. Erforderlich ist vielmehr das Aufbrechen und die Deblockierung einer Handlungssituation, in der sich medizinisch-therapeutische Berufe und therapeutisch-pflegerische Berufe in einen Gegensatz zueinander geraten. Diese komplexe mikropolitische Konstellation lässt sich etwa wie folgt beschreiben: einem - unter Stress geratenen - technikzentrierten Modus von Systemrationalität entspricht tendenziell eine Spannungszunahme in der Beziehung zwischen den pflegerischen und den ärztlichen Berufsgruppen. Demgegenüber könnten unter den Bedingungen eines umweltoffenen Modus von Systemrationalität kooperative Beziehungen zwischen beiden Gruppen entstehen.

Die These von Badura und Feuerstein ist, dass „Systemgestaltung“ im Gesundheitswesen die Aufhebung (und keineswegs bloß die Neutralisierung) des Gegensatzes zwischen einer medizinisch -technischen Rationalität und einer therapeutisch-interaktionsorientierten Rationalität impliziert. Das bedeutet, dass die Lösung der mikropolitischen Spannungen, die sich aus dem Reibungsverhältnis zwischen technischen Kernbereichen und organisatorischer Peripherie ergeben, davon abhängig ist, ob es gelingt, den sekundären Rationalitätskonflikt von „System“ und „Lebenswelt“ im Hinblick auf die Organisations-Patienten- Beziehung in den Griff zu bekommen. Diese These macht Sinn, wenn man sich vergegenwärtigt, dass die hier angesprochenen mikropolitischen Interessengegensätze und Spannungen mittelbar auf einen empirisch nachweisbaren Veränderungsdruck in den Organisationsstrukturen des Gesundheitswesens verweist. Das bedeutet freilich noch nicht, dass mit dem Aufweis derartiger „evolutionärer“ Tendenzen, die auf eine Abkehr vom medizinisch-technischen Paradigma der Organisationsgestaltung hinweisen, die Interessen und Strategien der beteiligten Akteure in allen ihren Implikationen zureichend erfasst worden sind.

Eine zentrale Einsicht des so genannten „mikropolitischen“ Ansatzes in der Organisationssoziologie ist, dass Machtspiele zwischen den organisatorischen Akteuren keineswegs bloße Folge gegebener systemischer Strukturen, sondern ihrerseits auch Voraussetzungen für deren Erhalt und Wandel sind (Crozier/Friedberg 1977). Vieles spricht in diesem Kontext für die Annahme, dass der von Rohde skizzierte Grundkonflikt zwischen betriebswirtschaftlich-managerialen Erfordernissen und solchen medizinisch-therapeutischer Art auf der Ebene sekundärer Rationalitätskonflikte fortwirkt. Neue amerikanische Untersuchungen legen etwa die Vermutung nahe, dass gerade die Aufspaltung des medizinisch-

therapeutischen Funktionskreises in zwei Akteursgruppen mit einem gestiegenen ökonomischen Druck von außen zu tun hat (Scott et al. 2000). Die Autoren bezeichnen dabei die derzeitige „Epoche“ in der Entwicklung des Gesundheitssystems als die der „managerialen Kontrolle und des Marktmechanismus“. Den Beginn dieser Ära datieren sie für die USA ab 1983. Abgelöst wird dadurch die Ära der „staatlichen Einmischung“ (1966-1982), der die Ära der „professionellen Dominanz“ (1945-1965) vorherging (ebd.: 166 ff.). Die offensive Fortschreibung eines „medizinischen Taylorismus“ erscheint nun gerade in der neuen Ära als mögliche Antwort jener Vertreter der Ärzteschaft, deren Arbeits- und Lebensbedingungen immer weniger von professionell kontrollierten Standards als von den konkreten Handlungsbedingungen in hochtechnisierten Großorganisationen abhängt (vgl. Stichweh 2000). Scott et al. weisen etwa in dieser Hinsicht darauf hin, dass sich derzeit die Spezialisierung der ärztlichen Berufe entlang jener Linien entwickelt, die durch die klinische und technische Praxis vorgegeben werden (Scott et al. 2000: 228). Ein Interesse an eher interaktionsintensiven Formen der Therapie und Patientenbetreuung ist demgegenüber vermutlich eher bei Randgruppen der Ärzteschaft und jenen therapeutischen Berufen zu finden, die an der organisatorischen Peripherie agieren und in diesem Kontext den Leitbildern des „Critical Professionalism“ bzw. der „Consumer Health“ Bewegung folgen (ebd.: 210).

Die weitere Ausdeutung dieser mikropolitischen Handlungskonstellation ist freilich eine empirische Aufgabe und mit rein theoretischen „Bordmitteln“ nicht zu leisten. Folgt man nun der Vorstellung von Friedberg, dass die Integration organisatorischer Handlungsweisen so etwas wie „offene Spiele“ zwischen den Akteuren impliziert (Friedberg 1995: 233), so lässt sich die betreffende Organisation selber als eine Gesamtheit von Spielen, oder anders ausgedrückt, als Art „Metaspiel“ begreifen (a.a.O.). Die Veränderung derartiger Metaspiele ist eine zentrale Funktion von Managementkonzepten. Der Übergang von einem technikzentrierten Modus der Systemrationalität sowie die Auflösung sekundärer Rationalitätskonflikte ist daher nicht ohne den Einsatz geeigneter Managementkonzepte denkbar. Die Frage ist dann, ob es Konzepte gibt, die die angesprochene Problematik aufgreifen.

7. Integrierte Behandlungsketten - „Lean Production“ im Krankenhaus?

Die organisatorische Herausforderung der Schaffung integrierter Behandlungsketten findet eine gewisse Entsprechung in neueren Managementkonzepten, die seit den 80er Jahren in weiten Teilen der Industrie angewandt werden. Diese zielen zum einen auf eine horizontale Vernetzung zwischen „Zulieferern“ und „Anwendern“, zum anderen auf einen Abbau von Bürokratie und Hierarchie. In der jüngeren Debatte über die Neuorganisation des Kran-

kenhaussektors wird oft auf eine gewisse Parallelität der Entwicklungen hingewiesen (von Eiff 1998). „Meine These ist, dass einzelne Elemente von Lean Production wie ‚Organisation von Technik‘, ‚Mensch vor Technik‘, ‚Delegation der Verantwortung auf die unterste Ebene‘ und ‚Kontinuierlicher Verbesserungsprozess‘ durchaus Denkanstöße zu Gestaltung des humanen Krankenhauses der Zukunft geben können ... Ziel ist es, einen Anstoß zur Reaktivierung der Idee des Laienpotentials und der Idee der Humanisierung zu geben und Diskussionen hierüber anzuregen ...“ (Pfaff 1994: 65).

Es lohnt sich an dieser Stelle, die Prämissen dieser Aussagen etwas näher auszuleuchten. Im Gegensatz zu industriellen Fertigungsprozessen handelt es sich bei der Arbeit im Gesundheitsbereich nämlich um personenorientierte Dienstleistungen, die nicht nur in einer Interaktion zwischen den Arbeitenden, sondern auch in mehr oder weniger engen Interaktionen mit dem „Arbeitsgegenstand“, d.h. dem Patienten, erbracht werden. Die Arbeit mit dem Patienten hat deswegen eine lebensweltliche Dimension, die nur schwer in eine organisations-technische Sichtweise integrierbar ist. Der Patient ist in diesem Kontext die zentrale Unsicherheitsquelle des Arbeitsprozesses, aber auch eine mögliche Informationsquelle. Das Lean-Production-Konzept ist aber in erster Linie prozessorientiert (vgl. Ohno 1993). Eine prozessorientierte Umstrukturierung der Krankenhausorganisation kann in dieser Hinsicht zur Aufbrechung der „Säulentrennung“ zwischen den Berufsgruppen beitragen, sie kann sicherlich auch hilfreich sein, um das Abteilungsdenken zu überwinden (Koschneck/Rosin 2005: 75 ff.). Die mit diesem Konzept einhergehende zeitliche Reduktion der „medizinischen Zugriffszeiten“ macht es aber eher unwahrscheinlich, dass „Patientenorientierung“ etwas anderes ist als „Kundenorientierung“ (vgl. Thill 1999). Entscheidungsprogramme, die den „Patienten im Mittelpunkt“ sehen, ermöglichen daher fallbezogenes und zeitgenaues Arbeiten. Sie sind aber per se keineswegs so ausgelegt, dass der Zeithorizont der Betreuung aufgeweitet wird.

Das zentrale Problem eines Konzepts des *kundenorientierten Krankenhauses* (Thill) liegt dabei genau in dieser Definition des Patientenbegriffs. Als „Kunden“ werden nämlich dem „Patienten“ gegenüber dann Souveränitätszuschreibungen vorgenommen, die sich tendenziell eher auf sekundäre Aspekte der Krankenbehandlung beziehen (z.B. die just-in-time Zulieferung von Essensbestellungen). Anders ausgedrückt: der Begriff „Kunde“ bezeichnet Publikumsrollen mit „exit“ und „voice“ Optionen (vgl. Tacke/Wagner 2005). Verloren geht in diesem Konzept die wichtige Einsicht (die dem modernen medizinischen Paradigma zugrunde liegt), dass der Patient gleichermaßen Subjekt und Nicht-Subjekt ist (Foucault

1991).⁶ Die Souveränitätszuschreibung, die dem Patienten als Kunden zuteil wird, ist deswegen unvereinbar mit dem Begriff „Krankheitstrajektorie“, auf den das Konzept der Patientenorientierung hinzielt (Strauss/Corbin 1988). Der letztere Begriff bezeichnet den Umgang mit der Krankheit auch jenseits der Phase der Akutbehandlung, angefangen von Phasen der Verbesserung des Gesundheitszustandes bis hin zu Verschlechterungsphasen und der Sterbephase. So gesehen ist der Patient eigentlich nur dann zur Kooperation in der Lage, wenn er sich – auch - als Nicht-Subjekt sieht und die Krankheit nicht verdrängt.

Pfaff ist dabei sicher zuzustimmen, dass der große Vorzug dieser Management-Konzepte darin besteht, dass sie die Form der Arbeitsorganisation und der Kooperation in den Fokus rückt und nicht die des Technikeinsatzes (Pfaff 1994). Gleichwohl ist die „Prozessorientierung“ dieser Konzepte eine Art blinder Fleck. Denn nur im Zuge der Einschachtelung von zusätzlichen Beobachtungen und Betreuungsleistungen ist es möglich, Patientenorientierung im Sinne einer Orientierung auf die gesamte Krankheitstrajektorie zu realisieren. Nur so ist es nämlich möglich, sekundäre Rationalitätskonflikte zwischen „System“ und „Lebenswelt“ im Hinblick auf die Ausgestaltung der Organisations-Patient-Beziehung zu entschärfen. Erst ein solches - die Organisationsgrenze überschreitendes - Prozessmodell entspräche einem Typus von Systemrationalität, der das „technikorientierte“ Paradigma der Krankenhausorganisation überwunden hat.

Die Idee der Etablierung einer „Versorgungskaskade“ im Rahmen eines krankenhausspezifischen „Geschäftsprozessmanagements“ ist davon scheinbar nicht weit entfernt. „Ein wichtiges Merkmal eines Gesundheitszentrums ist seine Prozessfähigkeit; die Fähigkeit nämlich, alle für einen bestimmten Fall erforderlichen Ressourcen mit dem bestmöglichen Know-how, zeitnah zu aktivieren und dabei den Anspruch einer ganzheitlichen Patienten- und Angehörigenbetreuung im Rahmen der Versorgungskaskade zu garantieren“ (v. Eiff 1998: 15). Ähnlich wie in der Industrieorganisation geht es auch in der des Krankenhauses darum, die Diversität möglicher Fälle und Krankheitsbilder beherrschbar zu machen und in dieser Hinsicht „fallbezogene Risiken“ einzugehen (von Eiff 2001). Die „Qualität“ der einzelnen Leistungen in der Handlungskette wird dabei zum eigentlichen „Knackpunkt“ dieses Rationalisierungsmodells. Denn nur wenn es gelingt, Nullfehler-Qualität zu gewährleisten, ist es möglich, die Kontinuität der Behandlungs- und Prozessfolge zu gewährleisten. Das heißt die „Prozessfähigkeit“ der Krankenhausorganisation bedingt klare Qualitätsstandards und ein ausgeprägtes Qualitätsbewusstsein der Mitarbeiter. Im Sinne des Lean-Management-

⁶ Denn nur aus dieser Perspektive heraus konnte sich eine „lokalisierende Pathologie“ entwickeln, die nicht den gesunden Menschen als Norm und Perfektibilitätsmaßstab annahm. D.h. Krankheit ist kein äußeres „Attribut“, sondern ein Zustand des *ganzen* Organismus.

Konzepts impliziert das eine grundlegende Umkehrung der Blickrichtung der Ablaufplanung – weg von einem Bring-Prinzip, hin zu einem Hol-Prinzip. Dadurch wird dann der Produktionsprozess von der Kunden- bzw. der Patientenseite her beobachtbar. Dieses Konzept impliziert allerdings einige Unwägbarkeiten. Ein Blick auf die derzeitige organisationssoziologische Diskussion ist in dieser Hinsicht instruktiv.

Weick und Sutcliffe haben darauf aufmerksam gemacht, dass Arbeit in Hochrisiko-Organisationen einen bestimmten Handlungstyp erfordert, der außerordentlich mitteilungs- und interaktionsintensiv ist (Weick/Sutcliff 2003). Derartige Mitteilungsprobleme ergeben sich gerade im Umgang mit komplexen und riskanten Technologien. Die Pointe von Weick/Sutcliffes Analyse besteht darin, dass derartige technologische Unsicherheiten ein Maß an *Ungewissheit* in den Kommunikationsabläufen implizieren, dem mit technischen Mitteln nicht beizukommen ist. „Achtsames Arbeiten“ bedeutet in ihrem Sinn eine starke „Konzentration auf Fehler“, eine „Abneigung gegen vereinfachende Interpretationen“ und eine „Sensibilisierung für betriebliche Abläufe“ und „Respekt vor fachlichem Wissen und Können“ sowie ein „Streben nach Flexibilität“. Auch wenn Krankenhäuser im engeren Sinne nicht zu den Hochrisiko-Organisationen zählen, so ist doch im Vergleich zu industriellen Arbeitsformen die Arbeit im Gesundheitssektor durch ein sehr viel geringeres Maß an Erwartungssicherheit gekennzeichnet. Im Hinblick auf das klassische Akutkrankenhaus der 60er Jahre spricht Rohde noch von einer „Ritualisierung des Notstandverhaltens“. Weick/Sutcliffe hingegen haben schon das moderne vernetzte Krankenhaus der 90er Jahre vor Augen, mit seiner „ungeheuren Vielfalt von Patienten und Umständen, der Notwendigkeit schneller Verfahrens Anpassungen, der rasanten Veränderung von Wissensgrundlagen und der Bedeutung von hervorragend ausgebildeten Experten, die ihr fachliches Urteil in dynamischen Umwelten treffen müssen ...“ (ebd.: 40). Deswegen sind Rationalisierungskonzepte im Gesundheitsbereich, die darauf abzielen, kontinuierliche Behandlungsketten in integrierten Versorgungskaskaden zu schaffen, in hohem Maße davon abhängig, dass es gelingt, Störquellen in den Griff zu bekommen. Dabei darf zudem nie aus den Augen verloren werden, dass die Patientenperspektive - unabhängig davon, dass sie aus der Systemperspektive zunächst als „zentrale Störquelle“ in den Blick gerät - einen moralisch-ethischen Eigenwert besitzt.

Die Frage ist nun: Lässt sich das Patientenrisiko als zentrale Unsicherheitszone der Krankenhausorganisation in einer ähnlichen Weise wie in der Industrie zu einem Ansatzpunkt der Rationalisierung „umdefinieren“ (vgl. Womack et al. 1991)? Es sind in dieser Hinsicht vor allem zwei strategische Vorgehensweisen auszumachen, die auch in der derzeitigen Diskussion über neue Formen des Krankenhausmanagements eine Rolle spielen:

Zum einen eine gestiegene Interaktionsintensität der Arbeitsprozesse, die ein Abschmelzen von Hierarchie und im - Gegenzug - „Dialogorientierte“ Formen der Arbeitsorganisation und Patientenkommunikation erlauben.

Zum anderen eine horizontale Ausrichtung der Steuerungs- und Lenkungsprozesse über die Organisationsgrenze hinweg in Richtung auf eine Intensivierung der Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen und externen Kontaktpartnern wie z. B. Selbsthilfegruppen oder Ärztenetzen.

8. Die Wiederkehr der alten Rationalitätskonflikte auf einer höheren Ebene

Auf der Suche nach entsprechenden Managementkonzepten, die nicht nur die technische sondern auch die menschlich-interaktive Dimension von Rationalisierungsprozessen hervorheben, trifft man auf das Organisations-Konzept des „lernenden Krankenhauses“. Empfohlen wird in dieser Hinsicht die Einführung sehr weitreichender Formen der „Patientenpartizipation“, die Einrichtung „integrierter Versorgungsteams“ und die „abteilungsübergreifender Strategie-Workshops“ sowie eine „permanente Selbstevaluierung“. Dessen Grundidee ist, das organisatorische Wissen zu erhöhen, indem Formen der Patientenpartizipation in den Ablauf der Krankenbehandlung integriert werden. In das Konzept der Systemgestaltung wird so gesehen eine dritte Dimension eingeführt - jenseits des Dualismus von organisationsinternen und umweltbezogenen Handlungen - nämlich soziale Netzwerke und lebensweltliche Kontexte. Im „gesundheitsfördernden Krankenhaus“ wird damit die Laienexpertise von Patienten und Angehörigen aus einer Störquelle zu einer wichtigen Informationsquelle „umfunktioniert“. Pfaffs Konzept der „Dialogorientierten Krankenhaugemeinschaft“ zielt dabei ähnlich wie von Eiffs Konzept des „Geschäftsprozessmanagements“ auf eine Intensivierung von Kommunikation durch Etablierung eines Prinzips „fallabschließender Verantwortung“ (Pfaff 1997; Borsi 1994). M.a.W., der Kontakt zum Patienten soll über möglichst wenige „Schnittstellen“ sichergestellt werden, um so verantwortliche Ansprechpartner benennen zu können. „Schnittstellen“ erschweren die fachliche Zusammenarbeit ... sie bewirken Einschränkungen im Informationsfluss, hemmen den Entscheidungsprozess und etablieren schrittweise eine Misstrauens- und Abstimmungs-/Absicherungskultur“ (von Eiff 2003: 24).

„Systemgestaltung“ im Gesundheitswesen betrifft so gesehen die organisatorischen Abläufe als integriertes Ganzes. Aber was bedeutet das in organisationspraktischer Hinsicht? In der managementtheoretischen Literatur ist in diesem Zusammenhang von einer „Abpufferung des technologischen Kern“ der Organisation die Rede (Scott 1986: 315 ff.). Zweckori-

enterte Modelle organisatorischen Handelns - so die Annahme - orientieren sich an Pufferstrategien, um den technologischen Kern nach rein zweckpraktischen Kriterien einsatzfähig zu halten. Die ‚Peripherie‘ in Form locker gekoppelter Aufgabensegmente ist demgegenüber von nachgeordneter Bedeutung. Das von Feuerstein entwickelte Konzept der Schnittstellengestaltung ist in dieser Hinsicht eine Art Gegenmodell. In gewisser Weise zielen dabei seine Überlegungen auf einen umweltorientierten und integralen Typus von organisatorischer Systemrationalität, der sich deutlich von einem zweckorientierten Typus unterscheidet. Dabei geht sein Konzept noch einen Schritt über das von Eiff vertretene hinaus. In Feuersteins Modell werden dabei neben den - rein technischen - Maschine/Maschine-Beziehungen weiterhin Mensch/Maschine- und Mensch/Mensch-Beziehungen unterschieden. Sein Konzept markiert einen Übergang von einem unter Kern- und Peripheriegesichtspunkten geordneten Organisationskonzepts zu einem anderen ‚ganzheitlichen‘ Modell, in dem Zentrum und Peripherie *als Kontinuum* gefasst werden. Anders ausgedrückt: gerade die personenorientierten Dienstleistungen an der ‚Peripherie‘ des Krankenhaussystems rücken in dieser Perspektive *ins Zentrum* des Rationalisierungsgeschehens.

Sofern Technisierungsprozesse (also Maschine/Maschine-Beziehungen) in dieser Hinsicht eine Rolle spielen, betreffen sie die Technisierung der Ablaufgestaltung. Dabei ist - wie Feuerstein bemerkt - in der Intensivmedizin der technische Fortschritt im Bereich der Einzellemente „weitgehend ausgereizt“ (Badura/Feuerstein 1994: 238).

Was die Mensch/Maschine-Beziehungen anbelangt, ist in dieser Hinsicht die in von Eiff's Konzept ins Zentrum gestellte Wissens- und Informationsproblematik von wesentlicher Bedeutung. Gerade in dieser Hinsicht zeigt sich aber eine doppelte Referenz von Systemgestaltung auf eine - auf interne Optimierungsstandards bezogene Systemrationalität - und eine Umweltreferenz im Sinne einer Orientierung auf die Lebenswelt der Patienten. Ewers spricht in diesem Zusammenhang von einem „doppeltem Fokus des Fallmanagements“ (Ewers 1997). Zum einen nämlich zielt das Fallmanagement in der klinischen Versorgung auf eine optimale Auslastung der Krankenhauskapazitäten. Die Rede ist in diesem Kontext von einer Türhüter- (Gatekeeper)-Funktion des Fallmanagers.⁷ Zum anderen findet die Standardisierung von Behandlungsabläufen ihre Grenze in der individuellen Fall- und Lebensgeschichte des Patienten. Vollständige Kenntnis des Falls bedeutet daher Menschenkenntnis im Sinne der Notwendigkeit der Integration des Krankheitsgeschehens in eine je eigene Biographie.

⁷ Am Beispiel des Fallmanagements von Schlaganfall- und Aidspatienten in den USA lässt sich zeigen, dass Fallmanager das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten steuern können. In diesem Sinne hat man es mit einer reflexiv angelegten Form der Budgetkontrolle zu tun, die auf eine administrative Einschränkung des Zugangs zu den gewünschten und wünschbaren Versorgungsleistungen hin angelegt ist.

Was die dritte Dimension von Feuersteins Schnittstellenkonzept anbelangt - die Mensch/Mensch-Beziehung - so ist hier ebenfalls eine schwer auflösbare Ambivalenz und Doppeldeutigkeit des Prozesses der Systemgestaltung gegeben. „Dialogorientiertes Arbeiten“ im Sinne von Pfaff (im Rahmen von integrierten Teamstrukturen und „flacher“ Hierarchien) ist so gesehen das Moment eines umfassenden ‚systemischen‘ Kommunikationszusammenhangs. Das heißt dieses Konzept impliziert die Gestaltung von Interaktionsprozessen als „Medium“ (Tacke) der Systemrationalisierung. Vor diesem Hintergrund verbietet es sich allerdings, derartige Arbeitskonzepte, die auf das Management von Grenzstellen zielen, allzu schnell als eine „Humanisierung“ der Arbeit zu verstehen. Vielmehr ist es nicht unwahrscheinlich, dass die von Rohde so bezeichnete „Routinisierung des Notstandsverhaltens“ in ein systematisiertes „Management by stress“ überführt werden könnte (Pfaff 1994). Deswegen hat auch diese Dimension des Gestaltungsprozesses einen „doppelten Fokus“. Patientenorientierung bedeutet nämlich in diesem Kontext, dass der Fallmanager seine „anwaltliche“ (Advocacy-)Funktion ernst nimmt und ein gewisses Niveau an persönlicher Beratung, Betreuung und Pflege garantiert. Auch in diesem Fall steht diese lebensweltliche Dimension des Fallmanagements in einem gewissen Gegensatz zu den prozessorientierten Aspekten der Organisation von Versorgungsnetzen. Der alte Rohdesche Zielkonflikt zwischen Kostenorientierung einerseits und Qualitätsorientierung andererseits findet sich so gesehen als ein sekundärer Rationalitätskonflikt in veränderter Form wieder: Unter den heutigen Verhältnissen geht Ewers deswegen von einem Gegensatz zwischen einer – auf Tempogewinn angelegten – systemischen Zweckrationalität und der auf den konkreten Patienten bezogenen Verstehensleistung aus und entsprechenden langfristig angelegten Formen der Selbstbeobachtung und Reflexion (Ewers 1997). Anders ausgedrückt: einem Gegensatz zwischen „System“ und „Lebenswelt“ (vgl. Habermas 1981).

9. Auf dem Weg zu einer neuen Synthese? Konkurrierende Rationalitäten und Systemgestaltung heute

„Patientenorientierung“ hat also einen doppelten Fokus, d.h. eine organisatorisch-monetäre Dimension und eine interaktiv-lebensweltliche Dimension. Unter den besonderen Bedingungen zunehmender interorganisatorischer Vernetzung hängt dabei die Auflösung dieses Rationalitätskonfliktes vermutlich in hohem Maße davon ab, ob man die Optimierungsperspektive auf das Einzelkrankenhaus beschränkt oder auf das gesamte Netz ausweitet – die sozialen Netze der Patienten miteingeschlossen. Feuerstein etwa weist darauf hin, dass eine deutliche Reduktion der Schnittstellen auf der Ebene der Patient/Personal-

Beziehungen die Patientennähe des Systems erhöht und es gleichermaßen erlaubt, individuelle Potentiale der Krankheitsbewältigung zu erschließen, die auch unter Kostengesichtspunkten ins Gewicht fallen können (Badura/Feuerstein 1994: 251). Das heißt, dass eine horizontale Verknüpfung der Aktivitäten in der Behandlungskette es u. U. ermöglicht, den Überhang vorgehaltener Kapazitäten im Krankenhaus zu reduzieren, die Verweildauer zu verkürzen, eine Wiederholung von Behandlungsleistungen zu verhindern und generell die Ineffektivität des Versorgungszusammenhangs zu thematisieren (ebd.: 235).

Es ist daher die Frage, ob unter den neuen Bedingungen die zentrale mikropolitische Spannungsfeld noch zwischen dem medizinisch-technischen Funktionskreis und dem administrativen Funktionskreis verläuft, so wie es Rohde vermutete. Administrativ ausgerichtete Managementinteressen können unter diesen Bedingungen durchaus auch in komplementärer Beziehung zu den Interessen des medizinisch-technischen Funktionskreises treten. Das könnte freilich zum Aufkommen eines sekundären Rationalitätskonfliktes zwischen den Bereichsinteressen des „technischen Kerns“ und der „Peripherie“ beitragen. Offen ist weiterhin, in welcher Beziehung dieser Rationalitätskonflikt zu den jeweiligen Interessenorientierungen der relevanten Berufsgruppen steht. Die Interessenperspektive der Ärzteschaft - als der Berufsgruppe mit der größten Definitionsmacht - ist in dieser Hinsicht alles andere als eindeutig (vgl. Vogd 2006). Zum einen hängt das damit zusammen, dass die berufliche Perspektive der Mehrheit der Ärzte zunehmend nicht mehr in der Gründung einer eigenen Praxis, sondern in einer lebenslangen Organisationsmitgliedschaft besteht (vgl. Stichweh 2000). Nach dem Ende der Ära der „berufsständischen Dominanz“ im Gesundheitswesen in den 60er und 70er Jahren (Scott et al. 2000: 195 ff.) sind daher die Ärzte zunehmend gezwungen, sich als „Angestellte“ einer Großorganisation zu verstehen. In diese Richtung zielt etwa die Definition der Arztrolle als „Manager“ (vgl. von Eiff 2003), eine Rollenbeschreibung, der in der Realität der Krankenhausarbeit eine gravierende Zunahme an Verwaltungs- und Dokumentationspflichten in der Ausübung der eigentlich medizinisch-therapeutischen Tätigkeit entspricht. In der heutigen - von Scott et al. so bezeichneten - Ära der „managerialen Kontrolle“ im Gesundheitswesen bedeutet das wiederum, dass die Artikulation berufsständischer Eigeninteressen von Ärzten von der Legitimation in managerial-wirtschaftlicher Hinsicht abhängig ist (vgl. Scott et al 2000: 217 ff.). In dieser Hinsicht gibt es nun wiederum zwei Bereiche, in denen für diese Berufsgruppe die Chance besteht, ein Stück weit Definitionshoheit wiederzuerlangen. Zum einen ist das die - teilweise immer noch von der „handwerklichen“ Kompetenz des Arztes abhängige - Form des Technikeinsatzes⁸, zum

⁸ Das dominierende Innovationsmuster der medizin-technischen Industrie basiert auf einer engen Interaktion von Fachärzten und Technikherstellern. So bemühen sich etwa Mittelständler aus Tuttlingen, einem zentralen Standort der medizin-technischen Industrie, traditionell um den Aufbau vertrauensvoller Geschäftsbeziehun-

anderen ist das die Definition und Ausgestaltung der Patientenbeziehung. Im Hinblick auf die These von einem „Paradigmenkonflikt“ im Gesundheitswesen zwischen „technikzentrierten“ und „patientenorientierten“ Formen der Gesundheitsversorgung ist daher eher von einer „interessenpolitischen Ambiguität“ des Ärztestandes als von einer eindeutigen Ausrichtung auf eines dieser beiden Paradigmen auszugehen.

Überdies treiben organisationsübergreifende Rationalisierungskonzepte, wie sie Feuerstein vor Augen hat, die Form organisatorischer Unsicherheitsbewältigung auf ein höheres Niveau. An die Stelle sachlich orientierter Sparsamkeits- und Bestandserhalts-Maximen tritt nunmehr eine neue Form eines fallbezogenen, d.h. zeitlich ausgerichteten, Risikohandelns. Durch diese „Temporalisierung“ der Organisation (im systemtheoretischen Sinne) entstehen nicht nur neue Chancen der „Systemgestaltung“ sondern auch neue Unsicherheiten und Risiken, die in sachlicher und sozialer Hinsicht abgearbeitet werden müssen (Lieckweg/Wehrsig 2001). Das heißt, die beiden Ziele der Systemgestaltung und der Patientenorientierung bedingen erhebliche organisations-strukturelle Vorleistungen - nicht zuletzt im Hinblick auf „Strukturglättungen“ im Sinne des Abbaus von „Unter-, Über- und Fehlversorgung“.⁹ Anders ausgedrückt: die gelungene Integration der organisatorischen Aktivitäten im Rahmen integrierter Versorgungsnetzwerke ist die unabdingbare Vorbedingung für das Gelingen von „Systemgestaltung“.

10. Der Aufbau von Versorgungsnetzwerken erfordert „Forminvestitionen“

Friedberg spricht in diesem Kontext in Anschluss an Thévenot von „Investitionen in Formen“ (Friedberg 1995: 148 ff; Thévenot 1986). Gemeint sind damit Vorschriften, Vorgaben, Klassifikationsregeln und Vergleichsmaßstäbe, die es ermöglichen, die Vorhersehbarkeit des Handelns zu erhöhen. Mit Blick auf die derzeitigen Verhältnisse im Gesundheitswesen stellen „benchmarking Kampagnen“, Qualitätshandbücher und Qualitätsleitlinien oder auch Dokumentationssysteme, wie sie für das Fallmanagement gebraucht werden, „Investitionen in Formen“ dar. Gleichzeitig ergeben sich aus den entsprechenden Prozessen des Ein-

gen zu Ärzten. Diese Form der Zusammenarbeit reicht eventuell bis in den Operationssaal, wo die Technikhersteller als stille Beobachter zugelassen werden können (Eichhorn et al. 2003: 119 ff.).

⁹ Die derzeitige Struktur der Versorgungslandschaft scheint diesen Anforderungen noch sehr wenig zu entsprechen: „Als Mitte der 90er Jahre wieder einmal Löcher im Gesundheitsbudget gestopft werden mussten, ging dies auf Kosten der ohnehin vernachlässigten Bereich der Gesundheitsförderung und der Langzeitversorgung chronisch Kranker. Die Prioritäten wurden bisher einseitig zu Gunsten des Ausbaus hochtechnisierter kurativer Leistungen gesetzt“ (Badura et al. 2001: 299).

sammeln und der Verarbeitung von Informationen wiederum Ungewissheiten. Diese liefern dann gewissermaßen das „Material, von dem ausgehend und mit dessen Hilfe die Akteure ihren Austausch und ihre Verhandlungen aufbauen“ (Friedberg 1995: 241). Die Ausübung von Macht in Interorganisationskontexten ist ohne derartige Strukturen nicht denkbar. Die interessenpolitische Dimension dieser Auseinandersetzungen konzentriert sich deswegen auf spezifische „Ankerpunkte“ (Friedberg) in diesen Kontexten, wie z.B. die Auseinandersetzung um „Gebührenordnungen“ oder „Positivlisten“. Um die effektiven Bedingungen zu verstehen, unter denen Systemgestaltung im Gesundheitswesen stattfinden kann, ist es deswegen notwendig, derartige Verhandlungs- und Strukturbildungsprozesse *empirisch* zu untersuchen.

Shortell et al. geben in ihren Studien, in denen die Erfolgchancen der ersten Generation von „Multihospital Systems“ in den USA evaluiert werden, einen ersten Einblick in die Komplexität dieser Problematik (Shortell et al. 1994: 57 ff.; vgl. Jacobs/Schulze 2006 und Scott et al. 2000: 265 ff.). Richtiger Größenzuschnitt, eine günstige geographische Verteilung der Einrichtungen, eine auf den Versorgungsbedarf abgestimmte Breite und Tiefe der Dienste sind die strukturellen Vorbedingungen des Erfolgs. Um diese Vorbedingungen zu erfüllen, sind aber „Investitionen in Formen“ notwendig, nämlich:

- Erstens eine Bestandserhebung des Versorgungsangebots und der Versorgungsbedürfnisse der Bevölkerung. Dazu müssen enge Beziehungen zu den „public health“-Organisationen der Gemeinde geknüpft werden. Erforderlich ist überdies die eigenständige Erhebung von Primärdaten.
- Zweitens sind eine Reihe von Maßnahmen notwendig, um die Fähigkeit zur Übernahme fallbezogener Risiken zu schaffen. Erforderlich ist dafür vor allem ein ausreichendes Niveau der Integration auf klinischer Ebene. Die entsprechenden Investitionen in Formen betreffen dabei z.B. Behandlungsleitfäden und Qualitätsstandards.
- Drittens muss die strategische Planung über den Krankenhaushorizont erweitert werden auf die Bereich der Primärversorgung und der Allgemeinmedizin. Das impliziert ein gewisses Maß an Abstimmung mit den betroffenen Ärzten bzw. Ärztenetzen, die u. U. ihrerseits Investitionen in Formen - z.B. in Form der Entwicklung eines gemeinsamen Qualitätsstandards - vorgenommen haben (vgl. Ortmann/Schnelle 2000).
- Viertens muss, ausgehend von dem Aufbau gemeindenaher Versorgungssysteme, das Dokumentationswesen umgestellt werden. Von zentraler Bedeutung ist in diesem Fall die Entwicklung eines Designs für Formen der klinischen Protokollführung und die entsprechenden Leitfäden. Darüber hinaus zu nennen sind aber auch gemeinsamen Formen der „Vertragsgestaltung“ und des Nutzungs-Managements.

- Schließlich sind fünftens die politischen Instanzen zu nennen, die für die Schaffung konsistenter Anreizstrukturen zuständig sind. Die entsprechenden Maßnahmen reichen von „benefit-design“-Maßnahmen (z.B. Anreize zur gesunden Lebensführung), die auf „Paketbildungen“ im Angebot zielen, über die gezielte Beeinflussung der Konsumentenwahl (Praxisgebühr gegen „Ärzte-Hopping“) bis hin zur Etablierung von Zertifizierungsstandards. Ärzte und Ärztenetze, so die Autoren, fungieren als die „Türhüter“ des Systems. Im Sinne Friedbergs wäre hiermit einer der „zentralen Ankerpunkte“ benannt, von dem aus Verhandlungsprozesse in Gang gebracht werden, die auf die Ausgestaltung des bestehenden „Inventars“ an Investitionen in Formen zielen.

Die Crux der Managementliteratur zu dem hier behandelten Themenbereich besteht nun darin, dass sie einen weitgehend normativen instrumentellen Charakter hat und sehr wenig über die *empirischen* Probleme und Konflikte des gesamten Reorganisationsprozesses aussagen kann. Generell gilt, dass die genannten organisatorischen Ziele - wie z.B. Patientenorientierung oder Fallmanagement - nichts sind, über was nach „One-Best-Way“ Kriterien entschieden werden könnte. Komplexer angelegte Konzepte - wie z.B. von Eiffs „Geschäftsprozess-Management“ oder Borsis oder Pfaffs Konzept des „lernenden Krankenhauses“ zielen deswegen auf die „Entscheidungsprämissen“ (Luhmann) organisatorischen Handelns, d.h. strukturell bedingte Vorentscheidungen etwa in Form gegebener „Programme“ und „Programmarchitekturen“ (Luhmann 2000:225). Zu den relevanten Stukturbedingungen vernetzten Handelns gehört, dass die „Zielbindungen“ der Organisation in den Interorganisationsbeziehungen verankert sind, Zieländerungen sind auf Gestaltungsspielräume in diesen Strukturen angewiesen (Thompson/McEwen 1957). Barrieren der Systemintegration werden dabei von Shortell et al. aber gerade mit Blick auf die Ausgestaltung dieser Interorganisationsbeziehungen ausgemacht (Luhmann 2000: 225; Shortell et al 1994: 56 f.). Zu nennen sind hier in dieser Hinsicht:

- In Hinblick auf die *Kommunikationswege* eine ungenügende Ausgestaltung der Informationssysteme (und eine zu große „Spitzenlastigkeit“ der vertikalen Dienstwege). Notwendig ist in dieser Hinsicht ein horizontales Netzwerk der Datenübertragung vom Krankenhaus über die Arztpraxen bis hin zum Patienten.
- Im Hinblick auf den *Personaleinsatz* eine zu geringe Identifikation der Mitarbeiter mit der organisatorischen „Mission“. Ein zentrales Problem ist in dieser Hinsicht die Notwendigkeit der qualifikatorischen Aufwertung des gesamten pflegerischen Bereichs (vgl. Robert Bosch Stiftung 2000). Ein weiteres Problem sind in dieser Hinsicht unklare Rollen- und Verantwortungszuschreibungen. Das leitet über zu dem nächsten Punkt der
- *Programmgestaltung*. Falls es nicht gelingt, die Koordination entlang der Leistungsketten zu verbessern (und in entsprechenden Budget-Politiken zu verankern) und darüber hinaus-

gehend strategische Planungsprozesse in Gang zu setzen, wird es schwierig, Prozesse des „managed care“ in Gang zu setzen und durchzusetzen.

Auf einer allgemeinen Ebene können überdies überholte Leitbilder Blockierungen verursachen, da sie mit unterkomplexen Formen der Selbstbeschreibung einhergehen. Die Autoren nennen in dieser Hinsicht vor allem die Überbetonung des „Akut-Krankenhaus“-Paradigmas und eine mangelnde „Systemorientierung“ der Beteiligten.

In den diskutierten Management-Konzepten wird auf dieses Problem der Umorientierung in den Entscheidungsprämissen durchaus eingegangen. Ausgeblendet wird aber die Notwendigkeit *empirischer* Erforschung möglicher Blockaden in den Interorganisationsbeziehungen. Beide Konzepte leiden deswegen immer noch an einer gewissen „Krankenhausfixiertheit“. Bei von Eiff steht die Idee der informationellen Ausgestaltung im Zentrum des Interesses, während Pfaff und Borsis Idee des „lernenden Krankenhauses“ mit der Notwendigkeit veränderter Formen des Personaleinsatzes und der Personalplanung verbunden ist. Diese Konzepte greifen auch deswegen noch zu kurz, weil sie von einer präskriptiv-normativen Basis aus urteilen. Ihr zentrales Dilemma besteht darin, dass sie Modelle der Systembeschreibung da anbieten, wo die Frage der *Systemgenese* gänzlich ungeklärt ist. So ist ein organisationsübergreifendes „Geschäftsprozessmanagement“ - wie gerade gezeigt - von einer Vielzahl äußerer Faktoren abhängig, die im Rahmen dieses Konzeptes selbst nicht thematisch werden. Auch das Modell des „dialogorientierten Krankenhauses“ (Borsi) hat noch einen weitgehend appellativen Charakter. Von zentraler Bedeutung ist jedoch, dass organisatorische Lernprozesse immer sehr eng mit Verhandlungs- und Machtprozessen verbunden sind. Diese können aber gleichermaßen als Hindernis wie als Bedingung organisatorischen Lernens aufgefasst werden (Friedberg 2003). Denn gerade weil die Macht organisatorischer Akteure in direkter Beziehung zu ihrer Fähigkeit der Problemlösung steht, sind letztere nicht automatisch in ihrem Interesse. Nicht von ungefähr wird in der amerikanischen Literatur dabei auf die interessenpolitischen Probleme hingewiesen, die mit dieser „Türhüter-Rolle“ der Ärzteschaft verbunden sind (Fennell/Alexander 1993: 107).

11. „Systemgestaltung“ als mikropolitische Prozess

Es ist deshalb fraglich, ob es eine „Systemrationalität“ – nicht nur im hier diskutierten Sinne „patientenorientierter Systemgestaltung“ - ohne organisatorische Akteure eigentlich geben kann. Prominente Organisationssoziologen wie Crozier/Friedberg und Ortmann vernei-

nen diese Annahme (Ortmann 1995; Crozier/Friedberg 1977).¹⁰ Gerade in komplexen, mit vielen Unsicherheiten behafteten Organisationen entstehen nämlich neue Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse, aus denen heraus sich organisationsvermittelte, d.h. gleichsam „sekundäre“, Akteursorientierungen entwickeln. Das Zusammenwirken und die Auseinandersetzung zwischen den Akteuren spielt dabei eine entscheidende Rolle im Hinblick auf das Gelingen des organisatorischen Wandels. Wie unter den Bedingungen von „Systemgestaltung“ die zwei „Funktionskreise“ (Rohde) des Krankenhauses, d.h. der medizinisch-pflegerische und der managerial-administrative Bereich (und die entsprechenden Rationalitäten und Wertordnungen), in Beziehung zueinander treten, ist so gesehen eine vollkommen offene Frage.

Es ist also noch offen, ob es tatsächlich empirisch gelingt, Ziele wie „Kostendämpfung“, „Gesundheitsförderung“ und „Patientenorientierung“ so zur Deckung zu bringen, dass der alte Rohdesche Zielkonflikt zwischen Managementorientierung und medizinisch-therapeutischer Effizienz „aufgehoben“ wird. Weiterhin ist offen, wie in dieser Hinsicht mit sekundären Rationalitätskonflikten umgegangen wird. Pfaff weist immerhin darauf hin, dass das „magische Dreieck“ der genannten drei Ziele Spannungen und Zielkonflikte impliziert, die jeweils nur situativ und vorläufig aufgelöst werden können (Pfaff 1997: 325). Folgt man diesem Argument, dann ist es erforderlich, „konkrete Handlungssysteme“ an Hand einzelner Fallbeispiele vernetzter Gesundheitsstrukturen genauer zu untersuchen.¹¹ Ausgehend von diesen Überlegungen ließe sich dann die Analyse der Entstehung von „Systemgestaltung“ in Versorgungsnetzwerken des Gesundheitssektors als ein schrittweiser Prozess begreifen, in dessen Verlauf sich organisatorische Strukturen aus „verhandelten Ordnungen“ heraus entwickeln, die ihrerseits aus Machtspielen zwischen verschiedenen Akteursgruppen hervorgehen (vgl. Strauss et al. 1963). Friedberg zufolge macht es dabei wenig Sinn, die

¹⁰ Nicht notwendig im Gegensatz zu Luhmann, der ausgehend von einer scharfen Trennung zwischen Kommunikation und Handlung, Organisationen nicht mehr als Modus ineinander greifender „Handlungen“, sondern ausgehend von der Notwendigkeit der Anschlussfähigkeit von Kommunikationen begreift (vgl. Luhmann 1977). Die dadurch ermöglichte elegante Reformulierung der Grundfragen von Organisationstheorie lässt allerdings offen, wie organisatorisches Handeln überhaupt zustande kommen kann. D.h. das „genetische“ Defizit der Luhmannschen Soziologie weist wiederum auf das Problem des „Ineinandergreifens“ (enactment) von Handlungen zurück. Im Grunde handelt es sich hier also um zwei komplementäre systemtheoretische Ansätze: zum einen ein empirisch-heuristischer Ansatz (Crozier/Friedberg) und zum anderen ein phänomenologisch-konstruktivistischer Ansatz (Luhmann). Letzterer geht von *gegebenen* Systemen aus, ersterer von der Unwahrscheinlichkeit von „Systemhaftigkeit“ (systemness).

¹¹ Die eingangs angemahnte Akteursperspektive kann nun in diesem Zusammenhang einen Gewinn bedeuten, wenn man sie als ein - Vergleich zum „Systemkonzept“ weniger voraussetzungsvolles - analytisches Instrument benutzt. Pointiert ausgedrückt: gerade weil Luhmann zufolge Kommunikationsstrukturen Systeme keineswegs aus Akteuren (und Handlungen) bestehen, sondern vielmehr in letzter *zerfallen*, kann die Analyse von Spielen und Spielstrukturen in den Akteursbeziehungen fruchtbar gemacht werden, um deren Zusammenschluss zu festeren systemartigen Strukturen zu untersuchen. Ein solcher „hypothetischer“ Systemansatz wird in der mikropolitischen Schule der Organisationstheorie vertreten (Friedberg 1995: 227 ff.).

Regeln, die das organisatorische Handeln zusammenhalten, von den Austauschbeziehungen zwischen ihren Mitgliedern zu trennen (Friedberg 1995: 141 ff.). Die Formalstruktur der Organisation im Sinne geregelter Kommunikationswege und hierarchischer Instanzen ist keineswegs gleichzusetzen mit den effektiven Machtverhältnissen. Diese ergeben sich vielmehr aus den Tausch- und Abhängigkeitsbeziehungen der Mitglieder. Die Formalstruktur der Organisation ist deswegen *eine* mögliche Machtquelle, insofern sie einen Zugang zur Kontrolle der relevanten Kommunikations- und Informationskanäle erlaubt. Daneben werden als weitere mögliche Machtquellen die Kontrolle organisatorischer Grenzstellen, Expertenmacht und die Berufung auf Regelsysteme (seien es nun formelle oder informelle Regeln) angeführt. Sofern Akteure in organisatorischen Austauschprozessen miteinander zu tun haben, werden sie von diesen Machtquellen Gebrauch machen. Wichtig ist, dass es dieser Ansatz erlaubt, die Genese organisatorischer Zwecksetzungen aus den Tauschbeziehungen der Akteure heraus zu rekonstruieren. An die Stelle der Vorstellung einer durch die hierarchische Struktur verkörperten Zweckhierarchie tritt demgegenüber ein Konzept - hierarchisch vermittelter - „constraints“ und Restriktionen, die in Tauschbeziehungen wirksam werden (vgl. Luhmann 1977; Simon 1964). Der Prozess der Zielbildung besteht dann darin, dass sich die Akteure einigen, die Ergebnisse ihrer Kooperationen in ihre Tauschbeziehungen langfristig zu integrieren und sie so zu „Einsätzen“ umzugestalten (Friedberg 1995: 158). In diesem Sinne beschreibt Ortman Prozesse der Zielbildung als „Produktionsspiel“, „Vertriebsspiel“, als „Zulieferungsspiel“ etc. (Ortman 1995: 302 ff.). In ähnlicher Weise beschreiben Strauss et al. die organisatorischen Prozesse in einer psychiatrischen Klinik als eine „verhandelte Ordnung“, die sich aus dem Zusammenspiel der Interessen von Ärzten und Pflegepersonal entwickelt (Strauss et al. 1963). Aus dieser Perspektive betrachtet wird dann die Vorstellung einer in sich abgeschlossenen, statischen Form der Organisation fragwürdig. Vielmehr ist von einem „Prozess des Organisierens“ auszugehen, der zunächst relativ niedrigschwellig ansetzt, um dann nach und nach fortzuschreiten bis zu einer Schwelle, an der „Systemgestaltung“ relevant zu werden beginnt.¹²

¹² Eine theoretische Herangehensweise, welche den Hauptakzent auf die „Formaldimension“ organisatorischen Handelns im Sinne eines relativ eng gefassten Systembegriffs legt, vergisst nämlich, dass dieser „Prozess des Organisierens“ nicht auf ein einziges, sondern vier Kontinua verweist (Friedberg 1995: 157):

1. den Grad der Formalisierung (und Kodifizierung) der Regeln
2. den Grad der Zweckgebundenheit der Regulierung
3. den Bewusstseins- und Verinnerlichungsgrad der Regeln
4. den Grad der expliziten Delegation der Steuerung.

12. Organisatorische Veränderungsstrategien

Um einen derartigen Prozess des Organisierens in Gang zu bringen, ist es erforderlich, die relevanten Akteursgruppen zu einander in Beziehung zu setzen. Dem widerspricht die oft beklagte *Beziehungslosigkeit* eben dieser Gruppen zueinander. Die mikropolitische Sprengkraft, die in dieser Beziehungslosigkeit steckt, wird etwa von Borsi herausgestrichen. Das betrifft zunächst die Beziehung zum Patienten. Der vorherrschende „medizinische Taylorismus“ scheint diesen nämlich zunächst auf einen „Daten- und Symptomträger“ zu reduzieren. Dadurch wird sein „Kohärenzerleben“, welches für eine positive Lebensbewältigung notwendig ist, beschädigt (Borsi 1994: 39). Eine technik- und datengeleitete Patientenerfahrung führt zu Therapieformen, die den „Patienten in ein unübersichtliches und undurchschaubares Wechselbad unterschiedlicher Bezugspersonen, Behandlungsketten und widersprüchlicher Behandlungssettings“ versetzen (ebd.: 48). Dieser - gestörten - Beziehung zum Patienten im Rahmen einer technikinduzierten Ablaufgestaltung entspricht eine gestörte Beziehung zwischen den Berufsgruppen.

Technikzentrierte Formen der Prozessgestaltung verstärken nämlich geradezu die Barrieren zwischen den Berufsgruppen, indem sie zur Herausbildung organisationsinterner Subkulturen beitragen. Die daraus hervorgehenden Verständigungsbarrieren führen weiterhin zu Spannungen in den professionsübergreifenden Interaktionen und Kooperationsbeziehungen. „Kompetenzstreit der Fächer, Zersplitterung der Verantwortung, experimentierfreudiges und technisch-distanziertes Handeln der Ärzte führen zu strukturellen Systembelastungen im personenorientierten Aufgabenfeld der Pflege“ (Feuerstein 1993: 46). Dagegen akzentuiert Borsi - im Sinne eines Konzepts der Systemgestaltung - die Notwendigkeit, eben diese Beziehungslosigkeit zwischen den Berufsgruppen zu überwinden und auf den verschiedenen Ebenen der Organisation, „Gestaltungsoptionen zu vernetzen“ (vgl. Badura/Feuerstein 1994: 151). Von besonderer Bedeutung sind in dieser Hinsicht interpersonelle und kommunikative Kompetenzen, die „Schlüsselqualifikationen“ darstellen. Das wiederum setzt voraus, dass man das in einer Organisation vorhandene „Beziehungs- und Sozialkapital“ der Mitarbeiter als kritische Variable der organisationsstrukturellen Entwicklung mitberücksichtigt (Pfaff et al. 2004).

Von systematischer Bedeutung ist in diesem Kontext Friedbergs Begriff der „Veränderungsstrategie“ (Friedberg 1995: 329 ff.). Gemeint ist damit, dass es keine universelle Regeln und kein allgemeines Handlungsprinzip gibt, von dem ausgehend man ein Veränderungsvorhaben auf den Weg bringen und steuern könnte. (Das heißt, organisatorische Veränderungen lassen sich nicht in terms von Maximierungs- und Optimierungslogiken beschreiben.) Eine Veränderungsstrategie beweist sich vielmehr im Hinblick darauf, wie sie

die „Strukturierung des betreffenden Akteurssystems“ in einem gewünschten Sinne beeinflussen kann. Das alles wiederum bedeutet, dass für mögliche Blockaden oder Richtungsverschiebungen dieses Prozesses nicht der Kontext und das System der empirischen Akteure verantwortlich zu machen ist, „sondern die Veränderungsstrategie, insofern sie von ungeeigneten Handlungsprinzipien und -methoden geleitet wurde, die die innere Struktur und die Steuerungsmechanismen des zu verändernden Systems ignorieren und verkennen“ (ebd.: 330).

Entsprechende praktische Probleme lassen sich mittlerweile immerhin schon im Umriss erkennen. Die neuen Gestaltungsoptionen im Rahmen integrierter Versorgungsnetzwerke implizieren ein Neuarrangement der Strukturen auf Basis der Prinzipien von Teamarbeit und Selbstorganisation. An der Außenseite der Krankenhausorganisation wird dann die Spitzenlastigkeit der Lenkungsstrukturen zum Problem. Die erfolgreiche Implementation der „fallabschließenden Verantwortung“ und des „Fallmanagements“ ist allerdings sehr weitgehend abhängig davon, dass „Zwischensysteme“ (Luhmann) in den Interorganisationsbeziehungen eingerichtet werden, so dass die Kommunikationswege nicht immer über die Organisationspitze geleitet werden müssen (Luhmann 1995: 220 ff.). Das alles impliziert einen Bruch mit den überkommenen Strukturen der Krankenhausbürokratie und der eng mit ihr verbundenen Abschottungstendenzen zwischen den Berufsgruppen.

Ein Schlaglicht auf diese Problematik wirft eine kleine empirische Studie über die Schnittstellengestaltung in einem Netzwerk der kardiologischen Versorgung (Stander/Bergner 1997). Die Autoren beschreiben die gegebene Netzwerkstruktur als relativ lose Kopplung zwischen Herzzentren (in denen invasive Diagnostik, intensivierete Therapien und Herzoperationen durchgeführt werden) und einem angrenzenden Bereich, der durch die Allgemeinen Krankenhäuser (die für die Notfallversorgung zuständig sind) und die niedergelassenen Ärzte gebildet wird. In diesem Fall bildet das Herzzentrum (und hier insbesondere das Kathederlabor und der OP-Bereich) so etwas wie den „technischen Kern“ der Organisation (vgl. Thompson 1967), um den eine Reihe von peripheren Organisationen und Leistungsbereiche gruppiert sind. Die Dominanz dieses technischen Kerns macht sich nun zum einen in der Existenz eines „zentralen ablauforientierten Prinzips“ bemerkbar, von dem ausgehend beispielsweise die Pflegestandards entwickelt werden, zum anderen in der Abwertung interaktionsintensiver Leistungen, wie die Sekundärprävention. Interessanterweise - so der Befund - geht diese Technikdominanz in der formellen Ablauforganisation mit eher informellen Beziehungen im Netz einher. So spielt beispielsweise „Vertrauen“ zu den einweisenden Ärzten eine zentrale Rolle, was die Einschätzung der Dringlichkeit von Aufnahmebegehren anbelangt. „Investitionen in Formen“ scheinen in dieser Hinsicht nicht in größerem Maße getätigt worden zu sein.

Dieser gleichermaßen technikzentrierte und spitzenlastige Entwicklungspfad verweist auf ein starkes Dominanzgefälle zwischen technischen Kernsektoren und ihrer „Peripherie“. So gesehen ist es erforderlich, Veränderungsstrategien in Netzwerken der Gesundheitsversorgung daraufhin zu beobachten, ob sie auf „Dominanzspielen“ oder „Kooperationsspielen“ zwischen Fokalorganisationen und peripheren Organisationen aufbauen (vgl. Ortman 1995: 302 ff.). Ein Konzept patientenorientierter Systemgestaltung ist dabei sicherlich nur ausgehend von kooperativen Beziehungen zwischen den Organisationen und den entsprechenden Leistungsbereichen zu verwirklichen. Andererseits bedingt ein gegebenes Niveau struktureller Komplexität in technologischen Kernbereichen ein bestimmtes Dominanzgefälle zur Peripherie. Die strategischen Ansatzpunkte zur Ausgestaltung integrierter Versorgungsnetzwerke situieren sich deswegen in einem je gegebenen organisatorischen Kontext mit seinen je gegebenen Bedingungen struktureller Komplexität. Die drei von Fennell und Alexander unterschiedenen Ansatzpunkte („Krankenhausketten“, „lose Kopplungen mit Ärztenetzen“ und „Hybridstrukturen“) reflektieren damit schon je gegebene Vorentscheidungen, die evtl. zu Blockaden führen können. Es ist in dieser Hinsicht freilich ausgeschlossen, dass man ausgehend von allgemeinen Regeln und Maximen etwas über die realen Verwirklichungschancen von Systemgestaltung im Gesundheitswesen erfahren könnte.

Folgt man der Argumentation von Fennell und Alexander, so gibt es in diesem Handlungsfeld allenfalls bestimmte Themenfelder und Beobachtungsbereiche, an denen sich „typische“ Konflikte entzünden (Fennell/Alexander 1993: 105 ff.). Auf *Paradigmenkonflikte* im skizzierten Sinne verweisen Auseinandersetzungen

- um Paradigmen und Leitbilder,
- um die Kontrolle der Technologie,
- um die Agenda-Ordnung,
- um die Definition der Organisationskultur und
- um die Definition und Interpretation von ethischen Werten.

Rationalitätskonflikte zwischen der medizinisch-therapeutischen und der wirtschaftlichen Sphäre verdichten sich demgegenüber in Diskussionen darüber

- wie die Leistungsfähigkeit von Organisationen und Netzwerkteilnehmern gemessen wird,
- wie man den relativen Systembeitrag der jeweiligen Teilnehmer gewichtet und
- wie der Nutzen dieser Leistungen und Beiträge von der „Kundenseite“ her gesehen wird.

Es ist daher unter den gegebenen Umständen erforderlich, Prozesse der Systemgestaltung im Gesundheitswesen empirisch zu untersuchen und dabei das Hauptaugenmerk auf Prozesse der Systemgenese zu legen. Gerade die derzeit ablaufenden Reorganisationsprozesse der Krankenhäuser im Besonderen und der Strukturen der Gesundheitsversorgung im Allgemeinen könnte in dieser Hinsicht reichlich Anschauungsmaterial liefern.

Es macht Sinn, die drei von Fennell und Alexander identifizierten „strategischen Ansatzpunkte“ für den Aufbau integrierter Versorgungsnetzwerke zum Ausgangspunkt zu wählen. Aus einer mikropolitischen Perspektive heraus wäre zu fragen, welche organisatorischen „Veränderungsstrategien“ sich aus diesen strategischen Grundmustern - Aufbau einer *Krankenhauskette* (1), *lose Kopplung* von Ärztenetzen und fokalem Krankenhaus (2), *Hybridstrukturen* aus Ärztenetzen und Krankenhäusern (3) - heraus entwickeln. Weiter wäre zu fragen, welche Gruppen als „soziale Unternehmer“ (Friedberg) im Veränderungsprozess auftreten und welche Akteursrationalitäten dabei eine Rolle spielen. In Anschluss daran wäre zu erforschen, welche „partiellen Diagnosen“ (Friedberg) des Veränderungsprozesses in der Organisation kursieren, und welche Akteursinteressen dem korrespondieren. Entsprechend der im Vorhergehenden entwickelten Argumentation wäre dann zu klären, ob und wie es gelingt, etwaige Rationalitätskonflikte im Verlauf des Veränderungsprozesses zu neutralisieren und ein umfassendes Konzept von „Systemgestaltung“ zu realisieren. Es gibt keinen „One Best Way“ zum Aufbau integrierter Versorgungsnetzwerke. Es handelt sich dabei gleichwohl um ein Spiel, welches seine Einsätze in hohem Maße lohnen könnte.

13. Literaturliste

1. B. Badura/G. Feuerstein (1994): Systemgestaltung im Gesundheitswesen, Weinheim/München
2. B. Badura (1993): Systemgestaltung im Gesundheitswesen: Das Beispiel Krankenhaus, in: B. Badura/Th. Schott (Hrsg.): System Krankenhaus, Weinheim/München
3. B. Badura/D. Schaeffer/J. v. Troschke (2001): Versorgungsforschung in Deutschland. Fragestellungen und Förderbedarf, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft, 9. Jg., Heft 4, S. 294-311
4. N. Bandelow (1998): Gesundheitspolitik. Der Staat in der Hand einzelner Interessengruppen?, Opladen
5. G. Borsi (1994): Das Krankenhaus als lernende Organisation. Zum Management von individuellen, teambezogenen und organisatorischen Lernprozessen, Heidelberg
6. M. Crozier/E. Friedberg (1977): L'Acteur et le système, Paris (deutsch : Macht und Organisation, 1980)
7. F. Eichhorn/Ph. Hessinger/M. Finke/J. Feldhoff (2003): Regionale Knoten in globalen Warenketten. Industriedistrikte im Spannungsfeld von Global Players und lokalen Akteuren. Medizintechnik in Tuttlingen und maritime Industrie in Rostock, München: Mering
8. D. Ermann/J. Gabel (1984): Multihospital Systems: Issues and Empirical Findings, in: Health Affairs, No 3, S. 50-64
9. A. Etzioni (1967): Soziologie der Organisation, München
10. M. Ewers (1997): Case Management in der klinischen Versorgung, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft, 5. Jg., Heft 4, S. 309-321
11. M. Ewers (1996): Case Management: Anglo-amerikanische Konzepte und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversicherung, Berlin, WZB - ISSN - 0935 - 8137
12. M. Fennell/J. Alexander (1993): Perspectives on organisational change in the US-medical care sector, in: Annual Review of Sociology, 19, S. 89-112
13. G. Feuerstein (1994): Schnittstellen im Gesundheitswesen, in: B. Badura/G. Feuerstein: Systemgestaltung im Gesundheitswesen, Weinheim/München, S. 211-253
14. G. Feuerstein (1993): Systemintegration und Versorgungsqualität, in: B. Badura/G. Feuerstein/Th. Schott (Hrsg.): System Krankenhaus, Weinheim/München

15. G. Feuerstein/B. Badura (1991): Patientenorientierung durch Gesundheitsförderung im Krankenhaus, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf, ISSN 0932 - 1586
16. M. Foucault (1991/1963): Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks, Frankfurt a. M.
17. E. Friedberg (2003): Mikropolitik und organisationelles Lernen, in: H. Brentel/H. Klemisch/H. Rohn (Hrsg.): Lernendes Unternehmen. Konzepte und Instrumente für eine zukunftsfähige Unternehmens- und Organisationsentwicklung, Wiesbaden, S. 97-108
18. E. Friedberg (1995) : Ordnung und Macht. Dynamiken organisierten Handelns, Frankfurt a. M./ New York
19. J. Habermas (1981): Theorie des kommunikativen Handelns. Bd. I u. II, Frankfurt a. M.
20. K.D. Henke/C. Ade/P. Lutz (1995): Der Krankenhaussektor im Gesundheitsstrukturgesetz, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft, 3. Jg., Heft 1, S. 6-20
21. Ph. Hessinger (2001): Vernetzte Wirtschaft und ökonomische Entwicklung. Organisatorischer Wandel, Institutionelle Einbettung, Zivilgesellschaftliche Perspektiven, Opladen
22. W. Heydebrandt (1973): Hospital Bureaucracy - A comparative Study of Organisations, New York
23. K. Hurrelmann (1988): Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf, Weinheim/München
24. J. Illich (1995/1975): Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens, München
25. H. Joas (1992): Die Kreativität des Handelns, Frankfurt a. M.
26. J. Klauber/B.P. Robra/H. Schell Schmidt (2006): Krankenhausreport 2005. Schwerpunkt: Wege zur Integration, Stuttgart/New York
27. J. Klauber/B.P. Robra/H. Schell Schmidt (2004): Krankenhausreport 2003. Schwerpunkt: GRDs im Jahre 1, Stuttgart/New York
28. St. Koscheck/M. Rosin (2005): Der Zusammenhang von Semantik und Struktur aufgrund der Einführung eines kundenorientierten Managementkonzepts in einem Hospital in Bielefeld (Lehrforschungsbericht) Ms. Bielefeld
29. B. Latour (1996): On actor-network theory, in: Soziale Welt, 47, S. 369-381
30. T. Lieckweg/Chr. Wehrsig (2001): Zur komplementären Ausdifferenzierung von Organisationen und Funktionssystemen. Perspektiven eine Gesellschaftstheorie der Organisation, in: V. Tacke (Hrsg.): Organisation und gesellschaftliche Differenzierung, Wiesbaden, S. 39-60
31. N. Luhmann (2000): Organisation und Entscheidung, Opladen
32. N. Luhmann (1995/1964): Funktion und Folgen formaler Organisation, Berlin
33. N. Luhmann (1977/1968): Zweckbegriff und Systemrationalität, Frankfurt a. M.
34. M. Murray (1994): Physician Payment Reform in the United States, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft, 2. Jg., Heft 3, S. 196-207
35. T. Ohno, (1993): Das Toyota Produktionssystem, Frankfurt a. M./New York
36. G. Ortmann/W. Schnelle (2000): Medizinische Qualitätsnetze - Steuerung und Selbststeuerung, in: J. Sydow/A. Windeler (Hrsg.): Steuerung von Netzwerken. Konzepte und Praktiken, Opladen, S. 206-233
37. G. Ortmann (1995): Formen der Produktion, Organisation und Rekursität, Opladen
38. T. Parsons (1963): Social Change and Medical Organisation in the United States, in: Annals of the American Academy of Political and Social Science, Vol. 346, S. 21-33
39. H. Pfaff/B. Badura/F. Pühlhofer/D. Siewerts (2004): Das Sozialkapital des Krankenhauses und wie es gestärkt werden kann, Ms. Bielefeld
40. H. Pfaff (1997) : Das lernende Krankenhaus, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft, 5. Jg., Heft 4, S. 323-341
41. H. Pfaff (1994): Lean-Production - ein Modell für das Krankenhaus? Gefahren, Chancen, Denkanstöße, in: Zeitschrift für Gesundheitswesen, 2. Jg., Heft 1, S. 61-80
42. Ch. Perrow (1965): Hospitals: Technology, Structure and Goals, in: J. March (ed.): Handbook of Organisations, Chicago, S. 910-971
43. Robert Bosch Stiftung (Hg.) (2000): Pflege neu denken. Die Zukunft der Pflegeausbildung, Stuttgart
44. J.J. Rohde (1962): Soziologie des Krankenhauses, Stuttgart
45. W.R. Scott/M. Ruet/P. Mandel/C. Carona (2000): Institutional Change and Healthcare Organisations. From Professional Dominance to managed care, Chicago/London
46. W.R. Scott (1986): Grundlagen der Organisationstheorie, Frankfurt a. M./New York

47. S. Shortell/R. Gillies/D. Anderson (1994): The new world of managed care: Creating organized delivery systems, in: Health Affairs, No 13, S. 46-64
48. H. Simon (1964) : On the concept of organisational goal, in : Administrative Science Quarterly, Vol. 9, No 1, June, S. 1-22
49. J. Staender/E. Bergner (1997): Schnittstellen in der kardiologischen Versorgung, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft, 5. Jg., Heft 4, S. 343-357
50. R. Stichweh (2000): Professionen im System der modernen Gesellschaft, in: R. Merten (Hrsg.): Systemtheorie Sozialer Arbeit. Neue Ansätze und veränderte Perspektiven, Opladen S. 29-38
51. G. Stollberg (2001): Medizinsoziologie, Bielefeld
52. A. Strauss/J. Corbin (1988): Shaping a New Health Care System. The Explosion of Chronic Illness as a Catalyst for Change, San Francisco/London
53. A. Strauss/L. Schatzmann/D. Ehrlich/R. Bucher/M. Sabshin (1963): The Hospital and its negotiated order, in: E. Freidson (ed.): The Hospital in modern society, London, S. 147-169
54. SVR-Sachverständigenrat (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Sondergutachten 2000/2001 - Band I/Band II. Kurzfassung, Bonn/SVR
55. V. Tacke/G. Wagner (2005): Die Publikumsrollen des Kunden und die Semantik der Kundenorientierung. Eine differenzierungstheoretische Analyse, in: H. Jakobsen/St. Voswinkel (Hrsg.): Der Kunde in der Dienstleistungsbeziehung, Wiesbaden
56. V. Tacke (1997): Systemrationalisierung an ihren Grenzen - Organisationsgrenzen und Funktionen von Grenzstellen in Wirtschaftsorganisationen, in: G. Schreyögg/J. Sydow (Hrsg.): Gestaltung von Organisationsgrenzen. Managementforschung 7, Berlin/New York, S. 1-43
57. L. Thévenot (1985): Les investissements de forme, in: Conventions économiques, PUF, S. 21-71
58. K.B. Thill (1999): Kundenorientierung und Dienstleistungsmarketing für Krankenhäuser. Theoretische Grundlagen und praktische Fallbeispiele, Stuttgart
59. J. Thompson (1967): Organisations in action, New York
60. J. Thompson/W. McEwen (1958): Organisational Goals and Environments: Goal Setting as an Interaction Process, in: Sociological Review, No 23, January, S. 23-31
61. W. von Eiff/G. Ziegenbein (2001): Geschäftsprozessmanagement: Methoden und Techniken für das Management von Leistungsprozessen im Krankenhaus, Gütersloh
62. W. von Eiff (1998): Outsourcing oder Re-Sourcing - Kernkompetenz ist die Managementfähigkeit, in: Krankenhaus-Umschau, Nr. 10, S. 714-725
63. K. Weick/K. Sutcliffe (2003): Das unerwartete Managen. Wie Unternehmen aus Extremsituationen lernen, Stuttgart
64. A. Windeler (2001): Unternehmensnetzwerke. Konstitution und Strukturierung, Opladen
65. J. Womack/D. Jones/ D. Ross (1991): Die zweite Revolution in der Automobilindustrie, Frankfurt a. M./New York

ISOZ Arbeitsberichte/Working Papers

Erhältlich über das Sekretariat Makrosoziologie (Preis: je 2,50 €) oder kostenfrei als Download über die Homepage des Instituts: <http://www.uni-magdeburg.de/isoz/>

Nr. 1	Schrader, Heiko and Agliaya Toporova 2000: Dealing with Pawnshop Services in Saint Petersburg/Russia: The Customers' Perspective . 18 p.
Nr. 2	Dittrich, Eckhard 2000: Ungleich vereint - die deutsche Wiedervereinigung als sozialstrukturelles Projekt. 14 S.
Nr. 3	Angermüller, Johannes 2000: Narrative Analyse und gesellschaftlicher Wandel in der struktural-marxistischen Diskursanalyse am Beispiel von narrativen Interviews mit ArmenierInnen aus

	St. Petersburg. 20 S.
Nr. 4	Angermüller, Johannes 2000: Constructing National Identity among Ethnic Minorities in the Russian Federation - A Bourdieuean Perspective on Biographical Accounts of Armenians in Saint Petersburg. 18 p.
Nr. 5	Schrader, Heiko 2000: "Geld sofort" - Pfandkredit als Strategie der Lebensbewältigung im russischen Alltag. 27 S.
Nr. 6	Köhler, Georg 2001: Zur Tätigkeit der K1. Ein soziologischer Rekonstruktionsversuch zur Rolle und Stellung der Arbeitsrichtung I der Kriminalpolizei der DDR. 54 S.
Nr. 7	Dippelhofer-Stiem, Barbara und Jörg Jopp- Nakath 2001: Lehrveranstaltungen im Urteil von Studierenden. Ein empirischer Beitrag zur Qualitätsmessung. 148 S.
Nr. 8	Stojanov, Christo 2001: Zur Situation der Transformationsforschung. 15 S.
Nr. 9	Kollmorgen, Raj 2001: Postsozialismus im 21. Jahrhundert oder: Wozu heute noch Transformationsforschung? 44 S.
Nr. 10	Schrader, Heiko 2001: Akteurtheoretische Modifikationen für die kulturvergleichende Soziologie am Beispiel Russlands. 18 S.
Nr. 11	Dippelhofer-Stiem, Barbara 2001: Erzieherinnen im Vorschulbereich. Soziale Bedeutung und Professionalität im Spiegel sozialwissenschaftlicher Forschung. 41 S.
Nr. 12	Angermüller, Johannes 2001: Zur Methodologie einer textpragmatischen Diskursanalyse. Felder symbolischer Produktion von französischen Intellektuellen 1960 bis 1984. 21 S.
Nr. 13	Schrader, Heiko 2001: Vertrauen, Sozialkapital, Kapitalismen. Überlegungen zur Pfadabhängigkeit des Wirtschaftshandelns in Osteuropa. 30S.
Nr. 14	Hessinger, Philipp 2002: Mafia und Mafiakapitalismus als totales soziales Phänomen: Ein Versuch über die Beziehungen von Moral und Sozialstruktur in zivilen und nicht-zivilen Gesellschaften. 24 S.
Nr. 15	Schmidt, Melanie 2002: Wie gewaltbreit sind Jugendliche in Sachsen-Anhalt? 24 S.
Nr. 16	Dippelhofer-Stiem, Barbara 2002: Die Bevölkerung Sachsen-Anhalts im Portrait. Sekundäranalytische Auswertung amtsstatistischer Daten. 36 S.
Nr. 17	Schrader, Heiko, Nikolai Skvortzov, Boris Wiener 2003: The Islamic and Turkic Factors in Identity Formation Processes and Discourses on Separatism: Dagestan and Tatarstan Compared. 19p.
Nr. 18	Schrader, Heiko 2003: Globalization, Fragmentation and Modernity. 24p.
Nr. 19	Hellmann, Kai-Uwe 2003: Fremdheit als soziale Konstruktion. Vortrag an der FGSE im Juni 2003 im Rahmen des Habilitationsverfahrens. 19 S.
Nr. 20	Schrader, Heiko, Jyothi K.K, and Kamini Prakash 2003: Thrift and Credit Groups in the Formation of a Women's Cooperative. 12 p.
Nr. 21	Kollmorgen, Raj 2003: Analytische Perspektiven, soziologische Paradigmata und Theorien sozialen Wandels - Eine metatheoretische Skizze. 37 S.
Nr. 22	Kößler, Reinhart 2004: Transformation oder Modernisierung? Zur Konzeptionalisierung gesellschaftlicher Umbrüche, nicht nur in Osteuropa. 15 S.
Nr. 23	Schrader, Heiko, Ivaylo Dimitrov, Eckhard Dittrich, Christo Stojanov 2004: Zur Situation von Kleinunternehmen in Bulgarien: Ergebnisse einer quantitativen Studie. 15 S.
Nr. 24	Schrader, Heiko, Ivaylo Dimitrov, Eckhard Dittrich, Christo Stojanov 2004: Zur Situation von Kleinunternehmen in Tschechien: Ergebnisse einer quantitativen Studie. 15 S.
Nr. 25	Schrader, Heiko, Ivaylo Dimitrov, Eckhard Dittrich, Christo Stojanov 2004: Zur Situation von Kleinunternehmen in Russland: Ergebnisse einer quantitativen Studie. 15 S.

Nr. 26	Schrader, Heiko, Ivaylo Dimitrov, Eckhard Dittrich, Christo Stojanov 2004: Kleinunternehmen im Vergleich: Bulgarien, Tschechien, Russland. 26 S.
Nr. 27	Bhowmik, Sharit K. 2004: Politics of Urban Space in Mumbai: 'Citizens' Versus the Urban Poor. 11p.
Nr. 28	Schrader, Heiko 2004: Landnutzungsrechte als Entwicklungschance: Überlegungen zur städtischen Armutspolitik am Beispiel Mumbais. 20 S.
Nr. 29	Dischinger, Norbert/Mögel, Nicole A. 2004: Wer besucht ein Pfandhaus? Nutzer gewerblicher Mikrokredite in Deutschland. 22 S.
Nr. 30	Ivleva, Irina 2004: Aufstieg und Transformation der Straßenökonomie in Russland: Sozioökonomische Erfahrungen im Zuge der postsozialistischen Entwicklung. 15 S.
Nr. 31	Döll, Patricia 2005: Studieren trotz Krankheit? Zur psychosozialen Lage von kranken und behinderten Studierenden. 20S.
Nr. 32	Lehrforschungsgruppe Türkei 2005: Ist die Türkei reif für Europa? Orientierungshilfen zur Frage eines Beitritts der Türkei zu Europa. 64 S.
Nr. 33	Gruber, Denis 2005: Revision und Aktualität des Konzepts der strategischen Gruppen. 20 S.
Nr. 34	Bhowmik, Sharit K. 2005: Globalisation, Governance and Labour: A Perspective from India. 10 p.
Nr. 35	Dippelhofer-Stiem, Barbara 2005: Wie gesund sind die Menschen in Sachsen-Anhalt? Befunde des repräsentativen Bevölkerungssurveys „Gesundheit und Wohlbefinden 2003“ im Überblick. 34 S.
Nr. 36	Gruber, D., A. Kirschner, S. Mill, M. Schach, S. Schmekel, Harido Seligmann: Living and Working in Slums of Mumbai. 47p.
Nr. 37	Potter, Jens 2006: Das deutsche Gesundheitswesen - Ausgewählte Befunde zu den Wünschen und Erwartungen der Bevölkerung Sachsen-Anhalts. 22 S.
Nr. 38	Schrader, Heiko 2006: Social Equality and Social Justice: A Summary of theoretical and empirical approaches. 25 p.
Nr. 39	Schrader, Heiko 2006: Spar- und Kreditvereine als Mittel zur Armutsbekämpfung in Entwicklungsländern. 17 S.
Nr. 40	Kollmorgen, Raj 2006: Zivilgesellschaft in Mittel- und Osteuropa: Kontexte, Probleme, Aussichten. 19 S.
Nr. 41	Dippelhofer-Stiem, Barbara/Jopp-Nakath, Jörg 2006: Nach dem Magisterexamen. Einmündung in den neuen Lebensabschnitt und Ertrag des Studiums. Eine Befragung der Absolventinnen und Absolventen des Magisterstudiengangs an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. 46 S.
Nr. 42	Dittrich, Eckhard/Schrader, Heiko/Stojanov, Christo 2006: Die Entwicklung von Kleinunternehmen in Bulgarien, Tschechien und der Russischen Föderation. 22 S.