

Entscheidungen und Karrieren

Organisationssoziologische Betrachtungen zu den Geschehnissen einer psychosomatischen Abteilung

Von Werner Vogd

Organisationen können einen Schlüssel zum Verständnis moderner Gesellschaften darstellen, denn hier treffen Mikro- und Makro-, Akteursebene und Gesellschaft unmittelbar aufeinander. In Organisationen findet die *Selektion* von Karrieren und Positionen statt, aus denen heraus Gesellschaft gemacht wird. Intern erzeugen sie dabei ihre eigene innere Welt. Viele der demokratischen, rechtlichen und moralischen Spielregeln, die für den »freien« Kontakt unter Bürgern gelten, sind in ihnen *de facto* oftmals außer Kraft gesetzt, denn sie verfügen über *Konditionierungsmechanismen*, ihre Mitglieder diese und andere Zumutungen geduldig ertragen zu lassen. System- und Lebenswelt finden hier zueinander und können nicht mehr wie in der Habermasschen Konzeption als ein agonisches Verhältnis begriffen werden. Vielmehr müssen sie als eine mehr oder weniger kohärente Praxis begriffen werden, die in ihren Eigengesetzlichkeiten von den Akteuren selbst reproduziert wird. Im Sinne dieser selbstreferenziellen Reproduktionszusammenhänge darf eine soziologische Analyse des Geschehens in Organisationen nicht handlungstheoretisch verkürzt werden, sondern sollte auch versuchen, die kollektive Praxis und die hierdurch *gemeinsam* hervorgebrachten *Orientierungsrahmen* in den Blick zu nehmen.

Im Folgenden soll ein *methodologischer* Zugang zur Rekonstruktion organisationsinterner Wirklichkeiten vorgestellt werden, der den überindividuellen Charakter dieser Phänomene ernst nimmt, ohne jedoch die Akteursperspektive aus dem Blick zu verlieren.

Die Daten, an denen die Argumentation entfaltet wird, entstammen einem Forschungsprojekt mit dem Titel »*Ärztliche Entscheidungsprozesse im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität*«, in dessen Rahmen vier Abteilungen in jeweils unterschiedlichen Kliniken und medizinischen Disziplinen in vier 10- bis 12-wöchigen Feldforschungsaufenthalten untersucht wurden (Vogd 2004b)¹. Während dieser Phasen wählte der Beobachter jeweils einen konkreten Arzt aus (in der Regel einen Stationsarzt, teilweise aber auch Oberärzte oder Konsiliarii), begleitete diesen («*shadowing*») und versuchte, alle im Hinblick auf seine Forschungsfragen relevanten Kommunikationen *simultan* in einem Notizbuch mitzuschreiben². Die Beobachtungsnotizen repräsentieren dabei den chronologischen Tagesablauf in seiner oftmals fragmentarisch erscheinenden Form (Ärzte springen in der Praxis von einem Fall zum anderen, werden während ihrer Arbeit häufig unterbrochen und haben oft zwei, drei Sachen gleichzeitig im Kopf). Die dokumentierten Fallbeispiele kristallisieren sich dann in einem ersten Auswertungsschritt heraus, in dem all die Geschehnisse, welche unmittelbar zu einem konkreten Behandlungsprozess gehören, in chronologischer Form zusammengestellt und so die jeweils korrespondierenden Fragmente zu einer Einheit integriert werden. Ergänzend zu

- 1) Hierbei handelt sich es um eine chirurgische bzw. internistische Station in städtischen Krankenhäusern der Maximalversorgung sowie eine psychosomatische bzw. onkologisch-hämatologische Station eines Universitätsklinikums.
- 2) Das Anfertigen von Notizen selbst während der Patientengespräche scheint im Kontext Krankenhaus keine besondere Aufmerksamkeit erweckt zu haben. Weder den Patienten noch den externen Ärzten gegenüber wurde der Beobachter als Beobachter vorgestellt. Allein durch das Tragen des weißen Kittels schien dieser einfach zum medizinischen Feld dazuzugehören und wurde gelegentlich im Hinblick auf organisatorische oder gar fachliche Fragen angesprochen.

den Feldbeobachtungen wurden die beteiligten professionellen Akteure in Einzelinterviews zu den beobachteten Fällen sowie anderen prekären Entscheidungssituationen befragt³.

Bevor wir zu der Analyse des Datenmaterials gelangen (Kap. 2), möchten wir versuchen, kurz den *metatheoretischen* Rahmen zu skizzieren, in dem sich habitus- und systemtheoretische Positionen komplementär ergänzen können (Kap. 1). Im abschließenden Teil werden dann einige weitergehende Implikationen für eine rekonstruktiv vorgehende Organisationsforschung zu diskutieren sein (Kap. 3).

1. Habitus und Kommunikationssystem als überindividuelle Konstitutionszusammenhänge

Die im Sinne der Einleitung geforderte Analyseperspektive gebietet als zentrales methodologisches Primat eine strikte Trennung von Sinnbegriff und Subjektbegriff, denn das, was sich als konstituierende soziale Wirklichkeit manifestiert, lässt sich nicht hinreichend durch die Motive individueller Akteure bzw. deren »subjektiv gemeintem Sinn« erklären. In dieser Haltung begegnen sich die wissenssoziologischen Positionen von Pierre Bourdieu, Karl Mannheim, Niklas Luhmann mit Bohnsacks dokumentarischer Methode der rekonstruktiven Sozialforschung⁴.

Der Bourdieusche *Habitusbegriff*, im Sinne eines sozial konditionierten Körpers verstanden, gestattet es »kollektiven und gewissermaßen objektiv zweckhaften sozialen Prozessen – wie der Tendenz herrschender Gruppen zu ihrer eigenen Perpetuierung – Rechnung zu tragen, ohne auf personifizierte Kollektive mit selbstgesteckten Zielen, auf die mechanische Häufung rationaler Handlungen individueller Akteure oder auf zentrales Bewusstsein oder einen zentralen Willen zurückzugreifen zu müssen« (Bourdieu 2001, S. 201).

Die Totalität der Weltanschauung manifestiert sich bei Mannheim als die standortbedingten epistemischen Entscheidungen, die aufgrund der eigenen *milieuspezifischen Sozialisationserfahrungen* getroffen werden, ohne sich je darüber bewusst gewesen zu sein, diese Entscheidungen getroffen zu haben (vgl. Mannheim 1980).

Die Luhmannschen Kommunikationssysteme reproduzieren sich allein schon dadurch als überindividuelle Zusammenhänge, da das Verstehen und die hieraus sich ergebenden Anschlussmöglichkeiten nicht in der Kontrolle des mitteilenden Akteurs liegen. Der Sinn dessen, was er tut, entsteht als Kommunikation erst durch die *Selektionen* des jeweiligen Sozialsystems (vgl. Luhmann 1993, S. 191ff.). Unabhängig von ihren recht verschiedenen Theoriesprachen sind diese Positionen metatheoretisch durchaus kompatibel. Sie operieren im Sinne einer *konstruktivistischen Epistemologie*, und im Sinne eines modernen Theoriendesigns werden hier die linearen Kausalitätsmodelle (wie etwa bei der Rational-Choice-Theorie) zu Gunsten *selbstreferenzieller Erklärungsansätze* aufgegeben. Zudem wird auf einen intentionalen Handlungsbegriff verzichtet. Als Konsequenz hiervon braucht die Rekonstruktion des Sinngeschehens nicht mehr auf die hermeneutische Ausdeutung des subjektiven Erlebens einzelner Akteure zu rekurrieren. Nicht mehr das, was vom Einzelnen wirklich gemeint sein könnte, steht im Vordergrund der Datenanalyse, sondern die interaktive bzw. kommunikative und damit sich objektiv als »Text« manifestierende *Herstellung* von Sinn,

3) Die diesbezügliche Datenbasis besteht aus 40 Einzelinterviews von unterschiedlicher Länge (38 – 76 Minuten pro Interview). Die Interviews wurden überwiegend mit den Ärzten aus unterschiedlichen Hierarchieebenen geführt. Zur perspektivischen Kontrastierung der Beobachtungen wurden zusätzlich tonbandprotokollierte Gespräche mit Sozialarbeitern, Psychologen, Physiotherapeuten, Pflegekräften sowie einem Krankenhausseelsorger geführt.

4) In ähnlichem Sinne sieht auch Ulrich Oevermann die latenten Sinnstrukturen dem subjektiven Sinnbewusstsein vorgeschaltet (s. Oevermann 1986).

Handlungsorientierung und sozialer Wirklichkeit. Wirklichkeitsinterpretation (und -konstruktion) stellt zwar eine Frage des Standorts bzw. der Beobachterperspektive dar, nicht jedoch eine Frage der Beliebigkeit oder des subjektiven Geschmacks. Die Perspektivenabhängigkeit der Erkenntnis heißt nicht, dass der methodologische Zugang zur Wirklichkeitserkenntnis aufgegeben werden muss, sondern bedeutet, dass die jeweilige Perspektive explizit in die Analyse miteinbezogen werden muss.

Auch wenn im Rahmen dieser Studie davon ausgegangen wird, dass die benannten Theoriemodelle metatheoretisch kompatibel sind, sollten die Begrifflichkeiten der jeweiligen Konzeptionen nicht vermischt werden. Ihre Kompatibilität bezieht sich auf die epistemologischen Grundannahmen, nicht jedoch auf die wissenschaftlichen Traditionen, aus denen sie sich entwickelten, und auch nicht unbedingt auf den Gegenstand, den sie primär untersuchen. So meint etwa das Bourdieusche *Feld* etwas anderes als der Luhmannsche *Systembegriff*. Ersteres bezeichnet Machtstrukturen, zweites selbstreferenzielle Kommunikationszusammenhänge. Beide bezeichnen also unterschiedliche Dinge und erklären nicht dasselbe Phänomen – auch wenn dies auf den ersten Blick so scheinen mag. Gerade die Differenz der Blickwinkel bietet die Chance, dass sich die jeweiligen analytischen Positionen komplementär ergänzen, um hierdurch in fruchtbarer Weise die empirischen Phänomene in Organisationen zu erhellen. Hierdurch könnte es gelingen, die qualitative bzw. rekonstruktive Erforschung dieser Phänomene aus der Nische der Organisationskulturforschung herauszuholen (vgl. Rosenstiel 2003), denn es erscheint uns analytisch wenig ergiebig, das, was in Organisationen geschieht, unter einen diffus gehaltenen *Kulturbegriff* zu subsumieren. Vielmehr sollte eine soziologische Betrachtung in der Lage sein, die besonderen Eigengesetzlichkeiten von Organisationen zu reflektieren, sollte also gerade die *Meso-Ebene*, die Schnittstelle von Akteur und System mit all den sich hieraus ergebenden Zwängen beleuchten können.

In diesem Sinne erscheint es lohnenswert, eine Organisation zugleich unter einem habitus- wie auch einem systemtheoretischen Fokus zu betrachten. Organisationen könnten dann in beiden Fällen als selbstreferenzieller Reproduktionszusammenhang begriffen werden, der sozusagen seine eigene *überindividuelle* Realität erzeugt, entweder unter akteurstheoretischer Perspektive als wechselseitige Konstitution von *Habitus und Feld* oder unter kommunikationstheoretischer Perspektive als *Selektion von Entscheidungen, die Entscheidungen produzieren*. Eine gelungene soziologische Rekonstruktion organisatorischer Wirklichkeiten sollte diese Konstitutionszusammenhänge im Detail nachzeichnen können. Sie muss auf der systemischen Ebene aufzeigen können, *dass* und *wie* die Konditionierung von Kommunikation stattfindet, wie also in der organisationsinternen Kommunikation eine Selektion von Themen stattfindet und bestimmte Zurechnungen von Kausalitäten als dominante Deutungsmuster etabliert werden. Habitus-theoretisch wird es darum gehen, die Regeln des Feldes, die leitenden Orientierungsrahmen der Akteure herauszuarbeiten.

Gleichzeitig muss eine Analyse auf der personalen Ebene die Mechanismen benennen können, wie die Konditionierung der psychischen Systeme stattfindet, wie etwa über Karriereerwartungen oder der Drohung, aus dem Feld ausgeschlossen zu werden, die jeweiligen Akteure an ihre Organisation gebunden werden, um so schließlich selber zum aktiven Teil der Prozesse zu werden, die sie selber erleiden müssen.

Die grundlegenden Reproduktionsgesetzmäßigkeiten dieser Prozesse müssen sich schließlich als wiederkehrende Muster, als quasi stabile Strukturen aufzeigen lassen, als homologe Muster der Selbstkonditionierung, als Habitus, der in unterschiedlichen Dimensionen, bei unterschiedlichen Themen oder Problemstellungen in strukturidentischer Form im organisatorischen Leben regelmäßig wiederkehrt und sich selbst reproduziert.

Um die soziale Herstellung dieser Formationen in den Blick nehmen zu können, erfolgt die Auswertung der empirischen Daten anhand der *dokumentarischen Methode* im Sinne von

Ralf Bohnsack (1999). Methodologisch sind hier die Schritte «formulierende Interpretation», «reflektierende Interpretation» und «komparative Analyse» zu unterscheiden. Während in der formulierenden Interpretation versucht wird, die Inhalte des Ausgangsmaterials zu erschließen und »innerhalb des Relevanzsystems, des Rahmens der untersuchten Gruppe«, zu rekapitulieren, wird in der »reflektierenden Interpretation« das Augenmerk auf den dokumentarischen Gehalt, den *Modus operandi* der Herstellung dieses Rahmens, gelenkt. Dies geschieht, indem »die Selektivität, d.h. die spezifische Weichen- und Problemstellung bei der Behandlung des Themas und damit dem für die Behandlung des Themas ausschlaggebenden *Rahmen*, dadurch sichtbar gemacht wird, dass ich Alternativen dagegenhalte, dass ich dagegenhalte, wie in anderen Gruppen die Weichen bei der Behandlung desselben bzw. eines vergleichbaren Themas anders gestellt werden: es werden Kontingenzen sichtbar« (Bohnsack 1999, S. 36). Bohnsack bezeichnet diese habituellen, tief in die Praxis eingewobenen Sinnorientierungen im Kontrast zu den zweckrationalen *common sense*-Motiven als *Orientierungsrahmen* (Bohnsack 2001, S. 229f.).

Im Hinblick auf die jeweiligen Sinnselektionen und den sich hieraus ergebenden Anschlussmöglichkeiten wurden die verschrifteten Texte in Form einer sequenziellen Analyse interpretiert, wie dies von Bohnsack wie auch in der Objektiven Hermeneutik von Oevermann⁵ vorgeschlagen wird⁶, wenngleich im Rahmen dieser Darstellung die Analyse nicht in der von diesen Methodologien geforderten Strenge geleistet werden kann. Im Gegensatz zu Oevermann nehmen wir jedoch an, dass der Sinn einer Äußerung von vorneherein durch einen objektivierbaren Interaktionszusammenhang konstituiert wird, sondern erst *post hoc* durch die folgenden Sequenzen, also durch jeweiligen *Anschlüsse* bestimmt und aktualisiert werden.

2. Organisationsanalyse am Beispiel einer psychosomatischen Station

Im Folgenden möchten wir nun am Beispiel der Entscheidungsprozesse der psychosomatischen Station aufzeigen, dass der zuvor skizzierte theoretische Rahmen und die dokumentarische Methode ein hilfreiches Instrument einer gehaltreichen soziologischen Organisationsanalyse darstellen kann. Anhand von fünf Beispielen möchten wir aufzeigen, wie Kommunikation vermieden wird, wie *Tabus* eingerichtet werden, und wie hierdurch bestimmte Kommunikationslinien bzw. *implizite Regeln* der *Kommunikationsvermeidung* als »organisationstypischer Habitus« etabliert werden.

Die hier vorgestellten Beobachtungssequenzen wurden auf einer psychosomatischen Station eines Universitätsklinikums in Süddeutschland erhoben. Als Extrembeispiele, die aus den reibungslosen Routineabläufen herausragen, demonstrieren sie Entscheidungsprobleme, die latent auch in den anderen Prozessen angelegt sind, dort jedoch nicht unbedingt manifest als Konflikt zum Ausdruck kommen. Als thematisch in verschiedenen Konstellationen wiederkehrende Muster verdichten sie sich zu einem jeweils organisationstypischen *Habitus* der jeweiligen Station bzw. Abteilung.

Unter dem organisationstheoretischen Postulat, Organisationen als selbstreferenzielle Systeme zu betrachten, die sich durch Entscheidungskommunikationen reproduzieren (vgl. Luhmann 2000), wird hier die Abteilung als eine analytisch isolierbare Systemeinheit betrachtet, die ihre eigenen Angelegenheiten weitgehend autonom regeln kann. Auch empirisch gibt die Wahl dieser Analyseeinheit Sinn, denn einerseits müssen die Konsequenzen medizinischer Handlungspraxis vom ganzen Team getragen (und verantwortet) werden⁷, und andererseits

5) Zu den Grundlagen, Parallelen und Differenzen dieser beiden Methoden s. Bohnsack (1999).

6) Zur Sequenzanalyse als sinnvolle Forschungsmethode in der Luhmannschen Systemtheorie (s. auch Schneider).

kann innerhalb der Abteilung in erheblichem Maße über Personalfragen disponiert werden, so dass hier wichtige Hebel zur Konditionierung von Mitarbeitern über Karrierebindung vorliegen (etwa in Form von Verlängerungen von Verträgen, Ausstellung von Zeugnissen etc.).

Im Rahmen dieser Studie können hier aus Platzgründen nur die Reproduktionsverhältnisse einer Abteilung rekonstruiert und dargestellt werden. Im Hinblick auf die inhaltliche Formation der rekonstruierten Verhältnisse können die vorgestellten Ergebnisse deshalb keineswegs als repräsentatives Beispiel für andere medizinische bzw. psychosomatische Abteilungen genommen werden, sondern stellen einen Einzelfall dar, dessen Konstitutionsbedingungen erst im Vergleich mit anderen Abteilungen verallgemeinerbar würden⁸. In diesem Sinne dürfen die Ausführungen keineswegs dahingehend missverstanden werden, dass hier inhaltliche Aussagen über die Psychosomatik im Allgemeinen getroffen werden, sondern die dokumentierten Abläufe dürfen hier nur als ein Beispiel gelesen werden, das aufzeigt, *wie* sich diese oder auch andere Verhältnisse innerorganisatorisch reproduzieren können.

Der Fokus der Analyse liegt auf dem *Modus operandi* der innerorganisatorischen Habitusreproduktion, nicht auf der Frage, *was* eine (gute) psychosomatische Abteilung ausmacht. Der immanente Sinngehalt des Geschehens ist deshalb für die Fallinterpretation und -analyse einzuklammern. Im Sinne einer Beobachtung zweiter Ordnung kann und darf die Aufgabe des soziologischen Beobachters hier nicht darin liegen zu beurteilen, ob die Akteure inhaltlich angemessen, professionsethisch korrekt etc. gehandelt haben – dies ist nur in einem innermedizinischen Diskurs zu leisten. Es geht hier einzig und allein darum, die sozialen Prozesse einer Organisation unter dem Blickwinkel der erst aus der Distanz heraus sichtbaren strukturellen Homologien in der innerorganisatorischen Konfliktbearbeitung zu betrachten.

Die Falldarstellungen folgen dabei Sequenzen, die entsprechend dem Zeitverlauf des Geschehens angeordnet sind. Der erste Absatz einer jeweiligen Sequenz beinhaltet eine inhaltliche Zusammenfassung dessen, worum es im Folgenden geht (*formulierende Interpretation*). Der zweite Absatz stellt einen Ausschnitt aus einem Beobachtungsprotokoll bzw. Interviewtranskript dar. Die Analyse der Sequenz (*reflektierende Interpretation*) wird im dritten Absatz geleistet. Auf das Beobachtungsprotokoll bzw. die Schilderung der Interpretation wird teilweise verzichtet, wenn die zusätzliche bzw. ausführliche Darstellung keine weitere Einsicht oder Erkenntnis zu versprechen scheint. Wenngleich versucht wurde, in den Beobachtungsprotokollen die dokumentierten Gespräche im Wortlaut, zumindest aber sinngemäß, mitzuschreiben, so ergeben sich naturgemäß dennoch Lücken, die im Text durch drei Punkte, »...« angezeigt sind. Gekürzte, aber im ursprünglichen Beobachtungsprotokoll vorhandene Passagen werden durch eingeklammerte Punkte, »[...]« angedeutet. Namen von Personen und Institutionen, Orte, sowie das Datum und andere zur Identifizierung geeignete Details sind zum Schutz der beteiligten Akteure verfremdet worden.

Um die *Maskierung* nicht zu gefährden, können hier nicht die Details des therapeutischen Settings, ebenso wenig Daten wie die Abteilungsgröße, Bettenzahl etc. genannt werden. Zum Zeitpunkt der Beobachtung betreuen zwei Stationsärzte die Station (Codennamen: »Martin Völler« und »Elke Schnarrenhäuser«). Bei beiden handelt es sich um »Ärzte im Prakti-

-
- 7) Hierzu gehören die Ärzte auf verschiedenen Hierarchiestufen, unter Umständen aber auch andere Mitglieder des therapeutischen und pflegerischen Teams. Ärztliche Entscheidungen müssen letztlich vom ganzen Team getragen bzw. verantwortet werden. Dies drückt sich auch in den Formalien aus: In der Regel wird ein Arztbrief von mehreren Ärzten unterschrieben: dem Chefarzt, dem Stationsarzt und oft auch dem Oberarzt. Auf die ausführliche Schilderung der Organisation des Krankenhauses kann ich hier nicht eingehen. Als Grundlage hierzu gilt immer noch Rohde (1974).
 - 8) Im Sinne der Logik der dokumentarischen Methode kann hier also keine soziogenetische, sondern nur eine sinnogenetische Typenrekonstruktion geleistet werden (vgl. Bohnsack 2001).

kum«, die erst seit drei bzw. fünf Monaten auf der Station arbeiten. Unterstützt werden die beiden jungen Ärzte auf der Station durch zwei Praktikanten (Medizinstudenten im praktischen Jahr: PJ »Marina Schiller« und PJ »Peter Wolf«). Als psychologische Einzeltherapeuten arbeitet ein Arzt im Praktikum, ohne Therapieausbildung und ebenfalls erst seit wenigen Wochen auf der Station, sowie eine Psychologin, die vor kurzem eingestellt wurde. Die psychosomatischen Gruppentherapien (Musik-, Kunst- und Gruppenpsychotherapie) werden jeweils von externen Therapeuten angeboten. Einmal wöchentlich findet eine Supervisionsitzung statt sowie eine Abteilungsbesprechung, in der ebenfalls problematische Fälle zur Diskussion gebracht werden können. Einige weitere Ärzte und Psychologen arbeiten im Rahmen von Forschungsprojekten in der Abteilung, sind jedoch nicht in der medizinischen oder therapeutischen Stationsarbeit eingesetzt. Der leitende Oberarzt (»PD Dr. Jonas«) führt in der Regel einmal die Woche eine Visite durch. Eine Chefarztvisite fand innerhalb des dreimonatigen Beobachtungszeitraums bzw. in der Zeit, seitdem die Stationsärzte in der Abteilung beschäftigt sind, nicht statt. Der Chefarzt (»Prof. Dr. Marek«) erscheint üblicherweise auch nicht auf den Abteilungsbesprechungen, ist aber insofern in die Stationsarbeit involviert, als er als psychologischer Einzeltherapeut eine Reihe von Privatpatienten betreut. Die alltägliche medizinische Versorgung der Privatpatienten wird jedoch – wie bei den anderen Patienten – durch die beiden Stationsärzte geleistet. Des Weiteren sind in diesem Zusammenhang einige konsiliarisch tätige Ärzte zu erwähnen, insbesondere der Psychiater (»PD Dr. Langenbach«).

Die Auswahl der Beispiele folgt nach dem Prinzip der *Kontrastierung* unterschiedlicher Aspekte des organisatorischen Lebens. Verschiedene Szenen mit einer *hohen interaktiven Dichte*, in denen jeweils andere Themen behandelt werden, werden nebeneinander gestellt, um im zweiten Schritt *Homologien*, gegebenenfalls auch Differenzen in der Bearbeitung aufzuzeigen. Zusammengenommen ergeben diese schließlich ein Gesamtbild, aus dem ein *organisationstypischer Modus operandi* bzw. *Habitus* rekonstruiert werden kann.

a) Beispiel: Chefbegegnung – Kommunikationsvermeidungskommunikation

Herr Stange leidet unter *Morbus Crohn*, einer chronischen Darmkrankheit. Während der Oberarztvisite schauen sich die Ärzte den aktuellen Sonografiebefund an. Dort sind ausgeprägte Fistelsysteme erkennbar. Der Oberarzt erklärt, dass möglicherweise ein chirurgischer Eingriff indiziert sei. Entsprechend solle der Stationsarzt den Patienten möglichst bald den Chirurgen vorstellen. Da es sich bei dem Mann jedoch um einen Privatpatienten handle, sei der Chefarzt zunächst in die Entscheidung zu involvieren:

Freitag, 27.10.

Oberarztvisite

Oberarzt Dr. Jonas: Herr Stange, Morbus Crohn-Patient mit Fistelsystem im Darm ... (*schaut den Sonografiebefund an*). Das sieht ja gar nicht gut aus... müssen wir prophylaktisch mit Professor Waldung, dem Chirurgen, sprechen, dass die zumindest schon mal vorbereitet sind und den Patienten gesehen haben ... dann müssen Sie unbedingt noch mit dem Chef sprechen ...

Der Stationsarzt lässt sich dem Rat des Oberarztes folgend einen Gesprächstermin bei Professor Marek geben und stellt ihm den Fall vor. Dieser beklagt sich daraufhin zunächst über die Hektik, die der Stationsarzt veranstalte und belehrt den Stationsarzt daraufhin über die richtige Haltung eines Arztes. Er verweist auf die vielfältigen Aufgaben, die er habe, und betont nochmals, dass es unsinnig sei, jetzt die Chirurgen einzuschalten, denn schließlich sei das Problem von Herrn Stange nicht akut:

11:15 (im Büro des Chefarztes)

Stationsarzt Völler (mit der Akte von Herrn Stange in der Hand): Hier der Befund von der Sonografie, ob wir ihn nicht dem Herrn Professor Wildung vorstellen sollen ... und dann Immunorek ... und dann eine Center-MRT ...

Prof. Dr. Marek: Erst mal heißt der Herr Wildung, Herr Wildung mit dem Namen, ist wichtig, sich den richtigen Namen zu merken ... was machen Sie wieder für eine Hektik ... sehen Sie, ich habe jetzt hier drei Patienten, die jetzt noch auf mich warten, die ich irgendwie abfertigen muss und dann bin ich auf einem Kongress, wo ich jetzt auch sein sollte (schaut sich genervt den Sonografiebefund an und fängt sofort an zu reden) ach was, lassen Sie das, ist ja eine chronische Krankheit und deswegen ist der doch jetzt gar nicht hier bei uns ... und da brauchen wir doch gar nicht so schnell schießen und außerdem was für Geschosse ... Immunorek und Chirurgie ... erst mal ruhig und dann vor allem nicht Freitagmittag ... die MRT können Sie machen ... Diagnostik ist immer angesagt ... aber sonst keine Panik und in Ruhe beobachten ... die Krankheit ist jetzt seit zehn Jahren vorhanden, da wissen wir doch gar nicht, was akut ist ... ist jetzt immer mit den jungen Kollegen, wenn sie neu sind, dann machen sie viel zu viel, überschlagen sich und kommen gar nicht mehr zur Ruhe und dann die Jahre danach, wenn sie genug Fälle gesehen haben und Sicherheit gewonnen haben, dann nehmen sie es zu leicht und übersehen vieles ... das sind so die beiden Krisen in der Entwicklung eines Arztes und viele bleiben leider in der zweiten Phase stecken, einige lernen dann wieder zu differenzieren und darauf kommt es dann an ...

Stationsarzt: Soll ich den Professor Wildung ... ?

Prof. Marek: Nein, der Patient ist doch jetzt wegen was ganz anderem hier, habe den ja gestern Abend noch kurz gesehen ... der hat überhaupt keinen Körperbezug ... und Sie wissen ja, das wird dann ganz bestimmt nicht minimalinvasiv sein und wenn die Chirurgen dann einmal eine Indikation gestellt haben, dann kommt man nicht mehr wieder runter ...

Stationsarzt: Dann mit dem Entzündungsparameter CAP der ist ja auf vier ... sollten wir jetzt Immunorek geben ...

Prof. Marek: Jetzt denken Sie doch einmal an das Einfachste. Das kann doch jetzt auch von seiner dicken Backe herkommen ... müssen wir jetzt erst mal eine Zahnbehandlung durchführen lassen ... auch unsereins kriegt dann einen CAP von 4, wenn er eine dicke Backe hat ... da können wir dann auch nicht konservativ rangehen ... müssen wir ihn zur Zahnklinik, auch wenn die das jetzt aufgrund der Stellensituation nicht machen wollen, aber da sollten wir jetzt Druck machen ...

Stationsarzt: Und dann noch mit der MRT ... ?

Chefarzt: Ja, das sollte dann auch sofort ... da sollten Sie dann auch Druck machen, dass das sofort abgeklärt wird ... diagnostisch sind wir bei dem ja auch noch nicht am Ende ... erst mal eine ordentliche Diagnostik und nicht gleich mit den Hämmern Chirurgie und Immunorek kommen ... natürlich könnte jetzt auch am Wochenende was passieren, aber so weit sind wir jetzt nicht, jetzt haben wir Freitag, und es sind noch keine Beschwerden ...

Stationsarzt: Der Stuhl ist sehr breiig ...

Prof. Marek: Aber wir sind jetzt nicht in der Situation, dass es akut ist.

Stationsarzt Völler, als Arzt im Praktikum noch nicht mal ein approbierter Arzt, steht hier in der paradoxen Situation, einerseits die Verantwortung für einen Chef-Patienten übernehmen zu müssen, das heißt, den Chefarzt nicht zu sehr zu involvieren, und andererseits sich aufgrund des prekären Sonografiebefundes im Hinblick auf das weitere Vorgehen bei seinem Vorgesetzten absichern zu müssen. Zumal diesbezüglich auch eine Anordnung des Oberarztes gefallen ist, besteht für den Stationsarzt hier keine andere Möglichkeit, als sich in die Höhle des Löwen zu begeben. Den Kopf einzuziehen und nichts zu tun, kommt hier ebenso wenig in Frage, wie eigenständig ein chirurgisches Konsil anzufordern, denn eine Entscheidung über den Kopf des Chefs hinweg zu treffen, würde ebenfalls Sanktionen erwarten lassen.

Für den jungen Arzt bleibt also nichts anderes übrig, als in den sauren Apfel zu beißen und den Chef aufzusuchen, um sich von diesem dann seine Inkompetenz vorwerfen zu lassen. Der junge Arzt bekommt von ihm den schwarzen Peter zugespield, die unausweichliche Auseinandersetzung mit dem Chef zu führen. Für den Arzt im Praktikum – in der ärztlichen Hierarchie

sowieso schon ganz unten stehend – scheint hier die *symbolische Degradierung* gleichsam vorprogrammiert. Der Chefarzt inszeniert vor ihm und dem Beobachter ungeniert seine Macht. Wenngleich er kundtut, keine Zeit zu haben – denn er muss ja auf einen Kongress und noch seine Patienten »abfertigen« -, hat er genug Zeit dafür, den jungen Arzt ausführlich darüber zu belehren, wie denn eine erfolgreiche Arztsozialisation abzulaufen habe. Diese Belehrung lässt keinen Zweifel darüber, dass er erfolgreich die dritte Phase erreicht habe, während sein Untergebener noch in der ersten Phase herumdümpelt – eben einfach zu viel Hektik mache. Der Arzt wird hierdurch vermutlich lernen, dass man, wenn möglich, der Chefkommunikation ausweichen sollte, um diese oder ähnliche Demütigungen zu vermeiden.

Der Arzt im Praktikum kommt hier jedoch nicht umhin, sich dem »*double bind*« zu stellen, den Chef zu informieren und gleichzeitig in Ruhe lassen zu müssen, denn die Betreuung eines Privatpatienten erlaubt es nicht, der prekären Kommunikation mit dem Chef auszuweichen. Dieses Dilemma aushaltend, lernt der angehende Arzt eine wesentliche habituelle Disposition seines Berufs zu verinnerlichen, nämlich die Eigenarten der *hierarchischen Ordnung* im Krankenhaus zu akzeptieren: Selbst wenn der Chef Unrecht hat (so hat etwa Herr Völler den Namen des Chirurgen richtig genannt, wie sich später herausstellt) oder diesem gar offensichtliche Fehler unterlaufen, so obliegt es den untergeordneten Ärzten nicht, den Chef diesbezüglich offen in Diskussionen zu verwickeln oder gar eigenständig eine Entscheidung zu treffen. Darüber hinaus lernt der junge Arzt in dieser kleinen Sequenz noch andere Dinge, die in seinem Feld zu beachten sind: etwa dass im medizinischen System Konkurrenzen zwischen den einzelnen Fachdisziplinen – hier den Chirurgen und den Internisten – bestehen und dass es für Internisten angebrachter ist, etwas länger abzuwarten, noch ein wenig Diagnostik zu betreiben und dann erst den Fall an den Chirurgen abzugeben.

Bemerkenswert erscheint hier auch die Rolle des Oberarztes innerhalb des Kommunikationssystems. Weder trifft er alleine die Entscheidung, noch übernimmt er die entsprechend der hierarchischen Linie nahe liegende Aufgabe, eigenständig seinen Vorgesetzten über den Fall zu informieren. Er tritt hier nicht als Mittler auf und erörtert das Problem mit seinem Vorgesetzten im fachlichen Diskurs, sondern spiegelt es hier an das schwächste Glied der Hierarchie zurück. In der steilen Hierarchie eines Universitätsklinikums steht der Oberarzt aufgrund seiner medizinischen Autorität meilenweit über dem noch nicht einmal approbierten jungen Arzt. Aber auch, wenn er im Hinblick auf seine formale medizinische Qualifikation mit dem Chefarzt mittlerweile gleichgezogen hat, steht er innerhalb der *Organisationshierarchie* weiterhin im untergeordneten Verhältnis, zum einen, weil sein Arbeitsvertrag befristet ist, während sein Chef als Abteilungsleiter auf eine unkündbare Position zurückgreifen kann, zum anderen weil er – so die an weiteren Sequenzen zu überprüfende These – in der Geschichte seiner eigenen Arztsozialisation durch diese und andere Abteilungen das abhängige und unterwürfige Verhältnis gegenüber dem Chefarzt mittlerweile tief habitualisiert hat.

Wenn die letzte Vermutung zutrifft, würde der Oberarzt hier eine zentrale Rolle in der Reproduktion der Machtverhältnisse innerhalb der Abteilung erfüllen, denn gerade dadurch, dass er entscheidend dazu beiträgt, prekäre Kommunikationen zu vermeiden, würde er dazu beitragen, dass sich in der konkreten Verhandlung von Entscheidungen immer nur ein Meister und ein Novize begegnen. Der offene Diskurs darüber, dass man in medizinischen Fragen so, aber auch anders entscheiden kann, würde durch ein solches Arrangement chronisch vermieden. Hierdurch würden die Meister permanent in ihrer Potenz bestätigt, da sie niemals offen von einem anderen (angehenden) Meister herausgefordert würden. Doch erst die Hinzuziehung weiterer Kontraste kann zeigen, ob es sich bei diesem Beispiel um einen Einzelfall oder um ein zentrales Kommunikationsmuster dieser Organisation handelt.

b) *Beispiel: Frühbesprechung – das Tabu, strukturelle Kritik zu üben*

Ein Einzeltherapeut der psychosomatischen Abteilung spricht auf der Frühbesprechung ein Problem an. In letzter Zeit seien die Termine der Visiten und Teambesprechungen mehrmals kurzfristig verschoben worden und aufgrund dieser chaotischen Situation sei es schwierig, mit den Patienten Termine zu vereinbaren. Der Oberarzt antwortet dem Arzt, dass er hinter der Klage Ärger höre. Diese Emotion gehöre jetzt aber nicht in die Frühbesprechung. Stattdessen solle er doch die Sache mit seinem Vorgesetzten persönlich klären:

8:10 Frühbesprechung

Einzeltherapeut Dr. Mücke: ... mit der Visite auf der 22 ... dann um 8:30 Teambesprechung, dann ist das wieder verschoben ... und weiß ich gar nicht mehr, wenn Mainzer was macht ...

Oberarzt Dr. Jonas: Ich höre da auch Ärger ... ich erwarte das, was wir den Patienten auch beibringen, dass der Ärger dort artikuliert wird, wo er hingehört ... dann muss das mit Herrn Mainzer besprochen werden ... und eine Lösung gefunden werden, mit der alle von affektiver Seite her einverstanden sind ...

Einzeltherapeut: Mit Ärger hat das jetzt überhaupt nichts zu tun, sondern nur, dass es chaotisch ist ...

Oberarzt: Ärger geht ja noch, aber Chaos ist ja noch viel schlimmer ... dann muss was geändert werden ... wir können den Patienten ja nur behandeln, wenn die Struktur in Ordnung ist ... nun, was ist chaotisch?

Einzeltherapeut: Seit vier Wochen jede Woche eine andere Regel, andere Termine, ich kann ja keine Termine mehr machen...

Oberarzt: Können Sie das mit Herrn Mainzer bereden, dass da wieder eine Struktur entsteht? Das ist jetzt wichtig ...

Einzeltherapeut: Ich weiß gar nicht, ob der jetzt da ist.

Oberarzt: Der müsste morgen wieder da sein ... reden Sie mit ihm. Hier ist Unmut im Team, und der gehört hier jetzt nicht hin, sonst wird es richtig chaotisch.

Auf der Frühbesprechung der psychosomatischen Abteilung versucht der Einzeltherapeut, ein strukturelles Problem anzusprechen. Der angesprochene Oberarzt versucht zunächst, diese Sache als persönliches Problem des Einzeltherapeuten zu definieren. Es wird nun zu einem emotionalen Problem und entsprechend sei nun eine »Lösung« zu finden, mit der alle von »affektiver Seite« her einverstanden seien. Das eigentliche strukturelle Problem, dass seitens der ärztlichen Leitungsebene Visitentermine ohne Begründung ausfallen oder kurzfristig verschoben werden können, wird durch diese »psychologisierende« Intervention in den Hintergrund gedrängt. Der Stationsarzt durchschaut dieses Manöver und bemerkt, dass es sich hier nicht um persönlichen Ärger handele, sondern dass das eigentliche Problem in der chaotischen Struktur der Abteilung bestehe. Implizit thematisiert er hiermit die Erfahrung, willkürlichen, unberechenbaren Entscheidungen ausgeliefert zu sein. Der Oberarzt greift zunächst den Ball auf, indem er nachfragt und bestätigt, dass es sich hier um eine ernste Sache handele, die auch für die Patientenversorgung relevant sei. Anschließend stellt er den Einzeltherapeuten jedoch erneut in die Schusslinie.

Das strukturelle Problem wird abermals in dem Klagenden personalisiert: Es obliegt nun wieder ihm, die Sache in einem persönlichen Gespräch mit seinem Vorgesetzten zu klären. Dem Untergebenen wird hierdurch deutlich gemacht, dass das von ihm vorgetragene Anliegen kein Gehör beim Oberarzt findet und von diesem wohl kaum Unterstützung im Hinblick auf die Änderung diesbezüglicher struktureller Probleme zu erwarten ist. Ebenso wenig wird er vermutlich angesichts der Machtverhältnisse im Krankenhaus damit rechnen können, im persönlichen Gespräch die chaotische Terminplanung seines Vorgesetzten in eine Richtung ändern zu können, die mehr Planungssicherheit für die Stationsärzte und Einzeltherapeuten bieten würde. Die hier aus der *Latenz* hervortretenden Machtverhältnisse stellen innerhalb

der psychosomatischen Abteilung ein Tabu dar. Sie sind nicht thematisierbar, denn der Dumme bleibt der, wer diese im Rahmen offiziellen Kommunikationslinien zu explizieren versucht. Innerhalb der formellen Entscheidungsgremien gelten *implizite Gesetze*, die besagen, wer Probleme ansprechen darf und wer über welche Dinge lieber zu schweigen hat.

Der Oberarzt erscheint hier wieder als Mediator der Verhältnisse, indem er die untergeordneten Mitarbeiter in ihre Rolle verweist und hierdurch die diskursive Verhandlung der Ordnung verunmöglicht. Er reformuliert das Kommunikationstabu, strukturelle Probleme der Abteilung nicht offen anzusprechen, und gelangt hierdurch selber aus der Schusslinie. Denn er selbst braucht hierdurch nicht Position zu beziehen. Er ist nicht mehr gefordert, von *peer to peer* diesbezügliche prekäre Gespräche mit Dr. Mainzer⁹ bzw. gar Prof. Marek zu führen. Auf diese Weise stabilisieren sich die hierarchischen Verhältnisse: »Wer in der Mitte ist, sorgt dafür, dass unten bleibt, wer unten ist, damit man selbst zumindest gegenüber diesem Unten oben ist« (Baecker 2002a, S. 214). Der Vergleich mit der Beobachtungssequenz »Chefbegegnung« zeigt hier ein homologes Muster.

c) Beispiel: Chefvisite ohne Chef – Die Überforderung kann nicht zurückgewiesen werden

Da der Oberarzt aufgrund einer auswärtigen Tagung die mittwochs übliche Chefvisite nicht durchführen konnte und der eigentliche Chefarzt die von ihm erwartete »Vertretung« kurz vorher mit dem Hinweis abgesagt hatte, dass man zu ihm kommen könne, wenn noch Fragen da seien, zieht die Gruppe der Stationsärzte, Praktikanten und Psychologen ohne eine ärztliche Führungskraft durch die Patientenzimmer:

10:00 Stationszimmer

Stationsarzt: Der Jonas ist nicht da, der Chef wollte doch dann die Visite machen? [...]

10:30 Stationszimmer

Stationsarzt (ruft bei der Chefsekretärin an): ... wollte dann nachfragen, ob und wann der Chef heute zur Visite kommt (wird mit dem Chef verbunden) ... keine Visite ... gut, wenn dann noch Fragen sind, können wir zu Ihnen kommen ...

Stationsarzt zur Praktikantin Marina: Heute keine Visite

PJ Peter zu PJ Marina: Gut, dann kannst du dich jetzt wieder über den dreieinhalbfachen Satz für die Privatpatienten aufregen ...

(Die Chefvisite beginnt ohne Chefarzt oder Oberarzt)

Die *performative Botschaft* der Aufforderung, bei Problemen den Chefarzt fragen zu können, lautet »Lasst mich in Ruhe«. Natürlich können die Stationsärzte theoretisch ihre übergeordneten Ärzte telefonisch erreichen und um Stellungnahmen bitten, jedoch nur unter die Gefahr, wieder eine persönliche Degradierung hinnehmen zu müssen. Entsprechend wird der Chefarzt im weiteren Verlauf von den Stationsärzten nicht involviert. Der Patientenkontakt und die damit verbundene Einschätzung der klinischen Symptomatik bleiben hier weitgehend allein in der Hand der jungen Ärzte. Diese Aufgabe muss für diese allein schon aus fachlichen Gründen eine Überforderung darstellen, denn von ihrem Ausbildungsstand her sind beide als »Arzt im Praktikum« erst seit wenigen Monaten auf der Station. Außer den im Studium vermittelten medizinischen Grundfertigkeiten ist bei ihnen kaum von einer fachärztlichen psychosomatischen Kompetenz auszugehen.

Strukturell spiegelt sich hier die besondere Situation eines Universitätsklinikums, die es tendenziell begünstigt, dass die Fachkompetenz aus der Klinik in die Reputation bringende For-

9) Details zur Rolle von Dr. Mainzer in der Abteilung können hier aus Gründen der Maskierung nicht genannt werden.

schung verlagert wird, während die Stationsroutine den ‚Anfängern‘ überlassen wird. Den jungen Stationsärzten bleibt hier kaum der Ausweg, die ihnen angetragene Rolle des kompetenten Stationsarztes zurückzuweisen, denn dies könnte ihnen seitens der Leitungsebene als mangelnde Belastungsfähigkeit zugerechnet werden. Insbesondere das Feld des Universitätsklinikums verlangt von Ärzten, die weiterkommen wollen, solche Überforderungen anzunehmen. Sie haben in die Rolle des potenten und kompetenten Akteurs zu schlüpfen. Defizite – und hier reproduziert sich der Habitus der Organisation – dürfen und können nicht diskursiv verhandelt werden. Das Gebot, Überforderungen nicht zu thematisieren, stellt einen weiteren Baustein in der Reproduktion dieses organisationstypischen Habitus dar.

d) Beispiel: Pflegerische Schlampigkeit – Verwischung der professionellen Grenzen

Eine Schwester aus der psychosomatischen Station wendet sich entsetzt an den Stationsarzt. Der Chefarzt habe ihr pflegerische Schlampigkeit vorgeworfen, weil sie einem Privatpatienten abends Schlafmittel verabreicht hätte. Der Stationsarzt bemerkt zunächst, dass der Konsil-Psychiater ganz gerne Schlafmittel verschreiben würde. Die Schwester klagt daraufhin, dass der Vorwurf des Professors an sie deshalb ungerecht sei. Es wäre aber wohl besser, die Sache ihm gegenüber nicht anzusprechen, da sie in Zukunft noch auf der Station arbeiten wolle. Daraufhin schaut der Stationsarzt in die Patientenkurven und stellt fest, dass bei einer Reihe von Patienten Schlafmittel als Bedarfsmedikation vermerkt sind:

16:10 Stationszimmer

Schwester Michaela (entsetzt, zu Stationsarzt Völler): Er wirft mir pflegerische Schlampigkeit vor, weil ich dem Herrn Meier das Schlafmittel Chloralduurat gegeben habe ... ein dicker Anschiss, der will noch nicht mal mit dir, Martin, sprechen ...

Stationsarzt Völler: Und Herr Dr. Langenbach [der Konsilpsychiater] ordnet das ja auch ganz gerne an ...

Schwester Michaela: Das ist einfach ungerecht ...

Stationsarzt Völler: Da war bestimmt was auf seiner Dienstreise und nun will er das jetzt loswerden und du bist nun die erste, die er erwischt hat ...

Schwester Michaela: Ist einfach ungerecht, aber wenn ich was sage, dann bringt das ja auch nichts, besser sage ich dann nichts und sage nur ja, ja ... wenn ich das dann jetzt nochmals bei ihm anspreche, das bringt ja auch nichts, ich möchte ja auch in Zukunft noch hier arbeiten ...

Stationsarzt Völler: (Schaut noch mal die Kurven aller Patienten an und streicht bei einer Reihe das Chlorazim durch): Die bekommt und die bekommt ... das gibt jetzt bestimmt noch ein weiteres Nachspiel ...

Stationsarzt Völler (Auf Nachfrage des Beobachters): Es gibt auf der zweiten Seite der Kurve ein Feld »Bedarfsmedikation«, da wird dann eingetragen, was bei Bedarf gegeben werden kann ...

Hier durchdringen sich die Domänen des ärztlichen und pflegerischen Bereichs. Die Schwester erscheint hier trianguliert zwischen unterschiedlichen therapeutischen Vorstellungen: Während der Chefarzt die therapeutische Ideologie vertritt, dass psychosomatische Patienten keine Schlafmittel bekommen sollten, verschreibt der Konsil-Psychiater diese Präparate durchaus gerne. Auch wenn die Schwester hier formal korrekt gehandelt, nämlich das umstrittene Mittel im Sinne der schriftlich gegebenen ärztlichen Anordnung verabreicht hat, sieht sie hier keine Möglichkeit, den an sie gerichteten Vorwurf zurückzuweisen, denn sie fürchtet um ihre Arbeitsstelle. Die pflegerischen und ärztlichen Domänen scheinen hier trotz formal getrennter organisatorischer Domänen (Pflegerdienstleitung vs. ärztlicher Leitung) nicht scharf voneinander getrennt zu sein.

Die Aufgabenbereiche und Verantwortlichkeiten der psychosomatischen Station verschwimmen hier ineinander, so dass *verdeckte Machtkämpfe* hinsichtlich der richtigen therapeutischen Ideologie auf dem Kopf der machtlosen Akteure ausgetragen werden können. Der

Stationsarzt – Arzt im Praktikum und erst seit drei Monaten auf der Station – ist strukturell ebenfalls nicht in der Lage, den Konflikt zur Sprache zu bringen. Ihm bleibt letztlich kaum mehr übrig, als im vorausseilenden Gehorsam die Spuren der »Tat«, die auch er nicht begangen hat, zu verwischen und zu hoffen, dass er nicht den schwarzen Peter zugeschrieben bekommt. Eine stabile Domäne pflegerischer Identität scheint hier nicht so leicht abgrenzbar zu sein.

Das spezielle Setting der psychosomatischen Station mit seinen regelmäßigen professionsübergreifenden Teamsitzungen und Visiten erlaubt zwar einerseits die Entstehung interprofessioneller Räume, gestattet aber auch – bei fehlender Reflexion der Machtverhältnisse – ärztliche Willkür¹⁰. Hier reproduzieren sich wieder die typischen habituellen Formationen dieser Organisation. Prekäre Kommunikationen werden vermieden. Unstimmigkeiten (hier in Hinblick auf die richtige Medikation) können im Team nicht diskursiv verhandelt werden, sondern spiegeln sich als Machtfrage innerhalb einer steilen Hierarchie.

e) Beispiel: Depression oder Hirnschädigung – Konstruktion einer Diagnose

Frau Rosenthal, eine neunundvierzigjährige Patientin wird am Dienstag, dem 27.3. auf die psychosomatische Station aufgenommen. Sie arbeitet als Beamtin im höheren Dienst. Die Frau wirkt verwirrt und vergesslich. Im Hinblick auf die Aufnahme diagnose besteht Unsicherheit, ob es sich bei ihr um eine neurologische oder um eine psychische Problematik handelt. Während der Visite am nächsten Tag erklärt die Patientin, dass sie befürchte, für verrückt erklärt zu werden. Eigentlich würde sie sehr gerne arbeiten, denn zu Hause würde ihr die Decke auf den Kopf fallen. Die Stationsärzte erklären ihr, dass sie versuchen wollen herauszufinden, worin ihre Krankheit bestehe, dass aber der diagnostische Prozess möglicherweise einige Zeit dauern könnte. Auf dem Gang formuliert der Stationsarzt seiner Kollegin sowie den Praktikanten gegenüber, dass die Symptome die Konsequenz eines langjährigen Alkoholabusus sein könnten.

Der Arzt ordnet diesbezüglich einige diagnostische Prozeduren an. Ein CT vom Kopf soll erstellt werden, die Leber und der Pankreas sollen sonografisch untersucht werden. Zudem sollen die Aussagen der Patientin zur Krankengeschichte und zum Alkoholkonsum in einem Gespräch mit dem Ehemann überprüft werden. Auch ein Psychiater sowie ein Neurologe werden konsiliarisch eingeschaltet. Letzterer hält nach seiner Visite das Korsakov Syndrom, eine degenerative Hirnschädigung durch Alkohol für wahrscheinlich und ordnet diesbezüglich noch ein EEG sowie ein CT an. Zudem wird als Akuttherapie eine intravenös gegebene Vitamin B1-Therapie vorgeschlagen. Am späten Nachmittag spricht der Stationsarzt mit dem Ehemann. Dieser berichtet, dass 1998 im gleichen Krankenhaus schon einmal eine Alkoholentgiftung durchgeführt worden sei. Zudem hätte bei seiner Frau damals auch eine Leberzirrhose vorgelegen. Im anschließenden Gespräch mit dem Konsilpsychiater verdichtet sich die bisherige Diagnose: Die Ärzte vermuten eine chronifizierte Hirnschädigung, ein so genanntes hirnorganisches Psycho-Syndrom (HOPS).

Am nächsten Tag liegen einige Ergebnisse der Leberdiagnostik vor. Die Leber erscheint im Ultraschall verhärtet und die Leberwerte erscheinen deutlich erhöht. Die Stationsärzte besprechen das weitere Vorgehen mit dem Oberarzt. Dieser bemerkt, dass die Sache eigentlich

10) Zur weiteren Illustration das Beispiel einer psychosomatischen Schwester, die in ihrer Begegnung mit dem Chefarzt ihre Ohnmacht und Hilflosigkeit zu spüren bekommt: Schwester Miriam (zum Stationsarzt): Hat der Chef mich angeschrien, dass ich den BZA (Blutzucker) nicht weiter bestimmt habe, wenn ein hoher Wert und dann ein niedriger Wert, dann müsse man doch weiter ... dann ein Tagesprofil ... dann habe ich gesagt: Gut, dann machen wir das heute weiter ... Schreit er zurück: Nein, das hätte er dann angeordnet ... Und dann habe ich gefragt: Soll ich dann routinemäßig? ... Da schreit er wieder: Nein, hier wird nichts nach Schema gemacht. Da habe ich mich vielleicht geärgert ...

klar sei. Man könne es jetzt noch einmal mit einer Vitamin B 1-Therapie versuchen, allerdings müsse man zunächst noch den Chefarzt einschalten, da es sich bei Frau Rosenthal schließlich um eine Privatpatientin handele. Nachmittags liegt den Stationsärzten der Befund der Computertomographie vor. Die Hirnaufnahmen deuten auch auf eine alkoholtoxische Demenz hin. Ein zu Rate gezogener Neurologe bestätigt die diagnostische Vermutung, bemerkt jedoch, dass die Vitamin B 1-Therapie in diesem Falle nichts mehr bringen würde, da es sich mittlerweile um einen chronifizierten Degenerationsprozess handeln würde. Für die Stationsärzte stellt sich nun die Frage der Patientenaufklärung. Schließlich bringt die Diagnose weit reichende Konsequenzen mit sich, da nun nicht zuletzt auch ein Amtsarzt entscheiden müsste, dass die Patientin nun nicht mehr in verantwortlicher Position beschäftigt sein dürfe. Zunächst entscheiden sich die Ärzte, der Patientin und auch ihrem Ehemann nichts zu sagen, da ja schließlich der Chefarzt, der auch die psychotherapeutischen Einzelgespräche mit Frau Rosenthal durchführt, über das weitere Procedere zu bestimmen habe.

Auf der Stationsarztvisite am folgenden Montag bricht aus der Patientin die Trauer über den eigenen Zustand hervor. Sie erklärt, dass sie eigentlich wieder arbeiten möchte, sich im Moment allerdings hierzu nicht mehr in der Lage sehe. Der Arzt erklärt ihr, dass man jetzt erst noch die Diagnostik abschließen müsse und sich dann möglicherweise ein Weg zeige, wie man ihr helfen könne:

Montag, 2.4., 8:40 Visite, im Patientenzimmer

Frau Rosenthal: Ich bin so verzweifelt, aber ich glaube ich überschätze mich selber. Ich wollte ja eigentlich wieder arbeiten, aber ich überschätze mich glaube ich und das macht mich traurig ...

Stationsarzt: Aber vielleicht finden wir noch etwas, was Ihnen etwas helfen kann, die Diagnostik ist ja auch noch nicht abgeschlossen. [...]

Auf Anordnung des Chefarztes bekommt Frau Rosenthal nun Vitamin B1-Infusionen, ohne jedoch über den Sinn der Maßnahme aufgeklärt zu werden. Zudem wird die Patientin, ebenfalls auf Anordnung von Prof. Marek, in ein Einzelzimmer verlegt. Während der Visite am Dienstag der darauf folgenden Woche beklagt sich die Patientin über ihre Isolation und fragt nochmals nach der Indikation für die Vitamininfusion. Auf diese Frage gibt der Stationsarzt jedoch wieder keine Antwort. Ebenso wenig bekommt sie auf ihre diesbezüglichen Nachfragen bei den folgenden Stationsvisiten eine eindeutige Antwort.

Während der Oberarztvisite stellt sie die Frage erneut mit dem Hinweis, dass sie bisher keine Antwort bekommen habe. Der Oberarzt leitet die Frage an den Stationsarzt weiter. Dieser erklärt, ohne weiter zu spezifizieren, dass eine hohe Dosis an Vitamin B1 bei ihrer Krankheit eben helfen könne. Zudem erklärt Frau Rosenthal, dass sie nicht gerne in einem Einzelzimmer liegen möchte. Der Oberarzt erwidert, dass für eine diesbezügliche Entscheidung der Chefarzt der richtige Ansprechpartner sei:

Donnerstag, 12.4., 10:45, Oberarztvisite, auf dem Gang

Stationsarzt zum Oberarzt: Sie will unbedingt in ein Mehrbettzimmer, aber der Chef will sie in einem Einzelzimmer behalten.

im Patientenzimmer

Oberarzt: Wie geht's?

Patientin: Gut ...

Oberarzt: So, dass wir Sie bald laufen lassen können?

Patientin: Noch nicht ...

Patientin: Aber jetzt möchte ich noch die Erklärung haben, warum ich Vitamine bekomme, ich habe mehrmals gefragt und keiner erklärt es mir, warum ich den Tropf bekomme ... zu Hause habe ich doch genug Vitamine gegessen.

Oberarzt: Erklären Sie, Herr Völler.

Patientin: Das wollte ich jetzt nicht.

Oberarzt: Herr Völler setzt es Ihnen ja immer an, deshalb muss er es ja wissen. Herr Stationsarzt?

Stationsarzt: Man weiß, dass bei Ihrer Art von Erkrankung eine hohe Dosis von Vitamin B1 helfen kann ...

Patientin: Dann habe ich noch ein Problem ... das mit dem Einzelzimmer ... ich möchte nicht alleine ... ich bin nicht so ein Mensch der alleine ...

Oberarzt: Das müssen Sie dann mit dem Prof. Marek besprechen ... der ist dann der Ansprechpartner.

Patientin: Wie erreiche ich den denn ... ? [...]

auf dem Gang

Stationsarzt (zur Stationsärztin): Mit dem B1, das hat dann auch nicht geholfen ...

Spätestens in dieser Sequenz wird deutlich, dass sich die in den vorangegangenen Beispielen aufgezeigten habituellen Muster auch in diesem Fallgeschehen wiederholen. Der fachliche Dissens zwischen Chefarzt und Konsilpsychiater im Hinblick auf die richtige Diagnose kann nicht offen ausgetragen werden. Als Konsequenz hiervon bleibt diesbezüglich auch der Bewusstheitskontext¹¹ gegenüber der Patientin geschlossen. Wenngleich von dieser gefordert, schlüpft der Oberarzt im Sinne der wohl habitualisierten Konfliktvermeidung hier nicht in die Rolle des Aufklärers. Die Machtverhältnisse der steilen Hierarchie restabilisieren sich nun mit Hilfe einer weiteren Stufe: Der Patientin als letztes und ohnmächtiges Glied in der Kette wird nun die Aufgabe zugeschrieben, gegenüber dem übermächtigen Chefarzt ihre Rechte und Wünsche einzufordern, ohne jedoch das Wissen vermittelt zu bekommen, warum es in ihrem Fall denn wirklich geht.

Am folgenden Tag spricht der Stationsarzt nochmals mit dem Konsilpsychiater und erklärt ihm, dass der Chefarzt anderer Meinung sei. Der Psychiater schaut sich die Akte an und schlägt vor, dass man eben die Diagnose jetzt auch organisch festmachen müsse, zumal ja auch die Frage der Frühberentung anstehe. Aus diesem Grunde sei eine Positronenemissionstomographie durchzuführen (PET). Der Chefarzt erklärt sich mit der aufwendigen Diagnostik einverstanden. Der Stationsarzt nimmt Kontakt mit den Radiologen auf. Diese wehren die Untersuchung mit dem Hinweis ab, dass diese aufgrund des Einsatzes spezieller Nucleotide sehr kostspielig sei. Als dem Oberarzt von der Ablehnung berichtet wird, belehrt dieser den jungen Arzt, wie man eine solche Untersuchung anzufordern habe und fordert von ihm zusätzliches Engagement, um seine Ziele zu erreichen. Ein paar Tage später gelingt es den Ärzten, die Untersuchung durchführen zu lassen. Im Umgang mit Frau Rosenthal halten sich die Stationsärzte mittlerweile an die Arbeitshypothese des Chefarztes, dass die Symptome der Patientin auf eine Depression zurückzuführen seien:

Freitag, 20.4., Visite, 11:30, im Patientenzimmer

Patientin: Ich bin so traurig ... dann merke ich auch, dass ich verwirrt bin ... ich vergesse die Termine ... und finde die Räume nicht ... das macht mich verrückt ...

Stationsarzt: Mit Prof. Marek denken wir, dass Sie etwas depressiv sind ... ist die Frage, ob es Ihnen etwas besser gehen würde, wenn wir Sie medikamentös einstellen, das müssen wir überlegen ... [...]

Die Ergebnisse der PET-Untersuchung lassen in der folgenden Woche noch auf sich warten. Frau Rosenthal hat jedoch mittlerweile durchgesetzt, in ein Zweibettzimmer verlegt zu werden. Der Konsilpsychiater schaut sich die Patientin persönlich sowie die bisherigen Befunde

11) Das Konzept der offenen und geschlossenen Bewusstheitskontexte wurde bekanntermaßen von Glaser und Strauss in der Beobachtung des Umgangs mit sterbenskranken Patienten entwickelt (Glaser/ Strauss 1974).

aus der Akte nochmals an. Im Gespräch mit dem Stationsarzt verlangt er, eine dezidierte psychologische Leistungsdiagnostik durchführen zu lassen, denn er sei sich mit der Diagnose »Hirnorganisches-Psycho-Syndrom« recht sicher. Der Stationsarzt wendet daraufhin ein, dass der Chefarzt nicht an den Alkohol als Ursache der Symptome glaube, sondern stattdessen weiterhin eine reaktive Depression in Betracht ziehe. Der Psychiater benennt daraufhin die Konsequenzen einer diagnostischen Fehlentscheidung. Wenn die Patientin mit einer Demenz in ihren Beruf zurückkehren würde, würde sie erst richtig depressiv werden, da sie den dortigen Leistungsanforderungen nicht mehr genügen könne:

Donnerstag, 26.4., 10:40, auf dem Gang

Konsilpsychiater (kommt aus dem Zimmer von Frau Rosenthal und erzählt dem Stationsarzt): Da müssen wir noch die ganze psychologische Leistungsdiagnostik machen bleibt bei mir dann immer noch der Befund »Hirnorganisches Psycho-Syndrom«, auch wenn sich die Symptomatik etwas verbessert hat [...]

Stationsarzt: Jetzt ist das Problem, der Chef glaubt noch immer nicht an die Geschichte mit dem Alkohol ... er tippt ja auf »Depression«
(Der Konsilpsychiater und der Stationsarzt schauen nochmals die CT's von Frau Rosenthal an).

Konsilpsychiater: Da sind ja dann eindeutig degenerative Bereiche zu sehen ... also jetzt müssen wir die Leistungsdiagnostik machen ... Merkfähigkeit, Konzentration ... und dann auch die Gamma GT ... spricht ja auch dafür ... ist ja jetzt toll ... der Professor muss entscheiden ... wenn es eine Depression ist, dann kann sie ja in den Beruf zurück, denn eine Depression ist ja nur temporär, wenn es ein demenzieller Prozess ist und sie dann aber wieder in den Beruf kommt, dann wird sie depressiv werden, wenn sie merkt, dass sie nichts mehr leisten kann ... deswegen habe hier auch noch mal den Sozialdienst eingeschaltet ...

Während der Oberarztvisite erläutert der Stationsarzt seinem Vorgesetzten das Dilemma mit den zwei unterschiedlichen Diagnosen. Der Oberarzt antwortet, dass der junge Arzt die Sache ausführlich mit seinem Chef zu diskutieren habe:

Donnerstag, 26.4., 11:40, Oberarztvisite, vor dem Patientenzimmer

Stationsarzt: Da haben wir jetzt zwei differenzielle Diagnosen ... der Chef tippt auf Depression ... Langenbach [der Psychiater] diagnostiziert auf hirnorganisches Psychosyndrom ... auf dem CT spricht einiges für eine degenerative Erkrankung ... dann hat sie eine Zeitgitterstörung ... es hat sich eine leichte klinische Besserung im Rahmen der B1-Infusionstherapie gezeigt ... dann soll noch eine psychologische Leistungsdiagnostik durchgeführt werden, und dann meint Herr Langenbach, dass eine Rehabilitation durchgeführt werden sollte, um die Leistungsdefizite auszugleichen ... dann steht dann aber auch die Berentungsfrage im Raum, denn sie kann nicht mehr in verantwortlicher Position arbeiten ...

Oberarzt: Was arbeitet sie?

Stationsarzt: Sie arbeitet als Juristin, in der ... [die genaue Bezeichnung der Stelle wird genannt]

Schwester Karin: Sie ist erst 49.

Oberarzt: Das ist ja das Gemeine ...
[weiteres Gespräch über die Symptomatik]

Oberarzt (zum Stationsarzt): Wichtig wird jetzt sein, dass Sie mit dem Chef reden müssen über das weitere Vorgehen, auch mit der Berentung ... das muss dann ausführlich mit dem Chef diskutiert werden.

Während der Visite erklärt die Patientin weinend, dass sie wirklich gerne wieder arbeiten möchte, aber auch spüre, dass sie im Moment nicht dazu in der Lage sei. Zudem fühle sie sich auf der Station nicht gut aufgehoben. Der Oberarzt verweist auf den Chefarzt. Mit ihm zusammen sei zu entscheiden, wie jetzt weiter vorzugehen sei:

Im Patientenzimmer:

Patientin: (beginnt zu weinen) Ich möchte so gerne ... ich will nicht verrückt sein ... ich möchte für andere was tun können ... die Arbeit ist für mich so wichtig ... wenn es nicht geht mit der Arbeit, dann würde ich zumindest gerne noch zu Hause was machen, dass mich die Kollegen anrufen ... dass ich dann auch in den Gesetzen nachschlagen kann und denen dann helfen kann ... und hier fühle ich mich dann so unangebracht ... gut ich verstehe ja auch, in meinem Zustand kann ich nicht arbeiten ... so wie ich jetzt vor Ihnen stehe, dazu bin ich zu verantwortungsbewusst, ich weiß ja, wenn jetzt Klienten vor mir stehen würden, und die sind von mir abhängig, dass ich die richtige Entscheidung treffe ... das weiß ich ja, dass ich da in meinem Zustand nicht in der Lage bin ... das ist ja wie Schizophrenie ... ein Teil von mir weiß, das der andere nicht kann, obwohl der eine will. [...] ich fühle mich auch hier einfach nicht aufgehoben ...

Oberarzt: Wo wäre es besser?

Patientin: Zu Hause ... dann könnten mich zumindest die Kollegen anrufen ... aber was nun mit mir ist, das müssen Sie entscheiden ...

Oberarzt: Beziehungsweise Prof. Marek, das müssen Sie mit ihm entscheiden, wie es weitergeht ...

Auf dem Gang:

Oberarzt: Was muss das schlimm sein, wenn ein Teil von einem noch klar ist, und man mitbekommt, dass ein Teil von Welt im Nebel versinkt.

Die vorangehenden Sequenzen lassen deutlich werden, dass sich hier wieder die organisationalstypische Interaktionsstruktur reproduziert. Der offensichtliche inhaltlich-fachliche Konflikt wird unter höher gestellten Ärzten nicht diskursiv verhandelt. Weder der Konsilpsychiater noch der Oberarzt treten hier als fachärztlicher *peer* dem Abteilungsleiter gegenüber. Stattdessen wird der Verhandlungsauftrag entsprechend dem üblichen *Modus operandi* wieder den schwächsten Gliedern der Hierarchie zugewiesen. Die Patientin soll mit dem Chefarzt über die Frage ihrer angemessenen Behandlung verhandeln und der Arzt im Praktikum hat von diesem die richtige Diagnose einzufordern. Durch diese Aufgabenverteilung wird der innermedizinische Dissens organisatorisch neutralisiert und kann nicht mehr als offener Konflikt zutage treten.

In der kommenden Woche wird eine ausführliche psychologische Leistungsdiagnostik durch einen externen Psychologen durchgeführt. Die Ergebnisse liegen zwei Wochen später zur Oberarztvisite vor und besagen, dass Frau Rosenthal eine schwere Demenz habe und sie nicht mehr arbeitsfähig sei. Der Stationsarzt erklärt dem Oberarzt, dass allerdings immer noch keine Einigkeit im Hinblick auf die Diagnose bestehe, denn der Chefarzt setze weiterhin auf die Depression. Der Oberarzt weist darauf hin, dass der Chefarzt zu entscheiden habe, wie therapeutisch weiter vorzugehen sei:

Donnerstag, 9.5., 10:45, Oberarztvisite, auf dem Gang

Stationsarzt: Gestern Nachmittag noch mit Dr. Masur gesprochen [dem Psychologen]. Frau Rosenthal hat ihm angedroht, wenn er die Ergebnisse gegen sie verwenden würde, dann würde sie juristisch gegen ihn vorgehen ... vielleicht hat sie das dann auch vergessen ... er hat dann eine schwere Demenz diagnostiziert ... sie sei nicht mehr arbeitsfähig ...

Oberarzt: Gut, dann dürften allerdings viele, die jetzt arbeiten, auch nicht mehr arbeiten und sie tun es – allerdings zu mancher Leidwesen.

Stationsarzt: ... bei ihr war ja dann vor 2 oder 3 Wochen für einen Moment die Einsicht über ihren Zustand ... dann gibt es immer noch die zwei Diagnosen ... Marek setzt auf Depression und Langenbach auf HOPS.

Oberarzt: Dann müssen sich die beiden einander annähern ... muss dann Prof. Marek entscheiden, wie dann therapeutisch weiter vorgegangen wird, das hängt ja dann auch mit der Diagnose zusammen

...

Drei Wochen später, am 30.5. schließlich, wird Frau Rosenthal nach gut 9 Wochen stationärer Behandlung auf der psychosomatischen Station entlassen. Der Stationsarzt stellt den Arztbrief fertig und legt diesen dem Chefarzt zur Korrektur vor. Der Chefarzt besteht auf

Änderungen. Insbesondere sollen die psychiatrischen und die neuropsychologischen Befunde entfernt werden, da es sich hierbei nicht um die Position der Psychosomatik handle. Der Stationsarzt beschreibt dem Beobachter gegenüber sein ethisches Dilemma, denn im Arztbrief seien eigentlich alle Befunde zu erwähnen, zumal ja später, wenn Frau Rosenthal wieder zur Arbeit gehe, sich die Frage ihrer Arbeitsfähigkeit erneut stellen würde:

Donnerstag, 30.5., 12:30, im Arztzimmer

Stationsarzt (zum Beobachter): Marek hat noch ein paarmal angerufen ... geht jetzt um den Arztbrief von Frau Rosenthal ... sollen die psychiatrischen und neuropsychologischen Befunde nicht rein ... hat das dann einfach wieder rausgestrichen ... solle dann doch nicht die ganzen Konsile von den Auswärtigen reinnehmen, das ist doch dann nicht die Position der Psychosomatik ... die sagen dann ja sowie-so immer wieder was anderes ... aber wenn ich jetzt den Arztbrief schreibe, dann muss ich ja alles rein tun ... sonst wäre es ja nicht korrekt ... ist jetzt ja auch nicht gut, wenn sie jetzt erst mal in die Arbeit geht und das Problem dann später wieder aufgetischt werden muss.

Der Dissens im Hinblick auf die Diagnose bricht selbst im Arztbrief nicht offen zutage. Als organisationstypische Konfliktbearbeitungsform erscheint hier wieder die Strategie, prekäre Information nicht zu thematisieren. Die chefärztliche Definitionsmacht über die richtige Diagnose lässt sich einfach wieder dadurch herstellen, dass unpassende Befunde gestrichen werden¹². Der Arzt im Praktikum mag zwar hier dem Beobachter gegenüber diesbezüglich sein Befremden ausdrücken. Aus seiner Position heraus wird er jedoch in dieser Sache kaum einen offenen Konflikt wagen können.

Der Konsilpsychiater erklärt im Einzelinterview, dass er sich mit dem Chefarzt persönlich nie detailliert über die Fallproblematik von Frau Rosenthal unterhalten habe:

Interviewer: Hm – bei Frau Rosenthal, wurde das mal reflektiert zusammen? Oder gab es da?

Psychiater: Er [der Chefarzt] hat mir, er hat mir gesagt, er sei nicht so ganz der Meinung, aber er wisse auch nicht, was es ist, äh und äh, wir haben uns nie darüber jetzt detailliert unterhalten, ja?

Dass das persönliche Duell, der intellektuelle Kampf um die richtige Diagnose, ausgeblieben ist, stellt im Hinblick auf die vorangegangenen Beispiele wohl keinen Zufall dar, sondern entspricht den habitualisierten Kommunikationsformen der Abteilung, prekäre Dialoge zu vermeiden.

Abschließende Interpretation

Die vorgelegten Beispielsequenzen aus dem Alltag einer psychosomatischen Abteilung ergeben für den soziologischen Beobachter einen typischen *Modus operandi* der sozialen Konstruktion medizinischer und organisatorischer Realitäten. Im Team tauchen zwar durchaus Meinungsverschiedenheiten hinsichtlich der Patientenbehandlung, der Diagnostik und im Hinblick auf organisatorische Fragen auf. Innerhalb der organisationsinternen Kommunikation entfalten sich diese Entscheidungsprobleme jedoch nicht in Form von Entscheidungsalternativen, über die diskursiv verhandelt werden kann bzw. im Sinne einer Kultur des besseren Argumentes, indem von verschiedenen Akteuren nachvollziehbare Zweck-Mittel-Relationen thematisiert werden können.

Stattdessen finden diese Fragen ihre Lösung, indem ein innerhierarchisches Arrangement getroffen wird: Der inhaltliche Dissens wird in die beiden Pole der steilen universitären Hie-

12) Das Aussortieren und Einpassen von Informationen und Befunden in den Arztbrief scheint in der ärztlichen Arbeit nichts Außergewöhnliches darzustellen, wie Berg in seinen Untersuchungen zur ärztlichen Akte nachweist. Auch widersprüchliche Befunde müssten schließlich im Arztbrief zu einer konsistenten Geschichte zusammengefasst werden, in der dann das bisher Geschehene *post hoc* Sinn ergebe. Die Patientenakte strukturiere einerseits ärztliches Handeln, andererseits sei sie selbst Artefakt des ärztlichen Handelns.

rarchie hineinkopiert. Das unterste Glied der Hierarchie darf zwar aus der Rolle des Anfängers die kritischen Fragen thematisieren, kann dies allerdings nur zum Preis einer symbolischen Degradierung tun – denn der Chef weiß es immer besser. Die fachkompetenten Ärzte auf der mittleren Hierarchieebene gelangen dabei ebenso aus der Schusslinie wie der Chefarzt, der durch ihre diesbezügliche Kommunikationsvermeidung nicht vor das Problem gestellt wird, seine eigenen Entscheidungen als kontingent sehen zu müssen. *Ärztliche Allmacht reproduziert sich hier in einem wechselseitigen Verhältnis der Zurechnung von Entscheidungsverantwortung bei gleichzeitiger Kommunikationsvermeidung.*

Die Rollen des Lehrenden und Lernenden sind gleich einer quasi militärischen Ordnung mit der formalen Hierarchie festgeschrieben. Die angehenden Ärzte lernen hier, dass es entsprechend den Regeln des sich hier offenbarenden ärztlichen Feldes angemessener ist, so zu tun als ob man alles im Griff habe, als Diskussionen über möglicherweise prekäre Fragen zu führen. Die an die jungen Ärzte gestellten Entscheidungsdilemmata sind für sie nur dadurch lösbar, dass sie sich selbst mit der ärztlichen Allmacht identifizieren, um schließlich auch in Anbetracht von Überforderung und Nichtwissen willkürlich zu entscheiden, was nun zu tun ist. Auf diese Weise werden schließlich alle Akteure zu einem aktiven Teil eines Arrangements, indem die Kontingenz dessen, was geschieht, innerhalb der Organisationskommunikation nicht mehr offen gelegt zu werden braucht. Kritik und Dissens mag informell – etwa in Form von Tratsch und Klagen unter den *peers* – geäußert werden, taucht jedoch in den entscheidungsrelevanten Kommunikationen nicht auf – nicht einmal im Arztbrief. Das, was medizinisch und diagnostisch der Fall ist, wird sozial hergestellt. Gegenüber den Patienten bleibt der Bewusstseinskontext diesbezüglich geschlossen.

Habitusstheoretisch stellt die innerorganisatorische Wirklichkeit der Universitätsklinik ein starkes Feld dar, das sich in seinen Strukturgesetzmäßigkeiten gerade dadurch reproduziert, dass seine Mitspieler – es sei denn, sie verzichten auf die Karriere in diesem Feld – durch ihr Verhalten die Regeln des Feldes permanent reproduzieren. In den hier rekonstruierten Verhältnissen gibt erst die Aufrechterhaltung der Kommunikationssperren die notwendige Sicherheit, im Feld bestehen zu können. Die Einhaltung der entsprechenden Tabus wird zum essenziellen Merkmal, um in diesem Feld bestehen zu können. Die emotionale Bindung der Akteure ans Feld ist hoch, schließlich geht es um die Karriere und die Ausweichmöglichkeiten in andere Felder sind begrenzt, entsprechend sind nicht nur die Novizen konditionierbar. Zudem schafft der Umgang mit Patienten und die Konfrontation mit den Patienten und ihrem Leiden einen existenziellen emotionalen Raum, der die Offenbarung von Unsicherheit und Unwissen für die Ärzte problematisch erscheinen lässt¹³.

Auch in diesem Sinne erweist sich die Hierarchie als ein wichtiges Medium zur Adsorption von Unsicherheit. Die nicht zu hinterfragende Autorität erscheint hier als symbolischer Schutzwall, um die getroffene Entscheidung vor ihrer inhaltlichen Dekonstruktion zu schützen. Anknüpfend an Luhmanns Organisationstheorie stellt die sich hier offenbarende Machtstruktur als *eine* Lösung für die Organisationen dar, um ihre Entscheidungsfähigkeit zu sichern. Die vorgestellte Abteilung reproduziert sich hier im Modus der spitzenorientierten Entscheidungsstruktur. Trotz bzw. gerade auch wegen seiner Abwesenheit¹⁴ steht der Patriarch im Zentrum der Entscheidungsdynamik, denn seine Macht zeigt sich dadurch, dass er

13) So sieht es auch Stichweh in seinen professionstheoretischen Analysen: Klinische Professionalität besteht nun im Gegensatz zur wissenschaftlichen Professionalität gerade darin, dass man »nicht auf demonstrative Offenlegung, das Mitkommunizieren des noch unsicheren Status des Wissens setzen kann. Eine solche Option, die gerade in der Relativität der Wahrheit die Unbegrenztheit des eigenen Fortschreitens erfährt, ist für die Professionen durch das Faktum oft existentieller Betroffenheit des Klienten ausgeschlossen, welches eher dazu zwingt, Ungewissheit zu verdecken, sie in Formen abzarbeiten, die das Vertrauen des Klienten nicht erschüttern« (Stichweh 1987).

nicht zeigt, dass auch er nur mit Wasser kocht. Gerade die habitualisierten Kommunikations-tabus erscheinen dabei als wichtiges Moment für die Reproduktion einer medizinischen Institution im Modus »Halbgott in weiß«.

Unter der Perspektive der funktionalen Analyse erscheint das rekonstruierte Geschehen als Problemlösungsweg einer Organisation, der allerdings seine eigenen Probleme schafft. Ein externer Beobachter kann zwar mit Blick auf medizinische Abteilungen, in denen es anders läuft, funktional äquivalente Alternativen dagegenhalten (etwa die fehlerfreudige Diskurskultur in vielen internistischen Abteilungen, die informellen Konsensuskonferenzen auf der Intensivmedizin) und entsprechend eigenen Vorstellungen bestimmte Lösungen präferieren.

Dies ändert jedoch nichts an der Tatsache, dass *intern* eben dieses und kein anderes Spiel gespielt wird¹⁵. Auch wenn die für Außenstehende oftmals kaum nachvollziehbaren Spielregeln medizinischer Institutionen hochgradig sozial konstruiert sind, erscheinen sie in ihren Konsequenzen für die betroffenen Akteure manchmal realer als etwa die Frage nach der richtigen Diagnose. Ihr Sinn ergibt sich erst im Verständnis ihrer überindividuellen Systemrationalität, wie auch als spezifisches Verhältnis von Habitus und Feld.

3. Implikationen für die rekonstruktive Organisationsforschung: Verkörperung gesellschaftlicher Kontexturen im Habitus

Am Beispiel der Abläufe einer psychosomatischen Station wurde in dieser Studie aufgezeigt, dass sich habitustheoretische und systemtheoretische Konzeptionen durchaus zu einer sinnvollen Analyseperspektive verbinden lassen, um die Reproduktion sozialer Wirklichkeit in Organisationen nachzeichnen zu können. Die Rekonstruktion operiert dabei auf der Ebene einer Beobachtung zweiter Ordnung, beobachtet also, *wie* die Akteure Wirklichkeit beobach-

-
- 14) Im Sinne eines habitualisierten Präsens ohne Präsenz lassen sich auch die folgenden Sequenzen aus dem Interview mit dem Oberarzt verstehen. *De facto* findet zwar kaum eine inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Chefarzt statt, diffus fühlt man sich jedoch mit ihm einverstanden und fühlt dabei seine Anwesenheit auch dann, wenn er nicht anwesend ist:
Oberarzt Dr. Jonas: Also sehr viel, was mit Patienten geschieht, äh wird nicht noch einmal großartig mit dem Chef besprochen, es gibt aber eine große Übereinstimmung in inhaltlichen Fragestellungen und ich hab bei den meisten Entscheidungen, die ich treffe, entweder sehr reflektiert oder auch mehr aus einem diffusen Empfinden heraus das Gefühl, das ist jetzt nichts, was gegen seine Intention verstoßen würde also die hab ich ziemlich deutlich in mir diese Ideen, die er hat, und die Stoßrichtungen, die er verfolgt, so dass ich da eigentlich selten großartige Dissonanz in mir erlebe oder das Gefühl hab, ich würde so entscheiden, er anders, und wie kriegt man da jetzt noch'n Brückenschlag hin, das gibt's ganz selten mal, dass es inhaltlich bei konkreten Patienten unterschiedliche Strategien gibt, wie man so etwas diagnostiziert oder therapiert, und ich bin in den meisten Fällen dann auch bisher gut damit gefahren, dass ich dann letztendlich die Entscheidung ihm überlassen hab, wenn's wirklich um irgendein Medikament irgendeinen therapeutischen Schritt ging, und er war da anderer Meinung als ich, dann ist es sowohl von der Hierarchie als auch von der Erfahrung her sinnvoll, dass er das entscheidet [...] selbst wenn er jetzt im klinischen Bereich selten auftaucht hab ich nicht den Eindruck, dass er nicht anwesend ist, man kann ja auch durch Abwesenheit anwesend sein.
- 15) Der Ausschluss aus dem Feld kann leicht als sozialer Tod erlebt werden. Um mit Bourdieu zu sprechen: Es gibt »vielleicht keine schlimmere Enteignung, keinen grausameren Verlust als den, den die im symbolischen Kampf um Anerkennung, um Zugang zu einem sozial anerkannten sozialen Sein, das heißt, mit einem Wort, um Menschlichkeit, Besiegten erleiden. Dieser Kampf lässt sich nicht auf ein Goffmansches Ringen um die bestmögliche Inszenierung seiner selbst reduzieren: Vielmehr wird hier um eine Macht konkurriert, die nur andere Konkurrenten um dieselbe Macht verleihen können, eine Macht über die anderen, die ihre ganze Existenz den anderen verdankt, ihrem Blick, ihrer Wahrnehmung und Bewertung. [...] Obwohl Produkt subjektiver Sinnverleihungen (die nicht unbedingt Bewußtsein und Vorstellung einschließen), scheint diese symbolische Macht – Charme, Attraktivität, Charisma – mit objektiver Wirklichkeit ausgestattet, scheint sie die Blicke derer zu lenken, die sie produzieren [...]« (Baecker 2002b, S. 102).

ten bzw. in ihren Kommunikationen reproduzieren. Der soziologische Beobachter versucht hier, Kommunikations- und Interaktionsmuster aufzuspüren, um – gleich dem »Muster, das die Muster« verbindet – begründete Hypothesen über die Soziogenese dieser Phänomene zu entwickeln. Diese Ergebnisse sind dann schließlich zu einer Organisationsanalyse zu bündeln, die Verständnis für die Probleme, Trägheiten und Eigenarten der untersuchten Institutionen weckt.

Organisationen und ihre Prozesse erscheinen nun unter einer evolutionären Perspektive auch als Problemlösung (die hierarchische Binnendifferenzierung stellt etwa eine Antwort dar auf die Anforderung, prekäre Entscheidungen treffen zu müssen). Sie sind Struktur gewordene Geschichte, bilden ein im Habitus ihrer Mitglieder verkörpertes Feld. Mit Bateson gilt dabei jedoch, dass »Sucht und Pathologie« immer auch die andere Seite der »Anpassung« darstellt (Bateson/Bateson 1993, S. 213). Organisationen entwickeln ihre eigenen Pathologien. Die Reflexion ob und wie weit die Lösung zum Problem geworden ist, kann letztlich nur im Medizinsystem selber geleistet werden. Dies ist nicht mehr Aufgabe der hier angestellten soziologischen Analyse.

An dieser Stelle ist jedoch noch eine weitergehende Reflexion der hier vorgeschlagenen Methodologie für eine rekonstruktive Organisationsforschung zu leisten. Zunächst einmal ist zu rekapitulieren, dass weder von einer mikro- noch von einer makrosoziologischen Perspektive aus eine angemessene Analyse der untersuchten Phänomene geleistet werden kann. Die spezifischen Besonderheiten von Organisationen lassen sich, wie die Beobachtungen aufzeigen, weder handlungstheoretisch als Hochrechnung der Motive einzelner Akteure, noch im strukturfunktionalistischen Sinne als System komplementärer Rollen begreifen. Vielmehr muss davon ausgegangen werden, dass in Organisationen in wechselseitiger Konditionierung ihrer Akteure ein eigener, überindividueller Orientierungsrahmen entsteht, der analytisch durch keine der beiden Positionen hinreichend beschrieben werden kann. Denn weder die Akteure erscheinen hier »Herr« des Geschehens zu sein, noch erscheint die institutionelle Krankenbehandlung durch dieses Rollenarrangement besonders funktional. Vielmehr scheinen hier auf Organisationsebene Interaktionsmuster zu emergieren, die unabhängig von den benannten Rationalitäten ihr Eigenleben führen.

Die Mannheimsche dokumentarische Methode, insbesondere ihre Weiterentwicklung durch Bohnsack, lassen diese Eigengesetzlichkeiten auf der Meso-Ebene greifbar werden. Insbesondere die Bourdieusche Konzeption von Habitus und Feld lässt sich, wie auch Meuser zeigt, auf epistemologischer und forschungspraktischer Hinsicht mit der dokumentarischen Methode in Deckung bringen: »Es ist unschwer zu erkennen, dass der Habitusbegriff mit einem zentralen Gedanken der Mannheimschen Wissenssoziologie korrespondiert: dem der Seins- und Standortverbundenheit des Denkens. Der als »gesellschaftliche Orientierungssinn« (Bourdieu 1982, S. 728) fungierende Habitus verweist auf eine spezifische Soziallage, deren Strukturen sich in den inkorporierten Schemata des Habitus niederschlagen. Das in Gestalt des Habitus einverleibte Orientierungswissen, das von Körper Routinen über Geschmackspräferenzen jedweder Art [...] bis zu Weltbildern reicht, trägt den Index der sozialen Verhältnisse, in denen es erworben wurde und auf die es eine Antwort darstellt« (Meuser 2001, S. 208).

Die dokumentarische Interpretation kann als *der* methodologische Zugang zur Rekonstruktion von Habitusformationen verstanden werden (vgl. Meuser 2001, S. 217). Bourdieu überschreitet jedoch in seinem Habitusverständnis die Textorientierung der dokumentarischen Methode. Die »Inkorporierung sozialer Strukturen« wird hier nicht nur als »Metapher« begriffen, »sondern als Beschreibung des Modus, in dem ein atheoretisches bzw. vor-reflexives Verständnis der sozialen Welt gegeben ist«. Man kann die Habitus-theorie »(auch) als eine Wissenssoziologie des Körpers begreifen« (Meuser 2001, S. 220). Die standortge-

bundene Wirklichkeit wird nicht nur erkannt, sondern auch gefühlt. Der Körper wird hier im wahrsten Sinne des Wortes zum Gedächtnis gesellschaftlicher Semantik. Die Bourdieusche Konzeption liefert darüber hinaus eine Begrifflichkeit, um die Kontexturen der Macht differenzierter fassen zu können. Besonders der komplementär zum Habitus stehende Begriff des *Feldes* schärft in Verbindung mit der Konzeption verschiedener feldspezifischer (*symbolischer*) *Kapitalien* den Blick für die Machtstrukturen, Abhängigkeiten und Sozialisationsbedingungen von Organisationen wie dem des modernen Krankenhauses.

Von ihrer konstruktivistischen Epistemologie her gesehen ist die dokumentarische Methode durchaus kompatibel mit den Annahmen der Luhmannschen Systemtheorie. Schwieriger erscheint jedoch die Integration systemtheoretischer Positionen in die Forschungspraxis eines rekonstruktiven Forschungsansatzes. Abgesehen von wenigen Unternehmungen, etwa dem Versuch von Schneider (1995), die objektive Hermeneutik als Forschungsmethode der Systemtheorie zu etablieren, ist die Verbindung von Systemtheorie und qualitativer Empirie – wenn überhaupt gewünscht und gefordert – eher ein Lippenbekenntnis. Dies hat verschiedene Gründe: Das empirische Material aus den Feldbeobachtungen und Interviews legt es zunächst nahe, von einer Akteursperspektive auszugehen. Hier tauchen aber »Systeme« nicht auf, denn wenngleich auch Systeme im Medium Sinn operieren, so ist ihr Sinn, wie Baecker beschreibt, weder sinnlich noch intuitiv nachvollziehbar: »Der Systembegriff legt nicht nur eine neue Denkweise, sondern auch neue Wahrnehmensweisen und neue Empfindungsweisen nahe. [...] Was wir gegenwärtig empfinden ist, dass wir keine Wahrnehmungen und Empfindungen haben, die der konzeptionellen Dimension des Begriffs entsprechen« (Baecker 2002b, S. 92). In diesem Sinne verwundert es kaum, dass mancher Handlungstheoretiker gar die Existenz von Systemen selbst infrage stellt. Dieses Argument greift jedoch aus systemtheoretischer Sicht nicht, da hier die ontologische Frage nach der Existenz von Systemen als zweitrangig zu betrachten ist¹⁶. Vielmehr geht es hier primär um eine Beobachtungsperspektive, in der die Frage von dem *Was* auf das *Wie* verlegt wird, vom Bewusstsein auf die *Kommunikation*, vom Erleben auf die *Zurechnung*, also auf die Felder, der so genannten *Beobachtung zweiter Ordnung*.

Über diesen Perspektivenwechsel zur genetischen Abstraktion können empirische Phänomene unter einem neuen Licht erscheinen. Muster und Latenzen werden sichtbar, die sich bei rein inhaltlicher Betrachtung des Gegenstandes (im Sinne der »Beobachtung erster Ordnung«) nicht zeigen lassen. Allerdings lassen sich die Begriffe der Systemtheorie nicht ohne Weiteres in die Sprache der rekonstruktiven Sozialforschung übersetzen. Auch wenn dies auf den ersten Blick so scheint, meint etwa der Systembegriff nicht dasselbe wie der in qualitativen Forschungszusammenhängen oft verwendete Strukturbegriff. Das eine bezeichnet selbstreferenzielle kommunikative Verweisungszusammenhänge, während das andere eher als ein Beziehungsmuster innerhalb sozialer Realitäten zu verstehen ist. Eine Machtstruktur stellt kein System dar, wohl aber kann die *Wechselbeziehung* von Habitus und Feld als ein System gesehen werden, denn hier wechselt die Erklärung auf die Frage der Genese, also auf die Ebene einer Erklärung zweiter Ordnung.

Ebenso findet der Habitusbegriff keine unmittelbare begriffliche Entsprechung in der Systemtheorie. Er müsste hier als die kommunikative Durchdringung unterschiedlicher Systemebenen – nämlich dem sozialen und dem psychischen System – verstanden werden (von Luhmann anlehnd an Parsons als *Interpenetration* bezeichnet). Die spezifische Rolle des Körperlichen im Habitus wäre in der Systemtheorie teilweise als »*Symbiosis*« verstehbar – als eine spezifische Form von Gesellschaft, sich den Körper über die Kontrolle des sinnlichen Erlebens anzueignen (Luhmann 1998, S. 378ff.). Dies geschieht bei Luhmann etwa in

16) Vgl. hierzu auch Baecker (2002b, S. 102).

Form der »symbolisch generalisierten Kommunikationsmedien«¹⁷. Macht koppelt den Körper über die Androhung physischer Gewalt, Geld über die Befriedigung von Bedürfnissen, Liebe über die sexuelle Sinnlichkeit und Wissen über die Ausrichtung der Wahrnehmung und den Erkenntnisvorgang. Auch wenn diese Medien nicht deckungsgleich mit den Bourdieuschen Kapitalien in Deckung zu bringen sind, so zeigen sich hier dennoch konzeptionelle Parallelen. Den verschiedenen gesellschaftlichen Feldern bei Bourdieu, in denen jeweils eine bestimmte Kapitalsorte vorrangig zum Einsatz kommt, könnten dann bei Luhmann die gesellschaftlich ausdifferenzierten Funktionssysteme entsprechen, wobei auch hier wieder zu beachten ist, dass Bourdieu und Luhmann auf unterschiedlichen Abstraktionsebenen argumentieren: Der Begriff des Funktionssystems ist gesellschaftstheoretisch angelegt, der Feldbegriff institutionstheoretisch und bezieht sich auf die Positionierung realer Menschen.

Luhmann beschreibt soziale Wirklichkeit in Anlehnung an Gotthard Günther (1978) als polykontexturale Gleichzeitigkeit unterschiedlichster Systemreferenzen, die gleichzeitig bestehen, sich durchdringen und wechselseitig irritieren. Der Begriff der Kontextur erinnert zwar an den Begriff des Orientierungsrahmens, meint jedoch etwas anderes als die akteurspezifischen Situationsdefinitionen, die dann im Sinne von Bohnsacks Verständnis als eine kollektive Orientierung innerhalb spezifischer konjunktiver Erfahrungsräume zu verstehen sind. Eine Kontextur charakterisiert einen Systemzusammenhang, der »objektiv« von einem Beobachter als Beobachtung zweiter Ordnung rekonstruierbar besteht, dabei aber nicht unbedingt von einem konkreten Akteur eingenommen werden muss. Beispielsweise besteht die Kontextur wirtschaftlicher oder juristischer Zusammenhänge innerhalb eines Krankenhauses auch dann, wenn – theoretisch einmal angenommen – die Akteure weder um diese wissen noch diese habituell verkörpern.

Die systemischen Einbindungen stellen zunächst einmal abstrakte Beziehungen dar, können jedoch durchaus konkret in einen Habitus übergehen, falls durch sozialisierende Zwischenschritte die strukturelle Koppelung gelingt, also die Akteure so konditioniert bzw. selektiert werden, dass sie der Logik der jeweiligen Systeme folgen. Die Luhmannsche Konzeption *polykontexturaler* Wirklichkeiten erlaubt die Durchdringung systemischer Zusammenhänge, schreibt aber nicht vor, ob und wie dies im Einzelnen geschieht. Der Kontexturbegriff ist in diesem Sinne weiter gefasst als der Rahmenbegriff. Inwieweit medizinische Akteure als psychische Systeme sich an wirtschaftliche, juristische oder andere Systemzusammenhänge ankoppeln, wird nicht von außen determiniert, sondern lässt sich nur als eine spezifische Interaktionsgeschichte verstehen, die unter Umständen besondere, einzigartige *strukturelle Koppelungen* konditioniert.

Die gesellschaftlichen Kontexturen gestalten hier nur den Möglichkeitsraum, in dem dann weitere Ausdifferenzierungen – eben Geschichte – möglich werden. Interaktionssysteme wie auch Organisationen können in Differenz zur Gesellschaft gehen. Verschiedene funktional Äquivalente Arrangements sind denkbar, wie die verschiedenen Systeme zueinander stehen. Im Habitus erscheint jedoch dann das Gedächtnis der jeweils historisch gewordenen Verhältnisse. *Im Habitus ihrer Mitglieder findet die Organisation die Verkörperung ihres eigenen Verhältnisses zur Gesellschaft. Dieses zeigt sich dann als kontingent, doch nicht als zufällig.*

In der qualitativen Sozialforschung sind die Besonderheiten von Organisation, insbesondere auch im Hinblick auf die funktionelle Differenzierung der modernen Gesellschaft, bisher kaum theoretisch und methodologisch reflektiert. Gerade auch deshalb empfiehlt es sich, bei der Systemtheorie diesbezüglich einige Anleihen zu nehmen, denn wenn sich moderne

17) »Die Funktion der symbolisch generalisierten Kommunikationen ist es, Selektionen so zu konditionieren, daß Kommunikationen angenommen werden, obwohl dies von der Zumutung her unwahrscheinlich ist« (Luhmann 1998, S. 382).

Gesellschaften einerseits durch funktionelle Differenzierung auszeichnen und andererseits im Wesentlichen durch Organisationen konstituieren, dann muss diese grundlegende Disposition der Moderne auch als essenzieller Rahmen einer Vielzahl kollektiver sozialer Praxen wahrgenommen werden. Um Schimank zu folgen: »So manche organisationstheoretischen Kontroversen erklären sich u. a. daraus, dass die einen, wenn sie allgemein von Organisation sprechen, Unternehmen, die anderen Verwaltungen im Kopf haben. Die nach wie vor spärlichen Untersuchungen über Schulen, Krankenhäuser, Forschungsinstitute, Sportvereine, Fernsehsender etc., also Organisationen weiterer gesellschaftlicher Teilbereiche, zeigen immerhin eines: dass es neben unbestreitbaren teilsystemübergreifenden Gemeinsamkeiten formaler Organisationen wichtige Unterschiede gibt, die sich auf Unterschiede zwischen den gesellschaftlichen Teilbereichen zurückführen lassen. Luhmanns Theorie gesellschaftlicher Differenzierung bietet für eine Ausarbeitung teilsystemspezifischer Organisationstheorien, die dann auch komparativ angelegt sind, eine sehr geeignete Basis«. Hierdurch könnten dann auch die »ad hoc Charakterisierungen der Umwelt von Organisationen« überwunden werden, die entweder – »wie z. B. »Komplexität« oder »Unsicherheit« – viel zu abstrakt oder aber umgekehrt viel zu konkret ausfallen«. Stattdessen sollte es darum gehen »Strukturmuster und Probleme einer formalen Organisation auch darauf zurückzuführen, wie der Code und die Programmelemente des betreffenden gesellschaftlichen Teilsystems beschaffen sind« (Schimank 2000, S. 313f.). So stellt das Arrangement im Modus »Halbgott in weiß« eine Antwort auf ein Problem spezifisch medizinischer Organisationen dar, nämlich diagnostische und therapeutische Unsicherheit im Angesicht des in seiner körperlichen und seelischen Integrität existenziell bedrohten Patienten zu bewältigen (vgl. auch Vogd 2004a).

Im Sinne des Gesagten scheint uns hier – bei allen Übersetzungsschwierigkeiten – die Begegnung zwischen Systemtheorie und rekonstruktiver Sozialforschung durchaus hilfreich, wenn nicht gar notwendig. Zumindest die Vorliebe zu einer konstruktivistischen Epistemologie sollte die Berührungssängste von rekonstruktiver Forschung und Systemtheorie abmildern helfen. Schließlich besteht hier auch eine Gemeinsamkeit gegenüber der philosophischen Tradition, sich nicht mehr normativen Modellen zuzuwenden, sondern den Blick »gegenüber dem Unvorhersagbaren, dem Individuellen, dem Ereignis und der Geschichte, also gegenüber dem Konkreten« zu schärfen (Baecker 2002b, S. 103).

Literatur

- Baecker, Dirk (2002a): Die gesellschaftliche Form der Arbeit. In: D. Baecker (Hrsg.), *Archäologie der Arbeit*, S. 203-245.
- Baecker, Dirk (2002b): *Wozu Systeme?* Berlin.
- Bateson, Gregory/Bateson, Mary Catherine (1993): *Wo Engel zögern. Unterwegs zu einer Epistemologie des Heiligen*. Frankfurt/Main.
- Berg, Marc (1992): The construction of medical disposals. *Medical sociology and medical problem solving in clinical practise*. In: *Sociology of Health & Illness* 14, S. 151-180.
- Berg, Marc (1996): Practices of reading and writing: the constitutive role of the patient record in medical work. In: *Sociology of Health and Illness* 18. S. 499-524.
- Bohnsack, Ralf (1999): *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in Methodologie und Praxis qualitativer Forschung*. Opladen.
- Bohnsack, Ralf (2001): Typenbildung, Generalisierung und komparative Analyse. Grundprinzipien der dokumentarischen Methode. In: R. Bohnsack/I. Nentwig-Gesemann/A.-M. Nohl (Hrsg.), *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis*, S. 225-252.
- Bourdieu, Pierre (1982): *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*. Frankfurt/Main.
- Bourdieu, Pierre (2001): *Meditationen. Zur Kritik der scholastischen Vernunft*. Frankfurt/Main.

- Glaser, Barney G./Strauss, Anselm L. (1974): *Interaktion mit Sterbenden. Beobachtungen für Ärzte, Schwestern, Seelsorger und Angehörige.* Göttingen.
- Günther, Gotthard (1978): *Idee und Grundriss einer nicht-Aristotelischen Logik: die Idee und ihre philosophischen Voraussetzungen.* Hamburg.
- Luhmann, Niklas (1993): *Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie.* Frankfurt/Main.
- Luhmann, Niklas (1998): *Die Gesellschaft der Gesellschaft.* Frankfurt/Main.
- Luhmann, Niklas (2000): *Organisation und Entscheidung.* Opladen.
- Mannheim, Karl (1980): *Strukturen des Denkens.* Frankfurt/Main.
- Meuser, Michael (2001): *Repräsentation sozialer Strukturen im Wissen. Dokumentarische Methode und Habitusrekonstruktion.* In: R. Bohnsack/I. Nentwig-Gesemann/A.-M. Nohl (Hrsg.), *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung.*, S. 207-224.
- Oevermann, Ulrich (1986): *Kontroversen über sinnverstehende Soziologie. Einige wiederkehrende Probleme und Missverständnisse in der Rezeption der »objektiven Hermeneutik«.* In: A. S./M. Lenssen (Hrsg.), *Handlung und Sinnstruktur: Bedeutung und Anwendung der objektiven Hermeneutik.*, S. 19-83.
- Rohde, Johann Jürgen (1974): *Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin.* Stuttgart.
- Rosenstiel, Lutz von (2003): *Organisationsanalyse.* In: U. Flick/E. v. Kardoff/I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch.*, S. 224-237.
- Schimank, Uwe (2000): *Zur Verknüpfung von Gesellschafts- und Organisationstheorie.* In: G. Ortman/S. J./K. Türk (Hrsg.), *Theorien der Organisation. Die Rückkehr der Gesellschaft.*, S. 312-314.
- Schneider, Wolfgang Ludwig (1995): *Objektive Hermeneutik als Forschungsmethode der Systemtheorie.* In: *Soziale Systeme 1995*, S. 129-152.
- Stichweh, Rudolf (1987): *Professionen und Disziplinen – Formen der Differenzierung zweier Systeme beruflichen Handelns in modernen Gesellschaften.* In: K. Harney (Hrsg.), *Professionalisierung der Erwachsenenbildung: Fallstudien, Materialien, Forschungsstrategien.*, S. 210-275.
- Vogd, Werner (2004a): *Ärztliche Entscheidungsfindung im Krankenhaus bei komplexer Fallproblematik im Spannungsfeld von Patienteninteressen und administrativ-organisatorischen Bedingungen.* In: *Zeitschrift für Soziologie* 33, S. 26-47.
- Vogd, Werner (2004b): *Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität: Eine qualitativ rekonstruktive Studie.* Berlin.

PD Dr. Werner Vogd
 FU Berlin
 FB Erziehungswiss. u. Psychologie
 Arminiallee 11, 14195 Berlin
 vogd@zedat.fu-berlin.de