Werner Vogd

Qualitative Evaluation im Gesundheitswesen zwischen Trivialisierung und angemessener Komplexität

Qualitative evaluation in health care between trivialization and reasonable complexity

Zusammenfassung: Dieser Beitrag weist auf grundsätzliche Probleme in der Evaluation im Gesundheitswesen hin und fordert eine metatheoretische Sensibilisierung für die Eigenlogiken von modernen Organisationen. Es wird zunächst vorgeschlagen, zwischen normativen und rekonstruktiven Zugängen zum evaluierenden Gegenstand zu unterscheiden. Auf diesem Wege wird vermieden, die derzeitigen Programme der Medizinmodernisierung (New Public Management und Ökonomisierung der Medizin) entweder vorschnell zu affirmieren (so werden etwa die Potenziale gesundheitsökonomischer Anreizsysteme systematisch überschätzt) oder umgekehrt zu schnell einer generellen Kritik zu unterziehen (etwa als ökonomische Zurichtung der Medizin). Im Sinne einer forschungspraktisch handhabbaren Sensibilisierung für systemische Prozesse wird eine Form der Modellierung einer dem Gegenstand angemessenen Evaluationsforschung vorgestellt, die zwischen den unterschiedlichen gesellschaftlichen Kontexturen (insbesondere Medizin, Wirtschaft, Recht und Wissenschaft) sowie Organisation und Interaktion zu unterscheiden weiß. Auf diese Weise lassen sich die in der soziologischen Organisationsforschung längst vertrauten Prozesse der ‚Entkoppelung' und Bearbeitung im ‚Modus des Als-ob' und der sich hieraus ergebenden paradoxen Effekte in systematischer Weise angehen. Abschließend wird mit der dokumentarischen Evaluationsforschung ein methodisches Vorgehen vorgeschlagen, das

Abstract: The article highlights fundamental problems of evaluation in health care and calls for increased sensitivity, on the meta-theoretical level, to the specific logic of modern organizations. In a first step, a distinction between normative and reconstructive approaches is proposed as a way to avoid wholesale affirmation (e.g., systematical overrating of the potential of systems of incentives in health economics) as well as wholesale criticism (e.g., denouncing the submission of health care to economic imperatives) of current programs of health care modernization (New Public Management and economization of health care). Sensitivity to systemic processes needs to be increased in practical research. To this end, a model of evaluation research is proposed which, while doing justice to its object, distinguishes between different social contextures (in particular, medicine, economy, the law, and science) as well as between organization and interaction. Thus the processes, quite common in sociological organization research, of "decoupling" and treatment in the "as if" mode can be systematically approached, as well as their paradoxical effects. As a conclusion, documentary evaluation research is proposed as an approach that helps to reconstruct these processes by relying on the moral values held by the actors involved.

ZQF 10. Jg., Heft 1/2009, S. 19-44

diese Prozesse aus den Werthaltungen der beforschten Akteure heraus zu rekonstruieren vermag.

Schlagworte: Evaluation, Krankenhaus, Gesundheitswesen, Systemtheorie, dokumentarische Methode, Neo-Institutionalismus

Keywords: evaluation, hospital, health care, system theory, documentary method, neo-institutionalism

In den Gesundheitswissenschaften ist qualitative Forschung längst aus dem Nischendasein herausgetreten. Sie wird ernst genommen und für viele Drittmittelprojekte ist der Methodenmix quantitativ auszuwertender Fragebogen und qualitativer Interviews zum Standard geworden. Auch die renommierten gesundheitswissenschaftlichen Verlage scheuen sich nicht mehr, ein buntes Spektrum von Methodenbüchern zu vertreiben, in denen dann üblicherweise in rezept- und kochbuchartiger Manier eine Mischung aus *Grounded Theory* und *Inhaltsanalyse* als *state of the art* qualitativer Forschung verkauft wird. Ebenso stellt das Thema qualitative Evaluation für die Gesundheitswissenschaften kein neues Thema mehr dar und das Spektrum sinnvoller Anwendungsbereiche und Methoden ist mittlerweile recht gut aufgefächert (vgl. Øvretveit 2002).

Gerade weil man sich in den ausgetretenen forschungspraktischen Pfaden mittlerweile ohne größere methodologische Reflexionsarbeit einrichten kann, möchte ich mit diesem Beitrag das Thema qualitative *Evaluationsforschung* für die Gesundheitswissenschaften nochmals aus einer grundlegenderen Perspektive beleuchten – nämlich in Hinblick auf die Beziehung von Gegenstand und Methode.

Insbesondere auch im Kontext der generellen Kritik des Public Management und der so genannten Ökonomisierung der Medizin ist dieser Reflexionsschritt notwendig, um mit diesbezüglichen wissenschaftlichen Untersuchungen Forschungsergebnisse zu generieren, die über den Common Sense dessen, was man eigentlich sowieso schon weiß, hinausgehen. Der Leitgedanke der folgenden Überlegungen lautet entsprechend, dass wir es in vielen Fragen, welche auf Bedingungen der modernen Gesundheitsversorgung zielen, eher mit *komplexen Problemen* zu tun haben. Diese verlangen jedoch gerade auch im Hinblick auf methodologische Überlegungen ein höheres Reflexionsniveau, als es bislang üblich ist.

In diesem Sinne ist dieser Beitrag als ein Plädoyer für eine *reflexivere* und theoriefreudigere Evaluationsforschung zu verstehen. Dabei geht es mir um die Entwicklung einer Heuristik, mittels der sich Projekte der angewandten Evaluationsforschung in angemessener, jedoch noch praktikabler Form der Komplexität ihres Gegenstandes stellen können. Die hier vorgestellten Überlegungen gründen auf einer Reihe eigener empirischer Studien zu den Wandlungsprozessen in den bundesdeutschen Krankenhäusern (vgl. Vogd 2004; Vogd 2006a; Vogd 2006b; Vogd 2007; Vogd 2009b).

Normative und rekonstruktive Zugänge zum Gegenstand der Evaluation

Stellen wir uns zum Beispiel vor, wir möchten untersuchen, welche Konsequenzen eine gerade verabschiedete Gesundheitsreform auf Leistungen eines Krankenhauses mit sich bringt. Wir möchten insbesondere wissen, wie sich die Einführung ökonomischer Kalküle auf das medizinische Behandlungsgeschehen, die Beziehung zum Patienten und den globalen Behandlungserfolg auswirkt.

Für den Sozialwissenschaftler gibt es zwei Wege, solche Frage anzugehen. Der eine Pfad besteht darin, von einem gegebenen Modell der Organisation Krankenhaus auszugehen, um von hier aus seine Untersuchungen zu starten. Die so genannten quantitativen, hypothesentestenden Verfahren folgen üblicherweise diesem Modell. Organisationen erscheinen dann gewöhnlich als ‚zweckorientierte Hierarchien', in der arbeitsteilig und rollenförmig bestimmte Aufgaben zu verfolgen sind.[1]

Da man aus dieser Perspektive schon vor der Untersuchung weiß, was eine Organisation darstellt und was sie leisten soll, geht es nun vor allem ums Optimieren, beispielsweise darum, entsprechend den eigenen Vorstellungen Effizienz, ‚evidence based practice'[2] und ‚Qualitätsmanagement'[3] auf die Spitze zu treiben, also die dem Modell entsprechenden Zweckprogramme zu optimieren. Gewöhnlich werden nun angelehnt an ein quantitatives Untersuchungsdesign unterschiedliche Interventionen oder Organisationsformen im Hinblick auf vorgegebene Zielvariablen getestet. Dabei folgt man dann in der Regel einem linearen Input-Output-Modell, das unterstellt, dass die zu untersuchenden Zielvariablen in einer eindeutigen Beziehung zu der Qualität der Organisation oder des Leistungsvollzugs stehen. Der Intervention auf der Input-Seite stehen dann einerseits messbare harte Kriterien (Fallzahlen, Ressourceneinsatz, Morbidität und Mortalität etc.) und andererseits weiche Kriterien wie Einschätzungen und Zufriedenheiten von Mitarbeitern, Patienten und Angehörigen gegenüber. Die qualitative Befragung dient dann oftmals nur dazu, die diesbezüglichen Ratings mit Inhalten zu füllen.

Der zweite Pfad, den ein Sozialforscher gehen kann, besteht darin, von vornherein auf eine exakte Bestimmung der zu untersuchenden Organisation und ihrer Funktionsweise zu verzichten. Stattdessen wird die beforschte Institution als ein *dynamisches* Phänomen betrachtet, das seine Regeln, Zwecke und sinnhaften Bezüge *selbst* erzeugt. Die Aufmerksamkeit verschiebt sich nun von der Organisation zum „Prozess des Organisierens" (Weick 1998), also all jenen vielfältigen Formen der Koordination und Verschränkung von Verhalten – und genau in diesem Sinne würde der Sozialforscher nun versuchen, all jene Sinnbezüge zu *rekonstruieren*, welche die Organisation konstituieren. Eine so verstandene rekonstruktive Organisationsforschung wird dem „sinnhaften Aufbau der sozialen Welt" (Schütz 2004) gemäß anstreben, sich der zu untersuchenden Organisation gleichsam von ‚innen' her anzunähern. Vor allem geht es darum, Organisationen von ihrer *Eigenlogik* her zu rekonstruieren (vgl. Vogd 2009a).

Eine solche Untersuchung hat damit zu rechnen, dass sich nicht nur eine Logik der Organisation zeigt, sondern dass – je nach Lagerung der Bezugsprobleme und gesellschaftlichen Umwelten, denen Organisationen ausgesetzt sind – das untersuchte System nicht mehr linearen Input-Output-Relationen folgt,

sondern sich als *komplexer*, nicht-trivialer Gegenstand erweist. Der gleiche Input kann dann je nach Zeitpunkt und aktuellem internen Zustand der untersuchten Organisation zu *verschiedenen*, teilweise diametral entgegengesetzten Konsequenzen führen. Sich auf bestimmte Kennziffern oder Leitaussagen als aussagekräftige Surrogatparameter für den Zustand und die Leistungsfähigkeit einer Organisation zu verlassen, führt hier leicht in die Irre.

Doch geschieht genau dies in den derzeit üblichen Evaluationen von Institutionen im Gesundheitswesen. Um hier mit Rüegg-Stürm zu sprechen, werden in den „weitverbreiteten Trivialisierungsstrategien im Umgang mit den hoch komplexen Problemen des Gesundheitswesens" aus „Wachstums- oder Fallkostenzahlen" viel zu oft unbesehen und unreflektiert „Schlussfolgerungen" gezogen:

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

Erfahrungen in anderen Branchen zeigen aber, dass sich komplexe Systeme auf längere Sicht nicht ungestraft ‚trivialisieren' lassen. Das Unheimliche besteht darin, dass es zu Umkippeffekten kommen kann. Das Unheil kündigt sich nicht graduell an, sondern tritt überraschend, schlagartig und weitgehend irreversibel ein. Wenn die hohe intrinsische Motivation vieler Mitarbeiter im Gesundheitswesen einmal verheizt und die entsprechenden Organisationskulturen ‚traumatisiert' sind, könnten sich fatale Einbrüche in der Behandlungsqualität und Patientensicherheit ergeben. Dies zu vermeiden und dennoch sinnvoll mit dem wachsenden Effizienzdruck umgehen zu können, ist eine strategische Führungsaufgabe in den Krankenhäusern" (Rüegg-Stürm 2007, 3464f.).

Versuchen wir die hier aufgeworfene Problematik mit Blick auf den derzeitigen Diskussionsstand der gesundheitswissenschaftlichen Evaluationsforschung etwas genauer zu fassen. Anlehnend an Donabedian[4] hat es sich hier bewährt, zwischen Struktur- und Prozessevaluation auf der einen Seite und Ergebnisevaluation auf der anderen Seite zu unterscheiden (vgl. Siegrist 1999). Letzterem entspricht dann vor allem der epidemiologische Ansatz von Cochrane (1973). Die Organisation selbst wird dann gleichsam als eine Black Box behandelt, während man in der Untersuchung nun allein auf ein entsprechend quantifizierbares Ergebnis fokussiert (Morbidität und Mortalität im Verhältnis zur Vergleichsgruppe, Scores in Patientenzufriedenheit, etc.). Die Alternative besteht nun darin, anstelle der Ergebnisse auf die Bedingungen der Produktion dieser Ergebnisse zu schauen. Man folgt nun Donabedians Diktum, die „Merkmale der Strukturqualität als Prädiktoren für Merkmale der Prozessqualität und diese wiederum als Merkmale der Ergebnisqualität" zu betrachten (Badura 1999, 29).

Badura schlüsselt diese Kategorien für die üblichen Einrichtungen der Krankenbehandlung dann noch etwas weitergehender auf:

„[1] Input: Finanzmittel, Personal, Technik, Medikamente, Wissen, Patienten

[2] Strukturen: Kapazitäten (z.B. Betten), Aufbau-/Ablauforganisation, Arbeitsbedingungen, Personal, Technik, Behandlungs-, Pflege-, Rehaprogramm, Organisationskultur

[3] Prozesse: Führungsprozesse, administrative Prozesse, Informationsprozesse, Serviceprozesse, Behandlungs-, Pflege-, Rehaprozesse, Maßnahmen zum Qualitäts- und Risikomanagement

[4] Output: Anzahl der behandelten Patienten, Anzahl der erbrachten Leistungen, Kosten der Behandlung, Kosten für Verwaltung und Infrastruktur, Anzahl der Fehlmedikationen, Hospitalinfektionen etc.

[5] Outcome: Lebensqualität, Funktionsfähigkeit, körperlicher Zustand, Gesundheitsverhalten, Zufriedenheit mit der Behandlung und Versorgung, Wiedereinweisungsraten, Mortalität (Badura 1999, 29).

An sich stellt die Heuristik von Donabedian und seine Erweiterung von Badura kein Hindernis dar, Krankenhäuser und andere Institutionen der Gesundheitsversorgung als komplexe Systeme aufzufassen. Die Beziehungen zwischen den einzelnen Punkten sind nicht per se auf lineare Korrelationen festgelegt.

In der forschungspraktischen Umsetzung des *main streams* der deutschsprachigen Evaluationsforschung finden sich jedoch in der Regel nur Studienformate, in denen der Untersuchungsgegenstand in Richtung linearer Wirkungsgefüge trivialisiert wird.[5] Dies mag zwar für einige Fragestellungen durchaus brauchbare Daten liefern. Die hiermit produzierten Ergebnisse unterschätzen jedoch in erheblichem Maße die Eigendynamik von Organisationen. Zudem wird nicht berücksichtigt, dass viele der gegenwärtigen Organisationen des Gesundheitswesens einem Wandel unterliegen, der die in den gängigen Modellen formulierten Rationalitätskriterien schnell konterkariert. Dass bestimmte Kennzahlen erfüllt sind, heißt noch lange nicht, dass diese Indikatoren auch die Anpassungsressourcen des untersuchten Systems widerspiegeln, geschweige denn seine Zukunftsfähigkeit abbilden. Nicht zuletzt stellt sich die Frage, ob die mit diesen vereinfachenden Modellen angelegten Standards und Kriterien überhaupt das abbilden können, was sie zu zeigen vorgeben.

Eine Vielzahl empirischer Studien aus dem Umfeld des so genannten Neo-Institutionalismus kann mittlerweile aufzeigen[6], dass die *Dokumentation* von dem Leistungsvollzug radikal *entkoppelt* werden kann (Power 1997), dass die Rationalität der von der Organisation verfolgten Ziele *Rationalitätsmythen* darstellt, die weniger den realen internen Abläufen denn externer Legitimation dienen (Meyer 1992; Meyer/Rowan 1977) und dass es für den Erfolg einer Organisation oftmals funktionaler ist, die an sie seitens der Politik und Gesellschaft gestellten Anforderungen nur noch im *Modus des Als-ob* zu bearbeiten (vgl. Ortmann 2004).

Zu oft werden Krankenhäuser und andere Einrichtungen des Gesundheitswesens noch als tayloristisch organisierbare Fabriken verstanden, deren Abläufe im Sinne einer hierarchisch organisierten und linear angeordneten Kette von Einzelschritten begriffen werden können. In Feldern mit hoch spezialisierten Wissensdienstleistungen ist dies jedoch schon lange nicht mehr der Fall. Vielmehr können hier in jedem einzelnen ‚Produktionsschritt' Kontingenzen und Unsicherheiten entstehen, die nicht mehr auf formale Weise, sondern nur auf Basis von *ad hoc* entwickelten Expertisen bewältigt werden können, in denen dann die allgemeinen Geltungsansprüche an die fachliche Arbeit mit den Besonderheiten des Einzelfalls zueinander in Beziehung gesetzt werden müssen, und auch in interdisziplinären Teams beruht die Unsicherheitsadsorption dann nicht mehr darauf, den Bereich des jeweils anderen wirklich beherrschen oder verstehen zu können, sondern wird dann nur noch dadurch bewältigbar, indem man lernt, wem man im Alltag auf welche Weise vertrauen kann (s. Cicourel 1987; Cicourel 1990). Für die Medizin ist dies im Prinzip schon lange bekannt und diesbezügliche Ergebnisse sind seit langem in die professionstheoretischen Diskurse eingeflossen[7] – man denke hier etwa an die programmatische Forde-

rung von Fox, angehende Ärzte vor allem zum Umgang mit Unsicherheit auszubilden (Fox 1969).

Über die professionsdynamischen Besonderheiten von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen hinausgehend ergibt sich aus den organisatorischen Bedingungen der modernen Medizin eine weitere Quelle von Komplexität und Unsicherheit.[8] Illustrieren wir dies am Beispiel des Beitrags von Richter im Deutschen Ärzteblatt mit dem Titel: „Das Krankenhaus der Postmoderne". Der Autor kommt hier auch für die Einrichtungen des Gesundheitswesens zu dem Befund der „fortschreitende[n] Komplexitätssteigerung durch Ausdifferenzierung hochperfekter Einzelsysteme bei gleichzeitiger Anonymisierung von Vermittlungsgliedern" (Richter 2008, 1330):

„[D]ie Zunahme von Expertensystemen in allen gesellschaftlichen Bereichen. Die Medizintechnik ist so anspruchsvoll geworden, dass sie gleich mit Full-Service-Wartungsverträgen gekauft werden muss, weil niemand die komplizierte Funktionsweise versteht. Qualitätssicherung ist ebenso ein Feld von Experten, und wer würde sich ernsthaft trauen, die Zertifizierung eines Brust- oder Darmzentrums ohne die kleine Schar von Insidern anzugehen? Der Abschluss von neuartigen Leistungsverträgen, zum Beispiel im Disease Management oder der integrierten Versorgung, ist so komplex und zeitraubend, das wir uns fragen sollten, wie denn eigentlich das lang erwartete und befürchtete Einkaufsmodell der Kassen praktisch bewältigt werden soll ohne eine Heerschar von Spezialisten in Vertragsangelegenheiten – die auch von irgendjemandem bezahlt werden müssen. Tatsächlich versteht kaum noch jemand die Systeme der anderen und vertraut darauf, dass diese (mithilfe der Experten) irgendwie ihren Zweck erfüllen. Daraus resultiert ein Gefühl der Verlorenheit, das tendenziell zum Rückzug in das eigene Ich führt und den Einzelnen schrittweise aus gesellschaftlichen Verbindlichkeiten löst". All dies geht zusätzlich noch einher mit einem „extremen Effizienzdruck", unter den das Gesundheitswesen „wegen der zunehmenden Unterfinanzierung der Sozialversicherungen" gerät. „Gewohntes muss aufgegeben werden, Neues ist unsicher und muss erprobt werden – paradigmatische Änderungen in der Krankenhausorganisation zeichnen sich ab" (Richter 2008, 1331).

Unter den gegebenen Verhältnissen stellt sich im Gesundheitswesen nicht nur für die Ärzte die Aufgabe, mit einer überfordernden Komplexität umzugehen zu müssen. Vielmehr ist davon auszugehen, dass auch die technischen Experten, das Management, die Verwaltung, aber auch die Vertreter der Qualitätssicherung nur noch hoch selektiv eine entsprechend begrenzte Perspektive auf ihren jeweiligen Gegenstand entwickeln können. Mit Blick auf die nolens volens hiermit verbundene Unwissenheit in Bezug auf das Wissen der jeweils anderen Akteure lassen sich die meisten wissensintensiven Organisationen des Gesundheitswesens nur noch *pro forma*, aber nicht mehr *de facto* hierarchisch steuern, denn Letzteres würde voraussetzen, all die in den Leistungsvollzügen relevanten Sachverhalte hinreichend kennen und verstehen zu können.

Die Planung sowie Kontrolle und damit auch die Qualitätssicherung diesbezüglicher Einrichtungen kann – entgegen ihrer üblichen Selbstbeschreibung ihrer Steuerungsorgane – nur noch als ‚dezentrale Kontextsteuerung' funktionieren (Willke 2001). Einer gut funktionierenden Organisation gelingt es, Verhältnisse zu stabilisieren, in denen auf Ebene der *Selbstorganisation* die jeweils relevanten Akteure und Bereiche auf Basis intrinsischer Motivation agieren und zueinander in einen Austausch treten, der auf *heterarchischer* Ebene einen Informationstransfer wie auch eine begrenzte Kontrolle der wechselseitigen Beziehungen ermöglichen, in denen dann Wissen und *Nicht-Wissen* situativ in produktive Balance gebracht werden können. Der Begriff der Heterarchie verweist hier auf polyzentrische Organisationsformen, in denen die Aufgabe der

Steuerung und Kontrolle von Prozessen auf vielfältige Orte verteilt wird bzw. allein schon auf Grund der Wissens- und Verständnisschranken gegenüber den jeweils anderen Bereichen de facto keine hierarchische Steuerung mehr möglich ist. Um es hier mit Dirk Baecker analytisch schärfer zu formulieren:

„Die heterarchische, also zirkulär vernetzte Form der sozialen Organisation erlaubt eine nicht unerhebliche Zunahme der Komplexität dieser Organisation, deren Bewältigung nicht auf dem klassischen Weg ihrer entweder kausalen oder statistischen Beschreibung, sondern nur auf dem postklassischen, die Interaktion mit der Selbstorganisation des Phänomens suchendem Weg möglich ist. [...] Nach wie vor wird es technisch und administrativ bedingte Zentren der Krankenbehandlung geben, doch zwischen diesen Zentren, deren Größe von ihrer Fähigkeit zur Entscheidungsfindung abhängt, wird es hochgradig flexible, auf dem Prinzip der losen Kopplung beruhende und sich fallweise neu organisierende Vernetzungen geben, die jeder klassischen Idee der Planung, Kontrolle und Rationalität spotten. Die Organisationstheorie kennt das sich hier einspielende Modell unter dem Stichwort der ‚garbage can' (Cohen/March/Olsen 1972; Heimer/Stinchcombe 1999), doch für Krankenhäuser, in denen es wie verzögert auch immer um Leben und Tod geht, ist dieses Modell sicherlich auf der Ebene des Alltagshandelns erprobt, doch auf der Ebene bewussten Organisationsdesigns weitgehend unbekannt" (Baecker 2008, 57).

Die hier vorgestellten Überlegungen sind kein bloßes Gedankenspiel, sondern bilden in der Tat jene empirischen Verhältnisse recht gut ab, mit denen Ärzte, Pflegekräfte, Patienten, Verwaltung und Management tagtäglich umzugehen haben. Mit Blick auf ungewisse Wissenslagen und Risiken, einem zunehmenden ökonomischen Druck haben wir es mit Akteuren mit begrenzten kognitiven Ressourcen zu tun, die dennoch permanent Krisensituationen zu bewältigen haben – und handlungspraktisch auch können. Pointiert wird diese Lagerung noch dadurch, dass auch volkswirtschaftlich einiges dafür spricht, dass Institutionen wie das Krankenhaus „permanently failing organizations" darstellen (Meyer 1989), dass also neben der medizinisch bedingten „routinization of emergency" (Rohde 1974, 345ff.) chronische Unterfinanzierung, Personenknappheit und nicht hinreichend ausgebildetes Personal auch künftig in der Krankenbehandlung eher die Regel als die Ausnahme darstellen werden.[9]

Auch im Hinblick auf die neuen ökonomischen Steuerungsinstrumente scheint sich das System der Krankenversorgung derzeit auf neue Formen der Selbstorganisation einzuspielen, die sich in vieler Hinsicht von dem vertrauten Netzwerk aus ambulanten Praxen, Kassen und Krankenhäusern unterscheiden werden.[10]

Eine wissenschaftliche Evaluation, welche an alten Rationalitätsvorstellungen festhält und wie bislang nur auf die erfolgreiche Implementation von Programmen und die Erfüllung von extern vorgegebenen Effizienz- und Qualitätskriterien schauen kann, verschenkt nicht nur die Möglichkeit, im Blick auf die Logik der Praxis angemessenere Kriterien der Problembewältigung zu entdekken. Vielmehr wird hier überhaupt verspielt, die für die Praxis relevanten Wirklichkeiten einholen zu können, da von vornherein eine verklärende Schicht normativer Konzepte auf die untersuchte Realität gelegt wird.

Eine in diesem Sinne verflachte Evaluationsforschung verspielt auch die Chance, von den beforschten Akteuren selbst ernst genommen zu werden, denn sie antwortet schon längst nicht mehr auf die Problemlagen, in denen diese leben müssen. Sie verzichtet zudem auf die Möglichkeit der Aufklärung, hier im besten Sinne soziologischer Tradition als eine Ideologiekritik verstanden, welche durch informierte Praxis jene festgefahrenen Wirklichkeitssichten lockert, die sich bei genauerem Hinsehen mit als Teil des Problems erweisen. Was ist,

wenn die vermeintlichen Effizienzkriterien die Praxis ineffizient werden lassen oder institutionalisierte Evaluationsverfahren wichtige Werte ihres Gegenstandes systematisch verkennen und die extern angelegten gesundheitswissenschaftlichen Metriken unter dem Druck der Praxis schon längst im Modus des Als-ob unterlaufen werden, also die hiermit angestrebten Rationalisierungen nur noch einen Mythos darstellen?

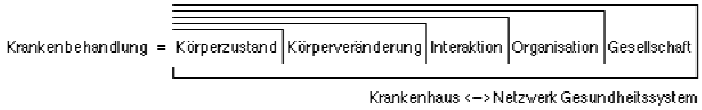
Metatheoretische Sensibilisierung für nichtlineare Prozesse

Die folgenden Ausführungen zielen darauf, ein heuristisches Verständnis für nichtlineare Prozesse und Wirkungsbeziehungen in Organisationen zu entwickeln. Es geht nun darum, eine Ahnung für Phänomene zu gewinnen, in denen Dynamiken umkippen können, etwa in dem Sinne, dass Interventionen und Maßnahmen hinsichtlich ihrer Wirkung plötzlich in nicht intendierte Richtungen umschlagen.

Insbesondere die soziologische Systemtheorie der Bielefelder Schule hat ein gutes Sensorium für solche Prozesse entwickelt, da der Systembegriff per se *Eigenverhalten* erwarten und beschreiben lässt. Die systemische Perspektive rekonstruiert unterschiedliche Systemiken, die jeweils ihre eigenen System-/Umweltdifferenzen erzeugen. So agiert etwa das Recht nach einer anderen Systemrationalität als der Wirtschaft und auch Organisationen oder bestimmte Interaktionsbeziehungen erzeugen jeweils eine ‚innere Rationalität'. Die Welt der Krankenbehandlung erscheint nun nicht mehr (nur) als eine sequentielle Prozesskette, in der ein Handlungsschritt auf den nächsten folgt, sondern als eine *verschachtelte* Ko-Präsenz unterschiedlicher *Systemreferenzen*, die jeweils als divergierende Kausalitäten – die Systemtheorie spricht hier mit Blick auf die jeweils entfalteten Eigenlogiken von ‚Kontexturen' – ihre eigene Dynamik in den Behandlungsprozess mit einbringen.

Die Form der Krankenbehandlung

Mit Baecker arbeitet die ‚Form der Krankenbehandlung'[11] mit mindestens fünf Variablen, nämlich dem *Körperzustand* des Patienten (1), der auf diagnostische und therapeutische oder andere Ursachen zurückzuführenden *Körperveränderung* (2), der *Interaktion* der beteiligten Akteure (3), der *Organisation* (4) und der *Gesellschaft* (5), welche als *rechtliche*, *wirtschaftliche*, *politische*, *wissenschaftliche* und andere Semantiken ihrerseits zum unabdingbaren *Kontext* der Krankenbehandlung wird:[12]



Zudem ist diese Kette mit dem *Menschen* (6), der im Sinne einer psychischen Bereitschaft bei all diesen Prozessen mitspielen muss, um eine weitere Variable zu ergänzen. Interessant an Baeckers Beschreibung ist, dass diese Variablen zueinander in ein Abhängigkeitsverhältnis gestellt werden, ohne dass die Art und Weise der kausalen Beziehung damit von vorn herein festgelegt werden braucht. Dass für die Krankenbehandlung der Patient innerhalb der Arzt-Patient-Interaktion zum Mitmachen überzeugt werden muss und dies im Kontext einer Organisation steht, die wiederum auf gesellschaftlicher Ebene in ökonomische und rechtliche Kontexturen eingebettet ist, besagt noch nicht, wie dies im einzelnen geschieht. Genau in diesem Sinne liefert diese Form der Beschreibung ein hilfreiches heuristisches Modell, das dafür sensibilisiert, an welchen Schnittstellen möglicherweise mit Überraschungen, wo beispielsweise mit Entkoppelungen, Fehlrahmungen und Bearbeitungen im Modus des Als-ob zu rechnen ist. Im Anschluss an Goffman (1996) begegnen wir hier der in jeder Kommunikation angelegte Möglichkeit, Sachverhalte durch Täuschung oder Spiel in einen anderen Zusammenhang zu stellen.

Gesellschaftliche Kontexturen

Mit Blick auf die Anforderungen gesundheitswissenschaftlicher Evaluationsforschung, welche auf die Struktur- und Prozessqualität von Behandlungsprozessen zielt, lohnt es sich, einige der gesellschaftlichen Kontexturen etwas näher anzuschauen.

Medizin: Leicht wird übersehen, dass die Medizin ihre Referenz nicht in der Gesundheit oder Heilung, sondern in der Behandlung des kranken Körpers hat.[13] Die Ärzte orientieren sich in ihren diagnostischen und therapeutischen Operationen an klassifizier- und benennbaren Krankheiten und nicht an der semantisch nicht exakt bestimmbaren Gesundheit[14], und auch die Heilung – wenngleich in jeder Krankenbehandlung ideell mitschwingend – kann durch die medizinischen Handlungsprogramme nicht per se garantiert werden. Dass viele der historisch und auch heute noch angewendeten Heilverfahren nicht nur unwirksam, sondern sogar schädlich sind, hat die Verbreitung dieser Behandlungsmethoden nicht behindert und auch für die moderne Medizin kann Illichs (1995) Verdacht der Iatrogenese nicht wirklich ausgeräumt werden.[15] Darüber hinaus ist festzustellen, dass die Medizin tendenziell auf die Ausdehnung ihrer Funktionsbezüge, also auf unbegrenztes Wachstum hin ausgerichtet ist.[16] Der zentrale Stakeholder der Medizin ist die ärztliche Profession. Professionen agieren weitgehend autonom und erzeugen als Agenten hochgradig wissensbasierter Dienstleistungen Indifferenzzonen, die von außen nicht wirklich kontrolliert werden können.[17]

Pflege: Vieles spricht dafür, dass Pflege kommunikativ etwas anderes leistet als die Medizin. Während Letztere Krankheit kultiviert, indem sie sie lesbar und behandelbar macht, scheint Erstere ihr Bezugsproblem eher in der Kontinuität von Personalität zu finden. Wenn man den Begriff der Person nicht innerpsychisch versteht, sondern mit Goffman von der sozialen Rolle her denkt, kann man ihn im Sinne des lateinischen Wortes *persona* auch als ‚Maske' begreifen,[18] die eine soziale Identität gewährleistet, ohne dabei genauer hinschauen zu

brauchen, was sich dahinter verbirgt. Genau dies leistet Pflege. Sie stellt sicher, dass der gepflegte Körper seine Rollenförmigkeit trotz offensichtlicher physiologischer und psychischer Zerfallsprozesse behält. In diesem Sinne ist dann auch Johann Behrens zuzustimmen, wenn er den Code der Pflege in der Dichotomie „gepflegt/ungepflegt" vermutet.[19]

Insbesondere in akutmedizinischen Behandlungskontexten tritt oft ein Konflikt zwischen den durch den medizinischen und den pflegerischen Code aufgeworfenen Orientierungen auftreten, etwa wenn aus pflegerischerer Perspektive entsprechend mehr die Würde des Patienten pointiert wird, während in Bezug auf die Selbstinstruktion des medizinischen Blicks die Option der Maximaltherapie instruierend bleibt.

Wissenschaft: Therapeutische und diagnostische Prozesse stehen wiederum in einem wissenschaftlichen Reflexionszusammenhang, der den etablierten Handlungslogiken der medizinischen Anwendung eigene Wahrheitsansprüche entgegensetzt; man denke hier etwa an die Bewegung der *evidence based medicine*, aus der dann ihrerseits Forderungen entstehen, welche der professionellen Autonomie entgegenstehen (Vogd 2002).

Recht: Jede medizinische Handlung lässt sich potentiell auch unter dem Code recht/unrecht reflektieren. Haftungsrechtliche Fragen können ihrerseits die Ausformung einer medizinischen Kultur stark beeinflussen, wie insbesondere der Blick auf die US-amerikanischen Verhältnisse deutlich werden lässt.[20] Dies zeigt sich dann beispielsweise an Tendenzen zur Ausweitung medizinisch unnötiger diagnostischer Prozeduren zur rechtlichen Absicherung (vgl. DeKay/Asch 1998). Rechtliche Vorgaben zielen zudem auch auf die Organisation der Leistungserbringung, wie etwa das europäische Gesetz zur Begrenzung der ärztlichen Arbeitszeiten, auf das Krankenhäuser derzeit Antworten (er)finden müssen (vgl. Richter 2008).

Wirtschaft: Die Operationsbasis von Wirtschaft ist der Umgang mit Knappheit. Die Beziehung von Wirtschaft und Medizin muss in diesem Sinne eher als *komplementär* denn als kompetitiv verstanden werden. Die moderne Medizin war und ist immer auch eine ökonomische Tatsache, d.h. es geht und ging ihr immer schon um Bezahlung und um Ressourcen für die Ausdehnung ihrer Leistungsangebote. Diese Doppelbödigkeit wird in Untersuchungen, welche auf die Bewertung ökonomischer Steuerungsinstrumente innerhalb medizinischer Leistungsvollzüge zielen, bislang kaum beachtet. ‚Ökonomisierung' der Medizin kann hier keineswegs so verstanden werden, dass die Behandlungsprozesse automatisch kostengünstiger würden oder dass nun gar mehr Wirtschaft zu Lasten der Medizin getrieben werde. Die Einführung wirtschaftlicher Denkformen heißt zunächst nur, dass in differenzierter Form auf Knappheit *reflektiert* wird – nicht mehr und nicht weniger.

Machten wir uns diesen wichtigen Punkt an einer aktuellen Reformbestrebung innerhalb der Gesundheitsversorgung deutlich, der Einführung des Fallpauschalensystems in der Krankenhausabrechnung. Unter der ideellen Programmatik des *‚New Public Management'* hofft man seitens der Gesundheitspolitik, den öffentlichen Sektor modernisieren zu können, indem gezielt Marktelemente und moderne Managementmethoden bei gleichzeitiger (externer) Qualitätskontrolle eingeführt werden. Innerhalb der Krankenhausmodernisierung führte dies unter anderem zur Einführung der so genannten *‚Diagnose Related Groups' (DRGs)*, zu

(Teil-)Privatisierungen, einer erheblichen Personalreduktion, Outsourcing oder Zentralisierung von Betriebsfunktionen und nicht zuletzt zur Einführung eines computergestützten Controllings sowie zur Institutionalisierung externer Audits. Darüber hinaus wurde von den Krankenhäusern generell eine erhebliche Rationierung der ärztlichen Arbeit eingefordert. Im Einzelnen heißt das kürzere Liegezeiten und höhere Fallzahlen bei geringeren Personalressourcen.

Innerhalb der Betriebswirtschaftslehre bestand – im Prinzip schon seit den 1920er-Jahren – ein Streit darüber, ob man Medizin überhaupt im Sinne von Waren fassen könne (Samuel, et al. 2005). Auch die Ökonomen, welche grundsätzlich von einem Warencharakter der Medizin ausgingen, hatten kein praktikables Kriterium zur Hand, wie sich alltagspraktisch Gesundheitsdienstleistungen in einer sinnvollen Weise bilanzieren ließen. Weder bezahlte Liegezeiten noch spezifische Behandlungsprozeduren eigneten sich als Waren, da das entscheidende Moment einer erfolgreichen Krankenbehandlung weder in der Prozedur noch in der Zeitdauer besteht, sondern im Know-how, was bei einer gegebenen Erkrankung in angemessener Weise zu tun ist.

Fetter et al. (1991) entwickelten in den 1970er-Jahren an der Yale University das System der Diagnose Related Groups *nicht* aus einer betriebswirtschaftlichen Perspektive, sondern als Instrument, um die Prozessqualität eines Krankenhauses zu beurteilen und verbessern zu können. Ihr Lösungsansatz bestand darin, ein statistisches Konstrukt zu bilden (beispielsweise alle durchgeführten Gallenoperationen), um dann die Summe der Behandlungsfälle einer jeweiligen Gruppe durch bestimmte Ergebnisparameter zu teilen (etwa der Zahl der postoperativen Blutungen). Mit den auf diesem Wege errechneten Mittelwerten lag nun ein Instrument vor, verschiedene Krankenhäuser oder Abteilungen hinsichtlich entscheidender Unterschiede auf der Prozessebene zu vergleichen.

Die Gesundheitsökonomie, die bislang nur theoretisch darüber spekulieren konnte, ob Gesundheitsdienstleistungen eine Ware seien, fand in der DRG-Technologie nun ein Medium, um eine neue Klasse von Waren zu erfinden. Der Warencharakter der DRGs entstand erst durch die Politik, nämlich indem der Gesetzgeber den DRGs qua politischer Entscheidung Preise *anheftete* (Samuel/ Dirsmith/McElroy 2005).[21]

Das eigentlich Spannende am DRG-System ist nun, dass es eine ökonomische Bestimmung von Dienstleistungen erlaubt, wenngleich die organisationalen Prozesse, die mit einer DRG verbunden sind, flexibel und situativ ausgehandelt werden können. Um es netzwerktheoretisch zu formulieren: Das DRG-System fungiert, sobald als rechtlich verbindliches Abrechnungssystem implementiert, als Knotenpunkt eines Netzwerks, um das sich herum weitere ökonomische Prozesse organisieren können (Lowe 2001). Sobald DRGs bestehen und als ökonomische Instrumente wahrgenommen werden, können diese von allen beteiligten Akteuren genutzt werden, um Gewinnmöglichkeiten zu eruieren; man denke hier an die Möglichkeiten der Fallselektion, des Fallsplittings, des Up-Codings, der Auslagerung von Behandlungsprozeduren an andere Netzwerkpartner etc. Die DRGs führen sozusagen ein Spiel ein, an dem eine Vielzahl von Akteuren leicht mitspielen kann. Jeder Krankheitsfall wird somit zu einem neuen Spiel, an dem erneut Gewinn- und Verlustchancen reflektiert werden können. Inwieweit das Gesundheitssystem dadurch effizienter wird bzw. ob die Qualität der hiermit vermittelten Dienstleistungen steigt oder fällt, ist eine Frage, die hiervon systemisch (zunächst) entkoppelt ist, also nicht mehr in trivialer Form zu beantworten ist.

Organisationen

Schauen wir nun, nachdem mit Medizin, Wissenschaft, Recht und Wirtschaft einige der relevanten gesellschaftlichen Kontexturen etwas ausführlicher beleuchtet wurden, auf die *Organisation* der Krankenbehandlung:

Organisationen stellen gewissermaßen einen „Treffraum" für die unterschiedlichen gesellschaftlichen Teilsysteme dar (Luhmann 2000a, 398). Sie bilden eine eigenständige systemische Einheit, die sich auf Basis ihrer eigenen Entscheidungen reproduziert.[22] Gerade weil innerhalb der medizinischen Praxis die rechtlich wirksame Dokumentation dieser Praxis, die Abrechnungen der Leistungen sowie die einzelnen Ebenen der ärztlichen Hierarchie nur *lose* miteinander gekoppelt sind, kann die Entscheidungsfähigkeit von Organisationen wie dem Krankenhaus unter wechselnden Konstellationen aufrechterhalten werden. So kann behandelt werden, ohne zu behandeln,[23] Rechtmäßigkeit hergestellt werden, indem Unrechtmäßiges nicht dokumentiert wird, wirtschaftlich gearbeitet werden, indem Medizin vorgetäuscht wird, wo anderes stattfindet, um an anderer Stelle umso mehr (ansonsten nicht bezahlbare) Medizin stattfinden zu lassen. Üblicherweise funktionieren Organisationen gerade dann gut, wenn sie ein Arrangement entwickeln können, in dem zugleich hingeschaut und nicht hingeschaut wird, also in dem gegebenenfalls die Dinge im Diffusen gelassen werden. Eine ihrer wesentlichen Leistungen besteht also darin, sich äußeren Steuerungsversuchen widersetzen zu können, indem *action* und *talk* (Brunsson 1989) bzw. *Evaluation* und *Praxis* (Power 1997) voneinander entkoppelt werden. Die Organisation der Krankenbehandlung ist zwar weiterhin von den Ressourcenflüssen (Wirtschaft), legitimatorischen Absicherungen (Recht) und nicht zuletzt von der Plausibilität der etablierten diagnostischen und therapeutischen Prozeduren (Medizin und Wissenschaft) abhängig. Gleichzeitig ist sie jedoch in der Hinsicht *autonom*, als dass sie Teilprozesse nur *pro forma* oder im Modus des Als-ob bearbeiten kann. Mit Blick auf steuerungstheoretische Überlegungen mag man hier mehr *Compliance* seitens der Organisation einfordern und entsprechende Steuerungsinstrumente zu etablieren versuchen. Bezüglich der Form der Krankenbehandlung liegt jedoch eine der wesentlichen Leistungen der Organisation gerade in jener *Intransparenz*, unter dessen Schutz die widersprüchlichen Anforderungen der unterschiedlichen gesellschaftlichen Kontexturen ausbalanciert werden können. Darüber hinaus spielen für das Verständnis der Dynamik von Organisationen noch die ihr inhärenten *Asymmetrien* und die hiermit verbunden *hierarchischen* Verhältnisse eine wichtige Rolle, also all jene Mechanismen, welche Entscheidungen, denen notwendigerweise ein gewisses Maß an Willkür innewohnt, auf Dauer zu stellen. Mit Blick auf die Trägheit von Organisationen spielt dann auch die Frage der *Mikropolitik* als Derivat dieser Verhältnisse eine wichtige Rolle.[24]

Interaktion

Auf die Variable *Interaktion* kann in diesem Zusammenhang nur kurz eingegangen werden. Mit Blick auf die organisierte Krankenbehandlung sei hier nur so viel gesagt, dass Beziehungen unter Anwesenden und die sich hierdurch stabilisierenden Vertrauensverhältnisse wiederum quer zu den anderen Systemrationalitäten liegen können. Die Arzt-Patient-Begegnung, so sehr sie auch in der

gegenwärtigen Medizin in den Hintergrund tritt, bleibt sowohl in Hinsicht auf das professionelle Selbstverständnis der Ärzte als auf für den Patienten, der sich schließlich auf die Behandlung einzulassen hat, ein tragendes Moment. Die Form der Arzt-Patient-Beziehung unterliegt dabei selbst einem gesellschaftlichen Wandel, der wiederum von der Beziehung zu den anderen gesellschaftlichen Kontexturen abhängt. Während zu Beginn des letzten Jahrhundert das paternalistische Modell vorherrschte, indem man dem Arzt einfach zu vertrauen hatte, ist das deliberative Patientensubjekt, der Patient, von dem eigenständige Überlegungen und Entscheidungsverantwortung *gefordert* wird,[25] eher eine Erfindung jüngeren Datums.[26] Der *informed consent*, also der Anspruch, dass Patienten über die ärztliche Behandlung zu informieren seien und dieser zuzustimmen haben, wurde erst nach dem Schrecken des Nationalsozialismus zum rechtsverbindlichen internationalen Standard.[27] In den letzten Jahrzehnten hat sich das Bild insbesondere in Referenz auf ökonomische und gesellschaftspolitische Semantiken weiter ausdifferenziert. Der Patient wird als Kunde, als Klient, als Nutzer, aber auch als Koproduzent von Gesundheit betrachtet.[28] Die unterschiedlichen Emanzipationsbewegungen einer zunehmend individualisierten Gesellschaft fordern zudem auf verschiedenen Ebenen Partizipation wie auch Differenzbearbeitung ein. Auch wenn – wie eine Reihe empirischer Studien zeigt – der kranke Patient sich in der Regel weiterhin die passive Rolle wünscht, welche dem alten Modell der Arzt-Patient-Beziehung entspricht,[29] wird der Patient auf der Bühne der Krankenbehandlung *nolens volens* zu einem Knotenpunkt, dem in ökonomischer, rechtlicher und sogar medizinischer Hinsicht Gestaltungsmöglichkeiten zugerechnet werden.[30]

Zudem sind hier organisations-, fach- und krankheitspezifische Besonderheiten zu berücksichtigen, welche die Arzt-Patient-Beziehung prägen (eine ambulante psychiatrische Behandlung entwickelt eine andere Dynamik als ein stationärer chirurgischer Eingriff zur Entfernung eines Tumors).[31] Evaluationsprojekte, die ihr Augenmerk auf Patientenbedürfnisse und Beteiligung am Behandlungsgeschehen richten, sind gut beraten, hier zwischen den unterschiedlichen Semantiken und Strukturdynamiken zu differenzieren, um nicht vorschnell vereinheitlichende gesundheitspolitische Programmansprüche mit den vielfältigen Dynamiken der Arzt-Patient-Beziehung zu verwechseln.[32]

Der Mensch, der mitspielen muss

Hiermit kommen wir zu der letzten Variable, dem *Menschen*. Man könnte jetzt zwar aus einer akteurstheoretischen Perspektive behaupten, der Mensch sei sowieso immer schon mit dabei beziehungsweise per se der Ausgangspunkt jeglichen kommunikativen Handelns, aus dem dann rechtliche, medizinische, ökonomischen und andere Semantiken ausflaggen. Diese Betrachtungsweise mag zwar plausibel klingen, verschenkt allerdings hiermit die analytische Möglichkeit, zwischen kommunikativen Kontext und innerpsychischen Prozessen zu differenzieren. Die Unterscheidung zwischen Kommunikation und Psyche ist aber insofern wichtig, als dass Menschen, sobald sie kommunikativ adressiert werden, in der Regel sehr genau wissen, was von ihnen erwartet wird. So wissen die Ärzte unter den gegenwärtigen Verhältnissen sehr genau, wie sie zu dokumentieren, ihr Zeitmanagement zu gestalten, ihre medizinischen Praxen zu organisieren oder auf die hierarchischen Verhältnisse zu reagieren haben, und sind

üblicherweise in der Lage, sich an diese Erwartungen anzupassen. Zugleich aber mögen sie sich auch unzufrieden mit den Verhältnissen empfinden und erleben sich oftmals in einer Situation, die weder ihrem professionellen ärztlichen Selbstverständnis noch ihrem Konzept von gutem Leben entspricht. Ohne hier auf die komplexen soziologischen Verhältnisse dieser beiden Sphären eingehen zu können – die Habermas'sche Unterscheidung von System- und Lebenswelt greift hier zu kurz, da die gleichen Praxen beide Seiten hervorbringen und damit die (selbst-)erzeugte Agonie *empirisch* als Teil und nicht als Gegensatz der Lebenswelt zu betrachten ist – ist diese Spaltung hoch bedeutend für viele gesundheitswissenschaftliche Evaluationsprojekte. Denn auf der einen Seite bedeutet dies, dass Unzufriedenheiten unter den Funktionsträgern nicht unbedingt mit sich bringen müssen, dass damit auch die Funktionserfüllung in Frage steht. Auf der anderen Seite besteht jedoch die Gefahr des *Umschlags von Quantität in Qualität*, also dem Punkt, an dem ein mehr an Unzufriedenheit dazu führt, dass die entsprechenden Akteure nicht mehr mitspielen. Eine rekonstruktive Evaluationsforschung hat hier unter Zuhilfenahme des Instrumentes der komparativen Analyse sehr genau zu schauen, wer in welchem Kontext klagt und welche Konsequenzen dies möglicherweise mit sich bringen könnte. Wenn beispielsweise leitende Angestellte aus den *intrinsisch* hoch motivierten Leistungseliten in Gesprächen und Interviews in kohärenter Form in Erzählungen Optionen der Auswanderung oder des Berufsausstiegs reflektieren,[33] hat dies ein anderes Gewicht, als wenn ein Altassistent wenige Jahre vor der Berentung über die unhaltbaren Zustände klagt (Vogd 2006a, 213ff.). Letzteres weist tendenziell in Richtung einer berufsbiografischen Krisenkonstellation, während Ersteres darüber hinaus darauf verweist, dass die Loyalität der zentralen Leistungsträger gegenüber den Organisationen, für die sie arbeiten, bereits gebrochen ist, und hier entsprechend nur noch begrenzt auf Ressourcen zurückgegriffen werden kann.

Organisationskultur

Die vorangegangen Ausführungen hatten das Ziel, für einige der Kontexte zu sensibilisieren, welche innerhalb der gesundheitswissenschaftlichen Evaluationsforschung eine gewichtige Rolle spielen. Im Einzelfall ist hier mit hochgradig verschachtelten Verhältnissen zu rechnen, in denen die unterschiedlichen Anforderungen der Gesellschaft, die unter Reformdruck stehenden Organisation und die Akteure, welche hier mitspielen (müssen), zu einer Form finden. Die Frage, wie Interventionen in Organisationen verarbeitet werden, welche Wirkungen Reformen entfalten, wie neue Initiativen aufgegriffen werden und welche Folgen beispielsweise Umstrukturierungen mit sich bringen, hat dabei viel mit der jeweiligen Kultur zu tun, mit der Organisationen sich selbst und ihre Akteure in ein Verhältnis bringen. In diesem Sinne ist dann Rüegg-Stürms vorangehender Verweis auf Traumatisierung von Organisationskulturen, das heißt die Zerstörung der Fähigkeit, dem Zweck der Krankenbehandlung angemessene Arrangements auszubilden, kaum zu unterschätzen.

Führen wir die einzelnen Stränge der metatheoretischen Sensibilisierung zusammen. In der Evaluation medizinischer Organisationen begegnen wir einerseits einer für die Medizin typischen Unsicherheit (uncertainty) von Diagnose und Therapie, die darüber hinaus durch Unsicherheiten in der Arzt-Patient-

Beziehung angereichert wird. Auf der anderen Seite stehen die Eigenlogiken von Organisationen, die als Entscheidungskommunikation ihrerseits darauf angelegt sind, Mehrdeutigkeiten zu generieren und zu bearbeiten,[34] und gerade deshalb als ‚Treffraum der Gesellschaft' in der Lage sind, die inkommensurablen Ansprüche der unterschiedlichen gesellschaftlichen Funktionssysteme in ein Arrangement zu bringen. Die Verschränkung der Kontexturen von Gesellschaft, Organisation und Interaktion kann auf diese Weise spezifiziert werden, ohne vorfestgelegt zu sein. Welche Form dieses Arrangement annimmt und wodurch dieses reaffirmiert, gefährdet oder modifiziert werden kann, kann nicht aus einer theoretischen Perspektive vom Studiertisch her entschieden werden, sondern verlangt eine sorgfältige *Rekonstruktion* der *Praxis*.

Der Kultbegriff der neo-institutionalistischen Konzeptionen bekommt hiermit eine konkrete Fassung, nämlich als ein implizites Wissen um *praktikable* Arrangements der Krankenbehandlung unter den gegebenen gesellschaftlichen Bedingungen. All das, was derzeit unter dem Blickwinkel der Ökonomisierung der Medizin und den Konzeptionen des New Public Managements diskutiert wird, bekommt auf diese Weise eine theoretische Basis, die näher an der *Logik der Praxis* angeschmiegt ist. Dies steht dann durchaus auch im Einklang mit einer systemtheoretischen Perspektive, welche gegenüber der normativen Perspektive der abendländischen Tradition davon ausgeht, dass im Hinblick auf die Lösung des Problems der Gegenstand der Theorie immer ein stückweit voraus ist. Denn die hiermit verbundenen „Unentscheidbarkeiten und Unbestimmtheiten" werden von „Beobachtern", nämlich „von denjenigen Personen, Konventionen, Praktiken, Skripts und Institutionen, die die genannten Unterscheidungen treffen, in jedem einzelnen Fall erst in Bestimmtheit überführt" (Baecker 2008, 58).

Dokumentarische Evaluationsforschung

Wie kann sich nun eine sozialwissenschaftliche Evaluation in einer angemessenen Weise der Komplexität ihres Gegenstandes stellen? Unter den qualitativen Methoden kommen hier nur die rekonstruktiven Verfahren in Frage, welche von ihrer methodologischer Anlage her auf Latenzen zielen, also über das Erheben und die Kartierung von Inhalten hinausgehen.[35] Die dokumentarische Methode erscheint im Kontext der hier vorgestellten Überlegungen insoweit als einer der leistungsfähigsten methodologischen Ansätze, weil mit ihr sowohl die unterschiedlichen beobachterabhängigen Perspektiven als auch deren Verbindungen im Sinne einer multidimensionalen Typologie abgebildet werden können.[36]

Die dokumentarische Methode unterscheidet dabei zwischen zwei Sinnebenen. Der *immanente* Sinngehalt entspricht den (zweckrationalen) *Um-zu-Motiven* im Sinne des *common sense* und entspricht dabei den stereotypisierten Rollenerwartungen institutionalisierter Kommunikation. Hier agieren Akteure entsprechend rational nachvollziehbaren Handlungsentwürfen.[37] Ihre Motive sind kommunikativ in typologisch abstrahierter Form vermittel- und nachvollziehbar. Dass beispielsweise ein Arzt ein starkes Schmerzmedikament verschreibt, *um* einem Patienten unnötiges Leiden zu ersparen, ist unmittelbar und ohne näheres Verständnis des Kontextes versteh- und kommunizierbar. Als kommunikative Wissensbestände erlauben sie als „Common-Sense-Typenbil-

dung“ die reziproke Antizipation von Rollenerwartung und bilden so ein „Orientierungsschema“ (Bohnsack 1998), um auch ohne konkrete Kenntnisse über die realen Lebensbedingungen des kommunikativen Gegenübers mit diesem rechnen zu können.[38] Demgegenüber zielt der *dokumentarische Sinngehalt* auf einen anderen Modus der Sozialität, nämlich auf „die auf unmittelbarem Verstehen basierende ‚konjunktive‘ Erfahrung“ (Bohnsack 2007, 60f.). Die dokumentarische Methode muss in ihrer Arbeit der Sinnrekonstruktion gerade hier ansetzen.

Da der Sozialforscher – im Gegensatz zum Alltagsverständnis der *Common-Sense-Typenbildung* – in den allermeisten Fällen nicht über die lebensweltliche Erfahrung innerhalb des zu untersuchenden Milieus verfügt, muss er versuchen, diese in seinen Begriffen strukturidentisch zu rekonstruieren. Dies geschieht, indem er in der „genetischen“ oder „dokumentarischen Interpretation“ versucht, den „(für eine Persönlichkeit oder ein Kollektiv typischen) ‚modus operandi‘„ dieser Praxis zu „rekonstruieren“ (Bohnsack 2007, 61f). Ein Forscher hat dann beispielsweise aus der Beobachtung der medizinischen Praxis bzw. aus entsprechend gelagerten interviewbasierten Erhebungen heraus aufzuzeigen, *wie* es dazu kommt, dass ein Patient ohne eine medizinische Indikation ein bestimmtes Medikament verschrieben bekommt. Anlehnend an Karl Mannheim wird hier in der Analyseeinstellung vom Zweck zum Prozess gewechselt. Im Sinne von Luhmanns Beobachtungen zweiter Ordnung werden hier nun „die Prozesse und die Prozessstrukturen der Herstellung von Motivzuschreibungen selbst thematisiert“ (Bohnsack 2001, 228). Erst durch die Unterscheidung zwischen *immanentem* und dokumentarischem *Sinngehalt* lassen sich etwa die wichtigen Divergenzen zwischen den normativen und zweckrationalen Aspekten der Krankenbehandlung gegenüber den systemrationalen und habituellen Dimensionen ärztlichen Handelns herauspräparieren.

Darüber hinaus hat die dokumentarische Methode eine anspruchsvolle Methodologie der Evaluationsforschung ausgearbeitet, in deren Rahmen mittlerweile eine Reihe von Studien entstanden sind (Bohnsack 2006a; Bohnsack 2006b; Bohnsack/Nentwig-Gesemann 2010; Mensching 2007; Nentwig-Gesemann 2006; Streblow 2005; Vogd 2006a).

Mit der dokumentarischen Evaluationsforschung lässt sich erneut an Donabedians Unterscheidung von Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität anknüpfen, diesmal jedoch mit dem Anspruch, eine komplexere Analyse zu wagen, die im Sinne der vorangehenden metatheoretischen Sensibilisierung um die unterschiedlichen systemischen Variablen in der ‚Form der Krankenbehandlung‘ weiß (Baecker 2008). Dabei kann es im Sinne einer praxisrelevanten Evaluation nicht mehr genügen, auf extern gesetzte normative Werte zurückzugreifen. Vielmehr wird es zunächst im ersten Schritt darum gehen müssen, Wertstruktur der untersuchten Akteure und kollektiven Praxen aus der Eigenlogik eben dieser Praxen heraus zu rekonstruieren. Erst danach können sich in einem zweiten Schritt begründete Hinweise ergeben, in welcher Form sich die zu untersuchenden Praxen verändern und mit welchen (paradoxen) Effekten wir in Bezug auf die durchgeführten Interventionen, Reformen und Umstrukturierungen zu rechnen haben. Erst auf Basis eines in dieser Weise differenzierenden methodischen Zugangs lässt sich das aus der Organisationsforschung gut bekannte Problem vermeiden, dass Evaluationen und Qualitätssicherungsmaßnahmen oftmals zwar weitere bürokratische Routinen etablieren, dabei jedoch die eigentliche Logik der Praxis kaum berühren.[39] Wir können uns deshalb hier

nicht mehr auf die Meinungen und Selbstbeschreibungen der Akteure verlassen, sondern haben die latenten Strukturen ihrer Praxis – genauer: das diese Praxis orientierende implizite Wissen – herauszuarbeiten.

Der empirisch vorgehende Organisationsforscher wird hier jedoch schnell feststellen, dass wir es in einer komplexen Organisation wie etwa dem Krankenhaus nicht nur mit einer Logik der Praxis zu tun bekommen, sondern mit unterschiedlichen divergierenden Handlungsorientierungen.[40] Das Problem einer Organisation liegt nun jedoch nicht nur darin, dass jede Akteursgruppe ihre jeweils eigenen Interessen verfolgt, denn dann ließe sich Zusammenarbeit und Kooperation entsprechend dem einfachen Verhandlungsmodell des Rational Choice herstellen, indem die Einzelinteressen dann über Tauschbeziehungen balanciert werden. Aus wissenssoziologischer Perspektive liegt die Schwierigkeit tiefer, denn die unterschiedlichen Akteursgruppen werden sich hinsichtlich ihrer leitenden Orientierungen schlichtweg nicht *verstehen* können, da sie unterschiedliche Erfahrungsräume mit inkommensurablen Handlungsorientierungen bevölkern.

Auch wenn der Verwaltungsangestellte auf der oberflächlichen Ebene die gleichen Interessen haben mag wie der Arzt (etwa dass das Krankenhaus nicht in den Konkurs geht oder dass das öffentliche Image des Hauses nicht in ein schlechtes Licht gerückt wird), wird er die Handlungszwänge seines ärztlichen Kollegen kaum nachvollziehen können. Was dem Arzt medizinisch vernünftig erscheint, wird sich möglicherweise für den Patienten kaum als heilsam darstellen. Hier erscheinen nun divergente Perspektiven, die sich nicht allein dadurch erklären, dass in mikropolitischen Spielen Machtkonstellationen – etwa zwischen Pflege und ärztlichem Bereich – ausgehandelt werden. Auf einer fundamentaleren Ebene divergieren hier schon die Sichtweisen, die Art und Weise, wie Welt gesehen und verhandelt wird. Wir haben es hier mit ‚inkongruenten Perspektiven' (Luhmann) zu tun, die sich nicht einfach am Verhandlungstisch lösen lassen.

Mit der weiteren funktionalen Ausdifferenzierung moderner Organisationen werden dann selbst die unterschiedlichen ärztlichen Fachdisziplinen in ihren Orientierungen signifikant auseinanderdriften. Wie beobachtet, können dann beispielsweise in einem Krankenhaus die Chirurgen, welche gewohnt sind, ihre Entscheidungen innerhalb von Sekunden zu treffen, den Wunsch der Internisten nach einer Besprechung, für die vierzig Minuten angesetzt sind, nur mit einem Kopfschütteln zurückweisen (vgl. Vogd 2004; Vogd 2006a).

Prinzipiell hat die Rekonstruktion der Orientierungen in Organisationen also von *polyzentrischen* Verhältnissen auszugehen. Gerade in dem angestrebten Evaluationsprozess wird es deshalb notwendig sein, die unterschiedlichen Perspektiven der verschiedenen relevanten Akteursgruppen herauszuarbeiten, denn was Qualität aus Perspektive des Patienten bedeutet, muss nicht unbedingt qualitativ hochwertige Medizin aus ärztlicher Sicht darstellen.

Professionelles Ethos – Kolonialisierung oder Entkopplung

Die entscheidenden Fragen könnten dann beispielsweise sein, inwieweit die Medizin und ihre Organisationen weiterhin in dem Sinne autonom bleiben, als sie sich den politischen und ökonomischen Durchgriffen auf ihre Praxis erwehren können bzw. der Kolonisierung ihrer Praxis durch funktionsfremde Sphären eigene Kontrollversuche entgegensetzen können.[41]

Wenn wir beispielsweise verstehen möchten, wie die Internisten eines städtischen Krankenhauses[42] unter den neuen, veränderten gesundheitsökonomischen Rahmenbedingungen arbeiten, dann wird es zunächst darum gehen herauszufinden, was aus Perspektive der Internisten die gute Arbeit eines Internisten auszeichnet. Es wird dann also darum gehen müssen, den *impliziten Ethos* der jeweiligen ärztlichen Gruppe herauszuarbeiten,[43] um dann im zweiten Schritt zu schauen, inwieweit unter den veränderten organisatorischen Bedingungen die entsprechend *dieser* Kriterien definierte Arbeit besser oder schlechter geleistet werden kann. Diese Werthaltung oder Wertorientierungen sind auf der Ebene der Handlungspraxis der Akteure angesiedelt, sind in diese Praxis *implizit* eingelagert, finden sich also eher nicht auf der Ebene *theoretisierender* Diskurse der Akteure *über* ihre Praxis.

Entsprechend haben uns dann weniger die Meinungen und Befindlichkeiten der Ärzte zu interessieren denn die Logik der ärztlichen Praxis und der darin implizierten Werthaltungen. Ein Internist mag zwar über die für ihn unerträglichen Zustände im Krankenhaus klagen, wird aber möglicherweise dennoch aus *internistischer* Sicht weiterhin eine brauchbare Arbeit leisten. Er mag sich zwar ‚persönlich' hochgradig ausgebeutet fühlen, möglicherweise hilft aber gerade seine habituell verankerte Ausbeutbarkeit, den medizinischen Betrieb weiterhin auf hohem Niveau in Betrieb halten, insofern er sich weiterhin als Arzt identifiziert. Wir dürfen hier nicht den auch von ärztlicher Seite zu vernehmenden Common-sense-Kausalitäten folgen, dass weniger Ärzte zwangsläufig eine schlechtere Patientenversorgung mit sich bringen. Stattdessen haben wir anhand der ärztlichen Handlungspraxis zu rekonstruieren, wie sich die neuen Rahmenbedingungen auf die ärztliche Arbeit auswirken.

Auf der Basis der auf dieser Weise rekonstruierten Befunde kann dann in einem zweiten *evaluativen* Schritt geschaut werden, inwieweit diese Veränderungen den rekonstruierten, impliziten Gütekriterien ärztlicher Arbeit zuwiderlaufen. Im Sinne der dokumentarischen Evaluation geht es also vor allem darum, „die Werte derjenigen zu rekonstruieren, die Gegenstand der Evaluation und/ oder anderweitig als Stakeholder beteiligt sind" (Bohnsack 2009, Kap 3), um auf diesem Wege – gleichsam von innen heraus – auf die Dynamik der Veränderungsprozesse zu schließen.

An dieser Stelle wird uns (noch) nicht interessieren, was für den Patienten eine gute Behandlung ausmacht. So stellen beispielsweise Schmerzfreiheit, eine schnelle Entlassung, gute Patienteninformation und freundliche Begegnungsformen aus ärztlicher Sicht keine vorrangigen Kriterien guter Arbeit dar. Umgekehrt werden Patienten in den allermeisten Fällen weder erkennen noch beurteilen können, was aus ärztlicher Sicht den *professionellen* ‚state oft the art' auszeichnet. Untersuchungen über die Patientenzufriedenheit werden nur über die Werthaltungen der Patienten Auskunft geben, informieren jedoch nicht über die ärztliche Kunst. Gleiches gilt selbstredend für die gängigen ökonomischen Parameter medizinischer Institutionen. Kennzahlen wie Liegezeiten, Patientendurchlauf, Bettenbelegung, Personalkostenschlüssel, ‚Casemix', etc. erlauben ebenso wenig Aussagen über die Qualität der ärztlichen Arbeit wie die dokumentierte Einhaltung rechtlicher Vorschriften.

An dieser Stelle beginnt dann die eigentliche Analyse, nämlich die Rekonstruktion, wie sich die ärztliche Arbeit entsprechend der ihr inhärenten Gütekriterien sich in den veränderten Kontexten der Variablen Wirtschaft, Wissenschaft, Recht, Organisation, Interaktion und Mensch verändert. Genau hier hat

sich eine Evaluation dann der Komplexität der Verhältnisse auf Basis empirischer Analysen zu stellen, denn hier entscheidet sich dann konkret, ob die Modalitäten eines neuen Abrechnungssystems seitens der Ärzte genutzt werden können, die *ökonomischen* Modalitäten guter Arbeit abzusichern, ob also die Medizin der *primäre Rahmen* bleibt oder die medizinischen Prozesse den ökonomischen Denkformen subordiniert werden, etwa indem die umfassende ärztliche Fallreflexion nur noch auf dem Papier gefahren wird, während *de facto* die Behandlungsprozesse entsprechend ökonomischer und organisatorischer Optima fragmentiert werden. An dieser Stelle begegnen wir dann auch jenen grundsätzlichen Konflikten, die das ärztliche Ethos berühren. Gerade hier entscheidet sich dann mit Blick auf die intrinsischen Motivationslagen, ob und wie die Ärzte mittelfristig mitspielen werden.

Mit Blick auf den *rechtlichen* Rahmen entscheidet sich hier etwa aus Perspektive der *Patienten*, ob das die Arzt-Patient-Beziehung fundierende Vertrauen trägt, um das im Einzelfall therapeutisch Sinnvolle anzugehen, oder ob das Behandlungssetting in ein Regime des Misstrauens umkippt, in dem dann auch von *ärztlicher* Seite haftungsrechtliche Fragen und eine defensive Orientierung an Leitlinien und Standards zum dominanten Rahmen werden.

Standards und Organisationskultur

Mit Blick auf die hier geforderte, jedoch im Sinne der hier vorgestellten Systematik durchaus leistbare Komplexität der Analyse, wird deutlich, dass die Einführung von auf Effizienz zielenden Kalkülen oder auf an Qualitätsstandards orientierten Leitlinien nicht per se gut oder schlecht ist (vgl. auch Timmermans/ Berg 2003). Es ist also wenig sinnvoll entsprechend eines linearen Kausalitätsmodells, den Erfolg diesbezüglicher Maßnahmen nur an deren erfolgreiche Implementation zu koppeln.[44] Anstelle wie in den gängigen gesundheitswissenschaftlichen Evaluationsprojekten zu schauen, ob die Leitlinien bekannt sind und korrekt implementiert sind oder ob die Fallpauschalen korrekt kodiert und abgerechnet werden, ist hier der Blick auf die systemische Dynamik gefordert. Entscheidend ist hier der Blick auf das Umkippen einer medizinischen Kultur, in der dann etwa von einer Patientenorientierung auf Defensivmedizin, das heißt einer diagnostischen Absicherung, die vorrangig rechtlichen und weniger patientenorientierten Kriterien folgt, umgeschaltet wird, oder – um nochmals auf Rüegg-Stürm zurückzugreifen, ein Punkt erreicht ist, an dem „die hohe intrinsische Motivation" der Mitarbeiter „verheizt und die entsprechenden Organisationskulturen ‚traumatisiert' worden sind (Rüegg-Stürm 2007, 3464f.).

Für die entscheidende Frage, wie Institutionen des Gesundheitswesens produktiv und sinnvoll mit dem wachsenden Effizienzdruck umgehen, fehlt den gesundheitswissenschaftlichen Diskursen bislang ein angemessenes Sensorium. Gerade hier kann eine sich als *qualitativ* verstehende Evaluationsforschung ansetzen.

Im Sinne der vorangehenden Ausführungen wird es im Krankenhaus notwendigerweise unterschiedliche Stakeholder geben, deren Perspektiven nicht unbedingt in Deckung gebracht werden können, sondern für die jeweils unterschiedliche Systemreferenzen den primären Rahmen darstellen. In der dokumentarischen Evaluation wird die Analyseperspektive zunächst auf die Selbstreferenz der jeweiligen Akteursgruppen gelegt werden. Sind die entsprechenden

Orientierungen und Unterscheidungen herausgearbeitet, lassen sich diese zueinander in Beziehung setzen. Genauer geht es darum, *einerseits* die Relation von – expliziten – Bewertungen und – impliziten, in die Praxis eingelagerten – Werthaltungen innerhalb der jeweiligen Akteurs- und Stakeholdergruppen und *andererseits* die Relationen zwischen den Praxen und Werthaltungen der unterschiedlichen Stakeholdergruppen zu rekonstruieren (Bohnsack 2006b, Kap 4.; und Bohnsack 2009, Kap. 6).

Die dokumentarische Interpretation weist dabei den Weg, um die jeweiligen Bezugsprobleme herauszuarbeiten. In einem weitergehenden Prozess der Evaluation lassen sich dann als Nebeneffekt der komparativen Analyse alternative Arrangements und Lösungswege dagegenhalten, um dann schließlich auch auf fundierter Basis die Frage nach der *besseren* Praxis stellen zu können. Die Ergebnisse erscheinen dann als mehrschichtige Analyse, die der *polyzentrischen* und *polykontexturalen* Natur der Abläufe in Organisationen gerecht zu werden versucht.

Das Ergebnis einer solchen Evaluation zielt dann gewissermaßen auf etwas, was mit guten Gründen als *Kultur* einer Organisation bezeichnet werden kann, wenn man unter ‚Organisationskultur' jene subtileren performativen Alltagspraxen verstehen, die darauf angelegt sind, unterschiedliche und teilweise sogar gegenläufige Orientierungen zu integrieren.45 Zu denken ist hier vor allem an all die habitualisierten und routinierten Prozeduren, um Probleme einer Lösung zuzuführen, anstatt sie in potentiell destruktive Prozesse einmünden zu lassen.

Hiermit rückt dann auch die Performativität der in der innermedizinischen Praxis angewandten Evaluationswerkzeuge stärker in den Mittelpunkt. Mit Power (1997) stellt sich hiermit die Frage, inwieweit die hier angewendeten Instrumente die Praxis der Medizin kolonialisieren, welche Strategien und Taktiken der Entkoppelung von den Akteuren angewandt werden und was dies für Folgen für die Krankenbehandlung mit sich bringt.

Die Reflexion auf die in der Form der Krankenbehandlung aufgeführten Variablen zeigt sich dabei als eine sinnvolle Heuristik, um die Komplexität der hier potenziell zur Geltung kommenden Reflexionsverhältnisse auf ein praktikables Maß zu reduzieren. Mit dem Blick auf den *Modus operandi* der sich hieraus ergebenden *kulturellen Eigenwerte* der beteiligten Organisationen und des jeweiligen *Ethos* der dominanten professionellen Gruppen bleibt die Rekonstruktion der Handlungsorientierungen der beteiligten Orientierungen unabdingbar – und gerade hierin liegt dann die vornehmliche Aufgabe einer der Komplexität seines Gegenstandes gerecht werdenden rekonstruktiven Evaluationsforschung.

Auf die Darstellung möglicher Forschungsdesigns zur dokumentarischen Evaluationsforschung wird hier bewusst verzichtet, um nicht vorschnell das breite Spektrum intelligenter Fragestellungen, die sich mit den Möglichkeiten der hier eröffneten Perspektiven ergeben, zugunsten kochbuchartiger Rezepte zu schließen. Der geneigte Leser sei hier auf die referierten Studien verwiesen, um weitere Anregungen zu bekommen.

Anmerkungen

1 Doch schon in der Weber'schen Konzeption der bürokratischen Herrschaft angelegt erscheint nun das Dilemma, dass Bürokratie und Organisation im Hinblick auf ihre vermeintlichen Zwecke selbst dysfunktional wirken können. Siehe beispielsweise zu

den Problemen der Verzahnung von Leistungsvollzügen im Krankenhaus (vgl. Mayntz/ Rosewitz 1988).

2 Siehe beispielhaft für die Medizin Sacket et al. (1999), für die Sozialarbeit McNeece und Thyer (2004) und zu einer kritischen Reflexion der Bewegung der ›evidence based practice‹ Schwandt (2005) und Vogd (2002).

3 Man denke hier etwa an Donabedians Paradigma, dass die Strukturqualität einen Prädiktor für die Prozessqualität und diese wiederum einen Prädiktor für die Ergebnisqualität darstellt (Donabedian 1980).

4 Vgl. Donabedian (1980).

5 Die Beurteilung von Interventionen und Programmen läuft dann anhand entsprechend operationalisierbarer Ziele (1), einer epidemiologischen Beurteilung, bzw. einer »epistemologischen Wirksamkeitsüberprüfung« (2), der Beurteilung »einzelner Handlungssysteme – etwa einzelner klinischer Arbeitsschritte eines Arztes oder einzelner Pfleger« mittels »vorgegebener Standards bzw. Leitlinien« (3), sowie dem »Vergleich einzelner Arbeitsleistungen« mittels standardisierter Kennziffern (4) (Badura 1999, 29).

6 Siehe zum Überblick Hasse und Krücken (1999) sowie Powell und die Maggio (1991).

7 Siehe zu einer professionstheoretischen Ausarbeitung im Anschluss an Parsons in diesem Zusammenhang vor allem die diesbezüglichen Arbeiten von Oevermann (2000).

8 Siehe zu den Problemen der organisierten Medizin Saake/Vogd (2008).

9 Die Gründe hierfür sind vielfältig und liegen ebenso in der Entwicklung des medizinisch-technischen Fortschritts als auch in gesellschaftlichen Variablen (vgl. Bodenheimer 2005a; 2005b; 2005c).

10 Siehe zu den diesbezüglich voranschreitenden US-amerikanischen Verhältnissen (Scott, et al. 2000).

11 Der Formbegriff geht auf Spencer Braun zurück, der hiermit ein Notationsschema zur Verfügung stellt, um Reflexionsverhältnisse in Form von ineinander verschachtelten Kontexten darstellen zu können (vgl. Lau 2005). Insbesondere Baecker benutzt den Formkalkül zur Modellierung komplexer kommunikativer Prozesse (Baecker 2005).

12 Diese Funktion »›arbeitet‹ mit fünf Variablen (›Körperzustand‹, ›Körperveränderung‹, ›Interaktion‹, ›Organisation‹, ›Gesellschaft‹) im Kontext von fünf Konstanten (den Unterscheidungen der fünf Variablen zuzüglich der Unterscheidung der Innenseiten der Form von ihrer Außenseite) und einem Wiedereintritt (re-entry) der Form in die Form, der Transformation vom Krankenhaus zum Netzwerk des Gesundheitssystems, in dem das Krankenhaus eine neuartige Rolle erhält, die jedoch nach wie vor abhängig ist von der einmal gewählten Form. Wir wählen diese Notation, weil sie es uns ermöglicht, Abhängigkeiten zwischen den Variablen zu beschreiben, ohne diese Variablen auf kausale Beziehungen festlegen zu müssen. Sie stehen stattdessen in ›kommunikativen‹ Beziehungen zueinander [...] Sie konstituieren im Kontext ihrer Unterscheidungen ein eigenes Netzwerk, das aus Unentscheidbarkeiten und Unbestimmtheiten besteht, die von Beobachtern, nämlich von denjenigen Personen, Konventionen, Praktiken, Skripts und Institutionen, die die genannten Unterscheidungen treffen, in jedem einzelnen Fall erst in Bestimmtheit überführt werden (Kauffman 1978). Die ›Form‹ der Krankenbehandlung bildet auf diese Art und Weise den ›Eigenwert‹ (von Foerster 1993) einer medizinischen Praxis, der rekursiv und iterativ immer wieder neu bestätigt wird, so sehr auch die Anlässe und Umstände, die Sicherheiten und Unsicherheiten dieser Praxis variieren« (Baecker 2008, 47).

13 Vgl. Luhmann (1990).

14 So spricht dann auch Gadamer (1993) von der »Verborgenheit der Gesundheit«.

15 Siehe etwa aus medizininterner Perspektive Fisher (1999) und diesbezüglich zur evidence based medicine aus Perspektive unterschiedlicher gesellschaftlicher Kontexturen Vogd (2002).

16 Vgl. Luhmann (1983)

17 Vgl. Schubert/Vogd (2008). Siehe auch Freidson (2001).

18 So dann auch Thomas Fuchs (2002).

19 Behrens.

20 Siehe zu den amerikanischen Rechtsverhältnissen, die sich dann auch in ihrer gesundheitssystemischen Dynamik erheblich von den Bedingungen in Europa unterscheiden Roberto (2003).

21 Hierzu Samuel et al. (2005) im Orginal: »By putting a price on the DRGs devised by engineers, the law created a commodity out of an industrial product. The engineers had transformed medical practice into a measurable product. The economists had theoretically elaborated reasons for thinking about professional services as if they were commodities. But it was the law that joined the product without a market to the market that had no product. The legalized market in DRGs ignited a simmering revolution in health care finance that swept ›through the health care system like fire through parched underbrush‹ […]. DRG-PPS increased and strengthened such other innovations as hospitalspecific contracts, deductibles and coinsurance, HMOs and PPOs that delivered medical services to the market« (Samuel/Dirsmith/McElroy 2005, 269).
22 Vgl. Luhmann (2000b).
23 Dies ist etwa immer dann notwendig, wenn Patienten zum Sterben in ein Akutkrankenhaus kommen, in dem offiziell keine Sterbebegleitung geleistet werden kann. Vgl. Vogd (2004, 339ff.).
24 Vgl. Küpper/Ortmann (1992).
25 Siehe zur Problematik der Verantwortung aus einer ideologiekritischen Perspektive Schmidt (2007).
26 Noch Talcott Parsons hat diesem in der Rekonstruktion der Patientenrolle eine passive Stellung zugewiesen. Im Vordergrund stand allein die Pflicht, wieder gesund zu werden, um der Gesellschaft nicht über Gebühr hinaus zur Last zu fallen (Parsons 1958).
27 Vgl. Vollmann/Winau (1996).
28 Insbesondere das Modell des shared decision making ist zum politisch korrekten Standard der Arzt-Patient-Beziehung geworden (s. etwa Klemperer 2003), wenngleich die empirische Komplexität der Machtverhältnisse dieser Beziehung hier ausgeblendet bleibt (siehe zur Kritik und diskursthetischen Erweiterung des Modells Kettner/Kraska 2009).
29 Vgl. Stollberg (2008).
30 Um mit Peter Fuchs (2007) zu sprechen: Der Patient wird zum polykontexturalen Adressformat.
31 Siehe zu einer diesbezüglich differenzierten Betrachtung der Arzt-Patient-Beziehung auf Basis qualitativer Untersuchungen Begenau/Schubert/Vogd (2009).
32 Vgl. Auch Saake (2003) und Vogd (2005).
33 Vgl. Ristow (2003) im Deutschen Ärzteblatt.
34 Vgl. March (1994).
35 Siehe zur Differenzierung der rekonstruktiven von den qualitativen Verfahren vor allem Bohnsack (2007).
36 Vgl. Bohnsack (2001).
37 Die Unschärfe des Weber'schen Handlungsbegriffs wurde durch Alfred Schütz durch die Differenzierung zwischen „Weil-" und „Um-zu-Motiven" konkretisiert. Letztere basieren auf einem Handlungsentwurf, einem Orientierungsplan, der dem Verhalten vorgeschaltet ist. Siehe hierzu auch Grathoff (1995: 251ff.).
38 Die »Common-Sense-Typenbildung« hat eine zweckrationale Architektur und folgt dabei einer deduktiven Logik. In der Zweck-Mittel-Relation wird hier der Handlungsentwurf bzw. das Handlungsmotiv von der Handlungspraxis abgetrennt. Die Akteure »objektivieren oder verdinglichen« innerhalb dieser Zuschreibung sozusagen ihr eigenes Handeln. Diese Art der »Typisierung von Orientierungsschemata« findet sich einerseits »im Bereich der Common-Sense-Theoriebildungen«, andererseits »dort, wo Ablaufprogramme des Handelns in objektivierter und normierter Form vorgeschrieben sind, also im Bereich des institutionalisierten und rollenförmigen Handelns« (Bohnsack 2001: 229).
39 Siehe zum Problem des ›Papiertigers‹ etwa die Ausführungen von Günther Ortmann zur ISO-9000-Zertifizierung (Ortmann 2003, 181). Vergleiche auch die Arbeiten von Michael Power (1997).
40 In Variation von Bourdieu (1985) lässt sich sagen: ›Was den Verwaltungsangestellten auf Trab bringt, lässt den Arzt kalt‹.
41 Vgl. zur Beziehung von *colonization* und *decoupling* in wohlfahrtsstaatlichen Institutionen Power (1997, 94ff.).
42 Mit Blick auf die primärmedizinische, spezialisierte ambulante und die stationäre internistische Versorgung können sich die ärztlichen Orientierungen eines Internisten

erheblich unterscheiden. An dieser Stelle ist von einer internistischen Station eines Allgemeinkrankenhauses der Maximalversorgung die Rede, in dem dann Alkohol-, Herz-, Kreislauf-, Atemwegs-, Diabeteserkrankungen sowie in geringerem Maße auch onkologische Diagnosen abzuklären sind.

43 Siehe zur Bedeutung des medizinischen Ethos insbesondere auch die Arbeiten von Freidson (z.B. 1975; 1979), insbesondere aber auch seine letzte Monografie, in der die Rolle der Profession wertschätzend gegenüber der wirtschaftlichen und bürokratischen Handlungslogik herausgearbeitet wird (Freidson 2001).

44 Genau dies geschieht dann in den gängigen gesundheitswissenschaftlichen Evaluationsprojekten: Man schaut, ob die Leitlinien implementiert bzw. angewendet werden

45 Siehe zu Ansätzen einer diesbezüglichen Entfaltung des Organisationskulturbegriffs auf Basis einer rekonstruktiven Studie zur Reformation der niedersächsischen Polizei Anja Mensching (2007).

Literatur

Badura, Bernhard (1999): Evaluation und Qualitätsberichterstattung im Gesundheitswesen – Was soll bewertet werden und mit welchen Maßstäben? In: Bernhard Badura/ Johannes Siegrist (Hrsg.), Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Ergebnisse. Weinheim München (Juventa), S. 15-42.

Baecker, Dirk (2005): Form und Formen der Kommunikation. Frankfurt/Main (Suhrkamp).

Baecker, Dirk (2008): Zur Krankenbehandlung ins Krankenhaus. In: Irmhild Saake/ Werner Vogd (Hrsg.), Moderne Mythen der Medizin. Studien zu Problemen der organisierten Medizin. Wiesbaden (VS-Verlag), S. 32-62.

Begenau, Jutta/Schubert, Cornelius/Vogd, Werner (2009): Die Arzt-Patient-Beziehung. Stuttgart (Kohlhammer).

Behrens, Johann: Soziologie der Pflege und Soziologie der Pflege als Profession: die Unterscheidung von interner und externer Evidence. In: Klaus R. Schroeter/Thomas Rosenthal (Hrsg.), Soziologie der Pflege. Weinheim (Juventa), S. 51-70.

Bodenheimer, Thomas (2005a): High Rising Health Care Costs. Part 1: Seeking an explanation. Annals of Internal Medicine 142, 847-854.

Bodenheimer, Thomas (2005b): High Rising Health Care Costs. Part 2: Technology Innovation. Annals of Internal Medicine 142, 932-937.

Bodenheimer, Thomas (2005c): High Rising Health Care Costs. Part 3: The Role of Health Care Provider. Annals of Internal Medicine 142, 996-1002.

Bohnsack, Ralf (1998): Rekonstruktive Sozialforschung und der Grundbegriff des Orientierungsmusters. In: D. Siefkes/P. Eulenhöfer/H. Stach/K. Städtler (Hrsg.), Sozialgeschichte der Informatik. Kulturelle Praktiken und Orientierungen. Wiesbaden (Deutscher Universitätsverlag), S. 105-121.

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. Opladen (Leske + Budrich), S. 225-252.

Bohnsack, Ralf (2006a): Mannheims Wissenssoziologie als Methode. In: Dirk Tänzler/Hubert Knoblauch/Hans-Georg Soeffner (Hrsg.), Neue Perspektiven der Wissenssoziologie. Konstanz (UVK), S. 271-291.

Bohnsack, Ralf (2006b): Qualitative Evaluation und Handlungspraxis. Grundlagen dokumentarischer Evaluationsforschung. In: Uwe Flick (Hrsg.), Qualitative Evaluationsforschung. Reinbeck (rororo), S. 135-182.

Bohnsack, Ralf (2007): Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden. 6. Aufl. Opladen (UTB).

Bohnsack, Ralf (2009): Dokumentarische Evaluationsforschung. Theoretische Grundlagen und Beispiele aus der Praxis. Erscheint in: Ralf Bohnsack/Iris Nentwig-Gesemann

(Hrsg.), Qualitative Evaluationsforschung und dokumentarische Methode. Opladen und Farmington Hills (Barbara Budrich).
Bohnsack, Ralf/Nentwig-Gesemann, Iris (2010): Dokumentarische Evaluationsforschung. Theoretische Grundlagen und Beispiele aus der Praxis. Opladen (Budrich).
Bourdieu, Pierre (1985): Sozialer Raum und »Klassen«. Leçon sur la leçon. Zwei Vorlesungen. Frankfurt/Main (Suhrkamp).
Brunsson, Nils (1989): Organization of Hypocrisy: Talk, Decisions and Actions in Organizations. Chichester et al. (Wiley).
Cicourel, Aaron V. (1987): Cognitive and Organizational Aspects of Medical Diagnostic Reasoning. Discourse Processes 10, 347-367.
Cicourel, Aaron V. (1990): The Integration of Distributed Knowledge in Collaborative Medical Diagnosis. In: J.; Kraut Galegher, R. E.; Egido, C. (Hrsg.), Intellectual Teamwork. Social and Technological Foundations of Cooperative Work. Hillsdale, New Jersey (Lawrence Erlbaum Associates), S. 221-241.
Cochrane, Archibald Leman (1973): Effectiveness and efficiency: random reflections on health service. London (Nuffield Provincial Hospitals Trust).
DeKay, Michael L./Asch, David A. (1998): Is the defensive use of diagnostic tests good for patients or bad? Medical Decision Making 18, 19-28.
Donabedian, Avedis (1980): Explorations in quality assessment and monitoring. Vol 1: The definition of quality and approaches to its assessment. Michigan (Ann Arbor).
Fisher, Elliott S./Welsh, Gilbert H. (1999): Avoiding the unintended consequences of growth in medical care: how might more be worse? Journal of American Medical Association (JAMA) 281, 446-453.
Fox, Renée (1969): Training for Uncertainty. In: R. K. Merton/G. G. Reader/P. L. Kendall (Hrsg.), The Student Physician. Intruductory Studies in the Sociology of Medical Education. Cambridge Massachusetts, (Harvard Univ. Press.), S. 207-241.
Freidson, Eliot (1975): Doctoring together. A study of professional social control. New York (Elsevier).
Freidson, Eliot (1979): Der Ärztestand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession. Stuttgart (Enke).
Freidson, Eliot (2001): Professionalism. The third logic. Cambridge, Mass. (Polity Press).
Fuchs, Thomas (2002): Der Begriff der Person in der Psychiatrie. Der Nervenarzt 73, 239-246.
Gadamer, Hans-Georg (1993): Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge. Frankfurt/Main (Suhrkamp).
Goffman, Erving (1996): Rahmen-Analyse. Ein Versuch über die Organisation von Alltagserfahrungen. Frankfurt/Main (Suhrkamp).
Hasse, Raimund/Krücken, Georg (1999): Neo-Institutionalismus. Bielefeld (Transkript Verlag).
Illich, Ivan (1995): Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens. München (Beck).
Kettner, Matthias/Kraska, Mathias (2009): Kompensation von Arzt-Patient-Asymmetrien. Ein Ansatz für eine klinisch relevante Modellierung. In: Jochen Vollmann/Jan Schildmann/Alfred Simon (Hrsg.), Klinische Ethik. Aktuelle Entwicklungen in Theorie und Praxis. Frankfurt/Main (Campus), S. 243-259.
Klemperer, David (2003): Arzt-Patient-Beziehung. Deutsches Ärzteblatt 100, A-753.
Küpper, Willi, Ortmann, Günther (1992): Mikropolitik. Rationalität, Macht und Spiele in Organisationen. Opladen (Westdeutscher Verlag).
Lau, Felix (2005): Die Form der Paradoxie. Eine Einführung in die Mathematik und Philosophie der "Laws of the Form" von Spencer Brown. Heidelberg (Carl-Auer Verlag).
Lowe, Alan (2001): Casemix accounting systems and medical coding – Organisational actors balanced on "leaky black boxes". Journal of Organizational Change Management 14, 79-100.
Luhmann, Niklas (1983): Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht. In: Phillip Herder-Dorneich/Alexander Schuller

(Hrsg.), Die Anpruchsspirale. Schicksal oder Systemdefekt? Stuttgart Berlin Köln (Kohlhammer), S. 28-49.
Luhmann, Niklas (1990): Der medizinische Code. In: N. Luhmann (Hrsg.), Soziologische Aufklärung, Konstruktivistische Perspektiven. Opladen (Westdeutscher Verlag), S. 183-195.
Luhmann, Niklas (2000a): Die Politik der Gesellschaft. Frankfurt/Main (Suhrkamp).
Luhmann, Niklas (2000b): Organisation und Entscheidung. Opladen (Westdeutscher Verlag).
March, James G./Olsen, Johann P. (1994): Ambiguity and Choice in Organizations. Oslo
Mayntz, Renate/Rosewitz, Bernd (1988): Ausdifferenzierung und Strukturwandel des deutschen Gesundheitssystems. In: Renate Mayntz/Bernd Rosewitz/Uwe Schimank/Rudolf Stichweh (Hrsg.), Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme. Frankfurt/Main (Campus), S. 117-180.
McNeece, Aaron C./Thyer, Bruce A. (2004): Evidence-Based Practise and Social Work. Journal of Evidence-Based Social Work 1, 7-24.
Mensching, Anja (2007): Gelebte Hierarchien: Mikropolitische Arrangements und organisationskulturelle Praktiken am Beispiel der Polizei. Wiesbaden (VS Verlag).
Meyer, J. W; Scott, W. R. (1992): Organizational Environments. Rituals und Rationality. Newbury Park (Sage).
Meyer, John W./Rowan, Brian (1977): Institutionalized Organizations: Formal Structures as Myth and Ceremony. American Journal of Sociology 83, 233-263.
Meyer, Marshall W. (1989): Permanently Failing Organizations. Newbury Park/CA (Sage).
Nentwig-Gesemann, Iris (2006): Dokumentarische Evaluationsforschung. In: Uwe Flick (Hrsg.), Qualitative Evaluationsforschung. Reinbeck (rororo), S. 159-182.
Oevermann, Ulrich (2000): Mediziner in SS-Uniformen: Professionalisierungstheoretische Deutung des Falles Münch. In: H. Kramer (Hrsg.), Die Gegenwart der NS-Vergangenheit. Berlin Wien (Philo Verlagsgesellschaft), S. 18-76.
Ortmann, Günther (2003): Organisation und Welterschließung. Dekonstruktionen. Wiesbaden (Westdeutscher Verlag).
Ortmann, Günther (2004): Als Ob. Fiktionen und Organisationen. Wiesbaden (VS Verlag).
Øvretveit, John (2002): Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen. Einführung in die Bewertung von gesundheitsbezogenen Behandlungen, Dienstleistungen, Richtlinien und organisationsbezogenen Interventionen. Bern Göttingen Toronto Seattle (Hans Huber).
Powell, Walter W./DiMaggio, Paul J. (Hrsg.) (1991): The New Institutionalism in Organizational Analysis. Chicago (University of Chicago Press).
Power, Michael (1997): The Audit Society. Rituals of Verification. Oxford (Oxford University Press).
Richter, Holger (2008): Stationäre Versorgung – Das Krankenhaus in der Postmoderne. Deutsches Ärzteblatt 105, A 1329-1333.
Ristow, Michael/Tschöp, Matthias/Arlt, Wiebke/Anker, Stefan D. (2003): Medizinische Forschungsbedingungen in Deutschland: Eine Aufforderung auszuwandern. Deutsches Ärzteblatt 100, A-1916.
Roberto, Vito (2003): Haftpflichtrisiken bei Geschäftsbeziehungen zu den USA. In: Alfred Koller (Hrsg.), Haftpflicht und Versicherungsrechttagung 2003: Tagungsbeiträge. St. Gallen (Verlag Institut für Haftpflicht- und Versicherungsrecht), S. 141-158.
Rohde, Johann Jürgen (1974): Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin. Stuttgart (Ferdinand Enke).
Rüegg-Stürm, Johannes (2007): Die Prozessqualität ist die Grundlage. Wege zu einer besseren Kosteneffizienz von Krankenhäusern. Deutsches Ärzteblatt 50, A 3464-3467.
Saake, Irmhild (2003): Die Performanz des Medizinischen. Zur Asymmetrie in der Arzt-Patienten-Interaktion. Soziale Welt 54, 429-446.
Saake, Irmhild/Vogd, Werner (2008): Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung. Wiesbaden (VS-Verlag).
Sackett, David L./Rosenberg, William M. C./Richardson, Scott R./Haynes, R. Brian (1999): Evidenzbasierte Medizin. EBM-Umsetzung und Vermittlung. München Bern Wien (Zuckerschwerdt).

Samuel, Sajay/Dirsmith, Mark W./McElroy, Barbara (2005): Monetized medicine: from physical to the fiscal. Accounting Organizations and Society 30, 249-278.
Schmidt, Bettina (2007): Eigenverantwortung haben immer die anderen. Der Verantwortungsdiskurs im Gesundheitswesen. Bern (Huber Verlag).
Schubert, Cornelius/Vogd, Werner (2008): Die Organisationsform der Krankenbehandlung. Von der privatärztlichen Konsultation zur vernetzten Behandlungstrajektorie. In: Volker E. Amelung/Jörg Sydow/Arnold Windeler (Hrsg.), Vernetzung im Gesundheitswesen – Wettbewerb und Kooperation. Stuttgart (Kohlhammer), S. 25-49.
Schütz, Alfred (2004): Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt. Eine Einleitung in die verstehende Soziologie. Konstanz (KUV).
Schwandt, Thomas A. (2005): The Centrality of Practice to Evaluation. American Journal of Evaluation 26, 95-105.
Scott, W. Richard/Ruef, Martin/Mendel, Peter J./Caronna, Carol R. (2000): Institutional Change and Healthcare Organizations. From Professional Dominance to Managed Care. Chicago (The University of Chicago Press).
Siegrist, Johannes (1999): Chancen und Grenzen sozialwissenschaftlicher Evaluationsforschung im Gesundheitswesen. In: B. Badura/J. Siegrist (Hrsg.), Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Ergebnisse. Weinheim (Juventa), S. 15-43.
Stollberg, Gunnar (2008): Kunden der Medizin. Der Mythos vom mündigen Patienten. In: Irmhild Saake/Werner Vogd (Hrsg.), Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung. Wiesbaden (VS-Verlag), S. 345-362.
Streblow, Claudia (2005): Schulsozialarbeit und Lebenswelten Jugendlicher. Ein Beitrag zur dokumentarischen Evaluationsforschung. Opladen (Verlag Barbara Budrich).
Timmermans, Stefan/Berg, Marc (2003): The Gold Standard. The Challange of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care. Philadelphia (Temple University Press).
Vogd, Werner (2002): Professionalisierungsschub oder Auflösung ärztlicher Autonomie. Die Bedeutung von Evidence Based Medicine und der neuen funktionalen Eliten in der Medizin aus system- und interaktionstheoretischer Perspektive. Zeitschrift für Soziologie 31, 294-315.
Vogd, Werner (2004): Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität: Eine qualitativ rekonstruktive Studie. Berlin (VWF).
Vogd, Werner (2005): Medizinsystem und Gesundheitswissenschaften. Rekonstruktion einer schwierigen Beziehung. Soziale Systeme 11, 236-270.
Vogd, Werner (2006a): Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Eine dokumentarische Evaluation aus Perspektive der ärztlichen Akteure. Huber Verlag (Bern).
Vogd, Werner (2006b): Verändern sich die Handlungsorientierungen von Krankenhausärzten unter den neuen organisatorischen und ökonomischen Rahmenbedingungen? Ergebnisse einer rekonstruktiven Längsschnittstudie. Sozialer Sinn 2002, 197-231.
Vogd, Werner (2007): Von der Organisation Krankenhaus zum Behandlungsnetzwerk? Untersuchungen zum Einfluss von Medizincontrolling am Beispiel einer internistischen Abteilung. Berliner Journal für Soziologie 17, 97-119.
Vogd, Werner (2009a): Rekonstruktive Organisationsforschung: Qualitative Methodologie und theoretische Integration. Opaden (Verlag Barbara Budrich).
Vogd, Werner (2009b): Systemtheorie und Methode? Zum komplexen Verhältnis von Theoriearbeit und Empirie in der Organisationsforschung. Soziale Systeme 15, 97-136.
Vollmann, J./Winau, R. (1996): History of informed medical consent. Lancet 347, 410.
Weick, Karl E. (1998): Der Prozeß des Organisierens. Frankfurt/Main (Suhrkamp).
Willke, Helmut (2001): Systemtheorie III: Steuerungstheorie. Grundzüge einer Theorie der Steuerung komplexer Sozialsysteme. Stuttgart.