

2. Bezugsrahmen und Vorgehen

2.1 Erkenntnistheoretischer Bezugsrahmen

2.1.1 Anwendungsorientierte Wissenschaft und Konstruktivismus

Die Arbeit kann der anwendungsorientierten Sozial-/Wissenschaft nach Hans Ulrich zugeordnet werden (vgl. Ulrich 2001a:29ff, 45 Abb. 2, Ulrich 2001b:56), da gilt:

- Es wird ein Problem aus der Praxis aufgegriffen:²³ Die Notwendigkeit zur Schaffung von krankheitsorientierten Zentren bzw. Strukturen an Universitätsspitalen, in denen komplexe Krankheiten durch – unter anderem – die Kooperation unterschiedlicher Wissensträger in Krankenversorgung, Forschung und Lehre bestmöglich versorgt werden können.
- Zur Lösung dieses Problems liegt kein zufriedenstellendes Wissen vor: Das in der Literatur verfügbare Wissen zur Gestaltung von krankheitsorientierten Zentren in Universitätsspitalen ist aufgrund der dargelegten Defizite nicht ausreichend.
- Zur Lösung des Praxisproblems wird ein Strukturmodell erarbeitet, das zur Veränderung der sozialen Wirklichkeit hin zu krankheitsorientierten Zentren in Universitätsspitalen genutzt werden kann. Dies wird möglich, in dem das Modell Antworten auf die zwei Forschungsfragen gibt.

Die Denkweise der anwendungsorientierten Wissenschaft deckt sich mit den konstitutiven Elementen einer konstruktivistischen Erkenntnistheorie nach von Foerster (Kybernetik 2. Ordnung)²⁴ und von Glasersfeld (Radikaler Konstruktivismus) (vgl. von Foerster 2006, von Glasersfeld 2006).²⁵ Eine solche konstruktivistische Position ist eine *vielversprechende erkenntnistheoretische Basis zur Betrachtung und Gestaltung von Krankheitsorientierung und Interdisziplinarität/-professionalität* (s. 2.1.2).

²³ Mit Praxis ist menschliches Verhalten gemeint, das immer im Rahmen sozialer Systeme stattfindet, also im Kontext von Menschen und Organisationen (vgl. Ulrich 2001a:25).

²⁴ Konstruktivismus und Kybernetik 2. Ordnung gelten als Synonyme (vgl. Schwaninger 2009:8977).

²⁵ Die Erkenntnistheorie bzw. Epistemologie (aus dem Griechischen *epistémē* für Erkenntnis, Wissen, Wissenschaft und *lógos* für Lehre) beantwortet die Frage, wie Wissen und Erkenntnis zustande kommen (vgl. Simon 2006:9).

Die konstitutiven Elemente einer konstruktivistischen Erkenntnistheorie und einer auf dieser basierenden Forschung können in fünf Punkten zusammengefasst werden (vgl. für einen Überblick konstruktivistischer Theorien Rüegg-Stürm 2003a:27):²⁶

1. *Wirklichkeit und Erkenntnis sind beobachterabhängig und werden aktiv konstruiert:* Wirklichkeit ist nicht objektiv gegeben, da sie nicht beobachter- und damit subjektunabhängig ist (vgl. Ulrich 2001a: 39f, von Foerster/Pörksen 2004:155, von Glasersfeld 2006:12). Wie bei allen autopoietischen, operationell geschlossenen °Systemen²⁷ wird Wirklichkeit und damit Erkenntnis in einem aktiven, kontextabhängigen Konstruktionsprozess erfunden, d.h. in einem Zusammenspiel biologischer und kognitiver Eigenschaften des menschlichen Erkenntnisapparates sowie sozialer Interaktion (vgl. von Foerster/Pörksen 2004:70, von Foerster 2006:58).²⁸ Informationen können daher aus konstruktivistischer Sicht auch nicht ‚übermittelt‘ werden – sie ‚entstehen‘ vielmehr bei einem Empfänger, was das hermeneutische Grundprinzip, gemäss dem der Hörer (nicht der Sprecher) die Bedeutung einer Aussage bestimmt, zum Ausdruck bringt (vgl. von Foerster/Pörksen 2004:156).²⁹
2. *Jede Beobachtung beginnt mit einer Unterscheidung:* Dieser kontextabhängige Prozess der Wirklichkeitskonstruktion beginnt bei allen Systemen mit einem Akt des Unterscheidens. So bestimmt die (nicht immer bewusste) Wahl der Unterscheidung, was (nicht) beobachtet werden kann (vgl. von Foerster 2006:53, von Glasersfeld 2006:21, originär Spencer-Brown 1971). Dabei führt nur der Positivwert einer Unterscheidung zum Handeln des beobachtenden Systems (vgl. Luhmann 2005: 178). Das Spital, das als Teil des Systems der Krankenbehandlung die Unterscheidung ‚krank-gesund‘ einsetzt, agiert etwa nur bei als krank (Positivwert) klassifizierten Personen (vgl. Luhmann 2005:179f). Wann jemand krank ist und wann

²⁶ Für Belege, dass sich die antipositivistische Denkweise des Konstruktivismus mit der erkenntnistheoretischen Position der anwendungsorientierten Wissenschaft nach Hans Ulrich deckt, vergleiche die Verweise auf Ulrich.

²⁷ Mit Autopoiesis bezeichnen die Neurobiologen Maturana und Varela einen Prozess, innerhalb dessen sich lebende Systeme selbst reproduzieren. Operationelle Geschlossenheit meint damit, dass die Operationen bzw. – sinngeliebt verstanden – die Handlungen eines Systems ausschliesslich Reaktionen auf innere und damit eigene Zustände des Systems sind (vgl. Maturana/Varela 1987).

²⁸ Aussagen über eine derart konstruierte Wirklichkeit müssen sich aber gleichermassen empirisch überprüfen bzw. widerlegen lassen. Popper spricht hier vom so genannten Falsifikationsprinzip (vgl. Popper 1976, überdies Schnell/Hill et al. 1999:58ff).

²⁹ Es gilt: „Information ist ein Unterschied, der einen Unterschied macht.“ (Bateson 1981:582).

nicht, entscheiden die Ärzte auf Basis der Unterscheidungen, die sie in Studium und Facharztausbildung erlernt haben (s. 2.1.2).³⁰

3. *Komplexe Systeme funktionieren als ‚nicht-triviale Maschinen‘ nach dem Prinzip der Zirkularität (Rückkopplung):* Humane und (damit) soziale Systeme sind aufgrund ihrer enormen Komplexität nach der Vorstellung des Konstruktivismus nicht-triviale Maschinen. Bei diesen ist nicht bekannt, wie aus einem Input X ein Output Y wird, da diese Systeme vergangenheitsabhängig, analytisch nicht bestimmbar, nicht voraussagbar und synthetisch determiniert sind (vgl. von Foerster/Pörksen 2004:54ff). Nicht-triviale Maschinen funktionieren demnach nicht nach dem Prinzip der Kausalität von Ursache und Wirkung, sondern nach dem der Zirkularität. Diese entsteht, wenn ein System das, was es als Output hervorgebracht hat als Input für weitere Handlungen nutzt; es findet eine Rückkopplung der Wirkung auf ihre eigene Ursache statt (vgl. von Foerster/Pörksen 2004:105ff, s. Abbildung 6). Einen solchen „Prozess der Informationsauswertung, der jeweils das eigene Verhalten verändert“, ist beim Gespräch zwischen zwei Menschen zu beobachten: „Man bemerkt eine Kursabweichung und handelt (...), indem man gegensteuert“ (von Foerster/Pörksen 2004:107). Eine Folge dieser Nicht-Trivialität ist, dass sie zusammen mit der Beschaffenheit des menschlichen Erkenntnisapparates (z.B. Begrenzung auf die Sinnesorgane) zu einer prinzipiellen Grenze des Wissen Könnens über soziale Systeme führt (vgl. Ulrich 2001a:28, von Foerster 2006:51, 65).
4. *Forschung als wertende Tätigkeit hat die Funktion von konstruktiver Störung und Nützlichkeit:* Angesichts der Beobachterabhängigkeit in der Konstruktion von Wirklichkeit lehnt der Konstruktivismus den Wahrheitsbegriff und das Objektivitätspostulat (des Positivismus, s. Fussnote 31) ab (vgl. von Foerster/Pörksen 2004: 31f, 155). Stattdessen sieht sich konstruktivistische Forschung ihrem Wesen nach selbst als wertend (vgl. Ulrich 2001a:40, 43, von Glasersfeld 2006:12, 21, 29f). Dieses „Werten als wissenschaftliche Betätigung“ (Ulrich 2001b:60) hat gegenüber der Praxis die Funktion, Kritik (vgl. Ulrich 2001a:51) und eine ‚konstruktive Störung‘ zu erzeugen (vgl. Rüegg-Stürm 2003a:62). Die Relevanzkriterien einer solchen Forschung sind die kontextabhängige Sinnhaftigkeit und das Nutzenpotential der zu schaffenden Entwürfe sozialer Wirklichkeit (vgl. Rüegg-Stürm 2003a:64,

³⁰ Dass humane und soziale Systeme in ihrer Problemwahrnehmung und ihren Handlungsoptionen durch (ihre eigenen) Unterscheidungen beeinflusst (bzw. ‚strukturell determiniert‘) sind, bringt folgende Aussage des Psychotherapeuten und Konstruktivisten Watzlawick zum Ausdruck, die seine „Geschichte mit dem Hammer“ (vgl. Watzlawick 1983:37f) zusammenfasst: „Wer als Werkzeug nur einen Hammer hat, sieht in jedem Problem einen Nagel“ (Watzlawick in Haase 2007).

68, Ulrich 2001b:56f). Daher müssen Wahrnehmung im Allgemeinen sowie Theorien und Begriffe laut der konstruktivistischen Forschungsposition zuvorderst für die Lösung eines Problems nützlich sein (vgl. Ulrich 2001a:44, von Glasersfeld 2006:22). *Nicht* nützlich sind angesichts der Nicht-Trivialität sozialer Systeme einfache Ursache-Wirkungs-Modelle, da sie nicht in der Lage sind, den Charakter sozialer Systeme zu erfassen (vgl. von Foerster/Pörksen 2004:50ff, 109). Generell muss der Forscher die Verantwortung für die gewählten Unterscheidungen, die in Theorien, Modellen, Begriffen enthalten sind, die gemachten Beobachtungen und die daraus hervorgehenden Beschreibungen übernehmen (er kann sich nicht auf eine Position vermeintlicher Neutralität zurückziehen, s. Fussnote 31) (vgl. von Foerster/Pörksen 2004:155f).

5. *Forschungsmethoden sollten den Kontext des Beobachteten erfassen und verstehen helfen:* Um die kontextabhängige Sinnhaftigkeit und das Nutzenpotential konstruktivistischer Forschung für die Praxis gewährleisten zu können, ist ein Erfassen und Verstehen des Kontextes der untersuchten Phänomene unerlässlich (vgl. Ulrich 2001b:57). Forschungsmethodisch sind mehrere – zumindest mitunter – qualitative, hermeneutische Methoden (vgl. Ulrich 2001a:28, 45f) sowie ein prozessuales und relationales Vorgehen zu verwenden (vgl. Ulrich 2001a:46f, Moser 2004:13).

Der Konstruktivismus beinhaltet damit ein „interaktionistisches Erkenntnismodell“ (Tretter 2005:111), bei dem Beobachter und Erkenntnisgegenstand *ein* System bilden; sowohl das beobachtete System als auch der Beobachter selbst müssen beschrieben und erklärt werden. Von Foerster spricht aus diesem Grund von einer ‚Beobachtung der Beobachtung‘ (vgl. von Foerster/Pörksen 2004:118) und fordert, diese erkenntnistheoretische Position möge „schlicht eine skeptische Haltung bleiben, die die Selbstverständlichkeiten des Realismus in Zweifel zieht“ (von Foerster/Pörksen 2004:45).³¹

³¹ Die positivistische bzw. realistische Erkenntnistheorie ist demgegenüber eine ‚Beobachtung von Sachverhalten‘ (vgl. von Foerster/Pörksen 2004:155). Nach der Vorstellung dieses Erkenntnismodells haben die Eigenschaften des bzw. der Forscher keinen Einfluss auf die Entstehung von Erkenntnis, weshalb sie auch *nicht* Gegenstand der Betrachtung sind. Vielmehr können die Forschungsmethoden allein die Wirklichkeit ‚abbilden‘. Sie sind das „Kennzeichen der Wissenschaft“ (Schnell/Hill et al. 1999:6). Der oder die Forscher findet/n sich auf einer Position völliger Neutralität (von Helmholtzens ‚locus observandi‘) (vgl. von Foerster/Pörksen 2004:155).

2.1.2 *Krankheitsorientierung und Inter-Kooperation aus konstruktivistischer Sicht*

Die kritische Position des Konstruktivismus kann als fruchtbarer erkenntnistheoretischer Zugang zur Betrachtung und Gestaltung von Belangen der Krankheitsorientierung und der hierzu nötigen Kooperation verschiedenster Subjekte, der Wissensträger im Spital (via Interdisziplinarität und -professionalität) sowie den Patienten, gesehen werden. Der Konstruktivismus erlaubt, anders als die positivistische Erkenntnistheorie, Überlegungen wie die folgenden (vgl. z.B. zu Konstruktivismus und Interdisziplinarität Schmidt 2005:12f, Wolze 2008:14, im Spital von Foerster/Pörksen 2004:76f):

- *Gesundheit und Krankheit werden von allen Beteiligten aktiv konstruiert:* Gesundheit und Krankheit sind keine objektiv gegebenen Zustände, sondern werden vom betroffenen Individuum sowie dem helfenden Subjekt aktiv konstruiert. Diese Konstruktionsleistungen sind nicht unabhängig von den Unterscheidungen, welche die Subjekte in ihrer primären und sekundären Sozialisation herausgebildet haben – die Unterscheidungen bestimmen, was beobachtet werden kann. Daher kann die ärztliche Konstruktion von Krankheit (s.u.), der im deutschsprachigen System der Krankenbehandlung das Deutungsmonopol zufällt, prinzipiell von der des Betroffenen abweichen – eine Person fühlt sich ‚krank‘, dieser Zustand hat aber aus ärztlicher Sicht keinen Krankheitswert.
- *Grundsätzliche Unterscheidung von Ärzten in der Konstruktion von Krankheit:* Angehende Ärzte lernen in Studium und Facharztausbildung, wann eine Person ‚krank‘ ist und mit welchen Mitteln einer diagnostizierten Krankheit therapeutisch begegnet werden kann. Krank ist jemand, wenn bestimmte Parameter ausserhalb vordefinierter Normwerte einer grossen Vergleichsbevölkerung liegen. Trifft dies zu, handeln Ärzte (womit die Vermeidung von Krankheit kein Grundbestandteil des medizinischen Selbstverständnisses ist)³² – das Denken in Diagnosen und die Suche nach diesen ist für Ärzte typisch, es begründet professionelles Handeln (vgl. Miller 2004:210). Die auf dieser Unterscheidung aufbauende ärztliche Konstruktion von Krankheit unterliegt naturgemäss Veränderungen. Sowohl der medizinische Fortschritt als auch gesellschaftliche Entwicklungen führen immer wieder dazu, dass bestimmte Zustände neu oder nicht mehr als krank gesehen werden (z.B. galt Homosexualität in den USA lange als Krankheit) (vgl. Foerster/Pörksen 2004:76).

³² Zur Erinnerung: Das Spital, das von der Unterscheidung krank-gesund Gebrauch macht, agiert nur bei als krank (Positivwert der Unterscheidung) klassifizierten Personen.

- *Divergierende Unterscheidungen von Ärzten verschiedener Fachzugehörigkeit in der Konstruktion von Krankheit, deren Diagnostik und Therapie:* Ärzte bilden je nach Fachzugehörigkeit divergierende Unterscheidungen zum Vorgehen in Diagnostik und Therapie von Krankheiten aus. Dies liegt daran, dass die einzelnen Fachdisziplinen für sich starke sekundäre Sozialisationsschulen bilden (vgl. Miege 2003:51f) und diesen, zumindest teilweise, unterschiedliche medizinische Modellvorstellungen (s. Fussnote 7) zu Grunde liegen. Die impliziten Annahmen dieser Modelle werden in der Medizin generell nicht reflektiert (vgl. Rudolph/Bachmann 2010:1353, Wiesing 2004:37). Im Ergebnis prägt (und limitiert) die Zugehörigkeit zu einem Fachgebiet den Blickwinkel eines Arztes auf die Diagnostik und Therapie von Krankheiten. Damit führen die divergierenden Unterscheidungen bei Ärzten ungleicher Fachzugehörigkeit im Spitalalltag

„zu unterschiedlicher Ausrichtung der Aufmerksamkeit, zu unterschiedlichen Relevanzunterscheidungen und unterschiedlichen Interpretationen der Befunde sowie zu unterschiedlichen (Be-)Handlungsstrukturen“ (Matthiessen 1994:64 in Wiesing 2004:37f).³³
- *Unterschiedliche Wertigkeit der divergierenden Unterscheidungen von Ärzten verschiedener Fachzugehörigkeit:* Die ungleichen medizinischen Modellvorstellungen bzw. die auf diesen beruhenden divergierenden Unterscheidungen bestehen in den eigenen Reihen nicht gleichwertig nebeneinander. Biologischen Erklärungsmodellen (und die diese nutzenden Fachgebieten) wird eine höhere Akzeptanz als psychosomatischen oder psychosozialen Erklärungsmodellen eingeräumt (vgl. Wiesing 2004:47). Eine vergleichbare Wertigkeit besteht für die verschiedenen ärztlichen Tätigkeiten (vgl. Glouberman/Mintzberg 2001a:62f): Je invasiver, umso mehr Ansehen genießt eine Disziplin, je interpretativer, umso weniger gelten die Handlungen als ‚richtige Medizin‘, was dazu führen kann, dass Ärzte interpretative Tätigkeiten eher an nicht-ärztliche Professionen delegieren.^{34,35} Generell werden diese

³³ Ein eindrückliches Beispiel hierfür liefert Wiesing, der zeigt, dass verschiedene Fachdisziplinen bei der Behandlung des Magengeschwürs – in Konsequenz verschiedener Modellvorstellungen und Interessen – gar verschiedene Teile des Problems behandeln (vgl. Wiesing 2004:45ff). Lesenswert ist überdies die literarische Auseinandersetzung von Hustvedt in ‚The Shaking Woman or A History of My Nerves‘ damit, zu welchen Diagnosen und Therapievorschlügen ihre Symptome (ein unkontrolliertes Schütteln) verschiedene medizinische Fachrichtungen zu verschiedenen Zeiten geführt hätten bzw. haben (vgl. Hustvedt 2010:7ff).

³⁴ In diesem Kontinuum von invasiv bis interpretativ können vier Arten ärztlicher Tätigkeiten unterschieden werden, denen sich alle Fachgebiete zuordnen lassen (vgl. Glouberman/Mintzberg 2001a:62f): Incursion (Interventionen innerhalb des Körpers, z.B. chirurgische Fachdisziplinen), Ingestion (Gabe von Medikamenten etc., z.B. medizinische Fachdisziplinen), Manipulation (Berührung des Körpers von aussen), Mediation (Gespräche, z.B. Psychosomatik).

³⁵ Diese (implizite) Wertigkeit spiegelt sich darin wider, dass die ‚sprechende Medizin‘ (z.B. Psychosomatik und Psychiatrie) weniger gut entlohnt wird als chirurgische oder andere Prozeduren.

Wertigkeiten im Spitalalltag verfestigt, weil die Fächerstruktur zu einem Austausch hierüber weder Möglichkeit noch Anlass gibt.

- *Divergierende Unterscheidungen von Ärzten einerseits und nicht-ärztlichen Berufsgruppen andererseits in der Konstruktion von Krankheit, deren Diagnostik und Therapie:* Ärzte bilden als Gruppe gesehen in ihrer sekundären Sozialisation andere Unterscheidungen heraus als die nicht-ärztlichen Berufsgruppen. Wohingegen die dargelegten Unterscheidungen der Ärzte in eine Tendenz zur Heilung (um jeden Preis) münden („Cure“), charakterisiert die Pflege, die Physiotherapeuten, Psychologen und Sozialarbeiter etc., eher eine Tendenz zur kontinuierlichen, das Leiden lindernden Betreuung („Care“), was mitunter in interpretative Tätigkeiten mündet; die ärztliche Heilungsorientierung wird *nicht* geteilt (vgl. Glouberman/Mintzberg 2001a:60ff, ähnlich Clemson 1984:60). Im Spitalalltag ergeben sich daraus diskrepante Ausrichtungen der Aufmerksamkeit und des Handelns zwischen den Ärzten und speziell der Pflege, die den Patienten und dessen Entwicklung auf den Bettenstationen am längsten beobachtet. Studien belegen, dass diese beruflspezifischen Unterschiede den Betroffenen nicht bekannt sind und auch nicht reflektiert werden (vgl. z.B. Rausch 2007:361).

Angesichts dieser Ausführungen zur, vor allem, ärztlichen Konstruktion von Krankheit aus konstruktivistischer Sicht und ihren Konsequenzen lässt sich zeigen, dass sich für die Gestaltung von krankheitsorientierten universitären Zentren wichtige Aspekte ergeben, die einem positivistischen Zugang zum Thema verborgen blieben. Drei Beispiele, die sich aus dem Gesagten ableiten lassen und die im Laufe der vorliegenden Arbeit behandelt werden (s. z.B. 4.3.3), sind:

- Interdisziplinäres Problemlösen (s. Abbildung 1) erfordert die Herausbildung gemeinsamer Konstruktionsleistungen durch Ärzte verschiedener Fachzugehörigkeit. Hierfür müssen die Beteiligten die Annahmen hinter den medizinischen Modellvorstellungen aller Fachgebiete kontinuierlich reflektieren und sich die verwendeten Unterscheidungen bewusst machen (können). Diese Reflexion sollte auch die (unterschwellige) Wertigkeit einschliessen, die verschiedenen ärztlichen Unterscheidungen entgegengebracht wird. Damit eine solche kontinuierliche Reflexion möglich wird, braucht es strukturell einen – in der Fächerstruktur nicht zur Verfügung gestellten – routinemässig (zeitlichen und räumlichen) gemeinsamen Erfahrungsraum (vgl. z.B. Tuckermann/Rüegg-Stürm 2008:576). Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang auch, dass den beteiligten Fachärzten bewusst wird, dass die bislang tendenziell unterbewerteten Fragen der gegenseitigen Abstimmung und

Kooperation für die Qualität der Versorgung entscheidend sind und damit ihre Aufmerksamkeit erfordern. Auch müssen Ärzte unterschiedlicher Fachzugehörigkeit den üblichen – aus dem Autonomiestreben folgenden – Konsenszwang hinterfragen und überwinden lernen. Aufgrund der Bedeutung dieser Aspekte für das Entstehen von interdisziplinärem Problemlösen ist die Entwicklung unterstützender struktureller Arrangements so wichtig; Interdisziplinarität entsteht nicht ‚einfach so‘ – *„Interdisziplinarität braucht Organisation!“* (Mieg 2003:32).³⁶

- Das über die Interdisziplinarität zwischen Ärzten verschiedener Fachzugehörigkeit Gesagte, lässt sich auf die zur Krankheitsorientierung ebenso nötige Kooperation zwischen Ärzten und nicht-ärztlichen Berufsgruppen (speziell die Pflege) übertragen. Alle an der Versorgung beteiligten Helfer müssen zumindest kompatible Konstruktionsleistungen zum Wohle des Patienten herausbilden können. Dazu brauchen sie strukturell einen routinemässig gemeinsamen Erfahrungsraum, um Regeln für die gemeinsame Leistungserbringung erarbeiten, bestehende divergente Unterscheidungen reflektieren sowie die Versorgung laufend abstimmen zu können (vgl. Rausch 2007:349, 361, Tuckermann/Rüegg-Stürm 2008:576). Damit gilt analog zur Kooperation zwischen Ärzten auch für die Kooperation zwischen den Berufsgruppen: *„Interprofessionalität braucht Organisation!“*
- Die Konstruktion des Patienten muss in die Konstruktionsprozesse der Helfer einbezogen werden. Schliesslich hat der Patient als Ko-Produzent der Leistung durch sein Verhalten und seine Einstellung eine bedeutende Rolle im eigenen Genesungsprozess. Auch hinsichtlich dieses Einbeziehens der Konstruktion des Patienten sind die Spitalstrukturen gefordert; sie dürfen diese nicht dem Zufall und damit dem Einzelnen überlassen, sondern müssen ihn institutionalisieren. Die Beziehung zwischen Patient und Spital bzw. Helfern erfordert klare Regeln.

³⁶ Die Forderung von Mieg bezieht sich auf die umweltwissenschaftliche Forschung. Für diese konstatieren viele Autoren einen Widerspruch zwischen Anspruch und Realität der Interdisziplinarität, der nicht zuletzt einem Mangel an Strukturen geschuldet sei, diese Kooperationsform hervorbringen zu können (vgl. z.B. Fuest 2004, Mieg 2003).

2.2 Beobachtungsleitender Bezugsrahmen

2.2.1 *Viable System Model*

„Empirische Beobachtungen erfolgen immer relativ zu einer Theorie“ (Moser 2004:19). Die zur Beobachtung gewählten Theorien sind nach anwendungsorientierter Wissenschaft und Konstruktivismus aufgrund ihres Potentials auszusuchen, zur Lösung eines Problems und damit zum Erreichen eines Ziels beitragen zu können; sie haben „die Funktion von Informationslieferanten“ (Ulrich 2001a:44) bzw. sind „Problemlösungsstrategien im Kontext soziokultureller Umwelten“ (Moser 2001:21).

Zur Bearbeitung der Forschungsfragen wird als beobachtungsleitender Bezugsrahmen das, die Organisationskybernetik³⁷ begründende, *Viable System Model* (VSM) bzw. Modell lebensfähiger Systeme (vgl. Beer 1979, Beer 1981, Beer 1985) gewählt. Für *das VSM als Norm zur Modellierung eines Idealtypus krankheitsorientierter universitärer Zentren* sprechen vier Gründe, die zeigen, dass die Unterscheidungen des Modells die Aufmerksamkeit des an Zentren interessierten Beobachters auf die blinden Flecken in der Literatur lenken (zum VSM aus konstruktivistischer Sicht s. 2.2.2).³⁸

1. *Hohes Potential kybernetischen Denkens für Bewältigung von Fragen des Managements im Gesundheitswesen:* Die Anwendung von systemischem und kybernetischem Denken und deren Modellen (z.B. dem VSM) auf Fragen des Managements im Gesundheitswesen wird angesichts der enormen Komplexität und der Nicht-Trivialität in der Erbringung der Gesundheitsdienstleistung empfohlen (vgl. z.B.

³⁷ Die Organisations- bzw. Managementkybernetik beschäftigt sich mit der Bewältigung äußerster Komplexität in Organisationen als zweck- und zielorientierte soziale Systeme. Die Kybernetik (vom Griechischen Kybernetes für Steuermann) versteht sich als *trans-* bzw. *metadisziplinäres* Gebiet (vgl. Schwaninger 2001:1209; zur Transdisziplinarität s. 4.3.2.4); sie bedient sich Erkenntnissen zur Kommunikation und Kontrolle in komplexen Systemen aus verschiedensten Disziplinen (z.B. Informations- und Kommunikationswissenschaften, Neurobiologie) und liefert Wissen, das in vielen Bereichen einsetzbar ist. Zur *Unterscheidung von Zweck und Zielen eines Systems*: Der Zweck ist von aussen vorgegeben (z.B. im Spital ‚Kranke heilen‘), Ziele werden vom System selbst, von innen gesetzt.

³⁸ Zur Erinnerung (s. 1.1.2): In der Literatur wird die Strukturierung eines Zentrums anhand der zur Krankheitsbewältigung nötigen Erfordernisse nicht zu Ende gedacht. Die Gründe hierfür sind vor allem das Fehlen eines theoretischen Fundaments zur Gestaltung von Zentren und eine unkritische Auseinandersetzung mit Interdisziplinarität und den für deren Entstehen wichtigen Kontextbedingungen (vernachlässigt werden etwa die potentiell kooperationshemmenden Unterschiede zwischen den Fachdisziplinen und Berufsgruppen).

Beer 1975, Glouberman/Mintzberg 2001b).^{39,40} Die systemischen Probleme dieser „sozialen Systeme“ könnten nur mit systemisch-kybernetischen – und nicht wie bisher reduktionistischen – Ansätzen erfolgreich bewältigt werden (vgl. Glouberman/Mintzberg 2001b:75, Mintzberg 1997:13, 17f). Das VSM schafft dies etwa dadurch, dass es auf dem Prinzip der Zirkularität (Rückkopplung) nicht-trivialer Systeme (s. Abbildung 6) aufbaut (vgl. Beer 1975:107) und das einen Beobachter interessierende System – das ‚System-im-Fokus‘ – in Relation zu seiner Umwelt sowie zur nächsthöheren und nächstniedrigeren Systemebene betrachtet (vgl. Beer 1985:4). Damit fördert die Anwendung des VSM die Zielerreichung der Arbeit, da es erlaubt, ein krankheitsorientiertes Zentrum als eigenes System im Verhältnis zu seiner Umwelt sowie höheren und tieferen Systemebenen zu verstehen.

2. *Ausrichtung auf den Zweck von krankheitsorientierten Zentren und die Mittel zur Zweckerreichung:* Das VSM spezifiziert mit seinen kybernetischen Erkenntnissen Regeln für die Gestaltung von sozialen, zielgerichteten Systemen, die eine von ihrer Umwelt unterscheidbare Existenz und Identität aufrechterhalten (lebensfähig sind) (vgl. Beer 1985:17, Schwaninger 2004). Ausgehend vom *Zweck*, den das System-im-Fokus aus Sicht des oder der Beobachter in seiner Umwelt erreichen möchte (zur Unterscheidung von Zweck und Zielen eines sozialen Systems s. Fussnote 37), werden die innerhalb des Modells spezifizierten Systemfunktionen (Systeme 1 bis 5) und deren Interaktionen so modelliert, dass sie die Erfüllung des erwünschten Zwecks ermöglichen. Nach Ansicht des VSM ist es die Art der Strukturierung eines Systems, die ein bestimmtes Systemverhalten überhaupt erst erlaubt (vgl. Beer 1985:12, Malik 2003:77). Damit gestattet es die kybernetische Sichtweise des VSM, krankheitsorientierte universitäre Zentren von ihrem Zweck und ihrer Aufgabe und nicht den Kosten her zu verstehen (vgl. Malik 2001a:3), und die Zentrumsstrukturen so zu konzipieren, dass die zur Zweckerreichung erforderlichen krankheitsorientierten Verhaltensweisen (z.B. die Interdisziplinarität und Interprofessionalität) überhaupt erst möglich werden.
3. *Hohes Potential kybernetischen Denkens für Betrachtung und Gestaltung von Interaktionen:* Kybernetisches und systemtheoretisches Denken werden als zweckmässig gesehen, um Fragen der Interaktion (vgl. Türke 2007) sowie speziell der In-

³⁹ Vgl. zu dieser Ansicht auch Glouberman/Mintzberg 2001a, Malik 1986, Malik 1994, McKee/Healy 2002, Mintzberg 1997, Thomas/van Zwanenberg 2005 und Tretter 2005:63, 325, zu Anwendungen des VSM im Gesundheitswesen s. Abbildung 3.

⁴⁰ Eine Einordnung der Kybernetik und des VSM in die Vielfalt der Ansätze innerhalb der Systemwissenschaften findet sich beispielsweise bei Mingers/White 2010 und Schwaninger 2009.

Krankheit im Zentrum

Gestaltung von krankheitsorientierten Spitalstrukturen
aus kybernetisch -konstruktivistischer Sicht

Erbsen, A.

2012, XXXIII, 493 S. 74 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-00436-1