

**Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität:  
Eine qualitativ rekonstruktive Studie unter dem besonderen Blickwinkel von Rahmen (»frames«) und  
Rahmungsprozessen**

*Werner Vogd*

***Inhalt der Arbeit:***

- Vorwort
- I. Einführung
- II. Ärztliches Entscheiden (Stand der Forschung)
- III. Dokumentarische Methode: vom immanenten Sinn zum „Modus Operandi“ sozialer Praxis
- IV. Soziologie des Entscheidens: theoretische und metatheoretische Konzeptionen
- V. Das medizinische Feld
- VI. Ärztliches Feld
- VII. Rekonstruktion ärztlicher Entscheidungsprozesse
- VIII. Diskussion
- IX. Literatur
- X. Zusammenfassung

***Ergänzende Zusammenfassung:*** Der wissenschaftlich ausgebildete Arzt verkörpert *per se* die Werte einer aufgeklärten, modernen Gesellschaft. Er stellt gleichsam das Sinnbild eines zweckrationalen Menschen dar, und auch die Ärzte selbst sehen sich gerne in dieser Rolle. Doch stimmt dieses Selbstbild mit der Wirklichkeit überein oder ist die Rationalität des Mediziners letztlich nur ein Artefakt, das dadurch genährt wird, weil eben alle von ihm erwarten, dass er rational und wissend handelt? Wird er nicht erst deshalb zum Entscheider, weil ihm die Rolle des Entscheiders zugewiesen wird und ihm schließlich nichts anderes übrig bleibt, als die an ihn gestellte Herausforderung anzunehmen? Zeigt sich möglicherweise – beim genaueren Hinsehen – vieles, was vermeintlich rational und überlegt erscheint, als habituelle Routine, als Systemrationalitäten oder überindividuelle Gesetzmäßigkeiten, deren Regeln man bestenfalls erraten kann? Sind nicht oftmals die Verhältnisse „klüger“ als die Individuen und werden nicht viele Behandlungsentscheidungen durch die vielfältigen sozialen Prozesse innerhalb des Behandlungssystems vorstrukturiert (Patientenakte, diagnostische Routinen, Tagesablauf des Krankenhauses etc.), so dass die ärztliche Entscheidung gleichsam dann nur noch das Tüpfelchen auf dem „i“ darstellt? Wie gelingt es Ärzten angesichts von medizinischer, psychischer, ökonomischer, sozialer und rechtlicher Unsicherheit zu entscheiden? Oder anders herum: Wie gewinnt medizinische Praxis ihre Sicherheit des Handelns auch unter der Voraussetzung von Nicht-Wissen? Kann es weiterhin sinnvoll sein, Entscheidungen einem Individuum zuzurechnen, oder kommt man in der Analyse ärztlicher Entscheidungsprozesse weiter, wenn man diese Phänomene als ein überpersonales bzw. „transpersonales“ Phänomen auffasst?

Diese Fragen werden im Kapitel II. (»*ärztliches Entscheiden*«) anhand eines systematischen Überblicks über medizinsoziologische und gesundheitswissenschaftliche Untersuchungen zu Fragen des ärztlichen Handelns und Entscheidens ausgeführt. Aus der Literaturanalyse ergeben sich folgende Schlussfolgerungen:

- a) Selbst wenn man Ärzte nur als zweckrationale Akteure ansehen würde, die ihr Handeln nur am gesundheitlichen Wohle des ihnen anvertrauten Patienten ausrichten, ist die Frage der richtigen therapeutischen und diagnostischen Entscheidung keinesfalls ein triviales Problem. Viele Entscheidungen müssen auf der Basis von Ungewissheiten getroffen werden: Der Handlungsdruck der Praxis verlangt von den Ärzten auch unter suboptimalem Informationsstand, eine Entscheidung zu treffen. Zudem stellt sich

die medizinische Wissensbasis selbst hyperkomplex und uneinheitlich dar. Die Logik der Einzelfallrekonstruktion, die dem Gesetz der großen Zahlen folgende Epidemiologie und das physikalisch-biochemische Kausaldenken führen oft zu unterschiedlichen Schlüssen auf das, was aus medizinischer Sicht angemessen zu tun sei. Der Wissensstand der einzelnen Fachdisziplinen ist selbst für den Experten kaum noch zu durchschauen. In diesem Sinne ist ein brauchbares Anwendungswissen für den Praktiker oftmals nur schwer zu extrahieren.

- b) Verkompliziert wird die Situation noch dadurch, dass der Arzt nicht nur den Körper des Patienten, sondern auch dessen „Bewusstsein“ gegenüber hat. Patientenbedürfnisse, selbst wenn diese den Vorstellungen des Mediziners widersprechen mögen, müssen von diesem in gewissem Rahmen ernst genommen und in die Behandlungsentscheidung mit einbezogen werden. Darüber hinaus bestehen für den Arzt auch Zielkonflikte im Hinblick auf ökonomische bzw. organisatorische Interessen, sowie der Notwendigkeit, sich rechtlich abzusichern. Das, was ökonomisch Sinn macht und juristisch gefordert ist, ist aus ärztlicher Sicht jedoch nicht immer das Beste für den Patienten. Auch hier ergeben sich potenziell Entscheidungskonflikte.
- c) Die richtigen bzw. angemessenen Zweck-Mittel-Relationen sind also für viele medizinische Entscheidungen alles andere als eindeutig festgelegt. Selbst wenn man annehmen würde, dass ein Arzt rational in voller Bewusstheit aller Konsequenzen handelt, stellt sich die Entscheidungslage für ihn oftmals als ein hyperkomplexes Problem dar.
- d) Menschen denken und handeln nicht entsprechend formaler deduktiver Logik. Sie agieren vielmehr hochgradig kontextsensitiv. Entsprechend dem Paradigma des neurobiologischen Konstruktivismus ist von einer Einheit von Erkennen und Handeln auszugehen. Insbesondere in den schlecht definierten medizinischen Wissensdomänen tritt das formale *deklarative* Wissen gegenüber dem tief in die Handlungspraxis eingelassenen *prozeduralen* Wissen in den Hintergrund.
- e) Auch wenn aus der Perspektive der Logik Gehirne eine Reihe von typischen „Denkfehlern“ machen, so zeigt sich die eigentliche Kompetenz von Experten weniger in der Einhaltung der formal logischen Gesetze denn in einer dem Novizen überlegenen Fähigkeit zur Mustererkennung. Spitzenexperten bilden flexible und dynamisch in Beziehung setzbare semantische Einheiten, die dann über fallbezogene Skripte an einen konkreten Patienten angebunden werden. Erfahrene Ärzte scheinen hierdurch eine hoch kontextsensitive Patienteneinschätzung zu gewinnen, in der auch psychosoziale Faktoren in die Behandlungsentscheidung mit einfließen. Diese „Intuition“ wird erlernt und scheint seinerseits an den sozialen Handlungskontext der jeweiligen Arbeitswelt gekoppelt zu sein.
- f) Das, was aus kognitionswissenschaftlicher Sicht zunächst als Schwäche erschien - die „Fehler“ im logischen Denken eines Menschen -, scheint sich in den hyperkomplexen Handlungssystemen eher als eine Tugend zu zeigen, nämlich als Fähigkeit, angesichts unscharfer Problemdefinitionen schnell und sicher zu einer Handlungsorientierung zu gelangen.
- g) Ärztliches Handeln – dies zeigt die mittlerweile lange Tradition krankenhausesoziologischer Forschung – kann nur als kollektives, hochgradig arbeitsteiliges Phänomen verstanden werden. Innerhalb der Organisation Krankenhaus bestehen eine Reihe mehr oder weniger formalisierter Handlungsrouninen, die Entscheidungsprozesse bahnen und vorstrukturieren. Schwierige und prekäre Entscheidungsprozesse können in Einzelschritte „taylorisiert“ und hierdurch in Routinen verwandelt werden. Der medizinische Blick, die Kunst, Patientendaten und Bilder „richtig“ zu interpretieren, muss seinerseits erst durch „Sozialisation“ gelernt werden. Erst durch Erfahrung und Zurechtweisung durch erfahrene Kollegen kann erlernt werden, wie man zu schauen hat.
- h) Die Hyperkomplexität medizinisch-ärztlicher Fragestellungen, das Eingebettsein in verschiedene soziale und ökonomische Kontexturen verlangen nach praktikablen Lösungen für die Praxis, die nur in sozialer Praxis hergestellt und erfunden werden können. Denn hier müssen unter Voraussetzungen des Nichtwissens und der Unsicherheit eine Vielzahl von Ziel- bzw. Zweck-Mittel-Konflikten balanciert werden. Was zu tun ist, liegt nicht mehr aus logisch zwingenden Gründen auf der Hand – entsprechend kann die Handlungssicherheit nur im sozialen Prozess hergestellt werden.
- i) Die Frage „wie entscheiden Ärzte“ gewinnt nun einen immanent soziologischen Charakter: Anstelle auf den immanenten Sinn einer Entscheidung oder den kognitiven Prozess des Entscheidens zu schauen, tritt nun die soziale Konstruktion von Entscheidungen in den Vordergrund. Frei nach Heinz von Foersters muss nun gefragt werden, *wie prinzipiell unentscheidbare Entscheidungen aus dem Chaos der Kontingenz in*

*Kultur überführt werden können. In diesem Sinne fokussiert diese Studie auf die Fragen, wie ärztliche Entscheidungen in einem sozialen System hergestellt, vermieden und prozessiert werden.*

Die in Kapitel II. aufgeworfenen Fragen ernsthaft angehen zu wollen, verlangt tief in die Welt der Praxis einzudringen. Dabei kann es nicht ausreichen, sich auf die Schilderungen und Reflexionen der Akteure zu verlassen - sondern die Feldforschung muss hier die Methode der Wahl darstellen, denn die Prozesse der Praxis müssen unter Realbedingungen verfolgt werden können. Insbesondere den Beobachtungsprotokollen kommt damit die Aufgabe zu, die realen Zeitverhältnisse dieser Abläufe widerzuspiegeln, denn erst hierdurch gelingt es, die Spannung zwischen der Praxis einerseits und den Begründungen und Reflexionen über die Praxis andererseits für die Rekonstruktion der Entscheidungsprozesse nutzen zu können. Die empirische Datengrundlage liefern vier Feldforschungsaufenthalte auf vier Stationen in Akutkrankenhäusern, in denen Ärzte unterschiedlicher Funktionsbereiche begleitet wurden, wobei deren Kommunikationen soweit wie möglich schriftlich fixiert wurden. Die protokollarische Aufmerksamkeit wurde dabei insbesondere auf drei Fragen gelenkt: auf Konflikte, die im untersuchten Feld als Entscheidungsproblem erscheinen; auf verbale Ausdrucksformen; und auf die sich in der komparativen Analyse herauskristallisierenden Themen. Die Studie beschränkt sich einerseits auf Krankenhäuser der Maximalversorgung. Kontrastierungsachsen bilden dabei zunächst verschiedene medizinische Fachdisziplinen (zwei internistische Stationen werden dabei flankierend von der „weichen“ Psychosomatik und der „harten“ Chirurgie beleuchtet). Die zweite Differenzierung Universitätsklinikum vs. Allgemeinkrankenhaus differenziert einerseits im Hinblick auf die Steilheit der Hierarchien, andererseits im Hinblick auf deren unterschiedliche Formen, wie Wissenschaft und Lehre in den medizinischen Alltag integriert werden. Mit den ärztlichen und einigen nichtärztlichen Mitarbeitern der Stationen wurden Experteninterviews durchgeführt (insgesamt 40). Dabei ging es einerseits darum, Details aus den Beobachtungsprotokollen inhaltlich abzugleichen. Andererseits lassen sich die Interviews dokumentarisch daraufhin untersuchen, wie das jeweilige Expertenwissen konfiguriert ist. Die Auswertung des empirischen Materials erfolgt anlehnend an die dokumentarische Methode von Bohnsack in den drei Schritten „formulierende Interpretation“, „reflektierende Interpretation“ und „komparative Analyse“. Diese wissenssoziologisch ausgerichtete Methodologie erlaubt es, die sozialen Prozesse, und weniger die Personen, in den Vordergrund der Analysen zu stellen. Hierdurch wird es möglich, die Differenz zwischen Handlungspraxis und den Akteurstheorien über diese Handlungspraxis weitaus mehr als üblich ernst zu nehmen. Die komparative Analyse zwischen verschiedenen Fällen ist dabei der methodologische Schlüssel, um das empirische Material interpretativ aufzuschließen. Erst der Wechsel zwischen den Vergleichshorizonten erlaubt es, die Standortgebundenheit des Forschers methodologisch zu kontrollieren, denn »würde man nicht empirisch vergleichen, wäre die einzige Alternative zur Selektivität des zu untersuchenden Feldes mein eigener Relevanzrahmen, d. h. die Normalitätsvorstellungen, die ich selbst als Forscher bei der Behandlung des Themas walten lasse«. Die Brücke zwischen fallspezifischer Diversität und abstrahierender Typenbildung wird mittels einer multidimensionalen Typologie geschlagen. Die Soziogenese eines konkreten Phänomens wird erst dann verständlich, wenn die soziale Realität als Schnittmenge mehrerer gleichzeitig wirkender genetischer Prinzipien begriffen wird. „Unabhängige“, „kooperierende“, oder gar „konfligierende“ Habitusformationen können dann das vielfältige und in seinem Detailreichtum unerschöpfliche Spektrum sozialer Handlungsweisen durch eine begrenzte und beschreibbare Anzahl von Prinzipien erklären (s. ausführlich Kapitel III. »Methode«).

Darüber hinaus werden in Kapitel IV. (»Soziologie des Entscheidens: theoretische und metatheoretische Konzeptionen«) verschiedene für diese Arbeit relevant erscheinende Kandidaten einer soziologischen Theorie des Entscheidens dahingehend abgeklopft, inwieweit sich hieraus sinnvolle Fragen an das empirische Material stellen lassen (im Einzelnen: die Rational-Choice-Theorie, die Goffman'sche Rahmenanalyse, die Bourdieu'sche Konzeption von Habitus und Feld, die Oevermann'sche Theorie der sozialen Deutungsmuster und die Luhmann'sche Organisationstheorie). Die Spannung zwischen soziologischer Theorie und (untersuchter) Praxis soll hier genutzt werden, um eine vorschnelle Typenbildung, die dann letztlich nur wenig über das Verständnis des common sense hinausgeht, zu vermeiden.

In den Kapiteln V. (»medizinisches Feld«) und VI. (»ärztliches Feld«) werden die Kontexte alltäglichen Handelns im Krankenhaus in systematischer Form verdeutlicht. Im Sinne der empirischen Rekonstruktion und auch im Sinne moderner organisationssoziologischer Positionen kann dabei im Gegensatz zu der traditionellen organisationstheoretischen Auffassung nicht von einer Gesamtrationalität innerhalb der Organisation Krankenhaus - zwischen System, Subsystemen und den Mitarbeitern - ausgegangen werden. Vielmehr sind oft gerade die Spannungen oder gar die (unterschwellig) Konflikte konstitutiv für den organisatorischen Zusammenhalt. Die Vielheit der Perspektiven - die „Polykontextualität“, um mit Luhmann zu sprechen - bestimmt das soziale Geschehen. Die differenten Standpunkte der Patienten, der Pfleger, der Internisten, der Chirurgen, der Verwaltungsangestellten etc. können in *einer* Welt des Krankenhauses gleichzeitig nebeneinander bestehen, ohne sich kommunikativ durchdringen zu müssen. Erst der differenztheoretische Blickwinkel erlaubt auch die Analyse

der empirisch vielfältig anzutreffenden „Agonien“ zwischen Personen und Systemen, denn hier braucht nicht mehr von einer Einheit zwischen den Intentionen der Akteure und der Rationalität von Organisationen ausgegangen zu werden. Spannungen zwischen System und Handelnden - es gibt keinen Stationsarzt, der nicht seine Unzufriedenheit im Interview über seine aktuellen Arbeitsverhältnisse äußert - können dann ihrerseits als Konstituenten sozialer Realitäten betrachtet werden, die dann trotz ihrer oft schmerzhaften „Agonien“ recht stabile soziale Strukturen aufbauen können.

Im Hinblick auf die Kontexte ärztlichen Entscheidens innerhalb des Krankenhauses sind insbesondere folgende organisatorische und strukturelle Bedingungen von Bedeutung:

- a) Im Hinblick auf die Arbeitszeiten sind im ärztlichen Feld die üblichen arbeitsrechtlichen Vorgaben *de facto* außer Kraft gesetzt. Insbesondere an den Universitätsklinika sind Wochenarbeitszeiten von 60-80 Stunden nicht selten anzutreffen.
- b) Besonders die Stationsärzte müssen sich unter steilen Hierarchien und oftmals willkürlich erscheinenden Chefentscheidungen einer Situation der permanenten Überforderung stellen. Wenngleich gelernt werden kann, den permanenten Stress zur Routine werden zu lassen (*»routinization of emergency«*), bleibt das Problem, dass insbesondere für die in Ausbildung Befindlichen die Arbeitsanforderungen tendenziell ins Grenzenlose anwachsen.
- c) Unter Bedingungen befristeter Arbeitsverträge von zunehmend kürzerer Dauer werden insbesondere die Weiterbildungsassistenten erpressbar, nahezu alle Arbeitsbedingungen kritiklos anzunehmen, zumal sie nicht selten auch von dem Wohlwollen der leitenden Ärzte abhängig sind, die benötigten Weiterbildungsabschnitte aus Gefälligkeit bestätigt zu bekommen. Strukturell ergeben sich hier Spannungen zu den älteren Assistenten, die es sich erlauben können (und müssen), den Anforderungen zu widersetzen.
- d) Der behandelnde Stationsarzt führt in der Regel den Patienten, der Oberarzt ist dabei in der Regel zumindest rudimentär in das Fallgeschehen involviert, während es dem Chefarzt als dem „Letztverantwortlichen“ der Hierarchie obliegt, den Gesamtprozess zu supervidieren und bei entsprechenden „Qualitätsmängeln“ einzugreifen. Mit Ausnahme der Privatpatienten ist der Chefarzt in der Regel nicht mehr in die Patientenführung involviert. Die leitenden Ärzte sind von den arbeitsintensiven Anforderungen der Stationsarbeit entlastet und haben in der Regel weniger Patientenkontakt als die Stationsärzte. Entsprechend fällt es ihnen leichter, eine distanziertere Position einzunehmen. Sie stehen strukturell eher auf der Seite der Organisation, während sich der Stationsarzt tendenziell mehr dem Patienten verantwortlich fühlt.
- e) Das Bestehen steiler Hierarchien innerhalb des Krankenhauses bedeutet nicht, dass auch an den „kleinen“ Arzt die Forderung gestellt wird, autonom zu handeln und zu entscheiden. Ein Stationsarzt muss die Fähigkeit entwickeln, eigenverantwortlich widersprüchliche Anweisungen zu balancieren und einen Mittelweg in den organisatorischen und ärztlichen Interessenkonflikten zu finden. Darüber hinaus muss er den Spagat leisten, einerseits die übergeordneten Hierarchieebenen nicht übermäßig zu belasten, andererseits im Hinblick auf die „Distribution“ von Verantwortung immer wieder die Absicherung von oben zu suchen.
- f) Ärztliche Macht und Entscheidungsgewalt wird durch die Position im Feld bestimmt, nicht durch die Fachkompetenz. Als zentrales und konstitutives Moment des ärztlichen Feldes kann Macht als originär soziale Dimension quer zum medizinischen Wissensstand und Können liegen.
- g) Chefärzte inszenieren sich in der Regel als „Meta-Entscheider“. Der Chef lässt sich nicht fragen, ob er entscheidet, sondern entscheidet selber, wann er entscheidet. Im Einzelfall kann der chefärztliche Habitus totalitäre Züge reiner Willkür annehmen.
- h) Die Oberärzte haben in der ärztlichen Hierarchie eine Mittlerrolle inne. Informiert über die Geschehnisse auf der Station übernehmen sie in den kritischen Fällen Mitverantwortung. Teilweise können Oberärzte allerdings auch die Konfliktlinien in Bezug auf verschiedene Entscheidungsstile und -kulturen verstärken.
- i) Externe Ärzte, Hausärzte, aber auch beratende Ärzte anderer Abteilungen stehen außerhalb der Entscheidungslinien der Station. Chef- und Oberärzte können sich über Diagnose- und Therapieentscheidungen der hinzugezogenen Fachkompetenzen hinwegsetzen. Stationsgrenzen stellen „Schnittstellen“ dar, an denen jeweils selektiv entsprechend der eigenen medizinischen Kultur Informationen gefiltert und rezipiert werden.

- j) Formelle Entscheidungsgremien erfüllen recht unterschiedliche Funktionen innerhalb der ärztlichen Handlungsvollzüge. Neben immanenten Funktionen (Qualitätssicherung, Falldiskussionen) kann ein soziologischer Beobachter hier auch latente Funktionen entdecken, wie die permanente Restabilisierung hierarchischer Strukturen, die rituelle (Wieder-) Herstellung abteilungseigener Programme, aber auch die institutionalisierte Bewältigung von Entscheidungsunsicherheiten.
- k) Die soziale Organisation medizinischer Entscheidungen ist untrennbar mit der zeitlichen und räumlichen Koordination dieser Prozesse verwoben. Soziale Räume gestalten und manifestieren sich auch in physischen Räumen und umgekehrt. Die Anonymität eines Großklinikums mit seinen räumlichen und sozialen Distanzen gestaltet andere Beziehungsmuster als die überschaubare Welt eines kleinen Hauses.
- l) Ärztliche Arbeit im Krankenhaus stellt sich als ein hochgradig arbeitsteiliger Prozess dar, deren „Tätigkeitsfragmente“ immer wieder zu einem sinnvollen Ganzen verzahnt werden müssen. Diese Koordinationsarbeit ist nur bedingt routinisierbar. Die mangelhafte Verzahnung unterschiedlicher zeitlicher Prozesse kann zu einem Entscheidungsthema werden, etwa in dem Sinne, dass man abwägen muss, ob man Patienten übermäßig lange warten lässt oder ein medizinisches Risiko in Kauf nimmt.

Die eigentliche Rekonstruktion der ärztlichen Entscheidungsprozesse (Kapitel VII.) verläuft in einer mehrstufigen komparativen Analyse, innerhalb der die Be- und Verhandlung verschiedener Themenkomplexe in den unterschiedlichen Abteilungen gegenübergestellt werden. Auch wenn sich die empirische Realität überaus komplex zeigt und entsprechend auch in den Beobachtungsprotokollen die vielfältigsten Fassetten aufscheinen, so kristallisiert sich dennoch auf allen untersuchten Stationen ein Leitproblem heraus, das die Entscheidungsdynamik in vielen Fällen prägt - nämlich der Konflikt zwischen ärztlichem Ethos und der ökonomisch administrativen Rationalität. Auf der einen Seite steht der ärztliche Wunsch, bestmöglich dem Wohle des Patienten zu dienen, ihn gut betreut zu wissen, seine Krankheit ausführlich zu untersuchen und ihm schließlich die bestmögliche Therapie anbieten zu können. Auf der anderen Seite steht die Organisation Krankenhaus mit ihren institutionellen Grenzen. Wünschenswerte Betreuungsangebote können ärztlicherseits nicht immer geleistet werden - sei es deshalb, weil deren Finanzierung durch die Kassen nicht mehr geleistet werden kann, oder auch eben nur, weil man sich aus Gründen begrenzter Leistungskapazität nicht noch mehr um den Patienten kümmern kann. Auf allen Stationen stellt sich die Aufgabe, eine geschickte Balance zwischen dem Ärztlich-Fachlichem und dem Ökonomisch-Administrativen zu finden. In diesem Sinne stellt dieses gemeinsame Bezugsproblem eine Schlüsselkategorie für die vorgelegten Analysen dar, denn jede medizinische Organisation muss sich diesem Balanceakt stellen und entsprechende Lösungswege (er-)finden. Gewissermaßen besteht die organisatorische Eigenleistung einer Station bzw. einer Abteilung gerade dann darin, funktionell äquivalente Antwort(en) auf dieses Leitproblem hervorzubringen. Aus dem Vergleich der Abteilungen ergeben sich dann Hinweise für die Entwicklung einer differenzierteren Typik, denn je nach Thema, medizinischer Disziplin und Kultur werden diese Probleme unterschiedlich verhandelt und bearbeitet.

Die empirisch rekonstruierten Fallbeispiele lassen sich zu drei unterschiedlichen Themenkomplexen zusammenfassen. In den *medizinisch komplexen Fallproblematiken* stellt sich der medizinische Gegenstand dem ärztlichen Team selbst in solch komplizierter Form dar, dass dieser das Behandlungssystem zu überfordern droht. Beim Thema *Behandlung palliativer Fälle* steht das Krankenhaus vor dem Problem, eine angemessene Betreuung von sterbenden bzw. unheilbar kranker Patienten zu leisten, und hinsichtlich des Themas „*schwierige*“ Patienten wird das Behandlungssystem dadurch irritiert, dass sich Patienten – aus welchen Gründen auch immer – nicht entsprechend der üblichen Rollenerwartungen verhalten. Ereignisse aus diesen drei Themenfeldern können – wengleich in unterschiedlicher Ausformung und Charakteristik - die normalen Abläufe auf der Station gefährden und verlangen deshalb vom Behandlungsteam besondere Aufmerksamkeit und Beachtung. Sie stellen „Verstörungen“ dar, die Entscheidungen provozieren bzw. Entscheidungsbedarf wecken. Da diese Geschehnisse ihrerseits keineswegs selten auftreten, entwickeln die Stationen spezifische *Modi operandi*, um mit solchen Irritationen umzugehen. Es entstehen mehr oder weniger routinierte Muster, wie denn nun in solchen Fällen vorgegangen werden kann. Gerade hier kann eine soziologische Entscheidungsanalyse ansetzen: Wie organisieren sich die Entscheidungsprozesse in diesen Problemfeldern? Wem wird die Entscheidungsverantwortung zugeschrieben und welche (latenten) Strategien und Systemrationalitäten lassen sich aufzeigen? Im Hinblick auf die drei Themenkomplexe zeigen sich dabei folgende Ergebnisse:

#### *Thema: Medizinisch komplexe Fallproblematiken*

Die Verhandlungen der dokumentierten Entscheidungsprozesse in den jeweiligen ärztlichen Teams stellen sich als komplizierte soziale Gebilde dar, in denen Verantwortlichkeiten verteilt, verschoben und (re-)attribuiert werden. Im Zentrum der Auseinandersetzung stehen in der Regel die Stationsärzte. Ihnen obliegt es, zwischen Angehörigen-, Patienten- und Organisationsinteressen eine Mitte zu finden, in der nicht nur die eigene ärztliche

Identität, sondern auch die Identität medizinischer Organisationen reproduziert wird. Die Fähigkeit, die Last der Verantwortung zu schultern, aber auch wieder reattribuieren zu können, gehört zum entwickelten ärztlichen Habitus. Oder anders herum: Für die Medizin bleibt die Krankheit des Patienten - wider alle organisatorischen und ökonomischen Zwänge - instruktiv. Die diesbezüglichen Entscheidungslasten können nicht abgewiesen, sondern nur überwiesen werden. Entwickelte ärztliche Kompetenz heißt, dies auch unter Bedingungen von Ambivalenz und Unsicherheit leisten zu können.

In den Fallbeispielen zeigen sich unterschiedliche Modi der Entscheidungsfindung – die sich, wie die Analyse aufzeigt- soziogenetisch unter folgender Typik subsumieren lassen:

- (1) *Chirurgisch-aktionistischer Entscheidungsmodus vs. internistisch abwartender Entscheidungsmodus*
- (2) *Organisatorisch-ökonomische Grenzen vs. Kompetenzdefizite im Team*

Der Fall Spondel aus der inneren Medizin eines Allgemeinkrankenhauses steht für die *organisatorische Überforderung in einem internistischen Entscheidungsmodus*. Wenngleich fachlich kompetent, kann das Krankenhaus aus ökonomischen Gründen die Weiterbetreuung nicht mehr leisten. Strategisch wird hier einerseits versucht, Zeit zu gewinnen, andererseits wird angestrebt, den Patienten durch Auslagerung in andere Einrichtungen versorgt zu wissen.

Gegenüber dem Abwarten der Internisten zeigt sich in den chirurgischen Fällen ein aktionistischer Entscheidungsmodus. Wenngleich im Behandlungssystem durchaus auf eine Reihe fachärztlicher Entscheidungskompetenzen zurückgegriffen werden kann, zeigt sich innersystemisch hier ein anderer Modus der sozialen Herstellung von Entscheidung. Die Entscheidung für den heroischen Eingriff wird personalisiert. Es muss entsprechend jemand gefunden werden, dem man die Entscheidungslast zuschieben kann. Die Entscheidung muss hier sozusagen erst hervorgeholt werden. Im Fall Schmidt-Bauer „proviziert“ die innersystemische Dynamik den Chefarzt, auf den Fall anzuspringen, um dann schließlich die Verantwortung für die Entscheidung zu übernehmen. „*Verschieben der Verantwortungslast bei heroischem Aktionismus*“ könnte man diesen Entscheidungsmodus nennen. Im Fall von Herrn Wusel gelingt es mit dem Rekurs auf einen externen Entscheidungsträger, die Verantwortung für die Entscheidung abzuweisen, wenngleich das Chirurgenteam selbst die Operationsindikation für fraglich hält. Der Entscheidungsmodus lässt sich hier durch „*Handlungsorientierung bei Entscheidungsvermeidung*“ charakterisieren.

Gegenüber den Stationen der städtischen Krankenhäuser zeigt sich in der universitären Psychosomatik ein deutliches Kompetenzdefizit im Team. Da kaum fachärztliche Kräfte in die Stationsarbeit involviert sind (hier nur in der Person des Oberarztes), muss das Behandlungssystem entsprechende Strategien im Umgang mit den belastenden hyperkomplexen Fällen entwickeln. Sowohl im Fall Beckenbauer wie auch im Fall Siegel finden sich Suchbewegungen, den Patienten ohne Gesichtsverlust „unbehandelt“ entlassen zu können. Die Bestrebungen zur „*Auslagerung aufgrund fachlicher Überforderung*“ prägen die Dynamik der Entscheidungsprozesse. Im Fall Beckenbauer wie im Fall Siegel geschieht dies, indem die Entscheidung über die Aufnahmediagnose wiederholt als *kontingent* gesetzt wird; im ersten Beispiel dadurch, dass versucht wird, die Chirurgie als Medium der Depressionsbehandlung zu gebrauchen, im zweitendurch das Einbringen der Patientin in das hoch virtualisierte Entscheidungsgremium der psychiatrischen Fallkonferenz.

Wenngleich auch in der universitären Onkologie die Stationsärzte mit dem Fallgeschehen überfordert scheinen, zeigt sich hier ein anderer Entscheidungsmodus – denn die Auslagerung der anvertrauten Patienten kommt hier nicht mehr in Frage. Als Orientierungsrahmen für die Problemlösung erscheint hier eher die „*Konfliktvermeidung durch geduldiges Abwarten*“. Hier zeigt sich einerseits wieder ein typisch internistischer Handlungsmodus, in der Typik tauchen hier dann wieder strukturelle Parallelen zum Fall Spondel auf, andererseits zeigen sich Homologien zur universitären Psychosomatik. Den grundlegenden Konflikten – sei es in der Frage der Aufklärung oder in der Entscheidung, ob man nun von einem palliativen zu einem kurativen Therapieregime wechselt – wird hier auszuweichen versucht.

Die hier vorgestellten Entscheidungsprozesse finden einerseits immer auch in einem rechtlich-legitimatorischen Rahmen statt – die prekären Entscheidungen innerhalb der komplexen Fallproblematiken müssen schließlich formal korrekt bewältigt werden -, laufen aber andererseits zugleich innerhalb der mikropolitischen Dynamik der jeweiligen ärztlichen Hierarchien ab. Ärzte müssen sich zwar nach außen absichern, prägend für ihr Handeln und Entscheiden sind aber vielmehr die innerhalb des jeweiligen Feldes geltenden impliziten Regeln. Die Entscheidungsrationalität der beobachteten Prozesse ist deshalb nicht nur Zweckrationalität, sondern auch Systemrationalität und erscheint deshalb immer auch als Beziehung zwischen ärztlichem Feld und dem von den Ärzten verinnerlichteten Habitus. Letzterer erscheint auch als eine Entwicklungstypik – denn wie die Problembewältigung durch die jungen Ärzte an den Universitätsklinikum zeigt, kann der jeweils für die Fachdisziplin

übliche Habitus nicht vorausgesetzt werden, sondern muss erst ausgebildet werden. Sowohl der jeweilige ärztliche Habitus als auch die hier herausgearbeiteten Systemrationalitäten lassen sich dabei nicht im Sinne von intentionalen Handlungsmotiven begreifen. Es ist nicht davon auszugehen, dass die hier agierenden Ärzte die Absicht haben, einen Patienten auszulagern, einen Konflikt zu vermeiden, aktionistisch anstelle abwartend zu reagieren etc. Vielmehr agieren die Betroffenen in einem Geflecht wechselseitiger Erwartungserwartungen und Attributionen (man denke hier etwa an das Gedankenlesen der onkologischen Stationsärzte) und habituellen Dispositionen (hier etwa die Angst der chirurgischen Fachärztin vor der Auseinandersetzung mit ihrem Chef), die ihrerseits schon struktur- bzw. systembildend wirken, ohne dass überhaupt jemals eine diesbezügliche Absicht oder Intention vorausgesetzt werden muss.

Innerhalb der oftmals langwierigen Behandlungs- und Entscheidungsprozesse können vielfältige „Umrahmungen“ bzw. „Falschrahmungen“ („*misframings*“) stattfinden, um - gleichsam einer Suchbewegung - einen professionell befriedigenden Mittelweg zwischen dem Ärztlich-Fachlichen, dem Ökonomisch-Administrativen und den jeweiligen organisatorischen Bedingungen finden zu können. Zumindest im Arztbrief jedoch wird abschließend eine einheitliche Logik präsentiert, die formal dem administrativen Rahmen entsprechen muss und aus der die soziale Dynamik des abgelaufenen Entscheidungsprozesses getilgt ist. Ärztliches Handeln muss immer auch den administrativen und juristischen Ansprüchen gerecht werden. Da die ärztliche Logik der Praxis nicht unbedingt mit der Logik formal juristischer Legitimationen übereinstimmt, werden innermedizinisch oftmals mehr oder weniger komplexe Arrangements entfaltet, in denen dann interaktiv Wirklichkeiten inszeniert werden, die zumindest formell den unterschiedlichen Rahmen entsprechen.

Die Verhandlungen der vorgestellten Entscheidungsprozesse in den jeweiligen ärztlichen Teams stellen sich als komplizierte soziale Gebilde dar, in denen Verantwortlichkeiten verteilt, verschoben und (re-)attribuiert werden. Im Zentrum der Auseinandersetzung stehen in der Regel die Stationsärzte. Ihnen obliegt es, zwischen Angehörigen-, Patienten- und Organisationsinteressen eine Mitte zu finden, in der nicht nur die eigene ärztliche Identität, sondern auch die Identität medizinischer Organisationen reproduziert werden. Die Fähigkeit, die Last der Verantwortung zu schultern, aber auch wieder reattribuieren zu können, gehört zum entwickelten ärztlichen Habitus. Für die Medizin bleibt die Krankheit des Patienten - wider alle organisatorischen und ökonomischen Zwänge - instruktiv. Die diesbezügliche Verantwortung kann nicht abgewiesen, sondern nur überwiesen werden. Entwickelte ärztliche Kompetenz heißt, dies auch unter Bedingungen von Ambivalenz und Unsicherheit leisten zu können.

#### *Thema: Behandlung palliativer Fälle*

Die Behandlung palliativer Patienten stellt die Ärzte nicht selten vor eine Reihe von Entscheidungsproblemen. Da es schließlich um Leben und Tod geht, sind manche Entscheidungen *per se* hoch prekär. Die Entscheidung, jemanden einfach sterben zu lassen, kann oftmals den Patienten und Angehörigen gegenüber nicht offen kommuniziert werden. Eine gewisse Diffusität in der Kommunikation – sich lieber dann doch nicht so genau festlegen zu lassen – ist entsprechend ein weit verbreiteter Modus, mit solchen Situationen umzugehen. Darüber hinaus zeigen sich für die betreuenden Einrichtungen auch organisatorische Grenzen. Auf den Akutstationen soll Therapie laufen – die Sterbebegleitung wird hier von den Kassen nicht bezahlt. Dennoch kann die „soziale Indikation“ auch verdeckt zur Geltung gebracht werden, etwa, indem Medizinisches – etwa akuter therapeutischer oder diagnostischer Bedarf – vorgetäuscht wird. Insbesondere in den Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser zeigen sich hier raffinierte Arrangements der Herstellung eines diffusen Rahmens, in denen sich die Ärzte Handlungsspielräume eröffnen, die dann – in welcher Form auch immer – eine Sterbebegleitung möglich werden lassen.

In den Fallbeispielen zeigen sich unterschiedliche Modi der Entscheidungsfindung – die sich, wie die Analyse aufzeigt, unter Vorbehalt unter folgender Typik subsumieren lassen:

- (1) *sterbeorientiert vs. therapieorientiert;*
- (2) *offener vs. geschlossener Bewusstheitskontext;*
- (3) *Kompetenzdefizite vs. ärztliche Kompetenz im Team;*
- (4) *beziehungsorientiert vs. medizinisch.*

Im Fall von Frau Mohn und Frau Hof bleibt der Bewusstheitskontext für die Todessemantik teilweise geschlossen. Die Angehörigen werden zwar eingeweiht, dass der Tod zu erwarten ist, in die eigentlichen Entscheidungsprozesse – etwa ob man nun palliativ Morphium geben sollte oder eben nicht – werden jedoch weder die Angehörigen noch die Patienten eingeweiht. Der Rahmen bleibt diffus, wobei die Diffusität in einem mehr oder weniger komplexen

sozialen Prozess erst hergestellt wird. Man „hangelt“ sich da eben ein wenig herum. Tendenziell zeigen sich hier Unterschiede zwischen den chirurgischen und den internistischen Disziplinen.

Den Internisten scheint es leichter zu fallen, die Entscheidung für den Tod mit zu tragen. Fachspezifisch zeigen sich einige Varianten in der Onkologie. Die Besonderheiten des dort behandelten Krankheitsbildes, das deutlich sichtbare Therapieversagen, erlauben es weniger, auf Dauer einen diffusen bzw. geschlossenen Bewusstseinskontext aufrecht zu erhalten. Es besteht ein gewisser Zwang zur Offenheit, wenngleich auch hier nicht alles gesagt wird, und dann auch die organisatorischen Sachzwänge geschickt durch den Rekurs auf Medizinisches verschleiert werden können.

Da der Patientenbetreuung aus organisatorischen und ökonomischen Gründen deutliche Grenzen gesetzt sind, stellt sich die Frage, wie diesbezüglich mit kritischen Fällen umgegangen wird. Prinzipiell besteht die Möglichkeit, den Patienten auszulagern bzw. dem Patienten die Verantwortung für sein Problem zu attribuieren – wie dies im Fall Brugger geschieht. Demgegenüber kann sich jedoch unter bestimmten Bedingungen eine andere beziehungsorientierte Rahmung entwickeln. Wenn Ärzte und Patienten auf einen längeren gemeinsamen Erfahrungsraum zurückblicken können, ist die Beziehung so tragfähig, dass auch gegen die organisatorischen Interessen auf der Station die Sterbebegleitung geleistet werden kann.

Homolog zu den komplexen Fällen zeigt sich am Beispiel des Falls von Herrn Brugger auch für die Palliation eine „Kompetenztypik“. Die jungen Ärzte auf der onkologischen Station können zwar (im Gegensatz zur Psychosomatik) ihre medizinischen Kernaufgaben erfolgreich bewältigen – d.h. Chemotherapien durchführen und begleiten. Im Hinblick auf die ganzheitliche Fallbetreuung erscheinen sie jedoch deutlich überfordert. Der professionelle ärztliche Habitus, der es einschließt, den Patienten im Sinne einer diffusen Sozialbeziehung als „ganzen Menschen“ wahrzunehmen und zu behandeln, scheint hier noch nicht verwirklicht bzw. mündet nicht in ein integratives Behandlungskonzept, das auch die Nachsorge des Patienten leisten kann. Demgegenüber scheint die internistische Station des Allgemeinkrankenhauses gelungener auf der Klaviatur sozialer und pflegerischer Betreuungsangebote spielen zu können. Probleme und Falldynamik können hier im Gegensatz zur Onkologie im Team ausführlich diskursiv verhandelt werden. Entsprechend zeigt sich hier ein breiteres Spektrum von Lösungsmöglichkeiten.

#### *Thema: „Schwierige“ Patienten*

Patienten können durch ihre Erwartungen und Wünsche, aber auch durch ihre bzw. den ihnen zugeschriebenen Eigenschaften das Behandlungssystem irritieren. Diese Verstörungen können mit den Funktionsbezügen der jeweiligen medizinischen Einrichtung übereinstimmen bzw. noch verkraftbar sein, können aber auch eine solche Überforderung bzw. Bedrohung darstellen, dass die Patienten abgewehrt werden müssen. Letzteres geschieht in allen beobachteten Stationen in Form der Auslagerung, wobei die Psychiatrie als medizinische Betreuungseinrichtung für viele Problemfälle gleichsam der Zielort der Auslagerungsbemühen darstellt. Da im Zentrum des Entscheidungsprozesses nun nicht mehr der Behandlungsprozess selbst steht, sondern die Abwehr des Patienten, können Gründe für die Überweisung bzw. Entlassung vorgetäuscht werden.

In den verschiedenen Stationen kann dabei auf den jeweils durch die eigene Fachdisziplin geprägten *Modus operandi* zurückgegriffen werden. Bei Herrn Haas lassen sich medizinische Gründe (er-)finden, um den Patienten nicht zur Operation aufzunehmen. Frau Zenker wird eine Psychose angedichtet, wenngleich der beratend zu Hilfe gerufene psychiatrische Konsiliarist kein psychotisches Verhalten feststellen kann.

Alle „Auslagerungsprozesse“ zeichnen sich dadurch aus, dass nun die organisatorischen Prozesse im Vordergrund stehen. Man ist überfordert bzw. kann die Verantwortung für das möglicherweise zu erwartende Geschehen nicht übernehmen. Demgegenüber bleiben sowohl der Patient wie auch der eigentliche therapeutische Behandlungsauftrag mehr oder weniger außen vor. Weder wird das vermeintliche Behandlungsinteresse des Patienten verhandelt noch versucht, eine intensivere Beziehung zu diesem einzugehen. Diese Prozesse finden generell unter einem geschlossenen Bewusstseinskontext statt, d. h. die Patienten und in der Regel wohl auch nicht ihre Angehörigen können nicht in das Abschiebemanöver eingeweiht werden. Medizinische Gründe werden vorgetäuscht, während in Wirklichkeit organisatorische und legitimatorische Rahmen den Hintergrund für die ärztlichen Entscheidungen liefern.

Demgegenüber wird in den „Integrationsprozessen“ der ursprüngliche Auftrag der klinischen Einrichtung – nämlich Therapie oder Diagnose zu betreiben – trotz offensichtlicher Irritationen bzw. Dissonanzen zwischen Ärzten und Patienten zumindest formell aufrechterhalten. Zumindest prinzipiell können sich Ärzte und Patienten über ihre jeweiligen Handlungsmotivationen austauschen. Im Rahmen eines psychotherapeutischen Gesprächs kann man mit Herrn Hardt über die Frage der Suizidalität sprechen. Sowohl im Fall von Herrn Masur, als auch im Fall von Frau Menzel können zumindest rudimentär die divergierenden Perspektiven thematisiert werden.



Die Integration des Patienten in das Behandlungssetting bedeutet jedoch nicht, dass auch Behandlung stattfindet. Wie die Beispiele von Frau Menzel und Herrn Hardt aufzeigen, kann man vernünftige Therapie und Diagnose auch innerhalb des Behandlungssettings vortäuschen, um andere Konflikte zu vermeiden. Erst der Fall von Herrn Masur bildet hier sozusagen den theoretisch interessanten Grenzfall eines Patienten, der wider die vorrangige ärztliche Behandlungslogik von den Ärzten in seinen Präferenzen und Bedürfnissen ernst genommen werden muss.

Sich in störende und irritierende Patienten einzufühlen und hineinzudenken, braucht Zeit und Kraft. Die hier vorgeführten Auslagerungsstrategien, ebenso wie die verfahrensmäßigen Abkürzungen und der stereotype Rückzug auf den primären Funktionsbezug, stellen vor diesem Hintergrund eine mehr oder weniger innersystemische Notwendigkeit dar. Die Behandlung der Irritationen muss entsprechend wieder in systemeigene Routinen überführt werden. Zunächst steht dabei die Entscheidung an, ob das Problem intern bewältigt werden kann, oder ob die Auslagerungsroutinen anlaufen, um dann – solange das Problem intern bearbeitet wird – primär die ureigenen Funktionsbezüge anzuwenden.

Analog zu den Ergebnissen der vorangegangenen Unterkapitel begründet sich aus den Fallanalysen folgende Typik:

- (1) *Kompetenzdefizite vs. ärztliche Kompetenz im Team;*
- (2) *Chirurgisch-aktionistischer vs. internistisch abwartender vs. psychotherapeutischer Handlungsmodus;*
- (3) *beziehungsorientierter vs. verfahrensorientierter Modus;*
- (4) *offener vs. geschlossener Bewusstheitskontext.*

Im Hinblick auf die habituelle Sicherheit, mit der die Irritationen durch die Patienten seitens des ärztlichen Teams behandelt werden können, zeigen sich – wie in den komplexen und palliativen Fällen - insbesondere wieder Unterschiede zwischen der psychosomatischen Station und den Allgemeinkrankenhäusern. Während in den städtischen Einrichtungen die diesbezüglichen Manöver routiniert durchgeführt werden können, scheint im Fall von Frau Zwinger eine starke Unsicherheit zu bestehen, wie denn nun so ein Problem zu behandeln sei. Die Stationsärzte erscheinen hier überfordert. Die durch die besondere Ausbildungssituation an einer Universitätsklinik bedingte „Kompetenztypik“ kommt hier wieder zum Vorschein: Die habituellen Muster, solche Herausforderungen bewältigen zu können, sind bei den Ärzten im Praktikum noch nicht vorauszusetzen. Demgegenüber ist zu erwarten – wie auch der Fall von Herrn Hardt zeigt -, dass erfahrene Psychiater und Therapeuten diesbezügliche Probleme eleganter lösen können.

Des Weiteren zeigen sich Unterschiede zwischen den jeweiligen Disziplinen. Probleme werden üblicherweise im jeweils eigenen *Modus operandi* behandelt. Für die Abwehrsemantik heißt dies: Die Chirurgen inszenieren bei Herrn Haase eine rektoskopische Untersuchung, um zu demonstrieren, dass man nicht operieren könne. Die Internisten versuchen bei Frau Zenker, durch einen psychiatrischen Konsiliararzt die Diagnose zu erhärten. In der Psychosomatik beruft man sich auf die psychotherapeutische „Ideologie“, dass eben der Patient zu wollen oder sonst zu gehen habe. Im Hinblick auf die Integrationsleistung bedeutet dies: Im Fall von Frau Menzel operieren die Chirurgen dennoch, wenngleich sie die Operation für unsinnig halten. Herr Masur bekommt wie erwünscht seine palliative Chemotherapie und bei Herrn Hardt wird Psychotherapie betrieben, ohne Psychotherapie zu machen.

Eine weitere Typik zeigt sich im Hinblick auf die Medizinalität des ärztlichen Handelns. Während sich die Chirurgen und teilweise auch die Internisten primär auf biomedizinische Abläufe zurückziehen können – der vorrangige Handlungsrahmen besteht hier darin, einen therapeutischen und diagnostischen Eingriff zu vollziehen -, verlangen die langwierigen Therapien in der Onkologie eine stärkere Beziehungsorientierung. Der Patient muss auch in seinen Bedürfnissen und Irritationen ernst genommen werden. Der gute Kontakt zum Patienten wird zum zweiten Standbein innerhalb des ärztlichen Prozesses, denn Therapie lässt sich hier nicht nur auf die pharmakologische Beeinflussung der Organfunktionen reduzieren.

Die Abwehrmanöver gegenüber den Irritationen durch die „schwierigen Patienten“ können in der Regel nicht kommuniziert werden, verlangen also einen mehr oder weniger geschlossenen Bewusstheitskontext. Selbstverständlich können die Patienten ebenso wenig in ein Auslagerungsmanöver eingeweiht werden, wie in eine Integration, die nur zum Preis des nicht ernst Nehmens zu leisten ist. Die Ausnahme von dem geschlossenen Bewusstheitskontext liefert hier wieder das Beispiel von Herrn Masur aus der Onkologie. Da hier die Beziehung zwischen Ärzten und Therapeuten zum essenziellen Bestandteil des Behandlungssettings wird, müssen die jeweiligen Handlungsorientierungen in ausreichendem Maße offen gelegt werden. Demgegenüber bietet die Psychosomatik im Hinblick auf ihre weichen Zielkriterien in Bezug auf das, worin Psychotherapie besteht, mehr Spielraum für strategische Manöver.

In der Diskussion (VIII.) werden die verschiedenen die einzelnen vorgelegten Analysen zueinander in Bezug gesetzt. Über den Vergleich der unterschiedlichen Bearbeitungsformen auf den verschiedenen Stationen, sowie dem spezifischen Umgang mit den drei verschiedenen Entscheidungsthematiken ergeben sich Hinweise zu einer differenzierteren Typik, in der die jeweiligen Bewältigungsformen in Beziehung zum spezifischen Behandlungssetting gesetzt werden können. Entgegen dem in den ökonomischen und sozialwissenschaftlichen Diskursen häufig verwendeten Modell des „Rational-Choice“ muss entsprechend Luhmanns These von „Entscheidung als Reaktion auf eine gerichtete Erwartung“ davon ausgegangen werden, dass auch medizinische Entscheidungen weitaus mehr als allgemein angenommen „soziale Konstruktionen“ darstellen. Die organisationssoziologischen Implikationen der Ergebnisse werden ausführlich diskutiert. In der abschließenden methodologischen Reflexion stehen einige ungeklärte Fragen an die Empirie und mögliche Anschlüsse für weitere Forschungsprojekte zur Debatte.