Risikomanagement im Krankenhaus –
Eine postmoderne Perspektive

(Siegel der Universität)

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Wirtschaftswissenschaften (Dr. rer. pol.)
an der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät Ingolstadt
der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt

Datum der mündlichen Prüfung: 18. April 2012

vorgelegt von
Dipl.-Kfm. Sven-Ove Horst
Hamburg

Erstgutachter: Prof. Dr. Joachim Genosko
Zweitgutachter: Prof. Dr. Max Ringlstetter

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich meinen Eltern danken, ohne die diese Arbeit in dieser Form nicht möglich gewesen wäre. Vielen Dank euch beiden.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung 2

Abbildungsverzeichnis 7

1. Eine Einführung 8

1.1. Veränderte Rahmenbedingungen im Krankenhaus/Gesundheitswesen 8

1.2. Umfang der Arbeit und Methodik 9

1.3. Forschungsprämissen 13

2. Das Organisationsverständnis 16

2.1. Einführung 16

2.2. Die Theorie der komplexen adaptiven Systeme 17

2.3. Eine postmoderne Sicht auf Organisationen 20

2.4. Complex Responsive Processes of Relating 26

2.4.1. Philosophische und soziologische Pfeiler der Theorie 26

2.4.2. Darstellung der Basis einer Interaktions- und Beziehungspsychologie 29

2.4.3. Complex Responsive Processes of Relating 30

2.5. Diskurse, Machtbeziehungen und Ideologien 34

2.6. Formung der Diskurse 35

2.6.1. Was man sagen darf, und was nicht. 36

2.6.2. Was man tun darf, und was nicht. 37

2.6.3. Was uns bewusst ist, und was nicht. 38

2.6.4. Darstellung 39

2.7. Implikationen für die Arbeit 40

3. Das Risiko – Interpretation und Verständnis 43

3.1. Der Risikobegriff im Allgemeinen 44

3.1.1. Die modernistische Perspektive 44

3.1.2. Die kulturell-symbolische Perspektive 45

3.1.3. Die gesellschaftliche Perspektive – nach Beck und Giddens 46

3.1.4. Die macht-politische Perspektive – nach Foucault 48

3.1.5. Was ist Risiko im Allgemeinen? 50

3.2. Der Risikobegriff im Krankenhaus 51

3.2.1. Die Institutionelle Entwicklung von Risiko im Krankenhaus 52

3.2.2. Gesetzliche Entwicklung in Deutschlang – KonTraG 54

3.2.3. Die Auswirkungen auf Krankenhäuser 55

3.3. Die Empirische Herangehensweisen an Risiko 57
3.3.1. Disaster Incubation Theory 58
3.3.2. Die Normal Accident Theory 63
3.3.3. Die High-Reliability Theory 64
3.3.4. Streiten sich die NAT und die HRT zu Recht? 69
3.3.5. Heinrich's Gesetz 73
3.4. Wie entstehen Fehler? 75
3.4.1. Die Fehlertheorie im Allgemeinen – nach Reason und Rasmussen 75
3.4.2. Die Fehlerdefinitionen im Krankenhaus 81
3.4.3. Reflektion zu Risiskomanagement im Krankenhaus 83
3.4.4. Die Risikoquellen im Krankenhaus 84
3.4.5. Das Organizational Accident Model – nach Reason 88
3.8. Ist Vermeidbarkeit möglich? 92

4. Der Risikomanagementprozess im Krankenhaus 98

4.1. Die Erfassung von Risiken 101
4.1.1. Informationsquellen 102
4.1.2. Methoden und Instrumente zur Identifikation 105
4.1.2.1. Critical Incident Reporting 106
4.1.2.2. Root Cause Analyse 108
4.1.2.3. Fehler-Möglichkeits- und Einfluss-Analyse (FMEA) 113
4.1.2.4. Die retrospektive Fallanalyse 116
4.1.2.5. KAIZEN-Management 118
4.1.2.6. Die Schwachstellen-Konsequenz-Analyse 119
4.1.2.7. Brainstorming, Brainwriting und weitere Instrumente 120
4.2. Bewertung der Risiken 123
4.2.1. Risk Map 125
4.2.2. Paretoanalyse 129
4.3. Bewältigung der Risiken 131
4.4. Überwachung der Risiken 134

5. Dekonstruktion von Risikomanagement als Instrument 138

5.1. Übersicht 140
5.2. Eine Dekonstruktion von Critical Incident Reporting 144
5.2.1. Incident Report #27 – Vorfall in der Notaufnahme 146
5.2.2. Incident Report #43 – Ruf zu auswärtigem Autounfall 148
5.2.3. Incident Report #21 – Schwierige Übergabe 152
5.2.4. Incident Report #105 – Verzögerung durch schlechte Kommunikation 153

5.2.5. Incident Report #A – Thoraxschmerz nach Trauma *155*
5.2.6. Incident Report #B – Sedierung im CT endet fatal *158*
5.2.7. Resümee der Dekonstruktion *161*
5.3. Eine Dekonstruktion der Root Cause Analysis 166
5.3.1. RCA Untersuchung – Einführung und Falldarstellung *170*
5.3.2. RCA Untersuchung – Tatsächliche Handlungen, Wissensstände und Intentionen *171*
5.3.3. RCA Untersuchung – Kommunikation von „Fakten“ *174*
5.3.4. RCA Untersuchung – Formulierung von Regeln und Veränderung der Kultur *177*
5.3.5. Resümee der Anwendung von RCA *182*
5.4. Eine Dekonstruktion von Root Cause Analyse Empfehlungen 187
5.4.1. Der Druck Empfehlungen zu produzieren *188*
5.4.2. Die wechselhafte Qualität der Empfehlungen *191*
5.4.3. Die Notwendigkeit der Filterung durch das Management *193*
5.4.4. Geringer wahrgenommener organisatorischer Erfolg *196*
5.4.5. Resümee der Dekonstruktion *199*

6. Rekonstruktion von RM als Interaktionsansatz und diskursive Praktik 204

6.1. Fokus auf die Qualität der Beteiligung 206
6.1.1. Aufbau Incident Reporting *209*
6.1.2. Eine Safety Culture ist kritisch zu sehen *210*
6.1.3. Gemeinsame Intention entwickeln *211*
6.1.4. Team Training für Kommunikationsbewusstsein *213*
6.2. Fokus auf die Qualität der Unterhaltungen 214
6.2.1. Gesprächsthemen – Worüber wird gesprochen? *216*
6.2.2. Reflexivität durch Video-Analysen *217*
6.2.3. Training mit Videoaufzeichnungen *218*
6.3. Fokus auf die Qualität von Unsicherheit und dem Umgang damit 219
6.3.1. Frühe Ausbildung und Heranführung *220*
6.4. Fokus auf die Qualität von Vielfalt 222
6.4.1. Dekonstruieren – Das Pauselose Hinterfragen *225*
6.4.2. Übersetzen – Das Pausenlose Vermitteln *227*
6.4.3. Kooperationen ausnutzen *229*
6.4.4. Einbindung von Patienten und vielen Stimmen – „Polyphonie“ *231*
6.5. Fokus auf Unvorhersagbarkeit und Paradoxien 231
6.5.1. Offenheit und Flexibilität *237*
6.5.2. Kommunikation kann nicht „kontrolliert“ werden *239*
6.6. Zusammenfassung von Risikomanagement aus postmoderner Sicht 243

7. Resümee und Ausblick 246

Literaturverzeichnis 250

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Interaktionen von Organisationsmotiven 39
Abbildung 2. Heinrich's Gesetz 73
Abbildung 3. Drei Performance Niveaus von Reason (1997) 77
Abbildung 4. Mögliche Fehlertypen 78
Abbildung 5. Mögliche Formen regelbasierten Verhaltens 80
Abbildung 6. Ursachen von Risiken 85
Abbildung 7. Risikofelder im Krankenhaus 86
Abbildung 8. Das organisatorische Zwischenfallmodell 89
Abbildung 9. Der generische Risikomanagementprozess 98
Abbildung 10. Risikomanagement im strategischem Gesamtkontext 100
Abbildung 11. Klassifizierung der Identifikationsmethoden 102
Abbildung 12. Beispiel einer 5-W-Analyse 109
Abbildung 13. Anwendung 5-W-Analyse für OP-Wartezeiten 110
Abbildung 14. Ursache-Wirkungs-Diagramm (Ishikawa) 111
Abbildung 15. Grundpunkte einer FMEA 114
Abbildung 16. Anwendung FMEA am Beispiel einer Patientenaufnahme 114
Abbildung 17. Möglicher Ablauf und Empfehlungen für FMEA-Anwendung 115
Abbildung 18. Screening Kriterien der Quality in Australia Health Care Study 117
Abbildung 19. Schwachstellen-Konsequenz Analyse 120
Abbildung 20. Risk Rating and Assessment Framework for Obstetrics 126
Abbildung 21. Ursachen von Medikationsfehlern in einer Krankenhausapotheke 129
Abbildung 22. Incident Report – #27 (Vorfall in der Notaufnahme) 146
Abbildung 23. Incident Report – #43 (Ruf zu auswärtigem Autounfall) 148
Abbildung 24. Incident Report – #21 (Schwierige Übergabe) 152
Abbildung 25. Incident Report –#105 (Verzögerung durch schlechte Kommunikation) . 153
Abbildung 26. Incident Report – #A (Thoraxschmerz nach Trauma) 155
Abbildung 27. Incident Report – #B (Sedierung im CT endet fatal) 158
Abbildung 28. Falldarstellung – Motorradunfall & anschließende Morphium-Überdosis 170
Abbildung 29. Gesprächsauszug 1 – Unsicherheit bezüglich der Umstände 172
Abbildung 30. Gesprächsauszug 2 – Dokumentation von "Fakten" 174
Abbildung 31. Gesprächsauszug 3 – Ablenkungen, Regeln, Einschränkungen 177
Abbildung 32. Risikomanagement als Kommunikation und Praktik 243

1. Eine Einführung

1.1. Veränderte Rahmenbedingungen im Krankenhaus/Gesundheitswesen

Die gesamte Entwicklung der Gesellschaft in Deutschland und in anderen Industrieländern hat einen bedeutsamen Einfluss auf das Gesundheitswesen. Organisationsstrukturen der Gesundheitssysteme sind als „kaum noch bezahlbar“ (Haeske-Seeberg 2001: 16) und „riskant“ deklariert worden. Sie stehen unter Druck, ihre Qualität und Effizienz zu verbessern (Kohn et al. 2000; Holzer et al. 2005). Diese Situation lässt sich auf einige Faktoren zurückführen. Dazu zählen z.B. die Altersstruktur und der Gesundheitszustand der Bevölkerung, die Entwicklung der Angebotskomplexität, der medizinische Fortschritt, die rasante Verbesserung der Informationstechnologie, die Erwartungen und Ansprüche der Leistungsempfänger an das Gesundheitssystem, der wachsende Mangel an qualifiziertem Personal, die Fragmentierung der Leistungserstellung, die vorherrschenden kulturellen Werte, usw. (Baker 2001: 23-24; Hindle et al. 2005: 16-24; Paula 2007: v). Mit steigender Lebenserwartung haben sich auch die Erkrankungen geändert. Es gibt eine Tendenz von Infektionskrankheiten zu chronischen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Gekoppelt mit der Tendenz zur angebotsinduzierten Nachfrage (Haeske-Seeberg 2001: 17-18), zeigt sich eine zunehmende Nutzung von Gesundheitsleistungen mit steigendem Alter der Bevölkerung (Ramanujam/ Rousseau 2006: 812).

Der rasante medizinische Fortschritt ist zwar wünschenswert, aber er muss auch bezahlt werden. Während die technischen Entwicklungen wie z.B. Robotik, Gentechnologie, Mikrochirurgie, der Einsatz von Computern, ein erhebliches Einsparpotenzial erzeugen, führt die gestiegene Nachfrage zu einer weiteren Verschärfung des Investitions- und Ressourcenbedarfs. Zuletzt ist ein gesteigerter Wohlstand und ein verbesserter Zugang zu der günstiger gewordenen Informationstechnologie mit ursächlich für ein verändertes Bewusstsein und Informiertheit der Bevölkerung, deren Erwartungen an Krankenhäuser ebenfalls steigen (Haeske-Seeberg 2001: 18-20). Es wird erkennbar, dass die neuen Möglichkeiten zwar stetig steigen, aber dieses Wachstum immer mit zusätzlicher Nachfrage und gesteigerten Erwartungen einhergeht und damit auch der Druck nicht nachlässt.

Daher gewinnt das aktive Risikomanagement in Krankenhäusern an Bedeutung. Während die eingetretenen Risiken, kritische Vorfälle mit Patientenbetroffenheit, die

eigentlichen Behandlungskosten erhöhen, indem sie die Liegezeit verlängern, eventuelle Neuoperation oder höheren Medikamentenverbrauch verursachen, können Klagen zusätzliche Ausgleichszahlungen erzeugen, den Ruf schädigen oder Stress bei Mitarbeitern auslösen (von Eiff 2007: 13). Diese klinischen Herausforderungen werden zu komplexen organisatorischen Problemen (Baker 2001: 23; Ramanujam/ Rousseau 2006).

Desweiteren sind medizinische Leistungsprozesse aus Patientensicht eher disfunktional organisiert, weil nicht der Patient mit seinen Erwartungen und Ängsten im Vordergrund steht, sondern die Bürokratie Krankenhaus, die eine Abwicklung und effiziente Heilung erreichen möchte. Es existiert eine Unternehmenskultur bei der „Risiken zu Lasten des Patienten in Kauf" genommen werden und ein ausgeprägter „Überoptimismus" dazu führen, dass Fehler nicht akzeptiert und offen gelegt werden (von Eiff 2007: 13-14). Fehler entstehen nicht willkürlich, sondern sind systematisch mit der Umwelt verknüpft (Dekker 2006: 15). Das Ausbessern von Problemen an einem Ort kann woanders zu neuen führen (Tucker/ Edmonson 2003: 60). Daher sind es keine schlechten Ärzte, unvorbereitete Krankenschwestern oder nörgelige Pfleger, die Risiken erzeugen, sondern „*good people in bad systems*" die aufgrund diverser, komplexer Wechselwirkungen am Ende einer Fehlerkette stehen (Berwick in von Eiff 2007: 12; Dekker 2006: 2). Dies zu akzeptieren bleibt schwierig, weil es zeigt, dass Fehler immer wieder passieren können, trotz guter Vorbereitung, Planung und Ausbildung.

Es bedarf grundsätzlicher Veränderungen, um langfristig ein Organisationsverständnis aufzubauen, indem eine gemeinsame und offene Auswertung von Fehlern gefördert und Risikomanagement als alltägliche sprachliche Praktik gesehen wird. In dieser Arbeit stelle ich eine grundlegende Handlungstheorie vor, die erläutern kann, wie der Umgang mit Risiken organisatorisch einzuordnen ist, die berücksichtigt, wie Verständnis erzeugt und wie sprachliche und soziale Aspekte Einfluss auf die Umsetzung nehmen. Im Folgenden wird auf die Konzeption der Arbeit eingegangen.

1.2. Umfang der Arbeit und Methodik

Eine Beschreibung von Risikomanagement im klinischen Kontext umfasst sehr häufig Beiträge in denen Berichtssysteme vorgeschlagen werden, um Beinahezwischenfälle zusammen zu tragen und langfristig aus den begangenen Fehlern zu lernen. Gerade die kleinen Abweichungen und Versäumnisse beinhalten ein immenses Lernpotential ohne

große Auswirkungen auf Patienten zu haben (Edmonson 2004: ii3). Dafür wird ein Critical Incident Reporting System (CIRS) häufig als Lösung gesehen (Kaufmann et al. 2005; Schrappe 2005; Hofinger et al. 2008; Cartes 2009). Diese Ansätze übersehen aber die Komplexität der sozialen Interaktionen und umfassenden organisatorischen Wechselwirkungen, die in dem Management komplexer Unternehmen zutage treten (Ramanujam/ Rousseau 2006; Richardson 2008). Viele Autoren beschreiben, dass man ein CIRS einführen sollte, aber eine Kultur existieren muss, die ein Offenlegen von Fehlern oder Zwischenfällen erlaubt und fördert (Leape 1999; Kohn et al. 2000; Thomas/ Petersen 2003; von Eiff 2007c; Brügge 2007; Hardt et al. 2009). Sie überspielen die Frage, ob es überhaupt möglich ist eine Kultur zu „erzeugen" oder richtig ist, sie zu beeinflussen, sondern setzen es ohne Umschweife voraus. Diese funktionalistische Kulturbeschreibung (z.B. Schein 1985) ist zu eingeschränkt und rein „instrumentell" (Alvesson 1993; Hatch 1997: 229-235; Clegg et al. 2005a: 278-296; Strohschneider 2009; Brewis/ Jack 2011). Obwohl sich die Kultur gerade durch das Reporting verändert (Reason 1997; Leape 2004), darf die organisatorische „Wirklichkeit" nicht vergessen werden.

Industrial Psychology oder Human Factors haben häufig den Arbeiter als den Auslöser von Unfällen identifiziert und damit kein Lernen erzeugt, sondern Schuld zugewiesen (Roberts et al. 2004: 169). In dieser Arbeit wird eine erweiterte Herangehensweise beschreiben in der die strukturellen Ursprünge von Fehlern betont werden und menschliche Fehler als Nebenprodukt des Strebens nach Erfolg gesehen werden (Dekker 2006: 17, 65). Sicherheit ist vielmehr ein dynamisches Nicht-Ereignis und muss fortwährend erzeugt werden (Weick/ Sutcliffe 2007: 40). Kleine Fehler gelten als frühe Anzeichen, dass etwas nicht „rund" läuft (Edmondson 2004: ii3). Die Akzeptanz und Offenlegung dieser Zwischenfälle ist daher immens wichtig. Risikomanagement muss somit als Teil der Krankenhausorganisation gesehen werden (Weeks/ Bagian 2003; von Heusinger et al. 2007). Doch oft verhindert die mechanistische Denkweise der traditionellen Unternehmensführung eine erfolgreiche Umsetzung (McDaniel/ Driebe 2001; Plsek/ Wilson 2001; Institute of Medicine 2001; Begun et al. 2003; Jordan et al. 2009; Miller et al. 2010).

Um dieser Problematik vorzubeugen, fließen einige kritische Gedanken zum Wesen von Organisationen (Jackson/ Carter 2000; Alvesson et al. 2011), der Zusammenarbeit und Interaktion im Krankenhaus und Kommunikation zu Patienten (Iedema 2007a; Iedema et al. 2009b) und der Kulturbeeinflussung (Hatch 1997: 234-235) in die Argumentation

ein. So können die Prämissen bewusst gesetzt, eine passende Methodik gewählt werden (Silverman 1997; Baggini/ Fosl 2003; Alvesson/ Skoldberg 2009), und schließlich anwendbare, theoretisch fundierte Vorschläge und empirische Erkenntnisse erzeugt werden, wie mit Risiken und aktiven Fehlern im Behandlungsablauf oder den latenten Ursachen der organisatorischen Rahmenbedingungen umgegangen werden soll. Es wird gezeigt, worauf man bei einem langfristigen Umgang mit Risiken achten muss und was man sich davon versprechen kann.

Daher wird das Krankenhaus zunächst als komplexes adaptives System dargestellt (McDaniel/ Driebe 2001; Begun et al. 2003; Stroebel et al. 2005; Miller et al. 2010). Der Ansatz von Stacey (2000, 2003, 2007), demnach Unternehmen *complex responsive processes of relating* sind, ermöglicht eine zusätzliche Beschreibungstiefe und umgeht viele Limitationen anderer Ansätze, wo das Individuum als Black-Box betrachtet wird und die „Wirklichkeit" als objektiv gilt. Diese Ausklammerung kann in Hinsicht auf die Bedeutung von Sprache (Wetherell et al. 2001; Tietze et al. 2003; Fairclough 2010), Lernen und Vielfalt (Clegg et al. 2005b; Kornberger et al. 2006) und der Konstruktion der sozialen Wirklichkeit (Gergen 1994, 2009) nicht sinnvoll sein, weil ein großer Bereich, der für das umfassende Verständnis von Risikomanagement im Krankenhaus unabdingbar ist, schlicht nicht beachtet wird.

Es werden die Erkenntnisse von High-Reliability Organisationen einbezogen und deren Anwendung für Krankenhäuser ausgebaut (Frankel et al. 2006; Weick/ Sutcliffe 2007). So ist weniger wichtig, dass am Ende für jeden Incident sofort eine schnelle Lösung gefunden wird, das „System" schnellstmöglich wieder einen „Ruhezustand" erlangt, sondern dass inkrementell gelernt, die Kommunikation bei Schwierigkeiten geübt und Achtsamkeit gefördert wird, damit das Lernen aus Zwischenfällen zur organisatorischen Routine wird (Battles et al. 2006; Nielsen/ Mann 2008) und „normale Risiken" gesenkt werden können (Tamuz et al. 2006). So kann das „organisatorische Schweigen" (Henricksen/ Dayton 2006) überwunden und diese Fähigkeiten zu Patienten und anderen Stakeholdern kommuniziert werden (Iedema et al. 2009b). Aber eine derartige Öffnung der Kultur lässt sich nicht erzwingen (Clegg et al. 2005a: 278-295) und ist vielleicht auch gar nicht gewollt (Hatch 1997: 234-235; Brewis/ Jack 2011). Es geht um den Aufbau einer bewussten und reflexiven Handlungspraxis, die fortwährend gelebt werden muss, in der die Umstände (von Fehlern, Risiken, Vorschlägen, Korrekturen, etc.) immer neu verhandelt werden müssen (Clegg et al. 2007a). Dies geschieht immer in Kommunikation mit anderen Mitarbeitern, so dass man unbedingt einen Blick auf die

„sprachliche“ Seite des Organisierens werfen muss (Iedema 2007b; Llewellyn/ Hindmarsh 2010a, 2010b).

Weil *empirisch quantitative* Test weiterhin fraglich sind (Anderson et al. 2004) und aus einem kritischen Forschungsverständnis heraus grundsätzlich als problematisch gesehen werden, wird in dieser Arbeit *empirisch qualitativ* argumentiert (Alvesson/ Skoldberg 2009). Es werden empirische Beispiele aufgeführt, Instrumente beschrieben und deren Anwendung dargestellt. Insbesondere wird mithilfe einer kritischen Diskursanalyse (Jäger 1999; Fairclough 2010) im Sinne der organisatorischen Diskursforschung (Prichard et al. 2004; Grant et al. 1998, 2011), eine Dekonstruktion (Norris 1991) der bedeutendsten Instrumente des Risikomanagements im Krankenhaus versucht. Diese wird durch Ansichten aus der Soziolinguistik (Swann/ Leap 2000; Mesthrie/ Deumert 2000) und der kritischen Kommunikationsforschung (Mumby 1993; Miller 1997) bereichert. Es geht um die Darstellung der Anwendung von *Critical Incident Reporting* und um eine (Text-) Diskursanalyse der Zwischenfallberichte (Iedema et al. 2006a). Durch die Ausweitung auf den organisatorischen Diskurs über Risiken im Sinne von High-Reliability Organisationen (Weick/ Sutcliffe 2007) und die Integration einer psycho-analytischen Perspektive bezüglich der beschrieben Erlebnisse (Lacan 1977 nach Baggini/ Fosl 2003: 187-189; Lacan nach Jackson/ Carter 2000: 152-164; Zizek 2006) wird es möglich, die Darstellung der Texte zu interpretieren und kritisch zu hinterfragen. Hieraus werden grundsätzliche Einsichten für den Umgang mit Critical Incident Reporting und den Möglichkeiten als Instrument entwickelt. Anschließend wird die *Root Cause Analyse* als Instrument dekonstruiert, indem eine Diskursanalyse einer normalerweise internen Gesprächsaufzeichnung aus Iedema et al. (2006b) durchgeführt wird. Es wird möglich das tatsächliche Vorgehen der Analyse gemeldeter Zwischenfälle darzustellen. Daraus werden grundlegende Schlüsse für die praktische Anwendung von Root Cause Analysen gezogen. Die Darstellung einiger langjäriger Erfahrungen mit Incident Reports, Root Cause Analysen und dem Erfolg von *Root Cause Analyse Empfehlungen* rundet die qualitativ empirische Darstellung der Arbeit ab (Iedema et al. 2008).

Anschließend wird auf Basis der *Complex Responsive Processes of Organizing* (Stacey 2000, 2003, 2007) und einigen postmodernen Stimmen (Bauman 1990; Hatch 1997; Clegg et al. 2005b; Kornberger et al. 2006; Clegg et al. 2007a; Rhodes et al. 2008), die Herangehensweise für den sprachlichen und gedanklichen Wandel in Krankenhäusern hin zu einem Risikomanagement als Praxis beschrieben. Es wird dargestellt, welche

Möglichkeiten und Ansatzpunkte existieren, aus Fehlern zu lernen, Risiken zu senken und mehr Reflexivität in die alltäglichen Handlungen zu bringen (Carroll et al. 2008). Nun werden einige Prämissen für die Arbeit vorgestellt.

1.3. Forschungsprämissen

Warum müssen die Prämissen einer Arbeit angesprochen werden? Diese Frage ist fundamental für die epistemologischen Absichten der Arbeit und den ontologischen Ausgangspunkt der Forschung (Burrell/ Morgan 1979; Hassard/ Parker 1993; Deetz 1996; Hatch 1997: 47-56; Alvesson/ Deetz 1999; Trigg 2001; Starbuck 2006; Hatch/ Cunliffe 2006: 14; Alvesson/ Skoldberg 2009; Searle 2010). Eine wissenschaftliche Untersuchung muss zu anderen Schlussfolgerungen kommen und sich grundlegend im Theorieverständnis unterscheiden, je nachdem von welchen Annahmen und welcher Problemstellung über das Forschungsobjekt sie ausgeht. Viele Prämissen werden nicht bewusst wahrgenommen oder können möglicherweise gar nicht gesehen werden. Die Einstellungen, das Wissen und die Sprache eines Forschers formen seine Welt. Die Selbstverständlichkeit der Prämissen über die Natur des Gegenstandes birgt eine große Gefahr, die Realität auf eine *gewisse* Weise wahrzunehmen und dann Erwartungen und Meinungen bezüglich *dieser* Realität zu bilden, die vielleicht gar nicht gewollt gewesen sind, aber das Untersuchungsergebnis doch fundamental beeinflussen (Malik 2008: 17-19). Ziel einer Untersuchung sollte sein, die gestellte Problematik bezüglich des Erkenntnisgegenstandes beschreiben, untersuchen und erfolgreich lösen zu können. Wenn die Forschungsfrage nicht nur theoretischer Natur, sondern empirischer Relevanz ist, wird die Notwendigkeit nicht nur irgendeine Lösung zu liefern, sondern eine „theoretisch fundierte“ *und* „anwendbare“, besonders wichtig. Theorie und Praxis müssen als integrale Bestandteile gesehen werden (Jackson/ Carter 2000: 236-237). Die praktische Irrelevanz von Teilen der Betriebswirtschaftslehre ist maßgeblich auf den implizit akzeptierten und unterstellten Kontext der Theoriebildung zurückzuführen. Eine Übereinstimmung von praktischer Anwendung und Theorie wird notwendig (Malik 2008: 43). „Relevante“ sozialwissenschaftliche Forschung (Schultz/ Hatch 2005: 337) ermöglicht es, die erkannten „neuen Möglichkeiten“ für positive organisatorische und soziale Veränderungen zu nutzen (Hatch 1997: 366-368).

Unternehmen lassen sich vielfältig konzeptualisieren und verstehen.[1] *Images of Organization* (Morgan 1997) beeindruckt nicht nur durch die Vielfalt der gewählten Metaphern, sondern gerade durch ihre Anwendung. Organisationen sind viele Dinge gleichzeitig, sie sind komplex und facettenreich, vor allem aber paradox. Jederzeit bestehen viele Tendenzen und Dimensionen eines Unternehmens, von denen alle einen Einfluss auf die Möglichkeiten von Management haben. Obwohl jede Metapher in sich sehr vielversprechend, viel erklärend sein kann, wirkt sie einschränkend – verhindert ein Verständnis anderer Facetten. Die Sicht eines Forschers, bestimmt was er sieht. Sie formt die Wirklichkeit. Daher ist es bedeutsam, die Existenz der divergierenden, konfligierenden und sich ergänzenden Perspektiven anzuerkennen, um den Reichtum und Komplexität der Organisationswirklichkeit zu verstehen (Morgan 1997: 347-351). Wenn wir verstehen, dass die unterschiedlichen Theorien Werkzeuge sind, können wir anders mit ihnen umgehen. Es wird leichter, die Stärken und Schwächen zu akzeptieren, weil keine von ihnen die absolute Wirklichkeit darstellt. Es geht um die Sensitivität für konfligierende Ansichten einer Situation, damit eine grundsätzliche Reflexivität erzeugt und eine sinnbegabte Interpretation möglich wird. Eine *postmoderne Sichtweise* erkennt das Paradoxe und lässt weitere Perspektiven zu. Sie zeigt, wie eine Sichtweise zwar einzelne Aspekte hervorhebt, aber andere ausblenden muss und wie dadurch eine Interpretation der Einschränkung möglich wird. Bewusste Subjektivität erzeugt Reflexivität, wodurch die Paradoxien, die Abweichungen, die Fehlern und Risiken einer Position durch die vermeintliche Sicherheit einer neuen Position aufgehoben werden, nur um eine andere Lücke aufzureißen. Daher wird eine Priorisierung einzelner Perspektiven für die Betrachtung eines Sachverhaltes entscheidend, damit ein Problem umrissen, verstanden und erklärt werden kann (Morgan 1997: 428-431). In diesem Zuge soll in der Arbeit besonderen Wert auf eine „erklärende Reflexivität" gelegt werden.

Sprache, Literatur und ihre Kritik sind dazu verdammt oder privilegiert, die präziseste und unverlässlichste Modalität zu sein, in der Selbsterkenntnis und Transformation möglich werden (DeMan 1979: 19 in Norris 1991: x). Daher soll einerseits versucht werden, im Sinne des frühen Wittgensteins eine Transparenz der Gedanken zu erzeugen (Wittgenstein 2003b: 7) und andererseits sich im Sinne des späteren Wittgensteins des lebendigen Wirkens der Sprache bewusst zu sein (Wittgenstein 2003a). Das zweite Anliegen dieser Arbeit ist, die Gedanken „verständlich" darzustellen, viel „erklären" zu können, aber sich ebenso der „Unvollkommenheit von Sprache" bewusst zu sein.

[1] Genauso gibt es verschiedene *„Schulen"* von Strategieauffassungen (Mintzberg et al. 2005) oder den Versuch „*Metaphern* von Strategie" zu beschreiben (Cummings/ Wilson 2003).

Als finale Prämisse wird angestrebt, dass die Arbeit „für“ und nicht „gegen“ das Management ist (Parker 2002). Dies soll kurz präzisiert werden. Critical Management Studies (CMS) ist eine Richtung in der Organisationsforschung, bei der grundlegende Kritik am Management geübt wird. Es wird kritisiert wie Macht verteilt ist, wie Kultur als Kontrollinstrument missbraucht werden kann und wie Machtverhältnisse gesehen werden. Des Weiteren zeichnen sich die CMS durch ihren nicht-performativen Charakter aus (Fournier/ Grey 2000). Nach Lyotard meint Performativität die alles übertrumpfende Maximierung des Outputs bei Minimierung des Inputs (Clegg et al. 2006: 8). Es scheint, als wäre Management eine Verschwörung gegen die Mitarbeiter und kritische Ansätze der Organisationsforschung stünden als politische Ansätze gegen diese institutionelle Ausnutzung von Macht (Lounsbury 2003 nach Clegg et al. 2006: 10). Dabei reproduziert sich die Forschungsnotwendigkeit gerade erst durch diese schonungslose Aufdeckung, indem die subjektive Position des Wissenschaftlers als bedeutsamer gepriesen wird und keine andere Sicht gelten lässt. In diesem Sinne konstruieren sich die kritischen Forscher ein unkritisches Forschungsobjekt und legitimieren ihr eigenes Dasein (Clegg et al. 2006: 11). Letztlich soll eine gute Theorie aber nicht nur kritisieren, sondern auch die Welt verbessern (Parker 1993: 211). Daher soll in dieser Arbeit ein Beitrag dazu geleistet werden, Management als kritischen Diskurs bzw. als diskursive Praktik zu beschreiben (Barry/ Elmes 1997; Watson 1997; Grant et al. 1998; Jackson/ Carter 2000; Chia 2000; Tietze et al. 2003; Clegg et al. 2007b; Ezzamel/ Willmott 2008; Clegg et al. 2009; Clegg et al. 2011: 129-144). Es soll gezeigt werden, dass man im Sinne von Clegg et al. (2006) einerseits kritisch und sich den Machtverhältnissen bewusst sein kann, aber den Diskurs so erschafft und gewisse Sachverhalte dazustellen versucht, dass das Management und alle Mitarbeiter davon profitieren können. Es geht darum, sich nicht gegen das Management zu stellen, sondern auf die Seite der Aufklärung, um dem kritischen Diskurs mit und „für das Management“ Rechnung zu tragen (Clegg et al. 2006).

Im Folgenden soll daher das organisatorische Verständnis aufgebaut werden, um im weiteren Verlauf der Arbeit den Analyserahmen zu bilden.

2. Das Organisationsverständnis

2.1. Einführung

Weil Komplexität *das* herausragende Element unser heutigen Gesellschaft ist (Heylighen et al. 2007: 117), hat sich die Komplexitätstheorie als *die* neue Inspirationsquelle für die Organisationslehre hervorgetan (van Uden et al. 2001: 53; Urry 2003; Gatrell 2005; Grant/ Nippa 2006: 650). Ebenso ermöglicht sie ein neues Verständnis des Wesens und des Kontextes von Krankenhäusern (Miller et al. 1998; Plsek/ Wilson 2001; Begun et al. 2003; Stroebel et al. 2005; Jordan et al. 2009; Lanham et al. 2009; McDaniel et al. 2009; Miller et al. 2010). Auch wenn Krankenhäusern als herkömmliche Unternehmen gesehen werden, erzeugen Informationsasymmetrien, ein schwacher Link zwischen Leistungsempfängern und bezahlenden Institutionen, sowie hohe technologische und professionelle Heterogenität (McDaniel/ Driebe 2001: 11-12), eine „nicht vergleichbare Entscheidungskomplexität" (Ginter et al. 1998: x), die sie zu besonders „herausfordernden Organisationen" macht (Hellström et al. 2010: 501).

Bei Komplexitätsdenken geht es um Grenzen, was man wissen kann. Aufgrund dieser Grenzen des Wissen und der Voraussicht, sind die strategischen Möglichkeiten eines Managers eingeschränkt (Richardson 2008: 13). So weigern sich Unternehmen wie Unilever, Union Pacific und Visteon detaillierte Voraussagen über ihre Entwicklung zu machen. Ein integriertes und umfassendes Verständnis von Risiko wird notwendig, welches die Interdependenzen berücksichtigt, aus denen Risiken erwachsen können. Risikodenken wird zu einer „strategischen Diskussion" (Knowledge@Wharton 2009: 1-3; Browne et al. 1999: 400-404).

Ein erfolgreiches Risikomanagement muss das „System" Krankenhaus aus einer fortschrittlichen Perspektive sehen um aufzuzeigen, welche Möglichkeiten existieren und welche Foki gelegt werden müssen. Kontinuierliche Qualitätsverbesserungen waren bisher nicht übermäßig erfolgreich (Shortell et al. 1998; Solberg et al. 2000; Pope et al. 2002). Sie scheiterten aufgrund ihres „Verständnisses" der Wirklichkeit.[2] Genau hier setzt diese Arbeit an.

[2] Ein Total Quality Management (TQM) basiert auf dem Newton'schen Weltverständnis, welches eine maschinistische Auffassung von Unternehmen hat. Die „richtigen" Stellschrauben zu erreichen war *die* Schwierigkeit. Doch das wahre Problem liegt in der Fehlinterpretation der Systemnatur (McDaniel/ Driebe 2001: 23; Plsek 2001: 311; Goldstein 1994: 8-9).

2.2. Die Theorie der komplexen adaptiven Systeme

Die Chaos-Theorie ist aus der mathematischen Verhaltensanalyse von Systemen hervorgegangen, die Idee der komplexen adaptiven Systeme hat indes Wurzeln in der Biologie. Somit ist die Chaostheorie auf ein bestimmtes Verhalten komplexer Systeme ausgerichtet, während die Theorie Komplexer Adaptiver Systeme erlaubt, die Unternehmung ganzheitlicher zu sehen (Dooley 1997: 77; Capra 2004: xviii-xix). Während gewünscht wird, dass die „neue" Theorie die „älteren" Ansätze nicht komplett verdrängen, sondern durchdringen oder vereinen soll (van Eijnatten 2004: 124; Axelrod/ Cohen 2000: xv), erklären andere, dass die Komplexitätstheorie keine Erweiterung des Newton'schen Modells ist und Krankenhäuser auch keine „lebende Systeme" sind; sie ist eine andere Weltanschauung – eine andere Weise Unternehmen zu verstehen (McDaniel/ Driebe 2001: 14).[3]

Komplexe Adaptive Systeme (im Folgenden KAS) bestehen aus einer großen Anzahl an Akteuren, die Informationen verarbeiten und diese austauschen (Holland 1998; Axelrod/ Cohen 2000; Buchanan 2002), wie z.B. Nervenzellen, Computerprogramme, Individuen, Unternehmen, Institutionen oder Staaten (McDaniel/ Driebe 2001: 15). Sie interagieren ständig mit anderen Akteuren, lernen, und sind eine Quelle von Vielfalt (Lanham et al. 2009: 458), weil ihr Aufbau unterschiedlich ist und sie unterschiedliche Systemauffassungen haben, die aber alle begrenzt sind (Casti 1997 nach McDaniel/ Driebe 2001: 15). Die Akteure selbst können recht einfach sein. Sie interagieren dynamisch indem sie Energie oder Informationen austauschen und können so das gesamte System beeinflussen, obwohl sie nur mit wenigen anderen Akteuren interagiert haben, d.h. die Interaktionen sind ergiebig. Interaktionen sind nicht-linear, weil es viele direkte und indirekte Rückkopplungen gibt. Komplexe Systeme sind grundsätzlich offen, tauschen Energie oder Informationen mit ihrer Umwelt aus und befinden sich in einem ständigen Zustand des Nicht-Gleichgewichts. Sie haben ein Gedächtnis, welches über das gesamte System verteilt ist – eine Geschichte. Diese Geschichte beeinflusst maßgeblich das Verhalten des Systems. Dessen Verhalten wird durch die Natur der Interaktionen im Inneren bestimmt und nicht durch die Eigenschaften seiner Akteure. Weil alle Interaktionen ergiebig, dynamisch und nicht-linear sind, kann das Verhalten des Systems nicht durch die Analyse der einzelnen Akteure bestimmt werden. Der

[3] Um das „radikale" Potenzial der Komplexitätstheorie zu nutzen, bedarf es außerdem einer Abkehr von der „Individuen zentrierten Psychologie" hin zu einer „Beziehungspsychologie" (Stacey 2000: xvi), also einer zusätzlichen Übertragung und Interpretation. Dies wird später erläutert.

Zustand ist emergent. Emergenz ist kein Argument gegen Kausalität, aber sie verhindert einen Determinismus von Systementwicklungen und Prognosen. Komplexe Systeme sind adaptiv und können sich ohne den Einfluss externer Akteure verändern (Cilliers 2004: 8-9; Lanham et al. 2009: 458; Dooley 1997: 90; Anderson et al. 2005: 673). Damit hebt sich die Theorie von der klassischen Systemtheorie ab.[4]

Die Implikationen der Komplexitätstheorie für Organisationen und deren Management sind folgende (Cilliers 2004: 10-11):

1. Beziehungen werden wichtig, weil gerade die Interaktionen zwischen den einzelnen Akteuren die Natur des komplexen Systems determinieren.
2. KAS sind offen – Grenzen (nach außen) schwer definierbar. „Visionen" bzw. „Missionserklärungen" sind Versuche Grenzen zu erschaffen, obwohl Unternehmen aktiv mit ihrer Umwelt und anderen Organisationen interagieren. Kein Unternehmen kann losgelöst von seiner Umwelt verstanden werden.
3. Neben diesen Kontextfaktoren, bestimmt auch die Geschichte des Unternehmens seine „Natur", die wiederum in allen kleinen individuellen Interaktionen systemweit zu Tage tritt.
4. Eigenschaften können unerwartet entstehen und neu sein.
5. Weil die Interaktionen und Zusammenhänge nicht-linear sind, können kleine Ursachen sehr große Wirkungen haben; ebenso müssen große Ereignisse, nicht unbedingt diese Wirkung entfalten. Die Größe der Wirkung ist nicht nur durch die Größe der Ursache, sondern auch durch den Kontext und die Geschichte bedingt. Ein Ergebnis kann damit nicht mit Sicherheit geplant werden.
6. Das System kann auf externe Einflüsse mit jeglicher Skalenbreite reagieren. Häufig arrangiert sich das System selbst so, dass es „maximal sensitiv" auf systembedrohende Einflüsse reagieren kann.
7. KAS können unter zentralen Kontrollgewalten nicht optimal funktionieren. Kontrolle sollte systemweit verteilt sein.
8. KAS funktionieren am besten mit flexiblen (*shallow*) Organisationsstrukturen.

[4] Die Ansätze der klassischen Systemtheorie sind auf das Lösen von Problemen, Prognose und Kontrolle gerichtet. Die Komplexitätstheorie versucht exploratorisch vorzugehen, Begründungen zu entwerfen und Verständnis zu erzeugen und legt Wert auf die Emergenz von Systemeigenschaften (Gatrell 2005: 2664). Dies wird deutlich, wenn man die kybernetischen Eigenschaften des von Malik (2008) beschrieben Modells des Lebensfähigen Unternehmens betrachtet. Das Unternehmen wird starr beschrieben. Führung und Kontrolle wird durch Heuristiken versucht und das Unternehmen als Schaltkreis abgebildet. Nicht vorhersagbare emergente Eigenschaften und soziale Dynamiken werden vernachlässigt, sind aber besonders wichtig, um die grundsätzlichen Einflussmöglichkeiten der Beteiligten zu bestimmen.

Es wird erkennbar, dass das Management einen grundsätzlichen Wandel erfahren müsste, um diesem Verständnis Rechnung zu tragen.[5]

Die zunehmende Komplexität des Gesundheitswesens erzeugt immer neue Probleme für die Beteiligten: Die Effekte neuer Technologien müssen antizipiert werden; komplexe Finanzgeschäfte müssen ausgehandelt werden; interne Konflikte und konfligierenden Ansprüche müssen vermittelt werden (Baker 2001: 23). Krankenhäuser haben die Fähigkeit sich selbst zu organisieren, zeigen emergente Eigenschaften und koevolvieren mit ihrer Umwelt (Lewin/ Regine 1999; Anderson/ McDaniel 2000). Da auch Manager nur Beteiligte und keine objektiven Entscheider sind (Stacey 2000: 401), ist dieses System aus vielen und unterschiedlichen Akteuren schwierig zu managen (Drucker nach Baker 2001: 23). Also brauchen Klinikmitarbeiter zunehmend ausgefeiltere Methoden und Praktiken, um ihrer Arbeit nachzugehen (Carroll et al. 2008: 380). Die Beziehungen zwischen den Beteiligten – ihre „Kommunikation" – werden wichtig (Iedema 2003, 2005, 2007a 2007b; Iedema et al. 2005).

Während im traditionellen Verständnis der Manager als externer Kontrolleur gesehen wurde, als jemand, der das System Krankenhaus lenkt und unter seiner Kontrolle hat, muss der Manager lernen, sich selbst als Akteur des Ganzen zu sehen, der mit anderen Akteuren interagiert und nur einer von vielen Faktoren ist, die das Gesamtgefüge Krankenhaus in einem dynamischen Zustand halten. Der Manager kann agieren und hat damit auch einen Einfluss auf das System, aber es gibt keine Garantie für den Erfolg (McDaniel/ Driebe 2001: 22-25; Stacey 2007: 436). „Interventionen" in Krankenhäuser führen oft zu unerwarteten Ergebnissen. Mit einem „maschinellen" Verständnis, werden diese Auswüchse dann als Abweichungen oder Fehler gesehen (Jordan et al. 2009: 2; Plsek 2001: 311). Der traditionellen Krankenhausleitung ging es um Kontrolle. Verbesserungsversuche galten einer besseren Regulierung, finanziellen Restriktionen und „Bestrafung" von Abweichungen. Es ging darum sicherzustellen, dass die Arbeiter auch das taten, was sie tun sollten (McDaniel/ Driebe 2001: 24). Diese Konzeption blendet die oben genannten Eigenschaften von KAS komplett aus. Daher ist es einleuchtend, dass der als „reduktionistisch" geltende Ansatz TQM bisher weniger erfolgreich war (Shortell et al. 1998; Solberg et al. 2000; McDaniel/ Driebe 2001: 23).

Nun werden einige Einsichten des Postmodernismus vorgestellt und die Bedeutung von Sprache, Reflexivität und die Konstruktion sozialer Wirklichkeit betont.

[5] Um diese Einsichten zu berücksichtigen, wird eine *Komplexitätsführungstheorie* erarbeitet (Marion/ Uhl-Bien 2001; Uhl-Bien et al. 2007). Gleichzeitig sind unbedarfte Interpretationen problematisch, weil sie leicht zum Ignorieren der radikalen Implikationen führen können (Grant/ Nippa 2006: 650, 653).

2.3. Eine postmoderne Sicht auf Organisationen

In den 80er Jahren wurde ein Fokus auf „Organisationskultur“ gelegt (z.B. Schein 1985), während in den 90er Jahren versucht wurde, die Bedeutung von „Sprache“ zu betonen (Jones 2011: 78). Arbeiten zum „Überleben in Organisationen“ (Schein 1999), der Lernenden Organisation (Senge 2006) sind dem Fokus auf „Kultur“ zuzurechnen. Kritische Perspektiven betonen hingegen die Bedeutung von Erzählungen und sozialer Kontrolle (Mumby 1993) oder von Sprache, Repräsentation, Differenz, Legitimität und Dezentrierung (Hassard/ Parker 1993; Jones 2003a). Andere sehen die kulturelle Differenz von *Moderne* und *Post*moderne als entscheidend. Sie macht es notwendig, Organisationen nicht als „Kultur“ zu sehen, sondern darauf zu achten, *wie* diese „konstruiert und reproduziert“ werden (Clegg 1990). Manche Ansätze verbinden kognitivistische Ideen und betonen interpretativ die Konstruktion des Organisierens (Weick 1995, 2001; Watson 2002). Grundsätzlich nehmen „Sprache“ und Beziehungen eine große Bedeutung in der Erzeugung der sozialen Wirklichkeit ein (Gergen 1994; Watson 1997). Man kann Organisationen *durch* Sprache verstehen (Tietze et al. 2003). Diese Ausrichtung auf „Sprache“ und der Fokus in der Betrachtung von Organisationen als eine Frage von Diskurs, Gespräch oder Text, hat zu der Entstehung der „organisatorischen Diskursanalyse“ geführt (Jones 2011: 78-79; Grant et al. 1998; Chia 2000; Prichard et al. 2004).

Die Komplexitätstheorie kommt als Grundlage für ein Managementverständnis in Frage, muss aber „interpretiert“ werden. Mit ihren Wurzeln in den mathematisch, naturwissenschaftlichen Disziplinen kann die Komplexitätstheorie *an sich* Dinge wie Subjektivität, Bedeutung, die Grenzen von Sprache und den interpretativen und transformativen Charakter von menschlicher Erfahrung nicht erklären (Chia 1998: 342 nach Van Uden et al. 2001: 55). Das „natürliche Habitat“ muss folglich genau beachtet werden. Die KT erlaubt aber ein „unerwartet modernistisches“ Argument für Gedanken, die normalerweise von „Postmodernisten“ vorgebracht werden (Van Uden et al. 2001: 55-56). Damit meinen die Autoren, dass die KT erklären kann, dass Organisationen eben nicht steuerbar im herkömmlichen Sinne sind, dass Interaktionen wichtig werden (also Kommunikation und Sprache), dass Grenzen durchlässig sind, die Bedeutung von Zeichen nicht vorgeschrieben werden kann, und diese Einsichten eben „erklärbar“ sind, sofern man erkennt, welchen Ansätzen im „natürlichen Habitat“ (Van Uden et al. 2001: 55) sie entsprechen. Die Frage nach den „Grenzen des Wissens“ ist demnach eine, die aus komplexitätswissenschaflicher Sicht beantwortet werden kann oder auch durch

Philosophie (Cilliers 2005). Für eine soziale Organisation bietet sich aber eine „Interpretation“ der KT an, um der sozialen Wirklichkeit Rechnung zu tragen – also eine Art „narrative Deutung“ der KT (Luhman/ Boje 2001), um sie so „rekursiv zu erweitern“ und damit auszubauen (Tsoukas/ Hatch 2001: 979). Um die Einsichten der KT für Organisationen nutzen zu können, bietet sich eine Ausweitung mithilfe der vom Postmodernismus identifizierten Ansatzpunkte an.

Hassard (1993: 11-16) identifiziert fünf Elemente eines postmodernen Rahmens:

1. *Repräsentation* – Es gibt keine theorie-neutrale, beschreibende Sprache. Sprache ist nicht mehr „faktisch“ sondern „repräsentierend“. Sprache ist nie neutral. Der empirische Prozess wird redefiniert, weil die darin produzierte Sprache nicht (unbedingt) mit einem besseren Bild der Wirklichkeit korrespondiert. Wissenschaftliche Beweise werden immer interpretiert und aus einer eingeschränkten sprachlichen Domäne gerechtfertigt. Befunde reflektieren existierende intellektuelle Kategorien (Hassard 1993: 12). Das „Objekt“ ist subjektiv und veränderlich (Kilduff/ Mehra 1997: 464; Bauman 1990: 228-231). Jegliches Verständnis und alle Beziehungen werden durch Sprache konstituiert (Taylor 2004: 121; Tietze et al. 2003: 23).
2. *Reflexivität* – Man muss den eigenen Annahmen gegenüber kritisch sein. Sprache als „Wissen“ sollte bescheidener verstanden werden. Auch in alltäglichen Dingen wird unser Wissen von „ernsthaften Sprachspielen“ geleitet – die Diskurse an denen wir beteiligt sind, von denen wir ausgeschlossen sind, die wir nicht wahrnehmen, beeinflussen unser Wissen (Hassard 1993: 12-13). Diskurse strukturieren die soziale Wirklichkeit (Jackson/ Carter 2000: 65-70; Chia 2000: 517). Eine „reflexive“ Position erlaubt dem Forscher das „Bewusstwerden“ des gegenwärtigen Umgangs mit verschiedenen „diskursiven Paradoxien“. Es erlaubt, die Verlässlichkeit der bisherigen Herangehensweise zu hinterfragen, indem alternative Modi betrachtet werden (Dunford/ Palmer 1998: 219; Calas/ Smircich 1999: 651). Selbst-Reflexivität ist als Forscher somit unerlässlich, um einer scheinbaren „Objektivität“ vorzubeugen (Bauman 1990: 178-179) und für eine Wiedereinführung von „Bewusstsein“ in der „Erfahrung“ von sozialer Wirklichkeit zu sorgen (Letiche 1996: 196).
3. *Schreiben* – In einem postmodernen Ansatz von Wissen geht es um die Art und Weise auf die der Fluss der Welt temporär und räumlich festgehalten wird – nach Derrida nämlich durch Schreiben. Soziale Akteure bringen so eine

Ordnung in ihre Umwelt. Damit ist Schreiben subjektiv und zeigt, wie der Beteiligte durch einen Prozess der Reflektion „materiell involviert" ist. Schreiben ist eine paradoxe, „unentscheidbare" Handlung, weil Dinge immer durch ihre Gegensätze bedingt werden (gut/schlecht; richtig/falsch; etc). Es muss hinterfragt und *dekonstruiert* werden, was geschrieben oder gesagt wurde (Hassard 1993: 13). Diskurse „lenken" was geschrieben wird und wirken so „konstituierend" auf die materielle Realität und soziale Praktiken, indem sie „formen" was gesagt (geschrieben) werden darf und von wem. Sie erzeugen Regeln, Identitäten, Kontexte, Werte, Prozeduren oder Vorschriften – sie „rekonstruieren" Bedeutung und teilweise auch Gefühle (Grant et al. 2011: 214-215). Stil (Ästhetik) wird bedeutsam (Kilduff/ Mehra 1997: 464-465; Linstead/ Höpfl 2000). Es geht um „Schreiben" in der Sprache der Praxis, in dem Diskurs der „konkreten" Interaktion (Letiche 1996: 196).

4. *Differenz* – nach Derrida meint, dass Etwas in Abwesenheit des eigentlichen Gegenstandes durch ein Zeichen repräsentiert wird – als „deferierte Präsenz". Das Zeichen ist nie in sich fertig, es drückt sich immer durch die Abgrenzung gegenüber des anderen aus: falsch/richtig, sicher/unsicher, fertig/unfertig, etc. Jedes Konzept ist in ein System eingraviert, indem es auf andere Dinge weiterleitet („referiert") (Hassard 1993: 14-15). Derrida zeigt die inhärente Verbundenheit von Gegensätzen auf – Dichotomien lösen ihre Gegensätze auf. Weil unsere Konzepte und Sprache grundsätzlich beschränkt sind, besteht immer die Notwendigkeit, sich dieser Grenzen bewusst zu sein (Gutting 2003: 869-870). So kann (und muss) man hinterfragen, wie sich „sicheres" Handeln von „riskantem" unterscheidet. Man muss ergründen, ob Handeln wirklich sicher sein kann. Es zeigt die Notwendigkeit für fortwährendes Hinterfragen und Handeln im Kontext von z.B. Risiko/ Sicherheit auf.
5. *Dezentrierung des Subjekts* – der Einzelne muss sich aufgrund dieser Dichotomie „distanzieren". Er ist nicht mehr das autonome Individuum, sondern immer durch andere beeinflusst, immer im Austausch mit anderen. Bewusstsein ist nie direkt und unvermittelt, sondern indirekt (durch Symbole). Das Selbst wird immer durch Diskurse beeinflusst (Hassard 1993: 15). Die Bedeutung von Handlungen, Aussprüchen oder Entscheidungen von Mitarbeitern oder Managern entsteht erst aus dem Kontext. Die Rationalität der Handlungen eines Managers ist abhängig von den Reaktionen der Kollegen oder Mitarbeiter, weil

> sie erst interpretiert werden müssen (Gergen 1992, nach Hassard 1993: 21). Individuelle Handlungen haben somit keine Bedeutung, diese wird erst durch die komplementierende Antwort darauf – eine Interpretation der Intention – erzeugt; erst aus dieser Beziehung entsteht somit Bedeutung (Gergen 1994: 262-271).

Organisationen sind nicht einfach nur „komplex", weil man sie schwer steuern kann oder deshalb schwer steuerbar, weil sie so „komplex" sind – aufgrund einzelner Produktbereiche, Wertschöpfungsketten, Abteilungen und Fachbereiche, sondern weil die soziale Wirklichkeit grundlegend vielfältig, ungenau, vieldeutig und in sich verwoben ist. Mitarbeiter beeinflussen sich gegenseitig, interpretieren sich und richten ihr Handeln danach aus. Sie agieren nicht immer in ihrem „rationalen" Interesse – vielleicht weil sie es selbst nicht kennen.[6] Rationalität ist vielfältig (Townley 2008; Kornberger et al. 2006: 11-13). Eigene Handlungen werden durch Handlungen und Interpretationen anderer bestimmt. Aktionen und Entwicklungen können somit häufig nicht vorhergesagt werden (Stacey 2007: 436). Die Potenziale sind ebenfalls immens. Es steckt eine enorme „soziale Kreativität" in dieser Vieldeutigkeit und in der Tatsache, dass die Mitarbeiter sich gegenseitig konstituieren. Sie handeln also nicht als bloße Akteure in einem Raum, sondern sie sind sozial. Weil sie das sind, treten die Eigenschaften von komplexen adaptiven Systemen auch in Organisationen auf.

Weil Sprache und Text für die Bedeutung *an sich* wichtig werden, ist es notwendig, Organisationen und deren Inhalte – deren Texte und Gespräche – zu dekonstruieren (Kilduff 1993: 14-16). „Dekonstruktion" ist dabei die Praktik einen (sozialen-) Text einem Maximum an interpretativer Schonungslosigkeit zu unterziehen, um die Annahmen, Ideen und Standpunkte darzustellen, die einer „leichten" Reflektion entgehen würden (Letiche 1996: 196; Norris 1991). Das pausenlose Hinterfragen von Vorstellungen, Ansichten und Verhaltensweisen drückt sich in einem „postmodernen" Forschungsverständnis aus (Kilduff/ Mehra 1997). Der Postmodernismus kann vielleicht nicht alle (epistemologischen und ontologischen) Fragen beantworten, aber

[6] Wenn alles Verhalten eine Manifestation von Wünschen ist, muss alles was in einer Organisation geschieht als Ausprägung des Selbst gesehen werden. Es gibt keine Grenzen zwischen der Arbeit und Zuhause. Man kann nicht das „Arbeitstier" von dem „Menschen zu Hause" trennen. Sie sind das Gleiche und nicht teilbar. Die Frage von Motivation ist schwierig zu klären, weil man nicht sagen kann, was eine Person wirklich motiviert (Jackson/ Carter 2000: 152-164). Die Autoren interpretieren die Lacan'sche Psychoanalyse und die Gedanken von Mead, Freud und Deleuze/Guattari für den Organisationskontext und kommen damit zu einem weitaus vielschichtigeren Bild des Selbst. Eine tiefgehende Betrachtung dieser Inhalte führt jedoch zu weit. Es sei erwähnt, dass „Motivation" an sich, sowie „Wünsche" des Selbst ein sehr diffiziles Thema ist, welches unmittelbar in den Organisationskontext hineinwirkt. Empfohlen ist dafür *Kap. 8 – Desire and Motivation* in Jackson/ Carter (2000: 155-162).

seine Bedeutung steckt in der Öffnung des wissenschaftlichen Diskurses – für die Produktion von Theorie als Genre –, als institutionelle und kulturelle Aktivität. Durch ihn wurde Raum für eine neue Form von Kritik geschaffen, und die Art und Weise des Schreibens und der Inhalte neu definiert. Es wurde möglich neue „Stimmen" zu hören (Calas/ Smircich 1999: 649-650). Gerade die Anhörung marginalisierter, unterdrückter, bisher ungehörter Stimmen wird betont. Es wird gefragt, wer eine Stimme hat, wer andere Ansichten hat und warum. Wird diese Perspektive berücksichtig, oder nicht? Es wird vor der Hegemonie *einer* Stimme gewarnt – vor Universalismen (Boje 2011: 393-394) und ungerechtfertigten allgemeinen Wahrheitsansprüchen (Bauman 1990: 18, 230-231). Organisationen werden durch Ironie, Uneindeutigkeit, Widersprüche und Paradox bestimmt (Taylor 2004: 123). Aus diesen spontanen Widersprüchen, Ungenauigkeiten und Interpretationen entstehen letztlich auch das kreative Potenzial und viele emergente, nicht-lineare Eigenschaften, die Organisationen ausmachen. Es ist jene Spontaneität und Anpassungsfähigkeit, die früher als „evolutionäres" Potenzial gesehen wurde (Nelson/ Winter 1982 nach Mintzberg et al. 2005: 182-185). Organisationen entstehen kontinuierlich aus den Interaktionen der Beteiligten, und konstituieren fortwährend die Beteiligten in einer „Intertextualität" (Linstead 1993: 60).

Der Postmodernismus betont die unauflösliche Verbindung von organisatorischem Wissen, Macht und Diskurs. Macht liegt weniger in spezifischen organisatorischen Positionen oder Akteuren, sondern in den Praktiken und Formationen selbst (Deetz 2001: 35 nach Taylor 2004: 126). Sie zirkuliert vielschichtig und unvorhersehbar durch Organisationen. Daher sollte weniger auf die „relativen Machtverhältnisse" einzelner Gruppen geschaut werden, sondern wie ihre Besonderheiten (Identitäten, Unterschiede, etc.) in und durch Diskurse produziert werden (Taylor 2004: 126). Macht existiert als eine „Kondition" und weniger als eine „Eigenschaft". Wissen wird durch eine systematische Artikulierung von Sprache, auf den sozialen Praktiken basierend, erzeugt. Die „Mikro-Physik" von Macht bestimmt und reproduziert bestimmte diskursive Praktiken, die Wissen hervorbringen. „Macht", in diesem Verständnis, ist implizit in dem organisatorischen Diskurs enthalten und strukturiert die Regeln und Vorschriften, aus denen unterschiedliche Formen von Wissen entstehen (Foucault 1970, 1974 nach Linstead 1993: 63) – wie z.B. bei TQM (Kelemen 1999; Legge 1995: 214-220). Diskurse sind in Macht/Wissen Beziehungen *verschriftlicht*. Macht wirkt durch eine Vielzahl von Beziehungen und formt Wissensansprüche. Sie institutionalisiert was eine „gute" Organisation, was Strategie, Wissen oder Macht sind (Ezzamel/ Willmott 2008:

193). Wissen ist somit untrennbar mit Macht verbunden, weil es unausweichlich mit der Ausübung von Disziplin und Interessen einhergeht. Diese Macht/Wissen Diskurse müssen hinterfragt – *dekonstruiert* – werden (Taylor 2004: 126), z.B. HRM (Legge 1995: 286-327). Das „Problem" sind die Diskurse selbst, weil Macht und Wissen gemeinsam daran beteiligt sind die *Wahrheiten* einzurahmen, die als selbstverständlich gesehen werden und somit unbewusst die Realität formen (Clegg et al. 2009: 75). Macht schränkt ein und ermöglicht Handeln, damit ist Macht „produktiv". Es geht dabei um die „Selbstverständlichkeit" des Wirkens von Diskursen. Sie erzeugen unkritisch hingenommene Wahrheiten, was „richtig" oder „in Ordnung" ist. Indem diese Verbindung von Macht und Wissen aufgedeckt wird, muss vor der bedingungslosen Akzeptanz von „Tatsachen" und Wahrheiten gewarnt werden, da sie notwendigerweise in der Formung und Reproduktion von Macht als soziale Beziehung impliziert sind (Foucault nach Ezzamel/ Willmott 2008: 195).

Der Postmodernismus ermuntert die komplexen und konfliktären Beziehungen der Mitarbeiter zu Macht zu untersuchen. Im einfachsten Fall bedeutet es die verwirrenden, sich verändernden Entscheidungen (Handlungen) der Beteiligten zu analysieren, wo sie Dominanz akzeptieren, verhandeln oder sich dagegen auflehnen. Auf höherer Ebene bedeutet es zu untersuchen, wie Entscheidungen und Identifikationen durch die historisch verankerten diskursiven Praktiken geformt wurden. Man muss erfragen, *warum bestimmte Handlungen legitim sind, wie etwas passiert ist. Warum gerade diese Entscheidungen? Wie könnten sich die Dinge veränderten, wenn die Beteiligten andere Entscheidungen treffen?* Die Analyse lenkt den Blick darauf, wie die Beteiligten „disziplinäre Stimmen" (z.B. der Kollegen, Vorgesetzten, Familie, Ausbildung, etc.) wahrnehmen, sie beachten, und wie sie in ihre Praktiken einfließen. Die Beteiligten werden für ihre Handlungen und Entscheidungen „verantwortlich" und es wird möglich über „Beschuldigungen" hinaus die Verantwortung für den Wandel von „ungewollten" Bedingungen zu akzeptieren (Taylor 2004: 129). Wir tragen Verantwortung für die Entscheidungen die wir treffen, unabhängig davon, ob wir dies eingestehen wollen. Verleugnung und Ignoranz werden unbequem, gar unmöglich. Ein bewusster organisatorischer Wandel wird möglich (Hatch 1997: 366-367).

Der Postmodernismus hebt die grundlegende Bedeutung von Sprache hervor, die das Organisieren ermöglicht. Da Sprache, Texte und Diskurse nicht neutral sind, müssen sie hinterfragt werden, um die enthaltenen Machtstrukturen und unkritische Ansichten aufzudecken. Diese Einsichten sind für Risikomanagement immens bedeutsam.

2.4. Complex Responsive Processes of Relating

Die „Interpretation“ der Einsichten der Komplexitätstheorie und deren Übertragung sind nicht ganz einfach.[7] Stacey et al. (2000) und Stacey (2000, 2003, 2007) beschäftigen sich ausführlich mit einer Darstellung und Kritik der Transportversuche und den bisherigen Ansätze der Organisationsforschung. Für diese Arbeit geht es vor allem um die „Anwendung“ der Erkenntnisse als Verständnisrahmen für das Organisieren im Allgemeinen und für Risikomanagement im Krankenhaus im Speziellen.

2.4.1. Philosophische und soziologische Pfeiler der Theorie

Die Fundierung der Grundannahmen ist besonders notwendig, je grundlegender die Arbeit ist und je mehr sie in Bereiche vordringen will, die noch nicht erschlossen sind oder bisher anders erschlossen wurden. Eine fundierte Argumentation muss konstant die Ontologie der zu beschreibenden Phänomene beachten (Searle 2010: 200-201).
Stacey (2007) argumentiert in einer Linie mit Hegel, Elias und Mead.
Nach Hegel[8] vertritt er, dass es keine objektive Position gibt, von der aus man das Unternehmen betrachten kann. Auch Strategie ist ein sozialer Prozess von Interaktionen zwischen selbst-bewussten Individuen, aus denen ihre Identitäten erst erwachsen. Der Inhalt von Strategie sind die Muster der Interaktion, eine wiederholte Identität. Es geht vor allem um das Erhalten und das Wechseln dieser emergenten Identitäten (Stacey 2007: 244).

---

[7] Vier Punkte müssen bei einer Erkenntnisübertragung der Komplexitätstheorie auf die Organisationsforschung erkannt werden. *Erstens*, wird durch die Gleichsetzung von Selbstorganisation mit individueller Freiheit, Empowerment und Demokratie die Bedeutung von Macht verschleiert. Nichts deutet auf eine bestimmte Konstellation von Macht oder deren Abwesenheit. Die Grundidee von Selbstorganisation ist die Freiheit, die Macht sich entfalten zu lassen, wie sie in den lokalen Beziehungen besteht. *Zweitens*, wenn die Aussagen der KT einfach übernommen werden, werden auch die vorherrschenden Prämissen übernommen, in diesem Fall die kognitivistischen Annahmen menschlichen Verhaltens. *Drittens* bleibt die fundamentale Heterogenität der einzelnen Akteure vollkommen außer Acht. V*iertens,* die Trennung des Einzelnen von sozialen Beziehungen und den Entscheidungen der Managern über sie. Kausalität, die psychologischen Grundannahmen und die Bedeutung des Einzelnen müssen neu bewertet werden (Stacey et al. 2000: 166).

[8] Hegel sah nicht mehr den systemischen Prozess wie Kant, sondern erfasste den Prozess als etwas Soziales, grundsätzlich bestehend aus Interaktionen von menschlichen Individuen, die in ihrem Austausch, ihrer gegenseitigen Beeinflussung – ihrer *Responsivität* – nach gegenseitiger Anerkennung streben (Stacey 2007: 244). Das Selbst ist also vor allem sozial. Der Mensch ist grundsätzlich ein Individuum, aber dieses tritt erst in einem interpersonellen Kontext hervor. Erst hier bildet sich die gegenseitige Anerkennung. Bewusstsein und Wissen werden durch die Interaktionen erzeugt, nicht nur durch Beobachtungen oder einfaches Zugreifen. Das Selbst ist eine soziale Konstruktion, die aus den Interaktionen zwischen den Menschen hervortritt (Hegel nach Solomon/Higgins 2000: 175-176).

Im Sinne von Elias[9] wendet er sich gegen eine räumliche Trennung des Einzelnen und der Gesellschaft. Die Interaktion zwischen den Menschen ist wichtig, denn die soziale Ordnung ergibt sich aus ihnen. Sie wird zu einem emergenten Prozess (Stacey 2007: 247-248; Elias 1988: 55). Die Nichtkontrollierbarkeit des Organisierens wird deutlich. Individuen können zwar soziale Entwicklungen in Gang bringen, aber nur schwer durchschauen und kontrollieren. Als Beteiligte haben sie Schwierigkeiten sich aus ihrem sozialen Kontext zu distanzieren (Elias nach Treibel 1993: 189). Die externe Beobachterposition ist erkennbar schwierig zu erlangen. Langfristige Konsequenzen können nicht vorhergesehen werden, weil die Interdependenzen und Abhängigkeiten zwischen den Handlungen, Plänen und Zwecken von Vielen unentwegt etwas Nicht-Geplantes hervorbringen – etwas Nicht-Intendiertes. Individuen handeln mit Bestimmung – mit Intention. Was sich ergibt, ergibt sich aus dem Zusammenspiel der Intentionen. Intention und Emergenz stehen in einem ständigen Wechsel. Niemand kann diesen Prozess verlassen. Niemand, egal wie mächtig er ist, kann etwas anderes tun, als kontinuierlich mit Intention zu partizipieren, pausenlos zu verhandeln und auf andere reagieren, die intentional das gleiche versuchen. Organisationsstrategien ergeben sich unvorhersehbar aus dem Zusammenspiel von Intentionen. Die Emergenz ist aber keine Frage von Zufälligkeit; es ergibt sich genau das, was von allen Beteiligten getan oder auch nicht getan wird (Stacey 2007: 248-250).

Nach Meads Verständnis von Kommunikation weicht er vom kybernetischen Sender-Empfänger Modell ab.[10] Individuen bringen Gesten hervor, die bei anderen Reaktionen erzeugen, welche in Form von Gesten zurückgeworfen werden. Dies erzeugt wiederum eine Reaktion des ersten. Dieser Prozess ist immerwährende und responsiv. Anfang und Ende der Konversation arbiträr. Der Prozess ist damit ein zeitlicher und sozialer. Geste und ihre Antwort selbst können nicht getrennt werden, sie bedingen sich gegenseitig und nur in ihrer Abhängigkeit erzeugen und vermitteln sie Bedeutung. Diese Formung ermöglicht Reflexivität und eine ständige Entwicklung der gemeinsamen Handlungen.

[9] Elias wollte den Individualismus/ Kollektivismus überwinden und die Zustands- zu einer Prozess-soziologie verändern (Elias 1970 nach Treibel 1993: 183-184). Er lenkte die Sicht auf die grundlegende Interdependenz des Individuums und des Sozialen. Die Verbindungen sind leichter zu erkennen, wenn wir den Prozess der gemeinsamen Entwicklung und Entstehung beschreiben (Stacey 2007: 247). So kann man das Handeln von Menschen nicht auf ein Wesen zurückführen, sondern muss es immer in Verbindung zum Handeln anderer Menschen sehen (Elias nach Treibel 1993: 185). Individuen und Gesellschaft existieren nicht ohne einander (Elias 1988: 26).

[10] Das Sender-Empfänger Modell beschreibt Gedanken als Produkte des Geistes autonomer Individuen, beschrieben in Sprache und zu anderen autonomen Individuen übermittelt, welche(r) dann die Nachricht, i.e. Sprache dekodieren. Gute Kommunikation überträgt den Gedanken erfolgreich. Schlechte Kommunikation macht neue Übermittelungen notwendig, um den Gedanken zu transportieren. Es geht um „richtiges Sprechen“ in einem linearen Kommunikationsaufbau (Stacey 2007: 271).

Handeln wird zu einem reflexiven Rollenspiel kommunikativer Interaktion (*Sprachspiel* – Searle 2010), dessen Nicht-Linearität betont werden muss.[11] Aus dieser inhärenten Dynamik ergibt sich die Notwendigkeit für reflektives Handeln.[12] Kommunikation ist keine An-Aus Aktion. Sie ist nicht richtig oder falsch. Sie ist ein fortwährender Prozess in dem Bedeutung ergründet wird. Während des gemeinsamen Verstehens kann sich Bedeutung verändern und neu interpretiert werden. Sie ist emergent. Strategien werden so zu fortlaufenden Konversationsprozessen, die durch Emotionen, Fantasien und Macht, sowie allen anderen Aspekten von Kommunikation geformt und immerzu interpretiert werden (Stacey 2007: 271, 274).

Für die Organisationstheorie bedeutet das, dass Organisationen und die Arbeit in ihnen soziale Aktivitäten sind, die wichtig für das Leben der Beteiligten sind. Sie sind fortwährende Muster sozialer Interaktion zwischen Menschen, in denen ihre Identität zusammengehalten und konstituiert wird. Es wird schwierig, Menschen als „Sozialkapital" zu betrachten, als Instrumente, die man nach Belieben einsetzen und entsorgen kann oder als „autonome Individuen", für die ein Unternehmen lediglich den Raum für eine „Selbstentfaltung" bereitstellen sollte. Die Menschen, ihre Identität, wird geformt durch das Alltägliche, die normalen Aktivitäten und Arbeitsaufgaben, die sie in den lokalen Interaktionen und Beziehungen erfüllen. Organisationsveränderungen durch z.B. Auslagerungen, Mitarbeiteraustausch oder die Einführung von Berichtssystemen für Fehler werden bedeutsame Implikationen dafür haben, wie Menschen sich selbst wahrnehmen. Veränderungen in der Selbstwahrnehmung können demnach hoch emotional sein, Ängste auslösen und damit auch zu Reaktionen führen, die nur schwer zu verstehen sind (Stacey 2007: 277).

Die Frage nach Ängsten, Zwängen und der gefühlten Unsicherheit ist auch für die Bearbeitung von Fehlern und Risiken im Krankenhaus wichtig. Daher wird nun die Beziehungspsychologie kurz erläutert.

---

[11] In Meads Modell kann eine Geste viele unterschiedliche Reaktionen hervorrufen, gerade weil Menschen unterschiedliche Erfahrungen, Geschichten haben. Da Bedeutung nicht nur in der Sprache alleine liegt, sondern aus den Worten und Antworten darauf erst entsteht (dem sozialen Kontext), kann man die Bedeutung dessen, was man gesagt hat, nur erkennen, wenn man die Reaktionen gesehen und interpretiert hat (Stacey 2007: 274).

[12] Es geht weniger darum, sich selbst oder jemand anderes für falsches Verstehen zu rügen, weil die Bedeutung dessen was man gesagt hat, nur aus dem Wechselspiel der gegenseitigen Interaktion und Interpretation entsteht. Es geht vielmehr darum, gemeinsam zu ergründen, was man eigentlich meint (Stacey 2007: 274). Menschen müssen in allem was sie tun darauf achten, wie das was sie tun, aufgenommen werden kann und was der andere tut. Sie sind zu reflexiven Handeln verpflichtet (Blumer 1973: 87 nach Treibel 1993: 115).

2.4.2. Darstellung der Basis einer Interaktions- und Beziehungspsychologie

Die Welt eröffnet sich unserem Bewusstsein erst durch unsere Interaktion mit ihr, sie wird nicht von unserem Gehirn „gebaut“. Der Inhalt der Gedanken ergibt sich durch die Partizipation – Bedeutung ist *relational*. Wir sind eingebunden in eine dynamische Interaktion mit den Dingen, die uns umgeben. Diese Beziehungen prägen uns fortwährend. Sie sind niemals fertig, sondern immer im Prozess. Wir sind Muster von Beziehungen und Beteiligung, mit fließenden Grenzen und wandelnden Inhalten – wir sind verteilt (Noe 2009: 164-183). Aus diesem Grund bekommt die Interaktions- und Beziehungspsychologie einen großen Stellenwert.

In der *Beziehungspsychologie* sind Personen Subjekte, die mit einander interagieren. In ihrer Aktivität formen sie ihre Erfahrungen von einander. Der Verstand, das Bewusstsein und Beziehungen formen sich gegenseitig zur gleichen Zeit. Die Hauptaussage der *relationship psychology* ist, dass das Bewusstsein des Einzelnen eine stille Konversation von Stimmen und Gefühlen ist, mehr oder weniger verborgen von anderen. Diese entsteht aus den Beziehungen zu anderen, während sie im Einzelnen erfahren wird. Die Beziehungen zwischen Menschen werden auf die gleiche Weise ausgedrückt wie das Bewusstsein, nämlich durch Konversation und Gefühlslagen. Beziehungen zwischen Individuen und Beziehungen zwischen den inneren Stimmen – dem Bewusstsein – sind äquivalent. Sie formen und werden simultan geformt. Es gibt keine Unterscheidung von Ebenen des Einzelnen und der Gruppe. Sie sind dasselbe Phänomen, nur aus anderen Blickwinkeln betrachtet: der Einzelne ist der Singular der Beziehung und die anderen sind der Plural. Individuen sind nicht alle gleich, da kleine Missverständnisse in Gesten/ Deutungen schnell eskalierend in andere innere Konversationen müden können – in ein anderes Bewusstsein/ Verstand. Der Einzelne wird „dezentriert“, aber ohne das Primat der Gruppe zuzusprechen. Der Einzelne wird durch Beziehungen geformt und formt sie zur gleichen Zeit. Die Motivation des Einzelnen und der Antrieb für gemeinsame Handlungen entstehen simultan aus den Beziehungsmustern. Beziehungen erzeugen unmittelbar Einschränkungen und damit Machtbeziehungen. Beziehungen sind Kommunikation und dieses kommunikative Verhalten formt und wird geformt durch Machtbeziehungen (Stacey 2000: 347-348).

Wenn ein Unternehmen sich verändern möchte, z.B. von nun an kritische Zwischenfälle auswerten und aufarbeiten möchte, braucht man das Verständnis, wie vielfältig Sprache wirken kann. Der Wandel positioniert Organisationen in einer Welt diskursiver Rationalität und weniger in der rein ökonomischen (Kornberger et al. 2006: 4). Es wird

notwendig, menschliche Intentionen, Entscheidungen und Handlungen in der Dynamik ihrer alltäglichen Interaktion beschreiben zu können, um den Prozess des Organisierens als unentwegte gemeinsame Kommunikation und Organisationserfahrung zu verstehen. Niemand kann aus dieser fortwährenden Interaktion aussteigen, um sie zu lenken. Man kann sie nicht „Objektifizieren", sondern nur an ihr teilnehmen. Organisation ist nicht das Instrument gemeinsamer Interaktion, sondern es ist *die* Interaktion, kontinuierlich reproduziert und potentiell transformiert zur gleichen Zeit (Stacey et al. 2000: 187).
Nun wird das Konzept der *Complex Responsive Processes of Relating* vorgestellt.

2.4.3. Complex Responsive Processes of Relating

Stacey (2000, 2003, 2007, 2011), Stacey et al. (2000), Burke (2004), Shaw/ Stacey (2005), Griffin et al. (2006), MacIntosh et al. (2006) und Stanley (2009) untersuchen, wie man die radikalen Einsichten der Komplexitätstheorie in Bezug auf menschliche Interaktion interpretiert. Die Analogie im Organisations- und Handlungskontext von Menschen ist die der *Complex Responsive Processes of Relating*. Dieses Konzept kann wie folgt beschrieben werden (Stacey 2000: 371-372; 2003: 359-360):

1. Menschen stehen mit einander in Beziehung und interagieren durch Symbole. Diese sind immer Gesten und Reaktionen verbunden mit Gefühlslagen und Emotionen.
2. Diese Symbole formen Themen, welche die Erfahrung der Personen organisieren, sei es im Alleinsein oder in der Gemeinschaft. Diese Themen interagieren miteinander – sie zeigen Selbstorganisation und Emergenz. Themen erzeugen Themen, die neue Themen erzeugen, etc. Sie wirken aufeinander ein, pflanzen sich fort, verändern sich, rückwirkend und fortschreibend, so dass sie sich in den menschlichen Beziehungen durch Konversation/Kommunikation kontinuierlich reproduzieren und transformieren.
3. Der Verstand/Bewusstsein eines Einzelnen ist die stille, private Konversation, die in der lauten, öffentlichen Konversation widerhallt. Der einzelne und die Gruppe bzw. die Gesellschaft sind ein und das Gleiche. Sie formen sich gegenseitig zur gleichen Zeit – in einem selbst-referentiellen Prozess. Dieser Prozess ist reflexiv. Das Handeln der Menschen bedingt sich, wird provoziert und gipfelt in neuem Handeln und in dem Handeln anderer. Menschen bringen sich hervor und schränken sich ein durch ihre (Beziehungs-) Erfahrungen.

4. Die Themen des Organisierens sind dynamisch. Sie zeigen stabile Attraktoren wo sich dieselben Inhalte immer weiter fortschreiben. Wo sie instabile/stabile Attraktoren aufweisen („am Rande des Chaos“) ermöglichen sie Kontinuität und Wandel. Hier ist Kommunikation frei, spontan und weniger reguliert.
5. Die Organisationsthemen in einem Moment ergeben sich aus Interaktionen mit den vorherigen Themen. Es entstehen Logiken oder Erzählungen. Beide sind emergent, die erste ist stabler, die zweite flüssiger. Beide Formen drücken sich in Konversation aus. Vorhaben/Absichten (Intentionen) entstehen als Thema aus Kommunikation; diese organisieren Erfahrungen. Die Intention des einzelnen ist eine Geste, deren Bedeutung erst durch die Reaktion anderer entsteht.
6. Beziehungen, die durch Kommunikation/Konversation organisiert werden, ermöglichen was gesagt, getan oder gedacht werden kann und schränken es genauso ein. Konversationen erzeugen Machtbeziehungen zwischen Menschen und werden von ihnen gelenkt.
7. Ideologien sind Organisationsthemen (Diskurse), die entweder die bestehenden Machtbeziehungen rechtfertigen oder versuchen, diese (Macht-)Konstitution zu untergraben. Dominante Ideologien (bestehende Diskurse) lassen die herrschenden Machtbeziehungen natürlich erscheinen, während Ideologien am Rande (marginalisierte Stimmen und Diskurse) Opposition fördern. Offizielle Ideologien sind öffentlich erlaubte Themen; doch ebenso wie sie legitimieren, wie verbieten sie. Inoffizielle Ideologien (Diskurse) sind Themen, welche die unerwünschten Beziehungen und Unterhaltungen organisieren. Durch Kollusion stärken sie die bestehenden Machtbeziehungen oder untergraben sie.
8. Ideologische Themen (Diskurse) organisieren die alltägliche Wahrnehmung im Unternehmen – offiziell oder inoffiziell. Sie polarisieren Erfahrung in Gleiches und Unterschiedliches, in das *Die* und das *Wir*, das Akzeptierte oder Verbotene.
9. Hieraus ergibt sich das *Soziale Unterbewusstsein*. Menschen ist normalerweise nicht bewusst, wie weitreichend Ideologie ihre Wahrnehmung verzerrt und zu natürlichen Unterschieden führt – im Interesse der Stärkung oder Schwächung der herrschenden Machtbeziehungen.
10. Ein weiterer Aspekt des sozialen Unterbewusstseins sind die Fantasien, die Gruppen und Einzelnen über Machtverhältnisse erzeugen. Sie erzeugen die Selbstverständlichkeit von oder die Unzufriedenheit mit den bestehenden Machtbeziehungen und finden Einzug ins private Bewusstsein.

11. Offizielle Ideologien werden daher häufig durch Gerüchte und Albernheiten fortgeschrieben oder auch geschwächt.
12. In diesem Sinne ist der Wandel in Gruppen oder die Veränderung des Einzelnen gleichbedeutend mit einer Veränderung der Organisationsthemen (Diskurse). Diese organisieren das gemeinsame Handeln und Zusammensein. Ihr Wandel führt zu einer Veränderung der Machtbeziehungen.
13. Die responsive Natur des Beziehungsprozesses bedeutet, dass die Entwicklung von Beziehungen die gleiche Widersprüchlichkeit von Vorhersagbarkeit und Ungewissheit/Unsicherheit aufzeigt, wie sie in komplexen adaptiven Systemen vorhanden ist. Jede Geste kann eine Vielzahl an Reaktionen hervorbringen, jede Reaktion vielfältige Gegenreaktionen, so dass die Möglichkeit vorherzusagen, wie sie sich letztlich entfalten oder interagieren, schnell abnimmt. Menschliche Reaktionen sind schon für kleinste Veränderungen in Gestiken empfänglich.

Diese Darstellung zeigt, wie ähnlich die Aussagen von Stacey (2000) dem Konzept des Diskurses sind. Die soziale Wirklichkeit wird fortwährend durch aggregierte Sprachlichhandlungen erzeugt und erhalten. Als vielfältige und heterogene Form von Verschriftlichungen oder Sprechakten in Raum und Zeit produziert der Diskurs eine bestimmte Version der sozialen Wirklichkeit (Chia 2000: 513). Durch Diskurse strukturieren die Mitglieder einer Gemeinschaft ihre Wahrnehmung der Wirklichkeit (Foucault 1972 nach Kornberger et al. 2006: 4). Die ganze Organisation ist eine politische und sozial konstruierte Wirklichkeit, in der die Umwelt durch ein *enactment* konstruiert wird (Hatch 1997: 367). Organisationen funktionieren durch Sprachhandlungen und werden durch Diskurse erschaffen (Kornberger et al. 2006: 4). Menschen organisieren sich, um Uneindeutigkeiten zu verstehen und erzeugen nach diesem Sinn in die Wirklichkeit, um die Welt etwas mehr zu ordnen (Weick et al. 2005: 410). Organisationen werden im Diskurs konstruiert und rekonstruiert. Sie werden gesprochen, geschrieben, verkörpert und auf vielfältige andere Weise enkodiert oder festgehalten. Die verschiedenen Kräfte, die eine Auflösung oder Erhaltung anstreben, kollidieren sprachlich (Kornberger et al. 2006: 6). Der Vergleich zu Stacey ist deutlich. Dieser beschreibt, dass Ideologien, als Organisationsthemen (Diskurse) entweder zur Erhaltung der herrschenden Machtbeziehungen beitragen oder diese eine Auflösung unterstützen. Ideologien (Diskurse) organisieren die Erfahrung, die Wirklichkeit, sie polarisieren oder binarisieren. Wandel des Einzelnen oder in Gruppen bedeutet Wandel

in den Diskursen, den Sprachthemen, und damit auch einen Wandel der Machtbeziehungen (Stacey 2000: 372). Das Hinterfragen von Annahmen, eröffnet den Raum für vorher nicht erwogene Möglichkeiten – für marginalisierte Stimmen. Ob wir die Möglichkeiten nutzen oder nicht ist egal, denn wir tragen die Verantwortung für diese Entscheidungen, auch das Nicht-Handeln. Aber im Dialog sind wir fähig, die Beschränkungen des Einzelnen zu durchdringen, und neue Ideen zu erzeugen (Hatch 1997: 366-367). So sollte die Organisation nicht als etwas verstanden werden, was von bestehenden Akteuren genutzt wird, der Diskurs selbst ist eine Art des Organisierens. Die Individuen sollten als legitimierte Erfahrungen gedacht werden, die sich selbst und andere beeinflussen. Die Identität des Einzelnen wird im Akt des Organisierens konstruiert (Chia 2000: 517).

Der Prozess der menschlichen Interaktion besteht aus der Konversation von Gesten. Abhängigkeit bedeutet, dass dieser fortwährende Diskurs gleichzeitig Prozesse von Machtbeziehungen enthält, die durch Ideologien zusammengehalten werden. Im unentwegten Diskurs der Machtbeziehungen, formen die Beteiligten immerzu Intentionen und treffen Entscheidungen, erzeugt durch die Handlungen und Reaktionen von anderen, und diese Intentionen und Entscheidungen werden immer auf der Basis von Ideologien geformt. Prozesse bestehen aus Konversationen (Diskursen), Macht, Entscheidungen und Ideologie, die ihren Eingang in Routinen und Prozeduren finden. Demnach sind auch strategische Prozesse diskursive Formen von Machtbeziehungen, basierend auf Ideologien, die sich in Intentionen und Entscheidungen widerspiegeln (Stacey 2007: 239). Wenn wir anfangen, Organisationsprozesse als vielschichtige, simultan ablaufende Dialoge zu verstehen, als viele Stimmen – als Polyphonie – dann treten die Unterschiede zu Tage, ergeben sich neue Möglichkeiten (Hazen 1993: 16 nach Kornberger et al. 2006: 8). Die Verbundenheit von Personen bedeutet, dass die Mitglieder einer Organisation, so mächtig sie auch sein mögen, niemals einfach wählen oder entscheiden können, was gemacht werden soll, es ergibt sich aus dem Zusammenspiel der Intentionen. Dieses Zusammenspiel kann niemand kontrollieren. Emergenz bedeutet keine reine „Zufälligkeit“, sondern dass die Muster sich aus den Wechselwirkungen der vielen lokalen Interaktionen und Kommunikationen ergeben – als nicht-kontrollierbare Synthese der einzelnen Intentionen. Die Mächtigen können auch nur Wünsche oder Vorstellungen für das Unternehmen äußern. Dies bleibt eine Geste, die gedeutet werden muss und ihre Bedeutung erst aus den vielfältigen Reaktionen der anderen erlangt. Das Beste was getan werden kann, ist intentional und

so gekonnt wie möglich, in lokalen Kommunikationen mitzuwirken, und auf die Konsequenzen zu reagieren, wie sie sich ergeben (Stacey 2007: 239).[13]

Die fundamentale Frage wie ein Unternehmen wird, was *es* wird, verändert sich dazu, wie eine Gruppe von interdependenten Menschen das wird, *wer* sie alle werden. Der Fokus von Strategie verändert sich bedeutsam. Nicht das System wird in einen neuen Zustand überführt, sondern es versucht anzuregen, dass die Menschen gemeinsam neue Handlungen erleben und diese reflektieren. Organisatorische Dynamiken sind die Muster der Beziehungen und der Menschen, die daran beteiligt sind. Es geht darum, was Menschen denken zu sein, und was sie denken gemeinsam zu tun, wer sie sein möchten und was sie gemeinsam erreichen wollen. Es geht um die *Identität* von Menschen. Der Inhalt von Strategie sind dann die dynamischen Muster aus Emergenz und Transformation der gemeinsamen Identitäten, die untrennbar von dem einzelnen ist – vom Bewusstsein. Diese Identitäten entwickeln sich aus den lokalen Handlungen, Diskursen, Machtbeziehungen, und ideologisch-basierten Entscheidungen eines jeden Beteiligten eines Unternehmens (Stacey 2007: 239-240).

Im Folgenden werden kurz die Verbindungen von Organisationsthemen (Diskursen), Machtbeziehungen und Ideologien erläutert.

2.5. Diskurse, Machtbeziehungen und Ideologien

Reflektiert man, wie die kommunikativen Beziehungen in einem Krankenhaus verstanden werden können wird deutlich, wie wichtig die mikropolitischen Aspekte einer Organisation sind. Versteht man die Organisation als einen Sprachraum mit multiplen, interagierenden Stimmen, zeigen sich Unterschiedene und Möglichkeiten (Hazen 1993: 16 nach Kornberger 2006: 8; Ford 1999: 485). Hinterfragt man die bestehenden Instrumente und dekonstruiert sie, kann man Handlungen rekonstruieren und andere Wege der Ausführung ermöglichen. Die erschaffenen Wirklichkeiten erzeugen den Kontext, in dem Menschen handeln und kommunizieren. Verändert man diese, ergänzt oder hinterfragt man sie, entstehen neue Möglichkeiten für Handlungen und die Realisierung neuer Ergebnisse (Ford 1999: 480).

[13] Dieses „Muddling-Through“ klingt nach dem „Mülleimer Modell“ von March und Cohen (Cohen et al. 1972). Dort irren Lösungen, Probleme, Akteure und Entscheidungen herum und kollidieren punktuell. Das Zusammentreffen ist purer Zufall (Clegg et al. 2005a: 59). Aber die Entscheidungen und Intentionen sind eben nicht zufällig, sondern nur schwer *vorher*zusehen. Entscheidungen sind nicht arbiträr. In ihren kommunikativen Handlungen, ihren Machtbeziehungen und ihren ideologisch-fundierten Entscheidungen entwickeln die Menschen die Fähigkeit nachzudenken und zu reflektieren (Stacey 2007: 420).

Die Bedeutung von Diskursen, Mikropolitik und Machtbeziehungen wird auch von Clegg et al. (2009) hervorgehoben. Sie beschreiben, dass Ethik tief in den mikro-organisatorischen Machtbeziehungen verwurzelt ist, aber auch unter dem Einfluss von makro-institutionellen Formen von Macht steht. Mikro- und Makro-Beziehungen interagieren in den situativen Praktiken und steuern ethisches Verhalten. Ethik als Praktik (Clegg et al. 2007a; Carter et al. 2008a) ist demnach eingebunden in organisatorische Machtbeziehungen. Um diese zu beschreiben, muss man sich die Machtverflechtungen anschauen (Clegg et al. 2009: 73-75). Ideologien sind für menschliche Beziehungen grundlegend, weil sie die herrschenden Machtbeziehungen so natürlich erscheinen lassen. Beziehungen schränken immer ein, was man tun darf, was man ausdrücken und sagen darf, sogar was man denken darf. Daher bestimmen Diskurse die Machtbeziehungen zwischen Menschen innerhalb eines Unternehmens (Stacey 2000: 375). Macht ist ein Fluss von Beziehungen. Beziehungen sind durchlässig und stark subjektiv, weil sie durch vergangene Handlungen, Entscheidungen und Interaktionen geformt werden. Macht ist ein Teil der Beziehungen, eine nicht immer bewusste Qualität der Handlungen (Fulop/ Linstead 1999: 146). Sie liegt in den Beziehungen zwischen Menschen. Historisch geformte Machtbeziehungen bestimmen die Ethik (also Werte und Vorstellungen – auch über den Umgang mit Fehlern) in der Praxis (Clegg et al. 2009: 84).

2.6. Formung der Diskurse

In diesem Abschnitt wird dargestellt, wie die unterschiedlichen Themen/Diskurse interagieren. Diskurse konstituieren unsere Realität. Sie sind grundsätzlich die Organisation der gesellschaftlichen Wirklichkeit (Chia 2000: 517). Konversationen sind der Prozess, durch den die Realität konstruiert wird und sie sind das Produkt dieser Konstruktion. Organisationen sind ein Netzwerk von Gesprächen, die die Wirklichkeit formen und erzeugen (Ford 1999: 485). Erzählungen und Beschreibungen organisieren sich in Konversationen – im öffentlichen Gespräch oder im stillen Privaten. Diese können verschiedene Formen haben: Fantasien, Mythen, Rituale, Ideologien, Kulturen, Gerüchte, Sprachspiele, Dialoge, Diskussionen, Debatten, etc. Diese Konversationen, Erzählungen und Beschreibungen sind die Sprachspiele, die Verständnis erzeugen und reproduzieren, und die gemeinsamen und individuellen Identitäten formen, zentrieren und festigen (Stacey 2000: 375; Kornberger/ Brown 2007: 498).

Wenn diese Organisationsmotive ideologisch sind, haben sie eine besondere Bedeutung, weil sie die herrschenden Machtbeziehungen natürlich erscheinen lassen. Beziehungen ermöglichen Verhalten, aber sie schränken es auch ein. Sie bestimmen, was getan, gesagt oder auch gedacht werden darf. Diskurse werden durch die Machtverhältnisse bestimmt, die aus den Beziehungen zwischen den Menschen erwachsen. Diskurse sind Einschränkungen von Beziehungen. Eine Organisation ist das Muster der Konversationen. Organisieren und Managen sind *„responsive processes of relating in conversations"*, also das Austragen der Diskurse (Stacey 2000: 376).
Wenn ein Unternehmen als Muster von Gesprächen gesehen wird, das die Beziehungen einschränkt, dann kann sich ein Unternehmen nur dann wandeln, wenn sich die Konversationen/Diskurse und damit die Machtbeziehungen ändern (Stacey 2000: 376). Da sozial konstruierte Wirklichkeiten in Konversationen und Diskursen geschaffen werden, kann man organisatorischen Wandeln durch Sprache erklären (Ford 1999: 481). Kreativität, Neuartigkeit und Innovationen entstehen aus neuen Sprachmustern bzw. Machtbeziehungen. Die grundsätzliche Entwicklung eines Unternehmens ergibt sich aus der Art und Weise wie mit einander gesprochen wird und im Diskurs die Machtverhältnisse geformt werden (Stacey 2000: 376).

2.6.1. Was man sagen darf, und was nicht.

Dass man nicht alles sagen kann, was man denkt, und nicht alles gesagt bekommt, was man gerne hören möchte, wird durch Macht und Diskurse bedingt. Beziehungen konstituieren für den Einzelnen erhebliche Einschränkungen, was gesagt werden darf, gegenüber wem und wie.
Legitime Themen sind das, was Menschen ganz offen sagen dürfen. Sie organisieren Gespräche, in denen akzeptable Erfahrungen und Handlungen dargestellt oder die Handlungen von anderen beschrieben werden. Selbst mit unbekannten Gesprächspartnern kann man über diese Inhalte problemlos reden. *Schattenthemen* organisieren Unterhaltungen, in denen die Inhalte nicht so frei ausgedrückt werden können. Sie sind informell, in kleineren Gruppen, mit Menschen denen man vertraut. Sie organisieren, was man nicht offen sagen darf (Stacey 2000: 376-377). Es ist vielleicht das Wissen über die Umstände, bei denen ein Patient zu Schaden gekommen ist, was übersehen wurde, etc. Schon Foucault hat ausgedrückt, dass Macht und Wissen sich gegenseitig bedingen und die Wahrheiten erzeugen, die als selbstverständlich gelten und die

Realität erzeugen (Clegg et al. 2009: 75). Die Ideologie bestimmt, was man sagen darf, was legitime Themen und Schattenthemen sind. Dies kann sie entweder inoffiziell oder offiziell tun. Eine offizielle Ideologie sind nicht nur öffentlich ausgesprochen Werte, nach denen gehandelt wird. Menschen handeln auch nach nicht-ausgesprochen Ideologien, einem inoffizieller Kodex, über den man nicht offiziell reden darf. Nach außen wird ein Handlungsgrund vorgeschoben, der mit der offiziellen Ideologie im Einklang steht (Stacey 2000: 377).[14]

Schattenwahrheiten unterwandern die offizielle Ideologie. Eine mächtige inoffizielle Ideologie kann die herrschenden Machtverhältnisse fortschreiben, obwohl der Wandel offiziell angestrebt wird. Interne Machtverhältnisse blockieren so Veränderungen (Stacey 2000: 378). Daher wird Ethik immer durch Machtbeziehungen geformt, die tief in den organisatorischen Praktiken verwurzelt sind, auch wenn durch eine offizielle Rhetorik der Diskurs verändert werden soll. Sprache und Praktiken sind unmittelbar verbunden. Die Veränderung der formellen Rhetorik durch unkritische Praktiken kann nicht funktionieren. Ethisches Handeln wird immer inmitten der Machtbeziehungen geformt, in Praktiken eingebunden und im Diskurs gelebt (Nietzsche nach Clegg et al. 2009: 93). Die komplexen Wechselwirkungen zwischen offiziellen und inoffiziellen Diskursen halten die Machtbeziehungen aufrecht (Stacey 2000: 379).

2.6.2. Was man tun darf, und was nicht.

Ein weiterer Aspekt sind die formellen und informellen Diskurse. *Formal* ist auf den Zweck des Unternehmens gerichtet, die Art und Weise wie er erfüllt werden soll. Die *formelle* Organisation wird durch die Rolle gegenüber der größeren Gemeinschaft bestimmt. Die Grenzen sind klar gezogen und die Mitglieder sind formell autorisiert. Die *informelle* Organisation besteht aus den Beziehungen, die nicht formell beschrieben oder klar zugeordnet sind. Alle persönlichen und sozialen Beziehungen fallen in diesen Bereich. Persönliche Beziehungen können sich auf andere Organisationen (Bereiche) ausdehnen, innere Konflikte verursachen und Grenzziehungen zwischen Organisationen

[14] Es kann zum Beispiel in einem Krankenhaus viele Vorfälle gegeben habe, wo überarbeitet Ärzte nicht mehr voll einsatzfähig gewesen sind und viele (beinahe) Behandlungsfehler erfolgten. Die ist so oft vorgekommen, dass offiziell dagegen Abhilfe geschaffen werden sollte, damit es zu keinen (weiteren) Patientenschäden kommt. Ein möglicher Vorschlag könnten dann offizielle Vorschriften für Pausen oder Schlaf gewesen sein. Diese werden anhand von Zeitkarten geprüft (*offizielle Ideologie*). Gleichzeitig mag es i*nnoffiziell* erwartet werden, dass man diese Pausen nicht nimmt, oder dass man sie nur zum Schein nimmt, und dann doch weiter arbeitet, weil es vielleicht als guter Ton gilt, oder auch als Zwang, wenn man eben weiter kommen möchte (*Schattenthema*) (Stacey 2000: 377).

erschweren. Aber kein Unternehmen kann ohne diese informellen Beziehungen existieren (Stacey 2000: 380). Abkürzungen durch die Hierarchie werden erst durch persönliche Beziehungen möglich. Wenn es einmal schnell gehen muss, umgeht man den formellen Weg. Diese positiven Kräfte führen aber zur Umgehung von Regeln. Es entsteht ein Konfliktpotenzial und Unberechenbarkeit. Diese Ambivalenz macht Verbesserungen leicht, aber gleichzeitig auch schwierig. Managen *durch Regeln* wird unausweichlich zum Paradox, das mit herkömmlicher Rationalität nicht gelöst werden kann, weil der Einzelne seine Handlungen aus dem Diskurs der kommunikativen Handlungen an denen er beteiligt ist rechtfertigt (Tsoukas/ Hatch 2001: 995 u. 1002).
Einige Themen/Diskurse, die das Miteinander regeln, und einige Aspekte der Machtbeziehungen sind formal. Diese sind hauptsächlich konkrete Meldestrukturen, Prozeduren und Vorschriften. Sie verdeutlichen die Hierarchie und das bürokratische Vorgehen. Sie umreißen die offizielle Ideologie. Formale Motive haben aber auch erzählerische Qualitäten. Diese ungeschriebenen Verständnisse erklären z.B. wie man sich in Meetings und gegenüber Vorgesetzten verhalten soll. Informelle Erfahrungen werden oft durch Erzählungen geregelt (Stacey 2000: 381).

2.6.3. Was uns bewusst ist, und was nicht.

Viele der besten Ideen werden nicht in die Praxis umgesetzt, weil sie den tief verwurzelten, inneren Verständnissen über die Welt entgegenstehen. Diese Bilder fördern das Handeln nach bekannten Mustern und grenzen uns ein (Senge 2006: 163). Die Lernende Unternehmung unterscheidet zwischen den *bewussten* (*expliziten*) und den *unbewussten* Annahmen (*taziten*). Die meisten Inhalte bleiben unbewusst, weil niemand das Verständnis eines Unternehmens oder einer Gemeinschaft in sich trägt, nur Bilder, Annahmen und Geschichten. Die Psychoanalytische Perspektive unterscheidet zwischen dem, was Mitglieder eines Unternehmens *bewusst* tun und dem, was sie *unbewusst* tun. Unbewusste Gruppenprozesse sind bedeutsam, wie z.B. Fantasien oder die Abwehr gegen gemeinsame Ängste (Stacey 2000: 381). So mag sich eine Gruppe gemeinsam gegen die Einführung neuer Praktiken stellen, wenn sie befürchten, dass ihre eigene Stellung darunter leiden könnte. Ängste erzeugen Reaktanz.
Menschen sind sich meistens der formalen Vorschriften *bewusst*. Reflektierende Einzelne kennen zusätzlich eine Reihe der narrativen Motive/ Diskurse, in und mit denen die Erfahrung der gemeinsamen Interaktion organisiert wird. Die meisten

Organisationsmotive bleiben *unbewusst*. Gerade die unbewusste Fortschreibung von Machtbeziehungen durch kommunikatives Handelns und das Verhindern von Abweichungen gehören dazu. Während Menschen sich bewusst sind, wer akzeptiert ist und wer nicht, sind sie sich nicht bewusst, wozu das dienlich ist (Stacey 2000: 381).

2.6.4. Darstellung

Menschen sind sich der offiziellen Vorschriften (Propositionen) und einigen Teilen der Diskurse/ narrativen Motive, mit denen ihre Erfahrung organisiert wird, bewusst. Sie sind sich der informellen Gruppen (Cliquen) bewusst und warum manche von genau diesen Gruppen ausgeschlossen sind (Ideologie). Doch den Sinn dieser Einordnung – den Erhalt der bestehenden Machtbeziehungen – nehmen sie nicht bewusst wahr. Von großer Bedeutung ist die Art und Weise, auf die der Verstand Unterschiede innerhalb eine Gruppe verwischt und arbiträre Unterschiede bei anderen Gruppen besonders hervorhebt (Stacey 2000: 381; 2003: 368-369).
Die folgende Graphik, zeigt die möglichen Interaktionen der Organisationsmotive nach Stacey (2000, 2003).

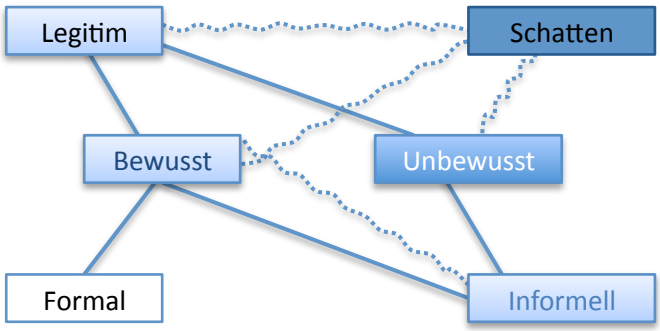

Abbildung 1. Interaktionen von Organisationsmotiven

Quelle: Stacey (2000: 382; 2003: 370). Angepasst übernommen.

Diese Organisationsthemen interagieren und laufen simultan ab. Daher ist es schwierig ist, wenn nicht gar unmöglich, sie konkret zu lenken. Jede Kategorie ist ein Teil der Beziehungen und erst zusammen konstituieren sie die komplexen Reaktionsprozesse von Beziehungen, die das Unternehmen ausmachen. Alle haben mit der Reproduktion

und der Veränderungssfähigkeit von Machtbeziehungen zu tun.[15] Die formalen-bewussten-legitimen Themen interagieren nie ohne auch Auswirkungen auf die anderen zu haben. In dem Diagramm sind die geraden Linien als legitime Verbindungen zu sehen, während die geschwungenen den Schattenthemen zuzuordnen sind. Sie interagieren auf komplexe Weise, und bewirken dann entweder eine Förderung der bestehenden Machtbeziehungen oder unterwandern sie. Alle formalen Themen sind bewusst und legitim. Sie sind propositional (vorschreibend) und bilden Modelle oder Karten wie z.B. Pläne, Budgets, Broschüren, Kontroll- oder Anreizsysteme. Eine Budgetsitzung aus Abteilungschefs ist bewusst und legitim. Persönliche Ambitionen, Rivalitäten und Ängste sind informelle Themen und Schattenmotive. Die rationalen Routinen in Unternehmen (wie das Review eines Budgets) können nur durch die formalen, bewussten, und legitimen Motive in ihrer Gesamtheit erfasst werden. Selbst in diesen Kontext wirken die anderen Kategorien mit hinein. Die unterschiedlichen Verbindungen zeigen die Möglichkeit, dass in manchen Unternehmen eher informelle Beziehungen existieren können. Sie schaffen Dinge so, die andere Unternehmen formell erreichen. Arbeiter können *informell* interagieren, was im Rahmen der *legitimen* Ideologie steht und damit *unbewusst* zur Erhaltung der herrschenden Machtbeziehungen beitragen (Stacey 2000: 382-383). Beispielsweise wird dies interessant, wenn es um das informelle Vier-Augen-Gespräch zwischen Kollegen in einem Krankenhaus geht, in dem Fehler/ Reibungen im Ablauf besprochen werden, und damit nach Außen (zu anderen Gruppen) die Fehlerfreiheit aufrechterhalten wird. Jetzt werden kurz die Implikationen für die Arbeit resümiert.

2.7. Implikationen für die Arbeit

Die Theorie der *komplexen Reaktionsprozesse des Organisierens* erlaubt eine radikale Abkehr von den bisherigen Ansätzen, indem sie in der Tradition der Critical Management Studies und des Postmodernismus den Einzelnen dezentriert. Stacey (2007) hebt die eingeschränkte Rationalität hervor, indem er verdeutlicht, dass Menschen gemeinsam ihre Welt erzeugen, also aktiv und kreativ ihre Welt erfahren. Im Sinne sozialer Konstruktionisten erzeugen die Menschen ihre Realität durch Sprache (Gergen 1994, 2009). Alle menschlichen Beziehungen und Interaktionen sind immer

[15] Damit verbindet Stacey die funktionale Herangehensweise zur Diskursanalyse mit der Interpretativen, aber gleichzeitig klingen auch die von kritischer Seite für bedeutsam erachteten Einflüsse von Macht und Wissensbeziehungen an. Für einen Überblick siehe Heracleous/ Hendry (2000: 1251-1259).

Konversationen – diese Konversationen bestehen immer aus Gesten. Alle menschlichen Beziehungen sind aber auch Machtbeziehungen, basierend auf Ideologien. Erfahrungen sind damit narrativer Struktur – die Kriterien für die Entscheidungen von Menschen innerhalb dieser Diskurse basieren auf den Werten dieser Ideologie (Stacey 2007: 420). Die Behandlung von Fehlern, Risiken und vor allem das kommunikative Handeln in den alltäglichen Situationen und Interaktionen zwischen den Mitarbeitern (eines Krankenhauses) basiert auf den moralischen Werten, der Ideologie, die aus den diskursiven Machtbeziehungen hervorgegangen ist. Ethisches Handeln – die Praktiken–, wird durch den fortwährenden Prozess von Debatten und Einsprüchen – Diskursen – über moralische Entscheidungen in andauernden Interaktionen geschmiedet. Es geht darum, was Manager und Mitarbeiter wirklich tun, nämlich um ihre alltägliche Handlungspraxis. Genau diese (Sprach-)Praktiken sind zentral für ein Verständnis, wie ethische Subjektivität (oder auch ein Gefühl für Risiken und Fehler) gebildet wird und sich in organisatorischen Regeln, Normen und Diskursen ausprägt (Clegg et al. 2007a: 107). Diskursives Handeln übersetzt die Schwierigkeiten, die schwer greifbaren und unklaren Dinge in eine Form, die leichter greifbar ist, die besser geformt werden kann. Das ist die grundsätzliche Rolle von Diskursen als Organisation. Sie sind zuallererst die Organisation sozialer Wirklichkeit (Chia 2000: 517).

Organisation ist grundsätzlich sprachlicher Natur – geformt durch Machtbeziehungen. Die Analyse wird auf die Mikroebene gelenkt und befasst sich mit der Dynamik der Instabilität bzw. Selbstorganisation und Emergenz von Beziehungen und sprachlichen Interaktionen. So formen Individuen und Gruppen sich gegenseitig – in Simultaneität –, der Verstand/ Bewusstsein ist der Singular der Beziehung, während die Gruppe als Plural verstanden wird. Der grundsätzliche Antrieb des menschlichen Verhaltens ist der Drang zu Beziehungen – sich zu vergleichen, zu interagieren. Der Geist ist die stille Konversation, konstruiert und immer im Fluss zu der öffentlichen Konversation mit und in der Gruppe. Somit dezentriert es den Einzelnen, aber verliert ihn auch nicht. Es hebt hervor, wie Machtbeziehungen und Ideologien sich bedingen, dass Emotionen und Fantasien zentral sind. Die Intention ist nun eine Eigenschaft der kommunikativen Interaktionen, die von dem Einzelnen artikuliert werden. Führung wird damit von der Individualkompetenz zur Beziehungsform. Kreativität kann erst aus den Mustern von Interaktionen hervorgehen, sofern ein notwendiges Maß an Abweichungen und Unterwanderung gegeben ist. Der Manager kann niemals aus seinen Beziehungen heraustreten. Das was er ausdrückt, bedingt was er hört; und was er hört, bedingt was er

sagt (ausdrücken möchte). Perfekte Kontrolle ist niemals möglich, weil all seine Aktionen/ Intentionen als Gesten verstanden werden, die zu dem beitragen, was sich aus den gegenseitigen Abhängigkeiten und Interaktionen ergibt. Der Einzelne wird geformt von der Gruppe und formt gemeinsam mit der Gruppe sich selbst, sowie die Lösungen, die sich ergeben. Das Paradox dieser reziproken Kopplung kann nicht harmonisiert oder aufgelöst werden, sondern lediglich neu verändert, neu interpretiert und ausgelebt werden (Stacey 2000: 397-405). Der Diskurs *über* Organisationen ein *Oxymoron*. Denn der Diskurs selbst ist eine Form der Organisation, womit die Organisationsanalyse intrinsisch eine Diskursanalyse ist. Die Organisation ist damit nicht das, was von bestehenden Einzelnen genutzt wird, sondern die Individuen selbst – ihre Identität – werden in dem Akt des Organisierens konstruiert; das Organisieren zeigt hier seine ontologische Funktion. Statt also von einer Theorie *von Organisationen* zu reden, wird es damit grundsätzlich lohnenswert eher von einer sozialen Theorie *des Organisierens* zu sprechen, die damit auch anwendbar und praxisrelevant für Manager ist (Chia 2000: 517; Reed 1998: 211-213).

Dieses *Organisationsverständnis* schafft für den weiteren Verlauf der Arbeit die Grundlage, wie methodisch eine Analyse von Risikomanagement im Krankenhaus erfolgen kann. Die Vorstellung der einzelnen Instrumente und deren Dekonstruktion erlaubt einen bedachten und reflexiven Umgang mit den Möglichkeiten und zeigt Ansatzpunkte für Verbesserungen.

Die *kritische Diskursanalyse* ermöglicht eine empirische Analyse des Umgangs mit verschiedenen Instrumenten und rundet das Gesamtverständnis der Arbeit ab. Hierauf aufbauend wird es möglich, Handlungsvorschläge für die Praxis zu geben, die nicht nur theoretisch fundiert, sondern auch eine empirische Basis haben.

Bevor eine Analyse der Praktiken des Risikomanagements im Krankenhaus unternommen werden kann und Handlungsvorschläge für die Praxis gegeben werden können, muss ein Verständnis von Risiko im Allgemeinen und im Krankenhaus aufgebaut werden.

3. Das Risiko – Interpretation und Verständnis

Die Untersuchung von Risiko ist gerade in der modernen Gesellschaft zu einem bedeutenden Pfeiler der Sozial- und Kulturwissenschaften geworden, so dass es auch als Forschungskonzept einer große Nachfrage erzeugt hat (Lupton 2006: 11; Gephart et al. 2009: 141). Die „Risikogesellschaft“ drückt aus aus, wie die Epoche der modernen Gesellschaft sich selbst verstehen sollte. Deren Dynamik gründet sich weniger darauf, dass die heutigen Gefahren noch nie da gewesen sind, sondern dass wir vor allem in einer Gesellschaft leben, die über ihre selbst geschaffenen Unsicherheiten entscheiden muss (Beck 2007: 26-27). Die Unsicherheiten sind Teil der technischen Entwicklung. Die zunehmende Komplexität der Prozesse, deren Koordination und institutionelle Kontrolle, sowie das hohe Maß an öffentlicher Aufmerksamkeit von Unzulänglichkeiten des bestehenden Risikomanagements haben zu der besonderen Stellung von Risiko in der modernen Gesellschaft beigetragen (Taylor-Gooby/ Zinn 2006a: 2).

Früher dachte man, dass die Welt von Gesetzen über Wahrscheinlichkeiten bestimmt ist. Das Risiko war unkompliziert – es war messbar und errechenbar. Man konnte es mit Statistik beherrschen. Es hatte mit Unsicherheit, Eintrittswahrscheinlichkeiten und Chancen zu tun, oft als Folgen einer Handlung oder Haltung. Heute ist das Risiko unabsehbarer geworden, bezeichnet nicht einschätzbare Unsicherheiten (Taylor-Gooby/ Zinn 2006a: 1; Gephart et al. 2009: 141). Es wird schwerer greifbar und entzieht sich der Anwendungsmöglichkeiten herkömmlicher Verfahren. Es wird notwendig die Unsicherheit zu reflektieren. Die „Reflexivität der Ungewissheit“ meint, dass „die Unbestimmbarkeit des Risikos in der Gesellschaft zum ersten Mal für die gesamte Gesellschaft grundlegend“ ist (Beck 2007: 40). Bhopal (1984), Chernobyl (1986), die Challenger-Explosion (1986), die Exxon-Mobil Ölverschmutzung (1989), das Arzneimittel Vioxx gegen Arthritis (2004), das Columbia Space-Shuttle (2003), die Finanzkrise (2008-2011), die Unterwasserbohrung nach Öl im Golf von Mexiko (2010) oder Fukushima (2011) zeigen, wie groß die Schwächen der Institutionen sind, die diese Unsicherheit managen sollen (Taylor-Gooby/ Zinn 2006a: 1). Grundsätzlich wird es notwendig, unser gesamtes gesellschaftliches Verständnis von uns selbst, über Risiken und deren Folgen, über Unsicherheit und Ungewissheit zu hinterfragen, und die sozialwissenschaftlichen Begriffe umzugestalten (Beck 2007: 40).

Die Risikoforschung wurde durch eine große Bandbreite von theoretischen Ansätzen und Perspektiven beeinflusst. Gerade neuere Entwicklungen zeigen eine grundsätzliche Hinwendung, die Wichtigkeit sozialer und kultureller Faktoren im Risikoverständnis hervorzuheben. Hier ist besonders die wachsende Bedeutung des Konstruktionismus und sozial-psychologischer Ansätzen zu sehen (Taylor-Gooby/ Zinn 2006b: 397). Nun werden einige Perspektiven zum Verständnis von Risiko vorgestellt.

3.1. Der Risikobegriff im Allgemeinen

Während der gesellschaftliche Umgang mit Risiko schon immer die Entwicklung der Gesellschaft begleitet hat (Sofsky 2005: 17), bleibt Risiko ein noch nicht ausreichend untersuchtes Kriterium von Organisationen in der späten Moderne (Gebhart et al. 2009: 141). Gerade weil große *Organisatorische Unfälle* (Reason 1997) und Risiken unsere Gesellschaft durchdringen, müssen nicht nur die Technologien, sondern auch die Organisationen und Institutionen verstanden werden, die sich gegenseitig konstituieren (Leveson et al. 2009: 227). Es wird nicht nur notwendig, den Diskurs über Risiken und Risikomanagement in Organisationen wieder in der Organisationsforschung zu verankern (Gephart et al. 2009: 142), sondern auch den Diskurs dorthin zu tragen, wo er alltäglich gelebt wird. Dem „Kult der Performanz“ zum Trotz, wird das Verständnis von Risiko in den alltäglichen Beziehungen im Unternehmen gelebt (Burke 2004: 47-48). Risiko wird in Organisationen reproduziert und wirkt auf diese zurück. Es geht um das Verständnis der organisatorischen Basis von Risiko, sowie den Implikationen von Risiken und deren Management als Vertiefung des Verständnisses der Organisations-forschung. Erforscht werden die Bedeutung und Implikationen von Risiken und deren Verhinderung, wie z.B. der Sicherheit in Organisationen (Patientensicherheit), die soziale Konstruktion von Risiken im Unternehmenskontext, die Eigenschaften und Implikationen von besonderen Vorfällen, wie z.B. Epidemien, Unfälle, Patienten-schäden, etc. (Gephart et al. 2009: 142-143). Von den allgemeinen Theorien wird als erstes die modernistische Perspektive erläutert.

3.1.1. Die modernistische Perspektive

Eine bedeutende Perspektive der psychologischen Forschung ist die kognitive Perspektive von Risiko (Tversky/ Kahnemann 1974; McNamara/ Bromiley 1997). Sie

hat eine modernistische Perspektive von Risiken, in der Menschen als rationale Akteure gesehen werden, mit gewissen Einschränkungen bei ihrem Verstand und beim Lernen. Risiko gilt als objektives Phänomen. Es existiert in realer Form in der Welt und diese Realität kann durch die Bestimmung von realen Wahrscheinlichkeiten eines unerwünschten Ereignisses mit der Multiplikation der wahren Schadensgröße ermittelt werden. Sie bestehen „dort draußen" und können durch wissenschaftliche Methoden kalkuliert und kontrolliert werden. Kognitive Forschung geht auf Wahrnehmung und Verhalten ein, auf kognitive Illusionen, mentale Strategien oder Heuristiken. Sie versucht herauszufinden, wie Risiken als objektive Phänomene, subjektive Reaktionen von Beteiligten auslösen, obwohl die Akteure kalkulierend und emotionslos sind (Taylor-Gooby/ Zinn 2006b: 397-398; Gephart et al. 2009: 143).
Diesem reduktionistischen Ansatz steht die Sozialforschung gegenüber.

3.1.2. Die kulturell-symbolische Perspektive

Die Ansätze der kulturell-symbolischen Tradition gehen auf die Arbeiten von Mary Douglas zurück (Douglas 1966, 1985, 1992; Douglas/ Wildavsky 1982). Das Risikoverständnis ist ein Teil der gemeinsamen kulturellen Praktiken, die auf sozialen Erwartungen und Verpflichtungen beruhen. Existierende kulturelle Einsichten helfen Menschen, Risiken einzuordnen und zu verstehen. Risiko ist ein unbedingt soziales Phänomen, in deren Mittelpunkt die Gemeinschaft steht (Lupton 2006: 13). Es ist nie vollkommen objektiv, weil es nicht außerhalb von Glaubenssystemen und Moral existieren kann. Risiken sind immer in Kulturen „eingebettet" und erst diese erzeugen ihre Bedeutung. Bedeutung von Risiken ist demnach nicht statisch oder objektiv, sondern wird kontinuierlich konstruiert und verhandelt (Gephart et al. 2009: 144; Tietze et al. 2003: 23). Es wird wichtig, wie Menschen sich selbst und andere sehen, und wie diese Ansichten ihre Handlungen beeinflussen. Die soziale Konstruktion der „Anderen" wird als grundlegend betrachtet. *Das Andere* sind dabei Individuen oder Gruppen, die eine andere Identität besitzen, also nicht dazu gehören (Taylor-Gooby/ Zinn 2006b: 402). Die tatsächlichen Eigenschaften spielen eher eine untergeordnete Rolle. Kultur hilft den Menschen, Risiko in gewisser Weise wahrzunehmen, wodurch eine andere Wahrnehmung jedoch verhindert wird. Es wird nur auf bestimmte Phänomene reagiert, basierend auf den kulturellen Verständnisse und Logiken (Gephart et al. 2009: 144). Demnach sind die kulturellen Grundannahmen – Ideologien – einer sozialen Gruppe

grundlegende Einschränkungen, wie Risiken wahrgenommen werden oder wie/ob auf diese reagiert werden soll oder nicht (Taylor-Gooby/ Zinn 2006b: 402). Gemeinschaften werden symbolisch konstituiert und vor unerwünschten äußeren Einflüssen abgeschirmt. Risikoverständnisse und Praktiken tragen dazu bei, die soziale Ordnung aufrecht zu erhalten, die Stabilität zu sichern und Abweichungen zu vermeiden. Die Bezeichnung, was nun ein „Risiko" ist, wird zur politischen Entscheidung und kann im Einzelnen das moralische Verständnis erschüttern, wenn es die gemeinschaftliche Ideologie unterwandert. Individuen, Gruppen oder Entwicklungen die diese „Gefahr" verursachen, die den „Fehler gemacht haben", werden bestraft. Ein Risikoverständnis ist immer auch moralisch, ethisch und politisch (Lupton 2006: 13). In individualistischen Gesellschaften werden vor allem Individuen für Risiken, Gefahren, Fehler und Probleme haftbar gemacht, weil die soziale Logik den Blick auf den Einzelnen lenkt. Sie will ein Fehlverhalten finden und jemand Bestimmten den Fehler zuordnen. Der Gedanke, dass durch soziale Handlungen vieler Einzelner Fehler entstehen, die nicht einer Person zuzuordnen sind, oder dass die herrschenden Machtbeziehungen eine derartige Interpretation oder Handlungsweise erzeugt haben könnten, wird vollkommen außer Acht gelassen. Die Forschung sollte sich darauf richten, wie Risiken von einzelnen wahrgenommen werden, welche Bedeutung sie haben und wie diese Risiken zu der Organisation der sozialen Wirklichkeit beitragen, wie organisatorische und institutionelle Formen und Handlungen geformt werden, und wie Risiken gehandhabt werden, um die soziale Ordnung wiederherzustellen (Gephart et al. 2009: 144-145).
Als nächstes soll die gesellschaftliche Sichtweise auf Risiken verdeutlich werden.

3.1.3. Die gesellschaftliche Perspektive – nach Beck und Giddens

Die grundlegende Aussage der Risikogesellschaft (Beck 1986) ist, dass sich die gegenwärtigen westlichen Gesellschaften von einer durch Industrie geprägten frühen Moderne in eine späte Moderne bewegen, in der Gefahren und Gefahrstoffe sich verbreitet haben – durch Industrialisierung, Urbanisierung und Globalisierung (Lupton 2006: 12). Die Wirtschaft stellt nicht nur „Güter" (goods) her, sondern auch „Risiken" (bads) – als Nebenfolgen. Diese unintendierten Effekte tragen zur Erosion der Ideen und Institutionen der modernen Gesellschaft bei (Taylor-Gooby/ Zinn 2006b: 403). Die Kalkulation von Risiken/Schäden funktioniert in der Gesellschaft der späten Moderne nicht mehr, weil Risiken nicht mehr lokal und auch langfristiger Natur sind (Gephart et

al. 2009: 145). Gerade durch die „Entfaltung und Radikalisierung der Basisprinzipien der Moderne, insbesondere die Radikalisierung der wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Rationalität droht ein despotisches Regiment." Ungewissheit und Unsicherheit der Nebenwirkungen dieser Rationalität werden „optimistisch durch ein Mehr und Weiter an Rationalisierung" begegnet. Die „Bedrohung ist weniger ein Randphänomen, sondern eher die logische Konsequenz" dieser Rationalisierung (Beck 2007: 43). Gegenwärtige Gefahrenquellen sind von Menschen gemacht – durch Modernisierung – und Risiken basieren auf den Entscheidungen von Unternehmen und Gruppen. Dies hat zu einer Politisierung von Risiken geführt, in der Unternehmen mit anderen Gruppen über die Auswahl an Risiken verhandeln (Gephart et al. 2009:145). So geht es vor allem darum, *diese* Wirklichkeit durch den Diskurs und kommunikatives Handeln aus Koalitionen heraus (also durch Machtbeziehungen und ideologische Verflechtungen) in institutionelle Entscheidungen, Handlungen und Arbeitswelten reproduziert wird (Beck 2007: 169).

Das Problem in der späten Moderne ist die menschliche Verantwortung für Risiken. Menschen sind ursächlich für die Entstehung und die Minimierung der Risiken (Lupton 2006: 12). Der Einzelne muss ständig mit den Unsicherheiten und Ungewissheiten leben, die sozial, organisatorisch und institutionell erzeugt wurden. Die Individuen können sich nur gegenseitig helfen. Diese Gegenseitig- und Gemeinschaftlichkeit macht intensive und kontinuierliche Verhandlungen (Diskurse) notwendig (Gephart et al. 2009: 145). Giddens (1994) untersucht genau diese Auswirkungen auf der individuellen Ebene. Er sieht die Reflexivität der Individuen als grundlegende Gesellschafts-notwendigkeit. Individuen sind sich ihres sozialen Umfeldes und ihrer Rolle darin bewusst. Die Einzelnen müssen selbst die Risiken managen, weil die Bedeutung von Experten und Institutionen durch fehlerhafte oder unzureichende Entscheidungen in Zweifel gezogen wird (Taylor-Gooby/ Zinn 2006b: 403). Der Einzelne misstraut mehr und mehr dem Urteil der Fachleute, weil deutlich geworden ist, dass sich auch Experten uneinig sind, dass Regierung und Unternehmensführungen es versäumen rechtzeitig zu agieren und gerade die Wissenschaft (der Fortschritt) diese Risiken erst erzeugt hat (Lupton 2006: 12). Für Giddens (1991) ist Vertrauen eine absolute Notwendigkeit, um mit den psychologischen Auswirkungen (Ängsten, Störungen, etc.) von Risiken und Unsicherheit umzugehen. Risiken/ Unsicherheit sind maßgeblich für die Entstehung, Gestaltung und Konstruktion von Identitäten des Einzelnen, sowie der Handlungen von Unternehmen und Institutionen (Gephart et al. 2009: 146). Risiko definiert eine soziale

Beziehung (Akteur vs. Rezipienten). Es gibt eine *individuelle* und *soziale* Verantwortung in dem Verantwortungsraum einer globalen Risikogemeinschaft (Beck 2007: 355-356).

Ein Kritikpunkt an dieser Darstellung ist, dass Risiken nicht „extern" existieren, nicht „objektiv" verfügbar sind, sondern durch die soziale Wirklichkeit beeinflusst und erst konstituiert werden. Es ist unklar, wie weit Risiken als real und extern zu sehen sind, ob sie die Treiber sozialen Wandels sein können und die soziale Wahrnehmung formen, oder ob sie nicht eher soziale Konstruktionen sind, erschaffen durch das Verständnis von Menschen über den Kontext in dem sie sich befinden (Taylor-Gooby/ Zinn 2006b: 404). Beck verhindert durch das Ignorieren der kultur-symbolischen Perspektive eine reifere und tiefere Diskussion über Risiken (Alexander 1996: 135) und reproduziert die einfachen Positionen über individuelle Handlungen und abstrakte gemeinschaftliche Wirklichkeit, welche die Karikatur der Moderne in einer postmodernen Sichtweise darstellen (Taylor-Gooby/ Zinn 2006b: 404). Diese Aussage trifft auf die früheren Werke von Beck zu. Später erklärt er, dass es nicht nur auf das Recht auf Kommunikation ankommt, sondern auch darauf verstanden zu werden, um die „Sinnhorizonte einer Pluralität der Stimmen füreinander zu öffnen" (Beck 2007: 337-338). Diese Reflexivität ist tief verwurzelt in der Konstruktion sozialer Wirklichkeit und kritische Handlungen hängen an einer kontinuierlichen Beziehung zu relativen kulturellen Praktiken (Alexander 1996: 138 in Taylor-Gooby/ Zinn 2006b: 404). Im Folgenden wird die sozio-kulturelle Perspektive nach Foucault beschrieben.

3.1.4. Die macht-politische Perspektive – nach Foucault

Gouvernmentalität drückt aus, wie moderne Gesellschaften technisch kontrolliert und organisiert werden, indem sie freiwillige Teilnahme der Bevölkerung erzeugen (Reed 1998: 205). Risiken werden durch Diskurse, Strategien, und Praktiken von Institutionen erzeugt und nehmen daher eher die Form einer kalkulativen Rationalität, als die einer Sache an (Lupton 1999a: 84-84 nach Gephart et al. 2009: 146). *Gouvernmentalität* gebraucht Technologien, Expertenwissen und Strafen, um einen normalen Status aufrecht zu erhalten, und versucht mit Überwachungen, Messungen und Regulierungen die Bevölkerung im Zaum zu halten. Risiko wird als Regierungsstrategie gesehen, in der regulatorische Gewalt für das Übersehen, Kontrollieren und Managen der Menschen für die Verfolgung von Zielen genutzt wird. Es wird zur „moralischen Technologie",

wenn es darum geht, bestimmte Gruppen oder Individuen als „Risiken“ oder als „Gefährdung“ zu identifizieren, um eine Intervention zu rechtfertigen (Gephart et al. 2009: 146). Diese extrem negative Perspektive auf Herrschaft und Macht mag polemisch wirken, aber verdeutlicht, dass eine andere Sichtweise auf die Nutzung von Strafen, Überwachung und Restriktionen eingenommen werden kann, denn ähnlich wie in der „Risikogesellschaft“ von Beck erzeugen die wohlgemeinten performativen Elemente und Entwicklungen (Verbesserungen) auch negative Güter – unerwünschte Nebeneffekte –, welche dann auf die Bevölkerung einwirken. Beck (2007) sieht das Ungewollte, die Nebenwirkung, die Nicht-Kontrollierbarkeit von neuen Gefahren, weil sie unvorhersehbar sind. Die „Reflexivität der Risiken“ wird erst durch neue Technologien und Entwicklungen notwendig (Beck 2007: 39-40). Bei Foucault setzt die Regierung dies ganz bewusst ein. Sie stigmatisiert und kontrolliert durch diese „moralische Technologien“, um einen gewissen Zweck zu erreichen (Gephart et al. 2009: 146). Die Struktur dieser kulturell-basierten Macht ist komplex und beinhaltet Glauben, Vertrauen, Geschlecht, Arbeitsbeziehungen, Eigentumsrechte, Recht, demokratische Traditionen und politische Institutionen (Taylor-Gooby/ Zinn 2006b: 405). Risiko ist damit das zentrale Konzept der Modernisierung. Diese Rolle wird besonders in den Diskursen über Risiken deutlich, weil hier die organisierten Wege auf die über Risiken gesprochen und gehandelt wird, Teil der gemeinschaftlichen Praktiken sozialer Gruppen sind. Somit werden Individuen gezwungen, sich selbst zu regulieren (Lupton 2006: 13-14). Die Kultivierung von bestimmten Annahmen über Risiken des täglichen Lebens und die Rolle des Einzelnen werden betont. Es gibt dominante kulturelle Ansichten, die zu einer Stabilisierung der herrschenden Machtbeziehungen beitragen (Taylor-Gooby/ Zinn 2006b: 406). Um sich selbst zu regulieren, sich gegen Risiken zu schützen, wenden sich die Bürger an die staatlichen Einrichtungen und Experten, die wiederum ihre eigene Position erhalten möchten. Wer sich nicht informiert, ist fahrlässig. Die Selbstregulierung ist damit die Internalisierung der Regierung in den Praktiken des Einzelnen und damit eine neue Form der Kontrolle des Staates über den Bürger (Lupton 1999b: 90-94 nach Gephart et al. 2009: 147). Neuere Ansätze heben hier verstärkt die Begrenzungen der staatlichen Lenkung hervor und betonen die Selbstständigkeit der Bürger in Bezug auf die Karriere, Ausbildung und Gesundheit (Taylor-Gooby/ Zinn 2006b: 406). Die Bürger führen selbst die Praktiken ein und als „gute Bürger“ verhalten sie sich auch in ihrem eigenen Interesse. Da sich mehr und mehr Diskurse über Risiken verbreiten, wird immer mehr Risikovermeidung

notwendig. Risikovermeidung wird zu einem „moralischen Unterfangen“. Es geht um die moralische Bedeutung von Risikodiskursen und wie diese strategisch eingesetzt werden, um soziale Unordnung zu regulieren (Lupton 2006: 14).

Doch die Gouvernmentalität wird häufig zu eng interpretiert. Sie sollte vielmehr eine breitere Interpretation von Macht unterstützen, als nur die tatsächlichen Handlungen von staatlichen Stellen. Die Perspektive sollte sich vielmehr von der Top-Down Funktionalisierung lösen und auf Individualverhalten eingehen (Taylor-Gooby/ Zinn 2006b: 406; Reed 1998: 212). Die Rolle des Diskurses als kommunikatives Element der Konstruktion der sozialen Wirklichkeit sollte hervorgehoben werden und im Sinne von Stacey (2000, 2007) die Bedeutung der Gleichrangigkeit des Einzelnen, der Gruppe und der Gemeinschaft reflektieren. Handlungen oder Interaktionen werden erst im Diskurs zu Risiken, indem sie als risikobehaftetes Verhalten interpretiert werden. Risiken bleiben in den sozialen und kulturellen Normen, Konzepten und Verhaltensweisen einer Gesellschaft verwurzelt. Sie können nie außerhalb des sozialen und kulturellen Kontexts gesehen werden, der ihnen ihre Bedeutung gibt. Erst im Kontext wird deutlich, wie riskant Verhalten ist – in wieweit Werte und Annahmen auf Entscheidungen einwirken. Selbst Experten können nicht außerhalb ihres Milieus betrachtet werden. Laien und Experten bleiben Produkte ihrer im Kontext geprägten Annahmen und Erwartungen, die ihre Entscheidungen grundsätzlich prägen (Lupton 2006: 14-15).

3.1.5. Was ist Risiko im Allgemeinen?

Die Frage „Was ist Risiko?“ ist ähnlich der Frage, „Was ist Komplexität?“. Die Lösung zu diesem definitorischen Problem führt zu der Beschreibung und Interpretation des Systems. Die Komplexität eines Systems ist weniger eine intrinsische Eigenschaft, sondern abhängig von dem Beobachter, der dieses System beschreibt und interpretiert. Wenn die Sprache des Beobachters vielfältig genug ist, kann auch das System (oder das Problem) in hinreichend vielfältiger Weise analysiert werden. Dabei hebt die Komplexitätstheorie einige besondere Eigenschaften des Systems hervor, nämlich die Nichtlinearität, Skalenabhängigkeit, Rekursivität, Sensitivität zu Startbedingungen und Emergenz (Tsoukas/ Hatch 2001: 985-986). Organisationen sind komplexe Reaktions-prozesse menschlicher Beziehungen. Da Beziehungen sofort einschränken, etablieren sie Machtbeziehungen zwischen den Beteiligten. Die komplexen Interaktionsprozesse nehmen die Form der kommunikativen Handlungen ein und organisieren die Erfahrung

der gelebten Wirklichkeit. Daher sind sie Machtbeziehungen. Diskurse organisieren die Muster von Unterhaltungen und der Beziehungsgeflechte der Macht (Stacey 2000: 395). Der Kontext ist grundlegend für die Interpretation von Erzählungen die in Organisationen entstehen. Ohne am Prozess beteiligt zu sein, der sie kontextualisiert, wird es schwierig deren Bedeutung zu verstehen (Boje 1991 nach Tsoukas/ Hatch 2001: 998). Also muss auch Risikomanagement als Praktik aufgefasst werden, und weniger als Verschreibung zu Organisationsverbesserung. Genauso wird die Ethik (das Risikoverständnis), die ein Unternehmen in den Praktiken zeigt, durch einen fortwährenden Prozess von Debatten und Verhandlungen über moralisches Handeln erzeugt. Der Diskurs ist der Weg, auf dem die Realität verstanden werden kann – die ethische Realität eingeschlossen (und damit auch die Realität des Risikos). So wie jede Form der Praktik (auch des Risikomanagements), wird Ethik erst im Diskurs ausgelebt, weil dieser die Verständnismuster bereitstellt, um mit verschiedenen Handlungs-möglichkeiten und Alternativen umzugehen. Ethik und Risikomanagement werden vielmehr zu dem, was die Einzelnen in einem Unternehmen (Krankenhaus) tun, und dieses Tun wird durch die Möglichkeit des Diskurses darüber bestimmt (Clegg et al. 2007a: 107-122). Erst der Diskurs stellt den (Sprach-)Raum zur Verfügung, in dem über bestimmte Motive (Risiken, Patientensicherheit oder Ethik) in einem Unternehmen gesprochen werden kann. Wenn Mitglieder eines Unternehmens ihre Handlungen rechtfertigen sollen, tun sie das immer in Bezug auf die Diskurse in denen sie beteiligt sind (Tsoukas/ Hatch 2001: 1002). Also sollte Risiko (analog zu Ethik) als eingebettet in die mikro-organisatorischen Machtbeziehungen und durch makro-institutionelle Machtformen beeinflussbar gesehen werden. Die Mikro-Praktiken und Makro-Beziehungen von Macht interagieren in den situativen Praktiken und beeinflussen Risikohandeln bzw. Ethik (Clegg et al. 2009: 73-99).

Daher werden im Folgenden die institutionellen gesetzlichen Entwicklungen und Rahmenbedingungen für Risikomanagement in Krankenhäusern beschrieben, bevor auf die empirische Seite der Fehler- und Risikokonzepte eingegangen werden soll.

3.2. Der Risikobegriff im Krankenhaus

Der Umgang mit Risiken im Krankenhaus hat eine lange Tradition, in der sich das Verständnis von Risiken gewandelt hat. Dies wird in der institutionellen Entwicklung des Risikoverständnisses im Krankenhaus deutlich.

3.2.1. Die Institutionelle Entwicklung von Risiko im Krankenhaus

Erste allgemeine institutionelle Anwendungen gehen auf die Versicherungswirtschaft in den USA der 50er Jahre zurück (Ujlaky 2005: 21). Risikomanagement im Gesundheitswesen geht indes auf die Entwicklung in anderen Industrien zurück und konzentrierte sich zunächst auf den Transfer von Risiken durch den Kauf von Versicherungen. Es ging um die bestmögliche Abdeckung, um sicherzustellen, dass jegliche Ansprüche gedeckt werden konnten. Wenn sie auftraten, wurden sie an die zuständigen Stellen weitergeleitet. Mit der wachsenden Zahl medizinischer Irrtümer und Risiken, wurde diese Überwälzung zunehmend häufiger und kostspieliger. Daher wandelte sich die Rolle des Risikomanagers von einer reinen Einkäuferposition, zu einem Fachmann für Transaktions- und Abdeckungsfragen, der die potenziellen Risiken der Organisation kennen und nach Risikofreudigkeit eine Lösung strukturieren (Napier/ Youngberg 2010: 3). Der Begriff Risiko wurde eingeschränkt verwandt, nämlich auf der Gesamtbetriebsstufe für technische Risiken (Geräte-, Stromausfall, etc.) oder Großrisiken, in der Forschung auch als Risikoabschätzung der Nebenwirkungen von Medikamenten. Unabhängig davon, entstehen auch aus dem Leistungserstellungs-prozess Risiken, der Behandlung von Patienten, durch die Art und Weise wie sie organisiert sind (Hochreutener/ Conen 2005: 19). Die Bewältigung von Klagen und Forderungen erweiterte die Rolle des Risikomanagers, wodurch die negative Verbindung mit Risikomanagement entstand, nämlich mit einem Menschen der die Kohle aus dem Feuer holen musste, einem der immer dann auftrat, wenn was schief gelaufen ist, wenn jemand zu Schaden gekommen ist bzw. sich schlecht behandelt gefühlt hat. Die Beziehung zum Patienten stand weniger im Vordergrund, sondern das Beschützen des Krankenhauses. Um festzustellen wie hoch die Ansprüche sein könnten, wurde eine Ermittlung durchgeführt, und diese führte bei den Beteiligten zu Scham, Angst und einem Gefühl von Bestrafung und Isolation. Es ging dabei um die Tätigkeit des „Einzelnen“ und weniger um den Gesamtzusammenhang „Krankenhaus“. Es ging um Schadensbegrenzung, um „*loss control*“ für die Institution (Napier/ Youngberg 2010: 3-4). Besondere Zwischenfälle haben intensive Untersuchungen erzeugt, auch noch lange danach. Sie schauten, ob der Behandlungsstandard eingehalten wurde oder nicht, und ob dies oder jemand bestimmtes, den identifizierbaren Schaden verursacht hat. Die Anwälte waren weniger interessiert, warum der Standard nicht eingehalten wurde, warum Risiken in dieser Konstellation so aufgetreten sind. Klinisch relevante Faktoren wie schlechtes Training, Erschöpfung oder schlechte Betreuung wurden nicht

beachtet (Vincent/ Reason 1999: 39). Später betraten auch Krankenschwestern den Bereich des Risikomanagements, weil ihnen die Nuancen der klinischen Abläufe bekannt waren und sie damit besser mit den Ärzten zusammenarbeiten konnten. Grundsätzlich entwickelten Risikomanager ein Verständnis von Verhaltensmustern der Praxis, die häufiger zu Beschwerden und Klagen führten. Es ging jedoch weiter darum das Eintreten von Risiken zu einzugrenzen, als grundsätzlich zu verhindern. Erst mit der Veröffentlichung des Berichts des Institute of Medicine „*To Err is Human – Building a safer Health System*" (Kohn et al. 2000) wurde erkennbar, wie umfassend das Problem eigentlich war (Napier/ Youngberg 2010: 4). Dass Fehler in der Gesundheitsversorgung zu den 10 häufigsten Todesursachen gehören (Hochreutener/ Conen 2005: 20) oder dass in ca. 2,9-3,7% aller Patienten bedrohliche Vorkommnisse auftreten, die explizit auf die Behandlung zurückzuführen sind (also nicht einmal die nicht-entdeckten!). „Damit lägen Behandlungsfehler als Todesursache noch vor Verkehrsunfällen, Brustkrebs oder AIDS an achter Stelle in den USA" (Paula 2007, S. 2). Gleichzeitig wurde verdeutlicht, dass von diesen 2,9-3,7% fast 70% keine oder nur geringe Schäden bei dem Patienten zurückbleiben, in 7% diese Schäden jedoch dauerhaft sind und 14% zum Tod des Patienten führten. Weiter kam heraus, dass ca. 50-60% dieser unerwünschten Ereignisse vermeidbar gewesen wären (von Eiff/ Middendorf 2007: 48). In Deutschland werden z.B. jedes Jahr 17Mio. Patienten behandelt, was bei einer Fehlerquote von 2% schon 340.000 vermeidbare Fehler bedeutet (von Eiff 2007b: 14). In einer weiteren Studie (*Department of Human Services of the State of Victoria – Australia*) geht man davon aus, dass ca. 16,6% aller stationären Krankenhausaufenthalte zu einem unerwünschten Ereignis führen, wobei davon 50% hätten vermieden werden können. In „*An Organization with a Memory*" geht das britische Gesundheitsministerium davon aus, dass ca. 10% aller stationären Aufenthalte von vermeidbaren Zwischenfällen (adverse events) betroffen sind. Das *Robert Koch Institut* geht für Deutschland davon aus, dass 40.000 Behandlungsfehler-Vorwürfe pro Jahr bekannt werden, wobei die eigentlich Zahl weitaus höher liegen sollte, da diese Zahl lediglich die bekannt gewordenen Fälle beinhaltet (von Eiff/ Middendorf 2007: 48-50).

In einer anderen Studie nach Gopher et al. (1989) erlitten Patienten einer Intensivstation im Schnitt 1,7 Fehler pro Tag. Bezogen auf die Komplexität der Behandlung, der Praktiken und Anwendungen, die ein Patient täglich erhält, eine hohe Rate an Fehlern ist vielleicht gar nicht so erstaunlich. Diese Patienten erhielten im Schitt ca. 180 „Aktivitäten". Bei ca. 1,7 Fehlern pro Tag bedeutet das eine Verlässlichkeit von 99%

(Leape 1999: 21). Grundsätzlich wurde deutlich, dass die Zahlen sehr hoch waren, doch gerade für die Risikomanager war das nicht verwunderlich. Viele verstanden jedoch nun, dass die bisherigen Ansätze nicht erfolgreich gewesen waren die Schäden zu verhindern, dass der Ansatz einzelne zu beschuldigen jegliches Lernen unterdrückte. Die Herausforderung lag also darin, eine Lernkultur zu entwickeln, transparenter zu werden und die gemeinsamen Erfahrungen und das Wissen zu teilen und eine gemeinsame Achtsamkeit für Probleme und Risiken zu entwickeln (Napier/ Youngberg 2010: 4). Die Herangehensweise des Aufbaus einer Fehlerkultur, eines systemischen Verständnisses und die Erzeugung gemeinsamer mentaler Modelle wird auch bei Senge (2006) deutlich, der den Aufbau eines Lernenden Unternehmens vorschlägt. In dieser Entwicklung wird deutlich, dass die Ansätze des Management von Risiken in Krankenhäusern zur Zeit weiterhin auf den Ideen der Strategic Choice Theory und des Kognitivismus bestehen (Stacey 2000, 2007) und es bleibt zu untersuchen, ob damit wirklich der emergenten Komplexität einer kommunikativen Konstruktion der gemeinschaftlichen Wirklichkeit und der interaktiven Auslebung von bestehenden Machtstrukturen in traditionell institutionalisierten Praktiken und einer „Ethik als Praxishandeln“ (Clegg/ Rhodes 2006a, 2006b; Clegg et al. 2007a, 2009) Rechnung getragen wird. Diese Untersuchung wird im Laufe der Arbeit jedoch erfolgen, um die bestehenden Ansätze auf einem gesunden Theoriefundament vergleichen zu können und einige Anstöße für weitere Forschungen aber im Besonderen neue Erkenntnisse für die Anwendung in der Praxis liefern zu können. Notwendig wird auch die Darstellung der rechtlichen Rahmenbedingungen, allerdings nur insoweit, als dass die Grundzüge des KonTragG deutlich werden.

3.2.2. Gesetzliche Entwicklung in Deutschlang – KonTraG

Nach Burger/ Buchhart (2002: 7) ist das „Gesetz zur Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich (KonTraG) 1998 im Zuge spektakulärer Insolvenzen von Großunternehmen in Deutschland erlassen worden.“ Dazu gehören z.B. die Metallgesellschaft, Balsam, Schneider, die Holzmann- oder die Kirch-Gruppe (Ujlaky 2005: 23). Es geht um einen asymmetrischen Risikobegriff (Existenzgefährdung). Zum ersten Mal schreibt Aktiengesellschaften vor ein Risikomanagement aufzubauen (Burger/ Buchhart 2002: 7). Die Zielsetzung war die bessere Überwachung im Unternehmen selbst – eine (Selbst-) Kontrolle –, sowie eine Ausweitung der deutschen

Vorschriften nach den Bedürfnissen internationaler Investoren für bessere Verständlichkeit/Informationssicherheit (Transparenz) (Ujlaky 2005: 25). §91 Abs. 2 AktG schreibt vor, „dass die Unternehmensführung entsprechende Maßnahmen einzuleiten hat, die unternehmensgefährdende Entwicklungen bzw. Risiken, die wesentliche Nachteile auf die Ertragslage und das Unternehmensvermögen verursachen, in einem frühen Stadium erkennen lassen“. Doch dies bleibt speziell auf Aktiengesellschaften bezogen (Burger/ Buchhart 2002: 7-8). Das KonTraG ist damit weniger ein eigenständiges Gesetz, sondern ist vielmehr als ein „Artikelgesetz“ zu sehen, welches Aussagen des AktG und des HGB modifiziert (Ujlaky 2005: 25). Letztlich bleibt jedoch jedes Unternehmen mit einer großen Zahl von Risiken konfrontiert; einige Risiken davon wirken auf das Unternehmen von außen ein, durch eventuelle Handelpositionen oder Schulden, anderen entstehen aus dem Leistungs-erstellungsprozesse, also aus dem Wesen der Organisation selbst – aus ihren Strukturen und Prozessen, Handlungen und Traditonen (Hochreutener/ Conen 2005: 19). Nun bestimmt das Gesetz aber nicht die Träger, den Inhalt oder die Ausgestaltung des Risikomanagements. Daher haben Unternehmen „einen großen Spielraum bei der Gestaltung eines individuell angepassten Risiko-Management-Systems in instrumenteller und institutioneller Hinsicht“. Nur die Notwendigkeit eines Frühwarnsystems würde nach §91 Abs. 2 AktG angedeutet, was die Umsetzung auch nicht leichter macht (Burger/ Buchhart 2002: 8).

3.2.3. Die Auswirkungen auf Krankenhäuser

Gerade die Kürze der Formulierung und deren Uneindeutigkeit machen eine Interpretation notwendig. Wenn sogar der Begriff Risikomanagement nicht explizit genannt wird, sowie die Frage nach der „Richtigkeit des Überwachungssystems“ offen bleibt, geht auch der Gesetzgeber davon aus, dass für Gesellschaften mit beschränkter Haftung, jedoch abhängig von ihrer Größe oder Komplexität, die gleichen Bedingungen gelten (Ujlaky 2005: 29). Auch Risiko-Controlling wird branchenabhängig als „unterschiedlich bedeutsam“ empfunden. So steht in nicht-finanzwirtschaftlichen Unternehmen das Verlustrisiko im Vordergrund. Diese Unterschiede erklären damit auch die „unterschiedlichen Entwicklungsstadien“ der Managementansätze und Vorhaben die jeweiligen Betriebs- und Leistungsrisiken einzudämmen (Burger/ Buchhart 2002: 8-9). Damit stehen in Gesundheitseinrichtungen unabhängig der reinen

Finanzrisiken vor allem die aus dem Behandlungsprozess erwachsenden Risiken für Patienten im Vordergrund, was letztlich lange nicht erkannt worden ist (Hochreutener/ Conen 2005: 20). Daher haben einerseits nach dem Bericht „To Err ist Human" viele Gesundheitsorganisationen die Notwendigkeit für ein robustes Risikomanagement und ein grundlegend neues Patientensicherheitsdenken erkannt. Man könnte meinen, die Unternehmen haben die gesetzliche Ausstrahlungswirkung rückwirkend neu bemessen. Daher haben Ärzte, Manager in Krankenhäusern, sowie weitere Gesundheits-institutionen ihren Blick auf ihre Qualitäts- und Risikomanagement-Abteilungen gelegt, um ihre klinischen Handlungen und organisatorischen Systeme zu verbessern (Curell 2010: 13). Klinisches Risikomanagement hat zum Ziel, das Risiko für den Patienten in einer Gesundheitsorganisation zu minimieren (Hochreutener/ Conen 2005: 20). Im engeren Sinne beinhaltet es die Abwehr oder eben Minimierung jeglicher Risiken, im Krankenhaus der medizinrechtlichen und ökonomischen Risiken. Im weiteren Sinne muss klinisches Risikomanagement ein Bestandteil der unternehmerischen Strategie eines Krankenhauses sein, da die rein operative Sicht auf das Geschäft der Bedeutung der Fragestellung nicht gerecht wird (von Heusinger/ Schenkel-Häger 2007: 107-108).
Ujlaky (2005: 45-76) identifiziert drei Gründe von Risikomanagement im Krankenhaus:

- *Verpflichtung von Krankenhäusern im Sinne des KonTraG* – nach Rechtsform oder im Sinne der Ausstrahlungswirkung. Dabei gibt es einerseits die richtigen Aktiengesellschaften im Krankenhaussektor (Rhön Klinikum, Asklepios Kliniken, etc.), sowie die GmbHs. Also müssen sich auch kleinere Einrichtungen mit dem Thema auseinander setzen.
- *Existenzsicherung im Wettbewerb*. Gestiegene Intensität durch mehr Anbieter, Produkthomogenität und die Transparenz des Marktes haben den Wettbewerb und die Notwendigkeit für effektives Risikomanagement ausgeweitet.
- *Die haftungsrechtliche Notwendigkeit*. Versicherungen verlangen vorsorgliches Verhalten, um ihre eigenen Risikopositionen einzudämmen.

Einerseits machen diese komplexen Ansprüche externer Gruppen – den Druck durch Regulierungsbehörden oder auch öffentliches Aufsehen – es notwendig, die Reichweite und Vielfalt der Qualität und Sicherheitsprogramme auszudehnen. Desweiteren machen sie es notwendig Qualität, Risikodenken und Sicherheitsanalysen in alle Aspekte des professionellen Handelns auszudehnen (Curell 2010: 13). Nicht nur die politischen, rechtlichen, wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und technischen Rahmbedingungen der Krankenhauswelt haben sich geändert, sie werden auch zukünftig maßgeblich vom

Wandel beeinflusst. Daher wird auch die Rolle des Risikomanagements und der Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen noch viel bedeutender werden (von Heusinger/ Schenkel-Häger 2007: 109). Schon jetzt ist Risikomanagement eine herausragende Aufgabe der Unternehmensleitung (Gausmann 2007: 201). Die Sensibilisierung und Bewusstseinssteigerung aller Beteiligten im Gesundheitswesen, sowie die Einführung von medizinischen Risikomanagementsystemen werden die zentralen Themen der nächsten Jahre in diesem Sektor sein (Wiedensohler 2007: 260). Genauso wird der Aufbau einer Fehlerkultur, welche die grundsätzliche Fehlbarkeit des menschlichen Handelns akzeptiert, Fehler als Chancen zur Verbesserung begreift und durch geeignete Strategien eine Fehlerprävention ermöglicht, ein übergreifendes Ziel aller qualitätssichernden und risikovermeidenden Aktivitäten in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens sein (Meilwes 2005: 31). Eine verantwortungsvolle Unternehmens-führung muss sich grundsätzlich mit internen und externen Risiken auseinander setzen. Aber die Bedeutung der Risiken im medizinisch-pflegerischen Bereich hat gerade in den letzten Jahren stark zugenommen (Schrappe 2005: 56).

Dieser Bedeutungszuwachs kann auch als Bewusstseinszuwachs gesehen werden. Daher soll die Arbeit auch einen Anstoß für ein konzeptionelles Umdenken leisten. So werden gerade die praktischen Aspekte von Risikomanagement ins Licht gerückt, damit man erkennen kann wie die tagtägliche Praxis aussieht und worauf man achten sollte, um richtige Entscheidungen zu treffen und effektives Handeln zu ermöglichen (Schutz/ Hatch 2005: 338). Um dafür den Rahmen zu setzen, werden nun einige grundlegende empirische Herangehensweisen betrachtet. Dazu zählen die *Normal Accident Theory* (Perrow 1999), die *Disaster Incubation Theory* bzw. Man-Made Disaster Theory (Turner/ Pidgeon 1997) und die *High Reliability Theory* (z.B. Roberts/ Bea 2001). Es wird geschaut, ob das Eintreten von Risiken überhaupt vermeidbar ist.

3.3. Die Empirische Herangehensweisen an Risiko

Klinische Risiken (health care failures) bzw. klinische unerwünschte Ereignisse sind von den Medien, sowie den akademischen Fachzeitschriften populär gemacht geworden (MacIntosh-Murray/ Choo 2006: 357). Die bedeutende Frage in diesem Kontext, sowie in einem allgemeinen Umfang bleibt, ob dieses Entstehen von Risiken, das „schlagend werden von Risiken und Fehlern“ sein muss, also „normal“ ist oder, ob dies nicht verhindert werden kann, durch eine „hohe Verlässlichkeit“.

3.3.1. Disaster Incubation Theory

Zuerst soll ein Beispiel die Grundzüge der Disaster Incubation Theory verdeutlichen. Es wird die größte bisherige Rückrufaktion für ein verschreibungspflichtiges Medikament dargestellt (Choo 2005a: 3; 2005b: 8):

> Im September 2004 führte Merck die bisher größte Rückrufaktion für ein verschreibungspflichtiges Medikament in der Geschichte durch. Nachdem seit 1999 mehr als 80 Mio. Patienten *Vioxx* gegen Arthritis-Schmerzen eingenommen hatten, wurde das Präparat aufgrund einer exzessiven Induzierung von Herzinfarkten und Schlaganfällen zurückgerufen.
> Anfang 2000 publizierte das New England Journal of Medicine eine Versuchsstudie von Merck, die zeigte, dass Patienten die *Vioxx* nahmen, viermal anfälliger dafür waren, einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall zu erleiden, als Patienten, die das Konkurrenzprodukt *naproxen* nahmen. Dr. Edward Scolnick (Mercks Chefentwickler) hatte E-Mails geschrieben, in denen er sich bei Kollegen beschwerte, dass die kardiovaskulären Effekte eindeutig sind. Merck erklärte damals, dass die Unterschiede sich durch die protektiven Eigenschaften von naproxen erklärten, nicht nur Risiken von Vioxx.
> Als 2001 das Journal of the American Medical Association eine Studie der Cleveland Clinic veröffentlichte, in der angemahnt wurde, dass die vorliegenden Daten bezüglich kardiovaskulärer Nebenwirkungen bei Vioxx und anderer cox-2 Inhibitoren alarmierend seien, führte Merck keine weiteren Studien durch.
> 2003 veröffentlichte Circulation, eine Zeitschrift der American Heart Assocation eine Studie die verdeutlichte, dass das Vioxx mit einem hohem Risiko für Herzinfarkte verbunden wäre. Merck hatte ursprünglich in der Studie mitgewirkt, aber schließlich den Namen des Koautors gelöscht.
> 2004 testete Merck, ob Vioxx das Wiederauftreten von Polypen im Dickdarm verhindern könnte. Doch ein externes Gremium, welches den klinischen Versuch überwachte, empfahl den Versuch zu stoppen, da die Patienten ein zweimal höheres Risiko für einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall aufwiesen, wie die Vergleichsgruppe.
> Merck entschloss sich schließlich, Vioxx vom Markt zu nehmen, 4 Jahre nachdem diese Wunderdroge vorgestellt worden war.

Organisatorische Unfälle dieser Art entwickeln sich über eine lange Zeit, in der Fehler und Warnsignale zunehmen auftreten. Während diese Anzeichen im Nachhinein klar sind, ist es schwierig für Unternehmen die Fähigkeit dafür zu entwickeln diese Indizien schon vorher zu erkennen und ihnen zu begegnen, bevor sie zu einem schwerwiegenden Unfall führen (Choo 2005a: 3; 2005b: 8). Der politische (oder organisatorische) Rahmen und die Praxis müssen zusammenarbeiten, um die Verbesserungen und Innovationen innerhalb des Gesundheitssystems (des Krankenhauses) zu unterstützen, so dass Qualität, Effizienz, und Performance erreicht werden können (Gauthier et al. 2006: 1712), und um derartige Entwicklungen wie von Vioxx zu verhindern.

Das Buch „Man-Made Disasters“ (Turner/ Pidgeon 1997) stell ein sozio-technisches Modell für Systemempfindlichkeit vor. Es werden 84 Studien der britischen Regierung dargestellt, in denen Katastrophen und Unfälle zwischen 1965 und 1975 untersucht wurden. Turner hebt dabei die Bedeutung der individuellen und organisatorischen Kulturverständnisse hervor, sowie die soziale Verteilung von Wissen, in Bezug auf Sicherheit, Gefährdungen und hinreichende Vorsorge (MacIntosh-Murray/ Choo 2006: 375-376). Nach Schein sind die Werte und Annahmen einer Organisation entscheidend. Annahmen repräsentieren dass, was die Beteiligten als Wirklichkeit halten und damit beeinflussen Annahmen, was wahrgenommen wird, aber auch was die Beteiligten denken und fühlen. Sie existieren jedoch außerhalb der herkömmlichen Wahrnehmung und sind daher ungreifbar für das Bewusstsein (des einzelnen) (Hatch 1997: 210). Auf Turner bezogen, entstehen Unfälle (Vorfälle) aus einem Versäumnis von Weitsicht bzw. ungenügender Vorsicht, und dem Fehlen gemeinsamen Wissens und Informationen zwischen den beteiligten Gruppen und Individuen. Die Sinngebung kann durch eine „variable Disjunktion von Informationen“ kompliziert werden. Dabei haben die Beteiligten von einander abweichende Informationen und kommen (unter anderem auch) deswegen zu unterschiedlichen Interpretationen der Lage (MacIntosh-Murray/ Choo 2006: 376). Indem Umstände in einen Zusammenhang gesetzt werden, der sprachlich ausgedrückt werden kann, liefern sie die Basis für eine gemeinsame Handlung; Bedeutungen entstehen, die Identität und Aktion informieren und beschränken (Weick et al. 2005: 409). Während dieser Zeit des gemeinsamen Verstehens oder disjunktiven Denkens, tragen neue Ereignisse zur Entwicklung der Zusammenhänge bei. Die Inkubation des Ereignisses im organisatorischen Kontext wird von zahlreichen sich akkumulierenden Fehlern und Warnzeichen begleitet (Choo 2008: 32). Ein Unternehmenskrise, wie auch im Beispiel von Vioxx zu sehen, entwickelt sich. Daher sollte die „Prozessnatur“ stärker hervorgehoben werden, denn Krisen sind keine diskreten Geschehnisse, sondern vielmehr hochintensive Knoten in fortlaufenden Strömen menschlicher Interaktion (Hart et al. 2001: 185 nach MacIntosh-Murray/ Choo 2006: 376). Sich auf das fortlaufende Sensemaking zu beziehen, heißt dann, das „Organisieren als Erfahrung“ darzustellen, wenn man in einen fortwährenden, unbekannten und unvorhersehbaren Erfahrungsstrom geworfen wird und herausfinden soll, was eigentlich vorgeht (Weick et al. 2005: 410). Es ist schwierig, gar unmöglich für den Einzelnen je mit Sicherheit zu sagen, was eigentlich gerade passiert. Daher zeigt

Turners Modell, dass die Entwicklung zu diesem Ereignis, für die Beteiligten eine große Überraschung ist (MacIntosh-Murray/ Choo 2006: 376).

Das Modell von Turner identifiziert folgende Gemeinsamkeiten, welche die Basis einer derartigen Entwicklung begünstigen (Turner/ Pidgeon 1997: 46-50 nach MacIntosh-Murray/ Choo 2006: 377-378):

1. Rigiditäten in der Wahrnehmung, sowie der feste Glauben an die Organisation selbst (inklusive der kulturellen, institutionellen Faktoren, welche die Wahrnehmung der Beteiligten verzerren).
2. Ein Ablenkung, welche die Wahrnehmung von den wirklichen, grundlegenden Konditionen auf nur Scheinbares lenkt.
3. Organisatorische Exklusivität, durch die warnenden Stimmen von außen keine Beachtung geschenkt wird.
4. Informationsprobleme: relevante Informationen mögen in einer Masse irrelevanter Informationen verborgen sein; Entscheidungsträger mögen die Handlung auf Informationen unterlassen, weil sie erst zu spät vorlegt wird; Entscheidungsträger mögen sich passiv verhalten oder die Informationen nicht kreativ genug verbinden.
5. Außenstehende sind meist miteinbezogen, besonders in komplexen Geschehnissen
6. Bestehende Vorschriften werden nicht beachtet; Regulierung hat keine Wirkung
7. Die entstehende Gefahr wird kleingeredet.

Hieraus ergeben sich vier Szenarien: (1) Vorkommnisse werden nicht beachtet oder missverstanden, weil die grundlegenden Annahmen falsch sind; (2) Ereignisse werden nicht beachtet oder missverstanden, weil die Informationen in derart komplexen Situationen nicht verwertet werden (können); (3) Effektive Zuwiderhandlung von Vorsichtsmaßnahmen wird nicht beachtet, weil die Regulierung uneindeutig ist oder weil Unklarheit besteht, wie mit den Verstößen umgegangen werden soll; (4) Geschehnisse vergehen unbemerkt oder missverstanden, weil man sich vor den Implikationen (der Wahrheit) fürchtet (Turner/ Pidgeon 1997 nach Choo 2008: 34). Doch gerade weil das organisatorische Leben, die Interaktionen, von den Kleinigkeiten bestimmt wird, den relationalen, den sprachlichen, den Partikulären, den momentanen, sowie von dem Auffälligen, dem Großen, dem Substantiellen, dem Geschriebenen und dem Normalen, wird die Bedeutung der Kleinigkeiten unterschätzt, vergessen, nicht

wahrgenommen. Doch Winzigkeit ist nicht mit Unwichtigkeit vergleichbar (Weick et al. 2005: 410), denn gerade das selbstorganisierende und emergente „Wesen“ von Interaktionen erzeugt eine radikale Unvorhersagbarkeit, sowie ein großes Potenzial an Kreativität und Dynamik (Stacey 2000: 373; 2003: 361). Organisation koexistiert mit Überraschung; Unvorhersagbarkeit bedeutet nicht, dass keine Ordnung herrscht; Wiederauftreten/ Wiederholungen schließen Neuartigkeit nicht aus (Tsoukas 1998: 292 nach Clegg et al. 2005b: 154). Während dieses Organisations- und Interaktions-verständnis von Unbestimmtheit und Unvorhersagbarkeit noch neu ist, legt Turner seinen Blick wieder auf den möglichen Oberbegriff der grundsätzlichen Interaktionen, den Kontext quasi, indem er auf die Kultur eingeht.

Bei Turner sind die Informationsschwierigkeiten das Besondere. Einige Schwierigkeiten beziehen sich auf die Signale und Informationen selbst, andere werden durch die beteiligten Personen bestimmt, manche entstehen aus dem Kontext (Umwelt), wieder andere beziehen sich auf die Informationsverarbeitung. Die Kultur hat dann einen großen Einfluss auf das Umgehen mit den Informationen bzw. den Schwierigkeiten damit. Die Kultur beeinflusst die Benutzung und den Transfer von Informationen, indem Annahmen erschaffen werden, welche Informationen wertvoll sind, wie sie kommuniziert werden sollten, und was ignoriert werden darf (MacIntosh-Murray/ Choo 2006: 378). Dies ist *die eine* Geschichte, die *eine* Darstellung. Doch nach Lyotard übersehen wir leicht andere, unterdrückte, potenzielle Erzählungen, Ansichten und Darstellungen. Doch durch den einen dominierenden Diskurs, werden die anderen in den Hintergrund verschoben (Clegg et al. 2005a: 60-61). Etwas so zu sehen, bedeutet auch, etwas nicht anders sehen zu können. Organisatorisches Versagen der Wahrnehmung – also eine kollektive Blindheit – kann durch die institutionellen, kulturellen oder sub-kulturellen Annahmen und Praktiken erzeugt, konstruiert und bestärkt werden (Turner/ Pidgeon 1997: 47-49 nach MacIntosh-Murray/ Choo 2006: 378). Kultur ist damit vielmehr eine Tätigkeit, ein Weg das Einzuschließen, was in einem Unternehmen getan wird, eine Art und Weise der Sinngebung dessen was erlebt wird. Sie besteht aus lose verhandelten, taziten Wegen etwas zu erklären, die in spezifischen Situationen einer Organisation zutage treten, und weniger die allumfassende Struktur die alle Beteiligten trägt (Chan 2003 nach Clegg et al. 2005a: 283). Diese Art Kultur zu sehen, erinnert sehr an Stacey (2000, 2007), der Ideologien als Organisationsthemen beschreibt, die entweder die herrschenden Machtbeziehungen (Ansichten) unterstützen, oder deren Untergrabung. Ideologien organisieren die

Organisationserfahrung und damit vor allem die Wahrnehmung, sie polarisieren Erfahrung und Wahrnehmung und führen dabei zu dem sozialen Unbewussten/ Unterbewussten. Beziehungen werden dabei in kommunikativen Handlungen organisiert, sie ermöglichen und schränken ein, was gesagt, getan oder gedacht werden darf (Stacey 2000: 372). Die kulturellen Annahmen beeinflussen *das Wahrnehmen* und das *Entscheiden*, während Organisationen versuchen das Rauschen, die Stimmenvielfalt, den Informationsüberfluss und andere Uneindeutigkeiten zu verständlichen Signalen und politisch akzeptablen, vertretbaren Nachrichten zu formen (Manning 1998: 85 nach MacIntosh-Murray/ Choo 2006: 378). Signale werden nicht als Warnungen gesehen, weil sie mit den herrschenden Ansichten und Bestrebungen in Einklang sind (Choo 2005b: 8). Probleme müssen aus einem amorphen Erfahrungsstrom ausgegrenzt werden, und als relevant klassifiziert werden, bevor eine fortwährende Handlung auf sie gerichtet werden kann. Nicht akkurate Wahrnehmung muss kein Problem sein. Die Beteiligten müssen die jetzigen Umstände oder Probleme nicht ganz genau betrachten, um sie zu lösen; sie können effektiv handeln, indem sie die Umstände in einer Art und Weise deuten, die dem langfristigen Ziel der Unternehmung Rechnung trägt (Mezias/ Starbuck 2003 nach Weick et al. 2005: 415). Die grundsätzliche Frage bleibt damit eher, ob Kultur bzw. Ideologien und Identitäten sich (schnell) auf Unvorhersehbares einstellen können, wie sie es wahrnehmen und wie sie sich ändern können. Wie dies in einem Krankenhaus funktionieren könnte, soll später verdeutlicht werden.

Es wurde dargestellt, dass organisatorische Unfälle und deren Risiken sich eine ganze Zeit erst entwickeln. Meistens sind diese jedoch von zahlreichen kleinen Informationen begleitet, so dass ein kontinuierlicher Strom an Erfahrungen und Ungereimtheiten besteht. Aus diesem jedoch die richtigen und relevanten Informationen herauszufiltern ist nicht einfach, gerade wenn institutionelle, kulturelle und ideologische Ansichten und Annahmen diesem entgegenstehen. Damit wird deutlich, wie wichtig es ist, die kleinen Zufälligkeiten auszuwerten, die unerwünschten aber nicht prekären Ereignisse zu untersuchen, um aus ihnen zu lernen, sie aufzugreifen, noch bevor ein größerer Schaden auftritt. Dies lässt einen leichten Hoffnungsschimmer aufkeimen, weil das Potenzial zur Verbesserung, die Möglichkeit des „aus sich Lernens“ möglich wird (autopoietisches Lernen). Die Frage ist jedoch, ob das wirklich immer funktioniert? Ob nicht vielleicht eine große Anzahl an Vorfällen doch „normal“ ist? Daher wird im Folgenden die Normal Accident Theory nach Perrow vorgestellt.

3.3.2. Die Normal Accident Theory

Die von Charles Perrow aufgestellte Theorie über Normale Katastrophen/Unfälle (Perrow 1994, 1999) gibt einen Einblick, wie die Produktion von Wohlstand/Gütern durch Unternehmen zu einer Herstellung von Unfällen und Katastrophen in der heutigen Gesellschaft führt. Es geht dabei um Systeme von normalen Unfällen, die aus dem organisatorischen Kontext von hoher interaktiver Komplexität hervorgehen (Gephart et al. 2009: 147). Größere Unfälle in interaktiven, komplexen und eng verknüpften technologischen Systemen, wie z.B. Chemiefabriken oder Kraftwerken, sind *normal*. In einem interaktiven komplexen System, treten unabhängige Fehler/Vorfälle auf und interagieren in unvorhersehbarer, nicht-linearer, unverständlicher Weise, so dass die vorhandenen Sicherheitsbarrieren überwunden werden. Wenn das System auch eng verbunden ist, führen die anfänglichen kleinen Probleme schnell zu unkontrollierbarem Versagen und zu einem Systemzusammenbruch (Perrow 1999 nach Choo 2008: 33). Jegliches System, und eben besonders die komplexen und interdependenten, wird irgendwann versagen. Manager können diese Unausweichlichkeit akzeptieren oder versuchen das Eintreffen so lange wie möglich herauszuzögern. In den meisten organisierten Systemen, besonders jedoch in den technologisch komplexen, ist alles mit einander verbunden. Je mehr stärker die Kopplung, desto größer ist auch die Gefahrenanfälligkeit, wenn in einem Bereich etwas schief gehen sollte (Roberts/ Bea 2001: 70-71). Die komplexe Natur der Technologie mag den Beteiligten jedoch verborgen sein, was es fast unmöglich macht, erfolgreich zu intervenieren (MacIntosh-Murray/ Choo 2006: 379). Wenn ein Unternehmen mit einer komplexen Technologie umgehen muss (oder auch mit komplexen Umständen), werden unerwartete Interaktionen zwischen Ausfällen/Vorfällen früher oder später auftreten (Rijpma 1997: 16). Perrow lenkt seinen Blick darauf, wie Technologie funktioniert und verbindet technologische oder Komponenteninteraktion mit Elementen des lokalen sozialen, politischen und ökonomischen Kontexts von Unternehmen. Unvorhersehbare Interaktionen, multiple Komponentenzusammenbrüche und damit unvorhersehbare Risiken und Unfälle sind grundsätzliche Züge der späten Moderne. Später hat er seine Analyse von Risikobranchen ausgeweitet (Perrow 2007) und untersucht, wie organisatorische und soziologische Faktoren und politische Handlungsmöglichkeiten genutzt werden können, um die Entstehung von zukünftigen Unfällen zu verhindern (Gephart et al. 2009: 147).

Obwohl nach Perrow viele sozio-technische Systeme demnach so komplex geworden sind, dass unerwartete Interaktionen von vielen kleinen Fehlern und Zusammenbrüchen notwendigerweise zu ungewollten Ergebnissen, Unfällen und Unglücken führen können, sind manche Unternehmen doch in der Lage, komplexe und riskante Umwelten mit einer höheren Erfolgsrate und weniger Unfällen zu meistern, als erwartet werden würde (Hollnagel 2009: 7). Diese eher optimistische Ansicht der High-Reliability Organisationen soll im Folgenden dargestellt werden.

3.3.3. Die High-Reliability Theory

Die High Reliability Theory (im Folgenden HRT) betrachtet Organisationen, die sich durch ihre Verlässlichkeit auszeichnen, nämlich *High Reliability Organisations* (im Folgenden HROs). Die HRT richtet ihren Fokus weg von der reinen Technologie- und Strukturbetrachtung hin zu kulturellen und interaktiven Gruppenprozessen (MacIntosh-Murray/ Choo 2006: 379). Dazu zählen z.B. La Porte/ Consolini (1991), La Porte (1996), Weick et al. (1999), Roberts/ Bea (2001) oder auch Weick/ Sutcliffe (2007).

Viele Organisationen haben unerwartete Ereignisse zu bewältigen. Gerade wenn Dynamik und Unsicherheit stark hervortreten, fragt man sich, wie und warum manche Organisationen scheinbar so viel besser in der Lage sind, mit diesen Herausforderungen umzugehen, ihre Funktionsweise aufrecht zu erhalten und eventuell stärker daraus wieder hervorzutreten. Daher sollte man das erfolgreiche Organisieren von Menschen untersuchen, wo das Potenzial für Fehler und verheerende Zwischenfälle überwältigend scheint: Flugzeugträger, Fluglotsen, Flugzeugcrews, Verhandlungsteams von Geiselbefreiungen, Notaufnahmen und medizinische Spezialteams, Kernkraftwerke oder Waldbrandbekämpfungsteams. All diese Organisationen zeichnet eines aus: sie haben keine andere Wahl, sie müssen funktionieren (Weick/ Sutcliffe 2007: ix).

Sie identifizierten Charakteristika, welche die Organisationen besonders verlässlich sein lassen. Dazu zählen technischer Sachverstand, stabile technische Prozesse, hohe Priorität auf Sicherheit, Eingehen auf Probleme, Orientierung auf Lernen (Leveson et al. 2009: 228). Vielmehr als eine rein positivistische Attributsbeschreibung geht es darum, zu verstehen, dass diese Organisationen anders denken und handeln. Ihre Prozesse und Praktiken sind anders – aber nicht übermäßig (Weick/ Sutcliffe 2007: x). Es geht es um das Verhalten von Einzelnen, um ein gemeinsames Ziel zu erreichen – ein übergreifendes Muster gemeinsamer Handlung (Weick/ Roberts 1993: 360 nach

MacIntosh-Murray/ Choo 2006: 380). So setzt „die Gewährleistung von Sicherheit in komplexen Arbeitssystemen ein koordiniertes Arbeitshandeln sowie einen kooperativen Umgang mit Schwankungen und Störungen im Arbeitsprozess auf unterschiedlichen Ebenen der Organisation voraus“. Zentrale Behandlungsprozesse und die Bewältigung der damit verbundenen Risiken, leben von der engen Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen und Disziplinen (und damit auch verschiedenen Kulturen/Ideologien) und sind zusätzlich technisch vermittelt (Manser/ Burtscher 2008: 57-58). Doch genau diese organisatorischen Praktiken wie Kommunikation, Entwicklung von Führungskräften und organisatorisches Lernen sind in Gesundheitsorganisationen noch unterentwickelt (Ramanujam/ Rousseau 2006: 811).

Auf Verlässlichkeit getrimmte Organisationen denken und kommunizieren anders, als rein „effiziente“ Organisationen. Sie verwenden mehr Zeit und Mühe auf eine kontrollierte Informationsverarbeitung, auf bewusste Aufmerksamkeit und Handeln. Diese intensiven Bemühungen erlauben es den Menschen, die Komplexität ihrer Umgebung besser zu verstehen und mit weniger Fehlern darauf zu reagieren (Weick/ Roberts 2001: 259-260). Nach Weick/ Sutcliffe (2001, 2007) sowie Weick (2009b) zeichnen sich HROs durch fünf in einander greifende Achtsamkeitsprozesse aus:

1. Fortwährende Beschäftigung mit Versäumnissen und Fehlschlägen – *Preoccupation with Failure:* Derartige Organisationen sind durchgehend damit beschäftigt, zu hinterfragen, ob Fehleinschätzungen in den laufenden Aktivitäten bestehen und ob unerwartete Ausfälle und Einschränkungen in der Voraussicht diese analytischen Fehler in den Einschätzungen eventuell verstärken könnten. Sie verstehen jedes Zeichen, jeden Zwischenfall als Symptom, dass etwas im System falsch läuft und vielleicht viel stärkere Auswirkungen hat (oder erst erzeugt), wenn es mit anderen Zwischenfällen zusammenwirkt und damit zu einem größeren Systemversagen führen könnte. Sie fördern das Reporting von Fehlern (die Stör- und Fehlermeldungen). Sie untersuchen kleinere Störungen (kritische Vorfälle und Fehler), um aus ihnen zu lernen. Sie versuchen den Tendenzen von zu viel Erfolg und Hybris entgegenzuwirken, indem sie Selbstgefälligkeit, der Reduktion von Sicherheitspuffern und einem Hindriften zu automatischem, unbewusstem Handeln entgegenwirken. Fehler, die nicht gemacht werden sollen, werden immer wieder besprochen (Weick/ Sutcliffe 2007: 9; Weick 2009b: 117). HROs lernen daher so viel sie können von den Versäumnissen und belohnen Reporting (MacIntosh-Murray/ Choo 2006: 380).

2. Aktives Vermeiden von Vereinfachungen – *Reluctance to Simplify*: In vielen koordinierten Tätigkeiten sind Vereinfachungen (Fokussierungen) für Erfolg notwendig. Weniger Vereinfachungen zeigen ein nuancenreiches Bild der Wirklichkeit. Daher versuchen HROs bzw. deren Mitarbeiter bewusst ein vollständigeres und tieferes Bild der Probleme (der Wirklichkeit) zu erzeugen, um so viel wie möglich von der Komplexität, Instabilität, Ungewissheit und Unsicherheit zu sehen (Weick/ Sutcliffe 2007: 10). Menschen, die sich aufmerksam (*mindful*) organisieren, sehen Vereinfachungen als Gefährdung der Effektivität und achten auf Informationen, die ihre Annahmen nicht bestätigen. Daher werden Kategorien/Schubladen und Ansichten/Annahmen immer wieder in Frage gestellt und überarbeitet, Überliefertes kritisch betrachtet und multiple Perspektiven gefördert und geachtet (Weick 2009b: 119). Somit kann auch von dem „Aktiven Vermeiden von vereinfachten Interpretationen" gesprochen werden (MacIntosh-Murray/ Choo 2006: 380).
3. Empfindsamkeit für Prozesse – *Sensitivity to Operations*: HROs haben ein Gespür für Prozesse und Abläufe. Sie kümmern sich darum, wie die einzelnen Aktivitäten erledigt werden (Weick/ Sutcliffe 2007: 12). Sie legen genauso viel Wert auf die taktische Umsetzung (das Große im Kleinen) und das Alltägliche, wie das große strategische Vorhaben – der große Plan für die Zukunft (Weick 2009b: 121). Es geht darum, das Handeln in dem darzustellen, was Manager und die Mitarbeiter in ihren alltäglichen Aktivitäten wirklich tun. Gerade hier wird die Subjektivität geformt, in Frage gestellt und umgesetzt, wie es in organisatorischen Regeln, Normen und Diskursen beschrieben wird (Clegg et al. 2007a: 107). Das Große Bild der Zukunft, die Vision, ist weniger strategisch und mehr situationsbezogen, als in den meisten Organisationen (Weick/ Sutcliffe 2007: 12). Ein fortwährendes Situationsbewusstsein erlaubt Menschen, zu „sehen" was passiert, es zu interpretieren und davon zu extrapolieren, wie diese Interpretationen für Handlungen zu deuten sind. Diese kontinuierlichen Anpassungen beugen einer Fehlerakkumulation und einer Verschlimmerung vor. Menschen handeln, um zu denken, und das erlaubt ihnen diese Anpassungen (Endsley 1995: 32-64 nach Weick/ Sutcliffe 2007: 12-13 und Weick 2009b: 121-122). Es existiert eine intrinsische Uneindeutigkeit/ Verschwommenheit, die alle Erfolge verfolgt, die auch nicht verschwindet. Es ist der undifferenzierte Fluss unserer Erfahrung. Aus diesem undifferenzierten Potenzial produzieren

Diskurse die Muster des Regulären, welche die Organisation konstituieren (Chia 2000: 516). HROs versuchen dieses Situationsbewusstsein aufrecht zu erhalten; sie wissen, dass Überbelastungen und Ergebniszwänge es einschränken (können) (MacIntosh-Murray/ Choo 2006: 380). Die enge Verbindung der Sensitivität von Abläufen und der Empfindsamkeit für Beziehungen zwischen den Beteiligten wird anerkannt (Weick/ Sutcliffe 2007: 13).

4. (Selbst-) Verpflichtung zu Verlässlichkeit – *Commitment to Resilience*: Kein System ist perfekt, das wissen auch HROs. Daher kombinieren sie ihr antizipatives Verhalten des Lernens aus Fehlern, der Wahrnehmungsschärfung für das Detail, und der Sensitivität für Abläufe mit der Verpflichtung zu Verlässlichkeit (Weick/ Sutcliffe 2007: 14). Sie bieten für Gruppen und Einzelne ständig die Möglichkeit zu trainieren, dass Teams lernen, wie Auswirkungen von Fehlern/Zwischenfällen begrenzt werden können, wie mit Überraschungen umgegangen werden muss (MacIntosh-Murray/ Choo 2006: 380-381). Sie achten darauf, ihr Improvisationsvermögen zu stärken, zu handeln ohne die Folgen zu kennen, Probleme frühzeitig einzuschränken und nach Rückschlägen wieder weiterzumachen. Sie nehmen sich die Zeit, sich einen kurzen Überblick zu verschaffen und dies zu trainieren. Sie versuchen sich vorzustellen, wie Dinge ablaufen könnten und versuchen mit fragmentierten Bildern zu arbeiten (Weick 2009b: 124). HROs machen sich demnach auch deutlich, dass Sicherheit (analog zu Ethik) in Situationen von Uneindeutigkeit, wo Dilemmata und Probleme ohne den Komfort von Konsens und Gewissheit gelöst werden müssen, ausgelebt wird (Clegg et al. 2007a: 109). Denn auch Kommunikation von Gedanken/Eindrücken ist häufig indirekt, suggestiv, symbolisch und uneindeutig, nicht deskriptiv und präzise. Sprache, kommunikatives Handeln, will diese Schwierigkeiten, das Undurchsichtige, in eine Form übersetzen, die besser handhabbar und verständlich ist (Chia 2000: 517). Achtsames Organisieren benötigt unterschiedliche Strukturen für diverse Vorkommnisse. Menschen in HROs lernen neue Situationen zu erkennen, bei denen man nicht nach Protokoll verfahren kann, weil dies schwerwiegende Folgen haben würde. Es geht ihnen um die kontinuierliche Bereitschaft „ihre Werkzeuge fallen zu lassen“, im Interesse einer höheren Agilität und Flexibilität (Weick 2009b: 124; 2009d). Resilenz ist also die Kombination der Fähigkeiten, Fehler klein zu halten und wo es notwendig wird, zu improvisieren (Weick/ Sutcliffe 2007: 14).

5. Weiterleitung von Entscheidungen zu Experten – *Deference of Expertise/ Migrating Decisions*: Die Entscheidungen werden bis zum niedrigsten Level sacken gelassen, damit die sie schnell und direkt vor Ort – da wo sie jetzt gebraucht wird – getroffen werden kann (Roberts et al. 1994 nach Weick 2009b: 125). Obwohl Flugzeugträger eine strikte militärische Hierarchie besitzen, wird diese mit dezentralisierten Entscheidungen verknüpft, so dass die notwendige Flexibilität und eine direkte Entscheidungsbefugnis einhergehen und im Falle eines Problems eine sofortige Lösung erreicht werden kann (MacIntosh-Murray/ Choo 2006: 381). Die Entscheidungsmigration funktioniert, weil die Abstraktion des Problems eine Bedeutsamkeit zutage fördert, die aus Erfahrung und Expertenwissen herrührt, und so die Hierarchie an Bedeutung verliert. Die Organisation schenkt der Hierarchie weniger Beachtung und agiert insgesamt achtsamer (mindful), da die Sicherheit bzw. Verlässlichkeit wichtiger ist, als die Autorität oder eine Gebietshoheit (Weick 2009b: 125-126). HROs kultivieren daher Diversität von Erfahrung, weil sie dann mit der auftretenden Komplexität besser umgehen können (Weick/ Sutcliffe 2007: 15-16; Weick 2009c: 157-172).

Es sind also Prozesse und Fähigkeiten der Koordination, Abstraktion und des Sensemaking, die von Moment zu Moment die Verlässlichkeit des Organisierens und Handelns sicherstellen und eine High-Reliability Organization erzeugen (Weick 2009b: 127). Prägnanter heißt das: HROs suchen aggressiv nach den Dingen, die sie nicht wissen; sie richten ihre Belohnungssysteme nach den Kosten von Versagen und den Vorteilen von Verlässlichkeit aus; sie kommunizieren unentwegt das grundsätzliche Vorhaben (die Idee) des Unternehmens und bringen alle Mitarbeiter dazu, sich gegenseitig immer wieder vor Augen zu führen, wie sie selbst in dieses Bild einzuordnen sind (Roberts/ Bea 2001: 71).

Viele Unfälle, Unglücke und Zwischenfälle haben meistens eine übergreifende Gemeinsamkeit, nämlich die Unfähigkeit in Organisationen wichtige Informationen zu synthetisieren und weiterzugeben. Damit ist kein grundsätzlicher Mangel an Struktur gemeint, wie z.B. kein „Controlling“ zu haben, keine Planungen vorzunehmen oder keine strategischen Pläne oder Bilanz aufzustellen zu können. Es bedeutet vielmehr die spezifische Unfähigkeit aus den diversen Vorläufern von Zwischenfällen, kleineren Pannen und Patzern die Informationen zusammenzutragen und den Beteiligten in der Organisation zugänglich zu machen, so dass erfolgreich Gegenmaßnahmen eingeleitet werden können. Ohne ein erfolgreiches Incident Learning System können die Vorläufer

von Zwischenfällen also nicht erkannt werden (Cooke/ Rohleder 2006: 214). Im Grunde greift diese Aussage etwas vor. Die grundlegende Frage die noch zuvor gestellt werden muss ist, ob nun die *Normal Accident Theory* oder die *High-Reliability Theory* Recht hat. Gibt es vielleicht auch eine gemeinsame Zwischenposition? Eine Synthese? Dies soll im Folgenden erläutert werden.

3.3.4. Streiten sich die NAT und die HRT zu Recht?

Ein Vergleich zwischen der NAT und der HRT wird von Sagan (1993), Rijpma (1997; 2003), Tamuz/ Harrison (2006) oder auch Leveson et al. (2009) geliefert.
Grundsätzlich definiert die NAT, dass egal welche Strategien Organisationen anwenden um Risiken zu vermindern, in komplexen, hoch-vernetzten Systemen immer wieder Zwischenfälle und Unfälle auftreten werden. Die HRT bekräftigt, dass die Organisation bedeutsam zu einer Vermeidung von Vorfällen beitragen kann. Um aus dieser „Klemme" herauszukommen, kann verdeutlicht werden, dass die Theorien manchmal in Konflikt stehen und manchmal kongruente Empfehlungen für die Vermeidung von Zwischenfällen liefern (Rijpma 1997: 15). Auch wenn die HRT und die NAT zuerst als sich grundsätzlich ausschließende Perspektiven gehalten wurden, werden sie mittlerweile als komplementäre Ansichten betrachtet (Perrow 1999 und Weick 2004 nach Tamuz/ Harrison 2006: 1655). NAT und HRT können einander viel beisteuern. Es wird dabei nicht nur der wissenschaftliche Diskurs ausgeweitet, sondern es kann auch eine umfassendere und ausgewogenere Darstellung für die Anwendung in der Praxis erzeugt werden – um Fragen zu klären, wie Fehler und Risiken vermieden werden können und Verlässlichkeit gestärkt werde kann. In diesem Sinne würde die HRT vor überschwänglichem Pessimismus bewahren, während die NAT einen überbordenden Optimismus dämpfen würde (Rijpma 1997: 22). Diese elegante Vermittlung erlaubt einen reflektierten Diskurs, eine gegenseitige „Dekonstruktion" der Ansichten, und geht weitet die bestehende Perspektiven aus, indem sie die Grenzen und die positiven Möglichkeiten aufzeigt, während sie innerhalb ihrer eigenen Grenzen gehalten wird (Heidegger 1962 nach Jones 2003b: 223).
In diesem Sinne geht es hier darum, in einer (kurzen) Kritik die Grenzen der beiden Theorien aufzuzeigen und danach herauszustellen, was beide Theorien (NAT und HRT) zu dem Risikodiskurs in Organisationen beitragen und welche Konsequenzen dies für eine Risikovermeidung bzw. ein Fehlermanagement hat.

Die Argumentation von Perrow (1999) ist in mehrfacher Hinsicht kritisch zu bewerten. Die Aussage, dass in manchen Branchen Unfälle unausweichlich sind, basiert auf zwei Kerngedanken. *Erstens*, klassifiziert er Branchen nach ihrer Komplexität und dem Grand der Vernetztheit (coupling) und sagt aus, dass in Branchen mit hoher Komplexität und hoher Vernetztheit das Risiko größer ist. Die *zweite* Aussage ist, dass der Grund für das höhere Risiko in genau diesen Branchen von der unzureichenden Redundanz in den Abläufen herrührt. Die Widersprüche zwischen der NAT und der HRT begründen sich auf einer missverständlichen Darstellung von Forschung (science) und Konstruktion (engineering). Wissenschaftler betrachten Systeme die schon existieren, häufig auch natürliche Systeme und versuchen dann das Design ihrer Analyseobjekte zu verstehen. Ingenieure starten von der anderen Seite und entwerfen ein grundsätzlich neues Design für jedes zu erstellende System. Sie haben auch die Kontrolle über den Grad und die Art der Vernetztheit und Komplexität in Systemen. Dass nicht alle Systeme linear sind, rührt schließlich auch von der Suche nach einer optimalen Lösung her, die Tradeoffs zwischen den Systemeigenschaften (z.B. Kosten, Größe etc.), physischen Grenzen (z.B. Materialien oder Kontrollierbarkeit) und Systemzielen (z.B. Performance) zu minimieren (Leveson et al. 2009: 229-232). Hier wird einerseits deutlich, dass es um die Perspektive geht. Untersuchen wir ein schon bestehendes System oder wird ein gänzlich Neues geplant, in das alle Präferenzen eingebaut werden? Es sollte bemerkt werden, dass diese Perspektive zwar richtig ist, aber die Autoren (als Ingenieure) besonders auf die Beherrschbarkeit, Machbarkeit und damit die reduktionistische Kybernetik von Systemen vertrauen. Dass selbst bei neu zu entwerfenden Systemen/Organisationen nie alle Eventualitäten einkalkuliert werden können, aufgrund diverser physikalischer Gesetze und Einsichten (siehe z.B. die Komplexitätstheorie, Quantenphysik, Postmodernismus, Critical Management Studies oder den sozialen Konstruktionismus, etc.), und zusätzlich auch immer Menschen an den tatsächlichen Abläufen beteiligt sind, wird das Ganze eher zu einem Gordischen Knoten, den man mit verbundenen Augen flechten muss. Gerade für diese Arbeit ist die Lösung auch gar nicht so relevant. Es soll nicht darum gehen, ob eine Organisationen einer Hochrisikoindustrie jemals „sicher“ sein kann oder wie ein „sicheres“ Krankenhaus ohne Menschen entworfen werden kann, sondern vielmehr, wie aus den bestehenden Theorien zu Risiken, Organisationsdynamiken und Interaktionsprozessen abgeleitet werden kann, ob die bestehenden Ansätze in Krankenhäusern ausreichen, wie sie verbessert werden können und aber auch, was sie nicht leisten können, also in

welchen Grenzen sie sich bewegen. Viel bedeutender bleiben damit die Beiträge der beiden Theorien NAT und HRT zu dem Verständnis von Risiko im Allgemeinen und von dessen Vermeidung.

Die HRT und NAT sind Theoriegebilde und Untersuchungen die sich parallel entwickelt haben und Handlungsempfehlungen für Praxis abgeben. Sie divergieren in ihren Annahmen, den organisatorischen Eigenschaften, denen sie Bedeutung beimessen, und sind daher weniger als entgegengesetzte Hypothesen zu sehen. Jeder Bezugsrahmen erlaubt signifikante Fragen zu stellen und ermöglicht wertvolle Einblicke in die Verfolgung von Patientensicherheit (Tamuz/ Harrison 2006: 1655).

Der Beitrag, den Perrow (1999) macht, indem er Komplexität und Vernetztheit als Charakteristika von hochriskanten Organisationen identifiziert, ist substantiell und wichtig. Die Aussagen zu der Normalität von Unfällen und Zwischenfällen in Abhängigkeit von der Branche bleibt ungenau und problematisch und basierend auf unscharfen Definitionen. Hierdurch wird auch die fehlende Korrelation zwischen der Klassifikation von komplexen und vernetzten Systemen mit ihren historischen Unfallraten deutlich (Leveson et al. 2009: 232). Auch wenn jedoch Unfälle/Risiken „normal sind, so können zumindest die schwerwiegenden Fälle durch die Implementierung von bestimmten organisatorischen Praktiken verhindert werden (Weick/ Sutcliffe 2001 nach Cooke/ Rohleder 2006: 216).

Doch auch diese Gegenargumente der HRT Autoren basieren auf denselben ungenauen Definitionen und sind daher ebenfalls mit Vorsicht zu genießen. Unfälle/Risiken in bestimmten Branchen sind nicht grundsätzlich „normal“ oder „nicht-normal“, sondern das Risiko für Unfälle und Fehler hängt von den spezifisch ausgewählten Designelementen und den technischen und sozialen Unsicherheiten dieses bestimmten Systems ab (Leveson et al. 2009: 232). Das Organisatorische Lernen, welches für einen grundsätzlichen Erfolg (von HROs) notwendig wäre, wird jedoch durch verschiedene Umstände eingeschränkt: nämlich der (tatsächlichen) Ungewissheit über den genauen Grund des Zwischenfalls; die politische Umgebung der Untersuchung des Vorfalls; der menschlichen Tendenz Fehler lieber kaschieren oder verschweigen zu wollen; der Geheimnistuerei innerhalb eines Unternehmens, sowie zwischen Wettbewerbern (Cooke/ Rohleder 2006: 216). Es wird deutlich, dass der Einfluss von Elementen und Umständen, die von z.B. den Critical Management Studies (CMS) hervorgehoben werden, eine entscheidende Rolle für das Verständnis, die Analyse und die Umsetzung von Risikomanagementansätzen im Allgemeinen aber insbesondere im Krankenhaus

spielen. So sollte *Lernen* als ein Konzept aufgefasst werden, das sich einerseits selber weiterentwickeln (selbst lernen) kann und dass pragmatisch neue produktive Möglichkeiten für das Verständnis von Organisationen und des Organisierens erzeugen kann (Clegg et al. 2005b: 150). Denn Lernen ist für die mikro-politischen Ansätze von entscheidender Bedeutung. Doch, ob das Lernen aus Vorfällen besser durch ein formales Organisationssystem funktioniert (Cooke/ Rohleder 2006: 216), durch ein technisches und Risiko minimierendes Organisationsdesign im Sinne einer übergreifenden Systemoptimierung (Leveson et al. 2009: 241), durch einen Ansatz für eine Lernende Unternehmung (Senge 2006) oder durch einen sozial konstruktivistischen (konstruktionistischen) Ansatz (Stacey 2000, 2007) geschehen kann, muss unter Beachtung der Einsprüche der kritischen Management Studien reflektiert werden. Nach Clegg et al. (2005b) sind Lernen und Werden vorläufige und fortwährende Prozesse, durch die sich die gesamte Organisation bewegt, verändert und entfaltet. Lernen (auch das Lernen aus Vorfällen) ist demnach eher durch seine Intensität erkennbar und weniger durch seine diskrete zeitliche Einordnung. Lernen und *Organisieren* bedingen sich gegenseitig, sind instabil, aber pragmatische Konstrukte, die für eine dynamische Wertschätzung des Organisationsalltages sorgen (können). Das *Werden*, welches in Organisieren und Lernen implizit enthalten ist, weist auf eine fortwährende nicht-rationale Bewegung hin, so dass Organisation niemals (vollständig) erkannt und rational definiert werden, aber doch lernen, werden und mit der man sich verbinden kann (Clegg et al. 2005b: 150). Management von Organisationen wird zu einer diskursiven Praktik (Kornberger et al. 2006), denn die komplexen Reaktionsprozesse zwischen den Mitarbeitern sind kommunikative Beziehungen, die Machtbeziehungen erzeugen und davon geformt werden, und so die Erfahrung des gemeinsamen Organisierens, der Themen und Diskurse bestimmen, so dass die Manager selbst immer auch nur Beteiligte in diesen Sprachspielen und Diskursen sind, sie anstoßen und nur bedingt formen können (Stacey 2000, 2007), aber letztlich immer nur als einer von vielen im gemeinsamen Prozess der Realitätskonstruktion, denn Diskurse und Sprach-handlungen organisieren grundsätzlich die soziale Wirklichkeit (Chia 2000: 517). In diesem polyphonen Interaktionsraum muss man sich kommunikativ damit auseinandersetzen, wie Fehler entstanden sind, doch damit konstruiert man die (Fehler-) Wirklichkeit neu – man „rekonstruiert“ sie.

3.3.5. Heinrich's Gesetz

Nicht nur die interpretativen, sozial konstruktivistischen Ansätze erkennen die Bedeutsamkeit des Lernens aus kleinen Ereignissen und Zwischenfällen. Ein in der deutschen Literatur zur Fehler- und Risikoforschung oft genanntes empirisches Gesetz ist das Heinrich'sche Gesetz. Danach stellen viele kleinere Zwischenfälle die statistische Grundlage für schwerwiegendere Ereignisse (von Eiff/ Middendorf 2007: 50). Dies wird in folgender Abbildung verdeutlicht:

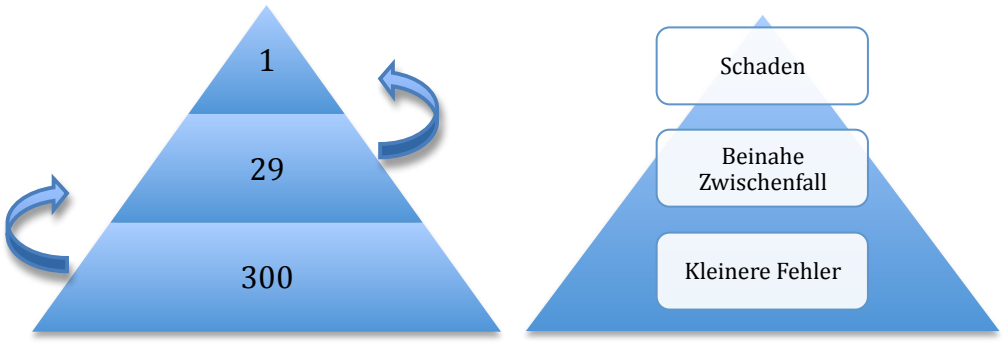

Abbildung 2. Heinrich's Gesetz

Quelle: von Eiff/ Middendorf (2007: 51); von Eiff (2007c: 188). Verändert übernommen.

Viele dieser kleinen Risiken und Fehler stellen keine „richtigen" Gefahren für Patienten dar, bewirken lediglich geringe oder keine Schäden. Doch die Autoren erkennen, dass diese Zwischenfälle nicht abgetan werden dürfen, weil sie die Vorläufer eines großen Ereignisses bilden (von Eiff/ Middendorf 2007: 50-51). Die Aussage liegt nahe an der *Disaster Incubation Theory* bzw. den Man-Made Disasters (Turner/ Pidgeon 1997) nach der, wie erwähnt, Katastrophen auf dem Versagen von Voraussicht und durch das Fehlen von gemeinsamen Wissen (Informationslücken) zwischen den Beteiligten begründet sind. Diese „variable Disjunktion von Informationen" verhindert, dass Wissen ausgewertet wird und Vorkehrungen getroffen werden können (MacIntosh-Murray/ Choo 2006: 375-376). Wie dargestellt verlaufen etwa 300 kleinere Fehler ohne großes Aufsehen, bilden jedoch die Basis für 29 beinahe Zwischenfälle (critical incidents) mit lediglich leichten Schädigungen. Hierauf kommt dann ein großes Schadensereignis, mit schweren Folgen für den oder die Geschädigten (von Eiff/ Middendorf 2007: 51). Demnach unterstreicht Heinrich's Gesetz die Aussagen von Turner/ Pidgeon (1997), dass organisatorische Unfälle hausgemacht und als Fehler von Voraussicht gesehen werden können (Choo 2008: 34). Katastrophalen Ereignissen gehen meist zahlreiche unbedeutende Arbeitsfehler, Nachlässigkeiten oder

Wartungsstörungen voraus. Im Normalfall sind diese Fehler begrenzt und das Risikopotenzial erscheint nicht gravierend. Bei besonderen Anforderungen (Leistungsdruck) können sich diese kleineren Fehler akkumulieren und schließlich zu schwerwiegenden Unfällen bzw. Patientenschäden führen (von Eiff 2007c: 187). Aufgrund der zahlreichen Wechselwirkungen und nicht-linearen Verbindungen zwischen einzelnen Handlungen im Sinne der komplexen adaptiven Systeme bzw. komplexen Reaktionsprozesse (nach Stacey 2000, 2007) ist jedoch eben diese Prognose von Verläufen und Interaktionen quasi unmöglich, weil sich schon kleinste Veränderungen so stark potenzieren, dass bei lediglich geringen Abweichungen in der Ausgangssituation eine exponentiell anwachsende Vielfalt an möglichen Zuständen bildet (siehe z.B. Waldrop 1992; Stacey 1992; Holland 1998; Axelrod/ Cohen 2000; Stacey et al. 2000; Mitchell 2009).[16] Doch selbst wenn eine genaue Vorhersage schwierig ist, macht die Interpretation von Heinrich's Gesetz bzw. der Disaster Incubation Theory deutlich, dass es sinnvoll ist die kleineren Fehler auszuwerten, zu kommunizieren und aus ihnen zu lernen, damit größeren Schwierigkeiten vorgebeugt werden kann, auch wenn man vielleicht nicht genau sagen kann, welchen Schäden man jetzt vorgebeugt hat. Die für jeden ersichtlichen großen Zwischenfälle „an der Spitze des Risikoeisbergs" können durch Fehlererkennung, -Vermeidung und -Behebung am „stumpfen Ende" angefasst werden (von Eiff 2007c: 188). Die Informationssammlung und Auswertung gewinnt daher immens an Bedeutung.

Organisationssoziologen wie Perrow, Turner, Weick, Sutcliffe und Roberts (sowie diverse andere) haben bedeutsame Beiträge zu dem Verständnis von Sicherheit und sicherem Handeln im organisatorischen Kontext geleistet. Doch um die Sicht auf Risiken abzurunden, soll noch eine Reihe von Autoren und deren Beiträgen vorgestellt werden, die alternative Systemansätze zu technischer und organisatorischer Sicherheit befürworten (Leveson et al. 2009: 241), sowie eine Reihe von Beschreibungen, welche sich mit der Entstehung von Fehlern auseinander gesetzt haben, z.B. James Reason, Jens Rasmussen, Ron Westrum, Sidney Dekker und Erik Hollnagel. Diese zwar überwiegt kognitivistischen Sichtweisen erlauben jedoch zu verdeutlichen, dass viele Gründe für Fehler struktureller Natur sind und weniger individueller Natur, dass Fehler und Vorfälle aus dem System heraus entstehen – emergent sind – und es weniger um einen Systemzusammenbruch geht (Dekker 2006: 17). Es sind oft latente Bedingungen (organisatorische Einschränkungen), die einen großen Einfluss auf das potentielle

[16] Diese Nicht-Linearität und chaotisches Verhalten ist eines der bedeutendsten Eigenschaften von komplexen adaptiven Systemen und ist auch häufig unter dem Begriff der Chaostheorie bekannt.

Risiko einer Organisation haben (Reason 1997). Es gibt auch Erklärungen, warum Dinge manchmal „richtig“ ablaufen, aber doch zu „unglücklichen“ Ergebnissen – zu unerwünschten Ereignissen führen (Hollnagel 2009).

3.4. Wie entstehen Fehler?

Die grundsätzliche Idee der Fehlerbeschreibung ist, dass die Fehler ausgewertet werden können und dann zu verdeutlichen, wo weitere Risiken bestehen, welche Umstände zu einem Ereignis geführt haben und wie die Organisation daraus lernen kann. Organisatorisches Lernen wird zu einem Imperativ des Organisationshandelns, wie die vielen Probleme, Fehler und Lernmöglichkeiten in komplexen Serviceorganisationen wie Krankenhäusern bescheinigen (Tucker/ Edmondson 2003: 55). Jedes Unternehmen ist mit vielfältigen und mannigfachen Risiken konfrontiert, welche von außen hineinwirken oder auf den inneren Abläufen und Prozessen entstehen – die Organisation bedroht damit teilweise sich selbst (Hochreutener/ Conen 2005: 19). Obwohl das systematische und effektive Lernen aus Fehlern im Behandlungsprozess sehr wichtig ist, wird gerade das Auswerten von kleinen Zwischenfällen und Problemen (im Gegensatz zu großen Patientenschäden oder dramatischen Vorfällen) bisher wenig betrieben (Edmondson 2004: ii3). Doch genau diese kleinen Probleme sind es, die ein erhebliches Lernpotenzial beinhalten, weil man mit ihnen schwerere Unfälle bzw. Patientenschäden verhindern kann. Daher wird nun eine individuelle Fehlerklassifikation vorgestellt.

3.4.1. Die Fehlertheorie im Allgemeinen – nach Reason und Rasmussen

Reason beschrieb seine Theorie zunächst für sicherheitsorientierte Großunternehmen der kommerziellen Luftfahrt, Schifffahrt, Kernenergie und Flugsicherheit. Aber nun findet sie auch im medizinischen Bereich Anwendung (Rohe et al. 2005: 14). Sie erlaubt eine Klassifikation der Fehlertypen, schafft somit im Diskurs eine allgemeine Grundlage und bleibt so trotz ihrer fundamental kognitivistischen Methodik, ein wesentlicher Teil der Argumentation in der Literatur.

Aufbauend auf Rasmussen (1982) teilt Reason (1997) menschliche Handlungen in drei grundlegende Ebenen ein: die Fähigkeitsbasierte Ebene (skill-based), die Regelbasierte Ebene (rule-based) und die Wissensbasierte Ebene (knowledge-based) (siehe auch

Rasmussen nach Parker/ Lawton 2003: 210-211). Diese Unterscheidung begründet sich auf die Annahme, dass alles Verhalten einen gewissen „Kontrollmodus“ besitzt und immer in einem „situationsbedingten Kontext“ vollzogen wird. Menschen kontrollieren alle ihre Handlungen also durch die Kombination aus den Modi „Bewusst – Automatisch - Gemischt“ in einem Kontext der „Routine – Bekannte Probleme – Neue Probleme“. Der „Bewusste“ Modus ist langsam, sequentiell und fehlerbeladen, aber potenziell sehr klug. Aber diese bewusste Aufmerksamkeit bleibt anstrengend und ist daher beschränkt. Der „Automatische“ Modus ist dagegen eher unbewusster und vergleichbar unbegrenzt. Viele Dinge passieren gleichzeitig und grundsätzlich ist dieser Modus auch sehr angenehm, wodurch die Menschen gerne in ihm arbeiten. Der Kontext als zweite Dimension ist daher die Situationsbeschaffenheit, die von Routine bis Neue-Probleme reicht (Reason 1997: 68-69).

Reason (1997: 70) und Parker/ Lawton (2003: 210) beschreiben die drei Performance-Ebenen wie folgt:

- Auf dem *„Fähigkeitsbasierten Niveau“* wird die Routinearbeit erledigt, werden praktische Tätigkeiten in automatischer Manier mit gelegentlichen Kontrollen ausgeführt. Es geht dabei um bekannte Aktionen, bestimmt durch ein gespeichertes Set von Instruktionen, ohne darüber nachdenken zu müssen. Das Handeln der Beteiligten ist die meiste Zeit sehr gut. Fehler entstehen durch die Koordination von Handlungen.
- Das *„Regelbasierte Niveau“* macht Anpassungen der Handlung erforderlich. Von dem programmierten Verhalten muss abgewichen werden, um den veränderten Erfordernissen der Situation zu begegnen. Das auftretende Problem ist jedoch ein bekanntes oder zumindest eines, für dessen Lösung man trainiert hat bzw. für das es Regeln/ Prozeduren gibt. Indem diese vorgefertigten Lösungen (diese Regeln) den vorliegenden Anzeichen/ Symptomen des Problems zugeordnet werden, wird eine schon bestehende „Wissensstruktur“ angewandt. Bewusst wird jedoch verglichen, ob der ausgewählte Mechanismus auch wirklich in Frage kommt – also seine Verifizierung stimmig ist. Es geht demnach primär um die Applikation von „Wenn...Dann Regeln“, sowie deren Überprüfung. Fehler treten hier auf, wenn die falschen Regeln angewandt werden oder wenn die Regel falsch rezipiert wird.
- Auf dem „*Wissensbasierten Niveau*“ wird bewusst über das Problem nachgedacht bzw. es durchdacht. Es ist relevant, wenn das Problem neuartig ist

und daher bewusst ein Handlungsplan von bestehendem Wissen (re-)konstruiert werden muss. Daher wird es widerstrebend genutzt. Erst wenn eine bestehende Lösung das Problem nicht beseitigen konnte, wird dieses langsame, anstrengende Problemlösen angewandt. Sofern die Zeit und die Umgebung es zulassen, führt dieser Modus zu guten Ergebnissen. Aber gerade in Gefahrensituationen ist dies schwierig, weil (wie auch an anderer Stelle angedeutet) die Situation nicht komplett verstanden werden kann, wenn Angstzustände einer Handlung entgegenstehen oder unser Informations-verarbeitungsvermögen nicht ausreicht. Fehler auf dieser Ebene rühren daher von inkorrektem Wissen oder unseren kognitiven Beschränkungen her.

Diese Ausführungen werden in folgender Abbildung zusammengefasst:

Situation/ Handlung	Bewusst	Gemischt	Automatisch
Routine			Fähigkeitsbasiert
Bekannt/Antrainiert		Regelbasiert	
Neue Probleme	Wissensbasiert		

Abbildung 3. Drei Performance Niveaus von Reason (1997)

Quelle: Reason (1997: 69). Eigene Übersetzung.

Es wird deutlich, dass verschiedene Zustände eines Einzelnen, in Abhängigkeit von dem Kontext, unterschiedliche Handlungsmodi zulassen und diese auch nicht immer bewusst gewählt werden (können). Diese Ebenen (Modi) können sogar koexistieren – Beispiel Autofahren: Kontrolle von Geschwindigkeit und Richtung ist *fähigkeitsbasierend*; auf andere Autofahrer und Fußgänger achten, sowie grundsätzlich die Vorschriften einhalten, ist *regelbasierend*; das Denken über eventuelles Zuspätkommen und dessen Folgen ist *wissensbasierend* (Reason 1997: 70). Gleichzeitig ist erkennbar, dass mit zunehmender Erfahrung und Vertrautheit mit Problemen, das sich Handlungsniveau vom wissensbasierten über das regelbasierte bis zum fähigkeitsbasierten Niveau wandelt. Sie sind wie angesprochen nicht unabhängig, sonder repräsentieren eine Progression hin zu einer „fähigen Handlung“ (Parker/ Lawton 2003: 210).

Menschliches Versagen (human error) ist „*the failure of planned actions to achieve their desired ends – without the intervention of some unforseeable event*“ (Reason 1990 nach Reason 1997: 71). Es gilt demnach als das Verfehlen des Ergebnisses der geplanten Handlung, ohne den Einfluss eines nichtvorhersehbaren Ereignisses. Demnach ist der Gehalt (mindestens) dreiteilig: es gibt einen Plan, den Ablauf, sowie den Endzustand. Die Darstellung nach Reason (1997) ist wie folgt:

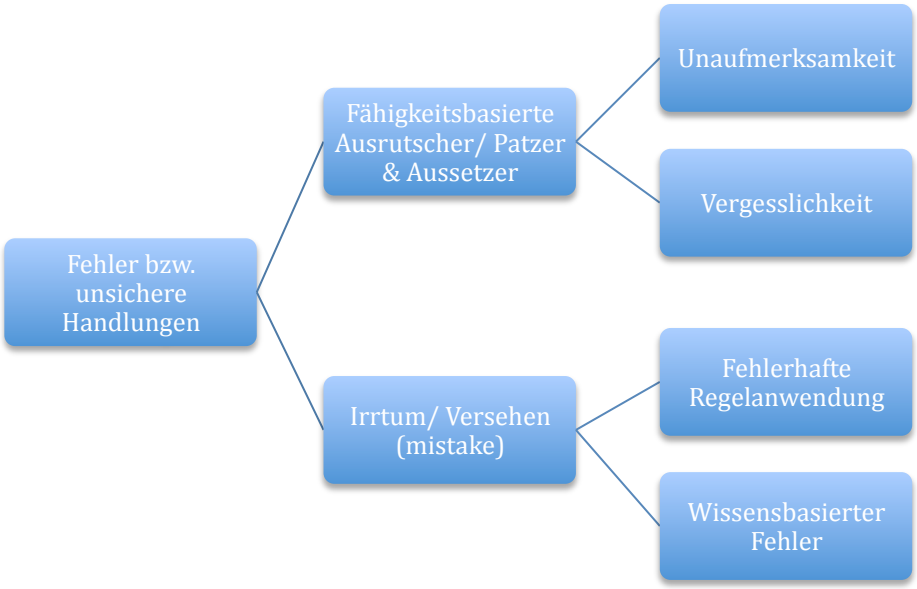

Abbildung 4. Mögliche Fehlertypen

Quelle: Reason (1997: 72). Eigene Übersetzung.

Fehler bzw. unsichere Handlungen können aus dieser individuellen Perspektive in zwei Kategorien eingeteilt werden: *Erstens* mag der Plan zwar ausreichend sein, aber die Handlungen führen nicht zu dem gewünschte Ergebnis. Diese sind meist ungewollten Missgeschicke in der Ausführung und werden grob als Schnitzer, Patzer, Hänger etc. erfasst. Die Patzer sind nach außen sichtbar und meist Fehler der Aufmerksamkeit oder Wahrnehmung. Hänger sind eher nach innen gerichtet und begründen sich meist auf Mangel des Gedächtnisses. *Zweitens*, die Handlungen verlaufen genau nach Plan, aber der Plan war ungenügend, um das intendierte Ergebnis zu erzeugen. Das Versagen ist damit auf einer höheren Ebene, auf der mentalen Ebene der Planung, Intention und Abwägung. Zu den *regelbasierten* Fehler zählen einmal die falsche Anwendung richtiger Regeln, die Anwendung falscher Regeln, sowie das Versäumnis sich an die Regeln zu halten. Die wissensbasierten Fehlern treten auf, wenn die vorgefertigten

Lösungen nicht mehr ausreichen und neue Lösungswegen ausgedacht werden müssen. Dies bleibt extrem fehlerbehaftet (Reason 1997: 71-72).

Zusätzlich beschreibt Reason (1997) die Einordnung von Zuwiderhandlungen (Rohe et al. 2005: 15), also von Übertretungen (violations) von bestehenden Regeln, Standards und Normen. Diese können entweder absichtlich oder unbeabsichtigt, also aufgrund von Fehlern passieren. Die deliberaten Abweichungen sind intentional, aber nicht deren eventuelle negativen Auswirkungen, womit sie sich von Akten der Sabotage abgrenzen, bei welcher die Aktion und das Ergebnis intendiert sind. Es gibt drei Fälle von Übertretungen bzw. Regelverletzungen: (1) Routineübertretungen, bei denen auf dem Fähigkeitsniveau einfach nur der „kürzeste Weg" gewählt wird (short-cutting); (2) Optimierende (berauschenden) Übertretungen, bei denen der Weg der Zielerreichung einem emotionalen Bedürfnis folgt; (3) Notwendige Übertretungen, deren Grund in den partikulären Arbeitsumständen zu finden ist. Regelübertretung wird als notwendig angesehen, um die Aufgabe zu erfüllen (Reason 1997: 72-73). Es ist zu bemerken, dass auch im Deutschen der englische Begriff „Violations" oft verwendet wird (Rohe et al. 2005: 15), was aufzeigt, wie sehr die Entwicklungen aus dem englischsprachigen Ausland einen Einfluss auf unsere Arbeitswelten und Begrifflichkeiten ausüben und damit auch die Entwicklung mitbestimmen.

Des Weiteren ist zwischen korrekten und inkorrekten Handlungen zu unterscheiden. Denn auch erfolgreiche Handlungen, in Bezug auf die Zielerfüllung, müssen, in Bezug auf z.B. die Sicherheitseinschätzung, nicht korrekt gewesen sein. Was als korrekt gilt, kann oft im Voraus nicht gewusst werden (Reason 1997: 73). Dieser *Hindsight Bias*, erlaubt nachträglich eine zementierte Analyse von Ereignissen, weil Dinge als Sequenz gesehen werden können und weniger als simultan. Damit wird maßgeblich auch die Untersuchung beeinflusst, weil der Untersuchende damit mehr weiß, als die Beteiligten damals (zumindest in Hinsicht auf den Verlauf) (Dekker 2006: 21-28). Aber auch die Regeln, die Sicherheit gewährleisten sollen, leiden unter einem Mangel an genügender Varietät. In fast allen gefährlichen Arbeitswelten ist die Zahl der möglichen Komplikationen und unsicheren Handlungen viel größer, als die Zahl der notwendigen (produktiven) Handlungen. Wenn aber nur Vielfalt helfen kann, würde das zu endlosen, immer unvollständigen Vorschriften führen. Daher kann totale Sicherheit nie gewährleistet werden. Die Beschreibung derartiger Regeln und Normen ist aber ein wichtiger Teil des Erfolgs von organisatorischem Lernen (Reason 1997: 75).

Auf der Basis dieser Beschreibungen lässt sich dann folgendes Bild erzeugen:

	Gute Regeln	Schlechte Regeln	Keine Regeln
Richtige Performance	Korrekte Befolgung	Korrekte Missachtung	Korrekte Improvisierung
Falsche Ausführung	Misvention	Mispliance	Fehler

Abbildung 5. Mögliche Formen regelbasierten Verhaltens

Quelle: Reason (1997: 75). Eigene Übersetzung.

Eine *korrekte Befolgung* beinhaltet die richtige und damit sichere Umsetzung einer zutreffenden Regel. Eine *korrekte Missachtung* bzw. Übertretung ist richtiges Handeln mit einer unpassenden Regel. *Korrekte Improvisierung* ist eine Handlung, für die es keine Regel gibt, aber das Verhalten richtig war.[17] Die *Misvention* ist ein Verhalten, dass eine Abweichung von bestehenden und richtigen Regeln sowie ein ungenügendes Ergebnis vereinigt. *Mispliance* ist ein Verhalten, bei dem fehlerhaft einer Regel gefolgt wird, die ihrerseits nicht zutrifft und insgesamt zu einem unsicheren Ergebnis führt. Ein *Fehler* ist ein unsicheres („kritisches") Ergebnis, bei dem ein unzureichender Plan und nicht vorliegende Regeln zusammentreffen (Reason 1997: 75-76).

Problematisch mit dieser Darstellung ist jedoch, dass die kybernetische Sichtweise von Regelzuständen, richtigen Durchführungen, Schaltern, etc. durchdringend ist. Menschen sind darauf bedacht keine unsicheren Handlungen durchzuführen, es sei denn sie intendieren *Violations* bzw. Zuwiderhandlungen (Reason 1997: 72-73; Rohe et al. 2005: 15-16). Bei vielen Missgeschicken haben Menschen das getan, was sie immer schon getan haben, was normalerweise auch zu erfolgreichen (also sicheren) Ergebnissen geführt hätte (Dekker 2006: 17). Ähnlich liegt die Aussage, dass inkorrekte, aber erfolgreiche Regelverletzungen von zutreffenden Regeln nicht aufgeführt sind. Diese „glücklichen" Missachtungen sind nicht das gleiche wie „richtige" Missachtungen bzw. Übertretungen, denn sie sind unweigerlich der Baustein für „Misventionen", die dann ihrerseits vollkommen unerwartet auftreten (Reason 1997: 76). Das impliziert auch die „Normalität der Handlungen". Menschen tun das getan, was ihnen unter den bestehenden operativen Zwängen und organisatorischen Normen sinnvoll erscheint.

[17] Das „nachträgliche Richtigsein" einer Handlung ist mit Blick auf den *Hindsight Bias* zu betrachten. Denn letztlich kann nicht im Voraus gewusst werden, ob die Handlung wirklich richtig ist. Daher könnte man vertreten, dass erst im Nachhinein, wenn das Ergebnis feststeht, die Unterscheidung zwischen richtigem Handeln und falschem (also fehlerbehaftetem) Handeln getroffen werden kann. Für eine Vertiefung der Ansichten einer „neueren Sicht auf Fehler" siehe Dekker (2006).

Dies zeigt das „Alltägliche“ von kritischen Ereignissen. Es bedeutet zu akzeptieren, das Versagen gerade in den organisatorischen Bedingungen stecken, dem normalen Arbeitsablauf, den Einteilungen, den Handlungen. Das bedeutet, akzeptieren zu müssen, dass ungewollte Ereignisse Teil der alltäglichen Einflüsse auf die alltäglichen Handlungen und Entscheidungen sind (Dekker 2006: 17-18). Daher sind Menschen auch häufig die heroischen „Retter in der Not“, die es schaffen durch ihren Einsatz eine Gefahr abzuwehren und damit ein inhärenter Akteur um Sicherheit zu erreichen (Reason 2008). Menschen sind nicht alleinige Ursache von Unsicherheit, sondern ein Baustein im komplexen Wirken und Erzeugen von Sicherheit in dem kommunikativen Interaktionsraum ihrer alltäglichen Handlungen. Sie konstruieren im Diskurs die Realität von Fehlern und Risiken und erzeugen gemeinsam einen Prozess von Sicherheit, basierend auf den Machtbeziehungen, Ideologien und Identitäten ihrer sozialen Wirklichkeit.

3.4.2. Die Fehlerdefinitionen im Krankenhaus

Im Deutschen besteht eine „Heterogenität der Definitionen“, auch aufgrund der Schwierigkeit richtige Übersetzungen im Deutschen zu finden (Rohe et al. 2005: 15). Daher folgen kurz einige Definitionen von weiteren notwendigen Begriffen:

Behandlungsfehler (medical errors) sind alle ärztlichen Maßnahmen, die nach dem medizinischen Wissenschaftsstandard und „Erfahrung die gebotene Sorgfalt vermissen lässt und darum unsachgemäß erscheint“ (Fehn 2001: 470 nach Rohe et al. 2005: 15), sowie „medizinisch nicht indizierte Maßnahmen und Unterlassungen eines gebotenen Eingriffs“ (Laum 2000 nach Rohe et al. 2005: 15). Wie die Autoren erkennen, macht es jedoch gerade für wissenschaftliche Arbeiten erheblich mehr Sinn, Behandlungsschäden und kritische Ereignisse abermals zu trennen, nach vermeidbaren und unvermeidbaren Ursachen (Rohe et al. 2005: 17). Diese Unterscheidung ist definitorisch richtig, aber plakativ, weil sie eine Eindeutigkeit unterstellt, deren Vorhandensein vor allem in ihrer Absolutheit anzuzweifeln ist (Trigg 2001; Starbuck 2006: 30-31) und die Konstruktion von Wissen und tatsächlichen Abläufen außer Acht lässt (Dekker 2006: 73-80). Wie die Beschreibung von Fehler und Sicherheit die politischen Direktiven und Initiativen wiedergegeben wird, implizieren sie, dass es möglich und unproblematisch ist, zwischen korrekten und inkorrekten medizinischen Handlungen zu unterscheiden

(Forster et al. 2005 nach Iedema et al. 2006b: 1201-1202). Es wird in diesem Diskurs ausgedrückt, dass inkorrekte Arbeitsabläufe und Handlungen durch eine Untersuchung evident werden und dass man sie einfach beheben kann. Generelle Prinzipien aus den situativen Aktivitäten abzuleiten und Empfehlungen aufzustellen wird aber in der Praxis als sehr schwierig gesehen und bleibt als „totale Einsicht" illusorisch (Iedema et al. 2006b: 1202). Diese Aussagen beziehen sich nicht nur auf medizinisches Wissen, sondern auf die gesamte Interaktion mit Patienten und anderen Mitarbeitern (Iedema 2007a, 2007b). Dies soll unterstreichen, wie „unsicher" und „subjektiv" selbst anerkannte, „klassische" Definitionen von häufigen Vorkommnissen sein können. Es zeigt, wie sehr sich das Verständnis von Fehlern und kritischen Ereignissen, sowie den Grenzen der genutzten Instrumente an eine „absolute", normative Sicht der Dinge anlehnt und damit die funktionalen, objektive Machbarkeit über alles stellt (Burrell/ Morgan 1979; Alvesson/ Deetz 1999; Alvesson/ Skoldberg 2009).

Das Institute of Medicine definiert in seinem Bericht „To Err is Human" einen ***Fehler*** als „failure of a planned action to be completed as intended (i.e. error of execution) or the use of a wrong plan to achieve an aim (i.e. error of planning)" (Kohn et al. 2000: 28). Sie sprechen damit die fähigkeitsbasierten Ausrutscher und Patzer, sowie Irrtümer an (Reason 1997: 72). Ebendiese Ausrutscher/ Patzer liegen auf der Ausführungsebene, während die Irrtümer zwar genauso einen Fehler erzeugen, aber hier das Versagen auf einer „höheren" kognitiven Ebene auftritt (Rohe et al. 2005: 16).

Als ***Behandlungsschaden*** (adverse event) wird ein „unerwünschtes körperliches, psychisches oder mentales Ergebnis der Gesundheitsversorgung" gesehen, welches durch „nicht vermeidbare, behandlungsimmanente schädigende Wirkungen und/oder durch vermeidbare, fehlerbedingte Behandlung (Behandlungsfehler)" verursacht wurde (SVR 2003: 288 nach Rohe et al. 2005: 17).[18]

Das ***adverse event*** gilt damit *„as an injury caused by medical management rather than the underlying conditions of the patient."* Also grundsätzlich nicht dem Patienten zuzuordnen, sondern dem Behandlungsprozess selbst. Als ***preventable adverse event*** sehen die Autoren jenes adverse event, welches einem Fehler zugeordnet werden kann. Die Problematik der Zuordnung soll später noch vertieft werden, wenn es um die Besprechung der Root Cause Analysis geht,[19] denn in jeglicher Betrachtung von Human

[18] Der SVR ist der „Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR)".

[19] Grundsätzlich kann man bei einer Root Cause Analyse immer tiefer graben. Es ist es egal, welche Stop-Regel man anwendet, da es die „wirkliche Grundlage" eines Problems nicht gibt. Dies zeigt die

Error in adverse events sollte berücksichtigt sein, dass irren menschlich ist, dass es keine „fehlerlose“ Performance im menschlichen Sinne gibt (Parker/ Lawton 2003: 210). Diese Aussage ist eher definitorisch, denn eine gewisse Vermeidbarkeit ist grundsätzlich gegeben, doch wird es immer wieder auftreten, dass neue und andere Fehler wieder gemacht werden.

Als ***kritisches Ereignis*** (critical incident) wird eine gefährliche Situation verstanden, die durch einen oder mehrere Faktoren bedingt wird (wie z.B. Prozesse, Technik, Umwelt), woraus potenziell ein Behandlungsschaden bzw. adverse event entstehen kann (Rohe et al. 2005: 17-18).
Ein ***Beinahe-*** (Behandlungs-) ***Schaden*** (near miss) tritt auf, wenn ein Fehler in der Behandlung, aufgrund glücklicher Umstände oder korrigierendes Eingreifen, ohne negative gesundheitliche Konsequenzen für den Patienten bleibt (SVR 2003 nach Rohe et al. 2005: 18). Die near misses, auch Beinahezwischenfälle sind also Fehler, welche entweder keine oder nur geringe Auswirkungen auf den Patienten haben bzw. Patientenschäden, die überhaupt nicht gravierend sind (Kohn et al. 2000: 87).

Die falsche Gabe von Medikamenten wird häufig separat diskutiert, weil sie die häufigste Art an medizinischen Fehlern ist, aber im Grunde komplett vermeidbar wäre. Als ***Medikationsfehler*** gilt daher „jedes vermeidbare Ereignis, das unsachgemäße Medikationsanwendung oder Schaden des Patienten verursachen kann oder dazu führt“. Des Weiteren gibt es unerwünschte *Arzneimittelwirkungen* (adverse drug reaction), welche schädliche, aber unbeabsichtigte Wirkungen von Medikamenten sind, sowie *Arzneimittelschäden* (adverse drug event), die aus der Behandlung mit einem Medikament herrühren (Rohe et al. 2005: 18-19).

3.4.3. Reflektion zu Risiskomanagement im Krankenhaus

Viel bedeutender als die genaue Definition eines Ereignisses ist, dass es generell unterschiedliche Vorkommnisse gibt und diese nach Schwere des Schadens an Patienten

„Relativität der Root Cause Analyse“, da die Methode schon definiert, welches als wirklich grundlegendes Wirken/Ursache am Anfang stand, möglicherweise eben ein Problem, welches Management beseitigen kann, welches das Wiederauftreten des Problems signifikant reduziert, sofern eben die Ursache eben zuzuordnen ist. Daher plädiert Hollnagel dafür, die Untersuchung eines Vorfalls eben auch als den „Prozess der Konstruktion einer Ursache“ zu sehen (und nicht des Findens!), wodurch die Untersuchung zu einem sozialen und psychologischen Prozess wird und weniger als objektiv, technischer verbleibt, als welcher er häufig verstanden wird (Hollnagel 2009: 12).

natürlich auch einen unterschiedlichen Status in Krankenhäusern haben. In der Vergangenheit wurden gerade schwere Patientenschäden offiziell untersucht. Diese sind typischerweise das Resultat multipler Ursachen, die grundsätzlich tief verwurzelt in den organisatorischen Praktiken sind. Die Auswertung der kleinen Zwischenfälle (critical incidents) ist daher ein wichtiger Schritt die grundsätzlichen Gegebenheiten zu durchdringen und zu versuchen, langfristig Änderungen herbei zu führen (Edmondson 2004: ii3). Die Beschreibung und Auswertung dieser Events kann ein reflektiertes Verständnis dafür erzeugen, wie weitläufig Konsequenzen „unbedeutender" Entscheidungen sein können und wie vielfältig sich Faktoren bedingen können. Der „menschliche Fehler" oder der „technische Defekt" mag dem Zwischenfall unmittelbar vorweg gehen, aber gerade größere Vorfälle entwickeln sich, „inkubieren", über längere Zeiträume. Diese Anzeichen werden oft nicht beachtet und als Handlungsnotwendigkeit gesehen, weil Informationseinschränkungen oder die soziokulturellen Praktiken, wie organisatorisches Schweigen dies verhindern. Sie machen die Eskalation der Ereignisse erst möglich (Choo 2008: 32; Henriksen/ Dayton 2006). In Krankenhäusern wirkt eine Eskalation nicht auf den Zusammenbruch des gesamten Unternehmens, aber die Schäden für einen oder mehrere Patienten mögen verheerend sein, sowie mögliche rechtliche und finanzielle Ansprüche an das Krankenhaus. Risikomanagement zielt daher darauf ab, beides zu reduzieren, die Patientenschäden, sowie mögliche Ansprüche an das Krankenhaus. Indem Patientenschäden vermeiden werden, wird nicht nur einer ethischen, moralischen Verpflichtung, sondern auch der langfristigen finanziellen Stabilität des Krankenhauses Rechnung getragen. Gerade dafür muss man aus den kleinen Vorfällen lernen, weil diese „frühe Anzeichen von tieferen Problemen" sind (Edmondson 2004). Diese Vernetztheit zeigt sich auch in den unterschiedlichen Risikoquellen im Krankenhaus sein können.

3.4.4. Die Risikoquellen im Krankenhaus[20]

Risiken können unterschiedliche Erscheinungen haben und von multiplen Ursachen bedingt werden. Ein Schaden kann sich aus verschiedenen kleineren Schäden zusammensetzen (ein Schadensgeflecht erzeugen) (Holzer 2005: 34-35).

[20] Der Begriff „Risikoquelle" lässt eine „Ursächlichkeit" anklingen, deren definitive Zurechenbarkeit nicht beabsichtigt ist. Es soll vielmehr verdeutlicht werden, dass ein Krankenhaus als komplexes adaptives System aus vielfältigen Wechselwirkungen besteht, so dass weniger die Ursächlichkeit entscheidend ist, sondern die Komplexität als Phänomen von beteiligten Faktoren immanent über die Simplizität des „Menschlichen Fehlers" hinausgeht.

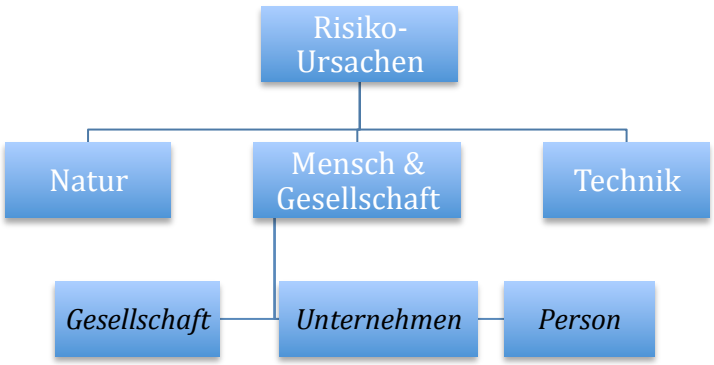

Abbildung 6. Ursachen von Risiken

Quelle: Holzer (2005: 35). Mit Änderungen übernommen.

Diese grobe Einteilung zeigt, dass die Natur, der Mensch und seine soziale Umwelt, sowie die Technik Teil der Ursachen sein können. Technik kann sich abnutzen, der Einzelne kann Fehler begehen und das Unternehmen (als Prozess) kann ursächlich für Risiken sein. Zu den Risikoquellen innerhalb des Unternehmens zählen die operativen und die strukturellen (strategischen) Risiken, deren Lenkung immanent schwierig ist, besonders aufgrund der diversen Schwierigkeiten Prognosen zu erstellen. Zu verstehen ist insbesondere die Aussage, dass die Schäden sich überlappen können (Holzer 2005: 34-35). Diese Interaktion von Schwierigkeiten, z.B. das Zusammenwirken einer Naturkatastrophe (oder dem technischen Versagen eines Gerätes), einer unzureichenden strukturellen Vorsorge im Unternehmen, sowie von zahlreichen kleineren Fehlern von Einzelpersonen können dann ein massives Risiko erzeugen, welches im Kleinen schwer vorzustellen, geschweige denn im Ganzen zu prognostizieren war.

Im Krankenhausbereich wird das Reporting von Fehlern durch ein CIRS teilweise schon versucht. Dazu zählen zum Beispiel die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) oder das Universitätsklinikum Eppendorf Hamburg (UKE). In dem Berichtssystem der MHH wird eine Unterscheidung von Risikofeldern getroffen, um die berichteten Risiken besser einordnen zu können (Cartes 2008). Diese „Risikofelder“ und deren Beschreibung werden nun vorgestellt (Abb. 7):

Risikofeld	Erläuterung
Organisation	Der Beinahe Zwischenfall *(critical incident)* stellt ein Risiko in mehreren Kernprozessen, einer oder mehrerer Abteilungen dar (Wechselwirkungen)
Prozessablauf	... ein Risiko in einem Kernprozess und/oder dessen Schnittstellen einer Abteilung dar
Medikation	... ein Risiko im Medikationsprozess dar (von Verordnung bis Applikation)
Behandlung	... ein Risiko aus der Behandlung, Diagnostik, Therapie bzw. Operation, z.B. eine nicht durchgeführte Diagnostik
Dokumentation	... Fehler, die zu Dokumentationsrisiken führen, z.B. fehlende oder falsche Dokumentation
Aufklärung	... ein Risiko der Weitergabe von Informationen und/oder Erklärung für Patienten oder Kollegen über die Behandlung oder Abläufe, z.B. wann und wo einer Untersuchung oder Aufklärungen eines ärztlichen Eingriffs, etc.
Probenverwechselung	Probe, z.B. Biopsie oder Blutröhrchen wurde fast verwechselt oder die Verwechselung wurde noch korrigiert
Patientenverwechselung	... ein Risiko einer Patientenverwechselung
Eingriffsverwechselung	... ein Risiko der Eingriffsverwechselung
Sicherheit für Menschen und Sachen	... ein Unfallrisiko oder Verletzungsrisiko
Infrastruktur/ Arbeitsplatz	... ein Risiko des Arbeitsplatzes oder der Infrastruktur
Technik	Risiken bei Geräten, Anlagen oder technischen Einrichtungen
Material	Risiken bei Materialien oder Betriebsmitteln
Meldung nicht klar	Der Inhalt der Meldung ist nicht verständlich

Abbildung 7. Risikofelder im Krankenhaus

Quelle: Cartes (2008: 56). Mit Anpassungen übernommen.

Hiernach kategorisiert der Risikomanager alle eingehenden Meldungen nach deren Risikofeld, dafür stehen obige 14 Kategorien zur Auswahl (Cartes 2008: 10). Die Übersicht zeigt, wie vielfältig die Meldungen sein können – wie viele Risikofelder ausgemacht werden können. Ein Vergleich mit der ersten Darstellung nach Holzer (2005) verdeutlicht zudem, dass die Risiken eher operativer Natur sind. Es geht um Prozesse, Medikation, Verwechselungen, etc. Die strukturellen Risiken kommen nur indirekt zum Ausdruck. Z.B. durch „Falsche Medikation" könnte deutlich werden, dass die Vielfalt an neuen Medikamenten nicht überblickt wird, die Arbeitsbelastung so hoch war, dass ein Medikament aus Routine verschrieben wurde, obwohl gerade dieser Patient „besondere" Vorerkrankungen oder Umstände aufweist, welche die Verschreibung/ Gabe eines anderes Medikamentes erfordert hätten. Die Planung oder

Steuerung von Prozessen, z.B. hohe Wartezeiten können ebenso auf strukturelle Schwächen hindeuten. Die Sicherheit an Maschinen kann einerseits direkt eine Gefährdung darstellen, aber genauso bedeuten, dass langfristig hohe (Neu-)Investitionen notwendig sind. Verwechselungen können rein „kognitiver Natur" sein oder auch durch Überarbeitung ein grundsätzlicher Vorläufer von umfassenden Problemen sein. Es sollte werden, dass die Risikofelder in einem Berichtssystem eher operativer Natur sind, aber zwischen den Zeilen gelesen, auch auf umfassende Risiken aufmerksam machen können. Die „Ursachen" von Risiken sind demnach auch eine Frage, wann man aufhört weiter zu suchen bzw. welches „Unfallmodell" man anwendet (Dekker 2006: 73-92), inwieweit man die Möglichkeit zulässt, dass viele Gegebenheiten durch die sozialen Praktiken und alltäglichen Handlungen erst „erzeugt" wurden bzw. aufrecht erhalten werden.

Ist diese Einteilung ausreichend? Die „Gründe" für ein kritisches Ereignis können auch sozialer Natur sein. So könnten Unstimmigkeiten im Team zu Risiken geführt haben und das CIRS wird als „Ventil für eine Beschwerde" genutzt. Weil diese Aspekte aber genauso Teil eines sicheren Behandlungsprozesses sind, aber kategorisch hier nicht aufgeführt sind (dafür gibt es auch reine „Beschwerdesysteme"), wird deutlich, wie vernetzt und vielschichtig die Probleme ineinander greifen können, wodurch nicht nur die Kategorisierung schwierig wird, sondern auch die Einführung des CIRS, die Auswertung der Berichte oder die Umsetzung von Vorschlägen zur Behebung. Daher wird später noch einhegender auf die Details und die Probleme von CIRS eingegangen, weil diese Berichtssysteme ein wichtiger Baustein eines Risikomanagements sind, trotz der inhärenten Schwierigkeiten und der diskursiven Konstruktion der sozialen Wirklichkeit, zu der diese Systeme beitragen.

Diese diversen Risikofelder sind nicht erschöpfend, weil grundsätzlich strategische, finanzielle und weitere strukturelle Risiken nicht explizit enthalten sind. Sie sind indirekt konstituiert. Nur lassen sich diese noch schwieriger „beherrschen" bzw. in Zwischenfällen ausmachen – sie sind intangibel und langfristig. Obwohl sie schwer auszumachen sind, spiegeln sie sich in den Praktiken wider. Es sind die Praktiken – die täglichen Handlungen, deren Bedeutung oft unterschätzt wird –, welche verlässliches, achtsames und flexibles Handeln ermöglichen, weil sie die Befürchtungen über Fehler (Versagen), Vereinfachungen, Abläufe und Zusammenhänge in gemeinsame Routinen kanalisieren, mit denen Uneindeutigkeiten, Missverständnisse und Fehldeutungen gemeistert werden können (Schulman 2004 nach Weick/ Sutcliffe 2007: 19). Diese

Praktiken sind gelebte Diskurse, denn sie erzeugen die Wahrnehmung von Risiken, erlauben Gespräche darüber und ermöglichen kontinuierliches Lernen. Diese Diskurse sind eingebettet in den sozialen und institutionellen Rahmen im Krankenhaus. Mikro-organisatorische Machtbeziehungen wirken auf das Risikohandeln und sind durch makro-institutionelle Macht (politische Vorschriften, Aufsichtsrat, etc.) beeinflussbar. Mikro- und Makro-Machtbeziehungen interagieren in den situativen Praktiken und formen Risikohandeln (Clegg et al. 2009: 73). Daher können Risiken aus vielen Gegebenheiten, Strukturen, Formen, Zuständen, Aktionen, Verhaltensweisen und Traditionen erwachsen. Unsicherheit bzw. Risiken sind kontextbezogen. Wenn wir den Kontext verstehen, die Vorkehrungen, die Annahmen, die Aufmerksamkeit, das was ausgeblendet wurde, wird deutlich, dass alle Unternehmen (auch Krankenhäuser) von Risiken bedroht sind und Achtsamkeit (mindfulness) in notwendig haben (Weick/ Sutcliffe 2007: 19). Risikobewusstsein muss in den täglichen Diskursen gelebt werden, muss immer wieder bewusst gemacht werden, täglich auf's Neue hinterfragt und kritisiert werden. Man muss erkennen, dass man an sich arbeiten, sich verbessern und befähigen muss, empfänglicher mit Risiken umzugehen. Man muss diesen Diskurs gemeinsam pflegen, in dessen kommunikativem Handeln die Beteiligten sich selbst neu erfahren, sich verändern und so langfristig auch ihre Kultur, ihre Annahmen, ihre Ideologien formen und zu einer Verschiebung der Machtbeziehungen beitragen, die nicht auf funktionaler Perfektion, sondern gemeinsamer Risikoakzeptanz aufbaut, wodurch kontinuierliches Lernen möglich wird und Risikomanagement als Praxishandeln gelebt wird. Diese Einbettung von Risiken in Rahmenbedingungen wird noch einmal in Folgendem Modell verdeutlicht.

3.4.5. Das Organizational Accident Model – nach Reason

Innerhalb des Arbeitsumfeldes bestehen lokale Faktoren, die auf die unsicheren Handlungen einzelner und vieler einwirken. Organisatorische Faktoren sind die Basis auf denen die lokalen Faktoren auftreten und unter denen die Mitarbeiter ihre täglichen Handlungen vollziehen (Reason 1997: 17):

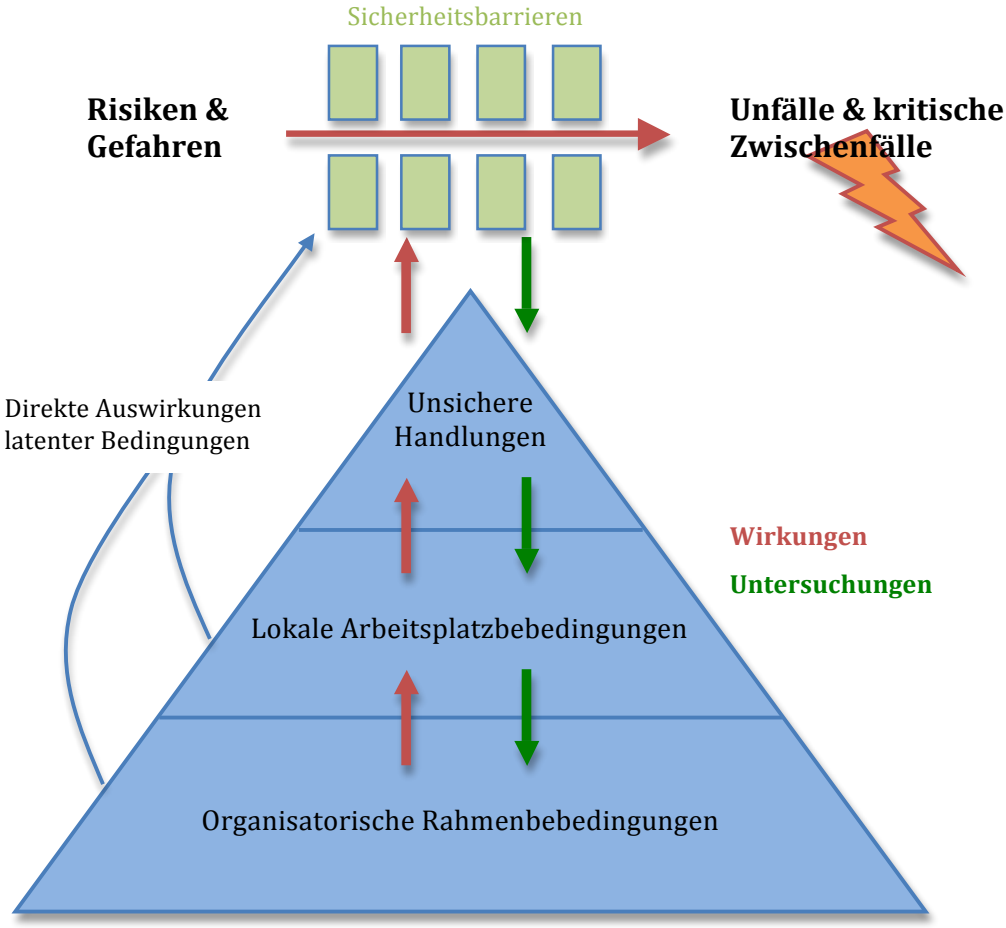

Abbildung 8. Das organisatorische Zwischenfallmodell

Quelle: Reason (1997: 17). Verändert übernommen.

Der obere Pfeil repräsentiert den generellen Handlungsverlauf eines Zwischenfalls, während im unteren Teil der Darstellung das System darstellt ist, welches diese Handlungen erzeugt. Dies sind die „Unsicheren Handlungen" auf dem Personenlevel, die „Lokalen Arbeitsplatzbedingungen" als Fehler erzeugende spezifische Konditionen und Umstände, sowie der „organisatorische Rahmen", das Hintergrundwerk eines Unternehmens (z.B. die Normen, Pläne und Strategien). Am Arbeitsplatz interagieren diese lokalen Faktoren mit den normalen menschlichen Tendenzen Fehler zu machen und sich über Verbote hinweg zu setzen („unsicheren Handlungen"). Die größte Zahl der unsicheren Handlungen am „scharfen Ende" wird durch die Sicherheitsbarrieren aufgefangen – nur wenige von ihnen erzeugen „Löcher" in der Verteidigung (Reason 1997: 17). Diese „aktiven Handlungen" am scharfen Ende werden durch die „latenten Bedingungen" gefördert. Darunter sind z.B. Dinge wie fehlende Überwachung, mangelnde Wartung, Trainingsrückstände, schlechtes Material, schlechte Pläne, etc. zu

verstehen. Sie entstehen aus den externen und langfristigen Entscheidungen der institutionellen Umgebung (Regierung, Behörden, etc.), von Zulieferern, aber auch intern durch die strategischen Vorgaben des Managements. Der Einfluss dieser Entscheidungen wirkt auf die gesamte Organisation, formt ihre Unternehmenskultur und erzeugt Risikofaktoren innerhalb der einzelnen Arbeitsumgebungen. Sie bestehen in allen Systemen und sind ein integraler Bestandteil der Organisation. Ebenso sind sie nicht unbedingt auf schlechte Entscheidungen zurück zu führen, wobei das natürlich möglich ist (Reason 1997: 10-11). Es sind vielmehr grundsätzliche Gedanken, deren Wirken schließlich nicht absehbar ist, auch wenn man Planungen vornimmt. Es ist Teil der Unberechenbarkeit und Komplexität von Unternehmensentscheidungen und von Unternehmen *an sich* – des *Wesens* von Organisationen (Stacey 2000, 2007). Latente Bedingungen unterscheiden sich durch zwei Eigenschaften. *Erstens*, sie brauchen meistens länger, um einen Einfluss zu haben – im Vergleich zu Entscheidungen am scharfen Ende, wo das situative Handeln direkt geformt wird. Sie wirken „latent", wenn Umstände zusammenfallen, regelrecht zufällig. Daher können sie auch lange Zeit unentdeckt bleiben. Zweitens, werden sie nicht von den direkt Handelnden getroffen, sondern entstehen weiter weg vom Geschehen, in den oberen Etagen des Managements. Latente Bedingungen können aber einen großen Einfluss darauf haben, wie Risiken und Fehler gehandhabt werden, weil sie den organisatorischen Rahmen bestimmen. Sie können sie fördern oder aber erschweren (Reason 1997: 11).

Organisationsentscheidungen werden natürlich auch immer in einem sozialen Kontext getroffen und abgewogen. Die Entscheidungen sind auch weniger rational, sondern ebenfalls eine Ausprägung der herrschenden Machtstrukturen in dem Unternehmen. Der organisatorische Rahmen ist mitbestimmend dafür, was gesagt werden darf und was nicht. Er wirkt durch die Machtstrukturen und Beziehungen auf die herrschenden Diskurse und bewirkt die Formung von Identitäten, Verständnissen und Ideologien, wird aber gleichwohl von ihnen geformt. Beziehungen formen und werden durch die gemeinsamen Entscheidungen und Machtstrukturen fortwährend geformt. Beziehungen strukturieren daher, was gesagt werden darf, wo die Grenzen liegen. Daher sind die legitimen und Schattenthemen (Diskurse) in dem organisatorischen Rahmen ausgeprägt (Stacey 2003: 364) und bedingen somit auch, wie Risiken wahrgenommen werden, ob über sie offen gesprochen werden darf, ob kritische und Beinahezwischenfälle als Lernpotenzial verstanden werden oder eine Null-Fehler-Toleranz vertreten wird. Denn genauso, wie sie das „Kaschieren von Handlungen" fördern können, können sie die

Flexibilität und Achtsamkeit stärken, aber letztlich immer nur indirekt. Der organisatorische Rahmen bestimmt, wie Ressourcen verteilt werden, welche Prioritäten Risiken eingeräumt werden, wie wichtig die Wartung von Geräten, die Förderung von Mitarbeitern ist. Er bestimmt indirekt, wie wichtig den Mitarbeitern „sicheres" Handeln ist, ob sie stets versuchen „aufmerksam" zu sein oder ob der Stress, die schlechte Ausstattung einfach keine „besseren Ergebnisse" zulässt.

„Sicheres" Handeln, aufmerksames Handeln, bewusstes Handeln ist ethischem Handeln sehr nahe. Es verlangt eine moralische Entscheidung, basierend auf den Ideologien und Diskursen, die bestimmen, was „richtig" und „anständig" ist. Ethisches Handeln ist eingebettet in die organisatorischen Machtbeziehungen. Macht und Wissen sind gleichermaßen daran beteiligt, die existierende „Wahrheit" zu erzeugen – das was selbstverständlich ist. Sie formen die Realität (Foucault 1977 nach Clegg et al. 2009: 75). Wenn man der Frage nachgeht, wie Machtbeziehungen einer Organisation (einem Krankenhaus) das „Risikohandeln" in den Praktiken formen, muss man fragen, wie institutionalisierte Mythen und situative Praktiken interagieren (Clegg et al. 2009: 75). Man muss fragen, wie „Null-Fehler-Toleranz" und Achtsamkeit sich implizieren, wie gemachte Fehler offengelegt werden können und welche kulturellen ideologischen Bedingungen schon in der Ausbildung dazu beitragen, dass Perfektionismus gefördert und gefordert wird. Es wird wichtig zu sehen, was passiert, wenn diese Mythen auf die „Realität" treffen – ob in der Realität dann Fehler lieber kaschiert als akzeptiert werden, nur „um den Schein der Perfektion" zu wahren. Historisch geformte Machtbeziehungen erzeugen die (Berufs-) Ethik (und damit auch das Risikoverständnis) in der Praxis. Machtbeziehungen unterdrücken die kritischen Stimmen und „sicheres Handeln" wird zu einer Frage der Regelbefolgung. Daher ist Sprache nicht nur repräsentativ, sondern wirkt konstituierend. Sprache bestimmt die Realität, erzeugt Bedeutung und bestimmt Handeln/Aktionen (Clegg et al. 2009: 84-85). Sprache als „soziale Praktik" impliziert, dass es eine Art des Handelns ist (Austin 1962) und dass es immer eine sozial und historisch situierte Handlung ist, die in Bezug zu dem sozialen Rahmen gesehen werden muss. Sie ist sozial „geformt" und sie formt das Soziale, demnach ist sie „konstitutiv" (Fairclough 2010: 92). Sie *ermöglicht* Handlungen und *erzeugt* organisatorische Rahmenbedingungen durch Entscheidungen. Die Auswirkungen auf Risiken am scharfen Ende sind nur schwer zu bestimmen, aber sie wirken immer auf die täglichen Handlungen ein. Sprache ist nicht nur ein Ausdruck von Risiken (als Beschreibung von Zwischenfällen, feste Definitionen, etc.), sondern Sprache ist performativ, sie wirkt

aktiv und formend auf die Realität (Clegg et al. 2009: 87), die *Realität von Risiken im Krankenhaus* eingeschlossen.

Die organisatorischen Entscheidungen und Rahmenbedingungen wirken daher aktiv am „scharfen Ende“ auf Fehler und Risikopotenziale ein und formen die Art und Weise, wie mit Risiken umgegangen wird und in wieweit die Organisation in der Lage ist, aus diesen Fehlern zu lernen, sie zu akzeptieren und einen offenen Diskurs über Risiken zu führen. Das Wirken ist jedoch zeitlich verzögert (in Bezug auf organisatorische Entscheidungen) und daher latent (Reason 1997).

3.8. Ist Vermeidbarkeit möglich?

Risiko ist ein bedeutsames Prinzip in unser Gesellschaft und ein Grundgebiet wissenschaftlicher Forschung (Gephart et al. 2009: 141). Seit jeher lasten drei Übel auf dem Dasein der Menschen: Katastrophen, die ihre Welt zerstören; Gefahren, die ihre Zukunft überschatten; Risiken, als der Preis ihres Handelns. Während man Gefahren ausgesetzt ist, werden Risiken eingegangen. Sie entstehen erst durch menschliche Initiative (Sofsky 2005: 18-19). Die Welt wie sie jetzt ist und in Zukunft wird, setzt Entscheidungen voraus, deren Nutzen und Schattenseitenseiten abzuwägen sind. Die heutige Welt muss über selbst-fabrizierte Unsicherheit entscheiden – über Bedingungen, die sie selbst erzeugt hat. Darunter fallen Gefahren, die nicht mehr zu kontrollieren sind, doch nicht aufgrund des Versagens der Entwicklung, sondern gerade aufgrund der Siege (Beck 2007: 20-26). Ist restlose Sicherheit also eine Illusion? (Sofsky 2005: 20-23). Vermutlich. Absolutheiten sind immer eine Quelle erheblicher Spekulation. Es geht nicht um die absolute Vermeidung von Gefahren und Risiken, denn sie sind eine Quelle der Verbesserung, Einsicht und Akzeptanz – des Lernens und des Fortschritts, der die Gesellschaft und Unternehmen so weit gebracht hat. Es geht nicht um die Unsicherheiten des Lebens, der Unabsehbarkeit gesellschaftlicher Entwicklungen, sondern um die Frage der Vermeidbarkeit von Risiken im organisatorischen Kontext im Krankenhaus. Vielleicht muss die Frage daher noch einmal umgestellt werden.

Welches Risiko meinen wir denn? Es geht um die Frage der ungewollten Risiken im organisatorischen Ablauf und in der Behandlung im Krankenhaus. Doch weniger um die Erfolgsaussichten oder der möglichen Risiken einer Behandlungsmethode, sondern um die Risiken, die aus den Interaktionen der Mitarbeiter und den organisatorischen Rahmenbedingungen des Krankenhauses erwachsen. Neue Methoden werden immer

Risiken enthalten, selbst reine Routineverfahren tragen in sich die „Gefahr der Normalität“, normal zu wirken es aber nicht zu sein. Es geht um die Frage der Patientensicherheit und Risikokultur – der rekursiven Dynamiken zwischen den Individuen und dem System (Denison 1996: 635 nach MacIntosh-Murray/ Choo 2006: 363-364). Nach dem kulturell-symbolischen Ansatz ist Risiko nie vollkommen objektiv und besteht nie losgelöst von dem Glaubensystem und moralischen Positionen einer Gesellschaft. Es ist immer in Kulturen eingebunden, die deren Bedeutung erst erzeugen. Risiken sind folglich nicht statisch (oder objektiv), sondern kontinuierlich konstruiert und verhandelt (Gephart et al. 2009: 144). Risikoverständnisse sind Teil der gemeinsamen kulturellen Grundannahmen und Praktiken, die auf sozialen Erwartungen (Ideologien) und Verantwortlichkeiten basieren (Lupton 2006: 12-13). Ebenso sind alle menschlichen Beziehungen Kommunikation und Machtbeziehungen, deren Basis ideologischer Natur ist. Alle menschlichen Erfahrungen haben eine narrative Struktur und Entscheidungen basieren grundsätzlich auf diesen Ideologien. Die Gegenwart und Zukunft werden fortwährend erzeugt. Dabei sind Menschen fundamental inter-dependent. In ihren kommunikativen Interaktionen, ihren Machtbeziehungen und ihren ideologisch basierten Entscheidungen wenden Menschen ihre Fähigkeit an, zu reflektieren – ihre Vernunft zu nutzen (Stacey 2007: 420). Doch genau diese Vernunft ist nicht objektiv, sondern subjektiv. *Kulturen* bemerken und reagieren auf *bestimmte* Phänomene als Risiken und versäumen andere *potenzielle* Risiken, basierend auf ihrer kulturellen Logik und Verständnis. Risiken denen nachgegangen wird, sind die, welche Grenzen überschreiten und die soziale Ordnung stören (Gephart et al. 2009: 144). Vorgeformte kulturelle Annahmen helfen den Menschen, Risiken einzuschätzen – einen Sinn zu erzeugen (Weick 1995). Das Risikoverständnis ist daher nicht individualistisch, sondern in der Gemeinschaft verwurzelt. Risiko ist eine kulturelle Strategie, um Konformität, Stabilität und Ordnung aufrecht zu halten (Lupton 2006: 13). Risikomanagement im Krankenhaus verlief bisher in diesen Bahnen. In einer Null-Fehler-Kultur wird erwartet, dass keine Fehler gemacht werden, dass man sich keine Fehler leisten darf, keine Schwäche zeigen kann (Rosenthal et al. 1999; Leape 1999), wenn man nicht diffamiert werden will (Cook/ Nemeth 2010). Dieses medizinische Denken ist historisch gewachsen und tief in das kulturelle Verständnis eingebrannt (Rosenthal 1999: 141). Daher ist es notwendig, diese allgemeinen Gültigkeiten zu hinterfragen und die damit verbundenen Schwierigkeiten aufzuzeigen, um sie zu verändern – „verhandelbar“ zu machen (Lupton 1994: 11-13). Ein Risikoverständnis

muss die modernistische „wir können alles kontrollieren“ Perspektive ablegen und sich reflektierend damit auseinandersetzen, wie Risiken im Krankenhaus gesehen werden, wie sie dort zu verstehen sind, was notwendig ist, wenn man aus ihnen lernen will. Die Handhabung und fortwährende Untersuchung von Risiken muss zeigen, welche Phänomene als „riskant“ gelten, welche Bedeutung „Risiken“ gegeben wird und wie die erzeugte Bedeutung von Risiken zu organisatorischen und institutionellen Handlungen führt. Soziale Sinnstiftung verlangt eine Darstellung, wie man *diese* Risiken managen kann, um die soziale Ordnung wieder herzustellen (Gephart et al. 2009: 145).

In der „Risikogesellschaft“ (Beck 1986) sind Menschen die Ursache der Risiken und gleichzeitig für deren Minimierung zuständig. Problematisch ist, dass selbst Experten keine vollständige Sicht der Dinge haben (können) und teilweise unterschiedliche Meinungen haben, etc. Die Bürger (Beteiligte, Betroffene) sind daher kontinuierlichen Unsicherheiten darüber ausgeliefert, welchen Ratschlägen zu folgen ist, wie mit Risiken umgegangen werden soll, so dass Risiken eine erhebliche politische Wirkung entfalten (können) (Lupton 2006: 12). Diese Unsicherheit kann nur gemeinschaftlich und kommunikativ gelöst werden. Denn Menschen erzeugen die Welt ihrer Erfahrung durch Sprache (Stacey 2007: 420). Sprachliches Handeln übersetzt die Schwierigkeiten, die Undurchsichtigkeiten, das Entrückte in Formen des Greifbaren und Verständlichen. Der Diskurs organisiert die soziale Wirklichkeit (Chia 2000: 517).

Wenn die Risiken durch Diskurse erzeugt werden, dann sind sie auch Teil der Machtbeziehungen zwischen den Menschen, denn Diskurse sind Machtbeziehungen. Risiko wird zu einer „moralischen Technologie“, wenn bestimmte Gruppen oder Individuen als „gefährdet“ eingestuft und damit zu Verantwortlichen und Zielen werden (Gephart et al. 2009: 146). Risikovermeidung wird zu einer „individuellen“ Notwendigkeit, zu „Selbstkontrolle“ und „Selbst-Verbesserung“ (Lupton 2006: 14), die aber immer nur im gemeinschaftlichen Handeln ausgelebt werden kann.

Krankenhäuser haben sich historisch gesehen auf besonders motivierte und fähige Fachkräfte verlassen, um operative Fehler und Versagen im Behandlungsprozess zu kompensieren. Es waren „großartige Ärzte und Krankenschwestern“, und keine „gute Organisation oder Management“, die für die Qualität der Behandlung zuständig waren (Tucker/ Edmondson 2003: 55). Erfolgreiche organisatorische Praktiken werden nicht umfassend genutzt, wie z.B. Sozialisation, Koordination, Kommunikation bis hin zu Führungskräfteentwicklung und organisatorischem Lernen. Es kommt zu gravierenden Mängeln in Effizienz, Sicherheit und Verlässlichkeit (Ramanujam/ Rousseau 2006:

811). Zwar werden in vielen Krankenhäusern die im Rahmen der Qualitätssicherung verpflichtenden Maßnahmen (nach §137 SGB V) zum Qualitätsmanagement durchgeführt, doch von der Umsetzung eines „umfassenden Risikomanagements“ im Sinne eines „systematischen Risikomanagementprozesses“ mit verschiedenen Stufen (Identifikation, Analyse, Bewältigung, Steuerung) auf allen Ebenen und Bereichen des Krankenhauses „sind sie noch weit entfernt“ (von Eiff/ Middendorf 2007: 54-55). Hier kann man ansetzen, denn organisatorische Unfälle und Risiken inkubieren über einen längeren Zeitraum, währendem sich Fehler und Warnzeichen akkumulieren. Aufgrund von Informationsbeeinträchtigungen werden Warnsignale nicht beachtet, so dass kleinere Probleme und Fehler eskalieren können (Choo 2008: 32).

Die HRT und die NAT bilden zwei Sätze von Annahmen, Konzepten und empirischen Vorhersagen und stellen zwei eigenständige Verständnisrahmen für Patientensicherheit dar (Weick 2004 nach Tamuz/ Harrison 2006: 1655). Sicherlich haben die NAT und HRT etwas an einander vorbei geredet (Leveson et al. 2009: 228) doch sie erlauben das Verständnis über die Entstehung und die Verhinderung von Fehlern zu schärfen. So könnte man sagen, dass die HRT Aufmerksamkeit auf „gemeinsame Wahrnehmung und Kultur“ gerichtet hat, während die NAT den Fokus auf die „Sicherheit von Systemen und Eigenschaften“, wie Kopplung, interaktiver Komplexität und politischen Diskursen legt (Tamuz/ Harrison 2006: 1658). Sicherheit als Systemeigenschaft zu verstehen und nicht als Komponenteneigenschaft (Leveson et al. 2009: 235), verdrängt die Tatsache, dass die Position des externen Beobachters und Systemkonstrukteurs im Organisationskontext nach dem Verständnis der Komplexitätstheorie nicht möglich ist (Stacey 2000: 302-304). Das Management von Sicherheit bleibt ein kontinuierlicher Prozess, indem fortwährend bestimmt werden muss, wie viel Risiko in bestimmten Aktivitäten enthalten ist, wie viel Risiko akzeptabel ist und wie multiplen, konfligierenden Zielen Rechnung getragen werden soll (Leveson et al. 2009: 240). Nur dass dieser Prozess kein rationaler, objektiver, kybenetischer Regelkreis ist, sondern ein durch und durch sozialer, indem die Identität des Einzelnen und die soziale Wirklichkeit simultan im Prozess des Organisierens konstruiert werden (Chia 2000: 517). In diesem kontinuierlichen „organisatorischen Werden“ (Tsoukas/ Chia 2002), bei dem es um „Lernen, Werden, Organisieren“ geht (Clegg et al. 2005b), muss Sicherheit fortwährend praktiziert werden, denn es ist konstanter Wandel und keine andauernde Wiederholung, durch die Sicherheit erzeugt wird (Weick/ Sutcliffe 2007: 40). Forschung in mikroorganisatorischer Sinnkonstruktion untersucht daher wie Mitglieder einer Organisation

bedeutungsvolle und legitime Vorstellungen von *Organisation* produzieren und aufrecht erhalten, welche genutzt werden, um organisatorische Handlungen zu interpretieren, die vor der Migration von Risiken und Gefahren schützen sollen (Gephart et al. 2009: 148). Risikomanagement muss sich damit auseinander setzen, wie die soziale Komponente des Organisierens im Hinblick auf bestehende Instrumente zu deuten ist. Es muss beschrieben werden, welche Auswirkungen es hat, Organisationen als fortwährende Muster von Beziehungen zwischen Menschen zu verstehen, in denen Bewusstsein und Identität zusammengehalten werden und sich verändern, inwieweit bestehende Instrumente es erlauben, die hoch-emotionalen und Angst provozierenden Erfahrungen von Fehlern, Risiken und Veränderungen mit einzubeziehen (Stacey 2007: 277).

Aktive Entscheidungen am „scharfen Ende", sowie die Entscheidungen am „stumpfen Ende" etwas verzögert (latent), tragen zu organisatorischen Unfällen bei (Reason 1997). Es gibt unsichere Handlungen, Unfälle aber auch Rettungen (Reason 2008) die zeigen, dass den Praktiken – dem gelebten Alltagshandeln – eine große Bedeutung zukommt, wenn es darum geht Unternehmensethik als Praktik (Clegg et al. 2007a) oder Risikomanagement als kommunikatives Handeln zu beschreiben. Organisatorische Sicherheit wird in und durch die Mikro-Praktiken konstruiert, die das grundsätzliche Handeln leiten. Es sind diese Mikro-Praktiken, im Diskurs verfasst und eingerahmt in Machtbeziehungen, die bewusstes Handeln, Sicherheit und Legitimität im Alltag formen (Clegg et al. 2009: 91; Gordon et al. 2009).

Risiken lassen sich vermeiden, aber wenn es darum geht, dass sich Praktiken ändern, kann dies grundsätzlich zu Ängsten, Identitätskrisen führen (Knights/ Willmott 1999: 77). Desweiteren haben Konzepte wie Modernisierung, Verbesserung, Performance in vielen Krankenhäusern den Status von Kult-Werten erlangt.[21] Dies kann gut oder schlecht sein. Normalerweise geht die Idealisierung mit einer Funktionalisierung einher, so dass Idealisierungen funktionale Werte werden, die in die täglichen Interaktionen einfließen – keine reine Übertragung der idealisierten Vorstellung ins Reale, sondern eine Interpretation der Idee. Der Kult eines Krankenhauses – „Behandle jeden Patienten auf bestmögliche Weise" (oder: „Wir arbeiten fehlerlos!"?) – muss in spezifischen

[21] Aufbauend auf Mead (1923) erklärt Stacey (2007), dass Menschen nicht nur die Tendenz haben, Gewohnheiten der Interaktion zu generalisieren, um eine Art gemeinsamer Erfahrung zu konstruieren – eines Ganzen –, darüber hinaus idealisieren sie auch diese imaginären Konstrukte. Ein Kult wird daher aufrecht erhalten, wenn Führungspersönlichkeiten den Vorstellungen der Menschen entsprechend eine idealisierte Zukunft vorstellen, eines Ganzen, die frei von Konflikten und Zwängen ist, wenn sie in den Menschen das Gefühl erzeugen, Teil eines größeren Ganzen zu sein, dass sie alles erreichen können, wenn sie dieser Gruppe zugehören. Als Teil dieser Gruppe beziehen sie gleichzeitig ihren Wert als Individuum (Stacey 2007: 342).

Situationen auf konfligierende Ansprüche von Zeit und anderen Ressourcen funktionalisiert und interpretiert werden. Es entstehen Konflikte, die von den alltäglichen Interaktionen der Mitarbeiter ausgehandelt werden müssen, während sie die Kult-Werte interpretieren. Minister präsentieren der Bevölkerung die Vision einer fortwährend steigenden Qualität. Wenn Praktiker diese Vision in die Tat umsetzen wollen, stoßen sie auf beschränkte Ressourcen und viele weitere Beziehungsprobleme, so dass es schier unmöglich scheint, diese idealisierte Vision zu realisieren. Sie entdecken, dass sie die „löblichen" Ideen funktionalisieren müssen, was zu Konflikten und Prioritätsproblemen führt (Stacey 2007: 342-343). Heutige Forderungen sind z.B. „systematische, organisatorische Verbesserungen, um Patientensicherheit zu fördern" und ein „sichereres Gesundheitssystem" zu bauen (Tucker/ Edmondson 2003: 55; Kohn et al. 2000), denn „99% Sicherheit reichen (als Krankenhausziel) nicht aus" (von Eiff 2007b: 18).

Importiert man z.B. eine neue Management Idee der Fertigungsindustrie (ein Prozess-Management-System) in ein Krankenhaus und versucht diese zu implementieren, zeigt sich, dass die Organisation selbst in vielerlei Weise ein Hindernis dazu wird, einen prozessorientierten Managementstil zu erlangen. Stimmen aus der Praxis decken auf, dass große Konflikte zwischen Organisationsprinzipien und -Strukturen wie Budgets und Abrechnungsbögen entstehen. Diese sind für ein funktionaleres (performatives) Verständnis gebaut. Das Management wird dann zu einem Balanceakt, mit dem aufkeimendem Frust umzugehen (Hellström et al. 2010: 499-511).

Es ist in der Tat nicht leicht, Neuerungen in ein Unternehmen einzuführen oder sich dort entwickeln zu lassen. Dennoch sollte es möglich sein, aus Fehlern zu lernen, das zeigt die Literatur zu organisatorischem Lernen und Wissensmanagement (Cohen/ Sproull 1996; Davenport/ Prusak 1998; Dixon 2000; Dierkes et al. 2001). Aber diese guten Intentionen werden nicht in einem kybernetischen Raum vollzogen, sondern sind explizit sozial (Gergen 1994; Linstead 1996: 15) und sprachlich vermittelt (Watson 1997; Woodilla 1998; Kornberger et al. 2006). Damit ist jeglicher Change-Management Ansatz immer eine Frage der Annahmen über die soziale Wirklichkeit in Unternehmen, wie diese entstehen bzw. geformt wurden und wie man diese untersuchen kann (Miller 1997; Reed 1998; Llewellyn/ Hindmarsh 2010a).

Im Folgenden wird der Risikomanagementprozess im Krankenhaus vorgestellt.

4. Der Risikomanagementprozess im Krankenhaus

Als Risikomanagement wird häufig „ein umfassendes Konzept zum systematischen Umgang mit Fehlern und Gefahren, denen jedes Unternehmen, abhängig von der Art und des Umfangs der Leistungserstellung, ausgesetzt ist“ (Gausman 2007: 201) verstanden. Zu diesem systematischen Umgang handelt es sich, um die „Überwachung und Steuerung aller das Unternehmen bedrohenden Verlustgefahren (Einzelrisiken und kumulierte Risiken einschließlich der Wechselwirkungen zwischen diesen Risiken)“ handelt (Kromschröder/ Lück 1998: 1573 f. nach Burger/ Buchhart 2002: 27). Diese systematische und prozessorientierte Konzeption von Risikomanagement macht deutlich, dass es sich um einen fortwährenden Vorgang handelt, dessen Einzelprozesse, Institutionen und Instrumente in ein strategisches Rahmenkonzept eingegliedert sind (Burger/ Buchhart 2002: 27). In dem Prozess des Risikomanagements sollen die spezifischen Gefährdungspotenziale identifiziert, bewertet, verändert und beseitigt werden. Die dazu gewählten Maßnahmen müssen fortwährend überprüft werden, um sicherzustellen bzw. zu bestimmen, ob die intendierten Ziele auch erfüllt werden (Gausmann 2007: 201). Im Folgenden wird der Risikomanagementprozess dargestellt.

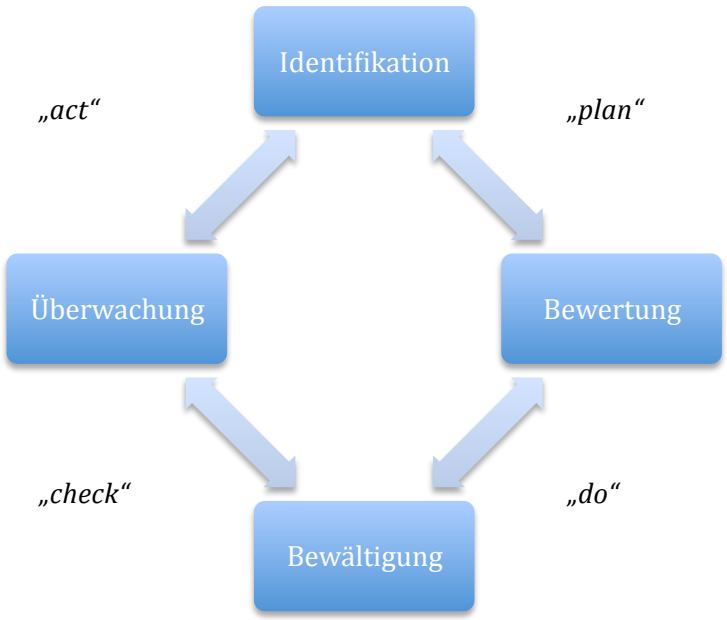

Abbildung 9. Der generische Risikomanagementprozess

Quelle: Gausmann (2007: 201). Angepasst übernommen.

Burger/ Buchhart (2002: 31) erläutern, dass sich das Risikomanagement aus prozessualer Sicht als kybernetischer Regelkreis beschreiben lässt, bei denen

regelmäßig obige vier Phasen dargestellt werden. Der Aufgabenkreis beginnt normalerweise mit der Identifikation von Risiken. Hierauf folgt die Bewertung. Dieser Abschnitt ist damit auch die Planungsphase *(„plan")*. Es folgt die Bewältigung der identifizierten und bewerteten Risiken *(„do")*, sowie die Überwachung der Vorhaben, um sicherzustellen, dass der Erfolg auch eintritt *(„check")*. Der Kreislauf schließt sich indem aus der Überwachung weitere Handlungsnotwendigkeiten identifiziert werden *(„act")*. Der hier integrierte Plan-Do-Check-Act Zyklus (Deming 1986) fungiert als Hilfe um sich bewusst zu machen, welche Fragen zu stellen sind, wo man anfangen sollte, etc. (Schmidt/ Finnigan 1993: 95; Joiner 1994: 44-52).[22]

Dieser Prozess ist als „kontinuierlich" zu verstehen. Er muss regelmäßig durchgeführt werden, so dass die gewonnen Erkenntnisse aus der Überwachung gleich in die Identifikation und Beurteilung mit einfließen können. Das führt zu einem „geschlossenen" Regelkreis des Managementansatzes und soll „zu einer Optimierung der Risikosituation des Unternehmens führen" (Burger/ Buchhart 2002: 31). Normalerweise ist dieser Prozess nur in eine Richtung gedacht – die der progressiven Risikohandhabung. Es bleibt spekulativ, ob Gausmann (2007) bewusst oder unbewusst seine Pfeile in mehr als eine Richtung zeigen lässt. So beschreibt er, dass mit der Phase der Überwachung der Kreis sich schließt und der Prozess „für die Zukunft stabilisiert wird". Die Präventionsmaßnahmen sollen kontinuierlich auf deren Wirksamkeit überprüft werden (Gausmann 2007: 203). Grundsätzlich fehlt die Einsicht, dass nicht nur die Instrumente, sondern der Prozess selbst fortwährend kritisch überdacht werden muss. Der Prozess des Risikomanagements selbst muss optimiert werden. So ist der Ablauf nicht nur phasenweise zu überwachen, sondern insbesondere an veränderte Unternehmensgegebenheiten zu adaptieren (Burger/ Buchhart 2002: 31). Dies drückt die notwendige Reflexivität aus, mit der im Sinne der „Risikogesellschaft" das „Risikobewusstsein" geschärft wird und Risiken überhaupt erst kollektiv sichtbar werden (Beck 2007: 27-28). Die „Reflexivität der Ungewissheit" macht das Risiko zu einer „Reflektionsfigur", durch die Nutzen und Schaden abgewägt werden können und die Zukunft gegenwärtig entscheidbar werden lässt (Beck 2007: 40, 47). Das Risiko als Reflektionsfigur – als Leitgedanke – kommt bei der Einordnung in den strategischen Gesamtkontext nach Burger/ Buchhart (2002) zur Geltung:

[22] Der Prozess wird auch *Plan-Do-Study-Act* genannt, um die Bedeutsamkeit der „Reflexivität" hervorzuheben. Genauer geht es um die Hervorhebung, dass in dieser Phase neues Wissen erzeugt werden soll; es geht um die Zusammenfassung dessen, was man gelernt hat – also die Vorbereitung weitere Handlungsmöglichkeiten zu identifizieren (Langley et al. 1996: 6-11; Berwick 1996: 619-622).

Abbildung 10. Risikomanagement im strategischem Gesamtkontext

Quelle: Burger/ Buchhart (2002: 30). Verändert übernommen.

Man kann erkennen, dass die grundsätzliche *Risikopolitik* eines Unternehmens auf den gesamten Prozess des Risikomanagements einwirkt. Daher ist die *Risikopolitik* auch immanent Teil der Unternehmensstrategie (Burger/ Buchhart 2002: 27). Im Vergleich zum *Organizational Accident* Modell nach Reason (1997) werden auch hier die grundsätzlichen Entscheidungen des Managements langfristige Auswirkungen auf die Gestaltbarkeit von Risiken und deren Auftreten haben, auch wenn diese überwiegt latent wirken (Reason 1997: 17). Die *Risikostrategie* ist die Voraussetzung für den Umgang mit Risiken im operativen Bereich und wirkt damit auf die Steuerung ein. Die *Risikoziele* sind die Vorstellungen, die man erreichen möchte, meistens eine „vollständige und systematische Erfassung", eine „permanente Analyse und Steuerung", sowie eine „systemimmanente Kontrolle" (Burger/ Buchhart 2002: 28-29).

Risikomanagement ist „weniger eine auf wissenschaftlichen Theorien basierende Steuerungsmethode, sondern vielmehr praktisches Handwerkszeug zur Gestaltung der Arbeitsprozesse" – aufgrund der vielfältigen Zwänge die Instrumente anzupassen und lokal zu adaptieren. Daher ist auch das Erfahrungswissen bei der Ausgestaltung wichtig (Gausmann 2007: 201). Die Erfassung und Analyse von Risiken, Fehlern und Zwischenfällen mit *Critical Incident Reporting* Systemen ist ein wertvolles Werkzeug für die Steigerung der Patientensicherheit (Hofinger 2009: 604). Mit diesem Instrument können Beinahe-Zwischenfälle strukturiert, anonymisiert, ausgewertet und später kommuniziert werden, um möglichen Risiken frühzeitig zu erkennen und auszuschließen, bevor sie zu schlimmeren Folgen führen (Hennke 2009: 154). Es geht dabei immer um die Charakterisierung von Risiken im alltäglichen Verständnis der

Mitarbeiter und einer gezielten Auswertung und Analyse, so dass ein Verständnis für den Umgang – also das Management von Risiken – erzeugt werden kann (Dixon-Woods et al. 2009: 362). Risikomanagement als „interaktives Element“ zu sehen macht deutlich, wie wichtig die Darstellung des Risikomanagements im Einzelnen ist; wie Instrumente funktionieren, welche Schwächen sie haben, worauf zu achten ist, welche Sicht auf Risiken schon impliziert wird und was man erwarten kann. Dem Management der Risiken und Fehler folgend wird deutlich, wie sehr dieser abstrakte Prozess bei seiner Anwendung eine sprachliche Form annimmt, in der Sozialkompetenz und Erfahrung notwendig werden (Gausmann 2007: 204), wie subjektiv die Wahrnehmung und Auswertung von Risiken sind (Dixon-Woods et al. 2009) und dass auch die Anwendung von CIR und Root-Cause Analysen in rein funktionaler Hinsicht nicht unproblematisch sind (Iedema et al. 2006a, 2006b, 2008). Zunächst wird die Identifikationsphase besprochen.

4.1. Die Erfassung von Risiken

Zu Anfang des Risikomanagements steht die Erfassung und Identifikation der Risiken. Bevor man potenziellen Risiken systematisch entgegengewirkt werden kann, ist eine generelle Bestandsaufnahme notwendig, welche die Grundlage für einen wirksamen Umgang mit den Risiken bildet (Middendorf 2007b: 215). In der Phase der Erfassung sollen „alle relevanten Risiken im Zusammenhang mit der Unternehmenstätigkeit erhoben“, sowie auch alle potenziellen Risiken identifiziert werden (Burger/ Buchhart 2002: 31). Risikoerkennung ist die vollständige Erfassung aller bestehenden Risiken, die laufende Erfassung neu hinzukommender Risiken, die Prognose zukünftiger Risiken und vor allem die Mitarbeit aller Beteiligten an diesen Prozess (Holzer 2005: 36). In diesem Zuge muss die Beschränktheit der Instrumente erwähnt werden, wodurch die Identifikationsphase weniger als Zeichnung einer Gesamtheit verstanden werden muss, sondern als vorübergehende Sammlung von Möglichkeiten, die niemals vollkommen sein kann. Die Risikoidentifikation als „permanent, rechtzeitig, schnell, vollständig und wirtschaftlich“ zu betrachten (Burger/ Buchhart 2002: 32) muss daher als idealistisch/positivistisch, wenn nicht gar als illusorisch aufgefasst werden.

Es verschiedene Arten der Identifikation: Erfahrungsmethoden, analytische Methoden, sowie quantitative und qualitative Ansätze (Middendorf 2007b: 215-216). Diese

Klassifizierung ermöglicht die Aufstellung einer Tabelle und darüber hinaus die Veranschaulichung der Instrumente/Herangehensweisen (nach eigener Interpretation).

Methodik	*Erfahrungsbasiert (regressiv)*	*Analytisch (progressiv)*
Quantitativ	Messungen	Prognosen
Qualitativ	Erlebnisberichte und Erzählungen	Erwartungen

Abbildung 11. Klassifizierung der Identifikationsmethoden

Quelle: Middendorf (2007b: 215-216). Eigene Darstellung.

Die *Erfahrungsmethoden* basieren auf den schon eingetretenen Risiken, den Schadensfällen. Weil sie sich auf einen schon erlebten Sachverhalt beziehen, werden sie als regressiv bezeichnet (als Rückgriff auf bestehende Ereignisse). Hiernach sollen nähere Informationen über die Umstände und den Vorgang eines (kritischen) Ereignisses geliefert werden, damit ähnliche Situationen später vermieden werden können. Die *analytischen Methoden* dienen der Erfassung von Gefahren und Risiken in dem Stadium, indem sie noch nicht eingetreten und damit noch beeinflussbar sind. *Quantitative Ansätze* versuchen mit der Sammlung von Daten und deren Analyse die Risiken abzuleiten. Daher arbeiten sie deduktiv. *Qualitative Ansätze* streben an, mittels subjektiver, erfahrungsbezogener Einschätzungen in systematischer (oder „freier“) Form die Risikolage darzustellen (Middendorf 2007b: 215-216).

Bei der Risikoidentifikation wird meist eine Art „Gegenstromverfahren“ angewandt. Dies bedeutet, dass „top down“ ein Analyseraster vorgegeben wird, mit dem „bottom up“ Einzelrisiken erfasst werden können. Zuerst steht eine strategische (grundsätzliche) Entscheidung, die dann operativ ausgefüllt wird (Burger/ Buchhart 2002: 33). Doch so klar die Übersicht auch scheinen mag, sind viele Methoden nicht immer eindeutig der einen oder anderen Kategorie zuzuordnen (Middendorf 2007b: 216).

4.1.1. Informationsquellen

Risiken, die nicht erkannt werden, können auch nicht beeinflusst werden (Holzer 2005: 36). Für die Identifikation von Risiken kann eine Reihe von Informationsquellen dienen. Nach Middendorf (2007b: 216-220) sind folgende fünf Quellen maßgeblich für einen umfassenden Überblick über die aktuelle Risikosituation eines Krankenhauses:

1. *Analyse von internen Dokumenten und Informationssystemen:* Er verweist auf die generellen Dokumentations- und Abrechnungszwecke bzw. Vorschriften zur externen Qualitätssicherung (die Übermittlung an Krankenkassen nach §301 SGB V; die externe Qualitätssicherung nach §135a II, §137 I 1 SGB V). Auch Patientenakten, Behandlungsfälle mit hoher Verweildauer, seltene Eingriffsarten oder Patientenbeschwerden sind eine Quelle umfangreicher Informationen.
2. *Befragung von Mitarbeitern und Kunden:* Beide Gruppen können Erfahrungen schildern und stellen eine „wichtige Informationsbasis zur Identifikation von Risiken dar". Allerdings sind Mitarbeiter oft auch die Ursache von potenziellen Risiken. Patienten erleben zwar den Prozess der Behandlung, können die Ergebnisqualität jedoch nicht beurteilen. Beide Gruppen sind demnach äußerst wichtig, aber hochgradig subjektiv in ihren Beschreibungen und Beurteilungen.
3. *Prozessanalysen:* Hierunter soll versucht werden, „durch die Orientierung an den tatsächlichen zeitlichen logischen Abläufen" Transparenz für alle Beteiligten zu schaffen (Ziegenbein 2001: 125 nach Middendorf 2007b: 218). Ebenso kann jeder einzelne Schritt des Prozesses auf Auswirkungen bezüglich der gesamten Behandlung und der damit verbundenen Risiken betrachtet werden (Middendorf 2007b: 218). Diese Sicht ist idealistisch. Kausalität und werden Prozessorientierung vermengt, ohne auf die inhärente Problematik der Methodik und der sozialen Wirklichkeit einzugehen (Stacey 2007).
4. *Analyse von Zwischenfällen und Near Misses (Beinahezwischenfällen):* Es können bereits eingetretene Zwischenfälle ausgewertet werden – gerade Daten, z.B. die für Gerichtsprozesse zusammengestellt wurden, sind aufschlussreich. Diese großen Zwischenfälle treten „eher selten" auf, es gibt Sanktionsängste, Widerstände, etc. (ein Klima der Null-Fehler-Toleranz), so dass die Auswertung derartiger Ereignisse eher schwierig ist. Die Notwendigkeit aus Zwischenfällen zu lernen, wird hervorgehoben (Kohn et al. 2000). Die großen Zwischenfälle haben vielfältige „Gründe", so dass gerade auch das Lernen aus kleineren Fehlern (Near Misses) und Beinahezwischenfällen notwendig ist, um die großen zu verhindern (Edmondson 2004; MacIntosh-Murray/ Choo 2006). Bei den Near Misses sind meistens keine schweren negativen Auswirkungen zu verzeichnen, so dass auch die Bereitschaft zur Mitarbeit vorhanden ist. Near Misses sind schon aufgrund ihrer Häufigkeit eine gute Quelle für Untersuchungen, Analysen und Gespräche und können erheblich zur Identifikation von Risiken beitragen.

5. *Externe Daten und Experten:* Hierzu zählen insbesondere Fachleute bei Versicherungsgesellschaften, Beratungsfirmen, aber sicherlich auch Verbände und andere Interessenvertretungen. Bei großen Ereignissen mit geringer Eintrittswahrscheinlichkeit können Experten helfen. Krankenhausinterne Analysen können bei häufig auftretenden Ereignissen mit kleiner Tragweite helfen. Grundsätzlich wird eine Organisation nicht nur daran gemessen, wie sie mit Großereignissen klarkommt, sondern auch wie sie aus den kleinen, alltäglichen Problemen inkrementell lernen kann (Edmondson 2004: ii3).

Die Identifikation ist der erste Schritt. Die erfolgreiche Auswertung und Verwendung der gesammelten Informationen ist der nächste Schritt. Gerade der Umgang mit Informationen hat einen großen Einfluss auf die Risikovermeidung und -Reduktion in Organisationen (MacIntosh-Murray/ Choo 2006: 357). Die Erkennung von Fehlern und Risiken, sowie das entsprechende Handeln (nicht immer unproblematisch) kann jedoch durch Informationsbarrieren verhindert werden (Choo 2008), so dass Krankenhäuser Probleme haben, aus ihren Fehlern zu lernen (Tucker/ Edmondson 2003). Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass Irren menschlich ist und es im menschlichen Handeln keine fehlerfreie Performance gibt (Parker/ Lawton 2003: 209-210) gewinnt die Handlungsausrichtung von HROs durch „Aufmerksamkeit gegenüber Fehlern/ Versagen“ (*preoccupation with failure*) an Bedeutung, weil Fehler berichtet werden und kritische Zwischenfälle ausgewertet werden können (Weick/ Sutcliffe 2007: 9). Zwischenfälle und Beinahezwischenfälle in komplexen, hoch-technischen Systemen, aber auch in Organisationen mit einer komplexen Sozialstruktur und hochgradiger kommunikativer Interdependenz – wie in Krankenhäusern –, sind häufig das Ergebnis des Zusammentreffens unvorhersehbarer Umstände. Kein Individuum hat Zugang zu allen Informationen, so dass Schuldzuweisung unfair und nicht hilfreich ist (Parker/ Lawton 2003: 214). Die Zuweisung von Schuld hängt mit der Frage der Kausalität zusammen. Doch gerade diese ist bedeutsam mit der Informationsvollkommenheit und menschlicher Rationalität verbunden (Stacey 2007: 243-245). Simon, March, Cohen, Olsen und Weick haben das Fundament für die Vielfalt an Rationalitäten gelegt, die nach dem Konzept des Postmodernismus existieren (Clegg et al. 2005a: 60). „Das da Draußen“ (die *objektive Wirklichkeit*) wird durch unsere diskursive Konzeption erzeugt und diese Konzeptionen werden ständig erhalten und im Zuge der Sinnerzeugung neu verhandelt (Parker 1992b: 3 nach Clegg et al. 2005a: 60). Postmoderne Epistemologie

erklärt, dass die Welt durch unsere geteilte Sprache konstituiert wird und dass wir die Welt nur durch die bestimmten Diskurse erfahren können, die unsere Sprache erzeugt (Hassard 1993: 3). Individuen sind von Grund auf soziale Akteure, ihr Handeln ist immer in einen sozialen Kontext eingebunden. Denken und Taten werden in sozialen Praktiken fortwährend geformt, individuelles Bewusstsein und Selbstbewusstsein aus den sozialen Beziehungen hervorgebracht, aber gleichzeitig von ihnen geformt (*transformative Kausalität*) (Stacey 2007: 246). Chia (2000) reflektierend, zeigt sich gerade im Kontext *dieser Kausalität*, dass die Auswertung von Zwischenfällen immer auch eine „Konstruktion der Fehlerwirklichkeit" ist, dass im „Fehlerdiskurs", der Auswertung und der Reflektion von Beinahezwischenfällen, das schwer Greifbare, das Undeutliche, das Entrückte, das Nicht-Nachvollzogene in eine Form der Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit überführt wird. Der (Fehler-)Diskurs organisiert die soziale Wirklichkeit, denn gerade die Tendenz den Einzelnen, den Verantwortlichen, den Fehlerhaften, den Schuldigen als extern oder frei von organisationalen Kräften zu sehen, verdrängt und übersieht die ontologische Rolle von Organisationshandlungen. Erst eine *soziale Theorie des Organisierens* kann dies beschreiben (Chia 2000: 517). Selbst wenn die Organisationskultur ein wichtiger Rahmen für die Bereitschaft zur Auswertung ist (Parker/ Lawton 2003: 214-217), braucht gerade die Konstruktion der Fehlerwirklichkeit Informationen und Daten. Es ist nicht nur irgendein sozialer Prozess, sondern ein Prozess im sozialen Kontext des Krankenhauses, indem versucht wird die Risiken auszuloten, aus ihnen zu lernen. Dies unterstreicht die Bedeutung der Erfassungsphase für das Risikomanagement (Burger/ Buchhart 2002: 43). Nicht erkannte Risiken können nur bedingt beeinflusst werden (Holzer 2005: 36). „Die Erfassungsphase ist somit entscheidend für die Qualität des Risiko-Management-Prozesses" (Burger/ Buchhart 2002: 44). Daher werden im Folgenden einige Methoden zur Identifikation von Risiken vorgestellt, die auch im Krankenhausbereich eingesetzt werden können.

4.1.2. Methoden und Instrumente zur Identifikation

Aufbauend auf dem Überblick von Middendorf (2007b) und von Eiff (2007c) werden einige Methoden dargestellt, mit denen Risiken identifiziert werden können. So stehen dem Krankenhausmanagement und den Beteiligten Personen diverse Methoden und Techniken einer gezielten Risikovermeidung (-Erkennung) zur Verfügung, die an

andere sicherheitsgeprägte Industrien angelehnt sind (von Eiff 2007c: 183). Aufgrund der Vielzahl an Instrumenten, sollen hier die bedeutendsten skizziert werden, um den generellen Ansatz verständlicher zu machen. Nun werden die Grundzüge des Critical Incident Reporting vorgestellt.

4.1.2.1. Critical Incident Reporting

Aus den Erfahrungen im 2. Weltkrieg entwickelten Psychologen eine Untersuchungsmethode, um die unterschiedlichen Trainingserfolge und Handlungsweisen von Piloten zu untersuchen (Flanagan 1954 nach Iedema et al. 2006a: 135). Diese Studien führten zu Vorschlägen und Hinweisen, wie das Design von Instrumenten oder das Verhalten in bestimmten Situationen angepasst werden könnte, um Zwischenfälle und Unfälle zu vermeiden. Der Fokus auf kritische Ereignisse erlaubte den Forschern die Unterschiede von Handlungen herauszuarbeiten, die einmal zu Erfolg und andere Male zu Misserfolg führten. Sie konnten daraufhin Handlungsempfehlungen ableiten und die Praktiken verbessern (Iedema et al. 2006a: 135). Der Grundgedanke von CIR ist das Lernen aus eigenen und fremden Fehlern bzw. Umständen, um zukünftig Schäden und Zwischenfälle zu vermeiden (Hennke 2009: 154). Das gegenwärtige Interesse an CIR und deren Systemen besteht aufgrund der Initiativen im Gesundheitswesen klinische Prozesse und die tägliche Arbeit auch in Hinblick auf kritische Ereignisse zu verbessern. Diese zeigen auf, wie Krankenhäuser in Richtung einer besseren Behandlungsqualität und –Sicherheit „gesteuert“ werden sollten (Iedema et al. 2006a: 135). Dazu zählen insbesondere Studien wie die US Harvard Medical Practice Study (Brennan et al. 1991), die Quality in Australia Healthcare Study (Wilson et al. 1995), die Patient Safety Research Study in Australia (Hindle et al. 2005), Patientensicherheit (Holzer et al. 2005) und viele weitere (Iedema et al. 2006a: 135).

Unter Critical Incident Reporting im Krankenhaus begreift man „das systembezogene Erfassen von kritischen Ereignissen (*critical incidents*) mit dem Ziel einer systematischen Aufarbeitung und zukünftigen Vermeidung von Fehlern, Fehlerquellen“ und Risiken (von Heusinger/ Schenkel-Häger 2007: 113). Beinahefehler sind wichtige Frühwarnindikatoren, mit deren Hilfe schwerwiegende Zwischenfälle im Voraus reduziert bzw. vermeidbar werden (Hennke 2009: 154; Edmonson 2004). Ärzte und Pflegepersonal sollen Beinahefehler (*near misses*) oder eingetretene Schäden (*adverse events*) durch ein zentrales System zusammentragen, um mithilfe dieser Erfahrungen

einen Risikobericht aufstellen zu können und mit Schulungen die individuellen Risiken zu reduzieren (von Heusinger/ Schenkel-Häger 2007: 113-114).

Im Folgenden wird ein kritisches Ereignis („Neu in der Notaufnahme“) dargestellt, wie es nach Hohenstein (2011)[23] in der täglichen Praxis vorkommt:

> „Patient wird ACS von NAW (RTW mit Arztbegleitung des ärztlichen Notdienstes) eingeliefert (V.a.NSTEMI)
> Unmittelbar nach Umlagerung ins Bett und Monitoring mit klinikeigenem LP 20 Kammerflimmern.
> Defibrilation erfolglos > Einleitung der Basisreanimation.
> Es steht kein REA Brett zur Verfügung!
> Ich bin erst seit 3 Monaten in der Klinik und hatte noch keine REA in der Notaufnahme - hatte mir aber darüber noch keine Gedanken gemacht. Patient wurde schließlich (am Boden) erfolgreich reanimiert (über 30 Minuten) und hat das Ereignis gut überlebt.
>
> Kommentar: Hätte man ein einziges Mal in der Notaufnahme dieses ja nicht untypische Ereignis trainiert, so wäre schnell aufgefallen, dass kein Reanimationsbrett zur Verfügung steht.
> Wer neu in einer Notaufnahme arbeitet, sollte je nach Ausbildungsstand (Arzt, Pflege, Student, Zivi) einen entsprechenden Kurs in Reanimation belegt haben - ACLS/ALS bis hin zu BLS. Damit man sich eben doch einmal darüber Gedanken macht, was man zu tun hat.“ (Hohenstein 2011, auf *http://www.cirs-notfallmedizin.de/klinik/Neu_in_der_Notaufnahme_1620.html*)

Im Krankenhausalltag gibt es dazu normalerweise Softwareanwendungen und eine entsprechende Maske, mit denen versucht wird, eine Vergleichbarkeit der Meldungen zu gewährleisten. Diese Art freiwilliger Berichtssysteme ist besonders hilfreich, um Fehler und kritische Zwischenfälle zu identifizieren, die nicht so häufig vorkommen (Kohn et al. 2000: 87). Doch wie das Beispiel zeigt, finden sich auch alltägliche Schwierigkeiten in den Meldungen, die eben „alltäglich“ – fast banal – erscheinen, die einerseits gerade für die Betroffenen und Involvierten bedeutsam sind, aber andererseits auch große Auswirkungen haben können, also auch für den gesamten Behandlungskontext (die Organisation) bedeutsam sind. So wird deutlich, dass auch in dem obigen Beispiel der Kommentar („Hätte man dieses nicht untypische Ereignis einfach mal trainiert“) zeigt, wie die vorherrschende Fehlerkultur auch Teil der gesellschaftlichen Gegenwartskultur im Umgang mit Fehlern ist, in der „personifiziert“ wird, „externalisiert“ wird (Dinges 2005: 77), aber auch die Perspektive des externen Beobachters schnell ergriffen wird („man hätte das doch machen müssen“!). Nur ist als

[23] Seit Mitte 2009 betreibt Dr. Christian Hohenstein die Internetpräsenz CIRS-Notfallmedizin und stellt dort das Critical Incident Reporting System als Risikomanagement in der klinischen Notfallmedizin dar. Hier werden anonymisierte Fallbeispiele vorgestellt. Seit November 2010 werden auch „Fälle des Monats“ veröffentlicht (siehe *www.cirs-notfallmedizin.de/klinik*).

Beteiligter der Institution eben diese Perspektive nicht erlangbar (Stacey 2000, 2003, 2007). Dass das CIR durch die anonyme und systematische Erfassung von Risiken und Vorfällen dazu beiträgt, die Probleme langfristig aufzuarbeiten oder gar an einer „Risikokultur“ zu arbeiten zeigt, dass es als wichtiges Element eines Risikomanagements und auch einer „Sicherheits- und Lernkultur“ gesehen wird (Kaufmann et al. 2005: 155). Gute Reporting Systeme sind ein Instrument der Sammlung von genügenden Informationen über Fehler von verschiedenen Seiten, so dass möglicherweise ein umfassendes Bild aus vielen kleineren Eindrücken erzeugt wird; Faktoren treten zutage, aus denen sich Risiken zusammensetzen (Kohn et al. 2000: 98). So mag sich zwar ein Großteil der Zwischenfälle in Kliniken auf der Patientenversorgungsebene manifestieren, aber nicht auf „fachlichen Defiziten, sondern auf allgemeinen Ursachen“ basieren (Paula 2007: 9). Daher gibt es auch keine „unwichtigen“ Mitteilungen, da auch diese (siehe obiges Beispiel) deutlich machen können, dass etwas mit organisatorischen Abläufen, Handlungen und Vorgaben nicht stimmt, dass gerade dort Ansatzpunkte für Verbesserungen und Lernen existieren – auch wenn sie sich nicht auf der Organisationsebene manifestieren.

Das CIR ist vor allem ein wichtiges Instrument der Erfassungsphase und damit ein wichtiger Teil der bisherigen Ansätze für Risikomanagement im Krankenhaus. Daher soll es später noch etwas eingehender unter Lupe genommen werden. Im Folgenden wird die Root Cause Analyse vorgestellt.

4.1.2.2. Root Cause Analyse

Während das CIR die möglichen Risiken zusammenträgt, wirkt die Root Cause Analyse (RCA) ergänzend zu ihr, weil sie versucht, den wahren Grund des Problems zu ergründen. Sie ist eine klassische Erfahrungsmethode der Risikoanalyse, welche direkt an dem Zwischenfall ansetzt (Middendorf 2007b: 220-221). Nach der zugrunde liegenden Tatsache zu schauen bedeutet, nicht gleich bei den ersten Ergebnissen zufrieden zu sein, sich nicht mit vereinfachenden Antworten zufrieden zu geben, sondern zu suchen, bis das *Warum* beantwortet werden kann (Schmidt/ Finnigan 1993: 93). Gerade rückblickend sehen die Umstände weniger chaotisch, geordneter und verständlicher aus, als das im Fall des sich Zutragens war. Die Vergangenheit wird meist übersimplifiziert und die Kausalität erscheint unproblematisch. Wir denken in Sequenzen. Wir nehmen Linearität an. Wir vereinfachen Abhängigkeiten (Dekker 2006:

24-25). Meist gibt es mehrere Gründe die für einen kritischen Zwischenfall oder Beinahe-Zwischenfall ursächlich sind. Die organisatorischen Rahmenbedingungen fließen immer in die Taten am scharfen Ende ein. Die Unternehmenskultur, die Organisation, die Arbeitsbedingungen tragen viel zu der Entstehung von Vorfällen bei (Middendorf 2007b: 220-221). Je tiefer man daher gräbt, desto mehr wird man verstehen, warum Menschen unter den gegebenen Umständen und Aufgaben so gehandelt haben und nicht anders (Dekker 2006: 75).

Die *Root Cause* ist der Faktor, durch dessen Beseitigung oder Veränderung die Wiederholung eines Zwischenfalls oder ähnlicher Risiken verhindert wird (Middendorf 2007b: 221). Die *RCA* ist ein Prozess, indem eine Vielzahl von Effekten und Ursachen ausgeschlossen wird, um zu dem Kern des Problems vorzudringen (Schmidt/ Finnigan 1993: 167). Dieser Problemlösungsprozess wird durch einen Zwischenfall angestoßen – aufgedeckt durch ein Berichtssystem wie das CIRS – und hat das Ziel die wirkliche Ursache zu erkennen, damit diese beseitigt werden kann (Middendorf 2007b: 221). Doch das Problem, die wirkliche Ursache zu finden, ist vor allem eine Frage dessen was man sieht, wonach man schaut. Die eigentliche Ursache, die alles erklärt, ist eine Konstruktion der Wahrnehmung. Der *Grund* ist etwas, was man konstruiert. Man kann überall Gründe finden, so dass es sinnvoll ist, lieber von *Erklärungen* zu sprechen. Die „wirkliche Erklärung“ ist, dass alle Faktoren zusammen getroffen sind (Dekker 2006: 76-78). Dieser Gedanke wird zu einem späteren Zeitpunkt weiter vertieft.

Doch wie genau wendet man jetzt die RCA an? Ein Beispiel ist die 5-W-Analyse Technik. Es werden 5 Warum Fragen gestellt, um dem „wahren“ Grund auf die Spur zu kommen. Ein Beispiel nach Paula (2007):

Geräteausfall	
1. Warum?	Akku leer
2. Warum?	Ladekabel defekt
3. Warum?	Kabelenden abgenickt
4. Warum?	Kabel falsch verlegt
5. Warum?	Montage durch Laien!
Warum?	...

Abbildung 12. Beispiel einer 5-W-Analyse

Quelle: Paula (2007: 79). Veränderte Darstellung.

Von Eiff (2007c) beschreibt eine beispielhafte Anwendung der Methode aus der Kerckhoff-Klinik (Bad Nauheim), bei der ein Zwischenfall ausgewertet wurde, bei dem es zu einer Zeitverzögerung bei der Vorbereitung von Patienten für eine Operation am offenen Herzen kam. Hier stellte sich heraus, dass ein in OP-Saal auftretendes Problem in einem anderen Organisationsbereich (Einkauf) verursacht wurde:

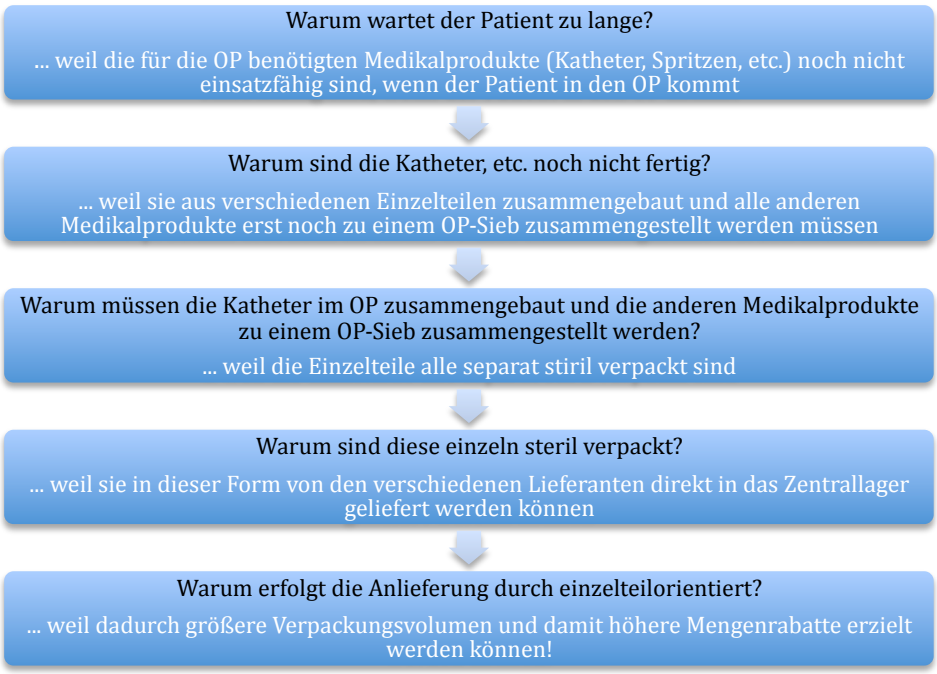

Abbildung 13. Anwendung 5-W-Analyse für OP-Wartezeiten

Quelle: Von Eiff (2007c: 194). Verändert übernommen.

Kritische Fragen die hier aufgeworfen werden können wären folgende: Binden größere Mengen mehr Kapital im Lager? Produzieren Einzelverpackungen mehr Müll? Entstehen zusätzliche Personalkosten für die Herrichtung der Medikalprodukte? Welche weiteren Nachteile sind mit dieser Organisation verbunden? (von Eiff 2007c: 194). Das Stellen dieser Fragen kann für die Untersuchenden so frustrierend sein, dass wenn sie eine „wahrscheinliche Ursache" präsentieren sollen, sie am Ende einfach das letzte technische Ereignis nehmen, welches im Falle eines Nicht-Eintritts den Zwischenfall nicht erzeugt hat. Daher sagt die Identifikation einer „Ursache" mehr über den/die Untersuchenden aus, als über den Zwischenfall (Dekker 2006: 79-80). So erkannten im obigen Beispiel die Untersuchenden der Kerckhoff-Klinik die „wahre Ursache" für die Verzögerungen in der OP-Vorbereitung in der preisfixierten Beschaffungspolitik des Einkaufs; das „sichtbare Problem" der einzeln verpackten Produkte war die

zeitaufwendige Einsatzvorbereitung (von Eiff 2007c: 195). Dies macht auch deutlich, dass es weniger um Schuldzuweisung bei dieser Methode geht, als darum die Hintergründe aufzudecken, wie das aktuelle Ereignis mit hintergründigen Systemfehlern verbunden ist (Shinn 2000: 24 nach Middendorf 2007b: 221).

Um die Analyse ausweiten, kann man das Ursache-Wirkungs-Diagramm nach Ishikawa benutzen. Dies ist eine graphische Darstellung von Einflüssen und möglichen Ursachen, die in einer Auswertung gefunden werden und von denen man ausgeht, dass sie zu einem Ergebnis führen bzw. dazu beigetragen haben (könnten) (Middendorf 2007b: 227). Für jeden Effekt gibt es eine Reihe wahrscheinlicher Hauptursachen bzw. Kategorien – häufig fallen darunter Maschinen, Menschen, Methoden, Material. Diese Hauptursachen werden durch kleinere Nebensächlichkeiten unterstützt (Schmidt/ Finnigan 1993: 154). Mit diesen Verästelungen ergibt sich folgende Darstellung:

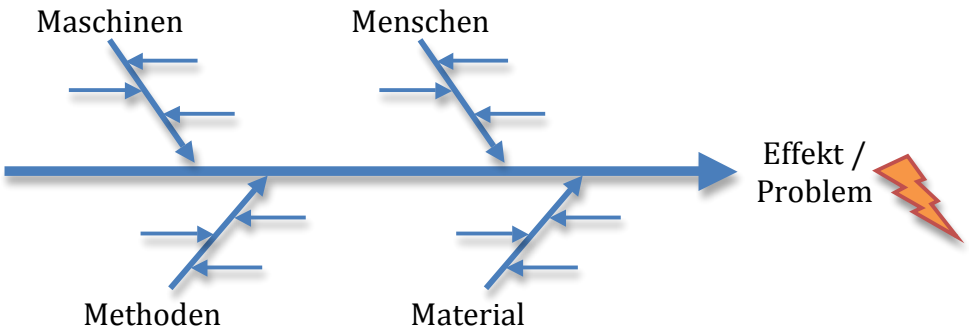

Abbildung 14. Ursache-Wirkungs-Diagramm (Ishikawa)

Quelle: Schmidt/ Finnigan (1993: 154). Übersetzt übernommen.

Es geht vor allem darum, die Ursache abzustellen und weniger darum, einfach nur die Symptome aufzulisten. Zuerst soll man das Problem beschreiben und darüber Einigkeit erzeugen, was genau am Ende der Wirkungskette steht. Danach sollen die Ursachen/ Gründe durch Brainstorming oder Checklisten abgearbeitet und in das Ursache-Wirkungs-Diagramm eingetragen werden. Hieraus treten Faktoren zutage, die häufiger vorkommen und aus ihnen kann letztlich die grundlegende(n) Ursache(n) abgeleitet werden (Schmidt/ Finnigan 1993: 154-155). Das Ishikawa-Diagramm kann damit retrospektiv und prospektiv eingesetzt werden; wenn entweder das Problem schon aufgetreten ist oder man nur nach möglichen Zusammenhängen suchen möchte, die vielleicht in Zukunft Schwierigkeiten erzeugen könnten (Middendorf 2007b: 228). So entfaltet Risikomanagement und dessen Analysen erst dann eine qualitätsverbessernde bzw. risikoreduzierende Wirkung, wenn es nicht nur zur Reparatur eingesetzt wird,

sondern gerade vorausschauend, damit Risiken und Fehler verhindert werden (von Eiff 2007c: 199).

Ein weiteres Beispiel nach Middendorf (2007b: 221-222) lautet wie folgt:

> „Einem Patienten wurde versehentlich eine zu hohe Dosis eines Medikamentes verabreicht. Der aktive Auslöser war der Fehler eines Mitarbeiters, der übersehen hatte, dass die verwendete Perfusorpumpe eine inkorrekte Spritzengröße anzeigte (20ml Spitze anstatt 50ml), so dass ein falscher Druck auf dem Spritzenkolben ausgeübt wurde.
> Um ein erneutes Auftreten für die Zukunft zu vermeiden, reicht es jedoch nicht aus, vom Mitarbeiter nur mehr Aufmerksamkeit zu verlangen. Es muss vielmehr geklärt werden, warum die Spritze vom Gerät nicht richtig erkannt wurde.
> Die Untersuchung zeigte, dass hierzu mehrere Faktoren beigetragen haben. Die Geräte wurden so gelagert, dass sie anfällig für Beschädigungen waren. Darüber hinaus wurde das Gerät vor dem Einsatz nicht überprüft, so dass die fehlerhafte Funktion nicht bemerkt wurde. Erst durch diese Vorläufer konnte die Unaufmerksamkeit des Mitarbeiters zu einer Gefahr für den Patienten werden."

Doch letztlich ist die Ursache nichts, was man einfach findet, solange man einfach nur intensiv genug sucht, sondern sie wird konstruiert. Welche Hinweise man findet, welchen man nachgeht, wo man schaut, hängt auch damit zusammen, mit wem man redet, was man schon gesehen hat oder auch für wen man arbeitet (Dekker 2006: 76-77). Hier wird deutlich, dass auch die Beziehungen dazu beitragen, wie Risiken wahrgenommen werden. Die Beziehungen erzeugen Machtbeziehungen und Diskurse. Die Diskurse bedingen, was untersucht werden kann, wonach man schaut, worüber man sprechen darf. Diese Interaktionen sind immer kommunikatives Handeln. Hieraus entsteht Bedeutung (Stacey 2007: 433). Immer wenn wir uns unterhalten, nehmen wir an dem Prozess der Konstruktion einer bestimmten sozialen Wirklichkeit teil (Tieze et al. 2003: 11). Was der eigentliche Grund für einen Fehler, für das Eintreten eines Risikos war, entsteht aus der sozialen Wahrnehmung, die sich mit ihrem Kontext ändert. Die Beteiligten erzeugen kontinuierlich die Organisation (und was aus ihr heraus zu dem Zwischenfall geführt hat) und konstruieren damit auch Interpretationen über sich selbst und über andere. Warum haben die Beteiligten damals so gehandelt? Was ist vorgefallen? Daher gibt es auch sehr viele Beschreibungen einer Handlung, eines Problems, einer Organisation. Die Aufgabe von Forschung ist dann die Praktiken einzufassen und zu beschreiben (Czarniawska 2008: 7). Dies zeigt sich auch in der Aussage, dass die Root Cause Analyse weniger für die Zuordnung von Schuld, sondern für die Aufdeckung der Verbindungen zwischen Ereignissen und Zuständen sorgen soll

(Shinn 2000: 24 nach Middendorf 2007: 221) und dass es besser wäre, von Erklärungen zu sprechen, als von Gründen, Ursachen und Schuld (Dekker 2006: 78). Auf diese Problematik der RCA in der Umsetzung – im Praxishandeln – wird später noch einmal zurück gekommen, wenn die RCA dekonstruiert werden soll, indem die Disjunktion zwischen formellen Regeln und situativen Praktiken erläutert wird (Iedema et al. 2006b) und der Umfang und Einfluss der RCA-Empfehlungen kritisch dargestellt wird (Iedema et al. 2008).

Bei der RCA geht es „um die Aufdeckung von Strukturen und Verhaltensweisen, die systematisch das Risiko erhöhen“ (Middendorf 2007b: 223). Ebenso geht es um die Reflektion von Annahmen und ideologischen Standpunkten, welche die herrschenden (Macht-)Zustände fördern bzw. zu einer Veränderung derer beitragen können; es geht um Beschreibungen und Konversationen welche die alltäglichen Praxishandlungen durchdringen, die Erfahrung steuern, die Wahrnehmung beeinflussen (Stacey 2003: 359-360) und eine „Kultur des sicheren Handelns“ erst hervorbringen. Zunächst wird die Fehler-Möglichkeits- und Einfluss-Analyse vorgestellt.

4.1.2.3. Fehler-Möglichkeits- und Einfluss-Analyse (FMEA)

Die Fehler-Möglichkeits- und Einfluss-Analyse ist eine häufig benutzte Standard-methode im präventiven Qualitäts- und Risikomanagement (Hauke/ Holzer 2005: 158). Mit ihr sollen potenzielle Fehler in der Produktentwicklung, der organisatorischen Umsetzung einer neuen Dienstleistung, bei neuen Abläufen in der Organisation schon im Voraus erfasst und geeignete Kontrollen erdacht werden und zu einer frühzeitigen Erkennung von Fehlern und Risiken beitragen (von Eiff 2007c: 189). Es geht um eine frühzeitige Erkennung von potenziellen Fehlern im Prozessablauf, einer Klassifizierung der möglichen Fehler und Risiken, sowie einer Entwicklung von Gegenmaßnahmen noch bevor die Risiken überhaupt eintreten (Hauke/ Holzer 2005: 158).

Folgende Abbildung zeigt die Grundpunkte einer FMEA nach von Eiff (2007c):

Anwendungsschwerpunkte	Gegenstand	Ziel
•*Produkt-FMEA* wird bei Entwicklung einer neuen Arbeitstechnik oder Dienstleistung eingesetzt •*Prozess-FMEA* wird bei der organisatorischen Umstellung auf einen neuen Arbeitsablauf genutzt	•Identifikation von Arten & Fehlermöglichkeiten •Beurteilung & Priorisierung der möglichen Auswirkungen •Ermittlung der Gründe •Entwurf von Möglichkeiten der Fehlererkennung & deren Vermeidung	•Fehlermöglichkeiten und deren Auswirkungen antizipieren •Prozessfehler systematisch bekämpfen •Fehlerabbau & -Vermeidung

Abbildung 15. Grundpunkte einer FMEA

Quelle: von Eiff (2007c: 189-190). Eigene Darstellung.

Zusätzlich zur Produkt- und Prozess-FMEA gibt es die System-FMEA, bei der das Zusammenwirken von verschiedenen Komponenten noch stärker berücksichtigt wird, indem Schnittstellen betrachtet und Wechselwirkungen antizipiert werden sollen (Hauke/ Holzer 2005: 159). Das ist grundsätzlich gut, aber die Bewertungsbögen bleiben subjektiv, wenn es darum geht, einzelne Auswirkungen „einschätzen zu sollen“ oder ein „Ranking erstellen zu sollen“ (von Eiff 2007c: 191). Folgende Abbildung macht dies deutlich:

Gegenstand	Mögliches Versagen	Effekte	SEV	Mögliche Ursachen	OCC	Kontrollen	DET	RPN	Vorschläge
Preadmission Asessment	Confusion on Part of Team	Available Resources	2	Inaccurate data Missing data Misscommunication Unnecessary data	5 4 4 4	Informal „Gotcha“ „Victim“ Meeting	4	40	tbd
		Wrong treatment	4	Inaccurate data Missing data Misscommunication Unnecessary data	5 4 4 4	Reports Concerns Audits Surveys	4	80	tbd
		Missed Treatment	4	Inaccurate data Missing data Misscommunication Unnecessary data Incomplete task	5 4 4 4 5	Reports Concerns Audits Surveys	4	80	tbd

Abbildung 16. Anwendung FMEA am Beispiel einer Patientenaufnahme

Quelle: von Eiff (2007c), S. 191. Verkürzt übernommen und partiell übersetzt.

SEV (Severity Rating), OCC (Occurence Rating), DET (Detection Rating), RPN (Risk Priority Number)

Bei der Anwendung von FMEA sollte zunächst ein Team aus ca. fünf bis sechs Mitarbeitern mit verschiedenen Funktionen gebildet werden. Die Analyse kann anhand von Formblättern erfolgen oder mit entsprechender Software formalisierend unterstützt werden. Dabei kann die FMEA wie folgt aussehen (Hauke/ Holzer 2005: 160):

1. Beschreibung des Arbeitsprozesses
2. Mögliche Fehler identifizieren
3. Mögliche Folgen
4. Ursachen darstellen
5. Kontrollmaßnahmen erarbeiten
6. Häufigkeit (Fehler) – Skala 1-10
7. Bedeutung (Fehler) – Skala 1-10
8. Wahrscheinlichkeit der Entdeckung (Fehler) – Skala 1-10
9. Multiplikation von (6),(7) und (8) ergibt die Risikoprioritätszahl (RPZ), welche von 1 bis 1000 reichen kann
10. Maßnahmen zu Minimierung von Fehlern erarbeiten und analoge Bewertung zum Ist-Zustand

Abbildung 17. Möglicher Ablauf und Empfehlungen für FMEA-Anwendung

Quelle: Hauke/ Holzer (2005: 160-161).

Die Anwendung verlangt einen großen Arbeitsaufwand und fundierte Sachkenntnis, sowie Innovationsfähigkeit und Kreativität, aber die Vorteile sind zahlreich. Dazu zählen methodischer Zwang, Vergleichbarkeit, Verringerung von Kundenbeschwerden, Kostenreduktion, systematischer Erfassung und Dokumentation von Problemfeldern bis hin zu Vermeidung von Widerholungen (von Eiff 2007c: 190).

Die Auseinandersetzung mit möglichen Fehlern und eine strukturierte Herangehensweise, die für Vergleichbarkeit sorgt und alles dokumentiert ist grundsätzlich richtig. Problematisch bleiben aber dennoch die teilweise sehr subjektiven Bewertungen von Eintrittswahrscheinlichkeit, Bedeutsamkeit und Entdeckungswahrscheinlichkeit (Starbuck 2006: 30-31). Reflektiert man die inhärente Subjektivität, die Problematik der Erfassung einer dynamischen Komplexität, sowie die Probleme des vorrausschauenden Handelns in komplexen Situationen (Dörner 2004) und nutzt die Methode nicht als absolutes Instrument, sondern zum achtsamen Fehlerumgang und Risikoschulung, kann man von Eiff (2007c: 192) zustimmen, dass die FMEA ein wirksames Instrument zur vorbeugenden Qualitätsbindung und damit eine gute Ergänzung im Repertoire des präventiven Risikomanagements ist.

Wie deutlich wird, ist das Verfahren ein recht umfangreiches. Es werden zunächst mögliche Risiken identifiziert, Folgen bewertet, Häufigkeiten geschätzt und gleichzeitig Gegenmaßnahmen vorgeschlagen. In diesem Sinne weicht die FMEA als Instrument der reinen Risikoerkennung während der Identifikationsphase des Risikomanagements bedingt ab, weil es quasi den gesamten Risikomanagementprozess in sich vereint. Diese Vielseitigkeit ist bestechend, aber möglicherweise täuscht sie darüber hinweg, welche Schwierigkeiten in dem Instrument enthalten sind. Genau wie bei Root Cause Analysen

bedarf es viel Zeit und vor allem Verhandlungen, um Lösungen zu liefern (Iedema et al. 2008: 569). Die Notwendigkeit von Verhandlungen impliziert eine inhärente „Uneindeutigkeit“ und zeigt vor allem, dass während der Analysen immer eine Fehlerwirklichkeit „konstruiert“ wird (Watson 1997: 214-218) und „Ursachen“ immer „erzeugt“ werden müssen (Dekker 2006: 76; 2007: 65-73). In der FMEA, wie in den Initiativen zur Steigerung der Patientensicherheit bzw. Risikoreduktion wird impliziert, dass es möglich und unproblematisch ist, zwischen *richtigem* und *falschem* Handeln zu unterschieden und dass Lösungen zu den meisten Sicherheitsproblemen schon existieren (Forster et al. 2005 nach Iedema et al. 2006b: 1201-1202). Insbesondere ist das bürokratisch-mechanistische Paradigma, welches den bisherigen Definitionen und Herangehensweisen derartiger Instrumente wie FMEA oder auch RCA unterliegt, zu kritisieren, weil es die Erwartungen der Beteiligten dahin limitiert, das nur formal-technische Lösungen und klar messbare Veränderungen erfolgreich sind (Iedema et al. 2006b: 1202). Diese kritischen Argumente werden in Kürze weiter vertieft. Daher soll hier lediglich die grundsätzliche Anwendbarkeit der FMEA hervorgehoben werden, sowie die absolut wünschenswerte Tendenz Fehler und potenzielle Risiken schon vor dem Eintreten zu ergründen und durch organisatorische Barrieren und Maßnahmen zu verhindern bzw. zu erschweren. Ebenso ist es gut, die Leistungsgestaltung, die Organisation und die Prozesse gleich auf Risikovermeidung und Fehlererkennung auszurichten und durch innovative Maßnahmen das Fehleraufkommen vollständig zu vermeiden (Hauke/ Holzer 2005: 159; von Eiff 2007c: 189). Um die Darstellung abzurunden, werden einige weitere Instrumente vorgestellt.

4.1.2.4. Die retrospektive Fallanalyse

Die *retrospektive Fallanalyse* erlaubt die Auswertung umfangreicher Informationen bezüglich möglicher Behandlungsrisiken. Dabei werden z.B. Patienakten angeschaut und können so einen Überblick über die Risikosituation geben. Diese Auswertungsart ist weniger eine Methode als eine Quelle für Informationen über mögliche Risiken und könnte daher ergänzend zu Root Cause Analysen, Critical Incident Reporting oder auch der FMEA eingesetzt werden. Eine hohe Anzahl an Akten ist notwendig, um allgemeine Aussagen zu liefern. Möglich wäre eine Vorselektion anhand verschiedener Kriterien, um dann diese bestimmten Kriterien im Hinblick auf Zwischenfälle zu untersuchen (Middendorf 2007b: 223-224). Es werden mittels statistischer Verfahren ein kausaler

Zusammenhang entwickelt und im Sinne der kybenetischen, kognitivistischen Herangehensweise Erfahrungswerte und Schätzungen gebildet, aus denen dann Empfehlungen und Durchschnitte abgeleitet werden, um das System Krankenhaus in einen regulierten Zustand der Stabilität versetzen zu können und dabei in Zukunft dafür zu sorgen, dass die Abweichungen, welche bei Systemkomponenten zu Versagen geführt haben, nicht wieder auftreten (Stacey 2007: 50-51). So entstehen Aussagen, wie „alle Kriterien zeigen einen positiven Zusammenhang mit dem Auftreten von Adverse Events“ (Wilson et al. 1995: 458 ff. nach Middendorf 2007b: 225) oder dass nicht nur die Häufigkeit von Adverse Events mit 16,6% der untersuchten Behandlungsfälle ermittelt werden konnte, sondern dass auch 51,2% dieser Adverse Events vermeidbar gewesen wären (Middendorf 2007b: 225). Die grundsätzliche Frage der Kausalität wird hier nicht gestellt, sondern impliziert (Malik 2008: 393; Stacey 2007: 13; Starbuck 2006: 136). Doch die kritische Frage einer technokratischen Rationalisierung (Clegg et al. 2005a: 505) oder der Unvollkommenheit dieser Rationalität im Sinne einer ontologischen Kritik (*was wir wissen können!*) übersehen die epistemologischen Möglichkeiten (*wie wir dieses Wissen erlangen!*) die hier indirekt genutzt werden. Die moderne Perspektive nutzt objektive Methoden, deskriptive Messungen, Korrelationen und Standardisierungen, um komparative Studien und multivariate statistische Analysen zu erzeugen, während die postmoderne Perspektive versucht zu dekonstruieren, kritisch zu hinterfragen und Reflexivität zu erzeugen (Hatch 1997: 47-49).

Die folgende Graphik stellt eine Auswahl der Screening Kriterien aus der Australischen Studie, der Quality in Austrialia Health Care Study (Wilson et al. 1995), nach Middendorf (2007b) dar:

Criteria	Medical records positive	Odds ratio Adverse Event (95%)
Unplanned admission before index admission	23,5%	7,2 (6,5-7,9)
Unplanned readmission after discharge	14,1%	4,8 (4,3-5,4)
Hospital-incurred patient injury	3,0%	5,1 (4,1-5,4)
Adverse drug reaction	2,8%	4,7 (3,9-5,6)
Unplanned transfer from general to intensive care	3,1%	2,4 (1,9-3,0)
...	...	...

Abbildung 18. Screening Kriterien der Quality in Australia Health Care Study

Quelle: Wilson et al. (1995: 460) nach Middendorf (2007b: 224). Verkürzt übernommen.

Diese Analyse ist zwar sehr umfangreich und aufwendig, aber es wird nicht nur die aktuelle Risikosituation des Krankenhauses dargestellt, sondern auch Informationen im Hinblick auf die Reduzierung der Risiken (Middendorf 2007b: 225). Gerade der letzte Punkt ist sicherlich streitbar. Dennoch gibt eine derartige Zusammenstellung Aufschluss darüber, wo man mit zusätzlichen Untersuchungen und Analysen ansetzen kann, was bestehende Schwierigkeiten sind, wo Verbesserungen ansetzen könnten. Einige Autoren glauben zwar, dass mehr Ressourcen, bessere ausgebildete Mitarbeiter und mehr Informationen über die Natur von Fehlern und Ursachen hilfreich sind, aber die Bedeutung der Kultur des täglichen Handelns, die Art und Weise wie gedacht und gehandelt wird, ist ausschlaggebend. Das wird durch empirische Beweise untermauert. Wichtig ist demnach, dem einzelnen aufzuzeigen, warum er so denkt und handelt (Hindle et al. 2005: 45). Retrospektive Fallanalysen können zwar umfassend Informationen bereitstellen, aber sie sind nur ein Teil der Lösung und zwar ein Teil der Identifikation von Risiken im Risikomanagement Prozess.

4.1.2.5. KAIZEN-Management

KAIZEN-Management bildet einen Teil der methodischen und instrumentellen Grundlage für Qualitäts- und Risikomanagement und ist damit als orthodoxe Variante im instrumentellen Sinne eine Verbesserung in kleinen Schritten. „Fehler werden hier nicht Personen zugeordnet, sondern dem System bzw. der Organisation“, wobei es generell in Ordnung ist dass Fehler gemacht werden, denn ohne Fehler gäbe es keine Verbesserungen bzw. ohne das Entdecken von Risiken und Fehlern wäre man nicht in der Lage das Verständnis von Sicherheit auszubauen. Die Zuständigkeit und Verantwortung eines jeden Mitarbeiters zur kontinuierlichen Verbesserung ist wichtig (von Eiff 2007c: 184), aber gerade eigenständiges Handeln kann kontraproduktiv sein, wenn dadurch die Kommunikation von Problemen isoliert bzw. verhindert wird, so dass die Probleme, Fehler und Risiken nicht als Lernmöglichkeiten genutzt werden (Tucker/ Edmondson 2003: 60). Während es bei Kaizen um das Aufspüren von Verschwendung und um fortwährende Ideenentwicklung zur Verhinderung davon geht (von Eiff 2007c: 185), so geht es bei Risikomanagement gerade darum, sich auch immer wieder das Zusammenspiel der Beteiligten bewusst zu machen, um im Ganzen zu reflektieren, wie man kontinuierlich Sicherheit erzeugen kann – Sicherheit bleibt ein dynamisches Nicht-Ereignis, welches kontinuierlich konstituiert werden muss (Weick/ Sutcliffe 2007: 40;

Weick 2001c: 335). So können zwar Probleme direkt vor Ort gelöst werden, aber die Verhinderung von Fehlern und Risiken bedarf auch der Beteiligung des Managements, um die Organisation darauf auszurichten (Tucker/ Edmondson 2003: 57), also grundsätzlichen „Systemverbesserungen“ (Kohn et al. 2000). Kaizen mag damit zwar eine Art ideologischer Grundlage von Risikomanagement sein (von Eiff 2007c: 184), aber es ist kein Instrument der Identifikationsphase eines Risiko-Management-Prozesses im Sinne einer analytischen Herangehensweise (Burger/ Buchhart 2002: 31-44). Doch gerade als (bisher) grundlegender ideologischer Pfeiler von Effizienzsteigerungen in einem Unternehmen trägt der Kaizen-Gedanke dazu bei, das organisatorische Lernen aus Fehlern und die Vermeidung von Risiken zu verhindern (Tucker/ Edmondson 2003: 63). Eigenständigkeit (*empowerment*) kann neben anderen Praktiken dazu beitragen, dass Lernen 2. Ordnung aus Fehlern blockiert und präventive Risikovermeidung geschwächt wird (Edmondson 2004: ii7). Kaizen als Aufspürung von Verschwendungen, also ein „Verschwendungsmanagement“ (von Eiff 2007c: 186) kann also hinderlich sein, wenn es darum geht, aus Fehlern zu lernen und die kulturelle Offenheit dafür zu erzeugen (Tucker/ Edmondson 2003: 67). Es mögen zwar Rufe nach zusätzlichen Ressourcen, mehr Informationen und besserem Training zu hören sein, aber diese „Gestaltungsschwächen“ zeigen nur beispielhaft, wie die Bedeutung von Kultur – einem gegenseitigem Verständnis von Denken und Handeln – durch empirische Befunde gestützt wird. Es bedarf „systemischen Verbesserungen“, aber immer in Hinblick auf den kulturellen Umgang mit Fehlern (Hindle et al. 2005: 45-46). Risikomanagement muss also im Alltagshandeln angesiedelt sein, in der Konstruktion sozialer Wirklichkeit durch Sprache, in der fortwährend Bedeutung erzeugt und ausgelebt wird. Denn Risiko wird im Diskurs erfahren und durch gemeinsames Handeln reduziert. Es geht um den kommunikativen Austausch über Fehlern und Risiken, weniger um das Aufdecken verschwenderischer Handlungen und Praktiken im Sinne eines Kaizen-Management Gedankens.

4.1.2.6. Die Schwachstellen-Konsequenz-Analyse

Mit der *Schwachstellen-Konsequenz-Analyse* (SKA) wird versucht, organisatorische Schwachstellen als Verursacher von Fehlern, Überbelastungen, Zeitverschwendungen und Risiken zu identifizieren (von Eiff 2007c: 192). Daher ist es ein für die erste Phase

des Risikomanagements nützlicheres Instrument, weil es maßgeblich zur Erfassung und Aufspürung von Risiken beiträgt. Folgende Darstellung veranschaulicht dies:

Problem/ Schwachstelle	Ursache der Schwachstelle	Konsequenzen der Schwachstelle	Lösungen	Notwendig für Beseitigung
Erkennen	Verstehen	Was ist das Risiko?	Ideen	Realität & Maßnahmen
Datum: Verfasser:				

Abbildung 19. Schwachstellen-Konsequenz Analyse

Quelle: von Eiff (2007c: 193). Verändert übernommen.

Es zeigen sich Ähnlichkeiten mit der FMEA, wobei hier keine subjektiv quantitativen Bewertungen vorgenommen werden, sondern die Anwender eine Entscheidungs-sensibilität entwickeln, um erkannte Schwachstellen zu durchdenken (von Eiff 2007c: 193). Weil das Instrument keine Quantifikation der Risiken verlangt, ist es universell einsetzbar und kann dazu beitragen, gerade im gemeinsamen Auseinandersetzen bei Root Cause Analysen den Blick für das relevante Praxishandeln zu stärken, indem es mit einfacher Darstellung erlaubt, das soziale Handeln methodisch zu durchdringen und für gemeinsame Lösungen nutzbar zu machen. Weil die SKA ähnlich wie ein Critical Incident Report eingesetzt werden kann, um Probleme zu entdecken, aber auch schon bekannte Risiken auszuwerten, lässt sich auch diese Methode nicht eindeutig der einen oder anderen Kategorie bzw. einer bestimmten Phase des Risikomanagementprozesses zuordnen (Middendorf 2007b: 216). Die Methode beantwortet vor allem Fragen der Risikosensibilität (z.B. Wie hoch ist das Risiko? Welche Auswirkungen hat es? Welche Lösungen gibt es?), der Kostensensibilität (z.B. Wie hoch sind die notwendigen Investitionen für eine Lösung?) und der Sensibilität für Wirkungszusammenhänge (z.B. Welche Verbindungen gibt es zwischen AB und YZ? Welche Auswirkungen gibt es hier? Was sind die Konsequenzen für Personal, Organisation, Kosten, Kunden?) (von Eiff 2007c: 193).

4.1.2.7. Brainstorming, Brainwriting und weitere Instrumente

Brainstorming ist eine Technik zur Ideenfindung und Kreativitätssteuerung die in der Praxis am häufigsten eingesetzt wird. Durch eine ungezwungene Atmosphäre wird versucht, divergierende Denkprozesse anzuheizen und damit in kurzer Zeit möglichst

originelle Lösungen für ein Problem zu generieren. Genauso dient es der „generellen Ideensammlung“ (Middendorf 2007b: 225-226). Hier kommt die Beschreibung von Practice zur Geltung. Practice ist die lokale, soziale Aktivität des kommunikativen Handelns, der Machtziehungen und evaluativer Entscheidungen (Stacey 2007: 265). In diesen gemeinsamen Handlungen und Gesprächen erzeugen die Beteiligten „Bedeutung“. Sie entwerfen Lösungen, deuten vorliegende Informationsfetzen zu „kohärenten Mustern“ und versuchen zu verstehen, warum und wie dieses Problem aufgetreten ist. Erst durch diesen gemeinsamen Diskurs wird Handeln möglich (Stacey 2007: 434). Das Brainstorming, die Root Cause Analyse und das Critical Incident Reporting zeigen die Wichtigkeit von Sprache. Sprache wird von einem „reinen Mittel zum Zweck“ zu einem Teil des Prozesses durch den die Menschen im gemeinsamen Handeln Sinn schöpfen. Sprache wirkt dann mehr als nur „beschreibend“, sondern „Sprache ist Handlung in sich selbst“ (Watson 1995: 77).

Das *Brainwriting* ist eng verwandt mit dem Brainstorming. Hier hat z.B. jeder der sechs Beteiligten fünf Minuten Zeit drei Ideen auf einem Formblatt festzuhalten. Anschließend werden die Blätter ausgetauscht und auf den Gedanken der anderen aufbauend, sollen jeweils drei weitere Ideen vorgeschlagen werden. Dieser Vorgang kann mehrmals wiederholt werden. Dadurch erzeugt man nicht nur viele Vorschläge, sondern setzt sich auch bewusst mit den Sichtweisen der anderen auseinander (Middendorf 2007b: 226-227).

Es gibt weitere Instrumente, mit denen man Informationen generieren kann, um Risiken zu identifizieren, aber auch schon um Analysen zu betreiben oder Ansätze zu entwerfen, mit denen die Probleme und Risiken beseitigt werden könnten. Dazu gehören Affinitätsdiagramme, Beziehungsdiagramme, Checklisten, Prozessablaufcharts, Fehlerbaumanalysen (*Fault Tree Analysis – FTA*) oder Ereignisbaumanalysen (*Event Tree Analysis – ETA*) (Middendorf 2007b: 227-238). Hier wird deutlich, dass es den reinen Risikomanagementprozess als „kybernetischen Regelkreis“ (Burger/ Buchhart 2002: 31) nicht gibt. Er existiert lediglich als Abstraktion und Vorstellung von dem Wirrwa an Informationen und Möglichkeiten. Er ist die Idealform, welche aufgrund der Komplexität und der Konstruktion der sozialen Wirklichkeit durch Sprache nicht erreichbar ist, aber dennoch angestrebt werden kann, als Figur und vielleicht als „soziales Objekt“ (Mead 1938 nach Stacey 2007: 310-313).

Jegliche Versuche eine künstliche Ordnung zu schaffen werden ihr Idealziel nicht erreichen. Das Management einer (immer nur) teilweisen Ordnung ist danach immer unvollständig. Ambivalenz ist das Ergebnis, wenn genaue Kategorien und Klassifikationen entworfen werden (Bauman 1990: 183-184). Risikomanagement ist demnach auch der Versuch eine (gewisse) Ordnung zu schaffen. Doch die Unvollständigkeit ist eine zu akzeptierende Tatsache. Wir sind daran gewöhnt, ein Problem zu identifizieren, es klar zu definieren, in Aufgaben aufzuteilen und zu lösen. Wenn das Problem nicht gelöst wird, beschuldigen wir Ignoranz, Verweigerung, Faulheit oder Unbeholfenheit. Doch wir werden nicht daran zweifeln, dass jegliche Situation – egal wie komplex – herunter gebrochen werden kann, in klar definierte Abschnitte, und das jedes Problem effektiv gelöst werden kann, sofern nur das „richtige Wissen, genügend Geschick und ausreichend Antriebskraft" zur Verfügung steht (Bauman 1990: 194).

Nach Hatch/ Cunliffe (2006) vertritt der „Modernismus" den Objektivismus als zentrale Objektive, bei der es um „valide und verlässliche Messungen" geht, um das „richtige und rationale" Management von Systemen, Entscheidungen und Handlungen für Effizienz und Effektivität. Das „Interpretative Paradigma" andererseits erklärt, dass Wissen und Wahrheit soziale Konstruktionen sind. Damit werden auch Lösungen immer nur zu Möglichkeiten. Es wird also wichtig, dass die Beteiligten sich darüber bewusst sind, dass sie „*eine* Lösung erzeugen" und versuchen die „Daten zu deuten – zu interpretieren". Organisationen sind konstruiert und rekonstruiert durch die symbolisch gesteuerten Interaktionen der Beteiligten. Der Postmodernismus treibt diese Interpretation etwas weiter und erklärt, dass die Welt durch Sprache ausgedrückt wird. Wovon gesprochen wird, existiert. Erst das was berichtet wird, kann ausgewertet werden. Nur die erläuterten Probleme werden wahrgenommen. Doch gerade bei den Interpretationen wird es schwierig. Wissen und Bedeutung verändert sich und kann nur schwer „festgehalten" werden. Damit werden Organisationen zu Orten, in denen Machtbeziehungen ausgelebt werden, Ironie und Spiel zutage treten. Doch diese Orte sind sprachlicher Natur. Sie werden geschrieben und gesprochen – sie sind Texte. Diese müssen reflektiert werden und auf andere Meinungen untersucht werden (Hatch/ Cunliffe 2006: 14; Hatch 1997: 48-51). Die verfassten Critical Incident Reports müssen analysiert, dekonstruiert werden. Andere Meinungen müssen ausgedrückt werden und bei dem Besprechen von Risiken muss akzeptiert werden, dass die Informationen immer „interpretiert" werden müssen, dass sich „Fehler" wieder ereignen können und dass es

keinen „perfekten“ Prozess des Risikomanagements gibt. Dessen Inhalte müssen immer wieder neu „diskutiert“ werden. Jegliches Wissen enthält eine Interpretation der Welt. Dinge werden geschaffen, durch unser Wissen (über sie und die Welt). Je mehr wir wissen, desto mehr können wir sehen (und verstehen) (Bauman 1990: 227).
Root Cause Analysen sind Schablonen mit denen kritische Vorfälle und beinahe Fehler sprachlich untersucht werden können. Doch weil auch diese immer Interpretationen und Ansichten sind, gibt es keine festgelegten „falschen Ansichten“, kein „immer richtiges Handeln“, sondern nur die Risikodiskurse im Krankenhaus, die fortwährend „gelebt“ werden müssen, die immer auf das Neue hinterfragt und „konstruiert“ werden müssen. Die Beteiligten müssen auch letztlich immer an sich selbst, an ihrer Wahrnehmung, ihrem Handeln, ihren Annahmen „arbeiten“, da es bei den vielfältigen Ansichten darum geht, zu verstehen warum jemand etwas so sieht, warum die Person so gehandelt hat und nicht anders. Es geht um das Austauschen von Erfahrungen und Toleranz (Bauman 1990: 232). Also werden die Reflektion von Ereignissen, Fehlern und Problemen und die Dekonstruktion von Berichten wichtig. Bei Risikomanagement geht es nicht darum, das vorhandene Wissen zu korrigieren, sondern zu erweitern; nicht darum, einen Fehler durch unfragliche „Wahrheit“ zu ersetzen, sondern darum, die kritische Analyse von „akzeptierten“ Meinungen zu fördern, sich selbst zu betrachten, und die Ansichten zu hinterfragen, die als „sicher“ galten (Bauman 1990: 18). Risikomanagement ist eine kritische (Selbst-)Bewertung und der Versuch Lernen anzustoßen.
Im Folgenden wird die Bewertung von Risiken dargestellt.

4.2. Bewertung der Risiken

Die Identifikation erfolgt auf der operativen Ebene, während die Bewertung im Ganzen auf einer höheren strategischen Ebene vollzogen wird. Dabei ist die Analyse von Risiken ein Teil der Identifikationsphase (Burger/ Buchhart 2002: 45). Nun mag die Trennschärfe weniger bedeutsam sein, wenn man sich bewusst macht, dass die Instrumente an sich schon verschiedene Phasen beinhalten können (z.B. die FMEA oder die SKA). Es geht bei der Bewertung bzw. Analyse von Risiken zunächst um die Bestimmung der Häufigkeit und dann die Bewertung des Ausmaßes auf „zentrale Zielgrößen des Unternehmens“ (Burger/ Buchhart 2002: 45-46), häufig „im Hinblick auf den Unternehmenswert“ (Middendorf 2007b: 238). Denkbare Erfolgsgrößen wären der Marktwert, der finanzielle Überschuss, sowie nichtmonetäre Größen (Burger/

Buchhart 2002: 103). Bei einem Krankenhaus, welches Patientensicherheit als Ziel verfolgt, kann eine andere Einschätzung bzw. Risikointerpretation erfolgen, als bei einer Organisation, die primär darauf schaut, welche finanziellen Auswirkungen eines Zwischenfalls auf den Unternehmenserfolg (z.B. EBIT) zu verzeichnen sind. Bei einer „wertorientierten Unternehmensführung" sind das „primär finanzielle Konsequenzen", aber auch welche, die erst später finanzielle Auswirkungen haben, z.B. als Image, Kultur, strategische Perspektive, etc. Es gibt also „monetäre und nichtmonetäre Auswirkungen" (Burger/ Buchhart 2002: 46). Maßgeblich bei der Bewertung von Risiken bleibt die Einordnung ihrer Schwere und daraus die „Notwendigkeit für Handlungen", um sie zu bewältigen (Middendorf 2007b: 238). Hierbei greifen die Instrumente vor allem auf die Informationen zurück, die in der vorherigen Phase der Identifikation gewonnen wurden, weswegen verschiedene Instrumente aus beiden Phasen miteinander „zu kombinieren" sind (Burger/ Buchhart 2002: 101).

Die Anwendung herkömmlicher Modelle ist für die Managementpraxis im Krankenhaus weniger geeignet, weil das klinische Risikomanagement einige Besonderheiten aufweist. Das primäre Ziel ist „die Vermeidung von Patientenschäden", die „in keinem direkten Zusammenhang mit dem Unternehmenswert oder anderen finanziellen Erfolgskennzahlen stehen". Normalerweise wird versucht mit „objektiven Daten und Informationen" Eintrittswahrscheinlichkeiten zu bestimmen. Gerade das ist in deutschen Krankenhäusern schwierig, weil „die Beschäftigung mit Risiken bisher kaum Beachtung gefunden hat" (Middendorf 2007b: 239). Diese Objektivität von Daten und Informationen über Organisationen, insbesondere bezüglich Risiken in und von Organisationen, ist ohnehin fraglich (Payne/ Pugh 1976 nach Starbuck 2006: 30). Denn es geht bei Wissen um Sinnerzeugung, nicht um das Entdecken von Fakten; Wissen ist das Ordnen von Informationen. Also gibt es keine „objektiven sozialen Fakten", nur das gemeinsame Verstehen (Jackson/ Carter 2000: 54). Risiken sind nie außerhalb von Glaubenssystemen und Moral zu sehen. Sie sind immer in die Kultur eingebunden, die ihnen Bedeutung verleiht. Daher sind sie nicht statisch oder objektiv, sondern fortwährend konstruiert und verhandelt (Douglas nach Gephart et al. 2009:144). Man könnte also fragen, ob es überhaupt „objektive Daten" bzw. „soziale Fakten" und damit auch „richtige Daten" von Risiken gibt. Rückt man von dieser ontologischen Frage ab, bleibt die Aussage, dass zwar im Ausland die Untersuchungen von Adverse Events zugenommen haben, aber eine „Generalisierung der Werte" oder eine „Übertragbarkeit auf deutsche Verhältnisse" nur schwer möglich, wenn nicht gar fraglich ist. Auch die

Auswirkungen von Risiken sind „nur schwer zu objektivieren und zu quantifizieren“. Die Auswirkungen auf Patienten und auf das Krankenhaus (Finanzen, Image, etc.) „lassen sich nicht eindeutig bewerten“ (Middendorf 2007b: 239-240).
Das mag aber nicht übermäßig bedeutsam sein, denn als „objektiv“ kann gelten, was die Handlungen vieler betrifft, aber vor allem von den vielen „anerkannt wird“ (Brunsson 1982 nach Starbuck 2006: 36; Jackson/ Carter 2000: 64). Werden bestimmte Handlungen als „riskant“ gesehen, können sie vermieden werden, weil sie erkannt sind. Treten „bestimmte Risiken“ häufiger auf, kann man sie reflektieren und vielleicht Lösungen finden, aber zumindest darüber sprechen. Alle Entscheidungen implizieren Risiken, da sie immer unter Untersicherheit getroffen werden müssen – bezogen auf die Auswirkungen der Entscheidung, über Informationen, Entscheidungskriterien und den Prozess der Entscheidung selbst. Alle Entscheidungen implizieren moralische Bewertung (*moral judgement*) – welche Risiken akzeptabel sind und welche nicht. Weil es immer darum geht, gewünschte Konditionen zu erreichen, sind Entscheidungen auch immer normativ. Erst durch das Aufdecken arbiträrer Präferenzen, subjektiver Entscheidungen, der Akzeptanz der Einzigartigkeit von Wahrnehmungen und Interpretationen, sowie der Existenz von Macht/Wissen Diskursen, können diese „Einschränkungen“ verdeutlicht und kompensiert werden (Jackson/ Carter 2000: 233-236). Umso mehr ist die Aussage von Middendorf (2007b: 240) schlüssig, dass trotz fehlender exakter objektiver Daten, Erkenntnisse (und Einverständnisse) gewonnen werden können, mit denen eine Beschreibung von Risiken (eine Klassifikation) und damit die Ausrichtung des Handelns möglich wird (Priorisierung).
Als erstes Verfahren soll die Risk Map vorgestellt werden.

4.2.1. Risk Map

Anhand der Eintrittswahrscheinlichkeiten und den erwarteten Auswirkungen lässt sich eine Risk Map erstellen – auch Risikomatrix oder Risikoprofil (Wolf/ Runzheimer 2000: 66; Schierenbeck/ Lister 2002: 350 f.; beide nach Middendorf 2007b: 241). Dies wird auch als „Risikoportfolio“ verstanden (Burger/ Buchhart 2002: 162). Anhand dieser Darstellung können unterschiedliche Risiken verglichen werden und die besonders schweren Gefahren und Risiken aufgedeckt werden (Middendorf 2007b: 241). Während man zwischen qualitativen und quantitativen Portfolios unterscheiden kann (Burger/ Buchhart 2002: 163), wird im Folgenden eine qualitative Risk Map

vorgestellt, wie sie z.B. von dem Queen Elizabeth Hospital NHS Trust oder auch dem Liverpool Woman's Hospital NHS Trust genutzt und vom Department of Health (2001) vorgeschlagen wird (Middendorf 2007b: 243).

Bei den Konsequenzen sind die Abstufungen von „unbedeutend" (*insignificant:* es treten keine Verletzungen auf, Beschwerden können bearbeitet werden) bis „extrem" (ein unerwartetes, vermeidbares Ereignis tritt auf – Patient, Besucher oder Angestellter wird für immer verletzt oder stirbt) dargestellt. Die Eintrittswahrscheinlichkeit rangiert von „fast sicher" (*almost certain*: kann jederzeit wieder passieren) bis „sehr unwahrscheinlich" (*very unlikely*: kann wieder passieren, aber wird es wohl eher nicht, in <3 Jahren) (RANZCOG 2003: 13f. nach Middendorf 2007b: 242).

Die Darstellung des „*Risk rating and assessment framework for obstetrics*" des Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG) nach Middendorf (2007b) verdeutlicht dies im Bereich der Geburtshilfe:

Consequence **Likelyhood**	**Insignificant** No injuries, unfounded vexatious complaints that can be dealt with	**Minor** Resulting in no disability, no signifikant discomfort, cosmetic or functional impairment; complaints requiring written response	**Moderate** Unexpected/ unplanned health impairment to patients, legitimate patient complaint, but without lasting detriment	**Major** Serious injury of a patient requiring significant medical or surgical intervention	**Extreme** Results in an unexpected/ preventable death or permanent disability of patient, visitor of staff
Almost certain Could easily happen again (daily - month)	Late antenatal appointment	Changing elective LSCS time		Post partum haermorrhage Neonatal resuscitation	
Likely Will probably occur at least once every (1 - 6 months)		Delayed Transfer from birth center to labour ward	LSCS for fetal distress LSCS for failure to progress	Unplanned admission to NICU/ICU	Eclampsia
Occasionally Could occur at some time (6 – 12 months)			Retained sponge 3rd/4th dergree perineal tear	Unplanned admission to ICU Meconium aspiration	Ruptured uterus Cerebral palsy
Unlikely Could happen rarely (1 – 3 years)		Uncooperative partners exclusion from birth suite	Unplanned homebirth Complication from epidural Awareness during GA	Unplanned hysterectomy Difficult inturbation	No anaesthetist available Perinatal death
Very unlikely Could happen again, but probably never will (< 3 years)					Maternal death

Abbildung 20. Risk Rating and Assessment Framework for Obstetrics

Quelle: RANZCOG (2003: 13f.) nach Middendorf (2007b: 242). Leicht verändert übernommen.

Bei vielen Risikoportfolios werden die Felder noch farblich eingeordnet, so dass die Bedeutsamkeit von Wahrscheinlichkeit und Auswirkungsstärke leichter erkennbar werden (Burger/ Buchhart 2002: 164). Danach können die wichtigen „Handlungsfelder" für Risikomanagement leichter abgelesen werden.

Die Risiken auf der linken Seite des Diagramms (Kategorien: *insignificant/ minor*) können durch Routineprozesse gesteuert werden. Hoher Aufwand ist hierfür nicht angebracht, weil diese Analyse nur geringe Zusatzerkenntnisse bringt und damit wenig zweckmäßig ist (Middendorf 2007b: 243). Dennoch kann gerade aus den kleinen alltäglichen Ereignissen, die häufiger auftreten als große „*sentinel events*", viel gelernt werden kann, weil diese als Symptome von größeren Ereignissen zu werten sind, aber auch aufgrund ihrer Häufigkeit und ihrer unkritischen Bedeutung leichter besprochen werden können (Edmondson 2004: ii3). Gerade die Akkumulation von Warnsignalen muss ständig beachtet werden, um zu verhindern, dass aufgrund von Informations-asymmetrien organisatorische Unfälle ermöglicht werden (Choo 2008). So kann die Verspätung im Transfer zur Geburtsstation unbedeutend (*minor*) sein, aber dadurch auf anderem Wege zu Komplikationen führen bzw. als Anzeichen schlechter Kommunikation, unzureichender Planung, schlechter Vorbereitung etc. gedeutet werden, welche allesamt zu größeren Risiken führen können. Der Verweis von unkooperativen Eltern mag zwar berichtenswert, aber im Bezug auf das spezielle Risiko des Krankenhauses bzw. der Station vernachlässigbar sein.

Bei Risiken im mittleren Bereich der Graphik (*moderate risks*) sollten die Risikoanalyse und deren Risikobewältigung den Auswirkungen gegenübergestellt werden, um zu sehen, ob das Risiko „akzeptabel" ist, aber nach Möglichkeit wäre erstrebenswert die Risiken mit einfachen Maßnahmen gleich zu senken (Middendorf 2007b: 243). Dieser Aussage kann man sicherlich folgen. Es muss jedoch bemerkt werden, dass es sich bei der *Risk Map* (noch) nicht um ein täglich aktualisiertes elektronisches Warnsystem handelt, sondern um ein Instrument zur Auswertung und Verdeutlichung der bekannten Risiken, nach den Einschätzungen von Experten. Daher ist die Flexibilität was „sofortige Senkung" von Risiken angeht, wenn man diese als handlungswürdig anerkannt hat, sicherlich mit Skepsis zu beurteilen. Vor allem hat man bei der „Risikoposition" immer (mindestens) zwei Möglichkeiten der Handlung, da man versuchen kann die Eintrittswahrscheinlichkeit und/oder die Intensität des Schadens zu reduzieren (Burger/ Buchhart 2002: 165).

Bedeutsame Risiken (*major risks*) „verlangen eine detaillierte Analyse durch die Klinikleitung und ein sofortiges Handeln zu Risikoreduktion“ (Middendorf 2007b: 243). Gerade hier muss unterschieden werden, wie häufig das Risiko auftritt (siehe Unterscheidung *neonatal resuscitation*/ frühkindliche Wiederbelebung und *unplanned hysterectomy*/ ungeplante Gebärmutterentfernung). Die „*Post partum haemorrhage*“ (Nachgeburtsblutung) gilt als eine der bedeutendsten Ursachen für Frauensterblichkeit nach der Geburt (Mousa/ Walkinshaw 2001; Khan et al. 2006). Obwohl diese in diesem Spektrum nur in der zweithöchsten Kategorie eingestuft ist, bleibt sie ein erhebliches Risiko, bei dem (wie angedeutet) sofortiges Handeln erfolgen muss.

„Extreme Risiken sollten umgehend den zuständigen Aufsichtsgremien gemeldet werden, damit diese nach eingehender Analyse des Risikos sowie der Möglichkeiten zur Risikoreduktion über die weitere Vorgehensweise entscheiden können“ (Middendorf 2007b: 243). Das „akzeptable Maß“ oder Niveau des Risikos sollte nicht nur durch die Schwere, sondern auch durch die Wahrscheinlichkeit beurteilt werden. Bei hohem Schadenspotenzial und relativ hoher Eintrittswahrscheinlichkeit sollten „sämtliche Maßnahmen im Hinblick auf beide Parameter“ ausgewertet werden (Burger/ Buchhart 2002: 165). Daher ist die *Risk Map* eine praktikable Methode das Risikoportfolio eines Krankenhauses abzubilden, weil auch nicht quantitativ bestimmbare Risiken nach ihrem Schweregrad kategorisiert werden können. Doch aufgrund der „subjektiven Einteilung“ und der Abgrenzungsprobleme muss auch immer der Einzelfall betrachtet werden (Middendorf 2007b: 243).

Die Anwendung im obigen Beispiel bezog sich auf die Gynäkologie. Damit sind die Inhalte spezifisch. Trotzdem zeigt sich, dass eine Vermischung von organisatorischen und klinischen Gesichtspunkten stattfindet (*Verspätung, Ausweisung* im Vergleich zu *„frühkindlicher Wiederbelebung“* und „*Nachgeburtsblutung*“). Das macht deutlich, wie wichtig mehrere Ansichten und Hintergründe in den Auswertungsteams sind, weil Mitarbeiter aus nur einem Bereich eben nur „ihren Bereich“ sehen und wichtige Probleme unbeachtet bleiben. So erkennen auch Jackson/ Carter (2000: 233), dass wenn die Gründe für Entscheidungen mit der subjektiven Interpretation von Signifikaten (Inhalt eines Zeichens), subjektiven Präferenzen für „bestimmte Ergebnisse“ und dem Ausschluss von relevanten Kriterien/Ansichten aufgrund von Machtinteressen zu tun haben, es unwahrscheinlich ist, dass das Risikoniveau in dem Entscheidungsprozess gesenkt werden kann. Damit wird ein Risikomanagement auch nicht erfolgreich sein können. Nun soll die Paretoanalyse vorgestellt werden.

4.2.2. Paretoanalyse

Die Paretoanalyse oder „Pareto-Prinzip“ (Paula 2007: 109) ermöglicht ebenfalls durch Gewichtung und Priorisierung von Handlungsmöglichkeiten Risiken zu bewältigen (Middendorf 2007b: 250). Auch das Qualitätsmanagement (Ebel 2003: 252; Seghezzi 2003: 142f.) und das Risikomanagement in Banken (Münchbach 2001: 172ff.) setzen sich mit ihr auseinander (Middendorf 2007b: 250). Das Instrument trägt dazu bei, „relative Häufigkeiten“ und die „Bedeutung von Problemen“ und Risiken zu analysieren. Sie basiert auf der Annahme, dass „eine relativ kleine Anzahl von Ursachen für einen großen Teil der Gesamtauswirkung verantwortlich ist“. Hiernach würden 20% der Ursachen 80% der Wirkungen ausmachen (Middendorf 2007b: 250; Paula 2007: 109-110). Sie umfasst folgende Schritte (Middendorf 2007b: 250):

- *Auflistung aller Ursachen für eine Ereigniskategorie*. Durch die Auswertung vorhandener Statistiken und Daten oder auch durch Brainstorming kann man versuchen „Ursachen“ zu finden.
- *Erhebung der Häufigkeiten* von Ereignissen pro Ursache; daraus Erstellung einer Rangfolge.
- *Graphische Abtragung* der kumulativen Häufigkeiten.
- *Interpretation*. Ergebnisse werden ausgewertet und Handlungen entwickelt. Meistens sind die Ursachen mit den größten Häufigkeiten als „Hauptursachen“ zu sehen, deren Beseitigung auch die höchste Priorität zukommt.

In einer Studie von Knox (1999) über Medikation („*Prescription errors tied to lack of advice*“) wurden z.B. von 51 Krankenhaus-Apotheken Medikationsfehler ausgewertet. Die von den Apothekern genannten Faktoren die zu den Fehlern führten waren:

Studie	
62%	„Zu viele Telefongespräche“
59%	„Besonders geschäftiger Tag!“
53%	„Zu viele Kunden“
41%	„Mangelnde Konzentration“
32%	„Zu wenig Personal“

Abbildung 21. Ursachen von Medikationsfehlern in einer Krankenhausapotheke

Quelle: Knox (1999) nach Kohn et al. (2000: 224-225). Eigene Darstellung.

Hier liegen jedoch keine kumulierten Häufigkeiten vor, so dass für eine Auswertung mit der Paretoanalyse diese erst „überführt“ werden müssten. Aber auch hier wird deutlich,

dass die absolute Häufigkeit abnehmend ist. Genau das macht sich die Paretoanalyse zunutze. Man kann Aspekte priorisieren und Risiken senken, indem man „Ursachen" angepackt. Die relative Wichtigkeit von Problemen/ Ursachen kann dargestellt werden und eine effektive Beseitigung wird möglich (Middendorf 2007b: 251).

Trotz dieser positiven Darstellung liegen die Probleme abermals darin, dass die Kausalität als einfach ergründbar gesehen wird. Diese Sichtweise nimmt die Position des externen Beobachters ein, der rational und objektiv mit richtigen Methoden versucht die Welt da draußen zu ergründen. Man will mit rational gewählten Zielen ein Idealbild der Zukunft zu erreichen („Risikofreiheit im Interaktionsraum Krankenhaus!"). Diese Einstellung bleibt bestenfalls idealistisch und trägt wenig der subjektiven Auswertung und gemeinsamen Interpretation der Fakten Rechnung.

In dem Beispiel wurden die Apotheker befragt, welche Faktoren zu Medikationsfehlern geführt haben. Aus ihren Erfahrungen haben sie Punkte aufgeführt. Bei dem Gebrauch solcher Instrumente bleibt die „subjektive Einschätzung als größter Unsicherheitsfaktor erhalten" (Paula 2007: 107). Aber letztlich ist kein Aspekt des Organisierens in der Praxis oder der Theorie rein „objektiv rational". Alle Aspekte basieren auf subjektiven Werten, Normen und Präferenzen. Aussagen können nie „objektiv" sein (Jackson/ Carter 2000: 103). Damit sind auch die von ihnen „erkannten Risiken" nie vollkommen objektiv, sondern basieren immer auf ihren Erfahrungen und Verständnissen (Douglas 1966, 1985, 1992 nach Gebhart et al. 2009: 144). War der Tag jetzt besonders „geschäftig" oder war für die notwendige Arbeit einfach „zu wenig Personal" dar? Waren sie „nicht konzentriert genug" oder haben „zu viele Telefongespräche" sie abgelenkt? Vorgeformte Verständnisse helfen ihnen einzuschätzen, was riskant war, welche „Ursachen" zu Fehlern geführt haben. Diese individuellen Einschätzungen und Strategien basieren auf dem Kontext in dem sie geprägt wurden (Lupton 2006: 14-15). Jede Einschätzung ist demnach auch eine Abgrenzung – eine Ausgrenzung eines bestimmten Faktors – und unabhängig von der Sorgfalt der Auswahl, wird sie nicht zu einer „objektiven Wahrheit". Jeder Punkt, so vorsichtig er auch ausgewählt ist, muss willkürlich, bedingt und demnach streitbar bleiben (Bauman 1990: 179). Auch das „gemeinsame Lösen als Teamaufgabe" (Paula 2007: 107) kann Risiken nicht „treffend beschreiben", sondern muss immer unvollständig und „ambivalent" bleiben (Bauman 1990: 184-185). Die Bedeutung von Risiken ist weder statisch, noch objektiv, sondern fortwährend konstruiert und verhandelt (Gephart et al. 2009: 144). Demnach kann ein solches Instrument auch nur dazu beitragen den Risikodiskurs zu führen, nicht ihn

obsolet zu machen. Denn ein Risikomanagement einer partiellen Ordnung ist eben immer nur partiell, also unvollständig (Bauman 1990: 183). Erst in dem fortwährenden Verhandeln und Verstehen der Risiken, dem Abwägen, Vergleichen und Erläutern wird es möglich, das reflektive Handeln in die Praxis hineinzubringen. Die Subjektivität von Risiken (oder Ethik) wird fortwährend geformt und angefochten in den organisatorischen Regeln, Normen und Diskursen (eines Krankenhauses) (Clegg et al. 2007a: 107). Risikomanagement – im Sinne einer kommunikativen Rationalität – muss demnach als dauerhafte Praktik gesehen werden, die niemals abgeschlossen ist.

4.3. Bewältigung der Risiken

In der dritten Phase des Risikomanagementprozesses – der Umsetzung und Steuerung von Risiken – geht es primär um die weitere Nutzung der gesammelten Informationen aus der ersten Phase, welche in der zweiten analysiert und bewertet wurden. Jetzt geht es darum, mit dem Risiko „umzugehen – es zu bewältigen". Nach Burger/ Buchhart (2002: 49-51) gibt es folgende Ansätze:

- *Akzeptanz:* Risiken, welche eher unwahrscheinlich sind oder mit geringen negativen Auswirkungen müssen danach nicht gesteuert werden. Die Autoren heben aber die Bedeutsamkeit der kontinuierlichen Überwachung hervor, falls die Risiken sich in ihrer Natur verändern sollten.
- *Überwälzung:* Die Risiken werden nicht selber getragen oder akzeptiert, sondern vertraglich weitergegeben (z.B. durch Versicherungen) oder durch Absicherungen „gehedged" (z.B. mit Finanzderivaten) oder anderweitig auf außen stehende Parteien übertragen (z.B. Outsourcen).
- *Vermeidung:* Gibt es schwer steuerbare Risiken, die sehr wahrscheinlich und gravierend sind, sollten diese vermieden werden. Dazu empfehlen die Autoren z.B. die Liquidation von Geschäftsfeldern, das Nicht-Bearbeiten von Märkten oder zu riskante Prozesse, Prozeduren oder Kunden werden abgewiesen.
- *Verminderung:* Begrenzung des Umfangs riskanter Geschäfte oder Portfoliobildung Prozessen und damit Kombination von Risiken, die sich gegenseitig reduzieren, sofern sie „nicht vollständig positiv korreliert" sind.

Anhand dieser unterschiedlichen Strategien kann man zeigen, wie sehr sich das Verständnis von Risikomanagement im Krankenhaus gewandelt hat. Früher lag die

Bedeutung in der Überwälzung, also im Kauf von Versicherungen für das Krankenhaus, so dass eine „richtig gute Absicherung, für wenig Geld“ zur Verfügung stand. Doch mit steigenden Beiträgen aufgrund zunehmender „Klagen“ wurde dies zu kostspielig. Es wurde bedeutsamer, das totale organisatorische potenzielle Risiko einzuschätzen und mit der „Risikobereitschaft“ abzustimmen. Auf diesem Verständnis entstand dann eine Absicherung für das Krankenhaus. Die Bedeutung des „Claims Management“ wuchs ebenfalls. Mit steigenden Kosten für Ausgleichszahlungen stieg die Bedeutung riskantes Verhalten zu identifizieren und abzustellen. Erst mit der Veröffentlichung des Reports „To Err is Human“ (Kohn et al. 2000) trat ein Bewusstseinswandel ein. Die bisherigen Aktivitäten waren nicht erfolgreich genug, um Patientensicherheit zu gewährleisten, weil einzelne Schuldzuweisungen Lernen verhinderten. Daher liegt die Herausforderung jetzt darin, eine Kultur des Lernens, der Transparenz zu erzeugen, in der Hoffnung das Wissen voran zu treiben und Achtsamkeit zu generieren, um sich mehr um die Situationen und Umstände des Arbeitsalltags zu kümmern (Napier/ Youngberg 2010: 3-4). Es geht jetzt nicht mehr nur um die Auswahl der „richtigen“ Instrumente, um die objektive „rationale Absicherung“ des Krankenhauses, sondern um das Zulassen einer subjektiven Rationalität (Jackson/ Carter 2000: 101), mehrerer Rationalität*en* (Clegg et al. 2005a: 60) und „Polyphonie“ (Kornberger et al. 2006). Es geht darum, eine umfassende Kultur der Sicherheit zu erzeugen, Informationen auszuwerten um Trends und Muster zu erkennen und die richtigen Schlüsse für Priorisierungen zu treffen. Jeder Beteiligte in der Organisation wird zu einem „Risikomanager“, zumindest aber zu einem „Risiko-Identifizierer“ (Napier/ Youngberg 2010: 5-6). Dieses „Risiko-management von allen“ muss sich der allgemeinen organisatorischen Realität bewusst sein. Sicherheit ist kein Attribut, welches man einmal erreicht, sondern ein „chronischer Wert“, der alle Aspekte des Praxishandelns (*practice*) berührt. Menschen erzeugen Sicherheit unter Druck, sie lernen fortwährend und adaptieren ihr Verhalten bezüglich Informationen über Fehler und Risiken. Fortschritt wird erst dadurch möglich, dass man den Beteiligten erlaubt, diese Sicherheit zu erzeugen (Woods/ Cook 2003: 104). Dies ist nicht durch die Vergabe von mehr Ressourcen, besserer Ausbildung oder mehr Informationen über die Natur von Fehlern und ihrer Ursachen möglich, sondern immer nur durch einen „kulturellen Wandel“ (Hindle et al. 2005: 45). Aber dieser organisatorische Wandel ist nicht mehr in einer „ökonomischen Rationalität“ positioniert, sondern in einer Welt der „diskursiven Realität“ (Kornberger et al. 2006: 4; Broekstra 1998: 153-154; Ford 1999).

Die Umsetzung von Risikomanagement als Prozessphase zielt darauf ab, eine „präferierte Gesamtsituation des Unternehmens“ zu erreichen, während die Risikostrategie in ein „konsistentes Gesamtkonzept eingeordnet“ ist (Burger/ Buchhart 2002: 51). Aber auch diese Position ist nicht statisch, sondern ein ein Prozess (Watson 1997: 215). Der Versuch Chaos (oder Risiko) mit Ordnung (oder Sicherheit) zu ersetzen, die Welt durch mehr Regeln, vorhersagbar und kontrollierbar zu machen, muss „inkonklusiv“ bleiben (Bauman 1990: 192-193). Dies heißt nicht, dass es sinnlos wäre Risikomanagement zu betreiben, sondern eher dass es kontinuierlich getan werden muss. Organisationen werden fortwährend durch Sprache konstruiert und rekonstruiert. Sie werden beschrieben, aufgeschrieben, eingefangen oder sonst wie enkodiert und gespeichert (Kornberger et al. 2006: 6), z.B. durch Incident Reports oder Root Cause Analyse Gespräche. Dieser (Risiko-)Diskurs erschafft eine „Organisiertheit“ oder eine „Stabilisierung“. Er erzeugt ein Gefühl von Stabilität, Ordnung und Vorhersagbarkeit und damit eine nachhaltige und funktionierende Welt (Chia 2000: 514). Das „Risikobewusste Unternehmen“ entwickelt ein umfassendes Verständnis von Risiko, einen aufgeklärten Ansatz für Risikomanagement, der die gesamte Organisation umfasst (Napier/ Youngberg 2010: 6). Weil Organisationen machtvoll konstituiert und durch Sprache erfahren werden, ist *Dekonstruktion* die Vorbedingung von Wandel, indem es „alle Notwendigkeiten auflöst“ und zeigt, dass sie zu einem bestimmten Zeitpunkt in der Vergangenheit entstanden sind. Patientensicherheit und Risikomanagement sind diskursiv und untrennbar miteinander verbunden. Patientensicherheit ist der Zustand der durch Risikomanagement erzeugt werden soll. Übersetzen (*translation*) kann als Form der Vermittlung zwischen den Sprachspielen und ihren Realitäten gesehen werden. Das Managen wird zu einer diskursiven Praktik, mit der die Trennungen durch *„the différend“* (Lyotard 1988) übersetzt werden sollen. Es erzeugt eine Brücke zwischen den unterschiedlichen Sprachspielen, welche die organisatorische Realität formt – es *defferiert* zwischen ihnen (Kornberger et al. 2006: 18-19 u. 22). Übersetzung fungiert als Methode diskursiv die Ambivalenz der Gegenwart zu überwinden.

Patientensicherheit und das wissenschaftliche Verständnis von Sicherheit im Allgemeinen sind nicht nur Erwartungen des Gesundheitswesens, sondern auch Gründe für ein fortwährendes internes Ringen, wenn es darum geht zu verdeutlichen, wer für Patientensicherheit verantwortlich ist und was Patientensicherheit leisten soll (Napier/ Youngberg 2010: 10). Gerade weil Risikomanagement fortwährend betrieben werden muss, besteht die Notwendigkeit, Fortschritte kontinuierlich zu überprüfen, sich selbst

zu überwachen und immer aufs Neue das eigene Handeln zu hinterfragen. Im Folgenden wird die nächste und letzte Phase des Risikomanagementprozesses vorgestellt, die sich genau hiermit beschäftigt.

4.4. Überwachung der Risiken

Die Überwachung von Risiken ist unentbehrlich, um die Erfolge und Auswirkungen von Maßnahmen erkennen zu können, aber auch um allgemein die sich ständig wandelnde Situation zu beurteilen (Paula 2007: 117). Dabei erfolgt die „Kontrolle der Risiken durch einen klassischen Soll-Ist-Vergleich“ (Burger/ Buchhart 2002: 52). Wenn z.B. die „Reduzierung von Fehlern beim Umgang mit Medikamenten das Ziel eines Projektes war“, könnte man „die Fehlerraten bei den einzelnen Schritten (Verordnung bis Verabreichung) messen. Dieser „Vorher-Nachher-Vergleich“ (Paula 2007: 118) erlaubt, ausgehend von den angestrebten Risikopräferenzen, die „Sollwerte“ der verschiedenen Ebenen bzw. Charakteristika mit den tatsächlichen „realisierten Risikopositionen“ abzugleichen, um Abweichungen festzustellen und zu bewerten (Burger/ Buchhart 2002: 52).

Im Rahmen der Überwachung sollte eine „Vollständigkeitskontrolle“ durchgeführt werden, mit der „neben der Kontrolle von aufgetretenen Risiken in einem Soll-Ist Vergleich“ auch immer wieder neue Risiken zu überprüfen sind – also Risiken die vielleicht noch gar nicht „identifiziert“ worden sind (Burger/ Buchhart 2002: 52). Diese Ergänzung erlaubt eine Reflektion der geleisteten Arbeiten und Ansätze des Risikomanagements, durch eine Verbindung eben dieses „Soll-Ist-Vergleichs“ mit möglichen neuen Risiken, aber auch die Einbeziehung von neu zu bewertenden Risiken. Da ein Risikomanagement immer unvollständig bleiben muss (Bauman 1990: 183) erlaubt die „Vollständigkeitskontrolle“ in Verbindung mit einer zusätzlichen kritischen Hinterfragung der „Methodenkontrolle“, die Wirkungen der vorgeschlagenen Lösungen und eingesetzten Instrumente, sowie die Auswahl der Methoden zu überwachen und damit zu reflektieren (Burger/ Buchhart 2002: 52-53).

Die „richtige Auswahl der Indikatoren“, der Soll-Parameter, ist auch relevant, um die „positiven Effekte des Risikomanagements“ nachweisen zu können. Nun soll sich Risikomanagement nicht selbst rechtfertigen müssen, um für das Management den Einsatz von Risikomanagement zu legitimieren, aber es wird deutlich, dass manche Autoren diese Meinung sehr wohl vertreten. Wenn es „unentbehrlich ist, positive aber

realistische Ergebnisse aufzuweisen“ (Paula 2007: 118), ist dies daher zu begründen, dass Management versucht, immer „objektiv rational“ zu sein, obwohl sie dies nicht sein können. Kann man zeigen, dass die Entscheidungen „objektiv rational“ sind, dann könnte man jegliche Seitenhiebe und Einwände gegen die eigenen Entscheidungen abblocken, weil die Entscheidung schon per Definition „korrekt“ gewesen wäre. Es ist dieser Anspruch von Management eine „objektive Rationalität“ zu vertreten, die ihnen ihre Legitimität in ihrer Rolle verleiht (Jackson/ Carter 2000: 104-107).

Das „Ziel der permanenten Kontrolle von Risiken ist ein frühzeitiges Erkennen von Gefährdungen geplanter Risikopositionen“ (Burger/ Buchhart 2002: 53). Doch gerade wenn (und da) eine „perfekte Kontrolle“ nicht möglich ist, interpretiert man das Versäumnis eine bestimmte Ordnung zu erzeugen, nicht als „andere Ordnung“, sondern als die „Abwesenheit von Ordnung“ – als Chaos. Diese „Unkontrollierbarkeit“ zeichnet sich durch inhärente Ungewissheit aus (Bauman 1990: 182-183). In diesem Sinne wird deutlich, dass es sinnvoller ist im Zuge des Risikomanagementprozesses von Überwachung zu sprechen und nicht von Kontrolle.

Neben der Vollständigkeitskontrolle kann eine „Schwachstellenanalyse“ helfen, Probleme in Abläufen, Instrumenten und Stellen zu entdecken. Es geht darum, die Prozesse des Risikomanagements zu analysieren – einerseits auf Wirtschaftlichkeit und Angemessenheit, andererseits im Sinne einer „langfristigen Überwachung der Risikosituation“ (Burger/ Buchhart 2002: 54). Das Risikomanagement untersucht sich selbst auf Risiken. Ob man dies so als „hintertriebene Selbstanalyse“ im Sinne einer ehrgeizigen Moderne (Bauman 2009a: 12) interpretieren möchte, bleibt zweifelhaft. Vielmehr muss festgehalten werden, dass diese Reflektion „zum Überdenken des strategischen Grundkonzeptes“ dient (Burger/ Buchhart 2002: 55), denn durch die angewandten Lern- und Risikoreduktionsstrategien kann sich die gesamte Situation verändert haben – was auch die eigentliche Idee ist – und deshalb muss überwacht (und überdacht) werden, ob die neuen Strukturen bzw. Abläufe und Interaktionen praktikabel sind und „inwieweit sie tatsächlich Wirkung zeigen“ (Paula 2007: 128). Die Erfahrung mit der organisatorischen Wirklichkeit zeigt, dass eine Vielzahl von „eigentlichen“ Prozesse und Praktiken ins Spiel kommen, die nicht im „strategischen Plan“ enthalten sind. Die an der Lösung Beteiligten entwickeln ihre eigenen Praktiken und Prozesse, um „sich durchzuschlagen“. Dabei halten sie sich an das „offizielle Design“ und manchmal auch nicht (Watson 2002: 82). Von daher ist die Reflektion durch Überwachung nicht nur eine Notwendigkeit, um den Kreis des Risikomanagements zu schließen, sondern

auch die Möglichkeit zu verstehen, welche emergenten Eigenschaften und Prozesse im Unternehmen auftreten. Emergenz ist kein Gegensatz zu dem, was angestrebt wurde, sondern genau das, was sich aus dem Zusammenspiel der unterschiedlichen Intentionen ergibt. Es entsteht explizit aus den kommunikativen Handlungen und sozialen Beziehungen, Machtbalancen und ideologisch basierten Entscheidungen, die das Alltagshandeln in der Organisation leiten (Stacey 2007: 265). Postmodernes strategisches Handeln „erwartet nicht mehr, die allumfassende, totale und ultimative Formel für ein Leben ohne Ambiguität, ohne Risiko, Gefahr und Irrtum zu finden, und ist zutiefst misstrauisch gegenüber jeder Stimme, die anderes verheißt“ (Bauman 2009a: 365). Auch Manager sind nur Beteiligte in diesen komplexen Reaktionsprozessen und damit befasst, was jetzt gerade abläuft und welche Schritte als nächstes getan werden müssen (Stacey 2007: 442). Die Kontrollphase erzeugt damit ein weiteres reflexives Element im Risikomanagement und schafft den Nährboden die Aufmerksamkeit neu zu orientieren: Es geht nicht darum, was die Beteiligten einer Organisation im „Idealfall“ tun sollten, sondern darum, was sie „schon jetzt tun“ und was sie „schon immer getan haben“. Es geht darum, mehr Aufmerksamkeit auf die Qualität der eigenen Erfahrung von Interaktionen und Beziehungen zu lenken, und wie man mit ihnen umgeht (Stacey 2003: 422). So erlaubt der Schritt von „richtigen“ Verschreibungen hin zu einer „Akzeptanz von Ungewissheit“ und bewussten Annahme von Ambivalenz eine Haltung und einen Umgang mit einander, der die moralische Verantwortung des einzelnen stärkt. Erst die Akzeptanz der fortwährenden Notwendigkeit gemeinsam bewusst moralisch zu handeln und aus Fehlern zu lernen, kann neue Balancen schaffen und einige Folgen der Moderne überwinden (Bauman 2009a: 329-331 u. 365).

Erst die Akzeptanz der Polyphonie multipler Stimmen und Perspektiven kann die Kreativität und Innovationsfähigkeit einer Organisation fördern und die notwendige Flexibilität und Verständnis dafür erzeugen, mit Risiken umzugehen. Management bedeutet nicht das Unterdrücken von Unterschieden mit einer „Exzellenz-Kultur“, sondern das Erkunden und Ausnutzen der Komplexität und vielfältigen Möglichkeiten eines Unternehmens, welche durch zunehmend komplexe Teilung von Wissen und Fertigkeiten ermöglicht wurde (Kornberger et al. 2006: 24-25). Weil aufgrund einer (notwendigerweise) unvollständigen Lösung von Problemen immer wieder neue Fehler und Risiken auftreten, wird deutlich, dass Lernen ein Prozess des Organisierens und ein notwendiger Bestandteil des Werdens einer Organisation ist – einer fortwährenden Veränderung der organisatorischen Identität (Clegg et al. 2005b: 161-162).

Nachdem in diesem Abschnitt das Konzept des Risikomanagement Prozesses beschrieben und kritisch reflektiert wurde, werden im Folgenden noch einmal zwei Instrumente beschrieben, an denen der Alltag des Risikomanagements verdeutlicht werden kann. Darauf aufbauend werden Ansatzpunkte für Verbesserungen aufgezeigt. *Critical Incident Reporting* und *Root Cause Analysen* erlauben nicht nur die Auswertung von Risiken und kritischen Ereignissen im Krankenhaus, sondern spiegeln die bedeutende organisatorische Rolle von Risikomanagement als gemeinsames sprachliches Handeln, im Sinne einer „postmodernen" Praxis wider (Letiche 1996: 196; Watson 1997; Jackson/ Carter 2000: 235-237). Eine Dekonstruktion erlaubt das Aufdecken ihrer Schwächen und dadurch eine reflexive Einbindung in den strategischen Kontext von Risikomanagement im Krankenhaus. Dies wird linguistisch mithilfe einer kritischen Diskursanalyse versucht (Miller 1997; Potter 1997; Jäger 1999; Mesthrie/ Deumert 2000; Coupland/ Jaworski 2001; Wetherell et al. 2001; Fairclough 2010).

5. Dekonstruktion von Risikomanagement als Instrument

Wie deutlich wurde, ist der Risikomanagementprozess nicht immer unproblematisch zu sehen. Zuerst sollen die Risiken identifiziert werden. Aber dies geschieht nur subjektiv, nie vollständig und ist zudem aufwendig. Als nächstes werden diese identifizierten Risiken und Bereiche analysiert und bewertet. Es soll herausgefunden werden, wie man diesen Problemen habhaft werden kann. Das Problem von Kausalität ist auch hier maßgeblich einschränkend für die Möglichkeit „Faktoren zu beeinflussen", weil man nie sicher sein kann, dass dies auch die „richtigen" sind. Die Methoden geben Anhaltspunkte und Richtlinien, sind aber in sich unvollständig und beschränkt. Bei der Bewältigung bzw. Umsetzung sollen die Risiken reduziert oder in Beziehung zu den Risikopräferenzen des Unternehmens gestaltet werden. Auch hier ist das grundsätzliche Problem (Was man eigentlich strategisch erreichen will!) fast nebensächlich, weil die Umsetzung ebenfalls problematisch sein kann. Hat man die „richtigen Ursachen" gefunden? Kann man diese einfach so abstellen oder gibt es weitere Faktoren die diese beeinflussen? Gibt es Ansichten und Verhaltensweisen, die den guten Vorsätzen entgegen wirken könnten? All dies sind legitime Fragen, welche die Komplexität und Unvollkommenheit des Risikomanagements aufzeigen. Dies macht die Überwachungsphase des Risikomanagementprozesses so wichtig. Es wird reflektiert, abgewogen und verglichen – immer in Diskursen, durch Kommunikatives Handeln. Kontrolle wird angestrebt, aber bleibt illusorisch – insbesondere auf Grund der sozialen Komplexität und sprachlichen Konstruktion der Wirklichkeit. Wir sehen, was wir kennen, worüber wir sprechen. Je mehr wir wissen, desto mehr sehen wir (Bauman 1990: 227). Diskurse lenken, was wir sehen können, was gesagt werden darf (Tietze et al. 2003: 89). Welche Risiken wir wahrnehmen, wie wir sie definieren, basiert immer auf unserem Verständnis der Welt bzw. unser sozialen Wirklichkeit. Demnach sind Risiken nicht objektiv, teilweise konstruiert und noch dazu schwer zu fassen (Gephart et al. 2009: 144). Diese Eigenschaften treten ebenso bei Organisationen bzw. *dem Organisieren* auf, zumal diese (dieser Prozess des kommunikativen Handelns) ja der Ursprung *dieser* Risiken sind (ist) (Beck 2007). Es besteht also das Problem der Nichtlinearität und Steuerbarkeit von Unternehmen bzw. dem Verhalten von Mitarbeitern im Allgemeinen (Stacey 2007). Obwohl die Betriebswirtschaftslehre bzw. die Organisationsforschung diese Probleme schon lange bearbeitet, sind sie hier auch noch nicht zu einer

abschließenden Beurteilung gekommen. Es gibt immer neue Hoffnungen, aber auch wieder neue Einsichten, aufgrund derer die Erkenntnisse und die Erfahrungen immer wieder neu beurteilt werden müssen. Die Natur vom „Managen“ ist eben nicht die des objektiven Beobachters, der die Geschicke und das Wirken seines Unternehmens oder im Auftrag anderer nach Belieben lenkt oder steuern kann. Der Manager ist selbst Partizipant der fortwährenden interaktiven Handlungen des Organisierens und damit befasst zu inquirieren (zusammen mit allen anderen), wie es weiter geht, was jetzt gerade getan wird. Er kann nicht außerhalb des Unternehmens stehen. Zwar ist es möglich unternehmensweite Intentionen zu formen, Hebel zu identifizieren, aber auch diese Signifikate müssen erkannt bzw. interpretiert werden. Auch das Setzen von Rahmenbedingungen wird schwierig, weil Kontrolle im Allgemeinen skeptisch zu sehen ist. Diese Intentionen und Entwürfe erwachsen aus den Konversationen zwischen den Managern und den Beteiligten. Kleine Veränderungen können zu großen Auswirkungen führen, aber sie müssen es nicht. Alles gemeinsame Handeln ist immer kommunikativ. Es gibt immer Muster von Interaktionen und Machtbeziehungen, Schattenthemen und Diskurse, sowie ideologisch basierte Entscheidungen. Wandel ist immer auch ein Wandel in den Konversationen und Diskursen. Er tritt dann auf, wenn genügend Diversität vorhanden ist. Aber diese Evolution von fluiden Konversationen und die Emergenz von kreativen neuartigen Wegen, Handlungen und Möglichkeiten sind vollkommen unvorhersagbar. Fluide Konversationen werden durch Ängste erzeugt (basierend auf der Neuartigkeit und der inhärenten Ungewissheit, die genau hier bewusst wird). Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit für Entscheidungen, etwas so zu tun und nicht anders. Man vertritt eine Sichtweise, weil man die Informationen (gemeinsam) interpretiert. Dies basiert damit immer auf den eigenen Erfahrungen, Einstellungen und Werten. Entscheidungen sind damit immer ideologisch basiert. Aus diesen Konversationen, Entscheidungen und Machtbeziehungen, die auf vielfältige nicht-lineare Weise zusammenwirken, ergeben sich organisationsweite Muster und Fähigkeiten (z.B. eine Kultur, eine Strategie, eine Ausrichtung, bestimmte Innovationen, etc.). Doch vor allem, gibt es keine Garantie für Erfolg (Stacey 2007: 436, 442 u. 444). Jede Ordnung ist immer nur partiell. Jedes Management dieser Ordnung kann nur unvollständig sein. Es gibt so viele äußere Dependenzen und unbeachtete menschliche Bestrebungen, welche die künstlichen Grenzen – die künstliche Ordnung – zerreißen und den Intentionen der Manager entgegen wirken. Jeder Sieg über das Chaos muss immer vorübergehend bleiben. Das „Ringen“ hat kein

Ende, weil das Ziel (z.B. Risikofreiheit) nicht erreicht werden kann (Bauman 1990: 183). Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit der Akzeptanz dieser „Grundverfassung". Es wird immer „Probleme mit unzureichenden Lösungen im menschlichen und sozialen Leben" geben, die nicht „entwirrbar" sind. Es wird immer „Abivalenzen" geben. Es wird immer „linguistische Schnitzer und Zweifel, die nicht durch Gesetze aus der Welt zu regeln sind" geben (Bauman 2009a: 365). Dies als Pessimismus zu definieren wäre verfrüht, weil es die Möglichkeit übersieht, dass erst durch diese Einsicht und Akzeptanz von Ambivalenz die Notwendigkeit für gemeinsames Handeln und Kommunikation deutlich wird. Erst dieser offene Diskurs schürt Toleranz und erzeugt Verständnis – für Fehler, Risiken – (Bauman 1990: 232) und bewirkt, dass es in Zukunft leichter wird, diesen Diskurs zu pflegen. Durch diese Offenheit wird es vertretbar an sich zu arbeiten, statt andere anzuklagen, Fehler und Versäumnisse bei anderen zu suchen. Das Arbeiten an sich selbst und der kommunikative Austausch darüber, schaffen Vertrauen. Erst dann wird Lernen möglich.

Critical Incident Reporting und *Root Cause Analysen* sind zwei Instrumente die diesen gemeinsamen Diskurs – die Reflektion von Fehlern und das kommunikative Handeln – besonders fördern können. Daher werden sie im Folgenden einer Dekonstruktion unterzogen und einige empirische Beispiele diskursanalytisch untersucht.

5.1. Übersicht

Diskurse sind Konzepte, Aussagen, Wörter und Ausdrücke die eine bestimmte Art und Weise des Sprechens und Schreibens (i.e. Erlebens) über einen bestimmten Aspekt der sozialen Wirklichkeit konstituieren. Sie bedingen die Art wie Menschen *die* Realität verstehen und sich danach verhalten (Watson 1995: 75; Tietze et al. 2003: 80-81). Weil sie einerseits normativ sind, aber genauso Implikationen für die Praxis haben, lassen sie sich nicht auf eines davon reduzieren (Linstead 1993: 63). Sie bestehen aus unterschiedlich verbundenen Texten und den dazugehörigen Praktiken der Textproduktion, -Verbreitung und –Gebrauch und erzeugen damit ein Objekt oder Idee (Parker 1992a). Daher spielen sie eine bedeutende Rolle in der Konstitution der materiellen Wirklichkeit, weil sie Regeln festlegen, Identitäten erzeugen, Kontexte festlegen, Werte bestimmen und Prozeduren generieren. Sie bestimmen sie die sozialen Praktiken (Grant et al. 2011: 214). Diskurse sind die Organisation der sozialen Wirklichkeit (Chia 2000: 517). In ihnen wird Wissen vermittelt und werden

Machtbeziehungen geformt (Tietze et al. 2003: 82). Sie bestimmen, *Wer* etwas sagen darf, *Was* gesagt werden darf und das *Wo*, *Wie*, und *Warum* (Jackson/ Carter 2000: 65-67). Sie (re)konstruieren Bedeutungen und erzeugen damit soziale Praktiken (Grant et al. 2011: 215). In diesem Sinne geht es bei „Wissen" um die Konstruktion von Sinn, die Ordnung von Informationen, und weniger um die Entdeckung von Fakten (Jackson/ Carter 2000: 54). Wissen ist demnach eine subjektive Konstruktion dessen, was „wahr" ist. Nach Foucault konstituiert Sprache in der Form von Diskursen Objekte und Subjekte. Diskurse arrangieren die soziale Welt auf eine Art, welche die sozialen Praktiken leitet. Und diese sozialen Praktiken sind eine Subjektivität in sich (Grant et al. 2011: 217). Menschen werden in ihren Positionen (Ansichten) „fixiert", aufgrund der ihnen zur Verfügung stehenden sprachlichen Praktiken für Sinnkonstruktion. Diskurse erlauben die Erzeugung einer *bestimmten* (Selbst-)Wahrnehmung und rechtfertigen ein *bestimmtes* Handeln – dabei verstärken sie jedoch die bestehenden Machtbeziehungen und Verhaltensmuster. Indem *diese* eine Konstruktion verfestigt bzw. verfolgt wird, werden aber andere ausgeschlossen. Hieraus entsteht dann eine *bestimmte* Form der Subjektivität (Potter/ Wetherell 1987: 109 nach Mesthrie/ Deumert 2000: 324).

Risiken sind niemals vollkommen objektiv und können niemals außerhalb von Ideologie und Moral verstanden werden. Sie sind immer eingebunden in die Kulturen, die Ihnen Bedeutung verleihen. Diese Bedeutung ist nicht starr oder objektiv, sondern muss fortwährend konstruiert und verhandelt werden (Gephart et al. 2009: 144). Alle Entscheidungen implizieren immer Risiken, aber vor allem beinhalten sie immer moralische Einschätzungen – daher sind sie immer normativ (Jackson/ Carter 2000: 233). Dies zielt auf den Zustand ab, der angestrebt wird, wenn jener Weg eingeschlagen wird und nicht ein anderer, wenn eine bestimmte Lösung für ein kritisches Ereignis vorgeschlagen wird.

Critical Incident Reporting (CIR) und die darauf folgenden *Root Cause Analysen* (RCA) sind beide zentrale Instrumente im Versuch, Krankenhauspersonal in das Management und das Organisieren ihrer Arbeit mit einzubeziehen und eine Abkehr von etablierten Methoden und Ansätzen das Personal in die nicht-klinischen, sondern organisatorischen Bereiche des Gesundheitswesens bzw. des Krankenhauses zu involvieren (Iedema et al. 2006a: 134). Ein bedeutsames Element der Anstrengungen und Initiativen zu mehr Patientensicherheit ist, Risiken nicht nur als zufälliges Ereignis oder Ergebnis eines menschlichen Fehlers zu sehen, sondern vielmehr als Produkt der zugrunde liegenden Faktoren der sozio-organisatorischen Rahmenbedingungen der

Gesundheitserzeugung (Waring et al. 2006: 228). Dieses Organisationsverständnis von Risiken bzw. von „organisatorischen Risiken“ soll mit der Implementierung von CIR und RCA aufgebaut werden. CIR ist eine ebendieser entstehenden organisatorischen Strategien und diskursiven Praktiken, die professionelle Grenzen überwinden und die Abgrenzungen von Spezialdisziplinen überschreiten kann. Vor allem versucht es dies nicht mit rein „bürokratischen“ Methoden, sondern durch Berichte und Erzählungen oder durch gemeinsames Ausarbeiten. Indem die Angestellten ihre eigenen Erfahrungen schildern, wird das Krankenhaus zu einem Ort, an dem es möglich wird die technischen und ethischen Konturen ihres selbst (Was sie sind – Was sie tun) zu konstruieren, zu verfestigen oder zu hinterfragen (Iedema et al. 2006a: 135). Die Identität des einzelnen wird schließlich in genau diesen organisierenden Diskursen konstruiert (Chia 2000: 517). Organisationen sind fortwährende Muster von kommunikativen Beziehungen zwischen Menschen in denen ihr Selbst zusammengehalten wird und aus denen heraus es sich verändern kann (Stacey 2007: 277). CIR erlaubt Risiken gemeinsam zu untersuchen und zu reflektieren und damit die Arbeitspraktiken zu formen (Iedema et al. 2006a: 135). Bedeutung im Allgemeinen (*meaning*) oder die Bedeutung von Fehlern im Besonderen entsteht immer aus den kommunikativen Handlungen oder Interaktionen der Beteiligten. Sie wird also kontextabhängig erzeugt, gestützt und geformt (Grant et al. 2011: 220).

CIR bringt eine bestimmte moralische Dimension ins Spiel, da die Beteiligten ihre eigenen Erfahrungen oder Beobachtungen über „das was geschehen ist“ oder „was sie getan haben“ festhalten sollen. Es wird deutlich, „wie sich etwas angefühlt hat“ oder „wie es ausgegangen ist“. CIR wird damit zu einer erzählerischen Technik durch welche Affekt, Identität, praktische Reflexivität und organisatorische Strategie konvergieren (Iedema et al. 2006a: 136). Was durch verschiedene Erzählungen von Erlebnissen und Vorfällen deutlich wird, ist das die Organisation eine Vielzahl von organisatorischen Realitäten und kommunikativen Prozessen enthält, die sich bedingen, überlappen oder durchdringen (Grant et al. 2011: 221). Diese „Polyphonie“ oder „Heteroglossia“ ist das Zusammenspiel von mehreren Stimmen, linguistischen und sozialen Orientierungen, die sich in den geäußerten Lauten und Ansichten widerspiegeln (Bakhtin 1981 nach Mesthrie/ Deumert 2000: 322). Diese vielen Perspektiven können genau durch CIR zutage treten und bieten einen großen Raum für das Lernen und das Erzeugen von Verständnis in dem gemeinsamen Versuch die Risiken im und aus dem Alltagshandeln des Krankenhauses zu reduzieren.

Gesetzgeber und Manager haben eine Reihe von unterschiedlichen Techniken gefördert, die über die unilaterale Sorge der Finanzierung hinausgehen und durch welche die Kontrolle des Managements über die klinische Arbeit neu interpretiert und erneuert werden soll. Clinical Governance, Qualitätsverbesserungen, Patientenorientierung, Patientensicherheit, Open Disclosure, Just Culture, lebenslanges Lernen, Teamarbeit und Führung sind in technisch-bürokratischen Prozeduren verankert. Dennoch tragen diese Begriffe die Bedeutung einer verhandelten Ordnung, eines Selbstmanagements, eines moralisch-ethischen Verhaltens in sich. Die Beteiligten werden zusammengeführt und sollen idealer Weise gemeinsam die Risiken und Fehler reflektieren, auswerten und Verbesserungen entdecken. Es geht vor allem darum, dass dies von denen getan wird, die „vor Ort" sind, die „die Arbeit tun" (Iedema et al. 2006a: 137). Hieran wird auch deutlich, was es bedeutet, wenn Akteure fortwährend eine Organisation durch ihre Aktionen und Interpretationen konstruieren, weil sie sich gemeinsam damit auseinander setzen, was „sie tun" und „was andere tun" – es geht also um die soziale Wahrnehmung ihrer Handlungen (Czarniawska 2008: 7).

Medizinisches Personal und Ärzte haben einander schon lange kritisch beäugt und hinterfragt. Es gibt Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen, Bewertungen (Peer Reviews), Visiten, etc. Aber diese Diskussionen wurden immer hinter verschlossenen Türen, in Pausen, hinter vorgehaltener Hand geführt und blieben immer unaufgeschrieben (paperless) (Iedema et al. 2006a: 137). Sie waren „Schattenthemen" und „informell", aber ein grundsätzlicher Teil des kommunikativen Handelns und der Machtbeziehungen (Stacey 2000: 376-383). Durch CIR und RCA werden die „verdeckten" Diskussionen über Behandlungsschäden bzw. kritische Ereignisse zu disziplinübergreifenden Begegnungen rekonfiguriert, die nicht nur durch „gemeinsame Erzählungen" strukturiert sind, sondern in denen gemeinsam eine Dokumentation, Analyse und Interventionen entworfen werden (Iedema et al. 2006a: 137).

Dekonstruktion ist eine postmodernistische Methode dafür Strategien aufzudecken mit denen bestimmte Wahrheitsansprüche repräsentiert werden. Man verdeutlicht (oder entlarvt) wie ein Autor seine Verlässlichkeit begründet, wie Daten ausgewählt und interpretiert werden, um einen bestimmten Schluss zu ziehen und Vorschläge zu untermauern. Es geht um die Bedeutung bzw. Funktion von Sprache eine bestimmte Version der „Wahrheit" zu fördern, indem Unsicherheiten und andere Ansichten verdrängt und unterdrückt werden (Huczynski/ Buchanan 2001: 58). Gerade *Critical Incident Reports*, also Erzählungen oder zumindest sprachliche bzw. geschriebene

Berichte von Geschehnissen und deren Auswertung, sind erheblich subjektiv. Es geht darum zu berichten, wie man selbst etwas „erlebt“ hat, was „man selbst gedacht hat“ oder „wie etwas gewirkt hat“ (Iedema et al. 2006a: 136). Daher „erzeugt“ Sprache Bedeutung und konstruiert immer bestimmte Versionen der Realität, so dass unser Verständnis „der Wahrheit“ auch immer fragmentiert, selektiv und eingeschränkt ist (Huczynski/ Buchanan 2001: 60-61). Hieraus wird es möglich hinter die Bedeutung von Worten/Sprache zu schauen und zu ergründen, welche Gefühle dahinterstehen – wie unsere Sprache unterbewusst unsere Beziehungen „steuert“ (Lacan 1977 nach Baggini/ Fosl 2003: 187-188). Um zu verstehen, wie genau diese Berichte aussehen können, welche Aussagen sie enthalten und wie sie gedeutet werden können, soll im Folgenden an einigen Beispielen gezeigt werden. Anhand der vorliegenden Beispiele, soll versucht werden, *Critical Incident Reporting* zu dekonstruieren und für die Anwendung greifbarer zu machen.

5.2. Eine Dekonstruktion von Critical Incident Reporting

Aufbauend auf Iedema et al. (2006a) und der Internetseite *CIRS-Notfallmedizin.de* von Hohenstein (2009a, 2009b) werden verschiedene Critical Incident Reports dargestellt und analysiert. Da die Autoren einerseits den Unterschied zwischen „Erzählungen“ und „Berichten“, sowie andererseits die Verbindung zwischen Fallberichten von Risiken und dem organisatorischen Risikodiskurs darstellen (Iedema et al. 2006a: 138), sollen eine „Managementperspektive“ und eine „lingustisch-psychoanalytische“ Sicht ergänzt werden, durch die eine „reflektierte“ Anwendung im Sinne eines Risikomanagement als Praxishandeln beschrieben wird. Damit soll den kommunikativen Handlungen, der Machtbeziehungen und ideologisch basierten Entscheidungen Rechnung getragen werden, mit denen die Wirklichkeit erzeugt wird und durch die im Kontext von Critical Incident Reports die Beteiligten sich einsetzen, um zu verstehen, Lösungen zu entwickeln und über sich selbst zu „reflektieren“ (Stacey 2007: 420).

Während das meiste Lernen in Organisationen als lokal gesehen wird, indem Einzelne oder Gruppen ihre Fähigkeiten „perfektionieren“, mit den lokalen Beschränkungen umgehen oder mit „dem System“ klarkommen müssen (Carroll/ Edmondson 2002: 52) geschieht das nach Stacey (2006) meist in der Annahme, das die Organisation ein „Ding“ sei, eine eigene Entität oder Person. Dabei sei es treffender (wie früher angedeutet), die Organisation als die Muster der Interaktionen zwischen Menschen

miteinander zu beschreiben. Lernen wird dabei zwar auch von Menschen erreicht, aber dies geschieht (oder zeigt sich) durch die Veränderungen in den Diskursen und kommunikativen Handlungen und Machtbeziehungen. Lernen ist also eine Aktivität von interdependenten Menschen und kann nur in Bezug auf die selbstorganisierenden Sprachhandlungen und Machtbeziehungen verstanden werden, in denen sich die Identitäten (das Selbst) der einzelnen potentiell verändern (Stacey 2006: 237). Hatch (1997: 93-94) interpretiert, das die „Konditionen der Umwelt" nicht von der „Wahrnehmung dieser Konditionen" getrennt werden können. Eine Implikation des *enactment view* bzw. des sozialen Konstruktivismus ist, dass sobald wir erkannt haben, dass wir selbst die tragende Rolle darin spielen die „organisatorische Realität zu konstruieren", wir uns davon befreien können. Wir können gemeinsam die unterschiedlichen Ansichten von kritischen Zwischenfällen interpretieren, sie deuten und dazu nutzen, es besser zu machen. Da es jedoch um die gemeinsame Interpretation und Konstruktion von sozialer Wirklichkeit geht, brauchen wir eine Vielfalt von Stimmen, eine „Polyphonie" (Bakhtin 1984), um die „sozialen Möglichkeiten" auszuschöpfen (Bakhtin 1981 nach Mesthrie/ Deumert 2000: 322). Letztendlich tragen wir selbst die Verantwortung für die Organisationen in denen wir arbeiten, zu den Bedingungen, zu denen wir beitragen (Hatch 1997: 94). Das Lernen aus Fehlern ist damit auch eine „Konstruktion des Selbst", einer „besseren" Version dessen was man sein kann. An dem gemeinsamen Handeln setzen die Arbeiten an, die sich mit Unternehmenskultur beschäftigen. Es geht um die Erzeugung von moralischer Verpflichtung, Überzeugung und Enthusiasmus, aber auch um Verständnis (Fullan 2001: 4) und manchmal um Beziehungen (Lewin/ Regine 1999). Vor allem trachten sie danach Kultur zu instrumentalisieren (Schein 1985, 1999; Senge et al. 1994; Senge 2006). Doch sie übersehen dabei, dass es vor allem um die Sprache geht, dass das *Selbst* gerade aus der Sprache und den kommunikativen Handlungen mit anderen hervorgeht (Bakhtin 1981; Stacey 2000, 2007). Aus sozial-konstruktivistischer Sicht des Lernens schaut man auf die alltäglichen Handlungen, wie sie beschrieben werden, wie sie die bestehenden Strukturen reproduzieren oder sie zu verändern trachten (Hatch 1997: 352). Daher sind Erzählungen nicht nur die formalen Geschichten, sondern auch die Routine-darstellungen von Vorfällen und Ereignissen, welche die alltäglichen Unterhaltungen durchdringen. Indem der Erzähler berichtet, muss er entscheiden, welche Episoden eingeschlossen werden sollen, wie Personen und Ereignisse beschrieben werden, so dass Erzählungen nie „neutral", sondern immer „konstruierte Repräsentationen" sind.

Durch die Entscheidungen etwas so und nicht anders darzustellen, kann der Erzähler sich „in ein bestimmtes Licht rücken“ oder „andere Leute und Vorkommisse in der Geschichte evaluieren“ (Swann/ Leap 2000: 190-191). Sie erlauben damit einen tieferen Blick in die Gefühlslage der Person oder sie lassen das auch nicht zu. Sie geben einen Eindruck von der Komplexität des Geschehens, der Handlungen oder sie bleiben kausal, sachlich und reduziert. Diese Aussagen werden anhand der folgenden Beispiele vertieft.

5.2.1. Incident Report #27 – Vorfall in der Notaufnahme

Der erste Bericht nach Iedema et al. (2006a) ist folgender:

Abbildung 22. Incident Report – #27 (Vorfall in der Notaufnahme)

Was ist passiert? *(story)*	„Patient XY intubated by doctor in Emergency Department. Left spontaneously breathing. Retrievel team arrived. Breath sounds heard within usual total assessment. Readied for transfer, paralysed for transport. Subsequent demise, presumed to be of neurological cause. Later review of CXR (not looked at by retrieval team) showed ETT in oesophagus (Speiseröhre).
Ausgang *(outcome)*	Cardiac arrest.
Eingeleitete Schritte *(steps taken)*	As presumed to be neurological cause, patient already elderly and moribund, aggressive resuscitation not attempted.
Vermeidbarkeit *(was the incident preventable?)*	Yes – always check CXR when available, re-check airway if paralysing.

Quelle: Iedema et al. (2006a: 138). Leicht verändert übernommen.

Vorfall ist sehr schwerwiegend. Einerseits wird der Patient durch die Speiseröhre intubiert und nicht durch die Luftröhre, zudem fand das durch den Arzt der Notaufnahme statt. Zweitens hat das Rettungsteam nicht geschaut, ob der Patient vernünftig intubiert worden ist. Beide Handlungen bzw. Nicht-Handlungen sollten Fragen aufwerfen (Iedema et al. 2006a: 138). Während die Sprache klar und sachlich bleibt, fehlt emotionale Tiefe. Es wird auch nicht deutlich, ob der Berichtende in der Situation „achtsam“ (mindful) gehandelt hat oder nicht. Was hier vermisst werden kann, ist also die Bestrebung von High Reliability Organizations (HROs) fortwährend zu hinterfragen, ob die Routinen und Erwartungen „zutreffen“ – ein Updating im Sinne einer Mindfulness (Weick/ Sutcliffe 2007: 26). Die klinische Beziehung des Autors zu dem Patienten wird nicht deutlich. Die Dringlichkeit wird sprachlich herabgespielt, insbesondere durch die Reduktion von Facetten und Eindrücken – also das Fehlen von

Adjektiven. Es werden nur „unvollständige Verben“ benutzt *(„left ... breathing, sounds heard, readied“)*, ein „passiver Ton“ (intubiert durch Doktor, gehörte Geräusche, etc.) und „substantivierte Verben“ (Verscheiden *„demise“* anstatt sterben, Rückblick anstatt zurückblicken). Der Berichtende schreibt „minimalisierend“. Der Stimme nach, kann man nicht erkennen, wer etwas getan hat (außer der falschen Intubation durch den Arzt der Notaufnahme). Der Struktur nach, ist es eher eine Aufzählung, in der die Details eingeschränkt werden (Iedema et al. 2006a: 138). Erzählungen beschreiben eine Geschichte zu einem Ergebnis (Weick 1995: 128)[24]. Erst durch die Sequenz wird ein hinreichender Kausalzusammenhang beschrieben. Die Sequenz ist damit auch der Sinn einer Geschichte (Tietze et al. 2003: 56). Genau dieser Sinn wird hier nur rudimentär erzeugt. Der Leser erkennt nicht, warum die Geschehnisse sich so zugetragen haben, er wird über Vieles im Unklaren gelassen. Die reine Auflistung von Fakten wirkt „ökonomisch“. Dieser Bericht ist als Liste entstanden, vielleicht aufgrund von Zeitmangel. Der Verfasser könnte aber auch versucht haben, die Bedeutung des Vorfalls herunter zu spielen, insbesondere durch die Aussparung von Gefühlen und persönlichen Eindrücken. Diese Aussparung kann darauf hindeuten, dass versucht werden sollte, Zweifel zu verhindern oder die moralisch-ethische Verbindung zu diesem Ereignis auszuklammern. Daher kann die Analyse nicht mehr tun, als die Art der Berichterstattung zu verdeutlichen. Es könnte interessant sein zu untersuchen, ob einer derartige Bedeutung minimierende und emotional reduzierte Schreibweise bei immanent Verwickelten anzutreffen ist – bei denen, die ihre Verbindung und eventuellen unachtsamen Handlungen am Vorfall nachträglich minimieren möchten (Iedema et al. 2006a: 138). Der nur rudimentäre Kausalzusammenhang kann auch in diesem Sinne interpretiert werden. Es werden nur Fakten aufgezählt – zwar in einer Reihenfolge –, aber nicht durch Adjektive verbunden, so dass ebendiese Reihefolge weniger als Abfolge, sondern mehr als Auflistung wirkt. Dadurch wird auch keine „Kausalität“ erzeugt oder beschrieben, also nicht erklärt, wie dieser Vorfall jetzt begründet werden kann bzw. was man hätte lernen können. Die Beschreibung wirkt quasi „normalisierend“ und zeugt somit von einer genau entgegen gesetzten Einstellung als in HROs, wo die Antizipation unerwarteten Problemen und die *„sensitivity of operations“* im Mittelpunkt stehen (Weick/ Sutcliffe 2007: 58-63).

[24] Nach Tietze et al. (2003) benutzt Weick (1995) die Ausdrücke *„narrative“* (Erzählung) und *„story“* (Geschichte) sinngleich. Der Gebrauch von Geschichten ist ein wichtiger Teil in der Konstruktion von Bedeutung (*meaning-making*) (Tietze et al. 2003: 56).

Wenn nach Lacan (1977) die Sprache unser Unterbewusstes ist (Baggini/ Fosl 2003: 187), dann drückt die reduzierte karge Beschreibung des Vorfalls eindeutig eine Distanzierung und emotionale Unterdrückung des Vorfalls aus. Der Autor möchte einfach nur die Fakten, nicht die Umstände preisgeben und das ganze am besten schnell abhaken. Lacan fragt nach den „heimlichen Wünschen" die im Text animiert sind und ob die Eindrücke und Doktrinen des Textes „Symptome" von tiefen psychischen Bestrebungen wie Schuld, Scham oder Angst sind (Baggini/ Fosl 2003: 188). Diese Deutung ist mit der radikaleren Beschreibung von Iedema et al. (2006a) kongruent, da sie interpretieren, dass dieser Report als Liste geschrieben wurde, vielleicht aufgrund von Zeitdruck oder aber um den Vorfall nicht zu sehr in die Öffentlichkeit zu rücken, die eigenen Gefühle dafür zu unterdrücken und sich emotional und organisatorisch von dem Vorfall zu distanzieren (Iedema et al. 2006a: 138). Der folgende CIR hat gleich eine ganz andere Lesart.

5.2.2. Incident Report #43 – Ruf zu auswärtigem Autounfall

Dieser Incident Report von Iedema et al. (2006a) beschreibt einen auswärtigen Einsatz bei einem Autounfall in merklicher Länge und Tiefe:

Abbildung 23. Incident Report – #43 (Ruf zu auswärtigem Autounfall)

Was ist passiert? *(story)*	„Pre-scene, the case load had been relatively light for a few days and after the usual readiness checks we spent the morning being orientated to and checked off on various safety equipment. The alarm rang at 12:30. We were tasked to attend a MVA (motor vehicle accident) scene. Clinical details were minimal, male patient trapped in car wreckage, unconscious with head, chest and abdominal injuries. Further details were to be supplied en-route. (…) During the long outward flight it became apparent that communication was a major problem. Apparently the accident site was in a radio shadow due to mountains and we could not talk to anyone at the scene. Update information from ambulance was consequently fairly sketchy. Same injuries as before, still trapped, patient hypotensive, doctors from local hospital had declined to attand scene. Based on this information I privately developed a pessimistic opinion about the case. Unprotected airway, prolonged hypovolaemic shock, probably hypoxaemia. The golden hour had long since elapsed. I suspected that we would be called off the case due to the patient's demise but prepared myself in case that did not happen. Mentally ran through EMST principles of management. At the scene, the accident was on a long straight road with dense timber on each side. We landed on the highway about 200m from the scene. There was a considerable gathering present including ambulance, police and bystanders. A doctor had come from the local hospital and a paramedic had just arrived from well over 160km away. The patient was a (age) male from nearby town. It appeared that he was s single car occupant who at (time) had fallen asleep and driven into a large (obstacle) off the right hand side. After 2h he had been released from the severly deformed car and had been placed in a rather small ambulance.

	My assessment in the ambulance: – Airway satisfactory. No blood in lumen of tube but there was a "fountain" of blood from the mouth with each inspiration, indicating an air leak past the cuff. (…) – Summary: 3h post-trauma. Probable lethal brain injury with ischaemic brainstem reflex. Possible BOS fracture compound into upper airway. Facial fracture. R pneumothorax. Lower limb fractures. Possible hypovolaemia masked by brainstem ischaemic reflex. – I surmised that this patient would not have a good outcome. Small chance that this patient could improve with better oxygenation. Really this would have been miraculous. (…) – Expectation of everyone on scene that we would take patient. Privately held view that this patient was a potential organ donor. (…) – On arrival back at the base I was informed that the patient had "coned" and died soon after hand-over. Issues for discussion: – No communication with people at scene. Made planning more difficult. Not easily fixed in this case. – Very long distances. – Was this retrieval futile from the outset? Impossible to make a judgement like this without reliable and up to date information from the scene. – Requirement to wear vests at scene. I found this piece of equipment particularly troublesome with loose ends of fabric repeatedly dangling over patient. – Decision to transport patient. It could be argued that this case was futile and he should not have been transported. I believe that there were other factors to consider as outlined above. – Poor performance of propaq NIBP. Probably related to decline in patient's BP as his conditioin worsened. Should I have inserted an arterial line at the scene, bearing in mind that this would add to the already prolonged retrieval time? – Useless loaded syringe carrier. Several of my preloaded syringes became self-emptying as I moved around and others have noted the same problem. There has to be a better way." (…)
Ausgang	Died 30 min after delivering at tertiary centre.
Schritte	See report.
Vermeidbarkeit	Not significantly.

Quelle: Iedema et al. (2006a: 138-139). Leicht verändert übernommen.

Bei diesem Beispielfall (CIR #43 – Autounfall) wird ersichtlich, inwieweit Erzählungen zur organisatorischen Konstruktion von Wirklichkeit beitragen. So kann eine Interpretation einer Geschichte zeigen, wie die emotionale Arena des organisatorischen Miteinanders aussieht. Es kann untersucht werden, wie die soziale Realität konstruiert wird. Man arbeitet mit „Bedeutungen" von Ereignissen und „Verständnissen", weniger für die Aufdeckung von „Wahrheit". Indem persönliche Gefühle, Annahmen und Ideen aufgedeckt werden, kann außerdem die Bereitschaft und Fähigkeit des Forschers gestärkt werden, die Welt als „mehrdeutig" (*polysemic*) und daher potentiell Uneindeutig zu verstehen (Tietze et al. 2003: 66). Dem Berichtenden war es nicht klar, ob es „richtig" gewesen ist, den Patienten mitzunehmen, „aber alle schienen dies zu erwarten". Es wird erkenntlich, dass die Situation vor Ort aus Sicht des Autors „interpretierbar" war, denn „obwohl das Unfallopfer ein hoffnungsloser Fall war, gab es andere zu berücksichtigende Faktoren". Bei diesem Text wird deutlich, wie sehr diese

geschriebene (diskursive) Handlung dazu beiträgt, das Schwerverständliche, Entrückte und schwer Nachvollziehbare in etwas Greifbares, leichter Verständliches zu übersetzen, wodurch es funktional genutzt werden kann (Chia 2000: 517). Erst durch diesen Bericht kann interpretiert werden, kann verstanden und nachvollzogen werden. Erst durch die narrative Tiefe kann die Situation gedeutet werden.

Die Berichte unterscheiden sich auf allen drei „Fronten": nämlich Kontext, Einstellung und Sprache. Der Hintergrund wird gezeichnet (vor der Handlung) und die Handlung gerahmt („*zur Goldenen Stunde*" *der Behandlung* ...). Weil der Bericht Anfang (Orientierung), Höhepunkt (Komplikation), Evaluierung und Auflösung enthält, kann er als vollständige Erzählung aufgefasst werden (Eggins/ Slate 1997: 233 nach Iedema et al. 2006a: 139; Labov nach Swann/ Leap 2000: 193). Diese tragen fortwährend zum Erzeugen von Bedeutung, dem Formen von Werten und damit zur Sozialisierung bei (Tietze et al. 2003: 51). Der Autor bezieht persönliche Gefühle („*Ich entwickelte einen pessimistischen Eindruck*"; „*die Verbesserung des Patientenzustandes wäre nur noch durch ein Wunder zu erwarten gewesen*"), Wertungen anderer Menschen („*lokale Ärzte hatten sich geweigert zu kommen*"; „*alle erwarteten, dass wir den Patienten nehmen würden*") sowie Evaluierungen des Kontextes („*Neue Informationen waren schwer zu bekommen*"; „*die Weste war sehr unpraktisch*"; „*Entfernungen wirkten lang*") mit ein. Damit werden der Aussagegehalt und die Bedeutung des Berichtes bzw. der Erzählung gesteigert (Iedema et al. 2006a: 140). Denn Bedeutung entsteht aus und bezieht sich auf einem System an Beziehungen. Bedeutung ist prozessual, sozial und niemals fest. Es ist ständig im Werden (Tietze et al. 2003: 171; Jäger 1999: 85), genau wie Organisieren ständig im Werden ist (Tsoukas/ Chia 2002; Clegg et al. 2005; Schatzki 2006).

Der Autor verwebt hier (CIR#43) im Vergleich zum CIR#27 verschiedene Stimmen miteinander. Er erzeugt damit „Dialogizität" (Bakhtin 1981 nach Iedema et al. 2006a: 140; Swann/ Leap 2000: 196). Diese Koexistenz und das Wechselspiel von mehreren Stimmen/ Ansichten (Bakhtin 1981 nach Methrie/ Deumert 2000: 322) wird darin deutlich, dass z.B. „*wir* beauftragt wurden, zu einem Autounfall zu kommen", „*ich* eine pessimistische Einstellung entwickelte" oder „*alle* erwarteten, dass wir das Unfallopfer mitnehmen würden". Ebenfalls sind viele Leute an der Handlung beteiligt: „Der Rettungswagen", die „Ärzte des lokalen Krankenhauses", „der Sanitäter", die Polizei, die Schaulustigen, „die Erwartungen aller Anwesenden". Damit verankert er den Bericht in den komplexen Dynamiken der interpersonellen und sozialen Beziehungen und Verantwortlichkeiten (Iedema et al. 2006a: 140).

Hier wird auch die Widerstrebung deutlich, die Geschehnisse simplifizieren zu wollen (Zweiter Grundsatz von HROs). Weick/ Sutcliffe (2007) interpretierend, zeichnet der Verfasser des CIR#43 ein nuancenreiches Bild dessen, was er vorgefunden und was er gefühlt hat, sogar was andere ausgedrückt haben. Er akzeptiert damit deutlich, dass die Welt oder dieser Unfall komplex, instabil, unbekannt und unvorhersehbar ist und es darum gehen muss, sich so zu positionieren, dass man möglichst viel sehen kann. Es kann nur darum gehen, unterschiedliche Erfahrungen, divergierende Ansichten zu kultivieren und erhaltene Informationen skeptisch zu beurteilen (Weick/ Sutcliffe 2007: 10). Daher ist dieser „Bericht" weniger ein Bericht im rein formalen Sinne, sondern vielmehr ein „verstörender Erfahrungsbericht" – eine persönliche Erzählung – dessen, was sich zugetragen hat. Er drückt (Selbst-)Zweifel und Schwierigkeiten aus, indem der Autor sich fragt „ob er einen arteriellen Zugang hätte legen sollen" in Anbetracht der komplexen Bedingungen „der ohnehin schon vergangenen Zeit". Er fragt den Leser, an den der Bericht gerichtet ist, ob er alles richtig gemacht hat, ob er hätte anders handeln sollen. Dieser Bericht zeugt somit von erheblicher normativ-emotionaler Reichhaltigkeit und persönlichem Engagement (Iedema et al. 2006a: 140).

Aufbauend auf Lacan kann man interpretieren, dass dieser Bericht ausdrückt, wie tief verbunden der Autor mit der Situation gefühlt hat. Er hätte gerne mehr getan und ist sich unsicher, ob er das richtige getan hat. Er hat nach Vorschrift gehandelt und Regeln befolgt („*ran through the ... princles of management*") aber er zweifelt. Seine Hoffnung ist beim nächsten Mal ein besseres Ergebnis zu bekommen („*There has to be a better way ...*"). Er möchte das Erlebnis nicht verdrängen, sondern freigesprochen werden. Er möchte die Gewissheit, dass beim nächsten Mal, unter besseren Umständen, das Unfallopfer hätte gerettet werden können, dass die Vorbereitungen („*readiness checks"*), Übungen, die fortwährende Bereitschaft („*orientated*" und *„checked off on ... equipment*") nicht umsonst sind. Dieses „unterdrückte Wahre" kann der Text nicht direkt sagen (Lacan nach Baggini/ Fosl 2003: 188).

Beim Vergleich dieser Berichte wird deutlich, wie unterschiedlich sie sind. Iedema et al. (2006) bemerken, dass der erste Bericht anonymisiert und der zweite Bericht sogar erheblich gekürzt werden musste, da dieser im Original über 5 Seiten lang war. Die beiden Berichte können somit als wesentliche Extreme von CI-Reports aufgefasst werden. Einerseits „depersonalisierend", nüchtern und entrückt (CIR#27) und andererseits „personalisierend", emotional eingebunden und reich an erzählerischer Tiefe und Länge (CIR#43) (Iedema et al. 2006a: 140).

5.2.3. Incident Report #21 – Schwierige Übergabe

Der Folgende Bericht von Iedema et al. (2006a) ist dazwischen einzuordnen:

Abbildung 24. Incident Report – #21 (Schwierige Übergabe)	
Was ist passiert? *(story)*	„Patient on GNT infusion and atenolol infusion to keep mean arterial pressure less than 100mmHg. At receiving hospital all monitoring removed and no adequate bed space and preparation of monitoring. (Receiving hospital ICU) asked to give handover 4 times (3x to Medical Staff and 1x to nursing staff)."
Ausgang *(outcome)*	Period of hypertension in patient. Anger of retrieval team and concern for patient safety.
Eingeleitete Schritte *(steps taken)*	Bolus dose of GNT.
Vermeidbarkeit *(was the incident preventable?)*	Yes – adequate preparations in major tertiary referral centre.

Quelle: Iedema et al. 2006a, S. 140. Leicht verändert übernommen.

Der Autor beschreibt eine ganze Liste an Komplikationen. Es stehen „nicht ausreichend Betten zur Verfügung", die „Übergaben wurden versucht", aber funktionierten nicht. Die „Vorbereitungen waren ungenügend". Diese Komplikationen im linguistischen Sinne werden indirekt („*Hypertension in Patient*") und direkt („*Ärger und Besorgnis*") evaluiert. Die „*Verabreichung einer Einheit GNT*" kann dann als Auflösung interpretiert werden (Iedema et al. 2006a: 140). Es wird deutlich, dass trotz der sachlichen Sprache des Verfassers eine emotionale Verbundenheit mit der Situation und dem Patienten besteht. Dies lässt sich als eine „Beschäftigung mit Versagen" (*preoccupation with failure*) deuten, bei dem es darum geht, Vorkommisse als Indikator zu sehen, dass etwas schiefgehen kann, wenn mehrere kleine Fehler und Ereignisse zusammenfallen (Weick/ Sutcliffe 2007: 9). In der Tat beschreibt der Autor seine „Besorgnis um die Sicherheit des Patienten", wenn auch distanzierend und reduziert. In der Kategorie Vermeidbarkeit geht es um den Meta-Diskurs über Risiken. Es geht um die Frage, ob durch „hinreichende Vorbereitungen" die Problematik hätte verhindert werden können. Hierbei rekonfiguriert der Autor die interpersonale (An)Spannung zu einer organisatorischen Lösung. Daher erlaubt der Bericht nicht nur die Darstellung des klinischen Ergebnisses („*Hypertension*"), sondern auch den Ausdruck seiner Gefühle („*Ärger und Besorgnis*"). Ebenso ermöglicht der Bericht, Kritik auszudrücken und sie

gleichzeitig zu relativieren: die „4-malige Frage nach Übergabe“ ist weniger eine kategorische Ablehnung, sondern eine „dramatisierte Beschreibung der sozialen Gepflogenheiten“, die eher „Sympathie und Verständnis“ ausdrückt (Iedema et al. 2006a: 140). Damit wird deutlich, dass der CIR#21 zwischen den beiden vorherigen CIRs liegt, weil er einerseits eine kritische Auseinandersetzung mit der Situation erlaubt und die emotionale Verbindung verdeutlicht (im Gegensatz zu CIR#27), aber gleichzeitig nicht die beschreibende Tiefe und den Umfang besitzt (im Gegensatz zu CIR#43) die eine genauere Analyse ermöglicht hätte. Da der Autor von CIR#21 auch aufzeigt, dass dieser Vorfall durch „bessere Vorbereitungen“ hätte verhindert werden können und der „Hypertension“ durch die Gabe einer Einheit GNT entgegen gewirkt werden konnte, bleibt der Leser lediglich „informiert“ zurück, und weniger „verstört“ und „involviert“ als in CIR#43 (Iedema et al. 2006a: 140).

Eine Lacan’sche Lesart könnte zeigen, dass sich der Autor aufgrund des letztlich positiven Ausgangs und erfolgreichen Engagements nicht zurückzieht, wie in CIR#27, sondern sein eigenes Handeln als positiv einschätzt. Trotz intensiver Versuche den Patienten zu übergeben, war dies nicht möglich. Die Einheit GNT war wirksam genug, der Hypertension des Patienten vorzubeugen. Dies konnte der Beteiligte selber „regeln“. Die Vorwürfe richten sich daher vor allem an das große Krankenhaus („*major tertiary referral centre*“), bei dem die Vorbereitungen einfach „zu schlecht“ waren. Doch aufgrund der „zu der Zeit herrschenden Bedingungen“ ist es „verständlich“, dass es nicht möglich war (Iedema et al. 2006a: 140). Ein großes Krankenhaus sollte zumindest in Zukunft dazu in der Lage sein.

5.2.4. Incident Report #105 – Verzögerung durch schlechte Kommunikation

Folgender CIR#105 ist noch etwas sachlicher und lässt nur noch rudimentär eine erzählerische Form erkennen (Iedema et al. 2006a: 140-141):

Abbildung 25. Incident Report –#105 (Verzögerung durch schlechte Kommunikation)	
Was ist passiert? *(story)*	“Multi trauma at rural hospital. Patient well prepared and worked up. Many system problems which delay time to definite therapy. - Other service did not wish to attend because of possible adverse weather conditions, even though crew from another service had confirmed weather to be ok. - Regional trauma centre did not have vascular surgeon. - Next hospital in line would not contact their vascular surgeon and refused to accept patient until they could.

	- Patient eventually went to third hospital for his critical ischaemic limb injury."
Ausgang *(outcome)*	Delay to definite care.
Eingeleitete Schritte *(steps taken)*	--
Vermeidbarkeit *(was the incident preventable?)*	Yes. Improved communication. Commitment from hospitals designated as trauma centres.

Quelle: Iedema et al. (2006a: 140-141. Leicht verändert übernommen.

Die Struktur einer Erzählung wird hier nicht mehr eingehalten. Die herrschenden Probleme (also die Komplikationen) werden nur indirekt beschrieben. Der Ausgang wird offen gelassen. Es wäre aber möglich, die Übertragung (*transposition*) von persönlichen Gefühlen in die organisatorische Lösung („verbesserte Kommunikation"; Bereitschaft *„commitment"*) als möglichen Ausgang zu interpretieren (Iedema et al. 2006a: 141).

Nach Lacan könnte man die indirekte sprachliche Ausdrucksweise als Distanzierung von der fehlenden Bereitschaft und Unfähigkeit der anderen Beteiligten interpretieren („*Other service did not wish to attand"*; *„did not have ... surgeon"*; *„would not contact their surgeon ... refused to accept patient"*). Der vom Autor gut vorbereitete Patient wurde von „anderen nicht aufgenommen". Die Kommunikation der anderen kann deutlich „verbessert werden", aber vor allem könnten die Zuständigen („*designated ... centres*") eine höhere Bereitschaft zeigen, ihre Aufgabe auszuführen – gerade wenn sie schon dafür „designiert" sind. Der Berichtende beschreibt sich selbst als „anders als die anderen" (*perception of differnce* Lacan 1977 nach Jackson/ Carter 2000: 154). Seine (unbewusste) Motivation dieser Mitteilung ist vor allem die Suche nach der eigenen Identität (seiner Unterschiedlichkeit gegenüber *den anderen*) und damit die Bestrebung „vom Anderen" (*The Other*) respektiert zu werden (Lacan nach Jackson/ Carter 2000: 155), weil der Autor eben alles richtig gemacht hat, sich angestrengt hat und sich damit von „den anderen" unterscheidet.

Organisatorisch ist dieser CIR#105 dennoch hilfreich, weil er als Negativbeispiel die Notwendigkeit verdeutlicht, dass die Bereitschaft vorhanden ist, auch an sich zu arbeiten und nicht nur die Schuld bei anderen zu sehen. Es sind eben nicht nur die anderen die alles falsch machen (Dekker 2006, 2007; Reason 2008; Hollnagel 2009), es ist auch das Zusammenwirken von komplexen Systemelementen und unvorhersehbaren

Interaktionen (Kohn et al. 2000; Leape 1999). Gleichzeitig verdeutlicht der Report auch, dass der engagierte Einzelne auch schnell frustriert werden kann, sofern die Bereitschaft „an sich zu arbeiten“ von *den anderen* nicht geteilt wird.
Der Folgende Fall ist von der Webseite *CIRS-Notfallmedizin.de* und stellt einen Bericht aus einem deutschen Krankenhaus dar.

5.2.5. Incident Report #A – Thoraxschmerz nach Trauma

Der CIR#A ist interessant, weil er simultan von zwei verschiedenen Vorfällen berichtet, die aber ein gleiches Muster aufweisen. Gleichzeitig weicht er signifikant von den obigen Berichten ab, weil die Berichtstruktur eine andere ist. Daher wird die Form der obigen Berichte genutzt, um eine bessere Vergleichbarkeit zu erlangen.

Abbildung 26. Incident Report – #A (Thoraxschmerz nach Trauma)

Was ist passiert? *(Der Fall)*	Eine 38-jährige Patientin stürzt beim Wandern im unwegsamen Gelände auf die linke Thoraxhälfte. Sie sucht wegen atemabhängiger Schmerzen am Nachmittag die Notaufnahme auf. Dort zeigt sich klinisch der Verdacht auf eine Rippenprellung links, das Röntgen ist unauffällig. Mit der üblichen Schmerzmedikation entlässt man sie nach Hause. Ein 70-jähriger Patient stürzt bei Glatteis und fällt auf die rechte Thoraxhälfte. Er sucht wegen atemabhängiger Thoraxschmerzen die Notaufnahme auf. Es zeigt sich auch hier klinisch der Verdacht auf eine Rippenprellung (allerdings rechts), mit der üblichen Schmerzmedikation entlässt man auch ihn nach Hause. Auch hier war das Röntgenbild unauffällig. Beide Patienten kommen nach zwei Tagen wegen persistierender Schmerzen, bei beiden atemabhängig, wieder in die Notaufnahme. Die erneute körperliche Untersuchung und das erneute Röntgen des Thorax ist bei beiden unauffällig. Mit stärkerer Schmerzmedikation (Tramal, Tilidin) werden beide entlassen. Und beide stellen sich erneut nach zwei Tagen wegen persistierender atemabhängiger Schmerzen in der Notaufnahme vor. *Was würden Sie tun?*
Ausgang *(Auflösung der Fälle)*	Beide Patienten erhielten ein Thorax-CT. Die junge Frau hatte eine Lungenembolie als Ursache der Schmerzen, der ältere Herr eine Rippenserienfraktur mit Dislokationen um eine Schaftbreite. Beide wurden stationär aufgenommen - alle Kollegen waren über die CT-Befunde komplett überrascht.
Eingeleitete Schritte	--
Vermeidbarkeit & Kommentar *(Kommentar von der Internetseite direkt im Anschluss an der Bericht)*	„When a patient comes a third time to your emergency department, you have to do something !“ Gregory Henry (Professor for Emergency Medicine), Risk Management Monthly Audio Series, 2010 Was auch immer dieses „*something*“ ist. Sei es die Hinzuziehung von mehreren anderen Kollegen, die stationäre Aufnahme, die großzügige Diagnostik - irgendetwas stimmt spätestens beim dritten Besuch der Notaufnahme nicht.

Quelle: Hohenstein (2009a), CIRS-Notfallmedizin.de (Zugriff 2. Mai 2011). Angepasst übernommen.
http://www.cirs-notfallmedizin.de/klinik/Bounceback_Thoraxschmerz_1641.html.

Der Bericht von Hohenstein (2009a) ist sehr ausführlich. Zwei Personen stürzen und begeben sich in die Notaufnahme des Krankenhauses. Beide werden mit „unauffälligen Befunden“ wieder entlassen. Beide kommen zurück, weil die Schmerzen noch anhalten, aber werden wieder entlassen. Der Bericht ist in passiver Form verfasst. Der Ton bleibt zunächst objektiv, beschreibend und beobachtend. Der CIR#A kann aufgrund seiner Form als vollständige Erzählung aufgefasst werden (Labov nach Swann/ Leap 2000: 193). Die Polyphonie nach Bakhtin (1981) wird hier gescheut. Obwohl mehrere Handlungsstränge verwoben werden, spricht immer nur die Stimme des Autors (nur einmal äußern sich die Kollegen „erstaunt“ über die CT Befunde). Der Autor spielt die Bedeutung der anderen Stimmen herab, er marginalisiert sie (Mesthrie/ Deumert 2000: 322). Diese „eine dominierende Stimme“ soll seine Objektivität ausdrücken und vergisst darüber, dass sie selbst nur subjektiv sein kann. Die Monophonie verhindert damit eine tiefere Analyse des Vorfalls in diesem Stadium (müsste demnach durch eine RCA und Befragungen ergänzt werden) und zeigt, wie hier der Diskurs durch die „dominierende Position des Erzählers“ eingeschränkt wird. Es wäre möglich, dass sich hier die Macht der Ärzte (und „Kollegen“) offenbart, wodurch der Autor meint, mit „einer Stimme“ auch für die Kollegen gesprochen zu haben. Indem der Autor diese eine Sicht ausbreitet, schließt er andere Ansichten aus und konstruiert somit seine Sicht als die geltende und impliziert, dass „andere Versionen“ nicht möglich sind (Foucault nach Mesthrie/ Deumert 2000: 322-324).

Die passive Form zeigt eine Distanzierung zum Geschehen, weniger um „die Bedeutung des Vorfalls herunterzuspielen“ (Iedema et al. 2006a: 138), sondern vielmehr um die „Alltäglichkeit“ dieser Vorkommnisse zu bezeichnen. Damit zeigen sich Ähnlichkeiten zu CIR#27. Gleichzeitig wirft der Autor die Frage auf, ob im Rahmen der Handlung bzw. Nichthandlung, er selbst bzw. die Handelnden alles richtig gemacht haben. Dazu fragt der Autor sogar „*Was würden Sie tun?“*. Er will damit den Leser mit einschließen und herausfinden, ob der Leser anders gehandelt hätte. Eine weitere Interpretation wäre, dass der Autor davon ausgeht, dass auch der Leser nicht anders gehandelt hätte – er trachtet also auch nach einem „gewissen Freispruch“ im Sinne *des Anderen*. Der Autor will Gewissheit, dass er der Situation nach „richtig“ gehandelt hat (im Vergleich zur Handlung anderer) – eine Wertschätzung eben doch „nichts falsch gemacht zu haben“ (Lacan nach Jackson/ Carter 2000: 154-155). Die Frage könnte aber auch selbstkritisch zu sehen sein. Es könnte darum gehen aufzuzeigen, wie sehr sich *Alle* ändern müssen, wenn man derartige Vorfälle in Zukunft verhindern möchte.

Die Auflösung der Frage beginnt mit der dritten Vorstellung der beiden Patienten in der Notaufnahme: es werden CT's gemacht. Hier zeigen sich eine Lungenembolie bei der Frau und eine Rippenfraktur des älteren Herrn. „Alle Kollegen waren über die CT-Befunde komplett überrascht". Es wird deutlich, dass mehrere Personen in der Analyse der früheren Befunde involviert waren. Das „*Alle*" kann den Autor mit einschließen, dessen Überraschung der seiner Kollegen nichts nachsteht. Ebenso kann es bedeuten, dass er nun (im Nachhinein) skeptisch ist, was ihn jetzt von *den anderen* unterscheidet. Er weiß, dass etwas schon vorher nicht gestimmt haben muss, obwohl die Befunde des Röntgen klar „unauffällig" waren. Hätten sie anders handeln können?

Im Anschluss geht der Autor in den (Meta) Risiko-Diskurs über, in dem die Aussage eines anderen Arztes mit einfließt. Hier tritt „Polyphonie" eindeutig auf und weitere Interpretationen der Situation werden möglich (Bakhtin 1981 nach Mesthrie/ Deumert 2000: 322).

Im Kommentar distanzieren sich die Beteiligten von den Ereignissen und betonen, dass wenn die Patienten zum dritten Mal aus den gleichen Gründen in die Notaufnahme kommen, etwas „wirklich nicht stimmt" und man „etwas tun muss" (Hohenstein 2009a). Die Frage der Vermeidbarkeit wird tangiert. Es bleibt die Erkenntnis, dass man im Zweifel Kollegen befragen sollte (*Deference of Expertise*) und sich auf solche Umstände nicht besser vorbereiten kann, als „achtsam" zu bleiben (*Preoccupation with Failure*), immer wieder kritisch zu hinterfragen, ob man alles sieht, dass man Simplifizierungen („mehr Schmerzmittel") vermeiden sollte, etc. (Weick/ Sutcliffe 2007: 9-17). Die Interpretation von Informationen und deren vielfältige Bedeutungen sind niemals fest und immer subjektiv (Jackson/ Carter 2000: 14-33). Man hat keine Garantie, dass man die Daten „richtig einschätzt" (Starbuck 2006: 30-31). Erst mehrere Ansichten und weitere Stimmen erlauben „andere Interpretationen". Dieser Bericht verdeutlich, wie wichtig fortwährendes Lernen, kritisches Reflektieren und besonders Stimmenvielfalt sind (Clegg et al. 2005; Kornberger et al. 2006), weil es keine endgültige und feste Ordnung gibt, sondern jede Ordnung, jede Interpretation und Einschätzung nur vorübergehend ist (Bauman 1990: 183). Daher muss jedes Risiko-management – jedes Lernen aus Zwischenfällen – fortwährend betrieben werden.

5.2.6. Incident Report #B – Sedierung im CT endet fatal

Dieser Bericht ist ebenfalls von der Webseite *CIRS-Notfallmedizin.de* und stellt auch ein Erlebnis aus einem deutschen Krankenhaus dar.

Abbildung 27. Incident Report – #B (Sedierung im CT endet fatal)	
Was ist passiert? *(Der Fall)*	Ein 40-jähriger Patient kommt in die Notaufnahme, es zeigt sich ein Nierenversagen unklarer Ursache – letzten Endes entscheidet man sich für ein CT-Abdomen. Da der Patient unruhig wird (auch unklar warum), entscheidet sich der Arzt zu einer Sedierung in Spontanatmung mit Midazolam. Im Verlauf der Untersuchung fällt der Patient durch einen Krampfanfall auf. Das Ganze endet damit, dass er reanimationspflichtig wird und letztendlich verstirbt.
Ausgang	--
Eingeleitete Schritte	--
Vermeidbarkeit & Kommentar *(Kommentar von der Internetseite direkt im Anschluss an der Bericht)*	Patienten, die in der Radiologie sediert werden, werden im sogenannten „schwarzen Loch“ sediert. Das Problem ist häufig, dass akut Kranke in eine Umgebung gebracht werden, in der das Monitoring schlecht ist und in der die anwesenden Ärzte/Pflegekräfte schlecht geschult sind was die klinische Beurteilung von Patienten angeht, und dann wird der Patient während der Untersuchung allein gelassen und die Umgebung ist häufig noch dunkel. Dass dies eine Hochrisikosituation darstellt, ist klar. Hier kommt noch ein weiteres Problem hinzu – das ist die Sedierung mit Midazolam. Der maximale Onset der klinischen Wirkung ist erst nach 5-7 Minuten. Wir kennen es aus eigener Erfahrung, dass wir nach 1-2 Minuten nachtitrieren – ohne zu wissen, dass – wenn die erwünschte Wirktiefe eingetreten ist – es noch zu einer weiteren Sedierungstiefe mit den Nebenwirkungen kommen kann. Der Krampanfall war wahrscheinlich hypoxiebedingt. Ein grundsätzliches Problem der Sedierung von Patienten mit Agitation ist, dass wir häufig den Grund hierfür nicht kennen. Der BZ, die Sauerstoffsättigung (Hypoxie macht agitiert) aber auch der Blutdruck muss gemessen sein, um entsprechend einzugreifen, falls dies notwendig ist. Und gerade die agitierten Patienten, die manchmal aggressiv sind, können diejenigen sein, bei denen wir gerade nicht die Sauerstoffsättigung oder BGA abnehmen können oder wollen, aufgrund ihrer Unkooperativität. *Daher:* Wenn Sedierung im CT, sich über die Hochrisikosituation bewusst sein, immer ein Monitoring mit SpO2 angeschlossen haben und Vitalparameter müssen erhoben worden sein.

Quelle: Hohenstein (2009b), CIRS-Notfallmedizin.de (Zugriff 2. Mai 2011). Angepasst übernommen. http://www.cirs-notfallmedizin.de/klinik/Sedierung_im_CT_1589.html.

Dieser Fall ist extrem schwerwiegend. Ein Patient kommt mit Nierenversagen (aber „*unklarer Ursache*“) in die Notaufnahme. Sein Zustand verschlechtert sich, aber die Ärzte können sich kein klares Bild machen („*auch unklar warum*“). Man entscheidet sich für Sedierung, um trotz der Unruhe des Patienten ein CT machen zu können. Der Patient „fällt dann durch einen Krampfanfall auf“, ein andauernder Zustand, und muss schließlich reanimiert werden – was nicht gelingt. Die Handelnden Personen werden außer dem Patienten nur vage beschrieben („man“, „der Arzt“). Die Handlung wird

minimalistisch und rein sachlich erläutert. Die Erzählung selbst ist sehr kurz, erst der „Kommentar" bzw. der Meta-Diskurs steuert eine ausführlichere (Außen-) Sicht bei. Es werden wenige Adjektive benutzt und keine Gefühle beschrieben. Der Autor versucht sich klar emotional von dem Vorfall zu distanzieren und ihn herunter zu spielen („*Der Arzt entscheidet sich...*"). Entweder betrachtet er sich in der dritten Person oder der Autor ist noch jemand anders (vielleicht eine Krankenschwester?). Der Ausdruck von Unklarheit und Ungewissheit in allen Handlungen ist prägend und trägt dazu bei, dass man sich fragt, ob der Autor oder die Handelnden überhaupt etwas hätten anderes machen können. Da der Leser aber nicht mehr über die Umstände erfährt, bleibt diese Frage unbeantwortet. Die Passivität der Handelnden in Bezug auf den Patienten ist bezeichnend. Obwohl sie zwar ein CT versuchen, wird nicht auf den Patienten eingegangen („*er wird unruhig ... unklar warum*") und man macht einfach weiter – man sediert ihn. Es wirkt fast so, also trennte man den Patienten von seinem Zustand ab. Der von Iedema et al. (2006a) angemerkte „de-personalisierende Stil" ist auch hier zu verzeichnen. Im Vergleich zu CIR#27 ist der CIR#B jedoch nicht als Liste geschrieben. Der Schreibstil drückt aber eindeutig eine „persönliche und klinische Dissoziation" aus, bei dem der Autor sich so unkenntlich macht, dass man ihn „übersehen" könnte. Was vielleicht auch intendiert ist. Die Schreibweise drückt ebenfalls aus, dass in der Situation „so viel unklar war", dass niemand wirklich etwas „hätte wissen können", also auch niemand hätte besser handeln können. Es wäre in der Tat möglich, dass die Schreibweise des Bereichtes auch auf die Schwere und die Beteiligung des Autors schließen lässt (Iedema et al. 2006a: 138).

Polyphonie kommt nur bedingt zur Geltung („*man* entscheidet sich"). Letztlich entscheidet der Arzt über die Sedierung des Patienten, der kurz darauf verstirbt. Man könnte meinen, dass die erste Entscheidung von mehreren Personen (des Autors und *der anderen*) getragen wurde und erst die „fatale Entscheidung (des Arztes) zur Sedierung" zum Umkippen geführt hat. Man könnte die sprachliche Differenzierung (von *man* – also uns allen –, und *dem Arzt*) als Versuch deuten, sich von der Schuld der Handlung zu befreien – sich von dem Leser freisprechen zu lassen (Lacan nach Jackson/ Carter 2000: 152-155). Der Autor hat nicht mit entschieden zu sedieren, war vielleicht anderer Meinung, hat diese aber nicht geäußert (aufgrund von Machtbeziehungen). So grenzt die Sprache des Autors – seine singuläre Sicht – ihn ein und damit die Interpretation dessen was dort vorgefallen ist. Die Art und Weise wie der Autor erzählt, schreibt die Machtbeziehungen und die Muster der Interaktionen fort. Diese Subjektivität im

Diskurs erzeugt eine Art „Abhängigkeit“ oder „Unterwerfung“ (Potter/ Wetherell 1987: 109 nach Mesthrie/ Deumert 2000: 324). Die Entscheidung zum CT wurde gemeinsam getroffen („entscheidet *man* sich“), aber der zweiten Entscheidung musste sich der Autor fügen. Nur ausdrücken kann er dies nicht, weil der herrschende Diskurs, die Machtbeziehungen dies einschränken (Jäger 1999: 129-130).

Der Kommentar zu dem Vorfall – der Meta-Diskurs zu den beschriebenen Risiken – drückt aus, dass in „dieser Hochrisikosituation“ häufig Fehler von „schlecht geschultem Personal“ gemacht werden. Die Kritik, dass man sich des Risikos in der Situation „bewusst sein“ sollte zeigt, wie wichtig es ist, dass die organisatorischen Ideale einer HRO oder Ansätze davon in die medizinischen Handlungen und organisatorischen Überlegungen einfließen. Achtsamkeit, Offenheit, Hinterfragen, Kritikfähigkeit, keine Vereinfachungen etc. sind notwendig (Weick/ Sutcliffe 2007). Es wird deutlich, dass die Zusammenarbeit im Krankenhaus ein komplexes Wirkungsfeld ist wo alle Patienten anders sind. Obwohl der Ausgang hier fatal war, muss die Bereitschaft sich mit den organisatorischen und interaktiven Rahmenbedingungen auseinander zu setzen gepflegt werden. Wir können nur erahnen, wie die Beteiligten mit einander kommuniziert haben, wie hoch der Stresspegel an diesem Tag war, wie die Machtbeziehungen in den täglichen Interaktionen und Gesprächen fortgeschrieben werden etc. Aber unsere Beschreibungen der *sozialen Realität* können nicht von den Objekten, Personen und Umständen entkoppelt werden oder von der Sprache, die wir benutzen (Miller 1997: 25; Llewelleyn/ Hindmarsh 2010b). Problematisch an der hier gewählten „sachlichen“ und „minimalisierten“ Beschreibung ist, dass man nicht erfährt, welche Gefühle und Einschätzungen die Beteiligten hatten, wie in CIR#43, – der Kontext wird ausgeblendet. Doch CIR sollen gerade das leisten: eine Beschreibung der Umstände, deren Wahrnehmung und eines Ausgangs, der vielleicht nicht gewollt war. Die CIR-Erzählungen sollen Details des klinischen Alltags deutlich machen, die bisher nur in papierlosen und geschlossenen Meetings diskutiert wurden. Sie bringen den Einzelnen dazu, persönliche Erfahrungen zu beschreiben und mit anderen zu teilen, die bisher von dem Risikodiskurs ausgeschlossen waren (Iedema et al. 2006a: 134). Also gerade in den persönlichen Sichtweisen, der akzeptierten Subjektivität, steckt das eigentliche Lernpotenzial, weil es darum geht, mit „Bedeutungen“ zu arbeiten und nicht mit „der Wahrheit“ (Tietze et al. 2003: 66). Wenn diese Beschreibungstiefe nicht genutzt wird, muss eine RCA ansetzen, um genauer die Gefühle und Umstände zu zeichnen. Dass dies aber nicht unproblematisch ist und auch hier die Erfahrungen und Umstände

„rekonstruiert“ werden müssen, wird anschließen in einer Dekonstruktion der Root Cause Analysen vertieft. Zunächst soll die Sicht auf CI-Reports abgerundet werden.

5.2.7. Resümee der Dekonstruktion

Alle CIRs haben ungeachtet ihrer erzählerischen Form eines gemeinsam: sie sind ein öffentlicher Ausdruck (Verschriftlichung) in dem persönliche Gefühle und Ansichten, ein kritischer Zwischenfall und organisatorische Dokumentation konvergieren. Neben dieser Konvergenz von organisatorischer Praktik und klinischen Alltagshandelns sowie des Ausdrucks der Wahrnehmung (und damit des selbst) in einer narrativen Form enthält das CIR Format noch eine zusätzliche Charakteristik, die weitere Komplexität beisteuert. Neben der „Geschichte“, die erzählt werden soll, wird nach einer anderen Form des Schreibens verlangt wird. Der Erzähler soll generalisierende Aussagen aus dem Vorfall erzeugen. Zuerst soll „der Ausgang“ im Allgemeinen beschrieben werden, später die „eingeleiteten Schritte“ auf Prozedur und deren Effektivität untersucht und schließlich „die Vermeidbarkeit“ ganz abstrakt behandelt werden (Iedema et al. 2006a: 141). Daher kommen hier die besonderen Eigenschaften einer Erzählung zur Geltung. Während eine Geschichte eine Sequenz spezifischer Aktionen, Gefühle und Ereignisse enthält, werden in eine Erzählung Reflektionen, Kommentare und Kategorisierungen verwoben. Damit enthält eine Erzählung eine Geschichte, aber ist gleichzeitig komplexer, weil sie eine oder verschiedene Formen von Evaluierungen mit einbezieht (Stacey 2007: 376). Der Autor kann durch die verschiedenen Sektionen des Berichtes „gesteuert“ werden. Es wird eine „komplexe diskursive Kalibrierung“ erreicht. *Erstens* wird der Autor dazu veranlasst, die persönlichen Erfahrungen zu erzählen. *Dann* wird er gezwungen, die Handlung zu einem Ergebnis zusammen zu fassen – ein generelles Ende zu finden. Im *Anschluss* daran gibt es eine Verlagerung des (Risiko-) Diskurses (der Erzählung) zu dem Meta-Diskurs über Risiken und Fehler (Iedema et al. 2006a: 141). Der Autor inquiriert und reflektiert sich selbst und seine Erfahrungen aus den Handlungen mit seinen Kollegen und Mitarbeitern. Wie ist das Ereignis zu beurteilen? Wie sind die Handlungen zu sehen? Welche Generalisierungen lassen sich hiervon ableiten? Diese „soziale Reflexivität“ zeigt, dass wir fortwährend darüber nachdenken, die Umstände reflektieren müssen, unter denen wir leben und handeln (Giddens 2001: 680). Das Hinterfragen unserer eigenen Ansichten, Annahmen und Praktiken – eine Dekonstruktion dessen was wir denken, tun oder in diesem Falle schreiben – eröffnet

den Raum für neue Blickwinkel, neue Betrachtungsweisen und vorher nicht berücksichtigte Alternativen (Linstead 1996: 22; Hatch 1997: 366). Aber diese „letzte meta-diskursive Abwägung“ kann nur von einer Position mit „Weitblick“ konstruiert werden. Der Autor müsste dazu nicht nur das Ereignis in all seinen Facetten durchdrungen haben, sondern auch alle klinischen Alltagspraktiken und Routinen mit einbeziehen sowie alle biomedizinischen Details des Patienten kennen. In diesem Sinne „steuert der CI-Report“ den Autor durch einen komplexen Prozess seine eigenen, persönlichen Ansichten und Gefühle in organisatorisches „Sehen“ und „Erfahren“ zu rekonstituieren (Iedema et al. 2006a: 141).

Die Notwendigkeit sich über mehr als nur den Sachverhalt verständigen und erklären zu müssen, stellt die Autoren vor erhebliche Herausforderungen, nämlich performativ „richtige“ Lösungen und Verständnisse zu liefern. Nur ist diese „objektive Rationalität“ oder Objektivität nicht erlangbar. Kein Aspekt von Organisationsverhalten – in Praxis oder Theorie – basiert nicht auf subjektiven Werten, Normen und Präferenzen (Jackson/ Carter 2000: 99-103). Damit werden die CIR-Autoren vor eine unmögliche Aufgabe gestellt. Dies bedeutet aber nicht die Zwecklosigkeit des Instruments, sondern hebt nur seine inhärente Subjektivität hervor. Auch ein subjektiv geschriebener Bericht kann sehr nützlich sein, wenn man anerkennt, dass jede Einschätzung nur subjektiv sein kann. Sie stellt damit einen möglichen Anfangspunkt eines Diskurses über das beschriebene Risiko dar. Die Interpretation der Erlebnisse ist eine subjektive Interpretation von Signifikaten mit subjektiven Präferenzen für ein bestimmtes Ergebnis (Jackson/ Carter 2000: 233). So zielt alles was wir sagen und schreiben immer darauf ab, uns in gewisser Weise darzustellen – basierend auf unseren Bedürfnissen (Lacan 1977 nach Jackson/ Carter 2000: 152-155). Wir müssen also bei dem CI-Report fragen, warum jemand so schreibt und nicht anders. Warum wird das Ereignis gerade so beschrieben? Was hat die Person dabei gefühlt? Letztlich ist unsere Sprache und damit auch das was wir schreiben, unser Unterbewusstes (Lacan 1977 nach Baggini/ Fosl 2003: 187). Weil der Autor immer wählen muss, was er inkludiert und was nicht, ist die Erzählung immer eine Repräsentation des Autors. Er will etwas Bestimmtes sagen, sich selbst und andere in bestimmter Weise darstellen und bewerten (Swann/ Leap 2000: 191).

Auf höherer Ebene erreicht das Incident Reporting drei Objektiven (Iedema et al. (2006a: 141):

- *Erstens*: Es bietet den Krankenhausmitarbeitern die Möglichkeit mit Vorfällen so umzugehen, dass Probleme auf nicht-anklagende Weise zutage kommen. Es

können moralische Ansprüche erfüllt und ein gewisser „therapeutischer Effekt“ möglich werden.

- *Zweitens*: Diese Erzählungen schaffen neuen Raum für die Erfassung, Identifikation und den Erfolg der Beteiligten. Die Mitarbeiter können sich damit auseinander setzen, was geschehen ist. Damit wird eine Brücke zwischen den persönlichen Gefühlen und Bedürfnissen und den organisatorischen Bestrebungen, Standards und Erfolg geschaffen.
- *Drittens*: Erst hierdurch wird möglich, dass die Beziehung zwischen Ärzten und Organisation radikal verändert wird. CIR ist damit der „komplexe Ausdruck klinischen Versagens“ und eine Neuformulierung des organisatorischen Risikodiskurses, indem das Selbst hinterfragt und Gefühle „bedroht“ werden. Das geschieht ein einem Rahmen von intra-professionellen Beziehungen und dem größeren organisatorischen normativen Kontext von Koordination, Planung und Management.

Jetzt werden die möglichen kritischen Ereignisse nicht mehr im Rahmen von kollegialen Besprechungen beiläufig abhakt, sondern bewusst in die Öffentlichkeit gerückt, damit sich vor allem auch das Bewusstsein ändern kann und in Zukunft der offene Risikodiskurs ein Teil der Arbeit wird. Erst durch das Hinterfragen und gemeinsame Reflektieren ändern sich die Diskurse und die Annahmen, machen Lernen möglich. Aus diesem Lernen kann ein reflexives Arbeiten und Organisieren entstehen, dass sich nicht einfach nur der Risiken bewusst ist, sondern auch das gemeinsame Interagieren reflektiert und damit langfristig sicherer und offener wird. Dieser Wandel ist ein ganz konkreter, der aus kleinen Schritten und Gesprächen besteht, bei dem sich genau das ergibt, was aus den Interaktionen der Intentionen aller Beteiligten entsteht (Stacey 2007: 265).

Empirisch zeigt die kritische Diskursanalyse und Dekonstruktion der obigen Critical Incident Reports, wie unterschiedlich diese ausfallen können. Sie können sehr lang, ausführlich und mit eigenen Gefühlen und persönlichen Ansichten geschrieben werden (wie CIR#43). Sie können „polyphon“ sein und „mehrere Stimmen“ verknüpfen (Bakhtin 1981; Cobley 2001: 200). Sie können die Struktur einer vollständigen Erzählung aufweisen (Labov nach Swann/ Leap 2000: 193). Dann ermöglichen sie eine enorme Reflektionstiefe und Interpretationsvielfalt. Es ist nicht notwendigerweise einfacher die Fehler oder Risiken beim nächsten Mal zu reduzieren, aber die Erzählung

wird verständlicher und die Personen können gemeinsam reflektieren, was genau jemand gedacht oder gefühlt hat. Dann zeigt das Berichten zumindest auch die Einstellung des Autors – der sich „freier“ gibt – eine Offenheit gegenüber Fehlern und Risiken der gemeinsamen Arbeit und ist sicherlich auch ein guter Indikator das Krankenhaus sicherer zu machen.

Die Berichte können auch karg, mechanisch, wie eine Auflistung (siehe CIR#27) oder „monophon“ sein. Sie können depersonalisierend, distanzierend und herunterspielend sein. Immer sagen sie etwas über den Autor aus. Denn nach Lacan (1977) drückt unsere Sprache das aus, was wir unterbewusst „empfinden“. Ist die Sprache minimalisierend, will sich der Autor vielleicht emotional von dem Vorfall distanzieren. Das muss nicht gleich bedeuten, dass er „der Schuldige“ ist, denn Schuld und Kausalität bleiben schließlich ein „unglückliches“ und wenig konstruktives Erzeugnis von den Beteiligten oder beurteilenden Personen (Dekker 2006). Es lässt auch auf die Machtverhältnisse schließen. Was wird nicht gesagt? Warum wird dies nicht gesagt? Welche Beziehungen verhindern, dass mehr gesagt wird? All dies sind Fragen, die aus dem Kontext des Reports hervorgehen – auch wenn der Bericht so nüchtern erscheinen mag. Die Sprache zeigt, wie wir uns darstellen möchten. Das Selbst ist immer ein Produkt der sozialen Beziehungen (Lacan 1977, 1980 nach Jackson/ Carter 2000: 154).

Die Bestrebung eine „Sicherheitskultur“ im Krankenhaus zu schaffen ist daher problematisch. Man kann als Manager nicht einfach bestimmen, wo es langgeht, man kann nur anstoßen und am Diskurs teilnehmen. Man kann Intentionen entwickeln, hat aber nie die Gewissheit, dass sie von anderen in dem intendierten Sinne „gedeutet“ wurden (Stacey 2007). Gerade weil das Incident Reporting dazu beiträgt, dass die Gefühle der Beteiligten offengelegt werden und damit die Unterscheidungen zwischen dem Selbst, der Arbeit, der Organisation und dem Management (von Risiken) aufgebrochen werden (Iedema et al. 2006a: 141) kann CI-Reporting als notwendiges Instrument für das Lernen aus Fehlern gesehen werden.

Gleichzeitig ist die Vorstellung, dass CIR alle Probleme objektiv aufdecken kann, wenn man sich nur lange genug damit auseinander setzt, verzerrt. Berichte können nur subjektiv sein (Swann/ Leap 2000: 190-196) und immer nur ein Teil der Versuche, eine vorübergehende Ordnung zu schaffen (Bauman 1990: 183). CIR trägt aber zur Reflektion bei und schafft Raum für einen Risikodiskurs. Es webt die Notwendigkeit eines achtsamen Handelns und Reflektierens in die Alltagshandlungen der Beteiligten ein und kann so dazu beitragen „alte Ansichten“ oder bestehende Sichtweisen kritisch

zu hinterfragen und zu dekonstruieren. Es wird möglich, neue Wege des Organisierens zu gehen, denn letztlich tragen wir die Verantwortung für die Entscheidungen die wir treffen – unabhängig davon, ob wir diese anerkennen (Hatch 1997: 366).

CIR ist ein Teil der „post-bürokratischen" Prozesse, die eine zunehmende Beteiligung der Mitarbeiter und Betroffenen benötigen. Die Angestellten tragen selbst dazu bei Dinge zu analysieren, zu intervenieren und letztlich das Design, die Organisation und das Management mitzubestimmen. Dies ist grundsätzlich eine Art Selbstorganisation. CIR trägt dazu bei, eine Balance zwischen Management und Gesundheitsversorgung im Sinne einer umfassenden (Selbst-)Organisation zu ermöglichen. Gleichzeitig erlaubt es das Risikomanagement im Sinne einer reflexiven Praktik zu beschreiben und zu nutzen. Die Bedeutung der Beteiligten „vor Ort", die alltäglich mit den kleinen Problemen der Kommunikation, Interpretation, Entscheidung und Organisation unter Ungewissheit zu kämpfen haben wird gestärkt. Sie erhalten eine Stimme, weil sie „berichten" und „erzählen" können, was sie erlebt und wie sie sich gefühlt haben und welche Verbesserungen sie sehen (Iedema et al. 2006a: 141-142).

Die Erfahrung des täglichen Organisierens ergibt sich aus den Sprachmustern, Machtbeziehungen und ideologisch basierten Entscheidungen und wird maßgeblich durch die Erzählungen und Diskurse geformt. Die Identitäten der Beteiligten entstehen aus diesen Interaktionen (Stacey 2007: 433-434). Die Machtbeziehungen wirken auf die Ideologien und diese wirken auf die Entscheidungen zurück. Das was die CI-Autoren schreiben, basiert also vor allem auf den Machbeziehungen und Ideologien des Krankenhauses – also der selbstverständlichen Ordnung und Natur der Dinge im Alltag. Wenn nach Lacan (1977) unsere Sprache unser Unterbewusstes ist, drückt sich implizit unser Weltverständnis in dem was wir schreiben aus. Ebenso gibt es Diskurse die es anstreben, die natürliche Ordnung umzuwälzen – die herrschenden Machtbeziehungen zu erneuern. Dies kann auch in den CIR zutage treten. Die Autoren schreiben immer so, um die Dinge in einer gewissen Weise darzustellen. Diese bewussten und unbewussten Entscheidungen die Vorkommnisse in bestimmter Weise zu erzählen, erlaubt den Autoren, sich selbst und andere in gewisser Weise darzustellen, andere zu beurteilen und Ereignisse zu evaluieren (Swann/ Leap 2000: 191). Damit treten in den CI-Reports die Machtbeziehungen und explizit die ideologisch basierten Entscheidungen zutage. Eine *kritische Diskursanalyse* kann somit aufzeigen und dekonstruieren, was sonst verborgen geblieben wäre, wenn man nur versucht hätte den „rein sachlichen Inhalt" zu benutzen und den Bericht als „Tatsachenbeschreibung" abzutun. Die CIR sind damit

subjektiver, als die meisten Autoren und Befürworter denken, aber nichts desto trotz eine bedeutende Möglichkeit sich selbst zu reflektieren und gemeinsames Lernen anzustoßen.

Ungeachtet der Tatsache dass CIRs mehr als nur den „rein sachlichen Ereignisbericht" erlauben, sollen sie (ursprünglich) von Problemen berichten und Risiken aufzeigen (Kohn et al. 2000: 86-87), die dann in einer Root Cause Analyse genauer betrachtet werden, um die Ursache herauszufinden (Paula 2007: 75) bzw. zu konstruieren (Dekker 2006). Dass die Autoren eigentlich vor eine unlösbare Aufgabe der Reflektion und Abstraktion gesetzt werden (Stacey 2000: 401) macht deutlich, dass die Auswertung dieser Berichte von mehreren Personen erfolgen und durch eine gemeinsame Interpretation ausgeweitet werden muss, um umfassende Probleme organisatorisch interpretieren und in mögliche Anweisungen und Handlungsempfehlungen umsetzen zu können. Dass auch diese Herangehensweise impliziert, dass überhaupt aus situationsbezogenen Aktivitäten generelle Prinzipien entwickelt werden können, die gleichzeitig zu Empfehlungen formuliert werden müssen ist eine grundsätzliche Problematik (Iedema et al. 2006b: 1202), die auch unter Anbetracht von Nicht-Linearität und Unvorhersagbarkeit sehr kritisch zu sehen ist (Stacey 2007). Daher werden im Folgenden die *Root Cause Analyse* dekonstruiert und einige empirische Exzerpte einer Gruppenauswertung (RCA Investigation) ebenfalls einer *kritischen Diskursanalyse* unterzogen.

5.3. Eine Dekonstruktion der Root Cause Analysis

Während einerseits die Notwendigkeit der Berichterstattung von Zwischenfällen ausgedrückt wird (Institute of Medicine – Kohn et al. 2000; Hindle et al. 2005; Kaufmann et al. 2005), wird ebenso die Bedeutsamkeit der Auswertung dieser Berichte betont (Institute of Medicine – Aspden et al. 2004 nach Battles et al. 2006: 1561; Paula 2007: 73-79), um aus diesen Zwischenfällen zu Lernen und etwaige Barrieren zu reduzieren (Carroll/ Edmondson 2002; Edmondson 2004), um vor allem zu verhindern, dass Informationsprobleme dazu beitragen, dass Risiken nicht beachtet werden (MacIntosh-Murray/ Choo 2006; Choo 2008).

Ein bedeutender Teil der Auswertung ist die Root Cause Analyse von ausgewählten Vorfällen und Ereignissen, um festzustellen warum etwas passiert ist. Dabei erlaubt die RCA eine retrospektive Analyse der Faktoren, die hinter den Konsequenzen des

Vorfalls liegen (Battles et al. 2006: 1561). Weil der eine „echte Grund“ aber eine Konstruktion der Beteiligten ist, abhängig davon wie und wo oder nach was sie suchen, mit wem sie reden, wie sie schon gesehen und erfahren haben, etc. (Dekker 2006: 76-77), geht es vor allem um die Bedeutung der Risiken, die nicht statisch, sondern fortwährend konstruiert und verhandelt ist (Gephart et al. 2009: 144). Gleichzeitig implizieren die meisten Ansätze und Initiativen von Qualitäts- und Risikomanagement, dass es möglich und vor allem ganz unproblematisch ist, zwischen „richtigem“ und „falschen“ Handeln zu unterscheiden und dass Lösungen zu den meisten Sicherheits-problemen schon existieren, man sie einfach nur „anwenden muss“ (Forster et al. 2005: 893 nach Iedema et al. 2006b: 1201-1202).

Bezüglich Entscheidungen und Unsicherheit befinden Jackson/ Carter (2000: 226), dass unbewusste Wünsche, psychologische Prädispositionen und das Selbstbild des Einzelnen eine größere Bedeutung und mehr Einfluss haben, als bestimmte Situationen oder Konditionen, die eine bestimme Entscheidung umrahmen. Alles was den Entscheidungsträgern verfügbar ist, alles Wissen oder alle relevanten Faktoren, sind nur als Signifikate präsent. Sie müssen erst interpretiert werden. Richtige oder falsche Interpretationen (also rein subjektive Einschätzungen) erhalten eine „objektive“ oder besser „reale“ Bedeutung. Bauman (1990: 194) erklärt dazu, dass keine noch so große Enttäuschung und Frustration wird dazu führen wird, unseren Glauben daran zu erschüttern, dass jede Situation, egal wie komplex, auf eine begrenzte Anzahl von Einzelproblemen reduziert werden kann, und dass all diese Probleme effektiv gelöst werden können, wenn man nur das notwendige Maß an Wissen, Geschicklichkeit und Einsatz zeigt. Diese von Grund auf „modernistische“ Sichtweise des „bürokratisch-funktionalistischen“ Paradigmas, welche immanent „objektivistisch und regulatorisch“ ist (Jackson/ Carter 2000: 60), drängt auf die Benutzung von Richtlinien, Pathways und „wissenschaftlicher Beweise“ (Sackett/ Rosenberg 1995; Harrison et al. 2002 nach Iedema et al. 2006b: 1202). Die Strategien, welche von den Entscheidungsträgern (im Gesundheitswesen) angewandt werden, sind überwiegend bürokratisch. Sie beruhen auf zusätzlichen Überwachung und „Top-Down“ Interventionen. Dazu zählen „klinische Indikatoren“ um „Performance-Ziele“ zu erreichen (Kazandjian et al. 2005), die Einrichtung von „Wartezeiten“ in Notaufnahmen, oder auch „Pay-for-Performance“ Intitiativen, um den Wettbewerb zwischen Abteilungen zu stärken und Erfolg zu rationalisieren (Corden/ Luxmoore 2000; nach Iedema et al. 2008: 570).

Dem gegenüber stehen „post-bürokratische“ Bestrebungen und Ansätze (Iedema 2003), bei denen die Angestellten durch „Selbstmanagement“ in das Design und die Organisation (und letztlich das Management) ihrer Arbeit einbezogen werden, indem sie darin bestärkt werden, lokal erarbeitetes Wissen zu bevorzugen. Dabei werden gleichzeitig die professionellen, disziplinären, organisatorischen und privaten Grenzen aufgelöst, was auch in den obigen Beispielen und Interpretationen der Critical Incident Reports verdeutlicht werden konnte (Iedema 2003 nach Iedema et al. 2006a: 141). Die Einbringung von Gefühlen und persönlichen Ansichten trägt gerade dazu bei, die Interpretationstiefe und damit die Qualität der CI-Reports zu erhöhen, aber führt dazu, dass ebendiese Gefühle der mehr als nur „unmittelbaren“ Umgebung zugänglich werden. Die Beteiligten werden kritisch von dieser Umgebung befragt, was zu einem Anstieg von Unsicherheitsempfinden und Ängsten führen kann der nicht toleriert wird (Stacey 2000: 408). Daher können die bestehenden Machtbeziehungen und Ideologien dazu beitragen, dass die noch bestehenden „angenehmen und sicheren“ Praktiken und Ansichten fortgeführt werden, obwohl das Management es anders intendiert (Stacey 2000: 375; Fleming/ Spicer 2010; Morgan/ Spicer 2011). Der Erfolg „post-bürokratischer“ Strategien beruht also auf der Ausführung, Nachhaltigkeit und dem Erfolg der „Verantwortungsübertragung“ und Partizipation der Arbeiter *vor Ort* (du Gay 1996 nach Iedema et al. 2008: 570). Es geht um die Einbeziehung der Zuständigen vor Ort, die Gewissheit aus der alltäglichen Komplexität schöpfen sollen, indem sie lokale Unentscheidbarkeit und Widersprüche minimieren sollen (Institute of Medicine 2001 nach Iedema et al. 2006b: 1202). Dazu zählen insbesondere Kooperationen zur Praxisverbesserung (Berwick 1998), Initiativen zur Umstrukturierung der angebotenen Services (NSW Health 2005) und Fehlermelde-Systeme und Analyse-Prozesse (Helmreich 2000) nach (Iedema et al. 2008: 570). Die Root Cause Analyse ist in ebendiesen Kontext einzuordnen, weil es auch hier darum geht, die Ärzte und das Krankenhauspersonal in die Rationalisierung und Verbesserung ihrer eigenen Arbeit zu bewegen (Bagian et al. 2002; Neily et al. 2003; nach Iedema et al. 2006b: 1202). Aber gerade hierin steckt auch ein erhebliches Potenzial, weil dort die Grenzen zwischen Arbeit und Privatleben – den Emotionen und Gefühlen auf der einen Seite und den komplexen Aufgaben und Ansprüchen ihrer Arbeit – aufgelöst werden und die inter-personellen Beziehungen und moralisch-ethischen Begriffe wichtig werden (Iedema et al. 2006a: 136), wozu auch das Verständnis von Risiken und den Auswirkungen auf die Alltagspraxis gehört. Risikomanagement ist in diesem Sinne am besten als eine Form

des Praxishandelns zu verstehen (analog zu Clegg et al. 2007a), indem Theorie und Praxis als integrative Teile verstanden werden, bei dem die Theorie die Basis für das Praxishandeln legt, indem sie untersucht und hinterfragt, welches Wissen für die Erreichung von bestimmten Zielen notwendig ist (Jackson/ Carter 2000: 236). Die Theorie soll kein idealisiertes Bild malen, sondern kritisch die Praxis dekonstruieren, um zu hinterfragen, was man erreichen will und darzustellen, wie es erreicht werden kann. In diesem Sinne ist das bürokratisch-wissenschaftliche Paradigma zu kritisieren, das den bisherigen Definitionen von RCA unterliegt, weil die Erwartungen der Beteiligten in das Instrument dazu führen, dass nur „formal-technische" Ergebnisse und „klar-messbare" Veränderungen richtig und vertretbar sind (Iedema et al. 2006b: 1203). Die Beteiligten einer RCA nehmen wahr, was im relevanten Diskurs „richtig" und „akzeptiert" ist; nicht nur in der Situation der Entscheidung (der zu interpretierenden Situation), sondern auch wie Entscheidungen getroffen werden sollen (also in den Routinen und Vorschriften, die sie entwerfen sollen) (Jackson/ Carter 2000: 227). Wenn die Beteiligten RCA nur im Sinne des „bürokratisch-funktionalistischen" Paradigmas verstehen, können nur mehr Prozessbeschreibungen, mehr Vorschriften, also nur mehr formal-technische und messbare Verbesserungen im performativen Sinne entstehen (Iedema et al. 2006b: 1202; Jackson/ Carter 2000: 227). Dabei würde die Bedeutsamkeit der „einzigartigen" Chance für die Mitarbeiter, sich mit ungenügenden Arbeitssystemen und inakzeptablen Risiken auseinander zu setzen, übersehen und das Ausschöpfen bisher ungeachteter Potenziale verhindert werden (Iedema et al. 2006b: 1203). Indem die Mitarbeiter sich selbst und einander hinterfragen und ihre Verhaltensweisen dekonstruieren, um die dahinter liegenden Annahmen freizulegen, können sie Raum für neue Alternativen, neue Möglichkeiten und neue Ansätze schaffen, sowie vorher ungehörte Stimmen berücksichtigen und damit in ihrem Sinne zum organisatorischen Wandel und erfolgreichem („reflexivem") organisatorischen Lernen beitragen (Hatch 1997: 366; Linstead 1996: 21-22).

Im Folgenden wird eine Besprechung einer RCA von Iedema et al. (2006b) vorgestellt und diskursanalystisch untersucht, um die obigen Probleme darzustellen und gleichzeitig herauszufinden, welche Schlüsse man aus dieser Dekonstruktion für ein emanizipiertes Management im Sinne einer guten sprachlichen Praxis und gemeinsamen Handelns ziehen kann.

5.3.1. RCA Untersuchung – Einführung und Falldarstellung

In dem Beispiel geht es um die Aufzeichnung einer Root Cause Analysis Investigation einer Überdosis an Morphium. Die Autoren entschieden sich für eine detaillierte Diskursanalyse dieses Falles (Iedema 2003) und vertreten, dass diese Analyse verdeutlichen kann, wie die Team-Mitglieder mit der Disjunktion zwischen formalen Regeln einerseits und dem situativen Handeln andererseits umgehen (Iedema et al. 2006b: 1204). Es wird ebenfalls deutlich, wie der diskursanalytische Beitrag die Beziehungen, Kreativität und Emotionen eines gemeinsamen Organisierens und Verstehens darstellen und einrahmen kann (Grant et al. 2011: 228). Letztlich sind all unsere Beschreibungen der sozialen Wirklichkeit untrennbar mit den Objekten, Personen und Umständen die sie beschreiben verbunden oder mit der Sprache, die wir nutzen, um sie zu beschreiben (Garfinkel 1967 nach Miller 1997: 25). Diese Subjektivität wird gerade in RCA Untersuchungen deutlich, da sie viel Zeit und Verhandlungen notwendig machen und die Handlungsempfehlungen möglicherweise am Ende nicht den (derzeitigen) Erwartungen zur Verbesserung der klinischen Prozesse gerecht werden (könnten) (Iedema et al. 2008: 569). Dass Diskurse eingrenzen *was* wir sagen und vorschlagen können und so bestehende Strukturen, Machtbeziehungen und Ideologien reproduzieren (Fairclough 2010: 129), wird auch darin deutlich, *welche* Vorschläge der Team-Mitglieder letztlich zur Verbesserung der Sicherheit gemacht werden (*konnten*) (siehe Markierungen).

Iedema et al. (2006b) beschreiben, dass das entsprechende Meeting das zweite in einer Serie von drei RCA Untersuchungen war. Dazu gibt es folgende Fallbeschreibung:

Abbildung 28. Falldarstellung – Motorradunfall & anschließende Morphium-Überdosis

Was ist passiert?

„A patient was injured in a motor-bike accident and was admitted via helicopter retrieval with multiple fractures and experiencing severe pain.

Before arrival in the hospital, the ambulance team and the retrieval team administered 30mg of morphine and 100mg ketamine.

In the emergency department, emergency staff administered a further 65mg morphine for pain relief via a cannula below a fractured humerus.

The patient was transferred to theatre for emergency surgery but experienced a respiratory arrest in the anaesthetic bay before being given anaesthetic drugs.

This was successfully managed by the anaesthetist and there was no permanent injury.

The patient required Naloxone (narcotic antagonist) infusion and monitoring in the high dependency unit (HDU) overnight.“

Letztendliche Empfehlungen des RCA Teams:

1. Medical and nursing staff in ED to be informed that maximum of 20mg of morphine to be prescribed/ administered on the resuscitation chart;
2. Case to be discussed at next QI and M&M meeting of ED, anaesthetics and theatre;
3. Resuscitation chart to be modified: (a) to state that a maximum of 20mg of morphine to be given on this chart, (b) medical signature to be moved to bottom of form;
4. The theatre check-in form be redesigned to make it better able to function as a written clinical handover document for important information e.g. alerts;
5. The anaesthetists and registered nurses in operating theatre discuss clinical practice for patients requiring continuous monitoring and observation.

It may be necessary to write a policy identifying available resources and practice for after hours emergencies. This will then need reviewed by ED, HDU, LW, etc.

Quelle: Iedema et al. (2006b: 1204). Eigene Darstellung.

Die Gesprächsausschnitte der Untersuchung sind in drei Teile bzw. Themenbereiche aufgeteilt, die aus der Diskussion hervorgegangen sind. Alle Themen zeigen die Herausforderungen aus den speziellen situativen Handlungen neue formale Generalisierungen zu entwerfen, um zukünftig die Handlungen anderer sicherer zu machen. Das *erste* Thema (Umstand) ist das Problem der Beteiligten nachzuvollziehen, was die Akteure zu dem Zeitpunkt wirklich getan haben, was sie wussten und was sie genau intendierten. Das *zweite* Thema ist die Problematik zu entscheiden, was notwendigerweise damals hätte kommuniziert werden müssen und was man hätte aufgeschrieben sollen. Im *dritten* Thema geht es um die Formulierung von Regeln, bei denen aufgrund des Kontexts aber notwendigerweise Flexibilität für die Details eingeschlossen werden muss (Iedema et al. 2006b: 1204).
Im Folgenden wird die Analyse der ersten Gesprächsmitschrift vorgestellt.

5.3.2. RCA Untersuchung – Tatsächliche Handlungen, Wissensstände und Intentionen

Bevor die untere Diskussion begann, sprachen die Beteiligten über den Patienten (er wäre „gesellig“ und „unterhaltsam“) und über seine Übergabe von der Ambulanz zum Vorraum der Anästhesie (Iedema et al. 2006b: 1204). Der Auszug verdeutlicht die abwechselnden Stimmen der Beteiligten und wie sie miteinander versuchen den Umständen einen Sinn zu geben. Es wird deutlich, dass die Beteiligten „konstruieren“, wie sich der Fall zugetragen hat. Aus diesem „Sensemaking“ (aus Sprache, Gesprächen und Kommunikation) entstehen Situationen, Organisationen und Umstände – es ist die Verbindung zwischen Handlung und Interpretation (Weick et al. 2005: 409).

Abbildung 29. Gesprächsauszug 1 – Unsicherheit bezüglich der Umstände		
#	**Sprecher**	**Inhalt**
102	A	Being awake and carrying on (?) ... But, even though with the high dose, you'd think, "Hello, there must be something wrong somewhere." They obviously didn't check the (?).
103	B	That's right ...
104	C	It's always easier retrospective thinking.
105	B	Yeah.
106	A	But I must say, I was surprised – the only (?) is a clear account to me of being well aware of the patient having what she considered a "vast excess of morphine." Like she (?).
107	C	Exactly.
108		(?)
109	A	She consciously thought, "We've done the wrong thing by giving too much morphine," even before starting the case, and she commented that the nurses had noticed his behavior as abnormal. I was just surprised she then felt comfortable to leave him alone.
110		(?)
111	A	Well, that's right, but there was no suggestion that this guy was sort of well tolerant to narcotics, and in fact, (?)
112	C	Yeah, (?) about that.
113	B	I think the deceptive behavior though really ...
114	D	(?) drug addict, to be honest, you know.
115	B	(?) just like in ED – they just come up, you don't know them, you just ... also the anaesthetic nurse not knowing wouldn't have mattered if his behavior hadn't been deceptive. Like, if she knew (?), "Geez, isn't he sleepy? (?). What's going on here?", she wouldn't have (?).
116	A	So, I guess the question is, "What other triggers could have been used to ensure he did get an appropriate level of observation?" I mean, you could probably – you couldn't predict a dose of morphine at which you must have (?).
117		(?)
118	A	With the anaesthetic nurse? I think we do have to comment on that because it was very clear it was handed on from ED, the anaesthetic nurse didn't get it, and – I don't know what we'd say. If you can think of a sort of recommendation around that ...

Quelle: Iedema et al. (2006b: 1204-1205). Leicht angepasst übernommen.

Sprecher A hat die Krankenschwester der Notaufnahme (ED nurse) und den Registrator der Anästhesie interviewt und weiß, dass sie vermuteten, dass der Patient zuviel

Morphium erhalten hat. Darum versucht A zu ergründen, warum trotzdem der Patient alleine gelassen wurde (Iedema et al. 2006b: 1205). Sprecher A dominiert das Gespräch in diesem Abschnitt. Es geht um die Konstruktion dessen was vorgefallen ist und zu verstehen, wie jemand unter diesen Umständen trotzdem alleine gelassen wird. Die Sprache ist auffällig empörend und verdeutlicht, wie sehr sich Sprecher A von der Krankenschwester der Notaufnahme distanzieren möchte. A drückt aus, dass sie anders gehandelt hätte (Lacan 1977 nach Baggini/ Fosl 2003: 187-189). Diese „Entrüstung" ist kontraproduktiv (Dekker 2006: 45-57). Dem Leser dieses Abschnitts wird auch deutlich, wie schwer es den Team-Mitgliedern fällt, nachzuvollziehen warum die Personen so und nicht anders gehandelt haben – was sie sich gedacht haben. Der „Hindsight-Bias" (Dekker 2006: 21-28) macht es schwer, jetzt bekannte Zusammenhänge unverbunden zu lassen. Sie setzen sich immer damit auseinander, dass die Beteiligten „es doch hätten wissen müssen" oder „dass sie es doch merken musste..." (#102, 106, 109, 115). Doch die Personen in der Handlung hatten nicht die Möglichkeit aus der Handlung herauszutreten. Dies Bewusstsein wird nur einmal kurz angesprochen („*always easier retrospretive thinking*", #104 und „Yeah", #105), aber danach wird die Diskussion unbeirrt fortgeführt. Es wird notwendig, die jetzt vorliegenden Daten in den „damaligen Kontext" zu transferieren und darauf zu verzichten, „konträre Fakten" aufzustellen (*counterfactuals*, z.B. „Sie hätte aber,..., würde man nicht...?), weil sie nicht erklären, warum die Personen damals so gehandelt haben (Dekker 2006: 29-44). Diese Probleme zeigen die Schwierigkeiten organisatorisches Lernen aus den berichteten Critical Incidents umzusetzen (Iedema et al. 2006b: 1205). Die Organisation ist ein Versuch, den unentwegten Handlungsfluss (der Beteiligten) zu ordnen und in eine gewisse Richtung zu steuern (Tsoukas/ Chia 2002: 570). Der Fehler *folgt* einer Handlung. Er stellt sich erst danach heraus. Die Handlung *ist* daher nicht falsch, sondern sie *wird* falsch. Das „Jetzt" des Fehlers steht dem damaligen Handeln unter Unsicherheit gegenüber. Das *Jetzt* repräsentiert die „Hindsight" und das *Später* ist die unbekannte Zukunft dessen was wird (Paget 1988 nach Weick et al. 2005: 412).

Hierauf aufbauend wird deutlich, dass die Beteiligten es sehr schwierig haben, Empfehlungen auszusprechen („*what sort of recommendation ...*", #119). Man muss fragen, welche Basis die Beteiligten im Beispiel dafür haben sich zu entscheiden, dass sie Empfehlungen für die Gabe von Morphium ausgeben sollen. Wie können sie wissen, welche Schlussfolgerungen den damals Beteiligten sinnvoll erscheinen würden? Es

zeigt sich dass sie versuchen, die Motive zu ergründen, die Aktionen nachzuvollziehen. Sie müssen verstehen, was die Beteiligten wollten, was sie angenommen haben, was sie wussten. Bei RCA geht es weniger um die Darstellung der Fakten und einer problemlosen Ursachenfindung und Abgleich mit bestehenden Regeln. Es geht vielmehr um die Interpretation und Entscheidung dessen, was vorgefallen ist, noch bevor Generalisierungen und Empfehlungen ausgesprochen werden können (Iedema et al. 2006b: 1205). Im Sinne der kulturell-symbolischen Risikoperspektive geht es bei dieser Sinnerzeugung darum zu ergründen, wie diese Risiken gemanagt werden können, um ein „Gefühl von sozialer Ordnung" wieder herzustellen, die durch den Vorfall unterbrochen wurde (Gephart et al. 2009: 145). In der Diskussion fragt Sprecher A, welche „Auslöser" man benutzen könnte, um sicherzustellen, dass der Patient die notwendige Beobachtung erhält (#116). Es soll ergründet werden, was getan werden kann, damit jemand anders dieser Umstand nicht wieder passiert.

Nach dieser Sinnkonstruktion diskutieren die Beteiligten darüber, wie die „bekannten" Informationen hätten aufgeschrieben und festgehalten werden können, damit das Wissen um die Umstände (z.B. welche Narkotika der Patient bekommen hat, wie sein Zustand ist, etc.) „richtig" weitergegeben wird. Sie versuchen zu verstehen, wie die klinischen Aktivitäten so „reguliert" werden können, dass die Dokumentation von relevanten Informationen für andere Personen sichergestellt wird (Iedema et al. 2006b: 1206). Diese Problematik wird im Folgenden deutlich.

5.3.3. RCA Untersuchung – Kommunikation von „Fakten"

Auch hier wird deutlich, wie schwierig es für die Beteiligten ist, aus situativen Vorkommnissen allgemeine Regeln zu erzeugen (Iedema et al. 2006b: 1206):

Abbildung 30. Gesprächsauszug 2 – Dokumentation von "Fakten"

#	Sprecher	Inhalt
119	D	Yes – I mean, because the registrar who was with the nurse did know.
120	A	See, that's doctors. Nursing handover is a nice synchronous thing and a nurse handed to a nurse, but not the right nurse – not the nurse who was going to have the ongoing care, and it didn't get to the right nurse. So, it needs to be … Well, two points actually. They should have written something on that front sheet – also, the ED people should have put something in writing, "Big dose of narcotic," with a circle. But she clearly said that to…

121	B	Well, I guess, the way that is written, the anaesthetic nurse may not have looked at that anyway (?), and I think that if we think that that sheet is important for that sort of information, it probably needs to be more explicit of (?). I mean, you know, other important information – relevant information.
122	C	Could be anything.
123	B	Could be anything, you know – next of kin sitting in the area or …
124	D	That's right. You'd be surprised how often people fill that in though. People usually do use it for – it could be next of kin, you know, it doesn't actually matter if someone's (?)
125	A	But what I'm saying is, if it's such a broad swathe of things that you can write in there, would the anaesthetic nurse necessarily pay much attention? Or should there be …
126	?	(?) checked in (?)
127	A	… something more, you know, a special alert box or some particular risk tick box. I'm not sure – I mean, I have no issue with them documenting better this concern, but I am not sure if putting it on that piece of paper or in that box … what do you think? If that was, you know – if someone had written there, "A very large amount of IV narcotics," would it have…?
128	C	Probably not. I mean, if it was handed over to the person that accepted it and it was signed off – if the anaesthetic nurse did sign it, but she actually … I mean she knew another registered nurse in the theatre had signed it off, I'd presume that she'd not necessarily have to look at it again.
129	B	It should have been verbally handed over.
130	?	(?)
131	A	Okay, yep. So we need to … and what … it has to – but the whole problem is when you're asking people to do verbal handovers – something that's not written down – it becomes (?).
132	?	(?)
133	B	Yeah.
134	C	We really, I think – she should have written it down.
135	A	But if we're going to say, "write it down", we should make sure it's written down in the (?), because I think we agree that writing it in that slot may not be helpful. If we think (?) we need to mark … decide how to write it in a way that it's effective.
136	C	Do they … I mean, it could be on the anaesthetic chart somewhere – like on the front of the anaesthetic chart, I don't know.

Quelle: Iedema et al. (2006b), S. 1206. Leicht angepasst übernommen.

Zu Anfang wird deutlich, wie abschätzig Sprecher A agiert („*That's doctors ...nursing handover is synchronous*", #120). Diese Einstellung basiert auf den kulturellen und ideologischen Annahmen, die sich als Ausdruck *des Anderen* bei dem Sprecher herausgebildet haben und zeugen vom (Welt-)Selbstbild von A (Jackson/ Carter 2000: 154). Mit der richtigen Krankenschwester wäre das nicht passiert, ... aber es kam ja nicht an die Richtige (#120). Es wird deutlich, wie trotz der Bereitschaft RCAs durchzuführen, die Kultur noch wenig „offen" ist (im Sinne einer HRO – Weick/ Sutcliffe 2007). Die Sprache ist durchgehend wertend und bewertend ist (Swann/ Leap 2000: 191).

Danach geht es darum, dass sie vielleicht „etwas hätten aufschreiben sollen", etwas klar Erkennbares, das keiner übersehen kann (#120, 121). Aber gleichzeitig relativieren sie ihre Aussagen, weil sie erkennen, dass dies nicht notwendigerweise hilft. Viele Informationen können relevant sein (#122, 123). Es kann auch trotz „richtiger" Markierung übersehen werden (#128). Der Vergleich zum Handeln von Personen in High-Reliability Organisationen wird auch von Iedema et al. (2006b) gezogen. Während es zuerst darum ging, was die Beteiligten wirklich wussten und sehen konnten, keimt nun die Frage danach auf, wie genau dieses Wissen hätte kommuniziert werden können. Das ist direkt verbunden. Hinter der Dokumentationsfrage steckt vor allem die Frage nach „Achtsamkeit" und „Aufmerksamkeit" im Sinne von „heedfulness" (Weick/ Roberts 2001) (Iedema et al. 2006b: 1206-1207). Diese Interpretation ist berechtigt. Die Beteiligten scheinen nicht diese Art „Achtsamkeit" (Weick/ Sutcliffe 2007) zu besitzen. Es ist weniger einer Frage von festen neuen Regeln ist, ob das nächste Mal „Dinge übersehen werden", sondern vor allem eine Frage der in #125 angedeuteten Achtsamkeit (nämlich der *Mindfulness* im Sinne der HROs). Aufmerksam zu handeln bedeutet nicht, dass die Handlung vorher „durchgeplant" gewesen sein muss, sondern eher, dass eine gewisse „Flexibilität" vorhanden ist. Demnach würde Sprecher A ausdrücken, dass Achtsamkeit eine notwendige Bedingung für „adäquates Praxishandeln" ist und besonders in unsicheren, unbestimmten Aufgaben vorhanden sein muss, die nicht ausschließlich von „bestimmten formellen Regeln" geleistet werden kann (Iedema et al. 2006b: 1207). *Medical Sensemaking* ist eine Art zu denken, die dann ausgesprochen wird, sowie eine Frage von Wissen und Technik, die angewandt wird. Schwestern und Ärzte agieren denkend, sie interpretieren ihr Wissen und vertraute Muster, aber müssen diesen gleichzeitig misstrauen – sie hinterfragen – und neue Rahmen, Muster und Interpretationen testen (Weick et al. 2005: 412). Es

braucht also einerseits die Regeln, aber auch die Achtsamkeit, damit neue Situationen ausgelebt werden können und neue Probleme gelöst werden können. Die gemeinsamen Praktiken und Aktionen werden durch kommunikatives Handeln geleitet, basierend auf den Machtstrukturen und ideologisch gegründeten Entscheidungen (Stacey 2000, 2007). Die Muster des Organisierens existieren in den Handlungen und Konversationen, die im Rahmen (Namen) dieser Organisation stattfinden und in den Texten dieser Aktivitäten, die in den sozialen Strukturen geschützt wird (Weick et al. 2005: 413).

Die Team-Mitglieder können anschließend noch immer nicht die Fragen abschließen, ob die Beteiligten „gewusst haben könnten“ oder „ob etwas hätte niedergeschrieben werden müssen“ oder es „verbal hätte erklärt werden müssen“. Sie fragen intuitiv nach „Heedfulness“, aber können es nicht richtig beschreiben bzw. zuordnen. RCA sollen dazu beitragen Empfehlungen auszusprechen, welche die Abhängigkeit des Krankenhauses von individueller Wachsamkeit minimiert. Letztlich kann das Meeting keine abschließende Beurteilung dazu abgeben, wie deren Intuitionen in formale Parameter der RCA umzusetzen sind (Iedema et al. 2006b: 1207).

Im Folgenden Abschnitt geht es um die Formulierung von Regeln und die Veränderung von der Kultur der Beteiligten.

5.3.4. RCA Untersuchung – Formulierung von Regeln und Veränderung der Kultur

In diesem dritten Teil der Vorstellung eines empirischen Verlaufs einer RCA Investigation aus Iedema et al. (2006b) geht es wiederum um das Verständnis welches die RCA Mitglieder in ihrer Untersuchung versuchen aufzubauen. Es handelt sich um zwei Monologe des Sprechers A, welche die Problematik dieser externen ex post Beurteilung abrunden sollen.

Abbildung 31. Gesprächsauszug 3 – Ablenkungen, Regeln, Einschränkungen

#	Sprecher	Inhalt
237	A	“(?) because now … why? Because … too distracted by the other injury and the patient’s pain. Yeah, they were distracted because when I was talking these guys through it, I said – as an anaesthetist, I’m sorry, drugs often didn’t work and (?). (?) disconnection or a tissue cannula, but you’re looking at not just patients, you’re looking at, “Why are (?) not working?” You haven’t got all the emotion of this guy

		who is in severe pain …"
371	A	"But I said, "You talk about processes and procedures and makig things safe. I mean, you ain't going to like it when you go out to recovery and someone's said – and you want to give 20 (mgs morphine) now and someone says to you, "No, we can only give 5 (mgs morphine) at a time here, doctor, in this unit," Like, you know, you've got to not go there or you've got senior people that know exactly what they're doing and put rules around them and stop them giving the best patient care."

Quelle: Iedema et al. (2006b: 1207-1208). Leicht verändert übernommen.

In diesem letzten Teil der Diskussion setzt sich das Team damit auseinander, dass Ärzte oft „abgelenkt sind" und sich in den komplexen Dynamiken und Zusammenwirken von bio-physiologischen Symptomen, klinischen Prozeduren, medizinischen Technologien (Medikamenten) und persönlichen Emotionen zurechtfinden müssen (Iedema et al. 2006b: 1207). Dieses komplexe, nicht-lineare Zusammenwirken von unterschiedlichen Umständen und diverser Faktoren werden von der Komplexitätstheorie artikuliert. Doch gerade in dem obigen Beispiel, welches für das Alltagshandeln in Krankenhäusern exemplarisch ist, geht es immer um Personen, die handeln – die alle anders sind. Daher muss besonders die soziale Komponente betont werden, welche die grundsätzliche Komplexität der sozialen Verflechtungen und Interaktionen weiter verstärkt (Stacey 2007). Der obige Auszug zeigt, wie Sprecher A zu artikulieren versucht, wie komplex die Umstände des Handelns wirklich sind. Es geht nicht nur um Patienten, sondern um das komplexe Zusammenspiel von klinischen Handlungen, den Problemen von Patienten, die vielleicht nicht genau identifiziert werden können und um die technischen Probleme. „Warum funktioniert (?) nicht?" Gleichzeitig „hat man auch nicht alle Emotionen des Patienten", man kann also nicht genau „erfahren", was dieser Patient jetzt genau braucht. Es wird deutlich, dass es um mehr als „nur Patienten" geht (#237 oben; Iedema et al. 2006b: 1207). Diese Umstände verdeutlichen, dass eine Organisation nicht inhärent sicher ist, sondern dass erst die Menschen dazu beitragen müssen, Sicherheit zu erzeugen, indem sie Werkzeuge und Technologien benutzen, während sie gleichzeitig multiple Systemziele auf verschiedenen Ebenen aushandeln und abwägen müssen. Die Prioritäten und Präferenzen die Menschen durch ihr Praxishandeln ausdrücken, sind eine Reproduktion der Intentionen und Interessen (der Kultur) der gesamten Organisation (Dekker 2006: 226).

„Ablenkungen“ (#237) sind genau der Ausdruck dafür, was unter den Umständen vor Ort komplex und undurchsichtig war, aber erst im Nachhinein als „nicht relevant“ klassifiziert wurde. Was eine Ablenkung ist bzw. was sich als Fehler herausstellt, zeigt sich erst später (Paget 1988: 56 nach Weick et al. 2005: 412). Ebenso sind die Quellen der Ablenkung schwer zu kontrollieren und vor allem in Prozeduren umzusetzen. Diese Schwierigkeit ist genau jene, mit denen sich die Beteiligten der Analyse konfrontiert sehen, weil sie ebenjene Umstände generalisieren müssen. Die Team-Mitglieder ringen damit, dass all ihre neu formulierten Regeln und Prozeduren, keine Garantie dafür darstellen, dass in der Komplexität der (folgenden) Situationen keine „Fehler“ mehr gemacht werden bzw. die „Ablenkungen“ ausgeblendet werden können. Die Beteiligten sind nicht in der Lage auszudrücken, dass „formelle Regeln (i.e. enge Systemkopplungen) unweigerlich der Komplexität und Reichhaltigkeit der alltäglichen Aktivitäten unterworfen bleiben würden“ (Gherardi/ Nicolini 2002 nach Iedema et al. 2006b: 1207).

Diese inhärente Komplexität wird auch in der Wortwahl von Sprecher A deutlich. Lacan (1977) interpretierend könnte man die Beschreibungsversuche von A so deuten, dass A Probleme hat, in Worte zu fassen, wie sich die Verworrenheit des Augenblicks für den Handelnden darstellt: *„man ist abgelenkt – der Patient hat Schmerzen“* (#237). Der Sprecher stockt, setzt neu an, springt mit seinen Gedanken. *„Also, sie waren abgelenkt, denn als ich mit ihnen drüber sprach, Ich sagte – als ein Anästhesist – es tut mir leid – häufig wirkten die Medikamente nicht und (...) nicht verbunden ..., aber du schaust nicht nur auf Patienten, du schaust auf, „Warum arbeitet dies nicht?“ Du hast nicht all die Gefühle, die dieser Kerl hat; der hat richtige Schmerzen ...“* (#237). Er versucht sich hineinzuversetzen in die Handlungsposition der Betroffenen. Seine unklare Aussprache spiegelt die mangelnde Greifbarkeit (Beschreibbarkeit) der Situation für jemand anders als denjenigen der es erlebt dar. Seine Sprache strukturiert das Dagewesene (sie ist nicht passiv). Sie drückt das Unterbewusste des Sprechers aus. Die Psychodynamik hinter den Worten zeigt Aufregung und Irritation. Sie drückt das Verlangen aus, die Situation nachzuleben – zu verstehen, wie es abgelaufen ist. Doch dieser Wunsch muss eben unerfüllt bleiben (Lacan 1977 nach Baggini/ Fosl 2003: 187-189).

Im zweiten Teil des Auszugs (#371) geht es um die Einschränkung durch neue Regeln. Der Einsatz von formalen Regeln ist davon abhängig, in welchem Ausmaß diese Regeln in das Netz der schon bestehenden Aktivitäten eingebunden werden. Strauss et al.

(1963) paraphrasierend, drücken Iedema (2006b) aus, dass Ärzte mit den Bedeutungen von formalisierten und expliziten Regeln, sowie deren richtiger Anwendung durch informelle Aktivitäten experimentieren. Der Erfolg von Vorschriften ist damit weniger abhängig von deren formalen Inhalten, sondern durch den Erfolg (das Ausmaß) mit dem sie in die täglichen Aktivitäten aufgenommen werden können und die nicht-formellen Dialoge die sich aus einer Anwendung ergeben (Taylor 1993 nach Iedema et al. 2006b: 1207-1208). Die legitimen und Schattenthemen nach Stacey (2000) kommen hier zur Geltung. Neue Regeln und Vorschriften werden in den Diskursen (als neue Themen) aufgegriffen und informell besprochen. Die bestehenden Ideologien schränken ein, erklären, wie die neuen Regeln zu werten sind, ob sie „akzeptabel" sind oder ob sie „nicht genutzt" bzw. „umgangen" werden sollen, weil „sie einfach zu sehr einschränken", etc. Damit formen sie die Machtbeziehungen und die kommunikativen Interaktionen der Beteiligten. In den alltäglichen Gesprächen interagieren die „legitimen" und die „Schattenthemen" auf komplexe Art und Weise, während Akteure ihre Macht ausbauen, untergraben und sich die Machtbeziehungen verändern. Dabei ist besonders wichtig, dass die Diskurse nicht offen „geführt werden" – als Schattenthemen –, sondern dass sie unter der Hand dazu beitragen, wie man sich „diesen neuen Regeln gegenüber zu verhalten hat" (Stacey 2000: 376-386). Man wendet sich nicht offiziell gegen die neuen Regeln. Daher ist es von Bedeutung, wie die Machtbeziehungen die alltäglichen (ethischen) Praktiken der Beteiligten beeinflussen. Die organisatorischen Mikropraktiken – ausgelebt im Diskurs und eingebunden in die bestehenden Machtbeziehungen – formen grundlegend die Handlungspraxis. (Risikobewusstsein und Handeln) Ethik wird (werden) in den alltäglichen Praktiken konstituiert und ist damit gerade in den gelernten Tätigkeiten und in den Routinen „*at stake*" („gefährdet") (Clegg et al. 2009: 91, 94).

Sprecher A fragt nach (#371), wie man sicherstellt, dass die Regeln und Vorschriften, welche aus bestimmten Situationen herausgearbeitet wurden, praktische Relevanz und Güte für andere Fälle haben, ohne ungebührlich die Handlungsmöglichkeiten der Beteiligten einzuschränken. Hier treten die „post-bürokratischen" Schwierigkeiten deutlich zutage. Mediziner sind nicht mehr nur damit konfrontiert, abstraktes Wissen bei situativen Handlungen anzuwenden, sondern müssen analysieren, welche organisatorischen Generalisierungen (eines Risikomanagements) für situatives Handeln geformt werden sollen (Iedema et al. 2006b: 1208). Diese Lesart ist einleuchtend, aber gleichzeitig bleibt auch hier das grundsätzliche Verständnis des Sprechers A bezüglich

der Qualifikation unbeachtet. Es geht weniger darum, dass alle Handelnden eingeschränkt werden, sondern dass gerade die „älteren erfahrenen Ärzte“ über alle Gebühr in ihren Möglichkeiten eingegrenzt werden. Gerade das ist symptomatisch für das Verständnis dass nur jüngere Ärzte und Krankenschwestern Fehler machen und erst aus ihnen die Risiken erwachsen. Hier tritt die Grundannahme zutage, dass die erfahren Ärzte genau wissen was sie tun („*senior people that know exactly what they are doing“*, #371), während die jungen Ärzte es eben nicht wissen. Erfahrung ist wichtig, aber für achtsames Verhalten braucht man keine „eingespielten Routinen“ und „viel Erfahrung“ (Baker et al. 2006), sondern Offenheit und Neugier gegenüber möglichen „neuen Konstellationen“. Gerade die bestehenden Praktiken, Annahmen und Beziehungen haben schließlich zu dieser Situation geführt, die jetzt untersucht wird (Clegg et al. 2009; Stacey 2007; Jackson/ Carter 2000). Es sind damit nicht nur die alten, erfahrenen Ärzte, die zur Sicherheit in einem Krankenhaus beitragen, sondern gerade die Mischung aus Alt und Jung, und Kräften aus anderen Krankenhäusern, die neue Sichtweisen, „neue Stimmen“ zu der Polyphonie beisteuern und in einem achtsamen, offenen Diskurs fortwährend Sicherheit erzeugen. „Achtsamkeit“ braucht eine „notwendige Vielfalt“ bzw. „erforderliche Varietät“ (Ashby 1956, 1958; Weick 2009c: 159), die aber weniger als Systemeigenschaft, sondern als gedankliche Freiheit und „Polyphonie“ verstanden werden muss, die zusätzliche Stimmen und Ansichten erlaubt (Bakhtin 1981) und damit als emergente Eigenschaft der sozialen Beziehungen und kommunikativen Handlungen gewertet werden muss. Es muss erlaubt sein, die Meinung offen auszusprechen – eine „andere“ Einschätzung abzugeben – und dafür nicht (formell oder informell) „geschmäht“ zu werden. Diese Art von Vielfalt meinen auch Weick/ Sutcliffe (2007: 112-113), wenn sie über *Das Prinizip der requisiten Varietät* reden. Sie sprechen von (Organisations-) Kultur. Die Subkulturen in HROs müssen „gefördert“ werden, innerhalb einer „integrierten“ Kultur zu existieren, obwohl Fragmentierung wichtiger als Integration ist. Sie argumentieren mit „Systemkomplexität“ und „Umwelt-komplexität“ also Begriffen aus der Kybernetik. Diese Argumentationsrichtung ist irreführend, weil sie nicht der sozialen Komplexität und Konstruktion der sozialen Wirklichkeit durch kommunikatives Handeln, eingerahmt in Machtbeziehungen und ideologisch basierten Entscheidungen, Rechnung trägt und mit veralteten Begriffen versucht eine Beschreibung von Diskursen, Polyphonie und sozialer Konstruktion von Wirklichkeit zu erreichen. Es bleibt aber zutreffend, dass die Kultur, im Sinne einer *sozialen Komplexität* des kommunikativen Handelns, der Machtbeziehungen und

ideologisch basierten Entscheidungen (Stacey 2007), das grundlegende Element in den Bemühungen darstellt, die auftretenden Unsicherheiten und Risiken „achtsam“ zu managen (Weick/ Sutcliffe 2007: 116).

Diese in (#371) genannten beschränkenden Regeln wirken weniger der „Vielfalt“ als der „Flexibilität“ der gemeinsamen Handlungen entgegen. Man verhindert unter Umständen, dass fähige Ärzte die notwendige Freiheit haben, den Patienten die bestmögliche Versorgung zukommen zu lassen. Sprecher A kämpft mit dem Problem, den Behandlungsspielraum für die Ärzte einzuschränken deren Aufgabe es ja ist, „die bestmögliche Versorgung zu geben, die sie geben können“. Während Iedema et al. 2006b: 1208) von „Kopplung“ sprechen und ausdrücken, dass es darum geht, das die neuen Regeln „ein Hindernis für situatives Handeln“ werden ist der Rückgriff auf die Kybernetik verfehlt. Es ist entscheidend, dass die Team-Mitglieder „keine andere Wahl“ zu haben scheinen als immer nur „mehr Regeln“ zu entwerfen und neue genauere, formelle Richtlinien zu entwerfen. Dieser hier vorliegende organisatorische Diskurs schränkt den Sprecher A und die anderen Untersuchenden aus den Ausschnitten darin ein, was sie vorschlagen können. Der Diskurs wirkt als unbewusste Kraft und begrenzt die Wahrnehmung, verhindert die Untersuchung von grundsätzlich anderen Modalitäten von Sehen und Handeln (Chia 2000: 514). Der hier (unbewusst) anerkannte Diskurs hat immanente Implikationen für die sozialen Praktiken (Linstead 1993: 63), weil hier eben keine „flexible“ Lösung entworfen werden kann – keine „kulturelle Lösung“ im Sinne von High-Reliability Teams (Iedema et al. 2006b: 1208) oder High-Reliability Organisationen (Weick/ Sutcliffe 2007).

5.3.5. Resümee der Anwendung von RCA

Die obigen Ausführungen zeigen, dass die Root Cause Analyse als Instrument dafür genutzt werden soll, um aus Fehlern und Risiken im Krankenhaus zu lernen (Carroll/ Edmondson 2002), das „System“ sicherer zu machen (Kohn et al. 2000) und etwaige Barrieren zu überwinden (Tucker/ Edmondson 2003). Dabei können gleichzeitig die organisatorische Stille und versteckte Risiken beseitigen werden (Henricksen/ Dayton 2006), indem das Informationsversagen von Krankenhäusern reduziert wird (MacIntosh-Murray/ Choo 2006) und einem organisatorischen Versagen durch Informationsprobleme vorgebeugt wird (Choo 2005b; 2008). Diese Intentionen

scheinen theoretisch erstrebenswert, aber werden in der Anwendung durch erhebliche Schwierigkeiten begleitet (Iedema et al. 2006b: 1208).

Die Mitglieder sehen sich einer inhärenten Subjektivität und Vieldeutigkeit der Informationen gegenüber – Bedeutungen werden „uneindeutig", Intersubjektivität und Kontext werden wichtig (Jackson/ Carter 2000: 14-33). Die Beteiligten formen sich durch ihre kommunikativen Handlungen gegenseitig. Sie bilden wechselseitig Annahmen über die Geschehnisse und „erzeugen damit eine Interpretation der Abläufe und Probleme. Sie konstruieren daher ihre soziale Wirklichkeit (Stacey 2000, 2007). Diese gemeinsame Interpretation ist nicht fest. Sie wird ständig geformt, überarbeitet, neu gedacht, konstruiert und revidiert. Die Realität muss ständig erschaffen und erhalten werden durch die aggregierten diskursiven Handlungen von Realitätserzeugung (Chia 2000: 513). Es gibt keine Garantie dafür, dass die Ursachen für die Probleme und Risiken die „ergründet" wurden „richtig sind, weil es mitunter von dem Risiko/Fehler-Modell („Verständnis") abhängt (Dekker 2006: 73-92). Jeder Versuch, eine „endgültige" Lösung zu erzeugen, muss immer unvollständig bleiben. Der Kampf gegen die Unsicherheit hört nicht auf (Bauman 1990: 183-184). Die Versuche neue Regeln aufzustellen (#371), um damit den gleichen Fehler, die selben Risiken, beim nächsten Mal zu verhindern, erzeugen wieder neue Einschränkungen, die dazu führen können, dass die Beteiligten in ihren anderen Handlungen weniger erfolgreich sein können *(„put rules around them and Stopp them giving the best patient care"*, #371). Dies kann leicht dazu führen, dass zwar die künstliche Ordnung für diesen einen Vorgang zwar erzeugt werden konnte, aber andere Vorgänge (und klinisch notwendiges Handeln) beschnitten werden.

Die RCA, bei der individuelle Handlungen untersucht werden sollen, um daraus generelle Handlungsanweisungen zu machen, klingt zwar gut, aber steht in der Praxis erheblichen Schwierigkeiten gegenüber. Einerseits müssen die Team-Mitglieder Generalisierungen aus den undurchsichtigen, teilweise verworrenen und widersprüchlichen Details der Handlungen ableiten. Andererseits müssen die Beteiligten die Undurchsichtigkeit der Informationen so interpretieren, dass anschließend relevante Vorschläge und Verbesserungen entstehen. Der Ausbau der bestehenden Regeln ist dabei insbesondere relevant, weil der Arbeitsalltag im Krankenhaus nicht nur aus Routine besteht. „Hoch verlässliches" Verhalten wird notwendig (Iedema et al. 2006b:1208). Dieses „achtsame" Verhalten (Weick/ Sutcliffe 2007) kann dort zur Geltung kommen, wo es schwierig ist, neue Konzepte oder

Verbesserungen abzuleiten, bevor die Einschränkungen Hindernisse im Arbeitsalltag werden (#371) oder andere Bereiche dadurch in Mitleidenschaft gezogen werden (Bauman 1990: 184). Es bestehen Grenzen von expliziten, prozedurbehaftetem Wissen (Smith et al. 2003 nach Iedema et al. 2006b: 1208), gerade wenn Flexibilität notwendig wäre. Die formellen Regeln werden erst durch informelle Interaktionen für das klinische Handeln „benutzbar gemacht". Die Vorschriften werden von den Anwendern hinterfragt, beäugt, verhandelt und interpretiert. Sie werden akzeptiert, verhindert, ignoriert, schlichtweg abgelehnt oder sogar „sabotiert" (Wiener 2000: 7 nach Iedema et al. 2006b: 1208-1209). Diese Auslotung geschieht informell. Diese Diskurse schreiben vor, was gesagt werden kann, ob diese neuen Vorschriften „gewollt" sind oder nicht, ob sie „verhindert" oder nur „ignoriert" werden sollen. Die Verhaltensweisen ergeben sich aus den gemeinsamen kommunikativen Handlungen der beteiligten Personen, basieren auf ihren Ideologien und Annahmen, sowie den herrschenden Machtbeziehungen. Sie formen sich gegenseitig in den fortwährenden Gesprächen, Diskussionen und Verhandlungen (Stacey 2000: 371-396). Die Vorschläge von Root Cause Analysen müssen genauso „verhandelt und interpretiert". Das Krankenhauspersonal muss sie in ihren Gesprächen und täglichen Praktiken „ausloten". Bezüglich der oben erwähnten Beschränkung von Handlungen (#371) muss erwähnt werden, dass Regeln nicht nur „gebrochen" werden müssen, um etwas abzukürzen oder „es leichter zu haben", sondern vor allem auch, um die „Regeln überhaupt anwendbar zu machen" (Iedema et al. 2006b: 1209). „Prozessversagen" bzw. „Regelverletzungen" sind ein integraler Bestandteil der Krankenhausarbeit (Tucker/ Edmondson 2003: 56). Da formale Regeln und Prozeduren nicht für alle Kontingenzen vorsorgen und anwendbar sein können, muss das Klinikpersonal für sich herausfinden, was die Regeln bedeuten und wie man sie anwenden kann (Iedema et al. 2006b: 1209). Die Aufgabe des Managements muss darin liegen, die lokalen Problemlösungen zu unterstützen und Interpretationen zu ermöglichen (Tucker/ Edmondson 2003: 69). Die Beteiligten müssen den Freiraum haben, sich zu organisieren. Sie müssen in ihren alltäglichen Beziehungsprozessen ihre Handlungen formulieren und kontinuierlich ihr gemeinsames Handeln erzeugen und dadurch ihre Umwelt und sich selbst transformieren. Es geht um Beziehungshandeln durch Kommunikation (Stacey et al. 2000: 188-190). Iedema et al. (2006b) paraphrasieren Gherardi/ Nicolini (2002) und beschreiben in derselben Weise, dass das Rückrat der sozialen und organisatorischen Handlungen und Beziehungen als „informelle Kommunikation" zu sehen ist, durch die Individuen Beziehungen pflegen

und verändern, sowie Arbeit, Regeln und Risiken überwachen (Gherardi/ Nicolini 2002). Im Gegensatz zu dieser Interpretation sehen die Autoren, dass die bisherige Definition und Interpretation von RCA aber darauf ausgelegt ist, dass die Befunde direkt in Veränderungen der Arbeitsprozesse überführt werden, um „sichere" Versorgung zu gewährleisten. Damit ist die RCA (noch) direkt in dem bürokratisch-wissenschaftlichen (funktionalen) Paradigma verwurzelt, welches sich aber der oben genannten Hürden der Funktionalisierung nicht bewusst ist (Iedema et al. 2006b: 1209). In diesem Paradigma wird unterstellt, dass die Beteiligten „wissen müssen", wie es besser geht. Eine unproblematische Kausalität wird impliziert. Das erfolglose Anwenden von RCA wird dann als „falsche Anwendung" gedeutet, dass die Personen vor Ort „unfähig" wären. Denn keine Enttäuschung oder Frustration – sei sie noch so groß – (zur Zeit noch) wird dazu beitragen, unseren Glauben darin zu erschüttern, dass jedes Problem in lösbare Aufgaben geteilt werden kann und mit den genügenden Ressourcen, Fähigkeiten und Einsatz auch letztlich „gelöst" werden kann (Bauman 1990: 194). Dies mag pessimistisch sein, aber legt nahe, dass man sich bei einer Umsetzung von organisatorischen Strategien darüber bewusst sein sollte, wie soziale Wirklichkeit entsteht, dass Handeln immer kommunikativ ist, dass Machtbeziehungen eine Rolle spielen und Entscheidungen immer auf der Basis von Ideologien gefällt werden (Stacey 2007). Ist man sich diese Probleme nicht bewusst, stellt man die Untersuchenden vor „unlösbare" Aufgaben bzw. gibt sich nur zufrieden, wenn „irgendwelche neuen Vorschriften" in Kraft gesetzt werden.

Eine derartige Eingrenzung von RCA auf rein bürokratisch-funktionalen Lösungen weist drei bedeutende Probleme aus (Iedema et al. 2006b: 1209):

- *Erstens*: Der Einsatz von klinischen Richtlinien (clinical practice guidelines) und medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen ist eher gering (Bero et al. 2002; Grimshaw et al. 2001). Daher ist es unverständlich zu vermuten, dass die von den RCA Mitgliedern produzierten bürokratisch-funktionalen Verbesserungs-vorschläge besser aufgenommen werden, als das bereits existierende formale Wissen.
- *Zweitens*: Ein bedeutsamer Teil der Arbeit im Krankenhaus ist keine Routine (Lillrank/ Liukko 2004). Sicherheit als eine Dimension der klinischen Arbeit anzusehen, die problemlos auf Prozeduren übertragen werden kann, ist demnach zu bezweifeln. Sicherheit ist auch abhängig von „loser Kopplung und Achtsamkeit". Grundsätzlich muss Sicherheit fortwährend erzeugt werden.

(Sicherheit) Verlässlichkeit ist ein dynamisches Nicht-Ereignis (Weick 2001c: 335). Damit kommt es auf die gemeinsamen kommunikativen Handlungen an, aus denen heraus die soziale Wirklichkeit und letztlich auch (die gefühlte) Sicherheit erzeugt wird.

- *Drittens*: Es kann sogar eine negative Verbindung zwischen der Formalisierung von Praxisanweisungen und dem späteren Praxishandeln bestehen. Die Durchsetzung von Regulierungen und Sanktionen durch „derartige Mandate" (RCA Empfehlungen) geht mit geringerem Lernen aus dem weniger proaktiven Risikomanagement, mehr ungerechtfertigten Beschuldigungen, schlechteren Arbeitsbeziehungen und weniger Mitarbeiterentwicklung einher. Die Gefahr ist, dass übertrieben bürokratische Performance-Messungen, bei dem das Ausmaß an rationaler Entscheidungsfindung überbetont wird, paradoxerweise genau die Verhältnisse verhindern (verschlechtern), die für die Qualitätsverbesserungen notwendig sind (Freeman 2003: 248 nach Iedema et al. 2006b: 1209).

Diese Kritikpunkte als Signal für die mangelnde Funktionalität von RCA zu deuten, wäre nicht richtig. Es wird aber deutlich, dass auch RCA – genauso wie IR und Risikomanagement im Allgemeinen – als Praktik verstanden werden muss und weniger als Instrument (Clegg et al. 2007a). Es ist daher nicht richtig, dass RCA keinen Wert haben. Es ist eine Praktik, die dafür sorgt, dass Krankenhausmitarbeiter nicht nur medizinisch-technische Details, sondern auch organisatorisch-klinische Prozesse und Prinzipien erörtern. Die RCA ist „einzigartig", indem sie Mitarbeiter aus dem ganzen Krankenhaus zusammenbringt, die über die Organisation nachdenken und ihr eigenes und gemeinschaftliches Handeln besprechen (Iedema et al. 2006b: 1209). Es trägt scheinbar ungemein zur Anhörung von vielen vorher unbeachteten Stimmen bei und damit zur Ausnutzung der „Polyphonie" (Bakhtin 1981). Hierdurch können die vielen einer Organisation konstituierenden Diskurse zutage treten (Hazen 1993 nach Kornberger et al. 2006: 4) und Lernen im Sinne einer fortwährenden Praktik des Entwickelns möglich werden (Clegg et al. 2005b: 150). Das Klinikpersonal bekommt durch RCA Untersuchungen die Möglichkeit, die organisatorische Logik, welche den medizinisch-klinischen Prozessen unterliegt oder zumindest unterliegen sollte, besser zu verstehen, zu verhandeln und umzugestalten. Es werden jene disziplin-übergreifenden Beziehungen und Interaktionen gefördert, die für „hoch-verlässliches" Handeln erforderlich sind (Iedema et al. 2006b: 1209). Letztlich sind diese Verbindungen nicht

nur für „sicheres“ Handeln im Sinne von HROs notwendig, sondern sind ein inhärenter Bestandteil des Organisierens selbst. Die relationalen Prozesse von Kommunikation, mit denen die Menschen ihre gemeinsamen Handlungen ermöglichen, erzeugen die soziale Wirklichkeit (Stacey et al. 2000: 188) – ihre Diskurse sind ihre Organisation (Chia 2000: 517).

In dem Beispiel des Motorradunfalls hätten die Empfehlungen für Verbesserung der Patientenübergabe auch „praktischer Natur“ sein können. Man könnte eine Schwester der Notaufnahme so lange bei dem Patienten bleiben lassen, bis die Induktion der Anästhesie erfolgt. Der Schwerpunkt würde auf klinisch-relevantes gemeinsames Interagieren verschoben werden, ohne zu einer Ausuferung von neuen Prozeduren, Regeln, formalem Training oder zeitintensiven Meetings zu führen. Diese Lösung würde gleichzeitig Raum für einen informellen und dynamischen Dialog zwischen den Krankenhausmitarbeitern erzeugen, indem organisatorische Werte wie Eigenständigkeit und Achtsamkeit gefördert würden. Sicherlich kann man nicht alle Probleme so lösen. Es gibt genug Probleme, bei denen in der Tat explizite Regeln oder strengere Vorschriften angebracht sind (Iedema et al. 2006b: 1210).

Die RCA ist ein Instrument, welches vor allem als Praktik angesehen werden sollte, bei dem die organisatorische Vielfalt zum gemeinsamen Lernen ausgeschöpft werden kann. Individuen und Gruppen formen sich simultan. Erst durch Sprache, eingerahmt von Machtbeziehungen und ideologisch basierten Entscheidungen entsteht Organisieren und Lernen (Stacey 2000: 400). Daher kann die RCA nur dann als Ressource für organisatorisches und individuelles Lernen ausgeschöpft werden, wenn die Mitarbeiter genügend Raum für Achtsamkeit haben und die Möglichkeit haben, neue Regeln, Vorschriften und Kontexte zu verhandeln (Iedema et al. 2006b: 1210).

Im Folgenden wird die Dekonstruktion der Root Cause Analyse als Instrument von Risikomanagement im Krankenhaus fortgesetzt indem eine Dekonstruktion von *Root Cause Analyse Empfehlungen* versucht wird. Auch hier zeigen sich einige Probleme der Umsetzung beim Praxishandeln im Krankenhaus.

5.4. Eine Dekonstruktion von Root Cause Analyse Empfehlungen

Root Cause Analysen sind ein bedeutender Ansatz, um gemeinsam zu rekonstruieren, wie sich Zwischenfälle zugetragen haben. Indem ein Team aus Mitgliedern der Organisation die Zwischenfälle untersucht, Ursachen identifiziert und Empfehlungen

für Veränderungen (Verbesserungen) vorschlägt wirkt es einmal systemanalytisch und als Intervention, aber auch als „organisatorisches Lerninstrument“ (Heget et al. 2002 nach Iedema et al. 2008: 572).

Lernen im Sinne einer mikro-interaktionistischen Perspektive hat mit der Übertragung von Wissen innerhalb einer Berufsgruppe zu tun. Ärzte, Rechtsanwälte, Sozialarbeiter etc, produzieren nicht nur „ihre Arbeit“, sondern auch „Arbeitsbeziehungen“, Identitäten und Selbstbildnisse. Lernen bedeutet in gemeinsamen Handlungen zu tun „partizipieren“ und damit Teil einer Gemeinschaft zu werden. Lernen findet immer in sozialen Interaktionen statt. Dies geschieht in RCA Teams auch „berufsgruppenübergreifend“, weil sie Teil der Gemeinschaft Krankenhaus sind. Der Postmodernismus treibt den „sozialen Konstruktionismus“ noch weiter und beschreibt, dass Sprache die Identität „erzeugt“. Daher ist organisatorisches Lernen eine diskursive Praktik, eingebettet in Netzwerke aus Wissens- und Machtbeziehungen, welche die Subjektivität der Beteiligten steuern und jene Nicht-Beteiligten ausgrenzen (Gherardi/ Nicolini 2001: 42-45). Die Einschränkung durch Diskurse wurde deutlich, als die Beteiligten im obigen Beispiel (#371) diskutiert haben, welche Vorschriften man entwerfen könnte. Sie sahen die Schwierigkeit, da flexibles Handeln an anderer Stelle verhindert werden könnte (#371). Das Team war eingeschränkt und konnte anscheinend nur weitere, noch genauere, formale Regeln und Prozeduren vorschlagen (Iedema et al. 2006b: 1208). Vor diesem Hintergrund scheint es angebracht, bei dem Erfolg des Instrumentes nicht nur nach der Anwendbarkeit an sich, sondern auch nach der Art und Weise der Empfehlungen von RCA Untersuchungen zu fragen, weil sie der Inbegriff für den „Erfolg“ von RCA sind. Aufbauend auf Iedema et al. (2008) werden im Folgenden vier Themen von RCA Empfehlungen besprochen, die maßgebliche Aspekte einer Dekonstruktion und Diskursanalyse sein sollten: *Erstens*, der Druck RCA Empfehlungen produzieren zu müssen; *zweitens*, die wechselhafte Qualität der Empfehlungen; *drittens*, die notwendige Auswertung durch das Management; *viertens*, der geringe wahrgenommene Einfluss auf den organisatorischen Erfolg (Iedema et al. 2008: 573).

5.4.1. Der Druck Empfehlungen zu produzieren

Abhängig von der formalen Ausgestaltung und den Rahmenbedingungen werden RCA wahrgenommen. Iedema et al. (2008: 573) verdeutlichen, dass die „post-bürokratische“

Art von RCA als „demokratisierender Impuls“ durch die bürokratischen Regeln der Umsetzung von RCA eingeschränkt wird:

> *„The RCA processes should be instigated as soon as practical after the incident. The more time elapsed, the less reliable the account of events by people involved and important information might no longer be available.*
> *A RCA team should be convened within two working days of the incident occuring.*
> *The RCA report should be signed off within 65 days of commencing the investigation“* (State Government of Victoria 2006 nach Iedema et al. 2008: 573).

Demnach sollen RCA Untersuchungen sobald wie möglich nach der Erkennung des Zwischenfalls aufgenommen werden, weil die Aussagen der am Zwischenfall Beteiligten immer ungenauer werden und wichtige Informationen möglicherweise nicht mehr vorliegen könnten. Die Teams sollen innerhalb von zwei Tagen gebildet werden und der Abschlussbericht innerhalb von 65 Tagen vorliegen. Dies zeigt unweigerlich die Problematik „Empfehlungen produzieren zu müssen“. Der Kern der Kritik ist vor allem der hierdurch entstehende Druck, durch Zeitvorschriften, variable Teams, etc. Viele Beteiligte haben Probleme mit den zeitlichen Richtlinien und den notwendigen Ressourcen für eine RCA Untersuchung. In einer Befragung wurde deutlich, dass die RCA Untersuchungen im Schnitt 110 Tage gedauert haben. Besonders wenn die Anzahl zunimmt, können Engpässe bestehen, genügend Mitarbeiter für die Durchführung zu finden. Des Weiteren erklärte ein Interviewter, dass die Untersuchenden auch einen „richtigen“ Job hätten. RCA wird als „zusätzliche Bürden empfunden“ und nicht als „Teil des Jobs“ (Iedema et al. 2008: 574). RCA sind „neu“, also noch nicht genügend in die alltäglichen Handlungen, Gespräche, Ideologien und Machtverflechtungen integriert. Daher wird die Beteiligung an einer RCA zu einer zusätzlichen Arbeitsbelastung.

Die RCA erzeugt viel zusätzliche Kommunikation. Gerade spezialisierte RCAs können mehr als 65 Tage dauern, weil die dafür notwendigen Personen verhindert sind – aufgrund von Freistellungen, Urlauben –, und ohnehin nur wenige derartig spezialisierte Personen in dem Krankenhaus arbeiten. Dies „laugt“ auch die betroffenen Personen aus. Personen einzubeziehen, die gleichzeitig viel klinische Arbeit zu tun haben, ist eine Garantie dafür, den Zeitplan nicht einhalten zu können (Iedema et al. 2008: 574). Die Notwendigkeit einen Zeitplan befolgen zu müssen kann auch weitere Probleme hervorrufen. Es kann sein, dass aufgrund von Problemen, schlechter Planung oder der inhärenten Problematik von RCA (wie oben beschrieben) die Zeit nicht ausreicht, aber für den festgeschriebenen Abgabetermin, einfach „irgendwelche“ Schlüsse gezogen

werden, nur damit der Bericht fertig wird. Letztlich wird dann zu viel Zeit in die Beachtung des Zeitrahmens gelenkt und damit der Inhalt (die Verbesserung) selbst gerät in den Hintergrund. Gerade die „Anfangszeit“ der Untersuchung ist schwierig. Man untersucht 55 Tage lang und wenn es am Ende wichtig wird (daraus Erkenntnisse abzuleiten) dann muss man sich beeilen den Zeitplan einzuhalten (Iedema et al. 2008: 574-575).

Diese Aussagen zeigen, wie bedeutsam die offiziellen Rahmenbedingungen einer RCA auch die Umsetzung beeinflussen. Die Wahrnehmung, RCA als etwas Zusätzliches zu sehen, verstärkt auch die Bestrebungen, nichts zu verändern. Die alten Machtbeziehungen und Annahmen (Ideologien) werden beibehalten, weil „man ja einen richtigen Job“ hat, der vorgeht (Iedema et al. 2008: 574). Hier drückt sich die Reaktanz dagegen aus, die RCA als etwas für alle Beteiligten sinnvolles zu sehen, aus dem organisatorisches Lernen möglich wird. Die Auffassung, das gemeinsame Lernen innerhalb des weiteren Kollegenkreises nicht als zusätzliche (und daher unnötige) Aufgabe zu sehen, sondern als Notwendigkeit soziale Beziehungen zu knüpfen, sich selbst zu hinterfragen und zu reflektieren und die eigenen Arbeitsbedingungen positiv zu verändern (Gherardi/ Nicolini 2001: 42; Hatch 1997: 366).

Die Haltung gegenüber der Auswertung von Risiken und damit der „post-bürokratischen“ Eigenleistung durch RCA Beteiligte (Iedema 2003) ist bedeutsam damit verknüpft, wie erfolgreich RCA letztlich ist. Nach Dixon-Woods et al. (2009) ist die Art und Weise auf die Krankenhausmitarbeiter Risiken identifizieren, evaluieren und angehen bedeutsam damit verbunden, wie sie auf Veränderungen reagieren. Versuche die Bedeutung von Patientensicherheit (z.B. durch RCA oder CIR) zu erhöhen, muss im Kontext von „einer wahrgenommenen Gefährdung der eigenen Identität“ gesehen werden und die Wahrnehmung von Risiken beachten (Dixon-Woods et al. 2009: 368). Die Verbindung zu Angst vor dem Wandel der eigenen Identität erkennt auch Stacey (2000) der erklärt, dass Angst ein unausweichlicher Bestandteile dabei ist, wenn sich die Diskurse (Organisationsthemen) der Beteiligten ändern (z.B. mehr Patientensicherheit und daher zusätzliche RCA Analysen und kritische Selbstreflektion), weil es dazu führt, dass die Beteiligten sich selbst auf neue Weise sehen und wahrnehmen. Neue Diskurse erzeugen Unsicherheit und damit Angst. Aber ohne diese Veränderung der Wahrnehmung können keine neuen Ideen entstehen (Stacey 2000: 408). Die Angst, die RCA „nicht rechtzeitig fertig zu kriegen“, oder „schlechte Empfehlungen“ auszusprechen (Iedema et al. 2008: 574) kann in diesem

Sinne als positiv gedeutet werden, weil sie zeigen, dass dort Veränderungen vorgehen. Gleichzeitig zeigen die distanzierten Bewertungen auch eine „emotionale Distanzierung“ (Lacan 1977) der von Iedema et al. (2008) Interviewten und drücken damit aus, dass die RCA noch nicht Teil ihrer Routine, ihres Arbeitsalltages und ihres Selbstbildnis ist – aber sie sind auf dem Weg dahin.
Im Folgenden soll die schwankende Qualität der Empfehlungen diskutiert werden.

5.4.2. Die wechselhafte Qualität der Empfehlungen

Man erhofft sich, dass RCA Ergebnisse den Aufwand und die Investitionen lohnen. Die Qualität von RCA kann variieren, aber die kausalen Erklärungen können besser werden. Problematisch wird es, wenn die „guten kausalen Erklärungen“ in „gute Empfehlungen“ überführt werden sollen. Auch heute kann man nicht mit Sicherheit sagen, dass gute Empfehlungen aus den meisten RCA erzeugt werden (Iedema et al. 2008: 575). Diese Aussage ist verständlich, wenn man erkennt, dass Kausalität in der Tat problematisch zu sehen ist (Dekker 2006: 73-80). Auch wenn Empfehlungen einleuchtend sind, stellen sie meistens Kontrollen auf unteren Ebenen dar. „Entdeckungen“ führen oft nur zu weiterem Training oder veränderter Vorschriften. Das mag daran liegen, dass zu früh aufgehört wird, noch bevor die wirklichen Gründen und Ursachen erreicht werden. Dann werden nur „Empfehlungen für Symptome“ gemacht (Iedema et al. 2008: 575). Diese Aussage ist ernüchternd, wenn man reflektiert, dass Root Cause Analysen schon vom Namen her dem Aufdecken von „Ursachen“ dienen sollen und nicht der Ausmerzung von Symptomen. Auch hier wird die Problematik von Kausalität und „wirklichen Gründen“ deutlich (Dekker 2006: 73-80), da die subjektive Wahrnehmung immer eine bedeutende Rolle in der Konstruktion von sozialer Wirklichkeit und ebenso von Risiken spielt (Douglas 1992; Lupton 1994: 11-19).
Es wird auch deutlich, dass die Beteiligten in den Risiko-Diskursen bezüglich der RCA versuchen ihre eigenen Interessen zu vertreten. Hier tritt insbesondere die Kopplung von Wissen und Macht zutage. Alles Wissen wird innerhalb von sozialen, sprachlichen und historischen Beziehungen produziert, begründet in Machtbeziehungen (Gherardi/ Nicolini 2001: 44; Van Dijk 2001: 300-317). Die Erkenntnisse von RCA können daher auch die bestehenden Machtbeziehungen und Ideologien reflektieren und intendieren, bestimme Positionen auszubauen oder bestimmte Personen zu begünstigen. So führen lokale Manager in einem RCA-Report auch mal Gründe an, die mit Sicherheit auf ihrer

persönlichen Agenda stehen (Iedema et al. 2008: 575-576). Es treten eigene Interessen und damit „Machttechnologien" zutage, die das Verhalten von anderen Beteiligten bestimmen und sie dominieren (Foucault 1988 nach Gherardi/ Nicolini 2001: 44; Hall 2001: 72-81).

Das Verfolgen einer persönlichen Agenda mag ein Problem sein, aber die Zusammensetzung des RCA Teams kann ebenso zu „einseitigen" Lösungen führen. Die Konstitution des RCA Teams kann die wahrgenommene Qualität der Empfehlungen negativ beeinflussen. So kann es problematisch sein, hochrangige Ärzte für die Beteiligung zu gewinnen. Damit steht der RCA Gruppe weniger „Erfahrung" und „Wissen" zur Verfügung. Ebenso können „Lerneffekte" auftreten. Während zuerst oft generelle und allgemeine Empfehlungen („*save the world*") entwickelt werden, die einfach nicht implementiert werden können, mag später mehr Wert auf klare Kommunikation, genaue Ausrichtung, Messbarkeit und Umsetzbarkeit gelegt werden (Iedema et al. 2008: 576).

Einerseits wird deutlich, dass lediglich die „bekannten Dinge" verbessert werden und damit naheliegende Lösungen und herrschende Strukturen und Praktiken verfestigt werden. Neue Ideen und Möglichkeiten, andere Ansichten und Stimmen werden „marginalisiert" und ein erhebliches Potenzial bleibt ungenutzt. Andererseits gibt es auch sehr positive Stimmen bezüglich der Empfehlungen von RCA Untersuchungen. So können RCA greifbare Beweise für Organisationsmitglieder liefern, bekannte Dinge und Probleme zu verdeutlichen und ihnen zu erlauben etwas dagegen zu unternehmen. RCA können Dinge aufdecken, die ohnehin schon bekannt waren, aber vielleicht nicht mit den Risiken/ Zwischenfällen verbunden werden konnten. Ein Zwischenfall rückt schon bekannte Probleme in den Vordergrund, so dass Probleme nicht „latent" bleiben (Reason 1997). Sie werden „aktiv" bzw. „real" in dem Sinne, dass sie nicht mehr ignoriert und jetzt erklärt werden können (Iedema et al. 2008: 576).

Wissen (über die Risiken) enthält eine Interpretation über die Welt. Dinge „entstehen" durch das Wissen welches wir haben; je mehr wir wissen, desto mehr können wir auch sehen (Bauman 1990: 227). Erst durch unser Wissen aus RCA Untersuchungen und CIRs Berichte „erfahren" wir, was wir vielleicht schon wissen. Indem *Diskurse* die Regeln und Prozeduren von Wissen strukturieren (Foucault 1970, 1974 nach Linstead 1993: 63), spielen sie eine bedeutende Rolle in der Erzeugung von Regeln, Identitäten, Kontexten, Werten und Prozeduren selbst, weil sie „bestimmen", wer was sagen darf und damit die sozialen Praktiken determinieren (Grant et al. 2011: 214; Jackson/ Carter

2000: 65-70). Indem die Diskurse bestimmen, welche neuen oder alten Ansätze und Lösungen in RCA Analysen vorgeschlagen werden, diktieren sie, ob sich die Praktiken ändern oder nicht. Die Empfehlungen sind damit Ausdruck der Diskurse, ein Spiegel der organisatorischen (sozialen) Wirklichkeit im Krankenhaus und damit auch der Machtbeziehungen und Ideologien (Stacey 2000). Die gemeinsame Reflektion erlaubt sich selber kritisch zu „sehen". Es werden Veränderungen (des *Selbst*) möglich. So können RCA dazu beitragen, Vorurteile abzubauen, den Fokus auf Patientensicherheit zu richten und „kulturelle Veränderungen" zu bewirken (Iedema et al. 2008: 576). Wenn Diskurse unsere Vorstellungen und Möglichkeiten einschränken, müssen wir sie *dekonstruieren* und *kritisch* auf Widersprüche zu untersuchen (Jäger 1999: 222-232), um neue Möglichkeiten zu erzeugen und neue „Stimmen" zu hören (Maybin 2001: 64-71). Erst wenn wir die RCA Empfehlungen kritisch hinterfragen, können wir die RCA *an sich* besser verstehen und ihre Möglichkeiten ausschöpfen. Im Folgenden wird die Notwendigkeit der Abwägung der Empfehlungen durch das Management besprochen.

5.4.3. Die Notwendigkeit der Filterung durch das Management

Die variable Qualität der RCA Empfehlungen führt dazu, dass sich das höhere Management damit auseinander setzen muss, wie diese Vorschläge zu bewerten sind. Es entsteht also neue Arbeit für sie, da Empfehlungen „analysiert" werden und in einigen Fällen auch „abgelehnt" werden müssen. Die Empfehlungen machen weiteres Handeln notwendig, z.B. die Ablehnung von Vorschlägen, Überarbeitung oder die Installation von „sinnvolleren" Lösungen (Iedema et al. 2008: 576). Diese macht deutlich, wie sehr unser Wissen und Verständnis „verhandelt" wird und unsere Entscheidung von unserem „Kontext" abhängen (Trigg 2001: 26-42; Stacey 2007: 357-359) und damit vor allem nicht „objektiv" ist (sein kann) (Jackson/ Carter 2000: 219-240). Die Problematik lässt sich fortführen, indem man betrachtet, dass wenn alle Entscheidungen subjektiv sind, auch die „Notwendigkeit" für bestimmte Ansätze subjektiv sein muss. Dazu trägt auch der empirische Bericht von Iedema et al. (2008) bei, indem sie einen Interviewten zitieren:

> *„(...) even when you get a good set of recommendations, they may or may not be what the organisation needs right at this point in time and the only way you'll know that is through a good process of consultation with the senior managers who are going to be responsible for those recommendations, and our ability to do that has also been poor until recently." (...)*

> Having introduced *„an organizational impact assessment in which we get the key stakeholders who are responsible for all the recommendations together and say these are the recommendations, are they sensible, are they achievable, are we going to be able to do them within our financial constraints, do they overlap with existing programs or should be replace them with other programs (...) you get value out of the recommendations and you get buy-in from the people (...)“*. (Iedema et al. 2008: 577).

Selbst wenn einige Autoren (etwas radikaler) vertreten, dass auch das Management keine „besseren Informationen“ hat und damit dessen Entscheidungen nicht fundierter sein können (Jackson/ Carter 2000; Stacey 2007), sollte berücksichtigt werden, dass die Beteiligung der Stakeholder in einer gemeinsamen Aussprache und Entscheidung dazu beiträgt, mehr Ansichten mit einzubeziehen und damit aus der Management Erfahrung zu profitieren, die auch für eine Umsetzung vorteilhaft ist. Die Entscheidung, was die Organisation „braucht“ mag zwar subjektiv sein, aber der Rückhalt durch die gemeinsame Entscheidung trägt sicherlich zur Akzeptanz nach innen bei. Man bekommt „Buy-In“ (Iedema et al. 2008: 577).

Die „zusätzliche Arbeit für das Management“ liegt nicht nur in der Bewertung der Qualität, sondern auch in der Bewertung von „Angemessenheit“ und „Umsetzbarkeit“. So besteht die Notwendigkeit für einen „Supra-RCA Prozess“ (eine Meta-Reflektion), die erlaubt, Zusagen und Förderung für Empfehlungen zu verbessern. Dabei wird nicht deutlich, ob es nur um die „erleichterte und damit einfachere“ Umsetzung geht oder ob es eine Frage des „Einverständnisses“ ist, wodurch viele Diskussionen vermieden werden können. Dieser Ausspruch macht deutlich, wie sehr Machtbeziehungen und „einzelnen Positionen“ dazu beitragen bestimmte Empfehlungen zu fördern und andere abzuweisen. Die Interessen der Manager und älteren Ärzte haben so einen Einfluss auf die „Sinnhaftigkeit“ und die „Umsetzbarkeit“ von Vorschlägen – je nach dem, ob es ihn ihrem Interesse liegt oder nicht. Die Erzeugung von „Buy-In“ und „Zusagen“ (Iedema et al. 2008: 577) ist damit die politische Umsetzung bzw. die Erweiterung des Risiko-Diskurses auf organisatorischer Ebene und dreht sich weniger um die Frage, wie Risiken gesenkt werden können, sondern eher darum, was den Beteiligten „am liebsten“ ist.

Die Absegnung von Empfehlungen ist aber nicht nur eine Frage der eigenen Interessen, sondern auch eine „ethische“ Frage. Formell kommunizierte Vorschläge sind nicht per se abweisbar, sondern müssen respektiert werden. Nur weil man selbst anderer Meinung ist (weil man den Vorschlag nicht mag), darf man die Meinung anderer (aus der Empfehlung heraus) nicht als „unwichtig“ oder „falsch“ brandmarken (Iedema et al.

2008: 578). Hier kommt eine weitere Dimension ins Spiel, weil aufgezeigt wird, dass nicht alle Manager nur „gute Lösungen“ herauspicken und den Rest einstampfen, sondern dass die Meinung anderer, die für einige Zeit daran gearbeitet haben akzeptiert werden muss. Die Akzeptanz anderer Ansichten ist gerade dann ein Problem, wenn die Beteiligten Personen sich zwar Mühe gegeben haben, aber die Lösung „uninformiert“ oder „dumm“ wirkt (Iedema et al. 2008: 578). Doch was kann man tun, wenn der organisatorisch, wissenschaftliche Sachverstand wirklich fehlt? Hier drückt sie die ethische Seite des Problems aus. Kann oder darf man „wirklich schlechte Lösungen“ einfach abtun? Was macht man mit ihnen? Hier ermöglicht Iedema et al. (2008: 578) eine Aufklärung. Es ist möglich auszudrücken, dass der „dumme Vorschlag“ (mit viel Feingefühl) noch einmal etwas „tangibler“ gemacht werden muss, weil es so nicht stehen bleiben kann. Desweiteren muss man sich fragen, ob die Beteiligten in der Lage sind, trotz der Rahmenvorgaben von Schnelligkeit, Machbarkeit, Greifbarkeit oder auch wirklicher Ursächlichkeit, gefundene Lösungen abermals zu überarbeiten? Ist das organisatorisch möglich? Ist das auch aus dem sozialen Kontext heraus möglich oder *sinnvoll*?

Es wird deutlich, dass selbst bei gefundenen und naheliegenden Lösungen viele Interessen berührt werden, viele Verhandlungen und Diskussionen notwendig werden und der Erfolg nicht garantiert ist. Daher ist die Absegnung von RCA Empfehlungen bei weitem kein „einfaches Unterfangen“, weil viel „editorische Überarbeitung“ und Kommunikation notwendig wird. Während das Management die Vorschläge „prüft“ und eine „finale“ Absegnung (oder eine Absage) erteilt, entsteht genau hier das Problem, dass der RCA Prozess von seinem *Lernen 2. Ordnung* (Agryris 1999) abweicht und aufgrund der organisatorischen Realität von begrenzten Ressourcen und Inertia das Management „unter Druck gerät“, die Veränderungsvorschläge nicht zu berücksichtigen. Daher stehen die befragten Manager lieber in der Position, die Empfehlungen „überarbeiten zu lassen“ als sie „abzulehnen“ (Iedema et al. 2008: 578). Hier wird eindrucksvoll die Brücke zur organisatorischen Realität geschlagen. Die guten Intentionen von RCA als Ganzes, sowie den RCA Empfehlungen im Speziellen, können daher leicht im vorherrschenden Diskurs aus Machtbeziehungen und bestehenden Ideologien ihren Nutzen verlieren und „marginalisiert“ werden. Daher wird im Folgenden der Frage der Wahrnehmung des Erfolges der RCA Empfehlungen diskutiert.

5.4.4. Geringer wahrgenommener organisatorischer Erfolg

Dieser letzte Themenschwerpunkt schließt die Dekonstruktion der RCA Empfehlungen ab. Während einerseits die Qualität der RCA Empfehlungen schwankend ist, ist es schwierig eine Bewertung des Einflusses der Empfehlungen auf den organisatorischen Erfolg vorzunehmen, da von den Empfehlungen werden etwa nur 80% umgesetzt werden. Selbst „gute Empfehlungen" werden manchmal nicht umgesetzt: man hat gute Analysen, gute Erklärungen und Begründungen, gute Empfehlungen und sogar Unterstützung für die Empfehlungen, aber es wird trotztdem nicht umgesetzt (Iedema et al. 2008: 578-579). Diese organisatorische Trägheit ist sicherlich nicht „gewünscht", aber ist ein Ausdruck des mangelnden Stellenwertes von RCA. Die Beteiligten fühlen sich noch nicht verpflichtet, die Umsetzung auch durchzuführen. Dazu können viele Begründungen angeführt werden: Machtbeziehungen, Ideologien, mangelnde Ressourcen, Nichtvorhersagbarkeit, etc. Wenn die Ressourcen aber schon zugesagt sind, die Unterstützung vorhanden ist, was bleibt dann?

Es könnten Schattenthemen dazu beitragen (oder *„covert politics"*), dass man einerseits die Unterstützung „erklärt", aber letztlich die Bemühungen dann doch „verhindert" oder „blockiert", aber eben versteckt. Stacey (2000) drückt aus, dass die „organisatorischen Defensivroutinen" (Argyris 1990) lernen blockieren würden. Nur sind dies nicht die „defekten mentalen Modelle", die man ändern muss, um organisatorisches Lernen zu ermöglichen, sondern es es bedeutet, dass die Beteiligten ihre „Schattenthemen" (oder Diskurse) öffentlich und legitim machen müssten. Die Beteiligten könnten dies nicht ohne die bestehenden Machtstrukturen zu gefährden. Gleichzeitig gibt es Ideologien, die unbewusst dazu beitragen, die bestehenden Machtstrukturen zu erhalten oder zu stürzen (Stacey 2000: 384). Die Ideologien implizieren auch ein gewisses Selbstbild, so dass unser „Selbst" ein Teil der sozialen Beziehungen und niemals ein rein autonomer Teil eines „Individuums" ist. Es geht um unseren Stellenwert, unsere Anerkennung und das Verlangen all das zu sein, was andere von uns erwarten, aber auch anders als alle anderen zu sein (Lacan 1977 nach Jackson/ Carter 2000: 154). Der durch die RCA Empfehlungen intendierte organisatorische Wandel würde dazu führen, dass die Beteiligten ihre ideologischen Grundfeste aufgeben müssten und deren „unbewussten" Zweck. Machtbeziehungen und die diesen Beziehungen unterliegenden Ideologien sind untrennbar mit einander verbunden. Alle beide müssten sich ändern, um einen „organisatorischen Wandel" im Sinne von Argyris (1990) zu erhalten. *Schattenpolitik* ist klar informell, die Schattenthemen sind bewusste Diskurse, auch wenn die zugrunde

liegenden Gründe unbewusst sein mögen (Stacey 2000: 384). Diese Position deckt auf, dass die Beteiligten die organisatorischen Veränderungen, welche mit der Implementierung von RCA Empfehlungen einhergehen würden, – im Sinne von veränderten Machtstrukturen, neuen Ideologien, anderen Selbstbildnissen, und „Weltbildern!" – (unbewusst) gar nicht wollten. Sie möchten ihre Position und die soziale Wirklichkeit weiter so haben, wie sie jetzt ist, aber eben mit „weniger Risiken für die Patienten".

Die Schwierigkeit die RCA Empfehlungen zu implementieren könnte durch einen „Verfolgungsmechanismus" und „bessere Überwachung" („*a tracking mechanism*") gelöst werden. Zuständige können oft kein Feedback zur Implementierung abgeben. Sie könnten nur von 50% berichten und von denen ist die Implementierungsrate sehr gering. Die Beteiligten geben nicht zu, dass sie die Vorhaben nicht implementieren oder sie implementieren sie zu spät. Daher ist es notwendig, einen Betreuer zu haben, der die Umsetzung überwacht. Der Magel an Ressourcen schränkt jedoch die zusätzliche Betreuung ein (Iedema et al. 2008: 579). Diese zusätzliche Überwachung ist ein sehr deutlicher Ausdruck, dass die Beteiligten eigentlich kein Interesse an der Umsetzung haben oder es nicht für wichtig erachten. Zusätzliche Überwachung im Sinne des bürokratisch-funktionalen Paradigmas kann aber keine Lösung für dieses Problem sein, es sei denn, man strebe ein Unternehmen an, welches sich im Sinne von Foucault (1977, 1988) von „Disziplin und Strafen" oder der Benutzung von „Machttechnologien" bedient (Foucault nach Gherardi/ Nicolini 2001: 44). Ebenso stünde dies im Gegensatz zu der fortschreitenden Demokratisierung im Sinne eine „post-bürokratischen" Ordnung nach der keine Struktur (oder Überwachung) von oben aufoktroyiert, sondern sich eine Struktur „von unten ergibt" (Iedema 2003 nach Iedema et al. 2006a: 137). Weil damit eine „zunehmenden Steuerung" im Sinne des klassischen Funktionalismus angestrebt wird, deren Erfolg an vielen Stellen dieser Arbeit hinlänglich kritisiert wurde, ist dieser „Vorschlag" des Interviewten äußerst kritisch zu bewerten. Der Ruf nach „besserer Steuerung" und „mehr Überwachung" bzw. „mehr Kontrolle" ist ein Anzeichen für die noch „vorherrschende" Meinung und „mechanistische" Auffassung von Organisationen – der Ausgestaltung der Aufgaben und Abläufe in ihnen – und ein Anzeichen für die mangelnde Bedeutung von kommunikativen Handlungen, Machtbeziehungen und Ideologien als Charakteristika des Organisierens, die es im Sinne eines „besseren Verständnisses" (Stacey 2007) und neuen Möglichkeiten (Hatch 1997: 366) zu integrieren gilt.

Bleiben die Strukturen, Annahmen und Machtbeziehungen bestehen, und werden nur „kosmetische“ Änderungen vorgenommen, so können die Veränderungsbestrebungen ins Leere laufen. Diskursive Macht ist in allen Organisationen vorhanden. Ethik (oder Risikomanagement als Praxishandeln) wird in privaten und öffentlichen Unternehmen durch diskursive Macht umfasst. Daher wird Ethik oder auch das (moralische) Risikomanagement im Krankenhaus, immer durch die Machtbeziehungen „geformt“, welche tief in den organisatorischen Praktiken „eingebettet“ sind, auch, wenn die „Rhetorik“ sich verändert. Weil Sprache und Praxishandeln untrennbar verbunden sind, bedeutet das, dass eine Veränderung der formalen Rhetorik, die aber durch Praktiken implementiert wird, die weniger „kritisch reflexiv“ sind, letztlich zur „Erhaltung der alten Praktiken“ beitragen, weil sie einfach nur „neue Legitimität“ erzeugen und im organisatorischen Sinne „scheitern“ (Clegg et al. 2009: 93-94). Wenn RCA „eingeführt“ werden, die Beteiligten neue Ausdrücke verwenden und auch RCA Empfehlungen gebildet werden, kann es sein, dass die Rhetorik sich in diesem Sinne verändert hat. Wenn die Machtbeziehungen und Ideologien gleich geblieben sind und der Wunsch etwas „wirklich zu verändern“ nicht besteht, bleibt alles beim alten. Vielleicht wird auch nur soviel umgesetzt, wie es schon vorher notwendig gewesen wäre und jetzt nicht mehr aufschiebbar ist – es werden einfach schon bekannte Probleme gelöst (Iedema et al. 2008: 576). Gerade so viel, um „Legitimität“ zu erlangen (Gordon et al. 2009).

Iedema et al. (2008) beschreiben, dass die Ansätze für die Implementierung von Risikomanagement bzw. RCA Empfehlungen „nicht weit genug gehen“. Sie zitieren einen Interviewten:

> *„I kind of feel that it's good that people are going it, but ... I do, an audit of the recommendations every six months, when you look at them you'd have to say they're helping but probably not going far enough in terms of making significant effective changes in terms of what we're doing“* (Interviewter 2 nach Iedema et al. 2008: 579).

Hier kommt zum Ausdruck, dass die RCA Empfehlungen zwar eine gute Sache sind, um das Bewusstsein zu schärfen (oder vielleicht auch nur um Legitimität zu erzeugen nach „indirekter“ Lesart), aber die Veränderungen sind nicht gravierend, nicht effektiv oder signifikant. Die Effekte der Umsetzung von RCA Empfehlungen werden in diesem Fall als eher gering wahrgenommen. Ob dies ein Einzelfall ist oder eine generelle Konsequenz der mangelnden Veränderungen von Machtstrukturen und Diskursen im Sinne von Clegg et al. (2009) bzw. von Machtbeziehungen und Ideologien (Stacey 2000, 2007) kann nur vermutet werden.

Iedema et al. (2008) beschreiben, dass es bisher keine „systemweiten Veränderungen“ gab. So zitieren sie:

> *„There have been recommendations made around further education and training, and when we go back and audit what was actually undertaken there, it's generally done in a sort of restricted circle around the place of the incident, rather than ending up being a recommendation for system level implementation. So I don't know that I've seen one yet that has resulted in area-wide education for all staff who may, under similar circumstance, do the same thing. So that's an issue around the scope I suppose of the recommendations.“* (Interviewter 2 nach Iedema et al. 2008: 579).

Es wird deutlich, dass die Ansätze für RCA gut sind, aber die Bereitschaft grundsätzlich etwas zu ändern, bisher gering ist. Zu der Haltung existiert auch ein Zeitproblem, welches durch die Rahmenbedingungen der RCA nicht abgedeckt wird. Es gibt teilweise einen „Implementierungs-Rückstand“, bei dem Empfehlungen von vor zwei Jahren noch nicht umgesetzt wurden. Hier spielt aber auch die Problematik mit hinein, dass die Empfehlungen nicht „ausgereift“ waren *(„little more than a motherhood statement“)* (Iedema et al. 2008: 579).

In Gänze wird deutlich, dass zwar der Ansatz von RCA als gemeinschaftliches Handeln und Praxis ein guter Ansatz ist, aber die Umsetzung nicht unproblematisch ist. Nur gibt es eben „keinen richtigen Weg“, den man einfach „umsetzen“ kann, sondern es geht auch hier um die Veränderung von Machtbeziehungen, Alltagspraktiken und Grundannahmen der Beteiligten, was verständlicher Weise nicht leicht, sondern langwierig und vielleicht auch nicht „gewollt“ ist. Im Folgenden wird die Dekonstruktion der RCA Empfehlungen noch einmal resümiert.

5.4.5. Resümee der Dekonstruktion

Wie bei der Dekonstruktion deutlich wurde, sind RCA Empfehlungen ebenso mit Problemen behaftet, wie die Root Cause Analyse selbst oder das CI-Reporting. In RCA oder CIR sind Maßstäbe und Annahmen enthalten, die bestimmte Voraussetzungen implizieren. Diesen Einschränkungen zum Trotz, erlauben die Instrumente aber gemeinsames und reflektiertes Handeln. Sie steuern die Handlungen der Beteiligten in eine gewisse Richtung. Die Beteiligten müssen von ihren Erlebnissen und Gefühlen berichten, versuchen die Abläufe zu rekonstruieren und zu verstehen. Sie werden dazu geleitet zu hinterfragen, wie beim nächsten Mal dieses Risiko bzw. diesen Fehler verhindern werden könnte. Es wurde deutlich, wie subjektiv die Schritte dieses

Risikomanagementprozesses sind, sogar sein müssen, wenn sie im Sinne einer reichhaltigen und selbstkritischen Analyse ermöglichen sollen, aus den eigenen Erfahrungen und Konstellationen zu lernen und das gemeinsame Handeln zu verbessern. Die Konstruktion von Empfehlungen ist dann der gedanklich letzte Schritt beim Beheben der „Probleme".

Gleichzeitig konnte gezeigt werden, dass gerade die persönlichen Interessen, Interpretationen, Machtbeziehungen und Ideologien einen Einfluss darauf haben, was vorgeschlagen wird, ob etwas „umgesetzt werden kann" oder „diese Lösung gebraucht werden kann". Die Interviews von Iedema et al. (2008: 579) stammen aus einer kleinen Kohorte, aus einem bestimmen Staat in Australien und unterstreichen die Subjektivität der Erkenntnisse. Gleichzeitig bleiben RCA Untersuchungen fast ausschließlich krankenhausintern und „vertraulich", sodass eine diskursanalytische Auswertung der Gespräche von Root Cause Analysen normalerweise nicht möglich ist. Um das Potenzial dennoch auszuschöpfen, wurde daher auf die Interviews und Texte von Iedema et al. (2006b, 2008) zurück gegriffen. Gerade hier zeigt sich die Reichhaltigkeit von Daten und Aussagen, weil dort „unbeschönt" die sprachliche Subjektivität (Lacan 1977) zum Ausdruck kommt. Es wird deutlich, was die Beteiligten „wirklich" denken und fühlen. Ein Risikomanagement Ansatz der sich dieser immanenten Subjektivität nicht „bewusst" ist, kann damit auf eine große Informationsvielfalt nicht zurückgreifen und nur schwer dazu beitragen, dass sich „die Dinge ändern" – dass wirkliches Lernen und Erfahren stattfindet.

Die Interviews von Iedema et al. (2008) zeichnen ein „weniger erfolgreiches Bild" der Erfahrungen mit RCA. Die positiven Auswirkungen der einzelnen Vorschläge wären „begrenzt". Dies könnte die Frage nach dem Sinn vom RCA aufwerfen. Gleichzeitig drücken sie aus, dass es eine andere Lesart der Aussagen gibt. Die Interviewten versuchen die Schwierigkeiten zu artikulieren, die mit der steigenden Komplexität in Krankenhäusern einhergeht. Wenn etwas nicht funktioniert, müssen die Beteiligten „vor Ort" die Probleme lösen (Tucker/ Edmondson 2003). Sie müssen ergünden was passiert ist und werden durch komplexe Behandlungsvorgänge, Technologien, Abhängigkeiten, lokale Arbeitsweisen, Komorbiditäten und geringe Prozesssystematisierungen eingeschränkt (Evans 2006 nach Iedema et al. 2008: 580). Neben einem größerem klinischen Risiko erzeugen diese „Zustände" viele Zwänge und Hindernisse und erfordern komplexe ethische Entscheidungen bezüglich dessen, was ein Adverse Event (Zwischenfall) ist, welche Erklärung für den Zwischenfall (Grund) erzeugt werden kann

und wie „Praxisverbesserungen“ zu werten sind. Die klinische Arbeit (und dessen Management) enthält eine zunehmende Anzahl an Entscheidungen für die Entwicklung eines Patienten oder der Zusammenarbeit im Allgemeinen deren Auswirkungen „ungewiss“ sind. Diese multiplen Entscheidungen führen zu „Unentscheidbarkeit“ (Derrida 1995) und damit zu „zunehmender kommunikativer und emotionaler Arbeit“ (Iedema et al. 2008: 580). Diese „Unentscheidbarkeit“ („*undecidability*“) zeigt, dass ethisch organisatorische Entscheidungen (bezüglich von Risikomanagement als Praxis des gemeinsamen Lernens aus Erfahrungen und „Fehlern“) nicht damit zu tun haben, eine „kalkulierte Rationalität“ anzuwenden, sondern eine Abwägung von politischer und ethischer Verantwortlichkeit sind (Derrida 1996 nach Clegg et al. 2007b: 394). Es werden Lösungen vorgeschlagen, die „auf der Agenda stehen“, „Empfehlungen müssen abgewogen werden“, es geht um die „Erzeugung von Buy-In“, damit die Empfehlungen auch „akzeptiert“ werden. Dies zeigt die politische Seite der Umsetzung von RCA Empfehlungen.

Es wird ebenso davon ausgegangen, dass die „Ursachen“ wirklich ergründbar sind und alle „Probleme“ gelöst werden können, dass es danach besser wird und die *Unsicherheit* beseitigt werden kann (Bauman 1990: 179-194). Nur *sind* Entscheidungen nicht per se falsch, sie *werden* falsch (Paget 1988 nach Weick et al. 2005: 412). Diese „Unentscheidbarkeit“ bedeutet, dass Entscheidungen nicht immer richtig sei müssen, dass Handlungen immer wieder zu Fehlern führen können und die Unsicherheit trotz unser enormen Anstrengungen niemals gänzlich verschwindet. Alle Entscheidungen die wir treffen, basieren auf unseren Ideologien. Damit durchdringen ideologisch-basierte Entscheidungen unser Handeln (Stacey 2007). Die Entscheidung „sicher“ zu handeln, ist gleich der Entscheidung „ethisch“ zu handeln. Wenn wir versuchen „sicher“ zu handeln, impliziert dieses Paradox einen moralischen Standpunkt und keine Kalkulation oder Regelbefolgung. Es muss mit der „Fürsorge“ um andere beginnen. Hier wird deutlich, dass die Problematik von RCA „neue Regeln und Routinen“ zu erdenken eher verhindert, dass in Zukunft „sicherer“ gehandelt wird, weil es dazu führt, dass Entscheidungen durch Regeln ersetzt werden, die aber nicht intrinsisch „sicher“ sind, sondern letztlich nur zum Schein der „Unentscheidbarkeit“ vorbeugen sollen. Unentscheidbarkeit kann nicht als „Regel“ formuliert werden (Clegg et al. 2007b: 399-404). Diese Problematik – eigentlich keine Vorschriften oder Regeln beschreiben zu können – wurde auch in der Auswertung von RCA deutlich. Die Beteiligten waren durch die Beschreibung von RCA so darin „beschränkt“, dass sie keine anderen

Vorschläge machen und sich nichts weiteres vorstellen konnten, als mehr Regeln aufzustellen oder andere „messbare“ Ergebnisse zu liefern (Iedema et al. 2006b: 1201-1203). Nur führt dieser bürokratisch funktionalistische „Zwang“ nicht dazu, dass die Handlungen in Zukunft „sicherer“ werden (Jackson/ Carter 2000: 233-235), sondern „erfüllt“ letztlich nur die Erwartungen, die aus der Beschreibung des Instruments und dessen bisherigem Verständnis hervorgegangen sind.

Daher müssen die Empfehlungen auch ausgewertet werden, weil es sein kann, dass das Krankenhaus einen derartigen Vorschlag (Regel) gerade nicht braucht (Interviewee nach Iedema et al. 2008: 577). RCA erzeugen so in erheblichem Maße die Notwendigkeit für zusätzliche Kommunikation und politische Entscheidungen, aber auch sich emotional mit den Vorfällen auseinander zu setzen. Daher ist RCA weniger ein Instrument oder eine Technik, sondern vielmehr ein „kollaborativer, relationaler und dialogischer Prozess“, der dazu beiträgt, das Verständnis von Risiken auszubauen und gemeinsames kommunikatives Handeln zu „erzeugen“. Die zitierten Manager haben nicht nur Fragen bezüglich einer „neuen Untersuchungsmethode“ oder „Beschwerden bezüglich bürokratischer Vorschriften“ oder dem „Ausbessern schlechter Vorschläge“ geäußert. Eine große Quelle für das „Ungebehagen“ der Manager ist die Zunahme von kommunikativer Arbeit, die notwendig wird, um die (ethische) Ungewissheit und (politische) Unvereinbarkeit der post-bürokratischen Initiativen wie RCA auszugleichen. Diese Initiativen beherbergen Zielkonflikte lokale Handlungen zu verstehen („Was genau ist passiert?“), und dass die Beteiligten vor Ort „sich selbst steuern“ und bürokratischen Vorschriften genügen („Fertig innerhalb von 65 Tagen“). Sie müssen damit umgehen, dass die motivierten Beteiligten vor Ort Vorschläge entwickeln, die sie aufgrund von finanziellen Beschränkungen nicht umsetzen können (oder wollen). Dennoch stärkt die RCA die relativen (Macht-)Positionen und Bedeutung der Beteiligten vor Ort, weil ihnen die Aufgabe zukommt mit „privilegiertem Wissen (über Zwischenfälle), widersprüchlichen Verantwortlichkeiten („untersuche deine Kollegen!“) und ethischen Dilemmata („Verbessere die Behandlung“, oder „Respektiere Machtbeziehungen“ oder „Akzeptiere die Ressourcenbeschränkungen“) umzugehen (Iedema et al. 2008: 580-581).

In diesen Problemen und konfligierenden Ansprüchen entsteht aber auch das Potenzial von RCA. Die Beteiligten hinterfragen ihre eigenen Handlungen und vielleicht ihre Ideologien. Sie werden „reflexiv“ gegenüber ihren eigenen Annahmen (Hassard 1993: 16). Indem sie ihr Handeln (ethnographisch) untersuchen und reflektierten, stellen sie

ihre bisherige Argumenten in Frage, decken bisher nicht beachtete „Dimensionen des Bekannten“ auf und „demystifizieren“ bisherige Bräuche (Linstead 1996: 21). Dies schafft Platz für neue Möglichkeiten (Hatch 1997: 366). Erst wenn sie erkennen, wie „unentscheidbar“ Risikomanagement im „endgültigen Sinne“ ist (Bauman 1990: 184), zeigt sich, dass die Beteiligten am „scharfen Ende“ (Reason 1997) und im Besonderen die Manager ein Gefühl dafür bekommen, wie bedeutsam ihre Rolle ist und welche ethischen Implikationen jetzt „in ihr Verhalten eingeschrieben sind“ (Iedema et al. 2008: 581). Indem die Krankenhausmitarbeiter die Legitimität erhalten die Praktiken ihrer Kollegen zu beurteilen und Empfehlungen für Veränderungen zu „reartikulieren“, beherbergt RCA die Möglichkeit, die bisherige Art und Weise von Zusammenarbeit und Verhalten (Beziehungen) aufzubrechen. Obwohl RCA selbst auf verschiedene Rollen und Prozeduren angewiesen ist, erlaubt es den Beteiligten andere Möglichkeiten zu erkennen und Lösungen zu realisieren mit denen die traditionellen bürokratischen Managementstrukturen und -Beschränkungen verbessert werden können. Auch wenn teilweise ein „leicht pessimistischer“ Eindruck von RCA Empfehlungen beschreiben wurde, kann RCA die Angestellten mit der „Unentscheidbarkeit“ der gegenwärtigen Krankenhausorganisation konfrontieren und ihnen ermöglichen, ihre eigene Arbeit und die alltäglichen Handlungen der klinischen Arbeit besser zu machen (Iedema et al. 2008: 581).

In diesem Sinne kann man die „pessimistische“ Sicht abmildern und die Möglichkeiten der RCA als umfassend positiv interpretieren. Man kann die klinisch-organisatorische Unentscheidbarkeit hervorgeheben, da Krankenhausmitarbeiter und höhere Manager über die Aussöhnung gegensätzlicher Ziele verhandeln und sich nicht in die vermeintliche Sicherheit ihrer professionellen Autonomie und hierarchischen Kontrolle zurückziehen. Ebenso sind alle Mitarbeiter durch die Maßnahmen und Durchführungen von RCA betroffen. Damit integiert RCA das „Versprechen von Führung in die alltäglichen Praktiken der Mitarbeiter“ (Iedema et al. 2008: 582).

6. Rekonstruktion von RM als Interaktionsansatz und diskursive Praktik

In diesem Abschnitt soll versucht werden die Implikationen für Risikomanagement im Krankenhaus in praxisrelevante Vorschläge zu überführen. Dies soll im Sinne einer „Rekonstruktion" geschehen (Alvesson/ Willmott 1996: 15; Gergen 1994: 46-48; Clegg et al. 2005a: 334), bei der berücksichtigt wird, dass Risikomanagement grundsätzlich „soziales Handeln" ist, welches immer kommunikativ ist und durch Machtstrukturen und ideologisch basierte Entscheidungen „gelenkt" wird (Stacey 2007). So kann das kritische Potenzial der Beschreibungen für eine erneute Zusammenführung genutzt werden, in der Hoffnung, dass eine kritische Selbstreflektion möglich wird, die das soziale Handeln leiten kann (Linstead 1996: 20-21). Es wird Reflexivität dort ermöglicht, wo Ansichten (Gewissheiten) bisher „unkritisch" gehalten wurden, aber das Wissen nicht „korrigiert" und durch neue „unumstößliche Tatsachen" ersetzt, sondern „erweitert" (Bauman 1990: 18).

Ein kontinuierlicher Strom an Publikationen hebt die Bedeutung der mikro-sozialen Praktiken in Organisationen hervor (Chia/ MacKay 2007: 218).[25] Die alltäglichen Interaktionen, Anwendungen, Verständnisse und *Wege des Ausführens* werden in den Mittelpunkt gerückt (de Certeau 1988: xi) – die verinnerlichten Handlungsfertigkeiten und diskursiven (*Sprach*-)Handlungen aus denen die soziale Wirklichkeit geschaffen wird (Foucault 1972; Searle 1995; Potter 2001). „Lokale Interaktionen" sind zentral für das Verständnis von Organisationen, der strategischen Aktivitäten oder der praktischen Handlungen von Risikomanagement (Garfinkel 1967; Heritage 1984, 1997; Llewellyn/ Hindmarsh 2010a), weil aus diesen lokalen sprachlichen Aktivitäten die größeren gewollten und ungewollten Muster des Organisierens entstehen, wie z.B. Strategien, Problemlösungen, Vorschriften oder neue Ideen zur Risikosenkung. Das Organisieren in jeglicher Form besteht immer aus generalisierten Mustern von Interaktionen und diese Praktiken (oder gemeinsame Handlungen) sind immer kommunikatives Handeln (Stacey 2007: 433). Bei dem Versuch Risikomanagement als soziales Handeln zu beschreiben, geht es um genau diese sprachlichen Praktiken.

[25] Strategie wird als Praktik beschrieben (z.B. Jarzabkowski 2004). Weil ihre Beschreibung aber bisher „philosophisch und soziologisch naiv" (Carter et al. 2008: 95; Clegg et al. 2004a) und funktionalistisch ist (Clegg et al. 2011: 133), wird sie diskursanalytisch neu durchdacht (Clegg et al. 2005b; Kornberger et al. 2006). In diesem Sinne wird Unternehmensethik als diskursive Praktik beschrieben (Jones 2003b; Clegg et al. 2007a).

Die (Kritische) Diskursanalyse zeigt, dass organisatorische Regeln und Praktiken diskursiv erzeugt werden (Iedema/ Wodak 1999; Jäger 1999; Hall 2001; Wetherell et al. 2001; Clegg et al. 2009: 75; Grant et al. 2011). Wenn folglich Management als soziale Praktik gesehen wird (Linstead 1996: 15) und jede sprachliche Beteiligung am sozialen Geschehen immer eine Konstruktion von Wirklichkeit ist (Tietze et al. 2003: 11), können arbiträre Präferenzen, subjektive Entscheidungen und Interpretationen „erkannt" und vielleicht „kompensiert" werden (Jackson/ Carter 2000: 236). Manager sind danach immer „Beteiligte" oder „Partizipanten" in den komplexen Interaktionsprozessen, auf der gemeinsamen und emergenten Suche nach dem „nächsten Schritt" – sich selbst und andere hinterfragend (Stacey 2003: 414).

Bei der Beschreibung als Praktik geht es um das „Beziehungshandeln" der Beteiligten (de Certeau 1988: xi). Der Sinn dieses „theoretischen Schwenks" liegt darin, dass wenn die Menschen ihre Aufmerksamkeit auf etwas anderes richten, sie geneigt sind auch anders zu handeln. Eine Theorie, die ihre Aufmerksamkeit auf die Selbstorganisation und emergente Ergebnisse legt, wird nur schwer absolute Vorschriften, *unumstößliche neue Wahrheiten* (Bauman 1990: 18), im positivistischen Sinne erzeugen können. Sie kann nicht vorschreiben, wie sich die Selbstorganisation „verhalten" soll oder was sich „aus ihr ergeben" soll (Stacey 2003: 415). Sie kann nur aufzeigen und hinterfragen, damit sich die Beteiligten vor Ort selbst eine Meinung bilden können. Es geht um eine Beschreibung was abläuft, was getan wird, wo die Probleme liegen, damit die Manager selbst ihre Handlungen bestimmen können (Schultz/ Hatch 2005: 338), oder sich zumindest angemessen an den sozialen Handlungen beteiligen können, um herauszufinden, welche bisher unbeachteten organisatorischen Möglichkeiten existieren bzw. geschaffen werden können.

Im Folgenden werden die Implikationen für Risikomanagement als diskursive Praktik beschrieben und mit innovativen Vorschlägen für die Verbesserung von (Praxis-) Beziehungen in Gesundheitsorganisationen verbunden (Miller et al. 2010; Lanham et al. 2009; Jordan et al. 2009; White et al. 2008; Carroll et al. 2008). Die Implikationen für deren Erforschung (McDaniel et al. 2009), für ein Lernen aus Fehlern und dem Ausbau der Sensitivität gegenüber Fehlern und Risiken werden berücksichtigt (Flemons et al. 2005; Yassi/ Hancock 2005; Zboril-Benson/ Magee 2005; Tiessen 2008; Jeffs et al. 2009; Homsma et al. 2009). Die Gedanken von Ansätzen zu Team Training, Übungen und Führung in Krankenhäusern werden reflektiert (Sundar et al. 2007; Islam/ Zyphur 2007). Damit können „ältere" Ansätze durchdrungen werden und auf ihrem Einfluss

aufgebaut werden (z.B. Reason 1997; Weick/ Sutcliffe 2007). Gleichzeitig werden neue postmoderne und sozial konstruktionistische Einsichten ausgebaut und aufgrund ihrer Beschreibungsschärfe analysierend herangezogen (Chia 2000; Tsoukas/ Chia 2002; Ford 1999; Clegg et al. 2005b; Kornberger et al. 2006; Schatzki 2006). Damit wird es möglich, die Implikationen für das sprachliche Praxishandeln von Risikomanagement im Krankenhaus als Interaktionsansatz zu „rekonstruieren“ und einige immanent wichtige Einsichten für die Praxis zu liefern.

6.1. Fokus auf die Qualität der Beteiligung

Manager sind sich der Komplexität und Fragmentierung ihres Unternehmens (bzw. der diversen aus Interaktionen hervortretenden Praktiken) sehr wohl bewusst. Daher geht es darum, die zugrunde liegenden Probleme deutlich genug auszudrücken, so dass sie selbst daraus entsprechende Schlüsse ziehen können (Schultz/ Hatch 2005: 338). Nur entscheiden diese Manager nicht – sie intendieren und partizipieren. Manager die damit konfrontiert werden fragen was „sie“ tun müssen, um erfolgreich zu sein. Nur dieses „Sie“ sind nicht nur die Manager eines Unternehmens; diese stehen nicht außerhalb des Unternehmens, um es zu „bändigen“ oder zu „lenken“; sie betrachten es auch nicht als externer „objektiver“ Beobachter von außen. Die Manager selbst können nur mit den anderen Mitgliedern des Unternehmens interagieren. Sie können sich nur an den fortwährenden und sich wandelnden Prozessen und Praktiken der Kommunikation und Machtbeziehungen beteiligen. Erst diese Beteiligung am *Organisieren* selbst schafft weitere Interaktion (Stacey 2007: 443) und „Zusammenhalt“ (Bergquist 1993: 136). Die sozial konstruierten organisatorischen Wirklichkeiten, denen sich die Manager in ihrer Beteiligung gegenübersehen, entstehen nicht aus den diversen Beziehungen und Interaktionen zwischen Geschäftseinheiten und Funktionen (im Abstrakten) und aus ihren überlappenden Kompetenzen und Ansichten (der Einheit) (Schultz/ Hatch 2005: 339), sondern aus den Beziehungen zwischen den Menschen und aus ihren organisatorisch verankerten Machtbefugnissen, diversen Kommunikationen und ideologisch-basierten Entscheidungen (Stacey 2003). Aus ihnen heraus ergeben sich die „Intentionen der Geschäftseinheiten“, aber diese existieren nur als abstrakte Summe der Ansichten der beteiligten Menschen. Sie können nicht von einer beliebigen Person „gelenkt“ werden. Es kann nicht angenommen werden, dass der Empfänger einer Nachricht sie genauso versteht, wie der Absender es intendiert hat. Bedeutung und

Interpretation können nicht kontrolliert werden (Jackson/ Carter 2000: 29). Also kann kein Manager außerhalb des Unternehmens stehen und „bestimmen“, wie es sich verhalten soll. Manager sind immer Beteiligte an den interaktiven Prozessen, welche die Organisation ausmachen. Sie können versuchen unternehmensweite Intentionen zu *formen*, Ansatzpunkte zu *identifizieren*, Strukturen zu *entwerfen*, Lernmöglichkeiten zu *schaffen*, die richtigen Leute *auszuwählen* oder „systemweite Verbesserungen und Lösungen“ zu bestimmen und *vorzuschlagen*, aber auch diese „Intentionen“ entstehen aus den Konversationen der Manager mit einander und mit anderen. Des Weiteren können sie die Antworten und Interpretationen dieser „Gesten“ bzw. „Zeichen“ nicht steuern. Die Aufmerksamkeit muss damit auf die diskursiven Interaktionen gelenkt werden, die Muster der Machtbeziehungen, die Muster von Eingrenzungen und Ausgrenzungen, die Ideologien (auf denen alle Entscheidungen getroffen werden) und die Gefühle wie Angst, Scham und Unsicherheit, die durch Veränderungen in den Mustern der Identität einhergehen (Stacey 2007: 444).

Dass die Qualität der Beteiligung wichtig wird, indiziert wie sehr die Beteiligten auf einander angewiesen sind. Das Management ist darauf angewiesen, dass die Mitarbeiter versuchen ihre Intentionen zu deuten und sie müssen gleichzeitig daran beteiligt sein zu erkunden wie die Beziehungen „vor Ort“ funktionieren. Auch wenn das Management sich „gute Vorschläge“ für die Unternehmensentwicklung überlegen kann, so sind deren Interpretation, die Umsetzung und der Erfolg nicht steuerbar. Es gibt keine Garantie dafür, dass der intendierte Ansatz „richtig“ ist. Diese Garantie können auch Experten nicht geben. Welche Ansätze und Lösungen z.B. für ein Risiko „entwickelt“ oder vorgeschlagen werden, ergibt sich aus den Interaktionen der Beteiligten, insbesondere aber aus den herrschenden Machtbeziehungen und Ideologien, welche die kommunikativen Handlungen bestimmen und welche diskursiv die Basis für Entscheidungen und damit auch Ansichten legen. Ideologie geht jeder Instanz der Sinnerzeugung voran. Sie ist das Maß, was Sinn macht. Während unsere Ansichten ein Produkt unser Erfahrungen sind, werden sie auch durch unsere Persönlichkeit, Emotionen und Wahrnehmungen tangiert. Ideologie fungiert dann nicht als „korrekte“ oder „inkorrekte“ Interpretation der Welt, sondern „erzeugt“ den Eindruck, dass wir „fähig“ sind, Sinn zu erzeugen. Ideologie reduziert Unsicherheit (Jackson/ Carter 2000: 124). Eine „Beteiligung des Managers“ macht deutlich, dass der Fokus auf das Unerwartete gerichtet wird. Intention und Design werden als „emergent“ und „problematisch“ verstanden. Daher wird das Zusammenspiel von Intentionen wichtig.

Es dreht sich weniger darum, wie eine Entscheidung getroffen werden soll, sondern um die Beteiligung an den selbst organisierenden Konversationen (Diskursen), von denen solche Entscheidungen und Antworten (auf die Intentionen) „entstehen". Gemeinsame Reflektion wird wichtig (Stacey 2007: 444).

Der *Fokus auf die Qualität der Beteiligung* am Organisieren und damit an den Diskursen wird als „fortwährend" verstanden. „Lernen" und „Organisieren" sind zwei sich gegenseitig konstituierende und destabilisierende Konstrukte. Das in beiden enthaltene „Werden" zeugt von einer permanenten „nicht-rationalen" Bewegung. Es kann nur in ihr gelernt, entwickelt oder verbunden werden (Clegg et al. 2005b: 150). Man kann sich an dem Risikomanagement im Krankenhaus und an dem Diskurs über Risiken nur „beteiligen", man kann es niemals ganz rational festschreiben. Man muss fortwährend daran mitarbeiten. Dadurch verändern sich die Beteiligten gegenseitig. Gerade in dieser „Gegenseitigkeit" wird das Selbst der Beteiligten konstituiert und fortwährend geformt. Das Selbst wird als „Diskurs" gesehen. Wie man sich „erfährt" und andere „einen" (selbst) wahrnehmen entsteht aus der Beteiligung an Beziehungen (Gergen 1994: 185). Wie man sich selbst sieht, wie sich die Gruppe sieht und wie das Unternehmen ist oder „funktioniert" entsteht aus diesen fortwährenden Absprachen, Verdeutlichungen und gemeinsamen Erkundungen und Konstruktionen, es wird fortwährend geformt als „kontinuierlicher Fluss" (Tsoukas/ Chia 2002; Chia 2000; Gergen 1994: 187). Das Primat des Einzelnen, der Gruppe oder des Unternehmens wird aufgehoben, weil sie ein und dasselbe sind (Stacey 2003). Jegliches Handeln in Organisationen wird zur Beteiligung an den Diskursen. Organisationen sind zusammenführende und sequentielle Konversationen zwischen Menschen (Bergquist 1993: 135). Management in Unternehmen wird zur „diskursiven Praktik" (Kornberger et al. 2006) und in dieser „Beteiligung", durch ihre Handlungen und Interpretationen von sich selbst und von anderen, konstruieren sie fortwährend die soziale Wirklichkeit – die Organisation (Czarniawska 2008: 7). Diese „Konversationen" halten die Menschen und die Organisation zusammen (Bergquist 1993: 136).[26]

[26] McDaniel/ Driebe (2001: 25) erklären, dass „Sensemaking" wichtig wird, meinen aber ein „kollektives Bewusstsein" (Weick 1995), ein gemeinsames Verständnis und keine „sprachliche Beteiligung". Es geht ihnen um „Verstehen", eine Erzeugung von „Verständnis" und weniger um „Bedeutung". Es geht ihnen um die „Antizipation von Veränderungen", aber als Vorbereitung auf Veränderungen im Allgemeinen – weniger auf die Vorbeugung von etwas Bestimmtem oder einer Vorhersage. Es geht ihnen um das Handeln „an sich" (McDaniel et al. 2009: 194-196). Sie bleiben der objektivistischen, systemischen Sicht treu. Auch Versuche die Bedeutung von Beziehungen im Kontext komplexer adaptiver Systeme hervorzuheben (Lewin/ Regine 1999) oder das Gehirn von Unternehmen neu zu verkabeln (Zohar 1997) zeugen vom einem traditionellen Unternehmensverständnis. Indem Wheatley (2006: 170) erklärt, dass die „kleinen Bausteine" des Lebens die Beziehungen sind, nicht die Individuen, dass wir alle nur ein „Bündel

Diese Interpretationen lassen sich oft noch vermissen. Daher kann der bisherige Misserfolg von Veränderungen in Krankenhäusern in der Tat auf *der* Organisation (Ramanujam/ Rousseau 2006) bzw. dem Verständnis *von* Organisationen beruhen (Anderson et al. 2005: 669; McDaniel/ Driebe 2001: 23; Stroebel et al. 2005: 438-446). Aber viel eher basiert es auf dem Verständnis vom Handeln *in* diesen Organisationen bzw. dem Handeln welches *die* Organisation konstituiert. Erst aus diesem kommunikativen Handeln heraus entstehen die Identität des Einzelnen und die Organisation (Chia 2000: 517). *Das Organisieren* als „ontologische Aktivität" ist die „Erzeugung der Welt" (Chia 2006: 230), sie „passiert" und „läuft ab", immer als Praktiken und (kommunikative) Handlungen (Schatzki 2006: 1863).

Ein *Fokus auf die Qualität der Beteiligung* (nach Stacey 2007: 443-444) ist eine Ausrichtung auf das kommunikative Handeln im Einzelnen und dessen was daraus *entsteht* im Weiteren. Es ist damit eine Betrachtung des Diskurses (von Risiken) und was dieser hervorbringt. Welche Implikationen dieser Fokus für die Konzeption eines Risikomanagements als diskursive Praktik hat, wird im Folgenden vorgestellt.

6.1.1. Aufbau Incident Reporting

Der Aufbau eines Critical Incident Reporting wird als „die Lösung" gesehen, mit der Zwischenfälle zusammengetragen und ausgewertet werden können. Daher wird es von vielen Seiten vorgeschlagen (z.B. Leape 1999; Vincent/ Reason 1999; Kohn et al. 2000; Edmondson 2004; Kaufmann et al. 2005; Cartes 2008, 2009). Wie beschrieben wurde, ist dies in vielerlei Hinsicht nicht unproblematisch. Es gibt fundamentale Probleme die „Kausalität" immer eindeutig festzustellen (Dekker 2006; Hollnagel 2009), so dass häufig „das System" den darin handelnden Personen Schwierigkeiten bereitet (Kohn et al. 2000) und dazu führt das Menschen „heroisch" handeln müssen (Reason 2008) um diese Probleme auszugleichen. Die Erzeugung einer „Kultur der Gerechtigkeit" (Reason 1997: 191-222; Dekker 2007) ist nicht die Antwort darauf.

Diese Arbeiten zeigen aber die Bedeutung von Reflexivität auf. Die Beteiligten müssen gemeinsam reflektieren, was „Recht" ist. Sie müssen klären, wer darüber entscheiden darf, was „gerecht" ist, was „akzeptabel" oder „richtig" ist (Dekker 2007: 119). Dem kann nur Rechnung getragen werden, wenn möglichst viele daran beteiligt sind. In

aus Möglichkeiten" sind, die aus Beziehungen hervorgebracht werden oder Scharmer (2009: 29) vertritt, dass wir unser „tiefstes Inneres, unser authentisches Selbst" finden sollen, „mystifizieren" sie die Einsichten der Komplexitätstheorie für den sozialen Kontext (Stacey 2007: 92-94 und 225-226).

diesem „Risikodiskurs“ erzeugen sie die gemeinschaftliche Wirklichkeit (bewusst oder unbewusst), indem sie „steuern“, wer etwas sagen darf, was gesagt werden kann, wo, wie und warum (Jackson/ Carter 2000: 65-68). Die Beteiligung am „Erzählen“ und „Berichten“ für ein Incident Reporting System und allen Facetten der Auswertung ist daher für alle von Belang.

In den Critical Incident Reports „berichten“ und „erzählen“ die Autoren, wie sie einen Vorfall „erlebt“ haben, was sie gedacht und gefühlt haben, wie sie etwas wahrgenommen und eingeschätzt haben. Daher sind diese Erfahrungsberichte immer subjektiv. Doch in dieser Subjektivität steckt das Potenzial. Erst die Tiefe und Reichhaltigkeit der Erzählung ermöglicht ein „Nachvollziehen des Erlebens“ (Swann/ Leap 2000: 190-196) und eine Darstellung der verschiedenen Ansichten und Stimmen (Mesthrie/ Deumert 2000: 320-322). CIR ist damit eine „erzählerische Technik“ durch die Affektivität, Identität, praktische Reflexivität und organisatorische Strategie konvergieren (Iedema et al. 2006a: 136) und „Kritik“ organisatorisch verankert werden kann (Messner et al. 2008). Ein Incident Reporting trägt damit ungemein zur Stärkung der „Qualität der Beteiligung“ bei (Stacey 2007: 443-444).

6.1.2. Eine Safety Culture ist kritisch zu sehen

Reason (1997: 192) schlägt vor eine „Kultur der Sicherheit“ im Sinne einer „sozialen Ingenieurskunst“ durch die Identifikation und Fabrikation der essentiellen Komponenten (quasi maschinell) herzustellen und diese dann zu einer funktionierenden Einheit zusammen zu bauen. Auch wenn sich diese „Einheit“ graduell ergeben soll, indem stückweise und erfolgreich die praktischen „bodenständigen“ Anwendungen implementiert werden und als „kollektives Lernen“ gesehen werden müssen, so ist dies genau die funktionalistisch-mechanistische Sichtweise, die hinlänglich kritisiert und widerlegt wurde (Stacey 2000, 2007; Stacey et al. 2000; McDaniel/ Driebe 2001; Plsek/ Wilson 2001; Anderson et al. 2005; Griffin et al. 2006; McDaniel et al. 2009).

Diese Sicherheitskultur wäre ein „gemeinsames mentales Modell“ (Senge 2006: 163-190; Strohschneider 2009: 15-29; Fahlbruch/ Förster 2010: 19-29), was dazu benutzt werden würde, organisatorisches Lernen zu ermöglichen indem die Kultur *an sich* verbessert bzw. instrumentalisiert wird (Fleming/ Wentzell 2008). Wie gezeigt wurde, ist dieser „kognitivistische“ Ansatz von seiner Intention gut, aber übersieht unter

anderem, die sozialen Abhängigkeit.[27] Ebenso wurde gezeigt, dass das Management selbst nicht die „richtigen" Antworten auf alle Fragen hat. Sie können sich nur beteiligen. Die Sicherheitskultur darf nicht als eine gesehen werden, in der alle Beteiligten das gleiche denken. Polyphonie wird immer bestimmend bleiben (Kornberger et al. 2006). Eine *Safety Culture* kann nur als „reflective practice" genutzt werden; nicht als Versuch das „falsche Abbild" der Realität zu hinterfragen, sondern indem man gemeinsam ergründet, welche *Einstellungen* man hat, wie man *Risiken* oder *Kommunikation* sehen möchte (Senge 2006: 176-177). Das betrifft nicht nur die „Manager", sondern alle Beteiligten (Stacey 2007: 443-444).

„Mindfulness" ist eine wünschenswerte Praktik. Als „Form der Aufmerksamkeit" führt sie zu fortwährendem Hinterfragen der Annahmen/ Erwartungen, kontinuierlicher Anpassung, die Akzeptanz neue Fähigkeiten zu bilden und auf unerwartete Dinge zu reagieren. Es ist eine Qualität der Wahrnehmung (Weick/ Sutcliffe 2007: 32-33). Wenn sich diese Fähigkeit durch fortwährendes kommunikatives Handeln und Beteiligen „ergibt", ist das gut. Doch man hat keine Garantie, dass z.B. gemeinsames Training diese „Achtsamkeit" erzeugt (Stacey 2007: 436), weil man die „Bedeutung" nicht kontrollieren kann (Jackson/ Carter 2000: 28-30). Man kann versuchen sich zu beteiligen, aber man hat keine Garantie für den Erfolg (Stacey 2003: 383).

6.1.3. Gemeinsame Intention entwickeln

Man kann als Management die Intention entwickeln, durch fortwährendes Training „Achtsamkeit" zu erzeugen oder ein Critical Incident Reporting einzuführen, aber wie dieses aufgenommen wird kann man nicht kontrollieren. Man muss fragen, wer dafür oder dagegen ist und warum. Ist es eingeführt, muss man gemeinsam ergründen, wer sich beteiligt. Es muss untersucht werden, warum sich manche beteiligen und andere nicht, warum Berichte so ausfallen und nicht anders, warum nur „kleine Sachen" gemeldet werden oder nur aus bestimmten Bereichen. Dies kann man vorher nicht kontrollieren oder festschreiben. Man kann nur gemeinsam diese Intention entwickeln oder sich dagegen entscheiden, Risiken in dieser Weise aufzuarbeiten.

Daher muss gemeinsam „erfahren" und „erzeugt" werden, was man möchte. „Alle" sollten sich an dem Diskurs über die Risiken beteiligen und mitformen, wie man sie

[27] Für eine Darstellung der Debatte zwischen Kognitivismus und Konstruktivismus siehe z.B. Stacey (2007: 83-107). Für einen Überblick über die Kritik an der „Instumentalisierung" von Kultur siehe z.B. Brewis/ Jack (2011: 232-250) oder Hatch (1997: 231-235).

sehen möchte. Hat man ein CIRS eingeführt oder wertet Zwischenfälle analog aus, im „Rahmen von Teambesprechungen“ (Paula 2007: 89), rekonstruiert man die Fälle mit Root Cause Analysen. Aber die Zusammenhänge sind nicht immer „eindeutig“ (Dekker 2006), weil diese häufig „nicht-linear“ sind (Stroebel et al. 2005: 441; Anderson et al. 2005: 673). Daher muss man hinterfragen, warum gerade „diese Lösung“ erzeugt wurde und warum nicht eine „andere“. Man muss die Machtstrukturen hinter den Lösungen aufzeigen, die Ansichten und Annahmen, die Ausgrenzungen und Eingrenzungen, die Gefühle und Handlungsmuster, um aus dieser Dekonstruktion neue Möglichkeiten, Interpretationen und Verständnis zu erzeugen (Hatch 1997: 366; Stacey 2007: 444). Alle Lösungen für Probleme, neue Ideen für Verbesserungen, gemeinsames Lernen, Identitäten und Machtstrukturen ergeben sich aus den Intentionen und Konversationen der Beteiligten (Stacey 2003: 417). Das Verständnis der sozialen Realität ist untrennbar mit einem reflexiven Bewusstsein verbunden (Capra 2004: 73). Damit liegt die Verantwortung bei den Beteiligten, die durch ihren Einsatz, ihr Engagement und Kommunikation die „Welt erzeugen“ (Hatch 1997: 367). Genauso liegt die Bedeutung einer Aussage (z.B. eines Erlebnisberichtes, einer Interpretation, etc.) erst in der Verbindung zu anderen Aussagen oder Reaktionen. Die Intention eines Einzelnen wird erst bedeutsam – gewinnt eine *Bedeutung an sich* – wenn sie durch eine Reaktion beantwortet wird (auch als Schweigen!). Zu kommunizieren bedeutet daher, dass andere das „Privileg der Bedeutung“ anerkennen. Erst indem die Mitarbeiter sich beteiligen, geben sie den anderen Beteiligten eine Bedeutung. Je mehr sich am Reporting/ der Auswertung beteiligen, desto größer sind die Chancen auf Erfolg. Erst durch die „gemeinsame Beteiligung“ erzeugen wir Bedeutung (Shotter 1993 nach Gergen 1994: 264-265; Jackson/ Carter 2000: 24-25). Durch die „Beantwortung“ anderer Aussagen schränken wir gleichzeitig deren „potenzielle Bedeutung“ ein. Diese „Reziprozität“ von gegenseitigem Einschränken und Signifizieren eröffnet die Möglichkeit für fortwährende Formung und Neuordnung, für Verständnis und Missverständnis, für Koordination und Unordnung (Gergen 1994: 266-271).

Dies zeigt, dass es weniger um „richtige“ Entscheidungen (als Manager, Ärztin oder Pfleger) geht, sondern um die Teilnahme an den selbstorganisierenden Gesprächen, Konversationen und Diskursen, aus denen Entscheidungen und deren Interpretation entstehen (Stacey 2003: 417; Jackson/ Carter 2000: 65-70). Erst durch die Beteiligung am Berichten, Auswerten, Finden von Lösungen, gemeinsamen Gesprächen und Reflektionen „erzeugt“ man die Bedeutung des Risikomanagements als sprachliche

Praktik. Beziehungen werden wichtig (Stroebel et al. 2005: 440; Lanham et al. 2009; Epstein 2009). Es wird eine „persönliche Bedeutsamkeit“ gemeinsam über die Qualität der Beteiligung zu reflektieren (Stacey 2007: 444; Jordan et al. 2009).

Paula (2007: 90-97) erklärt, dass Critical Incident Meldungen nur in „einheitlicher“ Form prüfbar und beurteilbar sind, weil sie nur so verglichen werden können. „Anonymität“ und „Schutz vor negativen Konsequenzen“ müssen gewährleistet werden und an einer „neutralen Meldestelle“ zusammenlaufen. Diese Einheitlichkeit darf nicht als reduzierte Darstellung verstanden werden, sondern nur als gleichartige Form, die Flexibilität erlaubt. Denn eine reine Auflistung (oder Ankreuzen von Möglichkeiten auf einem Formblatt) kann wie oben gezeigt (Iedema et al. 2006a, 2006b, 2008) nicht als sinnvoll erachtet werden. Obwohl sie „vergleichbar“ sein mögen, wird ein erheblicher Teil an Bedeutung ausgeblendet. Es ist nicht wichtig die Meldung untereinander zu vergleichen, dass sie kurz und übersichtlich sind, sondern dass sie den Vorfall so darstellen, dass man ihn nachvollziehen und auswerten kann. Dies variiert natürlich mit der Bedeutsamkeit der Meldung.

Erzählungen sind ein fortwährender Aspekt der Erzeugung von Bedeutung, Beeinflussung von Werten und Sozialisierung. Sie vermitteln nicht nur Fakten, sondern die Bedeutung der gemachten Erfahrung (Tietze et al. 2003: 51-52). Im instrumentellen Sinne könnte „Beteiligung“ nach Stacey (2007) als bloßes „Mitmachen“ interpretiert werden. Dann würde das „Abhandeln“ eines Ereignisses als „Liste“ oder „Aufzählung“ zutreffen. Erst Beteiligung als „emotionale Tiefe“ zu sehen, als „persönliche Investition und Reichhaltigkeit“ (Iedema et al. 2006a: 138-140) ermöglicht ein Nacherleben und Nachvollziehen. Erst dann können die „Leser“ bzw. „Zuhörer“ die Bedeutung bemessen, interpretieren und nutzen (Tietze et al. 2003: 64) und die Erfahrung als organisatorisches Erlebnis zum Lernen integrieren.

6.1.4. Team Training für Kommunikationsbewusstsein

Für Risikomanagement als diskursive Praktik ist weniger relevant, wie viele Mitglieder ein Root Cause Analyse Team haben sollte, wie dort Führung etabliert wird, in welchen Stadien sich Gruppen entwickeln oder wie Team-Kognition entwickelt wird (z.B. Kozlowski/ Ilgen 2006; Salas et al. 2008), sondern wie aus Fehlern gelernt (Homsma et al. 2009), Patientensicherheit gesteigert werden kann (Salas et al. 2003) oder Crew Resource Management zur gemeinsamen Entwicklung beiträgt (Sundar et al. 2007).

Wenn man davon spricht, dass Teamarbeit nicht nur Patientensicherheit „steigern“ kann, sondern dass sie darauf „angewiesen“ ist (Salas et al. 2003: 5), bedeutet dass die Zentralität von Kommunikation hervorzuheben. Es geht nicht darum durch Training die Fehlerquote zu senken, sondern bewusst zu machen, dass immer wieder Risiken und Fehler auftreten werden, egal wie häufig man trainiert. Es wird immer kommunikative Missverständnisse geben (Sutcliffe et al. 2004), das belegen auch die Einsichten der sozialen Semiotik (Jackson/ Carter 2000: 14-33). Weil Kommunikation zunehmend ein Teil der Risiken im Krankenhausbereich ist, basierend auf individuellen, relationalen und systemischen Faktoren, ist die „Erzeugung besserer Kommunikation“ schwierig (Sutcliffe et al. 2004: 194). Diese Erkenntnis unterstreicht die Bedeutsamkeit der Beteiligung *an sich*, im Vergleich zu Training oder „richtiger“ Kommunikation. Die Bedeutung von Konversationen und gemeinsamen Sensemaking wird unterstrichen (Jordan et al. 2009). Es geht darum, die Bedeutung der sozialen Konstruktion der Wirklichkeit zu vertiefen (Gergen 1994; Miller et al. 2010). Beteiligung heißt also nicht zusätzliches Training um perfekte Abläufe zu erreichen, die gedankenlose Beisteuerung von „Fakten“ in Incident Reports, sondern Aufbau eines Kommunikationsbewusstseins und die gemeinsame Interpretation von entstehenden Mustern von Lösungen, die Ergründung von Machtbeziehungen, die Beisteuerung von Gefühlen, Werten und persönlichen Ansichten (Stacey 2007: 444). Hieran anschließend wird die Bedeutung der Konversationen und Gespräche vorgestellt.

6.2. Fokus auf die Qualität der Unterhaltungen

Es ist notwendig, den Fokus auf die Qualität der Unterhaltungen, Konversationen und Sprache zu legen – das „Sprachleben“ (i.e. *conversational life*) in Organisationen (Stacey 2007: 445). Diese Aussage ist „nicht verwunderlich“, weil der Wandel in Organisationen diese zunehmend in der Welt einer „diskursiven Realität“ positioniert, während sie in der Vergangenheit zentral in der „ökonomischen Realität“ verankert waren. Daher wenden Ansätze der Organisationsforschung zuzunehmend literarische Modelle an (Kornberger et al. 2006: 4; Tietze et al. 2003). Dies wird deutlich, wenn man resümiert, dass z.B. die Analyse von Unternehmen als „Diskursanalyse“ gesehen wird (Chia 2000; Oswick et al. 2004; Fairclough 2010: 347-373; Grant et al. 2011), Wandel in Organisationen als „Wandel in Konversationen“ verstanden wird (Ford/ Ford 1995; Ford 1999), Ethik als „diskursive Ressource“ verstanden wird (Kornberger/

Brown 2007) oder „Strategie als Diskurs“ betrachtet wird (Ezzamel/ Willmott 2008; Clegg et al. 2011: 143-144). Auch die Betrachtung der *Incident Reports* als Erzählung (Iedema et al. 2006a), die diskursive Analyse der Zwischenfälle durch *Root Cause Analysen* (Iedema et al. 2006b) und den Auswirkungen der *RCA Empfehlungen* (Iedema et al. 2008) machen deutlich, wie weitgehend Organisationen „sprachlich durchgeführt“ und „diskursiv erzeugt“ werden (Kornberger et al. 2006: 4).

Wie beschrieben werden Incident Reports wie „Erzählungen“ betrachtet. In ihnen wird beschrieben, wie sich aus Sicht des Erzählers ein Zwischenfall zugetragen hat, wie der Berichtende es „erlebt“ hat und welche Konsequenzen dieser Vorfall hatte. Anschließend wird dieser Bericht in Gesprächen „ausgewertet“ und untersucht, was man daraus lernen kann, wie dieses „Risiko“ in Zukunft vielleicht unterbunden werden kann. Man rekonstruiert das „Erlebte“ und „interpretiert“ die Aussagen. Die *Root Cause Analyse* ist eine „Gesprächsrunde“ in der sprachlich die Gründe für den Vorfall „konstituiert“ werden. Diese Erfahrungen erzeugen dann „handfeste“ Vorschriften, Empfehlungen und „Veränderungen“. Daher werden in diesem „Risikodiskurs“ die Handlungen, Aktionen und zukünftigen Möglichkeiten des Krankenhauses hinterfragt, erzeugt und geformt. In diesem Sinne werden Organisationen diskursiv konstruiert und rekonstruiert; sie werden gesprochen, geschrieben, nehmen Gestalt an oder werden anderweitig enkodiert oder festgelegt (Kornberger et al. 2006: 6). Die Bedeutung von Konversationen ist hoch – Sprache ist allgegenwärtig. Die Frage nach den Diskursen (und Gesprächen) und der Art und Weise wie sie unsere Epistemologie und Verständnis von Organisationen formen, ist daher zentral für die Analyse von Organisationen (Chia 2000: 513), und auch bei Veränderungen und Interventionen in sozialen Organisationen wie Krankenhäusern und anderen Gesundheitsorganisationen (Jordan et al. 2009).

„Neue Themen“ und „Innovationen“ ergeben sich aus dem „Versuch“ der Beteiligten sich gegenseitig zu verstehen. Ihre Unterhaltungen erzeugen neue Muster – sie driften in unerwartete Richtungen. Gerade die unterschiedlichen Ansichten führen zu „neuen Konzepten“ und „Verständnissen“, so dass der Austausch zwischen Gemeinschaften und Disziplinen wichtig wird. Daher verändern sich Organisationen, wenn sich die Themen (Diskurse) und die Machtbeziehungen, die ihre Konversationen „lenken“ bzw. „organisieren“, verändern. Lernen ist ein Wandeln in diesen Themen. Wissen ist Sprache. Bedeutung entsteht aus den Konversationen (Stacey 2007: 445).

Wenn man Organisationen als „Netzwerke von Konversationen“ sieht und erkennt, dass diese deren eigentliche „Textur“ sind (Ford 1999: 485) aus der „Sinn erzeugt wird“ und

„die Welt erschaffen“ wird (Chia 2006: 230), dann unterstreicht das die Bedeutung auf die Qualität der Konversationen und Unterhaltungen zu achten. Die Aufmerksamkeit richtet sich auf Konversationen als sich wandelnde, lokale kommunikative Handlungen und Machtbeziehungen, deren Alltäglichkeit und Allgegenwart (Stacey 2007: 445).

6.2.1. Gesprächsthemen – Worüber wird gesprochen?

Die Beteiligten müssen besonders auf die Themen achten, die ihre Gespräche organisieren. Es geht um die Sensitivität gegenüber den „rhetorischen Spielchen“, den Allianzen und den „kleinen Grüppchen“ und deren „Artikulation“, ihren Meinungen und Ansichten. Stellen sie sich gegen „Veränderungen“ oder „Vorschläge“ und warum? Die Manager und die anderen Beteiligten sollten daher darauf achten, welche „Wiederholungen“ sich ergeben und ob sie den Fluss an Konversationen „blockieren“. Es geht darum, die Themen sich ändern oder wandeln zu lassen (Stacey 2007: 445).
Für die am Risikomanagement Beteiligten bedeutet das, dass sie sehr genau auf die Lösungen und Ansichten schauen müssen. Wird immer wieder das Gleiche vorgeschlagen? Gibt es durchgehende und vielleicht strukturelle Probleme? Welche „organisatorischen Rahmenbedingungen“ sind für bestimme Umstände verantwortlich (Reason 1997). Wie sind die zu ändern? Kann man die ändern?
Die Arbeit an organisatorischem Wandeln besteht nicht darin, neue Strukturen „zu entwerfen“ die man überall hin transferieren könnte, sondern in der „Einführung neuer Themen“ in die organisatorischen Gespräche und Konversationen, in der Hoffnung, dass sie sich „amplifizieren und durchdringen“ (Jordan et al. 2009: 5) Damit ist auch die Bedeutung von „Relationship Centered Care“ theoretisch fundiert (Suchman 2006: 40). Diese „Healing Relationships“ beziehen sich nicht auf die Verbindung zu den Patienten – die Qualität der Versorgung *an sich* (Epstein 2009: 456), sondern auf die Beziehungen zwischen den Mitarbeitern des Krankenhauses untereinander (Lanham et al. 2009: 457-466). Daher müssen alle Beteiligten fortwährend die Themen reflektieren, sich mit anderen austauschen und die eigenen Ansichten hinterfragen. Sie müssen die Chance nutzen, auch mit anderen Gruppen und Gemeinschaften Kontakt aufzunehmen, um neue Themen, neue Ansätze und Ansichten aufzugreifen und in die Gespräche zu integrieren (Stacey 2007: 445). Dies ist nicht ohne „Reflexivität“ zu erreichen.

6.2.2. Reflexivität durch Video-Analysen

Einerseits bietet die fortwährende Auswertung und Beteiligung am Critical Incident Reporting die Möglichkeit auch die eigenen Ansichten kritisch zu hinterfragen. Doch wie die *Diskursanalyse* der Incident Reports und die *Dekonstruktion* der Root Cause Analyse Gespräche gezeigt hat, ist es nicht leicht nachzuvollziehen, wie sich Dinge zugetragen haben, wie etwas abgelaufen ist und vor allem warum dieses oder jenes nicht gemacht worden ist. Noch schwieriger ist es, die „persistierenden unsicheren Praktiken der alltäglichen Arbeit" kritisch zu hinterfragen (Espin et al. 2006: 165-170). Daher bietet es sich an mit video-ethnographischer Forschung die Arbeit zwischen Forschern und Klinikmitarbeitern in produktive Partnerschaften zu verwandeln. Durch das Filmen schafft man eine Austauschgrundlage und kann das Wissen und die Praktiken „hinterfragen", welches die Krankenhausmitarbeiter als „gegeben" angesehen hätten (Carroll et al. 2008: 381). Man schafft eine Diskussionsgrundlage für gemeinsame Gesprächsrunden und ermöglicht eine selbstkritische Analyse von Praktiken (Messner et al. 2008). Damit würde dies eindeutig die Möglichkeit für die notwendige „Reflexivität" schaffen, die einerseits von Critical Incident Reporting und Root Cause Analysen verlangt wird und gleichzeitig die Konversationen „aufwerten" und durch „neue Inhalte" bereichern. Diese wäre genau im Sinne der Aufmerksamkeit, die der Qualität der Gespräche und Unterhaltungen nach Stacey (2007) geschenkt werden sollte.

Es ist notwendig die historische und kulturelle Wertschätzung von Individualität und Autonomie, der ökonomische Drang nach Produktivität und die strukturellen Elemente wie zu wenig Mitarbeiter, etc. zu überwinden, wenn die Sicherheit in Krankenhäusern steigen soll. Es ist notwendig, die „zentralen" Werte und Traditionen die den Status Quo festigen, zu identifizieren und anzupassen (Amalberti et al. 2005: 756-764 nach Espin et al. 2006: 165). Es sollen ebenjene Machtstrukturen und Ideologien hinterfragt werden, die auch nach Stacey (2007) fortwährend die kommunikativen Handlungen formen. Es wird eine vorsichtige Untersuchung dieser Faktoren in „Mikrosystemen" der Krankenhäuser gebraucht, wo kleine Gruppen von Mitarbeitern und Muster von Praktiken den Kontext für zunehmende Sicherheit erzeugen (Espin et al. 2006: 165). Obwohl „Kommunikation" und „Kollaboration" einen großen Einfluss auf die Patientensicherheit haben (Despins 2009: 86; Sutcliffe et al. 2004), sind es gerade die „relationalen" Faktoren von „unsicherem" Verhalten, die in bisherigen Ansätzen fehlen (Espin et al. 2006: 169). Diese (Selbst-) Untersuchung würde durch die Einführung von

Incident Reporting und RCA praktisch „verankert“. Die zusätzliche Nutzung von „video-reflexive Ethnographie“, also „Video Studien von klinischem Handeln“, könnte deren Intensität steigern und die „Reflexivität“ gegenüber alltäglichen Praktiken, Werten und Ideologien untermauern (Carroll et al. 2008).

6.2.3. Training mit Videoaufzeichnungen

Videos werden in der gegenwärtigen medizinischen Ausbildung genutzt, um Klinikpersonal mit visuellem Feedback zu versorgen. Anhand „gespielter“ Patienten werden die klinischen Fähigkeiten und Kommunikation verbessert (Dequeker 1998; Roter et al. 2004 nach Carroll et al. 2008: 383). Video-basiertes Feedback kann helfen, visuelle und auditorische Symptome von Patienten zu verdeutlichen, die durch text-basiertes Lernen nicht deutlich gewesen wären (Kamin et al. 1999 nach Carroll et al. 2008: 383). Man kann Aufzeichnungen von Visite-Simulationen dazu nutzen, jungem Klinikpersonal zu verdeutlichen, wie klinische Arbeit funktioniert und Kommunikation abläuft, aber auch, um Feedback zu den Annahmen und Erwartungen von Studenten zu erzeugen (Ker et al. 2006 nach Carroll et al. 2008: 383). Es wird deutlich, dass video-reflexives Feedback nicht nur für das Training von jungen Ärzten wichtig ist, sondern genauso für die Qualitätsentwicklung von bestehenden Teams und älteren Ärzten eingesetzt werden kann (Carroll et al. 2008: 383). Video ist damit eine „unterbewerte Technik für Patientensicherheit“ (Mackenzie/ Xiao 2003: ii51), denn die Notwendigkeit für „reflexive Praktiken“ (wie beim Risikomanagement) verschwindet nicht mit dem Abschluss der Ausbildung (Carroll et al. 2008: 383).

„Reflexivität“ ist Fähigkeit zu erkennen, dass alle Beschreibungen von Organisationen oder Management immer einer bestimmten Tradition verhaftet. Wo Reflexivität gering ist, werden die Wissensbenutzer (z.B. Studenten, Manager oder Entscheidungsträger) wenig „angespornt“, ihre Annahmen und Routinen zu hinterfragen, auf denen konventionelles Wissen produziert wird (Fournier/ Grey 2000 nach Alvesson et al. 2011: 10-11). Training mit Video-Material aus dem „Alltag“, kann dazu beitragen, das eigene Handeln zu hinterfragen, sich kritisch zu reflektieren (Messner et al. 2008), die Annahmen und Werte in diesen komplexen Arbeitswelten kritisch zu prüfen und zum Positiven zu verändern (Carroll et al. 2008: 380-390). Die Auswertung von Videos könnte unbedingt die Qualität der Konversationen im Sinne von Stacey (2007) steigern.

6.3. Fokus auf die Qualität von Unsicherheit und dem Umgang damit

Die Theorie der *Complex Responsive Processes* richtet ihre Aufmerksamkeit auf den Fluss von Konversationen, in denen die Beteiligten gemeinsam neue Bedeutungen *erzeugen* (Stacey 2007: 445). Hier wandeln die Organisationsmitglieder die Umstände, Probleme oder Besonderheiten einer Situation in eine Sinnstruktur, die explizit in Worten ausgedrückt werden kann und die als „Sprungbrett für Handlungen" dient (Weick et al. 2005: 409). Das kontinuierliche Nachbessern von Ansichten und Gewohnheiten, um neu gewonnene, Erfahrungen einzubeziehen, ist der Versuch den intrinsischen Fluss von menschlichem Handeln zu ordnen (Tsoukas/ Chia 2002: 567). In diesem andauernden Umwälzen entsteht Unsicherheit. Angst ist ein unausweichliches Produkt des Verschiebens von Diskursen, weil sie Unsicherheit erzeugt – insbesondere bezüglich der eigenen und gemeinsamen Identität. Wandel in Organisationen, z.B. eingeleitet durch die Intention ein Risikomanagement aufzubauen und gemeinsam die Auswertung von Fehlern und Risiken durchzuführen, ist damit ein sehr persönlicher Prozess, nämlich des Wandels der eigenen Ansichten (auch der Eigenansichten). Neue Wege im öffentlichen Diskurs werden in dem Verständnis der beteiligten Personen von sich selbst reflektiert. Sie rütteln an den Grundfesten der Beteiligten. Daher führen Veränderungen in den Konversationen zu Ängsten und Unsicherheit bei den Beteiligten – doch ohne diese Unsicherheit entstehen auch keine neue Ideen, Innovationen und neue Diskurse (Stacey 2007: 445-446; Knights/ Willmott 1999: 77-78).

Es geht um die Problematik, neue Strukturen, Konzepte und Ansätze in Unternehmen einzuführen und sich zu fragen, warum etwas nicht wie geplant funktioniert, warum z.B. die Beteiligung am Reporting gering ist oder Gesprächsrunden nicht effektiv sind. Versuche Veränderungen in Gesundheitsorganisationen zu erzeugen haben sich häufig anders entwickelt, als man erwartet hat. Abweichungen wurden als „Fehler der Umsetzung" gesehen. Dabei ergeben sich die unerwarteten Variationen vielmehr aus „unerwarteter Konversationen". Die Generierung von „produktiven Konversationen" sollte daher als Fundament von Interventionen (also von Strategien, Ideen, Konzepten, etc.) betrachtet werden. Indem Möglichkeiten für den „offenen" Austausch von Unsicherheit, Befürchtungen, Ängsten und Nervosität geschaffen werden, können die Beteiligten gemeinsam über ihre „Ängste" reflektieren, sich darauf einstellen, darüber lernen und „Sinn erzeugen" (Jordan et al. 2009: 10). Dieser Perspektive stimmen auch Weick et al. (2005: 419) zu, indem sie analysieren, dass die Fähigkeit für Sensemaking zunehmen sollte, wenn Menschen sozialisiert sind, miteinander beteiligt sind, sich um

Plausibilität kümmern, Beschreibungen artikulieren, sich verständigen etc. Diese kommunikativen Mikro-Interaktionen sind bedeutend. Die Art und Weise wie Menschen mit Unsicherheit und ihren Ängsten umgehen, ist daher grundlegend für organisatorischen Wandel und Innovationen (Stacey 2007: 446). Wandel bedeutet eine Veränderung in den Konversationen. Die Aufgabe des Managers ist die Schaffung von Diskussionen, Aussprachen und Diskursen, aus denen heraus Handeln möglich wird, und weniger die Ausrichtung des Unternehmens auf eine bestimmte „wirkliche" Realität (Ford 1999: 480). Es kommt für alle Beteiligten darauf an, festzustellen, welche Umstände einer bestimmten Arbeit, zu einer bestimmten Zeit, an einem bestimmten Ort für Unsicherheit sorgen. Man muss hinterfragen, was es möglich macht, damit umzugehen und es in Begeisterung wandeln, die für die Erzeugung neuer Bedeutung notwendig ist. Was bewegt oder hindert uns, mit der Unsicherheit umzugehen, die durch Wandel hervorgerufen wird? Vertrauen wird wichtig. Es stellt sich dann die Frage, was in einer bestimmten Organisation, zu einer bestimmten Zeit, *Vertrauen* schafft oder verhindert (Stacey 2007: 446; Knights/ Willmott 1999: 77-83).

Das Management von Risiken zielt darauf ab zu untersuchen, was man bisher vernachlässigt hat. Einiges wird ausgedrückt, anderes wird unterdrückt. Reflektiert man dies wird es möglich, zur Lösung von Risiken beizutragen und eine Durchführung von Risikomanagement zu ermöglichen. Die Fähigkeit entgegen gesetzte Ansichten vertreten zu können, bedeutet Vertrauen zu haben (Ward/ Smith 2003: 199-200). Wichtiger noch als Vertrauen, bleibt gegenseitiger Respekt. Erst dadurch werden unterschiedliche Meinungen darstellbar und ersichtlich, dass es sich um „verschiedene Rationalitäten" handeln (Jackson/ Carter 2000: 96-119; Clegg et al. 2005a: 71-73; Townley 2008). Vertrauen und Unsicherheit, sowie Wissen und Macht sind somit eng verbunden. Vertrauen in den gemeinsamen Kontext, die soziale Umgebung und die Unterhaltungen und Beziehungen erlauben einen Umgang mit Unsicherheit. Aus diesen Interaktionen wird neues Wissen erzeugt, basierend auf den andauernden Machtbeziehungen. Welche Konsequenzen hat dies für Ansätze von Risikomanagement als sprachliche Praktik im Krankenhaus?

6.3.1. Frühe Ausbildung und Heranführung

Weil fortwährend organisiert wird, muss auch fortwährend Sinn erzeugt werden (Weick et al. 2005; Tsoukas/ Chia 2002). Ist man frühzeitig dazu ausgebildet worden

anzuerkennen, dass man fortwährend kommunizieren muss und dass Handlungen/ Intentionen auch immer anders interpretiert werden können, fällt es leichter mit dieser „Uneindeutigkeit“ umzugehen. Also muss frühzeitig der Fokus auf die Fähigkeiten und das Bewusstsein für kommunikatives Handeln gelegt werden.

Es ist eine Sache, den Wandel in schon bestehenden Teams und Organisationen durch Konversationen zu verbessern (Jordan et al. 2009), aber etwas anderes, von Anfang an darauf gefasst zu sein, sich immer neu ausdrücken zu müssen, immer wieder gemeinsam Sinn zu erzeugen, zu interpretieren. Es geht nicht darum, dass etwas „richtig“ interpretiert wird, dass man Anzeichen deutet und Routinen verinnerlicht, damit man „richtig“ reagieren kann, wenn ein „bestimmtes“ Problem auftritt – dass man die „Effektivität von Arbeitsgruppen“ steigert (Kozlowski/ Ilgen 2006). Es geht nicht nur darum, schon bestehende Teams in High-Reliability-Teams zu wandeln und durch Team-Training bestehende Strukturen zu „verbessern“ (Sundar et al. 2007), sondern schon in der Ausbildung zu vermitteln, dass zu allem fachlichen Wissen die Fähigkeiten für gemeinsames Handeln und fortwährendes Kommunizieren wichtig werden. Jeden Tag und immer wieder aufs Neue. Kommunikationsschulungen werden wichtig. Es geht darum, überhaupt zu kommunizieren – auszudrücken was man denkt bzw. gemeinsam zu entwickeln, was man „meint“ zu denken (Mead 1934 nach Stacey 2007: 271-277).

Sensemaking ist eine Frage von Sprache, Gespräch und Kommunikation. Situationen, Organisationen und Umwelt werden „in Existenz gesprochen“ (Weick et al. 2005:409). Daher ist das Arbeiten in einem Krankenhaus fundamental eine Frage des andauernden Kommunizierens. Wenn Organisationen und deren Mitglieder „Interventionen“ miterleben (z.B. Incident Reporting oder Root Cause Analysen), erleben sie häufig nicht-routinemäßige Probleme, schwierige Entscheidungen, Ungewissheit und konfligierende Informationen, sich wandelnde Ziele, Zeitdruck und dynamische Konditionen. In diesen Situationen ist es „kritisch“, dass Menschen nicht mit Routinen und „Autopilot“ handeln, sondern dass sie die Fähigkeit haben, aus den dynamischen Umständen Sinn zu erzeugen, dass sie gemeinsam nach Plausibilität fahnden, dass sie kommunizieren (Jordan et al. 2009: 7).

Wenn der „Wandel in Identitäten“ zu Unsicherheit führt (Knights/ Willmott 1999: 77), macht es Sinn, die Beteiligten noch bevor sie „ins kalte Wasser springen“ damit zu konfrontieren, sie nicht nur fachlich, sondern auch interpersonell darauf vorzubereiten, dass sie immer mit anderen arbeiten und immer kommunikativ handeln müssen. So könnte früh ein Teil der negativen Unsicherheit in Begeisterung (Stacey 2007: 446)

gewandelt werden. Mit Laienschauspielern kann man das ärztliche Gespräch trainieren (Simmenroth-Nayda et al. 2007: 847-853). Aber gerade die Kommunikation untereinander, im komplexen Gefüge der organisatorischen Realität, muss trainiert und „erfahren" werden (Sutcliffe et al. 2004: 186; Despins 2009: 85). Es muss das Bewusstsein geschaffen werden, dass Kommunikation nie „perfekt" sein kann und „Bedeutung" und „Interpretation" nicht kontrolliert werden können (Jackson/ Carter 2000: 29). Alles was möglich ist, ist die Beteiligung *an sich*.

Damit betrifft die Kommunikation nicht nur Ärzte, sondern *alle* Mitarbeiter. Es ist die „Koordination aus Beziehungen im Praxishandeln", die Bedeutung erlangt (Espin et al. 2006: 165). Der Gebrauch von Video-Material in der Ausbildung (Dequeker 1998; Roter et al. 2004; nach Carroll et al. 2008: 383), sollte demnach mit einem „vielschichtigen" Kommunikationstraining verbunden werden.

6.4. Fokus auf die Qualität von Vielfalt

Dies ist eine der bedeutendsten Ansichten der *Complex Responsive Processes*. Während die meisten anderen Theorien Wert auf „Konsens" legen, betont diese Perspektive das Paradoxe an der Qualität von Vielfalt (Stacey 2007: 446).[28]

Paradox bedeutet, dass einerseits Mitglieder einer Organisation nicht zusammenarbeiten können, wenn sie nichts gemeinsam haben, aber wenn sie zu viel gemeinsam haben, keine neuen Formen und Ansätze für Verhalten entstehen können. Vielfalt ist damit notwendig, wenn Organisationen die interne Fähigkeit aufweisen sollen, auch spontane Lösungen zu hervorzubringen – sich zu verändern. Aufmerksamkeit muss damit auf die Wichtigkeit (Notwendigkeit) von Abweichungen, anderen Ansichten und Exzentrik gelegt werden (Stacey 2007: 446). „Paradoxe Führung" als Leitung einer Gesamtheit zu betrachten und neue Verbindungen zu schaffen (Lewin/ Regine 1999: 291) wäre demnach verfehlt. Es geht um die Beteiligung an der schon existierenden Vielfalt. Diese „heteroglossia" oder „Polyphonie", als Koexistenz und Zusammenspiel zwischen

[28] Stacey (2007) beschreibt, dass die *Strategic Choice Theory* darauf ausgerichtet ist, die Mitglieder eines Unternehmens zur Unterstützung einer gleichen Richtung zu bringen, die als „strategisch notwendig" deklariert wurde. Die *Lernende Organisation* trachtet danach, alle Beteiligten der gleichen „Vision" unterzuordnen und dabei „harmonische" Verhältnisse und „feste" Teams zu haben. *Psychoanalytische Perspektiven* würden Wert auf das Verständnis von Grenzen und auf ein gemeinsames Verständnis der Rollen der Mitarbeiter legen. Die *systemisch* organisatorische Übertragung der Komplexitätstheorie deutet auf die Wichtigkeit „weniger und einfacher" Regeln (Stacey 2007: 446). Auch wenn es vermeintliche Ausnahmen gibt, z.B. *Paradoxical Leadership*, bleiben diese „systemisch" und sprechen von „Gesamtheiten" (Lewin/ Regine 1999: 291).

verschiedenen „Stimmen“ oder sprachlichen und sozialen Einstellungen (Bakhtin 1981 nach Mesthrie/ Deumert 2000: 322), sind die „verschiedenen Stimmen“ und „Diskurse“, welche die Organisation ausmachen und konstituieren. Diese Stimmenvielfalt ist immer präsent in Organisationen, auch wenn sie durch einen „dominanten Diskurs“ unterdrückt wird (Kornberger et al. 2006: 4).

Der Punkt ist, dass Polyphonie immer vorliegt. Auch wenn das Unternehmens nach Außen eine Meinung vertritt, eine Abteilung oder Station eine Sichtweise forciert, ein Team nur eine Beschreibung des Vorfalls zulässt, dann werden andere Ansichten verdrängt und in den Hintergrund gerückt. Wie gezeigt, ist diese Stimmenvielfalt gerade für Critical Incident Beschreibungen wichtig, weil oft davon ausgegangen wird, dass es eine richtige Beschreibung „des Vorfalls“ gibt. Aber auch hier erleben einzelne Personen immer „ihre Sicht“ der Dinge. Damit existiert „Polyphonie“. Diese Vielfalt bringt Schwierigkeiten für *eine* Deutung mit sich, weil es immer *mehrere* Deutungen geben kann. Jede Stimme ist eine Quelle der Autorität für den, der sie vertritt (Bakhtin 1984 nach Hazen 1993: 22).

Verantwortung im Gespräch bedeutet, Willen zum Zuhören und Sprechen zu haben, sowie die Konsequenzen aus den Gesprächen zu akzeptieren. Weil durch ein Gespräch oder aus dem Zuhören sich unsere Sichtweise verändern kann, bedeutet die Akzeptanz dieser Unsicherheit eine „gesprächliche Verantwortung“ (Ford 1999: 494). Wenn wir zulassen, dass sich unsere Meinungen ändern und akzeptieren, dass andere Meinungen wichtig sind, ist dies genau der Fokus auf Vielfalt, den Stacey (2007) anspricht. Die inoffiziellen Ideologien werden wichtig, welche die bestehenden Machtbeziehungen verändern wollen. Diese „Schattenthemen“ und damit auch zu einem gewissen Maße das „subversive Verhalten“ von Mitarbeitern trägt zu Kreativität in Organisationen bei. Die Folgerung ist aber nicht, dass man Schattenthemen fördern bzw. subversives Verhalten und Abweichungen von Regeln gutheißen sollte. Es geht darum sich anzuschauen, was davon schon geschieht und nach dem *warum* zu fragen. Warum weicht jemand von den bestehenden Regeln ab? Warum äußert jemand seine Meinung nicht? Warum besteht eine vorgeschobene Einigkeit? Wer ist eigentlich dagegen und warum? Es geht darum zu verstehen, dass die Vielfalt schon besteht. Was wird hinter den Kulissen besprochen? Es geht darum, darauf aufmerksam zu machen, wie die derzeitigen Verhaltensweisen bestimmte „akzeptierte“ Themen und Ansichten (Diskurse) fördern, die zum Erhalt der Machtbeziehungen beitragen und Wandel verhindern. Es geht um ein Gespür dafür, was „ok“ und was „nicht ok“ ist. Was ist

„akzeptiert“ und was ist „nicht akzeptiert“? Es geht um die Dynamik der Machtbeziehungen, Eingrenzungen und Ausgrenzungen und um Scham (Stacey 2007: 446-447), aber auch Selbstkritik (Messner et al. 2008).

Wenn die Stimmenvielfalt schon bestehen sollte, ist besonders interessant, wenn keine vielfältigen Lösungen entstehen. Auch Iedema et al. (2006b: 1208) drücken ihre Verwunderung darüber aus, dass das Root Cause Analyse Team nur in der Lage war, weitere Regeln aufzustellen, weitere detaillierte, formelle Prozeduren zu entwerfen. Sie fragen, warum die Personen nicht in der Lage waren, z.B. auch lose Kopplungen und flexible Lösungen zu entwerfen. Darum geht es insbesondere um das Hinterfragen von anderen Meinungen, um die Aufklärung anderer Ansichten und die Untersuchung von immer gleichen Antworten und Themen.

Management als diskursive Praktik richtet sich linguistisch darauf, die Sprachspiele und unüberbrückbare Ansichten zu dekonstruieren und zu übersetzen. Im Diskurs strukturieren die Beteiligten einer Organisation ihre Erfahrung von Wirklichkeit und erzeugen Sinn (Weick 1995 nach Kornberger et al. 2006: 3-4). Führungsaktivitäten entstehen aus den sozialen Interaktionen. Es geht also nicht um die Personen in ihrer Funktion, sondern um das Ergebnis aus vielen Interaktionen, aus denen das Verständnis von Führung als Praktik rekonstruiert wird (Crevani et al. 2010: 77). Risikomanagement muss folglich als diskursive Praktik gesehen werden, die von vielen Personen ausgeübt wird. Führung und Risikomanagement sind Aktivitäten, bei denen der Umgang mit Vielfalt bedeutsam ist.

Die Bedeutung der Qualität von Vielfalt ist das Verständnis der Beteiligten, die in ihren gemeinsamen Aktivitäten der Auswertung von Zwischenfällen, Schilderungen, Befragungen und Gesprächen mit vielfältigen Ansichten, Themen, Bestrebungen und Interessen konfrontiert werden, für ebendiese Uneindeutigkeit. Die Beteiligten können nur sich selbst, ihre Lösungen, Ansichten und Konzepte hinterfragen. Nach Stacey (2003: 410) sind die Interaktionen zwischen den Menschen grundsätzlich immer Konversationen, die Machtbeziehungen formen und von diesen geformt werden. Interaktionen erzeugen immer weitere Interaktionen, so dass aus dieser Vielfalt von Ansichten erst Selbstorganisation entsteht und so neue Formen von Beziehungen, Konversationen, Ideen und Lösungen hervorbringt. In dieser Vielfalt an Diskursen, Konversationen und Sprachspielen wird das Management als diskursive Praktik im Sinne eines Hinterfragen und Vermitteln deutlich. Im Folgenden werden einige Implikationen vorgestellt.

6.4.1. Dekonstruieren – Das Pauselose Hinterfragen

Erzählungen und Beschreibungen, wie etwa *Critical Incident Reports* und ihnen nachfolgende *Root Cause Analyse Gespräche*, fungieren als Möglichkeiten die eigenen Erfahrungen oder die von anderen zu interpretieren und ihnen dadurch Bedeutung zu verleihen (Tietze et al. 2003: 52). Erst durch die Beachtung und Deutung erlangen sie einen Sinn (Gergen 1994: 264-271). Aber weil in diesen Erzählungen immer Entscheidungen getroffen werden etwas auszulassen (z.B. Incident Report #27), etwas ausführlich darzustellen (z.B. Incident Report #43), einige Personen besonders zu beschreiben, andere Stimmen zu inkludieren, usw. sind sie immer nur Repräsentationen, erzeugt von dem Erzähler, um einen gewissen Standpunkt zu vertreten, eine gewisse Sicht der Dinge zu erzeugen oder Vorgänge zu evaluieren (Swan/ Leap 2000: 191). Ein Sprecher stellt durch seine Beschreibung machtvolle, sehr verführerische und überzeugende Wahrheitsansprüche auf, z.B. über angemessenes Verhalten, Werte und Abläufe, die vor Untersuchungen und Debatten „geschützt" sind (Witten 1993: 105-106). Erzählungen geben den Rahmen für normale organisatorische Unterhaltungen, Handlungen und Entscheidungen vor, die potenziell kontraproduktiv und dysfunktional sind, und so fast unterbewusst für die Beteiligten, ein bestimmtes Bild des Unternehmens erzeugen und verstärken (welches vielleicht gar nicht gewollt bzw. intendiert ist). Dekonstruktion dieser Erzählungen – der Annahmen, Ansichten und Verhaltensweisen der Beteiligten –, eröffnet die Möglichkeit diese Geschichten aus denen heraus organisatorisch Sinn erzeugt wird zu verstehen und zu verändern (Kornberger et al. 2006: 16). Man muss die CI-Reports dekonstruieren und gemeinsam die Ansichten hinterfragen. Die RCA-Gespräche müssen ihrerseits kritisch beäugt werden und mit Hilfe von Video-Analysen reflektiert und rekonstruiert werden (Carroll et al. 2008).

Nach Derrida (1992: 8) ist Dekonstruktion eine Form von Intervention – ein Versuch die Dinge zu ändern, indem der Transformationsprozess maximal gesteigert wird. Die alltäglichen, selbstverständlichen, natürlichen Ansichten und Verhaltensweisen werden in Frage gestellt und aufgezeigt, dass sie zu einem gewissen Zeitpunkt entstanden sind und mit einer ganz bestimmten Intention institutionalisiert wurden (die aber nicht mehr zeitgemäß sein mag) (Kallinikos/ Cooper 1996: 5; beide nach Kornberger et al. 2006: 16). Dekonstruktion hinterfragt und analysiert die Annahmen über Sprache, Erfahrungen und die „normalen" Möglichkeiten von Kommunikation (Norris 1991: xi). Sie treibt Kritik auf die Spitze. Alte Methoden, Ansichten und Praktiken werden

bloßgestellt. Neue Interpretationen und Alternativen werden erzeugt und es wird Platz für neue Möglichkeiten geschaffen (Hatch 1997: 366). Dekonstruktion bedeutet das Hinterfragen von Ansichten, ein Kritisieren von Standpunkten und Traditionen, für ein Aufdecken von Alternativen und Beschreiben einer bisher unentdeckten Vielfalt. Als „kritische Praktik“ (Messner et al. 2008) müssen die Beteiligten hinterfragen, warum etwas so gemacht wird und nicht anders? Wie sehen die Praktiken für bestimmte Vorfälle im Krankenhaus aus und warum?

Dekonstruktion geht über das Hinterfragen hinaus, weil Grundsätze in Frage gestellt werden. Dekonstrukteure werden „unbequem“. Das könnte auch Stacey (2003: 419) meinen, indem er betont, die subversiven Aktivitäten zu beachten, jene Aktivitäten und Handlungen, welche dazu beitragen die bestehenden Machtbeziehungen zu unterwandern bzw. zu verändern. Die Abweichungen und negative Praktiken gewinnen an Bedeutung; Ansichten der Mitarbeiter, die mit dem Status-Quo nicht einverstanden sind, die sich vielleicht bessere Arbeitsbedingungen versprechen, mehr Offenheit oder einfach nur dass nicht immer die gleichen Fehler wieder passieren. Daher muss den Ausgrenzungen, Anschuldigungen, Beleidigungen und Machtspielen Bedeutung geschenkt werden. Warum schämt sich ein Krankenhausmitarbeiter für den Fehler den er oder sie gemacht hat? Warum kann er mit seinen Vorgesetzten oder Kollegen darüber nicht reden? Warum werden immer wieder dieselben Probleme in Incident Reports geschildert, aber nichts unternommen? Welche Vorschläge häufen sich? Welche Ansichten sind vorherrschend in einem Bereich, und warum? Wie können sie sich ändern? Hier müssen Kritikfähigkeit und Selbstreflektion ermöglicht werden. Die Beteiligten müssen sich selbst grundlegend hinterfragen, ihre alltäglichen Praktiken auf die Probe stellen, und vor allem im gemeinsamen Diskurs über Risiken, sich selbst reflektieren und die Möglichkeit zulassen, dass sich ihre Meinungen und ihre Selbstbild verändern. Diese Veränderungen erzeugen Angst, aber sind ein erheblicher Bestandteil, dass sich wirklich etwas verändert und neue Lösungen gefunden werden, neue Kreativität geschaffen wird (Stacey 2003: 418).

Nachdem Organisationen machtvoll konstituiert und fortwährend durch Sprache erzeugt werden, ist Dekonstruktion eine Bedingung für Wandel, indem es alle Notwendigkeiten und Zwänge auflöst (Kornberger et al. 2006: 18). Diese erhebliche Selbstreflektion wird in grundsätzlicher Weise und mit beeindruckendem Erfolg durch Video-Training und Video-Forschung ermöglicht, wo z.B. die normative und affektive Komplexität der Computerisierung von Krankenhäusern sichtbar gemacht wurde (Iedema et al. 2007)

und durch Video-Ethnographie neue Informationsbeziehungen und eine immense Intensität an Rückmeldungen erzeugt werden kann (Carroll et al. 2008: 388-389).[29]

6.4.2. Übersetzen – Das Pausenlose Vermitteln

Fallbeispiele von sprachlichen und dekonstruktiven Veränderungsprozessen – in Gesundheitsorganisation (Ford/ Harding 2004; Rhodes et al. 2008; Jordan et al. 2009; Ainsworth et al. 2009) –, sensibilisieren für Konzepte die das Vorstellbare beschreiben und die Geschichten, die den Fluss unser Erfahrung strukturieren. Dekonstruktion zeigt uns, dass die Welt sprachlich erreicht und der Status Quo diskursiv erhalten wird (Kornberger et al. 2006: 18).

Qualität als emergente Eigenschaft zu sehen bedeutet, den Fokus auf Beziehungen und auf Viefalt zu richten. Manche Autoren verstehen darunter die „kognitive Vielfalt". In der Praxis sind das individuell unterschiedliche Perspektiven bezüglich Management, Problemlösung, Konfliktbeseitigung, der Stellung des Patienten, etc. (Lanham et al. 2009: 458-462). Sie erkennen die Bedeutung von Vielfalt für kreatives Arbeiten und in Teams im Krankenhaus für die Sicherheit bzw. Risikomanagement. Vielfalt im Sinne sprachlicher Vielfalt und Ansichten, also „Polyphonie" muss aber erst nutzbar gemacht werden. Es geht also um Verständigung und Vermittlung. Daher schlagen Kornberger et al. (2006) aufbauend auf Benjamin (1982), Deleuze (1994) vor, mit dem Konzept der *Translation* zu arbeiten. Translation ist dabei nicht nur auf eine Sprache bezogen, sondern auf die Unterschiede zwischen Sprachen. Es geht nicht um die Ausführung einer bestimmten Sprache, sondern um den Wechsel zwischen Sprachen; nicht um das Sprechen einer Sprache, sondern um das Verständnis anderer Sprachen. Translation ist ein konstruktiver Weg die polyphone Organisation zu managen und mit ihrer Heteroglosse umzugehen. Die Beteiligten am Risikomanagement müssen sich gegenseitig verständigen, versuchen zu verstehen, was andere sagen, und dies interpretieren. Management erlangt die Aufgabe, zwischen den verschiedenen und

[29] Diese Intensität basiert auf der komplexen Natur des Visuellen. Visualisierung vergrößert oder verkleinert soziokulturelle Praktiken, man sieht und erfährt sich selbst. Das Zeigen bzw. Anschauen wird zu einer Art des Sagens, was man sonst nicht sagen dürfte. Sich selbst zu sehen, rüttelt auf, bewegt und verändert. Das Sehen und Reflektieren wird zu einer Art der soziokulturellen (Selbst-) Intervention (MacDougall 1998, 2006 nach Carroll et al. 2008: 388). In diesem Sinne wird auch die Lacan'sche Sicht auf Sprache als Unterbewusstes deutlich, weil man schonungslos die eigenen Aussagen, die eigene Haltung, die eigenen Handlungen im sozialen Kontext von außen erfährt und damit für eine Dekonstruktion der eigenen Ansichten und Verhaltensweisen in der Lage ist. Die Psychodynamik hinter den Worten wird deutlich (Baggini/ Fosl 2003: 187-188).

widersprüchlichen Aussagen und Sprachspielen, sowie ihren verschiedenen Realitäten zu vermitteln. Management wird zur diskursiven Praktik (Kornberger et al. 2006: 19). Wer sagt was? Welche Perspektiven werden von wem vertreten? Wie kann man verdeutlichen, wer was meint? Es geht weniger darum, eine gemeinsame Linie, einen dominierenden und „richtigen" Diskurs zu erreichen, der dann alle anderen Stimmen marginalisiert (Lyotard 1984), sondern zwischen den Ansichten zu vermitteln, so dass sie koexistieren können (Rorty 1989; Bauman 1990: 232).

Root Cause Analysen verlangen viel Zeit und Verhandlungen und können möglicherweise nicht immer die Erwartungen der Philosophie der klinischen Praxisverbesserung erfüllen. Es wurde gezeigt, dass die Empfehlungen nicht immer das sind, was die Organisation aus Sicht der Manager jetzt braucht. Oder dass die Qualität schwankend ist. Hier muss in erheblichem Maße zwischen verschiedenen Ansichten und Stimmen vermittelt werden. Das Absegnen von RCA Empfehlungen ist wie beschrieben, überhaupt nicht simpel oder unkompliziert. Es wird eine erhebliche Schicht von „editorischer" und „kommunikativer" Arbeit geschaffen (Iedema et al. 2008: 569, 577-578). Damit wird deutlich, wie wichtig das Vermitteln zwischen den Beteiligten und möglicherweise entgegen gesetzten Interessen ist, wenn Veränderungen vorgeschlagen werden, die vielleicht die Machtstrukturen für eine Gruppe negativ verändern. Translation ist vorübergehend und erlaubt die Beschreibung und Erklärung des Organisierens zwischen verschiedenen Stimmen und kommt damit dem Konzept der „Polyphonie" – im organisatorischen Sinne – näher, als es *eine* Sprache alleine jemals könnte (Benjamin 1982: 74 nach Kornberger et al. 2006: 21), und trägt der „Impermanenz" organisatorischer Lösungen Rechnung (Bauman 1990: 183; Taylor/ van Every 2000; Tsoukas/ Chia 2002; Schatzki 2006; Weick 2009a: 3-8).

Polyphonie ist immer präsent, auch wenn es durch einen dominanten Diskurs zum Schweigen gebracht wird. Wir können daher die Abwesenheit anderer Meinungen nicht als „moralische Autorität wirklicher Legitimität" verstehen, in der alle mit allem einverstanden sind. Strategien (sei es Kooperationen oder Ansätze zur Risikoreduktion) werden diskursiv erzeugt und durch Sprache rekonstruiert. Organisatorische Polyphonie ist eine grundlegende Ressource für Innovationen und Entwicklung. Die Vermittlung durch Übersetzung von verschiedenen Sprachspielen ermöglicht Innovationen, denn in der Vermittlung werden die Sprachen modifiziert und verändert. Translation ist immer vorübergehend (Benjamin 1982: 74 nach Clegg et al. 2011: 347). Wo „konservative" Theoretiker für eine „starke Hand" plädieren würden, um eine Linie zu erzeugen,

ermöglicht Translation einen Umgang mit Vielfalt, indem zwischen den verschiedenen Stimmen, welche die Organisation ausmachen, vermittelt wird. Es eröffnet einen konstruktiven Umgang mit Unterschieden (Clegg et al. 2011: 346-347). Gerade das wird notwendig, wenn man versuchen will, aus Fehlern zu lernen, die Ereignisse zu rekonstruieren und dabei verschiedene Ansichten verarbeiten muss. Die vielfältigen Meinungen können für die Entwicklung innovativer Lösungen wichtig sein, damit nicht immer gleiche Lösungen vorgeschlagen werden (Iedema et al. 2006b).

In Vermittlung wird der „Übersetzer" nicht zum „Autor", sondern bleibt im Hintergrund. Für jemanden zu sprechen, heißt die Position zu kennen, um sie genau wieder zu geben; Übersetzen ist vielmehr eine Improvisation. Es geht um den Ausdruck mit anderen Worten, aber immer nur „imperfekt" und ungenau. Doch mit Translation wird eine „Brücke zwischen den differierenden Sprachspielen geschlagen", die sie so verbinden kann (Clegg et al. 2011: 348-349). Polyphonie ist somit grundsätzlich vorhanden, auch wenn sie durch einen dominanten Diskurs unterdrückt werden kann (Kornberger et al. 2006: 4) – Translation vermittelt.

Die Vielfalt von Ansichten kann Unsicherheit und Risiken im Krankenhaus reduzieren (Weick 2009c: 157-172). Dabei geht es nicht um die Förderung von abweichendem Verhalten, sondern um das gemeinsame Betrachten der eigenen Ansichten und wie dadurch die bestehenden Machtstrukturen und Diskurse fortgeführt werden (Stacey 2007: 447) – um „kritische Praktiken in Organisationen" (Messner et al. 2008). Obwohl eine Stimmenvielfalt immer schon besteht, können die bestehenden Diskurse einschränken, was gesagt, gedacht und ausgedrückt werden darf (Jackson/ Carter 2000: 65-70). Daher könnte es durchaus sinnvoll sein, einen ständigen Mitarbeiteraustausch oder Kooperationen zu ermöglichen, aber nicht um zusätzliche Vielfalt zu erzeugen, sondern um durch „Unruhe" – wie sie von Consultants oder neuen Mitarbeitern hervorgerufen wird (Clegg et al. 2004: 31-44) –, die inhärente Vielfalt hervorzubringen. Dies wird im Folgenden erläutert.

6.4.3. Kooperationen ausnutzen

Kooperationen und ein Mitarbeiteraustausch erfüllen zwei grundsätzliche Funktionen. Einerseits erlauben sie die Erzeugung zusätzlicher Vielfalt an Ansichten, Stimmen und Meinungen im Sinne einer erforderlichen Varietät (Weick 2009c: 157-172), und andererseits ermöglichen sie ein Aufrütteln von Außen, indem sie eine gewisse Störung

und „Unruhe“ in die Auswertung, Abläufe und Ansichten hineintragen (Clegg et al. 2004: 31-44). So könnten neue Meinungen, die nicht dem bestehenden hausinternen Diskursen unterworfen sind dazu beitragen, neue innovative Beiträge und Praktiken in die Auswertung von Critical Incidents mit einfließen zu lassen, so dass die Ansätze und Empfehlungen von RCA vielseitiger und innovativer werden (Iedema et al. 2006b) und möglicherweise auch besser in den Organisationskontext passen (Iedema et al. 2008), obwohl dies eher eine Frage der bestehende Machtstrukturen, Ideologien und Diskurse ist (Stacey 2007; Jackson/ Carter 2000).

Kooperationen sind ein bedeutsamer Weg an neues Wissen und Fähigkeiten zu gelangen, über welche die Organisation bisher nicht verfügt (Clegg et al. 2005a: 360). Versteht man „Team-Lernen“ nicht als Ausrichtung auf eine umfassende Strategie, Vision oder zusätzliches Commitment für „systemweite Anpassung“ (Senge 2006: 216-221; Isaacs 1993) und „organisatorisches Lernen“ nicht als etwas was Unternehmen tun (Nonaka/ Takeuchi 1995; Levitt/ March 1996: 516-540), sondern als die *kommunikative Aktivität* der beteiligten Personen (Stacey 2006: 237-246; Gherardi/ Nicolini 2001: 35-60), wird deutlich, wie fruchtbar ein Mitarbeiteraustausch sein kann.

Lernen ist der emergente Wandel in den Mustern den kommunikativen Interaktionen und Machtbeziehungen. Diese Verschiebung in den Inhalten der Diskurse und die neuen Interpretationen und Möglichkeiten die dadurch geschaffen werden, entstehen aus den Konversationen und Dialogen der Beteiligten, in denen sich auch ihre Identitäten verändern (Stacey 2006: 245). Durch andere Ansichten könnten RCA Untersuchungen innovativer werden und die Einsichten aus anderen Organisationen inkorporieren. Die Einbindung von neuen Mitarbeitern oder den Austauschpartnern in die Auswertung von Critical Incidents und Root Cause Analysen sollte daher angestrebt werden. Ebenso könnte die Beteiligung von Auszubildenden und Studenten in diesen Teams schon während ihrer „Ausbildung“ dazu beitragen, ihre Sensibilität gegenüber der „Alltäglichkeit“ von Fehlern und Risiken zu schärfen, sowie ihr Verständnis gegenüber der Notwendigkeit einer gemeinsamen Auswertung aufzubauen. Diese beiden Gruppen sollten daher intensiv in jegliche Versuche des organisatorischen Lernens eingebunden werden, um aus ihren Sichtweisen, vielleicht auch irritierenden Fragen und „naiven“ Ansichten neue Ideen zu entwickeln und gleichzeitig die Normalität der Fehlerauswertung frühzeitig bewusst zu machen.

Organisatorischer Wandel bzw. gemeinsames Lernen aus Fehlern im Krankenhaus wird nicht nur durch Konversationen gefördert (Jordan et al. 2009) oder durch „Aufwühlen“

ermöglicht (Clegg et al. 2004: 31), sondern *ist* der Wandel in den Konversationen der Beteiligten (Ford 1999; Stacey 2006) und den kommunikativen Praktiken (Clegg et al. 2005b) an sich. Kooperationen fördern die Stimmenvielfalt und können insbesondere zur Veränderung der Diskurse und damit zum Lernen aus Fehlern und der Reduktion von Risiken beitragen.

6.4.4. Einbindung von Patienten und vielen Stimmen – „Polyphonie“

Organisatorische Polyphonie besteht immer (Kornberger et al. 2006). Aber sie kann durch Einbindung zusätzlicher Stimmen *von Außen* durch Kooperationen gefördert werden, sei es durch Irritation (Clegg et al. 2004) oder zusätzliche Vielfalt (Weick 2009c: 157-172). Ebenso kann die Einbeziehung *interner* Stakeholdern für zusätzliche Polyphonie sorgen (Hatch 1997: 121-122). Eine Einbindung von Patienten durch „Befragungen“ oder die Auswertung von „Patientenbeschwerden“ kann zusätzliche Informationen und Ansichten zum Vorschein bringen (Paula 2007: 84-86; Kraft 2005: 86-96). Patienten könnten auch am Training von neuen Mitarbeitern teilnehmen (Monrouxe et al. 2009). Wichtig ist, sie aus ihrer „passiven Rolle“ herauszuholen (sofern dies nicht schon längst geschehen ist) und die Wahrnehmung ihres Aufenthalts aufzugreifen. Gerade informelles, interaktives Lernen im Krankenhaus (Hunter et al. 2008) kann der organisatorischen Vielfalt im Sinne einer „Krankenhaus Ethnographie“ Rechnung zu tragen (van der Geest/ Finkler 2004).

6.5. Fokus auf Unvorhersagbarkeit und Paradoxien

Nach Stacey (2007) ist die radikalste Einsicht der *Complex Responsive Processes Theory* die gravierende Einschränkung für Gewissheit und Vorhersagbarkeit.[30] Was bedeutet die (notwendige) Beachtung dieser Ungewissheit?

Zuerst bedeuten das, dass man damit umgehen muss nichts zu wissen, aber auch mit der vermeintlichen „Inkompetenz“ und „Scham“, die damit erzeugt wird. Manager müssen oft handeln, ohne das Resultat zu kennen, weil es häufig viel später erst zutage tritt. Sie müssen handeln, weil auch Nicht-Handeln unvorhersehbare langfristige Konsequenzen haben wird (Stacey 2007: 447). Wir tragen die Verantwortung für die Entscheidungen

[30] Andere Organisationstheorien ignorieren oder spielen die radikale Unvorhersagbarkeit der langfristigen Evolution von Organisationen herunter und können so grundsätzlich einen großen Teil der Entwicklung von Organisationen einfach nicht beschreiben (Stacey 2007: 447; 2003: 419-420).

die wir treffen (oder auch nicht treffen), unabhängig davon, ob wir dies eingestehen oder verleugnen. Verleugnung der Verantwortung wird damit „unbequem“ (Hatch 1997: 366). Unvorhersagbarkeit und akute Unwissenheit im Moment des Entscheidens und Handelns deutet auf die Tragweite des Handelns im Zuge von Ungewissheit. Die „wahren“ Entscheidungen von Managern und Organisations-mitgliedern entstehen unter dem Druck der „Unentscheidbarkeit“ (Derrida 1992, 1995, 1996). Daher ist Anwendung einer rationalen Kalkulation demnach nicht hinreichend für das Bestimmen einer Handlung, die als „verantwortlich“ gesehen wird. Eine wirkliche Entscheidung für Derrida kann niemals auf reiner Rationalität (und damit echten „Wissens“) basieren (Clegg et al. 2007b: 399-400). Diese „philosophische“ Erklärung wird greifbar, wenn man die Einsichten der *Complex Responsive Processes* einbezieht. Traditionell galt Management und Organisationsentwicklung als etwas, was man langfristig vorhersagen konnte, solange man nur gut genug „informiert“ und „kompetent“ genug war. Wenn die „unausweichliche“ Überraschung kam, wurde nach den Schuldigen gesucht (Stacey 2007:447). Wenn ein Problem nicht gelöst wurde bzw. „ungeplante“ Veränderungen aufgetreten sind, wird dies als Ignoranz, Verantwortungslosigkeit, Faulheit oder schlechte Qualifikation gesehen. Das Vertrauen in die Möglichkeit der Problemlösung oder der Vorhersagbarkeit ist nur schwer zu erschüttern (Bauman 1990: 194). Meist sind diese „Beschuldigungen“ komplett ungerechtfertigt. Intelligente Manager tun ihr Bestes und werden trotzdem überrascht. Überraschungen sind ein Bestandteil der internen Prozessdynamik. Sie sind „unausweichlich“, egal wie kompetent, informiert oder gut verhalten jemand ist. Überraschungen sind untrennbar von Kreativität (Stacey 2007: 447-448; McDaniel/ Driebe 2001: 27). So ist es möglich, die Einsichten der nicht-linearen Dynamik und Komplexität in das Verhalten der Beteiligten und für soziale Systeme im Allgemeinen zu integrieren. Spontaneität und Überraschungen werden legitim.

Es ist „natürlich“, nicht zu wissen. Es ist möglich, gemeinsam zu arbeiten, auch wenn man die Ergebnisse nicht kennt. *Emergente Bedeutung*, insbesondere neue und kreative, wird in selbstorganisierenden Konversationsprozessen „erzeugt“, die durch „Nicht-Wissen“ charakterisiert sind (Stacey 2007: 448). Diese Art darüber zu denken, ist ein Weg *in sich*, mit dieser inhärenten Ungewissheit umzugehen (Stacey 2003: 420). Denkt man über Unternehmen, Emergenz, Organisation, Strategie und Risiken in dieser Weise, verändert sich der Blickwinkel auf die Dinge, die wichtig sind.

Man muss darauf achten, was man eigentlich tut, während man die Position des Nichtwissens so lange hält, bis sich neue Bedeutung ergibt. Vor allem hat dies Auswirkungen auf die „Qualität von Handlungen" bzw. was die „Qualität" von Handlungen ausmacht.[31] In einer unvorhersehbaren Welt können die Ergebnisse nicht im Voraus gekannt werden. Dies macht Handlungen nicht sinnlos, aber man muss sie anhand anderer Kriterien „messen".

Daher identifiziert Stacey (2007: 448 bzw. 2003: 420-421) folgende Kriterien:

1. Eine qualitativ „gute" Handlung oder Strategie ist eine, *welche Optionen so lange wie möglich offen lässt*.
2. Gute Handlungen *bauen die Position für weitere Handlungen aus*. Nicht-Handeln oder Entscheiden gegenüber Ungewissheit ist daher oft eine schlechte Alternative, weil dadurch weitere Alternativen gar nicht erst eröffnet werden.
3. Gute Handlungen oder Strategien *ermöglichen die Erkennung von Fehlern schneller*, als bei anderen.
4. Gute Strategien sind *moralisch und ethisch* – basierend auf Ideologien. Eine Handlung, deren Ausgang/ Ergebnis der Handelnde nicht kennt mag nur deswegen gewählt werden, weil die Handlung *in sich* gut ist. Man ist nicht von der Verantwortung befreit, nur weil man das Ergebnis nicht kennt. Auch wenn ich nicht weiß, wie meine Handlungen ausgehen, so bin ich doch verantwortlich und muss mit den Konsequenzen so gut wie möglich umgehen.

Stacey (2007) schreibt die Flexibilität strategischer Handlungen hoch und gleichzeitig ihren ideologischen Charakter, der sich aufgrund der „Unentscheidbarkeit" (Derrida 1992, 1995, 1996) notwendigerweise auftut. Gute Entscheidungen oder Handlungspfade sind diejenigen, die sich durch ihre „ethische" Seite hervortun (Stacey 2003: 420). Ethische Entscheidungen oder Handlungen beginnen dort, wo die Situation nicht auf eine Regel angewandt werden kann, wo eine Entscheidung ohne Subsumption getroffen werden muss. Eine Entscheidung, die diesen Namen auch tragen darf, entsteht in einer Situation der radikalen Unentscheidung oder wenn Unentscheidbarkeit in der Situation

[31] Die „systemischen" Theorien bestimmen die Qualität einer Handlung über ihr Ergebnis, häufig auch nur implizit. Eine „qualitativ gute Handlung" ist eine, welche die „gewünschten" Ergebnisse liefert (Stacey 2007: 448). Doch gerade bei gewünschten „Ergebnissen" verliert der Weg dahin an Bedeutung. Hier ist die *Frage der Kausalität* zu stellen, wenn nicht-lineare Zusammenhänge und dynamische Komplexität jedwede „Erzeugung" von Gründen oder Ursachen nicht erlauben. Man muss sich fragen, ob die Handlung wirklich zu diesem Ergebnis „geführt" hat. Hat meine Aktion einen Einfluss gehabt? War der Strategie richtig oder arbiträr? Hätte man diesen Zusammenhang ex-ante herstellen können? Dies sind Fragen über den „strategischen" Umgang mit Unvorhersehbarkeit (McDaniel/ Driebe 2001: 27-30).

bezüglich der Regeln die zur Verfügung stehen besteht (Bennington 2000: 15 nach Clegg et al. 2007b: 401). Daher ist organisatorisches Entscheiden ein „ethischer" Akt, genauso wie ein „praktischer" oder „rationaler", weil es eine Entscheidung notwendig macht, die nicht von einem vorgefertigten Kalkül getragen wird (Clegg et al. 2007b: 401). Wir allein tragen die Verantwortung für die organisatorischen Entscheidungen, die wir treffen, unerheblich, ob wir den Ausgang kennen oder nicht (Hatch 1997: 366; Stacey 2003: 420). Die Entscheidung, eine bestimmte Strategie zu verfolgen oder ein bestimmtes Projekt für das Unternehmen aufzubauen, hat eine immanent ethisch moralische Komponente, die sich gerade bei der Unvorhersagbarkeit und im Paradoxen zeigt. Nach einer postmodernen Perspektive liegt die Verantwortung für die sozial konstruierte Welt – Verantwortung für die Umwelt, die organisatorischen Bedingungen, etc. – bei denen, die „konstruieren". Als Individuen können wir keine andere „Realität" wählen und sie anderen auferlegen, die anderen müssen partizipieren (Hatch 1997: 367).[32] Dies zeigt, wie hoch der Rahmen für Verantwortung zu setzen ist und wie immens bedeutsam gemeinsames Handeln ist.

Die aus komplexen Interaktionen entstehende Unvorhersagbarkeit schränkt ein, was man über Ergebnisse von Handlungen wissen kann; die Komplexität der Interaktionen selbst grenzt ein, wie viel man verstehen kann. Manager können nicht alle langfristigen Konsequenzen ihrer Handlungen kennen (z.B. der Partizipation in der gemeinsamen Entwicklung eines Risikoansatzes für ihr Krankenhaus) und auch nicht die gesamten *Complex Responsive Processes of Organising* verstehen. Ihr Handeln *an sich* wird nicht eingeschränkt, weil sie an einem Prozess teilnehmen, wo aus lokalen Interaktionen unternehmensweite Muster entstehen. Es ist nicht notwendig, das „Ganze" zu verstehen, um handeln zu können. Es ist nur notwendig, basierend auf dem lokalen Verständnis zu handeln; das schließt auch immer die persönlichen Wahrnehmungen, Gefühle und

[32] Nacht Hatch (1997) gibt es zwei Möglichkeiten für Wandel. *Erstens*, organisatorischer Wandel kann als *Instrument der Dominanz* von denen eingesetzt werden, die dazu konspirieren die Welt für andere zu erzeugen. Populationsökologie oder Institutionelle Theorie sind rhetorische Werkzeuge, um die Naiven und Nichtwissenden davon zu überzeugen, dass wir keine andere Wahl haben. Auch die Nichtbeteiligten tragen Verantwortung, weil sie anderen erlauben, die Konditionen für sie mitzubestimmen. Durch Nichtbeteiligung schreiben sie den Status Quo ihrer Ausgrenzung und Hilflosigkeit fort. *Alternativ* hierzu, ist die Benutzung des Sozialen Konstruktionismus als Möglichkeit *alle an der Erzeugung zu beteiligen*, indem der *Prozess geöffnet* und durch öffentlichen *Diskurs zugänglich* gemacht wird. Hier argumentieren Postmodernisten nicht, dass Macht verschwindet, sondern dass sie zu kreativen Zwecken, für neue Möglichkeiten und Freiheiten eingesetzt werden kann (Hatch 1997: 367). Die zweite Alternative ist in der Tat eine „befreiende" Spielart die aufzeigt, dass Dominanz und Machtausübung auch „toleriert" werden muss und organisatorisch die Beteiligung von Vielen, im Sinne einer organisatorischen Polyphonie (Kornberger et al. 2006), bezüglich Unvorhersagbarkeit und Paradox (Stacey 2007: 447-449) und Komplexität (McDaniel/ Driebe 2001: 25-31) dazu beitragen kann, richtige und gute Entscheidungen zu treffen und organisatorische Strategien anzuwenden.

Ansichten gegenüber sozialen Objekten und Kultwerten mit ein (Stacey 2007: 448).[33] Dies ist das Bild eines partizipierenden Managers, der sich an den dynamischen Interaktionen und Diskursen beteiligt, und vielleicht aufgrund seiner organisatorischen Rolle mehr Macht besitzt, aber auch keine besseren („rationaleren") Entscheidungen treffen kann (Jackson/ Carter 2000: 113). Alle Entscheidungen *beinhalten „Risiko"*, weil sie unter Unsicherheit getroffen werden, insbesondere über die Konsequenzen der Entscheidung, aber auch über die Informationen, Kriterien und den Prozess selbst. Alle Entscheidungen beinhalten immer *„moralische" Bewertungen* (z.B. welches Risiko akzeptabel ist) und sind immer *normativ*, weil es darum geht wie etwas sein soll (d.h. die Erzeugung eines gewünschten Umstandes) (Jackson/ Carter 2000: 233).

Wenn jetzt alle Entscheidungen riskant („unentscheidbar") sind und die Entwicklung von Organisationen oder Projekten inhärent unvorhersehbar ist, was bedeutet das für Kontrolle *an sich*? Gibt es keine Kontrolle? Kontrolle, im kybernetischen Sinn, wird als Prozess verstanden, durch den die gewünschten Zustände hergestellt werden können. Bei hochkomplexen Prozessen mit emergenten und unvorhersagbaren langfristigen Ergebnissen ist diese Form der Kontrolle nicht möglich. Sie muss anders verstanden werden. Kontrolle nimmt die Form einer Beschränkung ein (Stacey 2003: 421). Beziehungen schränken die Beteiligten gegenseitig ein. Beziehungen sind Kontrolle. Kontrolle wird als sozialer Prozess von Machtbeziehungen, Ideologie und sozialisierter Selbstkontrolle verstanden (Stacey 2007: 449). Ähnlich geht es bei Machttechnologien, „Governmentalität" (Foucault 1979) und „micropolitics" (Deleuze/ Guattari) darum, dass allgegenwärtige Machtbeziehungen als Matrix von Entscheidungsmöglichkeiten in Organisationen existieren. Machtbeziehungen sind nicht nur dyadisch, interpersonell und episodisch, sondern auch totalisierend, fortwährend und umfassend (Jackson/ Carter 2000: 252 u. 75-95). „Mikropolitik", der Fluss von Glauben und Wünschen, die auf allen Interaktionsebenen agieren, ist allgegenwärtig (universell). Organisationen werden aus Flüssen von Wünschen, Meinungen, mikro-politischen Verflechtungen konstituiert, die unbestimmbar, unvorhersehbar und ungreifbar sind. Sie können zu spezifischen, vorhersagbaren, identifizierbaren Ergebnissen führen oder auch nicht. Entscheidungen sind allgegenwärtig und produzieren immer neue Entscheidungen, Interaktionen, und Machtbeziehungen (Deleuze/ Guattari nach Jackson/ Carter 2000: 252-253).

[33] Relevant, kompliziert und provoziernd ist das Verständnis von *Entscheidungsverhalten als die Semiotik des Selbst* nach Jackson/ Carter (2000). Entscheidungen sind danach Manifestationen der unbewussten Wünschte, die semiotisch funktionieren. Unbewusste Wünsche, psychologische Predispositionen und das Selbstverständnis sind danach immanent wichtig und noch bedeutender als alle bestimmten Situationen oder Konditionen, unter denen die „Entscheidung" getroffen wird (Jackson/ Carter 2000: 219-244).

Diese Verständnisse von Komplexität, langfristiger Unvorhersehbarkeit und Kontrolle als Einschränkung haben Implikationen für viele (wenn nicht alle) Aktivitäten, die das Management (zur Zeit noch) als „gegeben" betrachtet. Nimmt man diese Einsichten „ernst", muss man fragen, warum langfristige Umsatzberechnungen überhaupt erstellt werden. Warum werden Investitionsrechenmodelle benutzt, die detaillierte quantitative Vorhersagen für lange Perioden verlangen? Die Komplexitätstheorie verdeutlicht, dass es „unmöglich" ist, solche Vorhersagen wirklich zu treffen, warum machen die Leute weiter? Wenn Organisationen keine kybernetischen Systeme sind, warum werden kybernetische Systeme zur Qualitätskontrolle aufwendig ausgeweitet? Eine wichtige Implikation ist danach der Abbruch von Kontrollsystemen und Prozeduren, die nicht ihren Zweck erfüllen. Die Einsparungen in Zeit, Ressourcen und menschlichem Stress wären „bedeutend" (Stacey 2007: 449).[34]

Aber wie kann man auf die paradoxe Natur des Verhaltens in und von Organisationen reagieren? Man kann auf folgende Eigenheiten des Lebens in Organisationen achten (Stacey 2003: 421-422; 2007: 449):

- Das Organisieren ist simultan intentional und emergent; ein Zusammenspiel von Intentionen. Intentionen ergeben sich aus den lokalen, selbstorganisierenden Konversationsprozessen (Diskursen), die sie gleichzeitig organisieren.
- Konversationen und Muster von Unterhaltungen (Diskurse) in einer Organisation ermöglichen, was getan werden kann und schränken ein, was man tun darf, als Machtbeziehungen.
- Die erfolgreiche Ausführung von komplizierten Aufgaben macht es notwendig, sie aufzuteilen, aber sie auch zu integrieren.
- Die gleichen Prozesse lokaler Interaktionen und emergenter organisationsweiter Muster erzeugen kreativ neue Formen und zerstören alte. Neue Konversations-themen (Diskurse) und Machtbeziehungen ergeben sich, während alte zerstört werden; sie werden erneuert, erweitert, ausgebaut und durchdrungen.
- Organisationsthemen (Diskurse), welche die Erfahrung von Beziehungen in Konversationen „steuern", sind zeitgleich „stabil" und „instabil". Sie kontrollieren und können es gleichzeitig nicht.

[34] Versuche wie TQM oder BPR haben eine falsches Organisationsverständnis: sie berücksichtigen nicht die vielfältigen Rationalitäten und nicht rationale Entwicklungen (Clegg et al. 2005; Kornberger et al. 2006), die Konstruktion sozialer Wirklichkeit (Weick 1995; Czarniawska 2008; Searle 2010), des Selbst (Gergen 1994, 2009; Jackson/ Carter 2000), sowie Nichtlinearität/ Komplexität (McDaniel/ Driebe 2001; Plsek/ Greenhalgh 2001; Anderson et al. 2005; Lanham et al. 2009; Miller et al. 2010; Stacey 2007).

- Die Emergenz neuer Themen (Diskursen), welche die Beziehungserfahrungen organisieren, sind „vorhersagbar“ und „unvorhersagbar“ zur gleichen Zeit.
- Manager agieren simultan in einem Stadium (in einem Fluss oder Prozess), von „Wissen“ und „Nichtwissen“.[35]
- *Complex Responsive Processes* organisieren Konformität und Abweichungen immerfort zur gleichen Zeit.

Das *Managen* – das Partizipieren in den Diskursen, welche die Beteiligung organisieren –, ist der Prozess der kontinuierlichen Formung der Paradoxien des Organisationslebens (Stacey 2007: 449; 2003: 422).

6.5.1. Offenheit und Flexibilität

Die Einsichten von Stacey (2003, 2007) machen deutlich, dass langfristige Entwicklungen, Positionierungen und „holistische“ Strategien für Risikomanagement nicht zu kontrollieren sind. Was man grundsätzlich machen kann, ist gemeinsam eine Vorstellung davon aufzubauen, wo man als Organisation „hin möchte“, welche Werte und Ideologien man in sich tragen möchte, welche Ausrichtungen man erzielen will. Das Problem mit der Nichtkontrollierbarkeit ist dann, dass man es sich vornehmen kann, aber nicht erwarten kann, dies zu erreichen. Man kann sich vornehmen, durch die Einführung eines CIR-Systems eine Vielzahl von Risiken und Paradoxien in der Organisation zusammenzutragen. Man kann durch die „Öffnung“ dieses Diskurses und vor allem einer „Non-Punitive“ Herangehensweise „intendieren“, so viele wie möglich an diesem Zusammentragen zu beteiligen. Man kann versuchen, mit einer Vielfalt von Ansichten und Perspektiven diese Berichte auszuwerten und organisatorische Verbesserungen bzw. Konsequenzen zu ziehen. Man kann „intendieren“, dass dieser Transfer von Kausalität und Lösung leicht zu finden ist. Man kann „intendieren“, dass man durch Video-Training und eine frühe Ausbildung zu Kommunikation dazu beiträgt, das Bewusstsein für Risiken und vor allem die „Offenheit“ nach außen möglicht macht. Man kann versuchen, so viele Stakeholder wie möglich in den Prozess zu involvieren,

[35] Diese „Simultaneität“ von Wissen und Nichtwissen, von Vorhersagbarkeit und Nichtvorhersagbarkeit, von Kontrolle und absoluter Unkontrollierbarkeit lässt sich besser durch ein Werden und kontinuierlichen Prozess (Chia 2000; Tsoukas/ Chia 2002) bzw. Beteiligung beschreiben. Es ist daher kein Zustand im eigentlichen Sinne, sondern eine pausenlose Veränderung. Hieran wird der Übergang von einer Zustands- zu einer Prozessphilosophie deutlich (z.B. Schatzki 2006; Nayak 2008). Der Prozess *an sich*, das Erleben *während* dieser Werdung und das kommunikative Handeln *als Ablauf* sollen beschrieben werden.

aber letztlich hat man keine Garantie für den Erfolg der „Intentionen“. Diese „endgültigen“ Sicherheit (Bauman 1990: 283) wird es auch nicht geben können; es gibt keine „perfekte“ Strategie.

Was in dieser Konstellation von Ungewissheit zutage tritt, ist nicht organisatorisches oder gar menschliches „Unvermögen“ (Bauman 1990: 194), sondern nur die Wahrheit – wir werden damit leben müssen (Toulmin 2003: 204). Dieses „damit leben müssen“, die Akzeptanz dieser inhärenten Unsicherheit oder vielleicht auch nur „Rest-Unsicherheit“ – denn man vermag sicherlich einiges an Veränderungen von Handlungen, Bewusstsein, Sprache und Strukturen und damit etwas mehr „Sicherheit“ zu erreichen – macht Flexibilität notwendig. Flexibilität in den Ansichten der Beteiligten, immer wieder die eigenen Ansichten zu hinterfragen. Flexible Lösungen und Strukturen, die mögliche „Umstände“ und spontane Herausforderungen handhaben können. Iedema et al. (2006b) zeigte, wie sehr Inflexibilität dazu beiträgt, immer die gleichen Vorschläge zu machen. Die Flexibilität neue Lösungen zu entwickeln wird notwendig. Dies untermauert den Sinn von Austauschprogrammen, die Förderung kreativen Denkens, die Öffnung des organisatorischen Diskurses von Risiken, so dass der facettenreichen, komplexen und unberechenbaren Realität besser Rechnung getragen werden kann.

Man sollte sich nicht vornehmen, wo man in einigen Jahren mit dem Unternehmen zu sein hat, sondern sich erlauben, so gut wie möglich das Potenzial auszubauen und zu halten. Es geht darum, sich zu „erinnern“ und „zu vergessen“ (McDaniel/ Driebe 2001: 26). Das bedeutet, dass die bestehenden Bedingungen zwar die Grundlage für zukünftiges Handeln legen, aber sie schränken es auch ein. Zu starre Vorgaben führen zu organisatorischem Stress, der sich negativ auswirkt. Benchmarkings können Anhaltspunkte geben, aber letztlich müssen immer situationsspezifische Probleme und Umstände betrachtet werden; als absolute Richtlinien sind Benchmarkings dazu nicht zu empfehlen. Der Vergleich mit anderen Krankenhäusern durch die Auswertung von „Kennzahlen“ funktioniert nur bedingt, weil diese „in sich“ unterschiedlich und keine „Klone“ sind (van der Geest/ Finkler 2004: 1995). Der Austausch von Mitarbeitern hingegen ermöglicht die Integration von mehreren Ansichten, sofern man die neuen Mitarbeiter an RCA-Teams beteiligt oder für das Schreiben von Incident Reports gewinnen kann. Grundsätzlich können sie hier und in den alltäglichen Praktiken ihre „anderen“ Ansichten beisteuern und ein kritisches Moment erzeugen. Vielleicht wäre es angebracht, den Austausch von Mitarbeitern mit der Notwendigkeit der Abgabe für Verbesserungsvorschläge zu verbinden. Letztlich erzeugt aber das Vorschreiben an sich,

einen Zwang Ergebnisse zu produzieren, der für wirkliche Verbesserungen hinderlich sein kann (Thompson 1956 in Weick 2009d: 248-249).

Qualitativ „gute" Handlungen nach Stacey (2003: 420) erlauben sich so lange wie möglich die *Optionen offen zu halten*, was man tun möchte, wie man sich entscheiden will, etc. Das Festschreiben von „Regeln" und „Prozeduren" kann „die einzig wahrgenommene Option" sein (Iedema et al. 2006b: 1208), aber diese Vorschläge müssen immer vor dem Hintergrund erzeugt werden, dass man eventuell die genaue Ursache nicht erkannt hat oder später weitere Ideen entstehen, die man verbinden kann. Die Einführung von Regeln und Vorschriften muss „flexibel" sein und der „relationalen Koordination" Rechnung tragen (Espin et al. 2006: 165). „Klinische Übergaben" können durch Videoanalysen ausgewertet und gemeinsam reflektiert werden. So können Einsichten in vorher nicht bekannte klinische und operative Probleme gewonnen, Koordination und Effizienz gesteigert, sowie die Kommunikation zwischen „Jung und Alt" und die Lehre verbessert werden (Iedema et al. 2009a: 133).

Die Nutzung von CIR und RCA in Verbindung mit daraus resultierenden „flexiblen" Vorschlägen und „Video-Reflexivität" erzeugt *neue Handlungsmöglichkeiten* im Sinne von Stacey (2003: 420), sowie eine *schnellere Erkennung von Fehlern* und Risiken und ist damit eine „gute" Weise mit der inhärenten Ungewissheit und Paradox umzugehen.[36] Hiermit ist die Frage verbunden, ob sich diese „kritische Selbstbetrachtung" – die Tatsache, dass man an sich versucht zu arbeiten –, auch problemlos an Patienten und weitere Stakeholder „kommunizieren" lässt. Daher soll im Folgenden kurz das Paradox einer Kommunikationsstrategie vorgestellt werden.

6.5.2. Kommunikation kann nicht „kontrolliert" werden

Während Kommunikation nicht nur als Weitergabe von Informationen, sondern auch als „aktive" Möglichkeit für die Erzeugung, Veränderung und Erhaltung von Beziehungen, sowie als Auslebung gemeinsamer Werte, Kulturen und Ziele gesehen wird (Clegg et al. 2005a: 302; van Vuuren/ Elving 2008: 350), ist die Vorstellung von Kommunikation als

[36] Die Allegorie „*To drop your Tools*" (Weick 1996: 301-313) mag hilfreich sein zu verdeutlichen, wie notwendig es ist, die bestehenden Ansichten und Praktiken „über Bord" werfen zu können. Nur so kann man möglichen „auswegslosen" Problem entkommen, weil man in der Lage ist die eigenen Beschränkungen hinter sich zu lassen – sei es als Waldbrandbekämpfer, Organisationsforscher oder Krankenhausmitarbeiter (Weick 2009d: 243-259). Es geht also um „*Remembering (and Forgetting) History*" – das Lernen aus der Vergangenheit und der Überwindung von deren Beschränkungen (McDaniel/ Driebe 2001: 26).

reinem Managementinstrument „überholt“ (Deetz/ McClellan 2011: 433).[37] Es ist *der* Prozess durch den Organisationen existieren und damit zentral für kritische Analysen ihrer Produktion und Reproduktion. Es ist die für Kommunikation in Organisationen eingesetzte Sprache, welche die organisatorische Realität formt (Clegg et al. 2005a: 303).

Zusätzlich zu der Umfassendheit von Kommunikation in und der Bedeutung für Organisationen, muss die arbiträre Natur von Zeichen/ Gesten im semiotischen Sinne und damit die Nichtsteuerbarkeit von Kommunikation verstanden werden (Tietze et al. 2003: 17-31). Sprache ist nicht eindeutig und deren Bedeutung „polymorph“. Welche Intention der Autor auch hat, es ist eine von vielen Interpretationen. Daher kann nicht angenommen werden, dass der Empfänger einer Mitteilung sie genauso versteht, wie der Absender es erwartet. Es gibt auch keine Möglichkeit dies auszuschließen (Jackson/ Carter 2000: 22-29). Sprache und die Erzeugung von Bedeutung ist ein sozialer Prozess. Sprache existiert immer nur als „sozialer Fakt“, weil sie ein semiologisches Phänomen ist (Saussure 1974: 77 nach Tietze et al. 2003: 28). Kommunikation ist damit essentiell ein (sozialer) Prozess, bei dem Bedeutung unter sozialen Konditionen (konkreten Subjekten und Objekten) erzeugt wird (daher *„social semiotics“*) (Hodge/ Kress 1988: viii nach Tietze et al. 2003: 29). Sprache wird zum Vermittler von Erfahrungen und zum Prozess in dem Verständnisse der Welt und über uns selbst generiert, verstärkt und verändert werden (Deetz/ McClellan 2011: 443).

Organisationen kommunizieren immerfort, manchmal explizit manchmal implizit (Clegg et al. 2005a: 304). Bedeutung und deren Interpretation kann nicht kontrolliert werden (Jackson/ Carter 2000: 29). Was von anderen als „wichtig“ oder „informativ“ wahrgenommen wird, ist immer unterschiedlich. So kann ein Patient darauf achten, wie sauber die Toiletten sind, um Rückschlüsse auf die Behandlungsqualität zu ziehen, oder

[37] Nach Deetz/ McClellan (2011) kann man zwischen strategischer und kollaborativer Motivation, sowie zwischen personenzentrierter und sozial erzeugter Bedeutung unterscheiden. *Klassische Ansätze* wollen strategische Kontrolle und gehen von personenzentrierter Bedeutung aus. Demnach ist Bedeutung „unproblematisch“ und Kommunikation ein linearer Prozess. Es geht um Befolgung von Anweisungen, Kontrolle, Vorhersagbarkeit von Reaktionen (die unproblematisch ist!). *Human Relations* Ansätze erkennen die Lückenhaftigkeit dieser Vorstellung und streben Beteiligung am Kommunikationsprozess an, um „Buy-In“ zu erhalten. Das Kontroll-Motiv und die Eindeutigkeit von Bedeutung bleiben erhalten. *Interpretative* Forscher erkennen diese Beschränktheit und erklären, dass Bedeutung sozial erzeugt wird – nicht inhärent ist. Sie legen Wert auf Symbolik, Kultur, Geschichten und Mythen. Auf dieser Perspektive aufbauend beschreiben *Soziale-Konstruktionisten* dass Bedeutung zwar von vielen erzeugt wird, aber nicht als Instrument für strategisches Handeln in Frage kommt, weil so Machtstrukturen verhärtet und die Sichtweise des Managements „objektifiziert“ wird. Gemeinsame und freie Interpretation, die Anhörung aller Stimmen und eine Öffnung des Diskurses werden wichtig, um allgemein akzeptierte Lösungen zu erhalten. *Kritische Forscher* kritisieren diese „apolitische“ Haltung, weil ihrer Meinung nach Machtstrukturen noch viel weitgreifender aufgebrochen werden müssen (Deetz/ McClellan 2011: 433-441).

wie schnell man in der Kantine bedient oder an der Information beraten wird. Genauso können Angestellte eine Situation, eine Vorschrift, eine Information verschieden deuten. Dass Kommunikationsversagen als eine der Hauptursachen für medizinische Pannen, Fehler und kritische Zwischenfälle gesehen wird, ist nicht verwunderlich. Aber das Erreichen „effektiver" Kommunikation ist nicht nur „nicht unkompliziert" (Sutcliffe et al. 2004: 194; van Vuuren/ Elving 2008: 356), sondern „nicht kontrollierbar" (Jackson/ Carter 2000: 29). Organisationen, als kommunikationsbasierte soziale Konstruktionen, sind politisch und machtbasiert, alles was sie tun, ihn ihnen getan wird, ist nicht „neutral" (Deetz/ McClellan 2011: 444).

Kommunikation sind alle organisatorischen Versuche, verbal und nicht-verbal, formell und informell, den stärksten Punkt der Differenzierung zu erzeugen – die Identität. In allem was die Organisation tut, mit allen Ausschreibungen, Anstellungsprozessen, Gehaltsverhandlungen, Logos, Erklärungen, Produkten und Outlets, kommuniziert sie ihre Kernwerte und ihre Identität (Clegg et al. 2005a: 315). Die „Expressive Organisation" greift diese Idee auf (Schultz et al. 2000; Hatch/ Schultz 2001). Eine „starke Marke" ist der Bezugspunkt für die Aufmerksamkeit, Interessen und Aktivitäten von Stakeholdern. Sie drückt die Werte einer Organisation aus, die Haupt-Stakeholder anziehen. Die *Marke* ist selbst ein Prozess. Sie wird konstituiert durch das Zusammenwirken von der strategischen Vision, der organisatorischen Kultur und dem Eindruck nach außen (Hatch/ Schultz 2003: 1046-1048). Es wird *zirkulär* gefragt, welche Eindrücke bestehen, wo es Differenzen gibt, und warum (Hatch/ Schultz 2001: 131). Mit der Untersuchung von *Vision* (Strategie), *Kultur* (Mitarbeiter) und *Image* (Kunden) kann ein Unternehmen versuchen, durch gemeinsamen Diskurs und kontinuierlichen Abgleich der Wahrnehmung des Zustands von Vision/Kultur, Image/Kultur und Image/Vision die möglichen Lücken zu schließen und damit die Vorstellungen aller Beteiligten zu integrieren (Clegg et al. 2005a: 326-327).

Der Versuch die Stimmen der Beteiligten so zu integrieren kommt der Idee der „Polyphonen Organisation" sehr nahe (Kornberger et al. 2006). Es geht um die fortwährende „*Dekonstruktion*" der Ansichten, Handlungen und Ansprüche und deren „*Translation*" untereinander – zu dem, was alle Beteiligten wirklich wollen (Clegg et al. 2005a: 334-335). Dieser gemeinsame „kommunikative" Austausch ist auch im Sinne von Stacey (2003), der vertritt, dass man sich als Manager nur „beteiligen" kann, dass man darauf achten sollte, was man als Einzelner wirklich tut, wie man sich gegenseitig „beschränkt", wie man andere versteht. Es geht um kontinuierliche Selbst-Reflektion,

frei fließende Konversationen, eine Sensitivität für Gruppendynamiken (Stacey 2003: 421-422) und *Sensemaking* (Weick et al. 2005; Weick/ Sutcliffe 2007). In einer Welt von Ungewissheit ist Sensemaking das Beste, was wir tun *können*. Eine Welt, die sich ständig verändert, kann nicht durch Pläne und Vorhersagen beschrieben werden. Es geht nicht um „richtige" Entscheidungen, sondern um die gemeinsame Interpretation, dessen was passiert – um gemeinsame Sinnerzeugung (McDaniel/ Driebe 2001: 25-26). Auch wenn die Unternehmensführung einseitig das Unternehmen darstellen und in einem dominanten Ausdruck vereinigen möchte (Deetz/ McClellan 2011: 435; van Vuuren/ Elving 2008: 356), kann man nicht kontrollieren, wie Informationen interpretiert werden und welche Bedeutung ihnen beigemessen wird (Jackson/ Carter 2000; Tietze et al. 2003). Diese Nicht-Kontrolle, verbunden mit der Notwendigkeit immer wieder kommunizieren zu müssen und ohnehin fortwährend zu kommunizieren, ist das „organisationstheoretische Kommunikationsparadox" von Unternehmen.

Der Ausdruck „Kommunikations-Strategie" im traditionellen Sinne verheißt Kontrolle über die Informationen *und* über deren Bedeutung. Diesem Verständnis muss eine Absage erteilt werden, weil keine der beteiligten Gruppen Bedeutung vorschreiben kann. *Kommunikationsstrategie,* im Sinne dieser radikalen Reformulierung mithilfe der sozialen Semiotik (Jackson/ Carter 2000: 30; Kress 2001), muss als die *bewusste* Teilnahme an den kommunikativen Interaktionen gesehen werden, aus denen Bedeutung entwickelt wird – basierend auf Machtbeziehungen und ideologischen Ansichten (Stacey 2007). Man kann sich überlegen, wie man „als Krankenhaus" gesehen werden will, aber muss verstehen, dass man das nicht einfach kommunizieren kann. Man muss ergründen, wie man bisher gesehen wird, welche Unterschiede existieren. Wie sieht man sich selbst? Wie sehen andere die Organisation? Gemeinsam muss erarbeitet werden, wie man sich verändern kann, welche „Lücken" zwischen den Wahrnehmungen bestehen (Schultz et al. 2000; Hatch/ Schultz 2001, 2003).

Daher ist es wichtig, einen engen Kontakt zu denen zu pflegen, mit denen „bewusst" kommuniziert werden soll, um zu erfahren, wie etwas aufgenommen wird und so gemeinsam die Bedeutung von Kommunikation zu erzeugen. Gleichzeitig muss man sich bewusst machen, wie vielfältig kommuniziert wird und auch hier gemeinsam erfahren, wie Entscheidungen gesehen werden, wie Prospekte ankommen, wie Ideen aufgenommen werden, etc. Die Einbindung so vieler Stimmen wie möglich, wird zur essentiellen Notwendigkeit das Paradox zu überwinden.

6.6. Zusammenfassung von Risikomanagement aus postmoderner Sicht

Nachdem auf den voran gegangenen Seiten verschiedene Ansatzpunkte für Risikomanagement als Kommunikation und Praxishandeln dargestellt wurden, werden diese Einsichten noch einmal in eine Graphik überführt, um einen Überblick über die verschiedenen Punkte zu erzeugen (siehe Abb. 32).

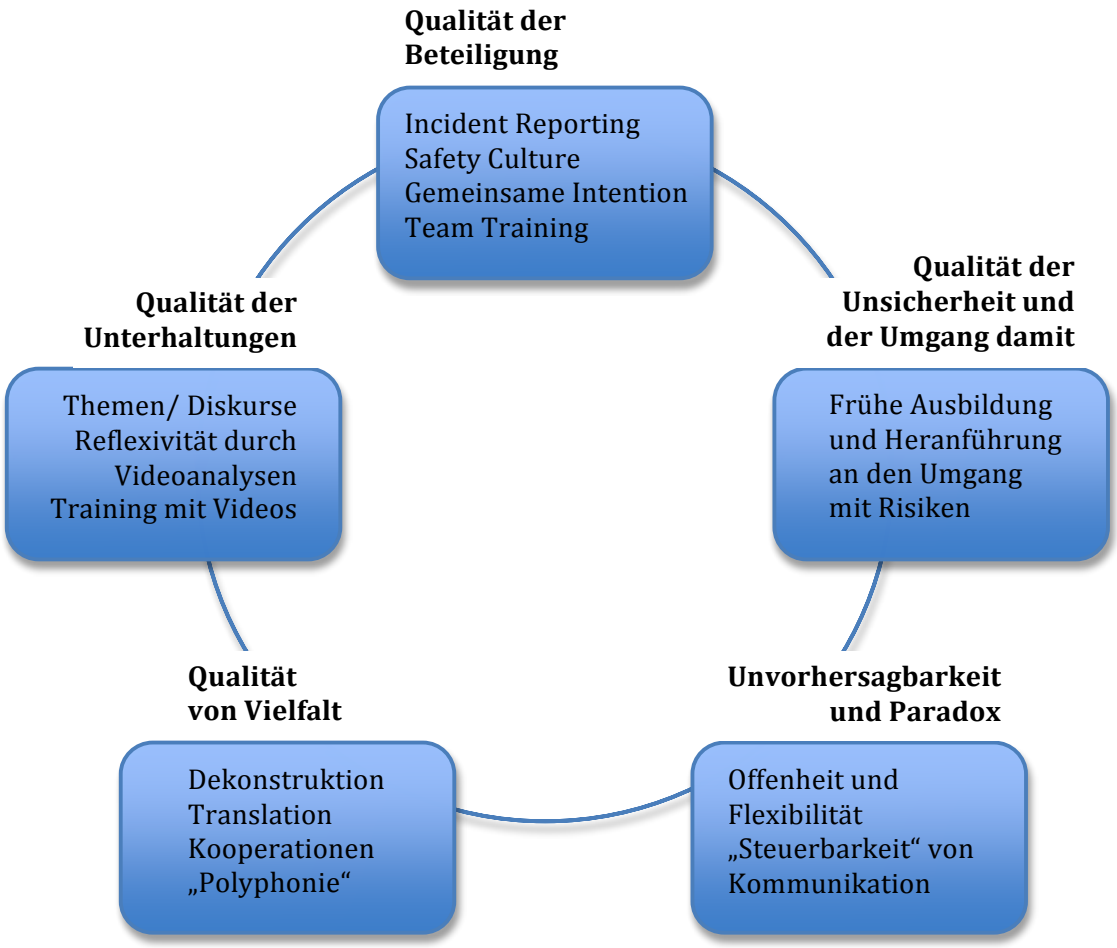

Abbildung 32. Risikomanagement als Kommunikation und Praktik

Quelle: Eigene Darstellung.

Basierend auf den Einsichten von Stacey (2000, 2003, 2007), geht es in dem Prozess des Organisierens um das kommunikative Handeln, welches sich in komplexen Wechselwirkungen zwischen den Beteiligten ausdrückt. Stacey (2007: 443-449) identifiziert fünf Bereiche, auf die im Organisieren geachtet werden sollte:

Der Blick muss auf (1) die *Qualität der Beteiligung* gerichtet werden. Niemand (auch das Management) kann außerhalb des Unternehmens stehen – man kann sich nur am Organisieren beteiligen. Erst aus dieser Beteiligung entsteht Bedeutung (Gergen 1994:

264-271; Hatch 1997: 366-368; Weick et al. 2005; Czarniawska 2008: 1-7). Ein Risikomanagement im Krankenhaus muss sich auf die Architektur eines CI-Reporting stützen. Es wird möglich Risiken zusammen zu tragen und gemeinsam zu erarbeiten, wie man mit ihnen umgehen möchte. Die immensen Probleme können nicht automatisch durch „bessere“ Umsetzung oder „richtige“ Anwendung gelöst werden, sondern bedürfen der freiwilligen Beteiligung der Mitarbeiter. Eine „Sicherheitskultur“ kann nicht als „Lösung“ gesehen werden, sondern bestenfalls als fortwährender Prozess. Sie kann nicht erzeugt oder instrumentalisiert werden, aber aus der intensiven Beteiligung zwischen den Mitarbeitern „entstehen“. Die Entwicklung einer gemeinsamen Intention aus dem gegenseitigen Hinterfragen muss oberste Priorität haben. Der Fokus von Team-Training muss auf die sprachlichen Aspekte und Fähigkeiten gelegt werden. Der Erfolg von Risikomanagement ist nicht festgeschrieben und muss fortwährend erzeugt werden, so dass die Beteiligung an sich der „Schlüssel“ für Risikomanagement als kommunikative Praktik ist.

Der nächste Fokus gilt (2) der *Qualität der Unterhaltungen*, da die Beziehungen zwischen den Beteiligten und das Organisieren grundsätzlich durch Sprache vermittelt sind (Watson 1997: 214-218; Taylor/ van Every 2000; Clegg et al. 2005b; Kornberger et al. 2006; Weick 2009e; Fairclough 2010: 347-373). Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit für Risikomanagement zu fragen, welche Diskurse geführt werden, woraus Alltagsgespräche bestehen, welche Annahmen exisiteren, etc. Die Benutzung von Videos zur Reflektion von Alltagshandlungen kann dazu beitragen, eigene Handlungen kritischer zu betrachten, allgemeine Verbesserungen zu entwerfen und das gemeinsame Training zu intensivieren (Carroll et al. 2008).

Ein Fokus sollte auf (3) die *Qualität von Unsicherheit und dem Umgang damit* gerichtet werden, weil ein sprachlicher und organisatorischer Wandel gleichzeitig ein Wandel der Beteiligten selbst ist, der Unsicherheit/ Ängste erzeugt (Ford 1999: 488-496; Jackson/ Carter 2000: 152-163; Edwards 2001: 236-246; Morgan/ Thomas 2002: 73-80; Gergen 2009: 60-114). Für Risikomanagement ergibt sich die Notwendigkeit, die Beteiligten früh an diesen Umstand heranzuführen. Es sollte schon in der Ausbildung Wert darauf gelegt werden, diese „Seite“ der Arbeit zu vermitteln. Die Auswertung von Risiken und entdeckten Fehlern muss als Aufgabe des Berufs gesehen werden und nicht als eine Schattenseite. Wenn die Fähigkeiten für den Umgang mit der gemeinsamen Auswertung und sprachlichen Vermittlung früh entwickelt werden, kann daraus ein praktisches Risikobewusstsein erwachsen, welches die Sicherheit im Krankenhaus steigern kann.

Desweiteren sollte ein Fokus auf (4) die *Qualität der Vielfalt* gelegt werden. Diese Vielfalt oder „Polyphonie“ ist grundsätzlich immer vorhanden (Hazen 1993; Maybin 2001: 67; Kornberger et al. 2006; Shotter 2008; Clegg et al. 2011: 346-349). Die Praxis von Risikomanagement muss diese Vielfalt „beachten“. Incident Reports können unterschiedlich sein. Ansichten von Vorfällen und Meinungen bezüglich „Lösungen“ können divergieren. Daher wird es notwendig, einseitige Lösungen/ Betrachtungen zu hinterfragen, zu „dekonstruieren“ und zwischen den unterschiedlichen Ansichten zu „vermitteln“ (Kornberger et al. 2006). Kooperationen oder ein Mitarbeiteraustausch können mögliche Routinen und „eingeschliffene Ansichten“ aufbrechen und zum kritischen Umgang mit „Fakten“ beitragen. Die Beachtung von Vielfalt zielt darauf ab, die „Stimmen“ von Stakeholder (z.B. Patienten, Lieferanten, Versicherungen, etc.) zu berücksichtigen (Stroebel et al. 2005: 441).

Der letzte Fokus des Organisierens sollte auf (5) *Unvorhersagbarkeit und Paradox* gelegt werden. Die grundlegendste Einsicht komplexer adaptiver Systeme, *Complex Responsive Processes of Organizing* und postmoderner Philosophie ist die extreme Einschränkung bezüglich der Vorhersagbarkeit, Gewissheit und Stabilität von organisatorischen Entwicklungen (Bauman 1990: 178-194; Calas/ Smircich 1999; Stacey et al. 2000; Luhman/ Boje 2001; McDaniel/ Driebe 2001; Tsoukas/ Hatch 2001; Van Uden et al. 2001; Tsoukas/ Chia 2002; Weiskopf 2003; Cilliers 2004, 2005; Anderson et al. 2005; MacIntosh et al. 2006; Heylighen et al. 2007; Clegg et al. 2007b; Weick 2009e). Es stellt sich die Frage, wie mit dem Gefühl von „Unvermögen“ und „Ungewissheit“ umgegangen wird (Bauman 1990: 194). Dieses Hinterfragen motiviert, sich damit auseinander zu setzen, was man eigentlich tut, auf welcher Basis man etwas „entscheidet“, und ob die Einschränkungen „bewusst“ wahrgenommen werden, etc. (Stacey 2007: 448). Für Risikomanagement im Krankenhaus bedeutet das kritisch gegenüber vermeintlich *vollkommenen* und *endgültigen* Lösungen zu sein und bei Root Cause Identifizierungen und den daraus entstehenden Vorschlägen „Flexibilität“ geltend und „Offenheit“ möglich zu machen (Iedema et al. 2006b). Die „Kommunikation“ des Krankenhauses muss als komplexer „expressiver Dialog“ verstanden werden in dem das Image gemeinsam erzeugt wird (Schultz et al. 2000; Hatch/ Schultz 2003).

Diese in einander verwobenen Handlungsfelder konstituieren das Risikomanagement im Krankenhaus als Kommunikation und Praktik aus postmoderner Sicht.

7. Resümee und Ausblick

John Searle erklärt zu Beginn seines Buches „Rationality in Action“, dass ein Werk niemals beendet ist, sondern nur aufgegeben wird. Wenn man ein Buch fertig geschrieben hat entsteht das Gefühl, dass man es jetzt noch einmal schreiben wollte – jetzt da man genau weiß wie es geht. Aber selbst wenn man es vollständig noch einmal schreiben würde, entstünde das gleiche Gefühl aufs Neue (Searle 2001: xi). Diesem Gefühl kann ich mich anschließen. Daher möchte ich nun in diesem Abschnitt die Ideen und Erwartungen resümieren, die ich am Anfang der Arbeit über das Thema gehabt habe und in meine heutigen Gedanken überführen. Es geht um den Verständniswandel, den die Beschäftigung mit dem Thema „Risikomanagement im Krankenhaus“ ausgelöst hat.

Zu Beginn der Arbeit bestand der Eindruck, dass die bisherigen Arbeiten zum Thema „Risikomanagement“ und „Patientensicherheit“ in Krankenhäusern auf Basis einer längst überholten und eingeschränkten Sicht zu argumentieren versuchten, welche Verbesserungen, Kontrollen und Trainings man vornehmen müsste, um die Mitarbeiter dazu zu bringen, weniger Fehler zu machen (McDaniel/ Driebe 2001: 23). Diese Ansätze bestehen darin, Planungen und Budgets zu erstellen, Performance-Ziele zu quantifizieren, Varianzen abzubilden, Systemanreize zu schaffen und die Kultur zu verändern (Stacey 2007: 38). Performancemessungen, wie z.B. TQM oder Strategic Planning, sollen dazu beitragen, Entscheidungen zu rationalisieren und Verbesserungen zu ermöglichen, wo zuvor intransparente und politische Entscheidungs-findung im Vordergrund stand. Die Entscheidungsfindung soll verständlicher, geplanter und rationaler werden (Townley et al. 2003: 1046). Die Vorschläge ein CIRS einzuführen, um lokale Schwierigkeiten zu entdecken und rational auszuwerten, gehen tendenziell in die gleiche Richtung. Sie streben aber an, über die Beschuldigung einzelner hinaus zu gehen und die vermeintlich einzelnen Vorkommnisse auf die zugrundeliegenden vielfältigen Gründe zu untersuchen, um dadurch das System sicherer zu machen (Kohn et al. 2000: 49). Problematisch ist auch hier, dass nicht berücksichtigt wird, ob „Kultur“ beeinflusst werden kann oder welchen Einfluss ein Manager überhaupt hat. Es existieren grundsätzliche Annahmen, die aber schon bei den früheren Ansätzen zur Qualitätsverbesserung „hinderlich“ waren (McDaniel/ Driebe 2001: 23). Gerade weil es nicht möglich ist, Organisationen nur durch gedankenlose Kontrollsysteme zu managen,

die sich auf Regeln, Pläne, Routinen und Kategorien und fixe Kriterien stützen (Weick/ Sutcliffe 2007: 39) ist es notwendig, die neuesten Einsichten der Organisations- und Sozialforschung mit einzubeziehen und vor diesem Hintergrund die Möglichkeiten für das Risikomanagement im Krankenhaus abzuwägen. Die Berücksichtigung aktueller Forschung ist eine unabdingbare Notwendigkeit, vor allem angesichts der Tatsache, dass beim Handeln im Krankenhaus auch immer der Patient in „Gefahr" geraten kann. Hieran wird deutlich, wie wichtig es ist, dass die Vorschläge nicht nur wohlklingende Entwürfe beinhalten, sondern explizit auf die Probleme und Schwierigkeiten des sozialen Handelns in Organisationen eingehen, damit eine tatsächliche Anwendung möglich wird und wirkliche Verbesserungen erreicht werden (Schultz/ Hatch 2005: 337). Daher steht am Anfang der Arbeit der Aufbau einer „fortschrittlichen" Sichtweise auf das Handeln in Organisationen, die Komplexität, Dynamik, Nicht-Linearität, Vielfalt und Nichtsteuerbarkeit erklären kann (Stacey 2007). Weil das alltägliche Handeln im Krankenhaus kein „abstrakter Prozess" oder eine „rationale Teilnahme an klinischen Verbesserungen" ist, geht es darum nachvollziehen zu können, wie Risikomanagement ganz konkret funktioniert. Hier zeigt eine postmoderne Sicht, dass es Einschränkungen darüber gibt, was man wissen kann, wie man etwas erfährt, wie man kommuniziert, wie Entscheidungen ablaufen und gemeinsam ein Verständnis des Alltags erzeugt wird. Sprache ist der Weg, auf dem das soziale Miteinander geregelt wird (Jackson/ Carter 2000; Tietze et al. 2003; Clegg et al. 2005b; Kornberger et al. 2006).

Ausgerüstet mit dieser neuen kritischen Brille über das Handeln und Wirken in Organisationen wurde nachfolgend das eigentliche Thema „Risiko" untersucht. Es ging dabei um die Darstellung der verschiedenen Sichtweisen auf Risiken und wie sie den Blick auf bestimmte Umstände ihrer Entstehung richten. Die rechtliche Notwendigkeit und der Umfang für Risikomanagement im Krankenhaus wurden dargestellt. Anschließend wurden die bedeutendsten empirisch-fundierten Theorien über die Entstehung und die Verhinderung von Risiken und Unfällen in Organisationen eingeführt. Der hoffnungsvolle Ansatz über High-Reliability Organisationen (z.B. Weick/ Sutcliffe 2007) erlaubt einen Blick auf die Routinen, die in Organisationen ablaufen, die sich durch ein hohes Maß an Verlässlichkeit und Sicherheit auszeichnen. Es wird deutlich, dass „Sicherheit" kein absoluter Zustand ist, sondern vielmehr ein fortwährender Prozess, der kontinuierlich durchgeführt werden muss (Weick et al. 2005: 40). Aus diesem Grund sind die nachfolgend beschriebenen Versuche einzelne

Risikohandlungen zu kategorisieren auch skeptisch zu betrachten, weil sie genau im Sinne der menschlichen Fehlerforschung versuchen, die „Risikohandlung“ einer Person zuzuordnen. Nachdem diese Grundlagen für das Verständnis von Risiken und Fehlern in Organisationen gelegt worden ist, ist es nun möglich, den Managementprozess eingehender zu betrachten.

Die Darstellung des generischen Risikomanagementprozesses umfasst eine detaillierte Darstellung der einzelnen Phasen mit der Ausrichtung auf die Instrumente, die vor allem in einem Krankenhaus von Nutzen sein können. Es wird deutlich, dass zwar eine Vielzahl an Instrumenten zur Verfügung steht, aber die Anwendung immer auch eine „Interpretation“ und eine „Anpassung“ an den jeweiligen Kontext ist. Gleichzeitig sind Risiken nicht klar zu kategorisieren und unterliegen subjektiven Einschätzungen. Diese Ernüchterung ist weniger eine dramatische, sondern eine verständliche, weil deutlich wird, dass die Anwendung im konkreten Kontext eben nicht so klar und eindeutig ist, wie der idealistische Risikomanagementprozess es darstellt. Aus diesem Grund ist es notwendig, sich empirisch anzuschauen, wie die Anwendung von Risikomanagement im Krankenhaus funktioniert.

Zuerst wurde eine Dekonstruktion von *Critical Incident Reporting* unternommen, indem verschiedene Zwischenfallberichte mit einer kritischen Diskursanalyse untersucht wurden. Dabei konnte die Interpretation auf den institutionellen Zusammenhang gelenkt werden in dem die Texte entstanden sind. Es wurde möglich, Rückschlüsse auf die Erstellung, die erzählerische Wirkung und den organisatorischen Rahmen zu ziehen (Fairclough 2010: 133; Jäger 1999: 175). Es konnte gezeigt werden, wie vielfältig Incident Reports sein können und dass diese Vielfalt beachtet werden muss. Sie tragen nicht nur kritische Vorfälle zusammen, sondern erlauben es, Erlebnisse intensiv aufzuarbeiten, Erfahrung mit anderen zu teilen und das Organisieren im Krankenhaus mitzugestalten (Iedema et al. 2006a).

Es folgte eine Dekonstruktion der *Root Cause Analyse* als Instrument, in der Gesprächsauszüge einer Auswertung diskursanalytisch untersucht wurden. Es wurde deutlich, dass die Ursachenfindung eine gemeinsame Interpretation von Umständen ist und wirkliche Ursachen schwer zu ergründen sind (Iedema et al. 2006b; Dekker 2006: 73-80). Dieser Prozess ist sprachlich vermittelt und trägt diskursiv zur Formung der organisatorischen Wirklichkeit bei. Erfahrungen mit RCA-Empfehlungen zeigen, dass sie zusätzliche Kommunikation erzeugen und Beteiligte involviert werden, klinisch-organisatorische Konflikte selber zu lösen (Iedema et al. 2008). Verbesserungen werden möglich.

Diese Einsichten wurden in einen postmodernen Rahmen von Risikomanagement im Krankenhaus zusammengeführt. Mit diesem Verständnis kann man die organisatorische Seite von klinischem Risikomanagement beschreiben und reflektieren. Man sollte auf die Qualität der Beteiligung achten (Stacey 2007). So ist das Incident Reporting trotz Unzulänglichkeiten eine gute Basis für die Auswertung von Risiken. Aus dieser gemeinsamen Beteiligung entstehen neue Möglichkeiten. Für eine Qualität der Diskurse sollte man darauf achten, worüber gesprochen wird und warum. Video Training ermöglich Reflexivität und eine intensive Selbst-Betrachtung (Carroll et al. 2008). Um den persönlichen Umgang mit organisatorischen Aufgaben zu erleichtern, wird es notwendig die Fähigkeiten und die Notwendigkeit dafür früh zu vermitteln. Hieraus kann sich ein praktisches Risikobewusstsein ergeben. Die organisatorische Vielfalt ist immer präsent, aber oft eingeschränkt (Shotter 2008). Um diese Vielfalt kreativ zu nutzen gilt es die herrschenden Annahmen zu „hinterfragen“ und zwischen den verschiedenen Stimmen zu „vermitteln“ (Kornberger et al. 2006). Es wird möglich Routinen zu verändern und Fakten kritisch zu betrachten. Indem die Einschränkungen von Planbarkeit, Gewissheit und Stabilität betont werden, wird ein flexibler Umgang mit Lösungen möglich. Es wird die Notwendigkeit betont, die Kommunikation des Krankenhauses als einen gemeinsamen Prozess zu sehen, indem die Bedeutung erst erzeugt wird (Hatch/ Schultz 2003).

Risikomanagement im Krankenhaus aus dieser postmodernen Sicht ist weniger ein regulierter bürokratischer Ablauf, sondern ein sozialer und sprachlicher Prozess der fortwährend betrieben werden muss. Versteht man Lernen auf diese Weise, werden organisatorische und persönliche Veränderungen möglich. Man kann vorhandene Möglichkeiten ausschöpfen, neue Wirklichkeiten erzeugen und vermeintliche Grenzen überwinden.

Literaturverzeichnis

Ainsworth, S. / Grant, D. / Iedema, R. (2009): „‘Keeping things moving’: space and the construction of middle management identity in a post-NPM organization“, ***Discourse & Communication***, Vol. 3 No. 1, pp. 5-25.

Alexander, J. (1996): „Critical reflections on ‘reflexive modernisation’“, ***Theory, Culture and Society***, Vol. 14 No. 4, pp. 133-138.

Alvesson, M / Bridgeman, T / Willmott, H. (2011): *The Oxford Handbook of Critical Management Studies*, Oxford, UK: Oxford University Press.

Alvesson, M. / Skoldberg, K. (2009): *Reflexive Methodology – New Vistas for Qualitative Research*, 2nd. Edition, London: Sage.

Alvesson, M. / Deetz, S. (1999): „Critical Theory and Postmodernism: Approaches to Organizational Studies“, in: Clegg, S. / Hardy, C. (Eds), *Studying Organization – Theory & Method*, London: Sage, pp. 185-211.

Alvesson, M. / Willmott, H. (1996): *Making Sense of Management – A critical introduction*, London: Sage.

Alvesson, M. (1993): *Cultural perspectives on organizations*, Cambridge, UK: Cambrige University Press.

Amalberti, R. / Auroy, Y. / Berwick, D. / Barach, P. (2005): „Five system barriers to achieving ultrasafe health care“, ***Annals of Internal Medicine***, Vol. 142 No. 9, pp. 756-764.

Anderson, R. / Crabtree, B. / Streele, D. / McDaniel, R. (2005): „Case Study Research – The View from Complexity Science“, ***Qualitative Health Research***, Vol. 15 No. 5, pp. 669-685.

Anderson, R. / Corazzini, K. / McDaniel, R. (2004): „Complexity Science and the Dynamics of Climate and Communication – Reducing Nursing Home Turnover“, ***The Gerontologist***, Vol. 44 No. 3, pp. 378-388.

Anderson, R. / McDaniel, R. (2000): „Commentary: The Potential of Chaos Theory and Complexity Theory for Health Services Management“, ***Health Care Management Review***, Vol. 25 No. 1, pp. 35-38.

Argyris, C. (1990): *Overcoming Organizational Defenses – Facilitating Organizational Learning*, Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Ashby, R. (1958): „Requisite Variety and its Implications for the Control of Complex Systems“, ***Cybernetica 1***, pp. 83-99.

Ashby, R. (1956): *An Introduction to Cybernetics*, London: Methuen.

Aspden, P. / Corrigan, J. / Wolcott, J. / Erickson, S. (2004): *Patient Safety – Achieving a New Standard of Care, Washington*, DC: The National Academies Press.

Austin, J. (1962): *How to Do Things with Words*, London: Oxford University Press.

Axelrod, R. / Cohen, M. (2000): *Harnessing Complexity – Organizational implications of a scientific frontier*, New York, NY: Basic Books.

Baggini, J. / Fosl, P. (2003): *The Philosopher's Toolkit – A Compendium of Philosophical Concepts and Methods*, Reprint (2003), Oxford: Blackwell.

Bagian, J. / Gosbee, J. / Lee, C. / Williams, L. / McKnight, S. / Mannos, D. (2002): „The veterans affairs root cause analysis system in action", ***Journal on Quality Improvement***, Vol. 28, pp. 531-545.

Baker, D. / Day, R. / Salas, E. (2006): „Teamwork as an Essential Component of High-Reliability Organizations", ***HSR: Health Services Research***, Vol. 41 No. 4, Part II, pp. 1576-1598.

Baker, R. (2001): „Healthcare Managers in the Complex World of Healthcare", ***Frontiers of Health Services Management***, Vol. 18 No. 2, pp. 23–32.

Bakhtin, M. (1984): *Problems of Dostoevsky's poetics*, Minneapolis: University of Minnesota Press.

Bakhtin, M. (1981): *The Dialogic Imagination*, trans. C. Emerson / M. Holquist, (Eds.) M. Holquist, Austin, TX: University of Texas Press.

Barry, D. / Elmes, M. (1997): „Strategy Retold: Toward a narrative view of strategic discourse", ***Academy of Management Review***, Vol. 22 No. 2, pp. 429-452.

Battles, J. / Dixon, N. / Borotkanics, R. / Rabin-Fastmen, B. / Kaplan, H. (2006): „Sensemaking of Patient Safety Risks and Hazards", ***HSR: Health Services Research***, Vol. 41 No. 4, Part II, pp. 1555-1575.

Bauman, Z. (2009a): *Does Ethics have a Chance in a World of Consumers?*, Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bauman, Z. (2009b): *Postmoderne Ethik*, Neuausgabe, Dt. Erstausgabe (1995), Hamburg: Hamburger Edition.

Bauman, Z. (1990): *Thinking Sociologically*, Reprint (1997), Oxford: Blackwell.

Beck, U. (2007): *Weltrisikogesellschaft: Auf der Suche nach der verlorenen Sicherheit*, Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.

Beck, U. (1986): *Risikogesellschaft: Auf dem Weg in eine andere Moderne*, Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.

Begun, J. / Zimmerman, B. / Dooley, K. (2003): „Health Care Organizations as

Complex Adaptive Systems“, in: Mick, S. / Wyttenbach, M. (Eds), *Advances in Health Care Organization Theory*, San Francisco: Jossey-Bass, pp. 253-288.

Benjamin, W. (1982): *Illuminations*, London: Fontana/ Collins.

Bennington, G. (2000): *Interrupting Derrida*, London: Routledge.

Bergquist, W. (1993): *The Postmodern Organization – Mastering the Art of Irreversible Change*, San Franciso, CA: Jossey-Bass.

Bero, L. / Grilli, R: / Grimshaw, J. / Mowatt, G. / Oxman, A. / Zwarenstein, M. (2002): *The Cochrane effective practice and organisation of care group – The Cochrane Library*, Oxford: The Cochrane Library.

Berwick, D. (1998): „Beyond survival: towards continuous improvement in medical care“, ***New Horizons***, Vol. 6 No. 1, pp- 3-11.

Berwick, D. (1996): „A primer of leading the improvement of systems“, ***British Medical Journal***, Vol. 312, pp. 619-622.

Blumer, H. (1973): „Der methodologische Standort des Symbolischen Interaktionismus“, in: Matthes, J. et al. (Hrsg.), *Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit*, Band 1, Symbolischer Interaktionismus und Ethnomethodologie, Reinbek (Hamburg): Rowohlt, pp. 80-146.

Boje, D. (2011): „Theorizing after the Postmodern“, in: Cassell, C. / Lee, B. (eds.), *Challenges and Controversies in Management Research*, Abingdon: Routledge, pp. 389-403.

Boje, D. (1991): „The Storytelling Organization: A study of story performance in an office-supply firm“, ***Administrative Science Quarterly***, Vol. 36, pp. 106-126.

Brennan, T. / Leape, L. / Laird, M. / Nan, M. / Hebert, L. / Localio, A. / Lawthers, A. / Newhouse, J. / Weiler, P. / Hiatt, H. (1991): „Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients: Results of the Harvard Medical Practice Study“, ***New Englang Journal of Medicine***, Vol. 324, pp. 370-376.

Brewis, J. / Jack, G. (2011): „Culture – Broadening the Critical Repertoire“, in: Alvesson, M / Bridgeman, T / Willmott, H. (2011): *The Oxford Handbook of Critical Management Studies*, Oxford, UK: Oxford University Press, pp. 232-250.

Broekstra, G. (1998): „An Organization is a Conversation“, in: Grant, D. / Keenoy, T. / Oswick, C. (eds.), *Discourse and Organization*, London: Sage, pp. 152-176.

Browne, M. / Banerjee, B. / Fulop, L. / Linstead, S. (1999): „Managing strategically“, in: Fulop, L. / Linstead, S. (Eds), *Management: A Critical Text*, London: Macmillan Press, pp. 364-413.

Brügge, M. (2007): „Fehlerkultur im Krankenhaus – Ein Status quo des Umgangs mit Fehlern und mögliche Einflussfaktoren auf die Fehlerkultur am Beispiel einer Klinikabteilung“, in: von Eiff (Hrsg.), Schriftenreihe Gesundheitswirtschaft, Band 2,

Risikomanagement – Kosten-/Nutzen-basierte Entscheidungen im Krankenhaus, Wegscheid: WIKOM Verlag, S. 271-307.

Brunsson, N. (1982): „The Irrationality of Action and Action Rationality: Decisions, Ideologies, and Organisational Actions", ***Journal of Management Studies***, Vol. 19, pp. 29-44.

Buchanan, M. (2002): *Nexus – Small Worlds and the Groundbreaking Science of Networks*, New York: W. W. Norton & Company.

Burger, A. / Buchhart, A. (2002): *Risiko-Controlling*, München: R. Oldenbourg Verlag.

Burke, R. (2004): „The cult of performance: what are we doing when we don't know what we are doing?", ***foresight***, Vol. 6 No. 1, pp. 47-56.

Burrell, G. / Morgan, G. (1979): *Sociological Paradigms and Organisational Analysis*, London, UK: Heinemann.

Calás, M. / Smircich, L. (1999): „Past Postmodernism? Reflections and Tentative Directions", ***Academy of Management Review***, Vol. 24 No. 4, pp. 649-671.

Capra, F. (2004): *The Hidden Connections: A Science for Sustainable Living*, New York: Anchor Books.

Carroll, J. / Edmondson, A. (2002): „Leading organisational learning in health care", ***Quality and Safety in Health Care***, Vol. 11 No. 1, pp. 51-56.

Carroll, K. / Iedema, R. / Kerridge, R. (2008): „Reshaping ICU Ward Round Practices Using Video-Reflexive Ethnography", ***Qualitative Health Research***, Vol. 18 No. 3, pp. 380-390.

Carter, C. / Clegg, S. / Kornberger, M. (2008a): „Strategy as Practice?", ***Strategic Organization***, Vol. 6 No. 1, pp. 83-99.

Carter, C. / Clegg, S. / Kornberger, M. (2008b): *A very short, fairly interesting and reasonably cheap book about strategy*, London: Sage.

Cartes, I. (2009): „Risikomanagement im Krankenhaus - Das 3Be-System - Einführung eines Critical Incident Reporting Systems", Präsentation DKI – Fortbildungsreihe.

Cartes, I. (2008): „*Bewerbung um den 5. Qualitätspreis der AOK Niedersachsen 2008 'Mit Transparenz Vertrauen schaffen' (...) Einführung von Critical Incident Reporting System an der Medizinischen Hochschule Hannover – 'Das 3Be-System'*", Version vom 30.08.2008, Hannover: Medizinische Hochschule Hannover.

Casti, J. (1997): *Would-be worlds – How simulation is changing the frontiers of science*, New York: John Wiley & Sons.

Chan, A. (2003): „Instantiative Versus Entitative Culture: The Case for Culture as Process", in: Westwood, R. / Clegg, S. (eds.), *Debating Organizations: Point-Counterpoint in Organization Studies*, Oxford: Blackwell, pp. 311-320.

Chia, R. / MacKay, B. (2007): „Post-processual challenges for the emerging strategy-as-practice perspective: Discovering strategy in the logic of practice“, ***Human Relations***, Vol. 60 No. 1, pp. 217-242.

Chia, R. (2006): „From complexity science to complex thinking: organization as simple location“, in: MacIntosh, R. / MacLean, D. / Stacey, R. / Griffin, D. (eds.), *Complexity and Organization – Readings and Conversations*, New York: Routledge, pp. 210-236.

Chia, R. (2000): „Discourse Analysis as Organizational Analysis“, ***Organization***, Vol. 7 No. 3, pp. 513-518.

Chia, R. (1998): „From complexity science to complex thinking: organization as simple location“, ***Organization***, Vol. 5 No. 3, pp. 341-369.

Choo, C. W. (2008): „Organizational disasters: why they happen and how they may be prevented“, ***Management Decision***, Vol. 46 No. 1, pp. 32-45.

Choo, C. W. (2005a): „An Information Perspective of Organizational Disasters“, *PrimaVera Working Paper Series*, University of Amsterdam, Paper 2005-07, pp. 1-11.

Choo, C. W. (2005b): „Information Failures and Organizational Disasters“, ***MIT Sloan Management Review***, Spring 2005, Vol. 46 No. 3, pp. 8-11.

Cilliers, P. (2005): „Knowledge, limits and boundaries“, ***Futures***, Vol. 37 No. 7, pp. 605-613.

Cilliers, P. (2004): „Knowing Complex Systems“, in Richardson, K. (Ed.), *Managing organizational complexity: philosophy, theory and application*, Charlotte, NC: Information Age Publishing, 2005, pp. 7-20.

Clegg, S. / Carter, C. / Kornberger, M. / Schweitzer, J. (2011): *Strategy – Theory and Practice*, London: Sage.

Clegg, S. / Gordon, R. / Kornberger, M. (2009): „Embedded Ethics: Discourse and Power in the New South Wales Police Department“, ***Organization Studies***, Vol. 30 No. 1, pp. 73-99.

Clegg, S. / Kornberger, M. / Rhodes, C. (2007a): „Business Ethics as Practice“, ***British Journal of Management***, Vol. 18 No. 2, pp. 107-122.

Clegg, S. / Kornberger, M. / Rhodes, C. (2007b): „Organizational ethics, decision making, undecidability“, ***The Sociological Review***, Vol. 55 No. 2, pp. 393-409.

Clegg, S. / Kornberger, M. / Carter, C. / Rhodes, C. (2006): „For Management“, ***Management Learning***, Vol. 37 No. 1, pp. 7-27.

Clegg, S. / Rhodes, C. (2006a): *Management Ethics – Contemporary Contexts*, London: Routledge.

Clegg, S. / Rhodes, C. (2006b): „Conclusions – Possible ethics and ethical

possibilities“, in: Clegg, S. / Rhodes, C. (Eds.): *Management Ethics – Contemporary Contexts*, London: Routledge, pp. 172-176.

Clegg, S. / Kornberger, M. / Pitsis, T. (2005a): *Managing and Organizations – An Introduction to Theory and Practice*, London: Sage.

Clegg, S. / Kornberger, M / Rhodes, C. (2005b): „Learning/Becoming/Organizing“, ***Organization***, Vol. 12 No. 2, pp. 147-167.

Clegg, S. / Carter, C. / Kornberger, M. (2004a): „Get up, I feel like being a strategy machine“, ***European Management Review***, Vol. 1 No. 1, pp. 21-28.

Clegg, S. / Kornberger, M. / Rhodes, C. (2004b): „Noise, Parasites and Translation – Theory and Practice in Management Consulting“, ***Management Learning***, Vol. 31 No. 1, pp. 31-44.

Clegg, S. (1990): *Modern Organizations – Organization Studies in the Postmodern World*, London: Sage.

Cobley, P. (2001): *The Routledge Companion to Semiotics and Linguistics*, London: Routledge.

Cohen, M. / March, J. / Olsen, J. (1972): „The Garbage Can Model of Organizational Choice“, ***Administrative Science Quarterly***, Vol. 17 No. 1, pp. 1-25.

Cook, R. / Nemeth, C. (2010): „‘Those found responsible have been sacked’: some observations on the usefulness of error“, ***Cognition, Technology and Work***, Vol. 12 No. 2, pp. 87-93.

Cooke, D. / Rohleder, T. (2006): „Learning from incidents: from normal accidents to high reliability“, ***System Dynamics Review***, Vol. 22 No. 3, pp. 213-239.

Cohen, M. / Sproull, L. (1996): *Organizational Learning*, Organization Science, Thousand Oaks, CA: Sage.

Corden, S. / Luxmoore, J. (2000): „Managing performance for better results“, in: Bloom, A. (ed.), *Health Reform in Australia and New Zealand*, Sydney: Oxford University Press, pp. 293-306.

Coupland, N. / Jaworski, A. (2001): „Discourse“, in: Cobley, P. (Ed.): *The Routledge Companion to Semiotics and Linguistics*, London: Routledge, pp. 134-148.

Crevani, L. / Lindgren, M. / Packendorff, J. (2010): „Leadership, not leaders: On the study of leadership as practices and interactions“, ***Scandinavian Journal of Management***, Vol. 26 No. 1, pp. 77-86.

Cummings, S. / Wilson, D. (2003): *Images of Strategy*, Oxford, UK: Blackwell.

Curell, K. (2010): „Integrating Risk Management, Quality Management, and Patient Safety into the Organization“, in: Youngberg, B. (Ed), *Principles of Risk Management and Patient Safety*, Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning, pp. 13-22.

Czarniawska, B. (2008): *A Theory of Organizing*, Cheltenham, UK: Edward Elgar.

Davenport, T. / Prusak, L. (1998): *Working Knowledge – How Organizations manage what they know*, Boston, MA: Harvard Business School Press.

De Certeau, M. (1988): *The Practice of Everyday Life*, reprint (2008), Berkeley, CA: University of California Press.

Deetz, S. / McClellan, J. (2011): „Communication", in Alvesson, M. / Bridgeman, T. / Willmott, H. (Eds.), *The Oxford Handbook of Critical Management Studies*, 2011, New York: Oxford University Press, pp. 433-453.

Deetz, S. (2001): „Conceptual Foundations", in: Jablin, F. / Putnam, L. (eds.), *The New Handbook of Organizational Communication*, Newbury Park, CA: Sage, pp. 3-46.

Deetz, S. (1996): „Describing Differences in Approaches to Organization Science: Rethinking Burrell and Morgan and Their Legacy", ***Organization Science***, Vol. 7 No. 2, pp. 191-207.

Dekker, S. (2007): *Just Culture – Balancing Safety and Accountability*, Farnham: Ashgate.

Dekker, S. (2006): *The Field Guide to Understanding Human Error*, Farnham: Ashgate.

Deleuze, G. (1994): *Difference and Repetition*, London: The Athlone Press.

De Man, P. (1979): *Allegories of Reading – Figural Language in Rousseau, Nietzsche, Rilke, and Proust*, New Haven, CN: Yale University Press.

Deming, W. E. (1986): *Out of the Crisis*, New York: McGraw-Hill.

Denison, D. (1996): „What is the difference between organizational culture and organizational climate? A native's point of view on a decade of paradigm wars", ***Academy of Management Review***, Vol. 21 No. 3, pp. 619-654.

Department of Health (2001): *Doing Less Harm – the safety and quality of care through reporting, analysing and learning from adverse incidents involving NHS patients – Key Requirements for health care providers*, London: Department of Health.

Dequeker, J. (1998): „Teaching problem-solving and clinical reasoning: 20 years experience with video-supported small group learning", ***Medical Education***, Vol. 32 No. 4, pp. 384-389.

Derrida, J. (1996): „Remarks on Deconstruction and Pragmatism", in: Mouffe, C (Ed.), *Deconstruction and Pragmatism*, London: Verso, pp. 77-88.

Derrida, J. (1995): *The Gift of Death*, Chicago: Chicago University Press.

Derrida, J. (1992): „Force of Law: The 'Mystical' Foundation of Authority", in: Cornell, D. / Rosenfeld, M / Carlson, D. (Eds.), *Deconstruction and the Possibility of*

Justice, London: Routledge, pp. 3-67.

Despins, L. (2009): „Patient Safety and Collaboration of the Intensive Care Unit Team“, ***Critical Care Nurse***, Vol. 29 No. 2, pp. 85-91.

Dierkes, M / Berthoin Antal, A. / Child, J. / Nonaka, I. (2001): *Handbook of Organizational Learning & Knowledge*, New York: Oxford.

Dinges, S. (2005): „Zur Etablierung einer neuen Fehlerkultur im Umgang mit Fehlern in der stationären Patientenversorgung“, in: Holzer, E. / Thomeczek, C. / Hauke, E. / Conen, D. / Hochreutener, M.-A. (Hrsg.): *Patientensicherheit – Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen*, Wien: Facultas Universitätsverlag, pp. 77-82.

Dixon-Woods, M. / Soukas, A. / Pitchforth, E. / Tarrant, C. (2009): „An ethnographic study of classifying and accounting for risk at the sharp end of medical wards“, ***Social Science & Medicine***, Vol. 69 No. 3, pp. 362-369.

Dixon, N. (2000): *Common Knowledge – How companies thrive by sharing what they know*, Boston, MA: Harvard Business School Press.

Dooley, K. (1997): „A Complex Adaptive Systems Model of Organization Change“, ***Nonlinear Dynamics, Psychology, and Life Sciences***, Vol. 1 No. 1, pp. 69-97.

Dörner, D. (2004): *Die Logik des Misslingens – Strategisches Denken in komplexen Situationen*, 3. Auflage, Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Douglas, M. (1992): *Risk and Blame: Essays in cultural theory*, London: Routledge.

Douglas, M. (1985): *Risk accaptability according to the social sciences*, New York: Russel Sage Foundation.

Douglas, M. / Wildavsky, A. (1982): *Risk and Culture: An essay on the selection of technological and environmental dangers*, Berkeley, CA: University of California Press.

Douglas, M. (1966): Purity and Danger, London: Ark Paperbacks.

Du Gay, P. (1996): „Organizing identity: entrepreneurial governance and public management“, in Hall, S. / du Gay, P. (eds.), *Questions of Cultural Identity*, London: Sage, pp. 151-169.

Dunford, R. / Palmer, I. (1998): „Discourse, Organizations and Paradox“, in: Grant, D. / Keenoy, T. / Oswick, C. (eds.): *Discourse and Organization*, London: Sage, pp. 214-221.

Ebel, B. (2003): *Qualitätsmanagement*, 2. Auflage, Berlin: NWB Verlag.

Edmondson, A. (2004): „Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers“, ***Quality and Safety in Health Care***, Vol. 13 (Suppl. 1), pp. ii3-ii9.

Edwards, D. (2001): „Emotion“, in: Wetherell, M. / Taylor, S. / Yates, S. (Eds.), *Discourse Theory and Practice – A Reader*, Reprint (2005), London: Sage, pp. 236-246.

Eggins, S. / Slade, D. (1997): *Analysing casual conversation*, London: Cassell.

Elias, N. (1988): *Die Gesellschaft der Individuen*, 3. Auflage, Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.

Elias, N. (1970): *Was ist Soziologie?*, erste Auflage, München: Juventa.

Endsley, M. (1995): „Toward a theory of situation awareness in dynamic systems“, ***Human Factors***, Vol. 37 No.1, pp. 32-64.

Epstein, R. (2009): „Why Healing Relationships Matter in Primary Care Practice“, ***The Joint Commision Journal on Quality and Patient Safety***, Vol. 35 No. 9, p. 456.

Espin, S. / Lingard, L. / Baker, G. / Regehr, G. (2006): „Persistence of unsafe practice in everyday work: an exploration of organizational and psychological factors constraining safety in the operating room“, ***Quality and Safety in Health Care***, Vol. 15 No. 3, pp. 165-170.

Evans, D. (2006): „Managing in acute care“, in: Walshe, K. / Boaden, R. (Eds.), *Healthcare Management*, Maidenhead: Open University Press, pp. 134-150.

Ezzamel, M. / Willmott, H. (2008): „Strategy as Discourse in a Global Retailer: A Supplement to Rationalist and Interpretive Accounts“, ***Organization Studies***, Vol. 29 No. 2, pp. 191-217.

Fahlbruch, B. / Förster, E. (2010): „Organisationales Lernen aus Ereignissen“, in: Mistele, P. / Bargstedt, U. (Eds.), *Sicheres Handeln lernen – Kompetenzen und Kultur entwickeln*, Frankfurt: Verlag für Polizeiwissenschaft, pp. 19-30.

Fairclough, N. (2010): *Critical Discourse Analysis – The Critical Study of Language*, 2. Auflage, Longman Applied Linguistics, Harlow, UK: Pearson Education.

Fehn, K. (2001): „Der ärtzliche Behandlungsfehler im Abriss“, ***Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen***, Vol. 95, pp. 469-474.

Flanagan, J. (1954): „The Critical Incident Technique“, ***Psychological Bulletin***, Vol. 51, pp. 327-358.

Fleming, M. / Wentzell, N. (2008): „Patient Safety Culture Improvement Tool: Development and Guidelines for Use“, ***Healthcare Quarterly***, Vol. 11, Special Issue (2008) – Patient Safety Papers, pp. 10-15.

Flemons, W. / Eagle, C. / Davis, J. (2005): „Developing a Comprehensive Patient Safety Strategy for an Integrated Canadian Healthcare Region“, ***Healthcare Quarterly***, Vol. 8, Special Issue (2005) – Patient Safety Papers, pp. 122-127.

Ford, J. / Harding, N. (2004): „We Went Looking for an Organization but Could Find Only the Metaphysics of its Presence“, ***Sociology***, Vol. 38 No. 4, pp. 815-830.

Ford, J. (1999): „Organizational change as shifting conversations“, ***Journal of Organizational Change***, Vol. 12 No. 6, pp. 480-500.

Ford, J. / Ford, L. (1995): „The role of conversations in producing intentional change in organizations“, ***Academy of Management Review***, Vol. 20, pp. 541-570.

Forster, A. / Shojania, K. / van Walraven, C. (2005): „Improving patient safety: Moving beyond the hype of medical errors“, ***Canadian Medical Association Journal***, Vol. 173 No. 8, pp. 893-894.

Foucault, M. (1988): „Technologies of the Self“, in: Martin, L. / Gutman, H. / Hutton, P. (eds.), *Technologies of the Self: A Seminar with Michel Foucault*, Amherst: University of Massachusetts Press, pp. 16-49.

Foucault, M. (1979): „Governmentality“, (transl.) R. Braidoth, *Ideology and Consciousness*, Vol. 6, pp. 5-21.

Foucault, M. (1977): *Discipline and Punish*, London: Allen Lane.

Foucault, M. (1974): *The Archaeology of Knowledge*, London: Travistock.

Foucault, M. (1972): *The Order of Discourse*, New York: Pantheon Books.

Foucault, M. (1970): *The Order of Things*, London: Travistock.

Fournier, V. / Grey, C. (2000): „At the Critical Moment: Conditions and Prospects for Critical Management Studies“, ***Human Relations***, Vol. 53 No. 1, pp. 7-32.

Frankel, A. / Leonard, M. / Denham, C. (2006): „Fair and Just Culture, Team Behavior, and Leadership Engagement – The Tools to Achieve High Reliability“, ***HSR: Health Services Research***, Vol. 41 No. 4, Part II, pp. 1690-1709.

Freeman, T. (2003): „Measuring progress in clinical governance: Assessing the reliability and validity of the clinical governance climate questionaire“, ***Health Services Management Research***, Vol. 16 No. 4, pp. 234-250.

Fullan, M. (2001): *Leading in a Culture of Change*, San Francisco: Jossey-Bass.

Fulop, L. / Linstead, S. (1999): *Management: a critical text*, London: Macmillan Press.

Garfinkel, H. (1967): *Studies in Ethnomethodology*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Gatrell, A. (2005): „Complexity Theory and geographies of health: a critical assessment“, ***Social Science & Medicine***, Vol. 60 No. 12, pp. 2661-2671.

Gausman, P. (2007): „Risikomanagement und geplante Behandlungspfade“, in: von Eiff (Hrsg.), Schriftenreihe Gesundheitswirtschaft, Band 2, *Risikomanagement – Kosten-/Nutzen-basierte Entscheidungen im Krankenhaus*, Wegscheid: WIKOM Verlag, pp. 200-213.

Gauthier, A. / Davis, K. / Schoenbaum, S. (2006): „Commentary – Achieving a High-Performance Health System: High Reliability Organizations within a Broader Agenda“, ***HSR: Health Services Research***, Vol. 41 No. 4, Part II, pp. 1710-1720.

Gephart, R., Jr. / van Maanen, J. / Oberlecher, T. (2009): „Organizations and Risk in Late Modernity“, ***Organization Studies***, Vol. 30 No. 2 & 3, pp. 141-155.

Gergen, K. (2009): *Relational Being – Beyond Self and Community*, New York: Oxford.

Gergen, K. (1994): *Realities and Relationships – Soundings in Social Construction*, Cambridge, MA: Harvard University Press.

Gergen, K. (1992): „Organization Theory in the Postmodern Era“, in Reed, M. / Hughes, M. (eds.), *Rethinking Organization*, London: Sage, pp. 207-226.

Gherardi, S. / Nicolini, D. (2002): „Learning the Trade: A culture of safety in practice“, ***Organization***, Vol. 9 No. 2, pp. 191-223.

Gherardi, S. / Nicolini, D. (2001): „The Sociological Foundations of Organizational Learning“, in: Dierkes, M / Berthoin Antal, A. / Child, J. / Nonaka, I. (Eds), *Handbook of Organizational Learning & Knowledge*, New York: Oxford, pp. 35-60.

Giddens, A. (2001): *Sociology*, 4. Auflage, reprint (2004), Cambridge, UK: Polity Press.

Giddens, A. (1994): *Beyond Left and Right*, Cambridge: Polity Press.

Giddens, A. (1991): *Modernity and Self-Identity*, Cambridge: Polity Press.

Ginter, P. / Swayne, L. / Duncan, J. (1998): *Strategic Management of Health Care Organizations*, 3rd Edition, Malden, MA: Blackwell.

Goldstein, J. (1994): *The Unshackled Organization – Facing the challenge of unpredictability through spontaneous reorganization*, Portland, OR: Productivity Press.

Gopher, D. / Olin, M. / Donchin, Y. (1989): „The Nature and Causes of Human Errors in a Medical Intensive Care Unit“, research paper, 33rd annual meeting of the *Human Factors Society*, Denver, CO, October – nach Leape (1999), S. 37.

Gordon, R. / Kornberger, M. / Clegg, S. (2009): „Power, Rationality and Legitimacy in Public Organizations“, ***Public Administration***, Vol. 87 No. 1, pp. 15-34.

Grant, D. / Iedema, R. / Oswick, C. (2011): „Discourse and Critical Management Studies“, in Alvesson, M. / Bridgeman, T. / Willmott, H. (Eds.), *The Oxford Handbook of Critical Management Studies*, 2011, New York: Oxford, pp. 213-231.

Grant, D. / Keenoy, T. / Oswick, C. (1998): *Discourse and Organization*, London: Sage.

Grant, R. / Nippa, M. (2006): *Strategisches Management – Analyse, Entwicklung und*

Implementierung von Unternehmensstrategien, 5. Auflage, München: Pearson Studium.

Griffin, D. / Shaw, P. / Stacey, R. (2006): „Speaking of Complexity in Management Theory and Practice“, in: MacIntosh, R. / MacLean, D. / Stacey, R. / Griffin, D. (2006): *Complexity and Organization – Readings and Conversations*, New York: Routledge, pp. 162-184.

Grimshaw, J. / Shirran, L. / Thomas, R. (2001): „Changing provider behaviour – An overview of systematic reeview of interventions“, ***The Lancet***, Vol. 363 (Suppl. April 10), pp. S2-S45.

Gutting, G. (2003): „Satre, Foucault and Derrida“, in: Bunnin, N. / Tsui-James, E. (Eds.), *The Blackwell Companion to Philosophy*, 2nd Edition, Blackwell Companions to Philosophy, Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, pp. 860-874.

Haeske-Seeberg, H. (2001): *Handbuch Qualitätsmanagement im Krankenhaus – Strategien, Analysen, Konzepte*; Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

Hall, S. (2001): „Foucault: Power, Knowledge and Discourse“, in: Wetherell, M. / Taylor, S. / Yates, S. (Eds.): *Discourse Theory and Practice – A Reader*, 2001 reprint (2005), London: Sage.

Hardt, F. / Müller, M. / Beer, P. / Schmidt, C. (2009): „Kulturwandel im Krankenhaus – Ein nötiger Trendwechsel im Wandel der Zeit?“, in: Strohschneider/Heinmann (Hrsg.), *Kultur und sicheres Handeln*, Verlag für Polizeiwissenschaft, Frankfurt.

Harrison, S. / Moran, M. / Wood, B. (2002): „Policy emergence and policy convergence: The case of ‘scientific-bureaucratic medicine’ in the United States and United Kingdom“, ***British Journal of Politics and International Relations***, Vol. 4 No. 1, pp. 1-24.

Hart, P. / Heyse, L. / Boin, A. (2001): „New trends in crisis management practice and crisis management research: Setting the agenda“, ***Journal of Contingencies and Crisis Management***, Vol. 9 No. 4, pp. 181-188.

Hassard, J. (1993): „Postmodernism and Organizational Analysis: an Overview“, in: Hassard, J. / Parker, M. (Eds.), *Postmodernism and Organizations*, London: Sage, pp. 1-23.

Hassard, J. / Parker, M. (1993): *Postmodernism and Organizations*, London: Sage.

Hatch, M / Cunliffe, A. (2006): *Organization Theory – modern, symbolic and postmodern perspectives*, 2. Auflage, New York: Oxford.

Hatch, M. / Schultz, M. (2003): „Bringing the corporation into corporate branding“, ***European Journal of Marketing***, Vol. 37 No. 7/8, pp. 1041-1064.

Hatch, M. / Schultz, M. (2001): „Are the Strategic Stars Aligned for Your Corporate Brand?“, ***Harvard Business Review***, February 2001, pp. 128-134.

Hatch, M. (1997): *Organization Theory – Modern, Symbolic and Postmodern*

Perspectives, New York: Oxford.

Hauke, E. / Holzer, E. (2005): „FMEA – Fehlermöglichkeits- und Einflussanalyse“, in: Holzer, E. / Thomeczek, C. / Hauke, E. / Conen, D. / Hochreutener, M.-A. (Hrsg.), *Patientensicherheit – Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen*, Wien: Facultas Universitätsverlag, pp. 158-161.

Hazen, M. (1993): „Towards polyphonic orgnization“, ***Journal of Organizational Change Management***, Vol. 6 No. 5, pp. 15-26.

Heget, J. / Bagian, J. / Lee, C. / Gosbee, J. (2002): „John M. Eisenberg Patient Safety Awards. System Innovation: Veterans Health Administration National Center for Patient Safety“, ***Joint Commission Journal on Quality Improvement***, Vol. 28 No. 12, pp. 660-665.

Heidegger, M. (1962): *Being and Time*, translated by Mcquarrie, J. / Robinson, E., New York: Harper & Row.

Hellström, A. / Lifvergren, S. / Quist, J. (2010): „Process management in healthcare: investigating why it’s easier said than done“, ***Journal of Manufacturing Technology Management***, Vol. 21 No. 4, pp. 499-511.

Helmreich, R. (2000): „On Error Management: lessons from aviation“, ***British Medical Journal***, Vol. 320 No. 7237, pp. 781-785.

Hendry, J. (2000): „Strategic decion making, discourse, and strategy as social practice“, ***Journal of Management Studies***, Vol. 37 No. 7, pp. 955-977.

Hennke, M. (2009): „Critical Incident Reporting System: CIRS – Präventives Risikomanagement im Universitätsklinikum Münster“, ***Das Krankenhaus***, Feb. 2009, S. 154-157.

Henriksen, K. / Dayton, E. (2006): „Organizational Silence and Hidden Threats to Patient Safety“, ***HSR: Health Services Research***, Vol. 41 No. 4, Part II, pp. 1539-1554.

Heracleous, L. / Hendry, J. (2000): „Discourse and the study of organization: Toward a structurational perspective“, ***Human Relations***, Vol. 53 No. 10, pp. 1251-1286.

Heritage, J. (1997): „Conversation Analysis and Institutional Talk“, in: Silverman, D. (Ed.): *Qualitative Research - Theory, Method and Practice*, (1997) reprint 1998, London: Sage, pp. 161-182.

Heritage, J. (1984): *Garfinkel and Ethnomethodology*, Cambridge: Polity Press.

Heylighen, F. / Cilliers, P. / Gershenson, C. (2007): „Philosophy and Complexity“, in: Bogg, J. / Geyer, R. (Eds.), *Complexity, Science and Society*, Oxford UK: Radcliffe Publishing, pp. 117-234.

Hindle, D. / Braithwaite, J. / Iedema, R. (2005): *Patient Safety Research: a review of the technical literature*, Centre for Clinical Governance Research, Sydndey, NSW: University of New South Wales. Online auf (letzter Zugriff 09.08.2011):

http://www.med.unsw.edu.au/medweb.nsf/resources/Projects4/$file/cec_patient_safety_30111.pdf

Hochreutener, M.-A. / Conen, D. (2005): „Aspekte zu Risiken aus der Sicht der Health Professionals – Was bedeuten Risiken im Gesundheitswesen?“, in: Holzer, E. / Thomeczek, C. / Hauke, E. / Conen, D. / Hochreutener, M.-A. (Hrsg.): *Patientensicherheit – Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen*, Wien: Facultas Universitätsverlag, pp. 19-25.

Hodge, R. / Kress, G. (1988): *Social Semiotics*, London: Polity Press.

Hofinger, G. (2009): „Lernen aus Fehlern im Krankenhaus – Systemische Fehlersicht und Zwischenfall-Berichtssysteme“, ***Der Unfallchirug***, Nr. 112, S. 604-609.

Hofinger, G. / Horstmann, R. / Waleczek, H. (2008): „Das Lernen aus Zwischenfällen lernen: Incident Reporting im Krankenhaus“, in: Pawslowsky/Mistele (Eds), *Hochleistungsmanagement Leistungspotenziale in Organisationen gezielt fördern*, Gabler.

Hohenstein, C. (2009a): „Bounceback Thoraxschmerz“, *Fallbeispiel CIRS – Critical Incident Reporting System: Risikomanagement in der klinischen Notfallmedizin*, auf: http://www.cirs-notfallmedizin.de/klinik/Bounceback_Thoraxschmerz_1641.html (letzter Zugriff: 31.08.2011)

Hohenstein, C. (2009b): „Sedierung im CT“, *Fallbeispiel CIRS – Critical Incident Reporting System: Risikomanagement in der klinischen Notfallmedizin*, auf: http://www.cirs-notfallmedizin.de/klinik/Sedierung_im_CT_1589.html (letzter Zugriff: 31.08.2011)

Holland, J. (1998): *Emergence – from chaos to Order*, Oxford, UK: Oxford University Press.

Hollnagel, E. (2009): *The ETTO Principle: Efficiency-Thoroughness Trade-Off – Why Things that go right sometimes go wrong*, Farnham: Ashgate.

Holzer, E. (2005): „Risikoanalyse bestehend aus Risikoerkennung und Risikobewertung“, in: Holzer, E. / Thomeczek, C. / Hauke, E. / Conen, D. / Hochreutener, M.-A. (Hrsg.): *Patientensicherheit – Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen*, Wien: Facultas Universitätsverlag, pp. 32-38.

Holzer, E. / Thomeczek, C. / Hauke, E. / Conen, D. / Hochreutener, M.-A. (2005): *Patientensicherheit – Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen*, Wien: Facultas Universitätsverlag.

Homsma, G. / Van Dyck, C. / De Gilder, D. / Koopman, P. / Elfring, T. (2009): „Learning from Error: The influence of error incident characteristics“, ***Journal of Business Research***, Vol. 62, pp. 115-122.

Huczynski, A. / Buchanan, D. (2001): *Organizational Behaviour – An introductory text*, 4th Edition, Harlow, UK: Pearson Education.

Hunter, C. / Spence, K. / McKenna, K. / Iedema, R. (2008): „Learning how we learn: An ethnographic study in a neonatal intensive care unit“, ***Journal of Advanced Nursing***, Vol. 62 No. 6, pp. 657-664.

Iedema, R. / Merrick, E.T. / Kerridge, R. / Herkes, R. / Lee, B. / Anscombe, M. / Rajbhandari, D. / Lucey, M. / White, L. (2009a): „Handover – Enabling Learning in Communication for Safety (HELiCS): a report on achievements at two hospital sites“, ***Medical Journal of Australia***, Vol. 190 No. 11, pp. S133-S136.

Iedema, R. / Jorm, C. / Wakefield, J. / Ryan, C. / Dunn, S. (2009b): „Practising Open Disclosure: clinical incident communication and systems improvement“, ***Sociology of Health & Illness***, Vol. 31 No. 2, pp. 262-277.

Iedema, R. / Jorm, C. / Braithwaite, J. (2008): „Managing the scope and impact of root cause analysis recommendations“, ***Journal of Health Organization and Management***, Vol. 22 No. 6, pp. 569 – 585.

Iedema, R. (2007a): „The tension between professional and institutional discourse: An applied linguistics analysis of hospital communication“, ***Journal of Applied Linguistics***, Vol. 2 No. 3, pp. 243-252.

Iedema, R. (2007b): „Communicating Hospital Work“, in: Iedema, R. (Ed.), *The Discourse of Hospital Communication*, New York: Palgrave Macmillan, pp. 1-17.

Iedema, R. / Flabouris, A. / Grant, S. / Jorm, C. (2006a): “Narrativizing errors of care: Critical incident reporting in clinical practice”, ***Social Science & Medicine***, Vol. 62 No. 1, pp. 134-144.

Iedema, R. / Jorm, C.M. / Braithwaite, J. / Travaglia, J. / Lum, M. (2006b): “A root cause analysis of clinical error: confronting the disjunction between formal rules and situated clinical activity”, ***Social Science & Medicine***, Vol. 63 No. 5, pp. 1201-12.

Iedema, R. / Rhodes, C. / Scheeres, H. (2006c): „Surveillance, resistance, observance: exploring the teleo-affective intensity of identity (at) work“, ***Organization Studies***, Vol. 27 No. 8, pp. 1111-1130.

Iedema, R. / Rhodes, C. / Scheeres, H. (2005): „Presencing identity: organizational change and immaterial labor“, ***Journal of Organizational Change Management***, Vol. 18 No. 4, pp. 327-337.

Iedema, R. (2005): „Medicine and health: intra- and inter-professional communication“, in: Brown, K. (Ed.), *Encyclopedia of Language and Linguistics*, Oxford: Elsevier, pp. 745-751.

Iedema, R. (2004): „Critical Discourse Analysis and Cognitive Linguistics, by Kieran O’Halloran; 280 pp., Edingburgh University Press, 2003“, review article, ***Linguistics and Education***, Vol. 15 (2004) , pp. 413-423.

Iedema, R. (2003): *Discourses of Post-Bureaucratic Organization*, Amsterdam/ Philadelphia: John Benjamins.

Iedema, R. / Wodak, R. (1999): „Introduction: Organizational discourses and practices“, ***Discourse and Society***, Vol. 10 (1999), pp. 5-19.

Institute of Medicine (2001): *Crossing the Quality Chasm – A new Health System for the 21st Century*, Washington, DC: National Academy Press.

Isaacs, W. (1993): „Taking Flight: Dialogue, Collective Thinking, and Organizational Learning“, ***Organizational Dynamics***, Winter 1993, pp. 24-39.

Islam, G. / Zyphur, M. (2007): „Ways of interacting: The standardization of communication in medical training“, ***Human Relations***, Vol. 60 No. 5, pp. 769-792.

Jackson, N. / Carter, P. (2000): *Rethinking Organisational Behaviour*, 1. Auflage, Harlow: Pearson Education.

Jäger, S. (1999): *Kritische Diskursanalyse – Eine Einführung*, 2. Auflage, Duisburg: DISS Duisburger Institut für Sprach- und Sozialforschung.

Jarzabkowski, P. (2004): „Strategy as Practice: Recursiveness, Adaptation, and Practice-in-Use“, ***Organization Studies***, Vol. 25 No. 4, pp. 529-560.

Jeffs, L. / Tregunno, D. / MacMillan, K. / Espin, S. (2009): „Building Clinical and Organizational Resilience to Reconcile Safety Threats, Tensions and Trade-Offs: Insights from Theory and Evidence“, ***Healthcare Quarterly***, Vol. 12, Special Issue (2009) – Patient Safety Papers, pp. 75-79.

Joiner, B. (1994): *Fourth Generation Management – The New Business Consciousness*, New York: McGraw-Hill.

Jones, C. (2011): „Poststructuralism in Critical Management Studies“, in Alvesson, M. / Bridgeman, T. / Willmott, H. (Eds.), *The Oxford Handbook of Critical Management Studies*, 2011, Oxford, UK: Oxford University Press, pp. 76-98.

Jones, C. (2003a): „Theory after the Postmodern Condition“, ***Organization***, Vol. 10 No. 3, pp. 503-525.

Jones, C. (2003b): „As if Business Ethics Were Possible, ‘Within Such Limits’ ...“, ***Organization***, Vol. 10 No. 2, pp. 223-248.

Jordan, M. / Lanham, H. / Crabtree, B. / Nutting, P. / Miller, W. / Strange, K. / McDaniel, R. (2009): „The role of Conversation in health care interventions – enabling sensemaking and learning“, ***Implementation Science***, Vol. 4 No. 15.

Kallinikos, J. / Cooper, R. (1996): „Writing, rationality and organization: An introduction“, ***Scandinavian Journal of Management***, Vol. 12 No. 1, pp. 1-16.

Kamin, C. / Deterding, R. / Wilson, B. / Armacost, M. / Breedon, T. (1999): „The development of a collaborative distance learning program to facilitate pediatric problem-based learning“, ***Medical Education Online***, Vol. 4 No. 2, pp. 1-12.

Kaufmann, M. / Staeder, S. / Scheidegger, D. (2005): „Meldesysteme, Beispiel CIRS“,

in: Holzer, E. / Thomeczek, C. / Hauke, E. / Conen, D. / Hochreutener, M. (Hrsg), *Patientensicherheit – Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen*, facultuas Universitätsverlag, Wien, S. 155-158.

Kazandjian, V. / Wicker, K. / Ogunbo, S. / Silverman, N. (2005): „Understanding safe practices in health care: a prologue for the role of indicators", ***Journal of Evaluation in Clinical Practice***, Vol. 11 No. 2, pp. 161-170.

Kelemen, M. (1999): „Total Quality Management in the UK Service Sector: A Social Constructivist Study", in: Clegg, S. / Ibarra-Colado, E. / Bueno-Rodriquez, L. (Eds.), *Global Management: Universal Theories and Local Realities*, London: Sage, pp.163-176.

Ker, J. / Hesketh, E. / Anderson, F. / Johnston, D. (2006): „Can a ward simulation exercise achieve the realism that reflects the complexity of everyday practice junior doctors encounter?", ***Medical Teacher***, Vol. 28 No. 4, pp. 330-334.

Khan, K. / Wojdyla, D. / Say, L. / Gülmezoglu, M. / van Look, P. (2006): „WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review", ***The Lancet***, Vol. 367 No. 9516, pp. 1066-1074.

Kilduff, M. / Mehra, A. (1997): „Postmodernism and Organizational Research", ***Academy of Management Review***, Vol. 22 No. 2, pp. 453-481.

Kilduff, M. (1993): „Deconstructing Organizations", ***Academy of Management Review***, Vol. 18 No. 1, pp. 13-31.

Knights, D. / Willmott, H. (1999): *Management Lives – Power and Identity in Work Organizations*, reprint (2000), London: Sage.

Knowledge@Wharton (2009): „Re-thinking Risk Management: Why the Mindset Matters More Than the Model", published 15.04.2009, abgerufen am 23.08.2011: http://knowledge.wharton.upenn.edu/article.cfm?articleid=2205.

Knox, R. A. (1999): „*Prescription errors tied to lack of advice, pharmacists skirting law*", Massachusetts: ***The Boston Globe***, Feb. 10th, 1999. (aus Kohn et al. 1999, S. 224)

Kohn, L. / Corrigan, J. / Donaldson, M. (2000): *To Err is Human – Building a safer health system*, Washington, DC: Institute of Medicine.

Kornberger, M. / Brown, A. (2007): „'Ethics' as a discursive resource for identity work", ***Human Relations***, Vol. 60 No. 3, pp. 497-518.

Kornberger, M. / Clegg, S. / Carter, C. (2006): „Rethinking the polyphonic organization: Managing as discoursive practice", ***Scandinavian Journal of Management***, Vol. 22 No. 1, pp. 3-30.

Kozlowski, S. / Ilgen, D. (2006): „Enhancing the Effectiveness of Work Groups and Teams", ***Psychological Science in the Public Interest***, Vol. 7 No. 3, pp. 77-124.

Kraft, S. (2005): „Kommunikation als Hilfsmittel", in: Holzer, E. / Thomeczek, C. /

Hauke, E. / Conen, D. / Hochreutener, M.-A. (Hrsg.): *Patientensicherheit – Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen*, Wien: Facultas, pp. 86-89.

Kress, G. (2001): „Sociolinguistics and Social Semiotics", in: Cobley, P. (ed.), *The Routledge Companion to Semiotics and Linguistics*, London: Routledge, pp. 66-82.

Kromschröder, B. / Lück, W. (1998): „Grundsätze risikoorientierter Unternehmensüberwachung", in: ***Der Betrieb***, Vol. 32, pp. 1573-1576.

Lacan, J. (1980): *Écrits – A Selection*, trans. A. Sheridan, London: Travistock.

Lacan, J. (1977): *The Four Fundamental Concepts of Psycho-Analysis*, trans. A Sheridan, Harmondsworth: Penguin.

Langley, G. / Nolan, K. / Nolan, T. / Norman, C. / Provost, L. (1996): *The Improvement Guide – A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*, San Francisco: Jossey-Bass.

Lanham, H. / McDaniel, R. / Crabtree, B. / Miller, W. / Strange, K. / Tallia, A. / Nutting, P. (2009): „How Improving Practice Relationships among Clinicians and Nonclinicians can improve Quality in Primary Care", ***Journal on Quality and Patient Safety***, Vol. 35 No. 9, pp. 457-466.

La Porte, T. (1996): „High reliability organizations: Unlikely, demanding, and at risk", ***Journal of Contingencies and Crisis Management***, Vol. 4 No. 2, pp. 60-71.

La Porte, T. / Consolini, P. (1991): „Working in practice but not in theory: Theoretical challenges of 'high-reliability organizations'", ***Journal of Public Administration Research and Theory***, Vol. 1 No. 1, pp. 19-47.

Laum, H. (2000): *Statut der Gutachterkommission für ärtzliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein*, Köln: Verlag Dr. Otto Schmidt.

Leape, L. (2004): „Learning from Mistakes: Towards Error Free Medicine", ***Research in Profile,*** Vol. 11 No. 1, Robert Wood Johnson Foundation.

Leape, L. (1999): „Error in Medicine", in: Rosenthal, M. / Mulcahy, L. / Lloyd-Bostock, S. (Eds), *Medical Mishaps – Pieces of the Puzzle*, Philadelphia: Open University Press, pp. 20-38.

Legge, K. (1995): *Human Resource Management – Rhetorics and Realities*, London: Macmillan Press.

Letiche, H. (1996): „Postmodernism Goes Practical", in: Linstead, S. / Graften Small, R. / Jeffcutt, P. (1996): *Understanding Management*, London: Sage, pp. 193-211.

Leveson, N. / Dulac, N. / Marais, K. / Carroll, J. (2009): „Moving Beyond Normal Accidents and High Reliability Organizations: A Systems Approach to Safety in Complex Systems", ***Organization Studies***, Vol. 30 No. 2&3, pp. 227-249.

Levitt, B. / March, J. (1996): „Organizational Learning", in: Cohen, M. / Sproull, L.

(Eds.), *Organizational Learning*, Organization Science, Thousand Oaks, CA: Sage, pp. 516-540.

Lewin, R. / Regine, B. (1999): *The Soul at Work – Unleashing the Power of Complexity Science for Business Success*, London: Orion Business Books.

Lillrank, P. / Liukko, M. (2004): „Standard, routine and non-routine processes in health care", ***International Journal of Health Care Quality Assurance***, Vol. 17 No. 1, pp. 39-46.

Linstead, S. / Höpfl, H. (2000): *The Aesthetics of Organization*, London: Sage.

Linstead, S. (1996): „Understanding Management: Culture, Critique and Change", in: Linstead, S. / Graften Small, R. / Jeffcutt, P. (eds.): *Understanding Management*, London: Sage, pp. 11-33.

Linstead, S. (1993): „Deconstruction in the Study of Organization", in: Hassard, J. / Parker, M. (eds.): *Postmodernism and Organizations*, London: Sage, pp. 49-70.

Llewellyn, N. / Hindmarsh, J. (2010a): *Organisation, Interaction and Practice – Studies in Ethnomethodology and Conversation Analysis*, Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Llewellyn, N. / Hindmarsh, J. (2010b): „Work and organisation in real time: an introduction", in: Llewellyn, N. / Hindmarsh, J. (eds.), *Organisation, Interaction and Practice – Studies in Ethnomethodology and Conversation Analysis*, Cambridge, UK: Cambridge University Press, pp. 3-23.

Lounsbury, M. (2003): „The Problem of Order Revisited: Towards a More Critical Institutional Perspective", in: Westwood, R. / Clegg, S. (Eds.), *Debating Organization*, London: Blackwell, pp. 210-219.

Luhman, J. / Boje, D. (2001): „What Is Complexity Science? – A Possible Answer from Narrative Research", ***Emergence***, Vol. 3 No. 1, pp. 158-168.

Lupton, D. (2006): „Sociology and risk", in: Mythen, G. / Walklate, S. (Eds), *Beyond the Risk Society – Critical Reflections on risk and human security*, New York: McGraw-Hill Higher Education, pp. 11-24.

Lupton, D: (1999a): *Risk*, London: Routledge.

Lupton, D. (1999b): *Risk and Sociocultural Theory: New Directions and Perspectives*, Cambridge: Cambridge University Press.

Lupton, D. (1994): *Medicine as Culture – Illness, Disease and the Body in Western Societies*, London: Sage.

Lyotard, J. (1988): *The différend: Phrase in dispute*. Manchester: Manchester University Press.

Lyotard, J. (1984): *The Postmodern Condition: A Report on Knowledge*, Minneapolis:

University of Minnesota Press.

MacDougall, D. (2006): *The Corporeal Image: Film, ethnography and the senses*, Princeton, NJ: Princeton University Press.

MacDougall, D. (1998): *Transcultural Cinema*, Princeton, NJ: Princeton University Press.

Mackenzie, C. / Xiao, Y. (2003): „Video techniques and data compared with observation in emergency trauma care“, ***Quality and Safety in Health Care***, Vol. 12 (Suppl II), ii51-ii57.

MacIntosh-Murray, A. / Choo, C. (2006): „Information Failures in Health Care“, in: Cronin, B. (Ed), *Annual Review of Information Science and Technology*, Vol. 40, Medford, NJ: Information Today Inc., pp. 357-391.

MacIntosh, R. / MacLean, D. / Stacey, R. / Griffin, D. (2006): *Complexity and Organization – Readings and Conversations*, New York: Routledge.

Malik, F. (2008): *Strategie des Managements komplexer Systeme – Ein Beitrag zur Management-Kybernetik evolutionärer Systeme*, 10. Auflage, Bern: Haupt Verlag.

Manning, P. (1998): „Information, socio-technical disasters and politics“, ***Journal of Contigencies and Crisis Management***, Vol. 6 No. 2, pp. 84-87.

Manser, T. / Burtscher, M. (2008): „Teamwork in Hochrisiko-Industrien“, in: Buerschaper, C. / Starke, S. (Hrsg.), *Führung und Teamarbeit in kritischen Situationen*, Schriftenreihe der Plattform Menschen in komplexen Arbeitswelten, Frankfurt: Verlag für Polizeiwissenschaft, pp. 57-70.

Marion, R. / Uhl-Bien, M. (2001): „Leadership in complex organizations“, ***The Leadership Quarterly***, Vol. 12 No. 4, pp. 389-418.

Maybin, J. (2001): „Language, Struggle and Voice: The Bakhtin/ Volosinov Writings“, in: Wetherell, M. / Taylor, S. / Yates, S. (Eds.), *Discourse Theory and Practice – A Reader*, Reprint (2005), London: Sage, pp. 64-71.

McDaniel, R. / Jordan Lanham, H. / Anderson, R. (2009): „Implications of complex adaptive systems theory for the design of research on health care organizations“, ***Health Care Management Review***, Vol. 34 No. 2, pp. 191-199.

McDaniel, R. / Driebe, D. (2001): „Complexity Science and Health Care Management“, in: Blair, J. / Fottler, M. / Savage, G. (Eds.), *Advances in Health Care Management*, Vol. 2, pp. 11-36, Samford: JAI.

McNamara, G. / Bromiley, P. (1997): „Decision making in an organizational setting: Cognitive and organizational influences on risk assessment in commercial lending“, ***Academy of Management Review***, Vol. 40 No. 5, pp. 1063-1088.

Mead, G. H. (1938): *The Philosophy of the Act*, Chicago: University of Chicago Press.

Mead, G. H. (1934): *Mind, Self, and Society: From the Standpoint of a Social Behaviourist*, Chicago: University of Chicago Press.

Mead, G. H. (1923): „Scientific method and the moral sciences“, ***International Journal of Ethics***, Vol. 33, pp. 229-247.

Meilwes, M. (2005): „Was können wir von anderen lernen?“, in: Holzer, E. / Thomeczek, C. / Hauke, E. / Conen, D. / Hochreutener, M.-A. (Hrsg.): *Patientensicherheit – Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen*, Wien: Facultas Universitätsverlag, pp. 29-31.

Messner, M / Clegg, S. / Kornberger, M. (2008): „Critical Practices in Organizations“, ***Journal of Management Inquiry***, Vol. 17 No. 2, pp. 68-82.

Mesthrie, R. / Deumert, A. (2000): „Critical Sociolinguistics: Approaches to Language and Power“, in: Mesthrie, R. / Swann, J. / Deumert, A. / Leap, W. (Eds.): *Introducing Sociolinguistics*, 1. Auflage, Edinburgh: Edinburgh University Press, pp. 316-353.

Mezias, J. / Starbuck, W. (2003): „Managers and their inaccurate perceptions: Good, bad or inconsequential?“, ***British Journal of Management***, Vol. 14 No. 1, pp. 3-19.

Middendorf, C. (2007a): „Aufgaben, Inhalte und Ansatzpunkte des Risikomanagements“, in: von Eiff (Hrsg.), Schriftenreihe Gesundheitswirtschaft, Band 2, *Risikomanagement – Kosten-/Nutzen-basierte Entscheidungen im Krankenhaus*, Wegscheid: WIKOM Verlag, pp. 60-83.

Middendorf, C. (2007b): „Risikoidentifikation und Risikobewertung im Rahmen des klinischen Risikomanagements“, in: von Eiff (Hrsg.), Schriftenreihe Gesundheitswirtschaft, Band 2, *Risikomanagement – Kosten-/Nutzen-basierte Entscheidungen im Krankenhaus*, Wegscheid: WIKOM Verlag, pp. 214-257.

Miller, G. (1997): „Building Bridges – The Possibility of Analytic Dialogue Between Ethnography, Conversation Analysis and Foucault“, in: Silverman, D. (Ed.): *Qualitative Research - Theory, Method and Practice*, (1997) reprint 1998, London: Sage, pp. 24-44.

Miller, W. / Crabtree, B. / Nutting, P. / Stange, K. / Jaen, C. (2010): „Primary Care Practice Development – A Relationship-Centered Approach“, ***Annals of Family Medicine***, Vol. 8, Supplement 1, S. s68-s79.

Miller, W. / Crabtree, B. / McDaniel, R. / Stange, K. (1998): „Understanding change in primary care practice using complexity theory“, ***The Journal of Family Practice***, Vol. 46, pp. 369-376.

Mintzberg, H. / Ahlstrand, B. / Lampel, J. (2005): *Strategy Safari – A Guided Tour through the Wilds of Strategic Management*, New York: Free Press.

Mitchell, M. (2009): *Complexity – A Guided Tour*, New York: Oxford.

Monrouxe, L. / Rees, C. / Bradley, P. (2009): „The Construction of Patients Involvement in Hospital Bedside Teaching Encounters“, ***Qualitative Health Research***, Vol. 19 No. 7, pp. 918-930.

Morgan, G. / Spicer, A. (2011): „Critical Approaches to Organizational Change“, in: Alvesson, M / Bridgeman, T / Willmott, H. (Eds.), *The Oxford Handbook of Critical Management Studies*, Oxford, UK: Oxford University Press, pp. 251-266.

Morgan, G. (1997): *Images of Organization*, 2. Auflage, Thousand Oaks, CA: Sage.

Morgan, H. / Thomas, K. (2002): „A Psychodynamic Perspective on Group Processes“, in: Wetherell, M. (Ed.), *Identities, Groups and Social Issues*, London: Sage, pp. 63-117.

Mousa, H. / Walkinshaw, S. (2001): „Major postpartum haemorrhage“, ***Current Opinion in Obstetrics and Gynecology***, Vol. 13 No. 6, pp. 595-603.

Mumby, D. (1993): *Narrative and Social Control – Critical Pespectives*, Sage Annual Reviews of Communication Research, Vol. 21, London: Sage.

Münchbach, D. (2001): *Management der operationellen Risiken des Private Banking*, Bamberg: Haupt.

Napier, J. / Youngberg, B. (2010): „Risk Management and Patient Safety: The Synergy and the Tension“, in: Youngberg, B. (Ed), *Principles of Risk Management and Patient Safety*, Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning, pp. 3-11.

Nayak, A. (2008): „On the Way to Theory: A Processual Approach“, ***Organization Studies***, Vol. 29 No. 2, pp. 173-190.

Neily, J. / Ogrinc, G. / Mills, P. / Williams, R: / Stalhandske, E. / Bagian, J. (2003): „Using aggregate root cause analysis to improve patient safety“, ***Joint Commission Journal on Quality and Safety***, Vol. 29 No. 8, pp. 434-439.

Nelson, R. / Winter, S. (1982): *An Evolutionary Theory of Economic Change*, Boston: Harvard University Press.

Nielsen, P. / Mann, S. (2008): „Team Function in Obstetrics to Reduce Errors and Improve Outcomes“, ***Obstetrics and Gynecology Clinics of North America***, Vol. 35 (2008), pp. 81-95.

Noe, A. (2009): *Out of our Heads – Why you are not your brain, and other lessons from the biology of consciousness*, New York: Farrar, Straus and Giroux.

Nonaka, I. / Takeuchi, H. (1995): *The Knowledge-Creating Company: How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation*, New York: Oxford University Press.

Norris, C. (1991): *Deconstruction – Theory and Practice*, 2. Auflage, London: Routledge.

NSW Health (2005): *Clinical Services Redesign Program: Redesigning a Better Patient Journey*, Sydney: NSW Health.

Oswick, C. / Putnam, L. / Phillips, N. (2004): *The Sage Handbook of Organizational Discourse*, London: Sage.

Paget, M. (1988): *The Unity of Mistakes*, Philadelphia, PA: Temple University Press.

Parker, D. / Lawton, R. (2003): „Managing medical mishaps: learning lessons from industry“, in: Adams, A. / Cashman, J. / Grounds, R. (Eds.), *Recent Advances in Anaesthesia and Intensive Care*, London: Greenwich Medical Media, No. 22, Chapter 9, pp. 209-222.

Parker, I. (1992a): *Discourse Dynamics*, London: Routledge.

Parker, M. (2002): *Against Management: Organization in the Age of Managerialism*, Malden, MA: Blackwell.

Parker, M. (1993): „Life After Jean-Francois“, in: Hassard, J. / Parker, M. (Eds.), *Postmodernism and Organizations*, London: Sage, 1993, pp. 204-212.

Parker, M. (1992b): „Post-Modern Organizations or Postmodern Organization Theory?“, ***Organization Studies***, Vol. 13 No. 1, pp. 1-17.

Paula, H. (2007): *Patientensicherheit und Risikomanagement im Pflege- und Krankenhausalltag*, Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Payne, R. / Pugh, D. (1976): „Organizational Structure and Climate“, in: Dunnette, M. (ed.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, Chicago: Rand McNally, pp. 1125-1173.

Perrow, C. (2007): *The next catastrophe: Reducing our vulnerabilities to natural, industrial and terrorist disasters*, Princeton, NJ: Princeton University Press.

Perrow, C. (1999): *Normal Accidents: Living With High Risk Technologies*, 2nd Edition, Princeton, NJ: Princeton University Press.

Perrow, C. (1994): „Accidents in high risk systems“, ***Technology Studies***, Vol. 1 No. 1, pp. 1-20.

Plsek, P. (2001): „Redisigning Health Care with Insights from the Science of Complex Adaptive Systems“, in: Institute of Medicine (Eds), *Crossing the Quality Chasm: A New Health System fort he 21st Century, Washington*, DC: National Academy Press, 2001, pp. 309-322.

Plsek, P. / Greenhalgh, T. (2001): „Complexity Science – The challenge of complexity in health care“, ***British Medical Journal***, Vol. 323 No. 7313, pp. 625-628.

Plsek, P. / Wilson, T. (2001): „Complexity, leadership, and management in healthcare organizations“, ***Britisch Medical Journal***, Vol. 323, pp. 746-749.

Pope, C. / van Royen, P. / Baker, R. (2002): „Qualitative Methods in Research on Healthcare Quality“, ***Quality and Safety in Healthcare***, Vol. 11, pp. 148-152.

Potter, J. (2001): „Wittgenstein and Austin“, in: Wetherell, M. / Taylor, S. / Yates, S. (eds.), *Discourse Theory and Practice – A Reader*, Reprint (2005), London: Sage, pp.

39-46.

Potter, J. (1997): „Discourse Analysis as a Way of Analysing Naturally Occuring Talk“, in: Silverman, D. (Ed.): *Qualitative Research - Theory, Method and Practice*, (1997) reprint 1998, London: Sage, pp. 144-160.

Potter, J. / Wetherell, M. (2001): „Unfolding Discourse Analysis“, in: Wetherell, M. / Taylor, S. / Yates, S. (eds.), *Discourse Theory and Practice – A Reader*, Reprint (2005), London: Sage, pp. 198-209.

Potter, J. / Wetherell, M. (1987): *Discourse and Social Psychology: Beyond Attitudes and Behavior*, London: Sage.

Prichard, C. / Jones, D. / Stablein, R. (2004): „Doing Research in Organizational Discourse: The Importance of Researcher Context“, in: Oswick, C. / Putnam, L. / Phillips, N. (Eds), *The Sage Handbook of Organizational Discourse*, London: Sage, pp. 213-236.

Prior, L. (1997): „Following in Foucault's Footsteps – Text and Context in Qualitative Research“, in: Silverman, D. (Ed.): *Qualitative Research – Theory, Method and Practice*, (1997) reprint 1998, London: Sage, pp. 63-79.

Ramanujam, R. / Rousseau, D. (2006): „The challenges are organizational not just clinical“, ***Journal of Organizational Behavior***, Vol. 27 No. 7, pp. 811-827.

RANZCOG – Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (2003): AROMA – *Assessing Risk in Obstetrics and Maternity Anaesthesia*, Victoria.

Rasmussen, J. (1982): „Human Errors: A Taxonomy for describing Human Malfunctioin in industrial installations“, ***Journal of Occupational Accidents***, Vol. 4, 1982, pp. 311-333.

Reason, J. (2008): *The Human Contribution – Unsafe Acts, Accidents and Heroic Recoveries*, Farnham: Ashgate.

Reason, J. (1997): *Managing the Risks of Organizational Accidents*, Farnham: Ashgate.

Reason, J. (1990): *Human Error*, New York: Cambridge University Press.

Reed, M. (1998): „Organizational Analysis as Dicourse Analysis: A Critique“, in: Grant, D. / Keenoy, T. / Oswick, C. (Eds.), *Discourse and Organization*, London: Sage, pp. 193-213.

Rhodes, C. / Clegg, S. / Anandakumar, A. (2008): „Ethical Vitality: Identity, Responsibility, and Change in an Australian Hospital“, ***International Journal of Public Administration***, Vol. 31, pp. 1037-1057.

Richardson, K. (2008): „Managing Complex Organizations – Complexity thinking and the Science and Art of Management“, ***Emergence – Complexity & Organization***, Vol. 10 No. 2, pp. 13-26.

Rijpma, J. (1997): „Complexity, Tight-Coupling and Reliability: Connecting Normal Accidents Theory and High Reliability Theory“, ***Journal of Contingencies and Crisis Management***, Vol. 5 No. 1, pp. 15-23.

Roberts, K. / Yu, K. / van Strahlen, D. (2004): „Patient Safety is an Organizational Systems Issue – Lessons from a Variety of Industries“, in: Youngblood, B. / Hatlie, M. (Eds), *Handbook on Patient Safety*, Aspen Publications.

Roberts, K. / Bea, R. (2001): „Must Accidents Happen? Lessons from high-reliability organizations“, ***Academy of Management Executive***, Vol. 15 No. 3, pp. 70-78.

Roberts, K. / Stout, S. / Halpern, J. (1994): „Decision dynamics in two high reliability military organizations“, ***Management Science***, Vol. 40 No. 5, pp. 614-624.

Rohe, J. / Beyer, M. / Gerlach, F. (2005): „Aspekte zu Risiken aus der Sicht der Health Professionals – Begriffe und Definitionen“, in: Holzer, E. / Thomeczek, C. / Hauke, E. / Conen, D. / Hochreutener, M.-A. (2005): *Patientensicherheit – Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen*, Wien: Facultas, pp. 14-19.

Rorty, R. (1989): *Contingency, irony, and solidarity*, Cambridge: Cambridge University Press.

Rosenthal, M. (1999): „How doctors think about medical mishaps“, in: Rosenthal, M. / Mulcahy, L. / Lloyd-Bostock, S. (Eds), *Medical Mishaps – Pieces of the Puzzle*, Buckingham: Open University Press, pp. 141-153.

Rosenthal, M. / Mulcahy, L. / Lloyd-Bostock, S. (1999): *Medical Mishaps – Pieces of the Puzzle*, Buckingham: Open University Press.

Roter, D. / Larson, S. / Shinitzky, H. / Chernoff, R. / Serwint, J. / Adamo, G. / Graceanne, A. / Wissow, L. (2004): „Use of an innovative video feedback technique to enhance communication skills training“, ***Medical Education***, Vol. 38 No. 2, pp. 145-157.

Sackett, D. / Rosenberg, W. (1995): „The need for evidence-based medicine“, ***Journal of the Royal Society of Medicine***, Vol. 88, pp. 620-624.

Sagan, S. (1993): *Limits of Safety: Organizations, accidents and nuclear weapons*, Princeton, NJ: Princeton University Press.

Salas, E. / Cooke, N. / Rosen, M. (2008): „On Teams, Teamwork, and Performance: Discoveries and Developments“, ***Human Factors***, Vol. 50 No. 3, pp. 540-547.

Salas, E. / Sims, D. / Klein, C. / Burke, S. (2003): „Can Teamwork Enhance Patient Safety?“, ***Risk Managament Foundation FORUM*** (Harvard Medical Institutions), Vol. 23 No. 3, pp. 5-9.

Saussure, F. de (1974): *Course in General Linguistics*, (eds.) Culler, J. / Baskin, T., London: Fontana.

Scharmer, C.O. (2009): *Theory U – Leading from the Future as It Emerges, The Social Technology of Presencing*, San Francisco, CA: Berrett-Kohler.

Schatzki, T. (2006): „On Organizations as they Happen“, ***Organization Studies***, Vol. 27 No. 12, pp. 1863-1873.

Schein, E. (1999): *The Corporate Culture Survival Guide: Sense and Nonsense About Culture Change*, San Francisco, CA: Jossey-Bass.s

Schein, E. (1985): *Organizational Culture and Leadership*, reprint (1991), San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Schierenbeck, H. / Lister, M. (2002): *Value-Controlling: Grundlagen wertorientierter Unternehmensführung*, 2. Auflage, München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.

Schmidt, W. / Finnigan, J. (1993): *TQManager: A Practical Guide for Managing in a Total Quality Organization*, San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Schrappe, M. (2005): „Das sichere Krankenhaus“, in: Holzer, E. / Thomeczek, C. / Hauke, E. / Conen, D. / Hochreutener, M. (Hrsg.), *Patientensicherheit – Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen*, Wien: Facultas, S. 56-61.

Schulman, P. (2004): „General Attributes of Safe Organizations“, ***Quality and Safety in Health Care***, Vol. 13, Suppl. II (2004), pp. ii39-ii44.

Schultz, M. / Hatch, M. (2005): „Building theory from practice“, ***Strategic Organization***, Vol. 3 No. 3, pp. 337-348.

Schultz, M. / Hatch, M. / Larsen, M. (2000): *The Expressive Organization: Linking Identity, Reputation and the Corporate Brand*, Oxford, UK: Oxford University Press.

Searle, J. (2010): *Making the Social World – The Structure of Human Civilization*, New York: Oxford.

Searle, J. (2001): *Rationality in Action*, Cambridge, MA: MIT Press.

Searle, J. (1995): *Construction of Social Reality*, New York: Free Press.

Seghezzi, H. (2003): *Integriertes Qualitätsmanagement – Das St. Galler Konzept*, 2. Auflage, München: Carl Hanser Verlag.

Senge, P. (2006): *The Fifth Discipline – The Art and Practice of the Learning Organization*, New York: Currency Doubleday.

Senge, P. / Ross, R. / Smith, B. / Roberts, C. / Kleiner, A. (1994): *The Fifth Discipline Fieldbook – Strategies and Tools for Building a Learning Organization*, New York: Currency Doubleday.

Shaw, P. / Stacey, R. (2005): *The Experience of Risk, Spontaneity and Improvization in Organizational Change – Working Live*, London: Routledge.

Shinn, J. (2000): „Root Cause Analysis: A Method of Adressing Errors and Patient Risk“, ***Progress in Cardiovascular Nursing***, Vol. 15 No. 1, pp. 24-25.

Shortell, S. / Bennett, C. / Byck, G. (1998): „Assessing the Impact of continuous quality improvement on clinical pratice – What it will take to accelerate progress“, ***The Milbank Quarterly***, Vol. 76 No, 4, pp. 593-624.

Shotter, J. (2008): „Dialogism and Polyphony in Organizing Theorizing in Organization Studies: Action Guiding Anticipations and the Continuous Creation of Novelty“, ***Organization Studies***, Vol. 29 No. 4, pp. 501-524.

Shotter, J. (1993): *Conversational Realities – Constructing Life through Language*, London: Sage.

Silverman, D. (1997): *Qualitative Research – Theory, Method and Practice*, Reprint (1998), London: Sage.

Simmenroth-Nayda, A. / Chenot, J. / Fischer, T. / Scherer, M. / Stanske, B. / Kochen, M. (2007): „Mit Laienschauspielern das ärztliche Gespräch trainieren“, ***Deutsches Ärzteblatt***, Jg. 104, Heft 13, 30. März 2007, S. A847-852.

Smith, A. / Goodwin, D. / Mort, M. / Pope, C. (2003): „Expertise in Practice: An ethnographic study exploring acquisition and use of knowledge in anaesthesia“, ***British Journal of Anaesthesia***, Vol. 91 No. 3, pp. 319-328.

Sofsky, W. (2005): *Das Prinzip Sicherheit*, Frankfurt a.M.: S. Fischer Verlag.

Solberg, L. / Kottke, T. / Brekke, M. / Magnan, S. / Davidson, G. / Calomeni, C. / Conn, S. / Amundson, G. / Nelson, A. (2000): „Failure of a Continuous Quality Improvement Intervention To Increase the Delivery of Preventive Services - A Randomized Trial“, ***Effective Clinical Pratice***, Vol. 3 No. 3, pp. 105-115.

Solomon, R. / Higgins, K. (2003): *Eine kurze Geschichte der Philosophie*, Sonderausgabe, Dt. Erstausgabe 2000, München: Piper Verlag.

Stacey, Ralph D. (2011): *Strategic Management and Organisational Dynamics – The Challenge of Complexity*, 6. Auflage, Harlow: Pearson Education.

Stacey, Ralph D. (2007): *Strategic Management and Organisational Dynamics – The Challenge of Complexity*, 5. Auflage, Harlow: Pearson Education.

Stacey, R. (2006): „Learning as an Activity of Interdependent People“, in: MacIntosh, R. / MacLean, D. / Stacey, R. / Griffin, D. (2006): *Complexity and Organization – Readings and Conversations*, 1. Auflage, Abington, UK: Routledge, pp. 237-246.

Stacey, Ralph D. (2003): *Strategic Management and Organisational Dynamics – The Challenge of Complexity*, 4. Auflage, Harlow: Pearson Education.

Stacey, Ralph D. (2000): *Strategic Management and Organisational Dynamics – The Challenge of Complexity*, 3. Auflage, Harlow: Pearson Education.

Stacey, R. (1992): *Managing Chaos – Dynamic Business Strategies in an Unpredictable World*, London: Kogan Page.

Stanley, D. (2009): „Complex Responsive Processes: An Alternative Interpretation of Knowledge, Knowing, and Understanding“, ***Complexity: An International Journal of Complexity and Education***, Vol. 6 No. 1, pp. 29-39.

Starbuck, W. (2006): *The Production of Knowledge – The Challenge of Social Science Research*, New York: Oxford.

State Government of Victoria (2006): Clinical Risk Management: Root Cause Analysis and Risk Reduction Action Plan Summaries, auf: http://www.health.vic.gov.au/clinrisk/sentinel/rca.htm (letzter Zugriff: 31.08.2011)

Strauss, A. / Schatzman, L. / Ehrlich, D. / Bucher, R. / Sabshin, M. (1963): „The hospital and its negotiated order“, in: Freidson, E. (ed.), *The hospital in modern society*, New York: Free Press of Glencoe, pp. 147-169.

Stroebel, C. / McDaniel, R. / Crabtree, B. / Miller, W. / Nutting, P. / Strange, K. (2005): „How Complexity Science can inform a Reflective Process for Improvement in Primary Care Practices“, ***Journal of Quality and Patient Safety***, Vol. 31 No. 8, pp. 438-446.

Strohschneider, S. (2009): „Kultur und sicheres Handeln – Kulturpsychologische Perspektiven“, in: Strohschneider, S. / Heinmann, R. (Hrsg.), *Kultur und sicheres Handeln*, Frankfurt: Verlag für Polizeiwissenschaft, pp. 15-29.

Suchman, A. (2006): „A New Theoretical Foundation for Relationship-centered Care – Complex Responsive Processes of Relating“, ***Journal of General Internal Medicine***, Vol. 21, Issue S1, pp. S40–S44.

Sundar, E. / Sundar, S. / Pawlowski, J. / Blum, R. / Feinstein, D. / Pratt, S. (2007): „Crew Resource Management and Team Training“, ***Anesthesiology Clinics***, Vol. 25 (2007), pp. 283-300.

Sutcliffe, K. / Lewton, E. / Rosenthal, M. (2004): „Communication Failures: An Insidious Contributor to Medical Mishaps“, ***Academic Medicine***, Vol. 79 No. 2, pp. 186-194.

SVR (2003) – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003: *Finanzierung, Nutzenorientierung und Qualität*, Gutachten – Band 1, Bonn.

Swann, J. / Leap, W. (2000): „Language in Interaction“, in Mesthrie, R. / Swann, J. / Deumert, A. / Leap, W. (Eds.): *Introducing Sociolinguistics*, 1. Auflage, Edinburgh: Edinburgh University Press, pp. 184-215.

Tamuz, M. / Harrison, M. (2006): „Improving Patient Safety in Hospitals – Contributions of High Reliability Theory and Normal Accidents Theory“, ***Health Services Research***, Vol. 41 No. 4, Part II, forthcoming.

Taylor, B. (2004): „Postmodern Theory“, in: May, S. / Mumby, D. (Eds.), *Engaging Organizational Communication Theory and Research: Multiple Perspectives*, Thousand

Oaks, CA: Sage (2005), pp. 113-140.

Taylor, C. (1993): „To follow a rule ...“, in: Calhoun, C. / LiPuma, E. / Postone, M. (eds.), *Bourdieu: Critical perspectives*, Cambridge: Polity Press, pp. 45-60.

Taylor, J. / Van Every, E. (2000): *The Emergent Organization: Communication as Its Site and Surface*, Mahwah, NJ: Erlbaum.

Taylor-Gooby, P. / Zinn, J. (2006a): „The Current Significance of Risk“, in: Taylor-Gooby, P. / Zinn, P. (Eds), *Risk in Social Science*, New York: Oxford, pp. 1-19.

Taylor-Gooby, P. / Zinn, J. (2006b): „Current Directions in Risk Research: new developments in psychology and sociology“, ***Risk Analysis***, Vol. 26 No. 2, pp. 397-411.

Thomas, E. / Petersen, L. (2003): „Measuring errors and adverse events in health care“, ***Journal of General Internal Medicine***, Vol. 18 No. 1, pp. 61-67.

Thompson, J. (1956): „On building an administrative science“, ***Administrative Science Quarterly***, Vol. 1 No. 1, pp. 102-111.

Tiessen, B. (2008): „On the Journey to a Culture of Patient Safety“, ***Healthcare Quarterly***, Vol. 11 No. 4, pp. 58-63.

Tietze, S. / Cohen, L. / Musson, G. (2003): *Understanding Organizations through Language*, London: Sage.

Toulmin, S. (2003): *Return to Reason*, 2. Auflage, Boston, MA: Harvard University Press.

Townley, B. (2008): *Reason's Neglect – Rationality and Organizing*, Oxford, UK: Oxford University Press.

Towley, B. / Cooper, D. / Oakes, L. (2003): „Performance Measures and the Rationalization of Organizations“, ***Organization Studies***, Vol. 24 No. 7, pp. 1045-1071.

Treibel, A. (1993): *Einführung in soziologische Theorien der Gegenwart*, 1. Auflage, Opladen: Leske+Budrich.

Trigg, R. (2001): *Understanding Social Science – A Philosophical Introduction to the Social Sciences*, 2nd Edition, Oxford, UK: Blackwell.

Tsoukas, H. / Chia, R. (2002): „On Organizational Becoming: Rethinking Organizational Change“, ***Organization Science***, Vol. 13 No. 5, pp. 567-582.

Tsoukas, H. / Hatch, M. (2001): „Complex thinking, complex practice: The case for a narrative approach to organizational complexity“, ***Human Relations***, Vol. 54 No. 8, pp. 979-1013.

Tsoukas, H. (1998): „Introduction: Chaos, Complexity and Organization Theory“, ***Organization***, Vol. 5 No. 3, pp. 291-313.

Tucker, A. / Edmondson, A. (2003): „Why Hospitals Don't Learn from Failures: Organizational and Psychological Dynamics that inhibit System Change", ***California Management Review***, Vol. 45 No. 2, pp. 55-72.

Turner, B. / Pidgeon, N. (1997): *Man-Made Disasters*, 2nd Edition, Oxford: Butterworth-Heinemann.

Tversky, A. / Kahneman, D. (1974): „Judgement under uncertainty: Heuristics and biases: biases in judgements reveal some heuristics of thinking under uncertainty", ***Science***, Vol. 185 No. 4157, pp. 1124-1131.

Uhl-Bien, M. / Marion, R. / McKelvey, B. (2007): „Complexity Leadership Theory – Shifting leadership from the industrial age to the knowledge era", ***The Leadership Quarterly***, Vol. 18 No. 4, pp. 298-318.

Ujlaky, R. (2005): *Innovations-Risikomanagement im Krankenhaus*, Europäische Hochschulschriften, Reihe 5, Band 3170, Frankfurt a.M.: Peter Lang Verlag.

Urry, J. (2003): *Global Complexity*, Cambridge, UK: Polity Press.

Van der Geest, S. / Finkler, K. (2004): „Hospital ethnography: introduction", ***Social Science & Medicine***, Vol. 59 No. 10, pp. 1995-2001.

Van Dijk (2001): „Principles of Critical Discourse Analysis", in: Wetherell, M. / Taylor, S. / Yates, S. (eds.), *Discourse Theory and Practice – A Reader*, Reprint (2005), London: Sage, pp. 300-317.

Van Eijnatten, F. (2004): „Chaos and Complexity: An Overview of the 'New Science' in Organization and Management", ***Revue Sciences de Gestion***, Vol. 40, pp. 123-165.

Van Uden, J. / Richardson, K. / Cilliers, P. (2001): „Postmodernism Revisited? Complexity Science and the Study of Organisations", ***Tamara: Journal of Critical Postmodern Organization Science***, Vol. 1 No. 3, pp. 53-67.

Van Vuuren, M. / Elving, W. (2008): „Communication, sensemaking and change as a chord of three strands – Practical implications and a research agenda for communicating organizational change", ***Corporate Communications: An International Journal***, Vol. 13 No. 3, pp. 349-359.

Vincent, C. / Reason, J. (1999): „Human factors approaches in medicine", in: Rosenthal, M. / Mulcahy, L. / Lloyd-Bostock, S. (Eds), *Medical Mishaps – Pieces of the Puzzle*, Philadelphia: Open University Press, pp. 39-56.

Von Eiff, W. (2007a): *Risikomanagement – Kosten-/Nutzen-basierte Entscheidungen im Krankenhaus,* Schriftenreihe Gesundheitswirtschaft, Band 2, Wegscheid: WIKOM Verlag.

Von Eiff, W. (2007b): „Vorwort", in: von Eiff (Hrsg.), Schriftenreihe Gesundheitswirtschaft, Band 2, *Risikomanagement – Kosten-/Nutzen-basierte Entscheidungen im Krankenhaus*, Wegscheid: WIKOM Verlag, pp. 12-44.

Von Eiff, W. (2007c): „Das verborgene Krankenhaus – Unterschätzte Risiken gefährden Patienten“, in: von Eiff (Hrsg.), Schriftenreihe Gesundheitswirtschaft, Band 2, *Risikomanagement – Kosten-/Nutzen-basierte Entscheidungen im Krankenhaus*, Wegscheid: WIKOM Verlag, pp. 173-199.

Von Eiff, W. / Middendorf, C. (2007): „Klinisches Risikomanagement – CKM Trendstudie zur Umsetzung in deutschen Krankenhäusern“, in: von Eiff (Hrsg.), Schriftenreihe Gesundheitswirtschaft, Band 2, *Risikomanagement – Kosten-/Nutzen-basierte Entscheidungen im Krankenhaus*, Wegscheid: WIKOM Verlag, pp. 47-59.

Von Heusinger, M. / Schenkel-Häger, C. (2007): „Risk Management als ein Teil der Krankenhausorganisation“, in: von Eiff (Hrsg.), Schriftenreihe Gesundheitswirtschaft, Band 2, *Risikomanagement – Kosten-/Nutzen-basierte Entscheidungen im Krankenhaus*, Wegscheid: WIKOM Verlag, S. 106-128.

Waldrop, M. (1992): *Complexity – The Emerging Science at the Edge of Order and Chaos*, New York: Simon & Schuster.

Ward, A. / Smith, J. (2003): *Trust and Mistrust – Radical Risk Strategies in Business Relationships*, Chichester (Sussex: UK): John Wiley & Sons.

Waring, J. / McDonald, R. / Harrison, S. (2006): „Safety and complexity: inter-departmental relationships as a threat to patient safety in the operating department“, ***Journal of Health Organization and Management***, Vol. 20 No. 3, pp. 227-242.

Watson, T. (2002): *Organising and Managing Work – Organisational, managerial and strategic behaviour in theory and practice*, Harlow, UK: Pearson Education.

Watson, T. (1997): „Languages within Languages: A social constructionist perspective on multiple managerial discourses“, in: Bargiela-Chiappini, F. / Harris, S. (Eds.), *The Languages of Business – An International Perspective*, Edinburgh: Edinburgh University Press, pp. 211-227.

Watson, T. (1995): *Sociology, Work and Industry*, 3. Auflage, London: Routledge.

Weeks, W. / Bagian, J. (2003): „Making the Business Case for Patient Safety“, ***The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety***, Vol. 29 No. 1, pp. 51-54.

Weick, K. (2009a): *Making Sense of the Organization – The Impermanent Organization*, Volume II, Chichester, Sussex: John Wiley & Sons.

Weick, K. (2009b): „Making Sense of Blurred Images: Mindful Organizing in Mission STS-107“, in: Weick, K. (2009): *Making Sense of the Organization – The Impermanent Organization*, Volume II, Chichester, Sussex: John Wiley & Sons, pp. 111-128.

Weick, K. (2009c): „Impermanent Systems and Medical Errors: Variety Mitigates Adversity“, in: Weick, K. (2009): *Making Sense of the Organization – The Impermanent Organization*, Volume II, Chichester, Sussex: John Wiley & Sons, pp. 157-172.

Weick, K. (2009d): „Drop Your Tools: An Allegory for Organizational Studies“, in:

Weick, K. (2009): *Making Sense of the Organization – The Impermanent Organization*, Volume II, Chichester, Sussex: John Wiley & Sons, pp. 247-259.

Weick, K. (2009e): „Organized Impermanence: An Overview“, in: Weick, K. (2009a): *Making Sense of the Organization – The Impermanent Organization*, Volume II, Chichester, Sussex: John Wiley & Sons, pp. 3-8.

Weick, K. / Sutcliffe, K. (2009): „Hospitals as Cultures of Entrapment: A Re-Analysis of the Bristol Royal Infirmary“, in: Weick, K. (2009): *Making Sense of the Organization – The Impermanent Organization*, Volume II, Chichester, Sussex: John Wiley & Sons, pp. 177-188.

Weick, K. / Sutcliffe, K. (2007): *Managing The Unexpected – Assuring High Performance In An Age of Complexity*, San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Weick, K. / Sutcliffe, K. / Obstfeld, D. (2005): „Organizing and the Process of Sensemaking“, ***Organization Science***, Vol. 16 No. 4, pp. 409-421.

Weick, K. (2004): „Normal Accident Theory as Frame, Link, and Provocation“, ***Organization and Environment***, Vol. 17 No. 1, pp. 27–31.

Weick, K. (2001a): *Making Sense of the Organization*, Oxford, UK: Blackwell.

Weick, K. (2001b): „Sensemaking in Organizations: Small Structures with Large Consequences“, in: Weick, K. (2001): *Making Sense of the Organization*, Oxford, UK: Blackwell, pp. 5-31.

Weick, K. (2001c): „Organizational Culture as a Source of High Reliability“, in: Weick, K. (2001): *Making Sense of the Organization*, Oxford, UK: Blackwell, pp. 330-344.

Weick, K. / Bougon, M. (2001): „Organizations as Cognitive Maps: Charting Ways to Success and Failure“, in: Weick, K. (2001): *Making Sense of the Organization*, Oxford, UK: Blackwell, pp. 308-329.

Weick, K. / Roberts, K. (2001): „Collective mind in organizations: Heedful interrelating on flight decks“, in: Weick, K. (2001): *Making Sense of the Organization*, Oxford, UK: Blackwell, pp. 259-283.

Weick, K. / Sutcliffe, K. / Obstfeld, D. (1999): „Organizing for high-reliability“, ***Research in Organizational Behavior***, Vol. 21, pp. 81-123.

Weick, K. (1996): „Drop Your Tools: An Allegory for Organizational Studies“, ***Administrative Science Quarterly***, Vol. 41 No. 2, pp. 301-313.

Weick, K. (1995): *Sensemaking in Organizations*, London: Sage.

Weick, K. / Roberts, K. (1993): „Collective mind in organizations: Heedful interrelating on flight decks“, ***Administrative Science Quarterly***, Vol. 37 No 3.

Weick, K. (1987): „Organizational culture as a source of high reliability“, ***California Management Review***, Vol. 20 No. 2, pp. 112-127.

Weiskopf, R. (2003): „Management, Organisation, Poststrukturalismus“, in: Weiskopf, R. (Hrsg.), *Menschenregierungskünste – Anwendungen Poststrukturalistischer Analyse auf Management und Organisation*, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, pp. 9-33.

Wetherell, M. / Taylor, S. / Yates, S. (2001): *Discourse Theory and Practice – A Reader*, Reprint (2005), London: Sage.

Wheatley, M. (2006): *Leadership and the New Science – Discovering Order in a Chaotic World*, San Francisco, CA: Berrett-Koehler.

White, D. / Suter, E. / Parboosingh, J. / Taylor, E. (2008): „Communities of Practice: Creating Opportunities to Enhance Quality of Care and Safe Practices“, ***Healthcare Quarterly***, Vol. 11, Special Issue 2008 – Patient Safety Papers, pp. 80-84.

Wiedensohler, R. (2007): „Risk Management, Fehlerkultur und Patientensicherheit“, in: von Eiff (Hrsg.), Schriftenreihe Gesundheitswirtschaft, Band 2, *Risikomanagement – Kosten-/Nutzen-basierte Entscheidungen im Krankenhaus*, Wegscheid: WIKOM Verlag, pp. 258-270.

Wiener, C. (2000): *The elusive quest – Accountability in hospitals*, New York: Aldine de Gruyter.

Wilson, R. / Runciman, W. / Gibberd, R: / Harrison, B. / Newby, L. / Hamilton, J. (1995): „The Quality in Australian Health Care Study“, ***The Medical Journal of Australia***, Vol. 163 No. 9, pp. 458-471.

Witten, M. (1993): „Narrative and the culture of obedience at the workplace“, in: Mumby, D. (Ed.), *Narrative and Social Control: Critical Perspectives*, London: Sage, pp. 97-120.

Wittgenstein, L. (2003a): *Philosophische Untersuchungen*, Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.

Wittgenstein, L. (2003b): *Tractatus logico-philosophicus*, Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.

Wolf, K. / Runzheimer, B. (2000): *Risikomanagement und KonTraG: Konzeption und Implementierung*, 2. Auflage, Wiesbaden: Gabler.

Woodilla, J. (1998): „Workplace Conversations: The Text of Organizing“, in: Grant, D. / Keenoy, T. / Oswick, C. (Eds.), *Discourse and Organization*, London: Sage, pp. 31-50.

Woods, D. / Cook, R. (2003): „Mistaking Error“, in: Youngberg, B. / Hatlie, M (Eds.), *Patient Safety Handbook*, Sudbury, MA: Jones and Bartlett, Chapter 7, pp. 95-108.

Wu, A. / Lipshutz, A. / Pronovost, P. (2008): „Effectiveness and Efficiency of Root Cause Analysis in Medicine“, ***The Journal of the American Medical Association***, Vol. 299 No. 6, pp. 685-687.

Yassi, A. / Hancock, T. (2005): „Patient Safety – Worker Safety: Building a Culture of Safety to Improve Healthcare Worker and Patient Safety Well-Being“, ***Healthcare Quarterly***, Vol. 8, Special Issue (2005) – Patient Safety Papers, pp. 32-38.

Zboril-Benson, L. / Magee, B. (2005): „How Quality Improvement Projects Influence Organizational Culture“, ***Healthcare Quarterly***, Vol. 8, Special Issue (2005) – Patient Safety Papers, pp. 26-31.

Ziegenbein, R. (2001): *Klinisches Prozessmanagement – Implikationen, Konzepte und Instrumente einer ablauforientierten Krankenhausführung*, Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.

Zizek, S. (2006): *How to Read Lacan*, London: Granta Books.

Zohar, D. (1997): *Rewiring the Corporate Brain: Using the New Science to Rethink How We Structure and Lead Organizations*, San Francisco, CA: Berrett-Koehler.