



universität  
wien

# Masterarbeit

Titel der Masterarbeit

„Der Personalentscheidungsprozess in der Organisation  
Krankenhaus.

Ausdruck einer historisch gewachsenen Bürokratie?“

verfasst von

Mag.phil. Karoline Enter, Bakk.phil.

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (MA)

Wien, 2014

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 066 905

Studienrichtung lt. Studienblatt: Masterstudium Soziologie

Betreuerin: Ao.Univ.-Prof. Mag. Dr. Ulrike Froschauer



# Danksagung

Ich danke meiner Betreuerin, Ao.Univ.-Prof. Mag. Dr. Ulrike Froschauer, für die hilfreiche und inhaltlich lehrreiche Unterstützung und die ausführlichen Rücksprachen während des gesamten Prozesses der Masterarbeit. Stets habe ich mich bei ihrer Betreuung in besten Händen gefühlt.

Meinen Eltern gebührt ebenfalls Dank für ihr Verständnis und die seelische und finanzielle Unterstützung, die sie mir auf meinen Weg mitgegeben haben.

Schließlich möchte ich mich noch bei all jenen bedanken, die mich bei der Interpretation des Datenmaterials in zahlreichen Stunden unterstützt haben und speziell bei Nina, die zusätzlich auch noch die Masterarbeit Korrektur gelesen hat.



# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>5</b>
<b>2. Fragestellung, Erkenntnisinteresse und wissenschaftliche Relevanz</b> .....	<b>10</b>
2.1 Erkenntnisinteresse und Fragestellung.....	10
2.2 Wissenschaftliche Relevanz.....	12
<b>3. Methodologie und Methoden</b> .....	<b>15</b>
3.1 Qualitative Forschungsorganisation.....	15
3.2 Methodische Umsetzung.....	18
3.2.1 Erhebungsinstrumente und -strategien.....	18
3.2.2 Auswertungsinstrumente und -strategien.....	20
3.2.2.1 Feinanalyse.....	21
3.2.2.2 Themenanalyse.....	22
3.2.2.3 Codierverfahren.....	22
3.2.3 Begründung der Auswertungsmethoden.....	23
3.3 Darstellung des Forschungsverlaufes.....	25
3.3.1 Zyklisches Forschungsvorgehen und forschungsrelevante Entscheidungen.....	25
3.3.2 Auswahl der InterviewpartnerInnen nach dem „Theoretical Sampling“.....	28
3.4 Qualitätssicherung.....	31
<b>4. Organisationsaufbau</b> .....	<b>33</b>
4.1 Das Krankenhaus und seine Trägerorganisation.....	33
4.1.1 Struktureller Aufbau der Verwaltungsdirektion des Krankenhauses.....	37
4.1.2 Die organisationale Umwelt.....	39
4.2 Theoretische Einbettung: Ein soziologischer Blick auf Krankenhäuser und deren Umwelten.....	40
4.3 Auswirkungen des organisationalen Gefüges auf die Strukturen des Krankenhauses.....	42
4.4 Informalität in den Strukturen des Krankenhauses.....	46

<b>5. Bürokratie als strukturgebendes und struktur(-aufrecht)erhaltendes Element</b>	
<b>im Krankenhaus</b> .....	<b>48</b>
5.1 Die Ausgestaltung von Bürokratie im Krankenhaus .....	48
5.2 Theoretische Einbettung: Bürokratie in der sozialwissenschaftlichen Literatur .....	52
5.2.1 Bürokratie - Begriffsdefinition .....	52
5.2.2 Hierarchie - Begriffsdefinition .....	53
5.2.3 Max Weber und die legale Herrschaft mit bürokratischem Verwaltungsstab .....	54
5.2.4 Dysfunktionalität von Bürokratie .....	55
5.3 Wirkungsweisen von Bürokratie .....	56
5.3.1 Förderung des organisationalen Zusammenhalts .....	56
5.3.2 Koordinierung durch Kontrolle .....	58
5.3.3 Abschwächung demokratischer Prozesse .....	59
5.3.4 Förderung von autoritärer Führung .....	60
5.3.5 Abschwächung organisationaler Flexibilität .....	61
5.4 Bürokratie – ein funktionales Instrument im Krankenhaus? .....	63
<b>6. Exkurs: Informalität als Reaktion auf Bürokratie</b> .....	<b>65</b>
6.1 Theoretische Einbettung: Formalität und Informalität in Organisationen .....	65
6.1.1 Formalität, Informalität und Regelverletzung .....	65
6.1.2 Neoinstitutionalismus .....	68
6.2 Informalität in der bürokratischen Organisation des Krankenhauses .....	71
<b>7. Der Prozess der Personalentscheidung</b> .....	<b>74</b>
7.1 Ein typischer Verwaltungs-Personalauswahlprozess für nicht leitende Positionen .....	74
7.1.1 Einschulungsprozedere von Schreibkräften im medizinischen Dienst .....	77
7.1.2 Abgrenzung: Ein typischer Verwaltungs-Personalauswahlprozess für leitende Positionen .....	80
7.1.3 Abgrenzung: Der Personalauswahlprozess von Pflegepersonal .....	81
7.2 Theoretische Einbettung: Ein soziologischer Blick auf Entscheidungsfindung .....	85
7.2.1 Niklas Luhmann: Entscheidungsprämisse .....	85
7.2.2 Niklas Luhmann: Mitgliedschaft und Mitgliedschaftsrolle .....	86
7.2.3 Exkurs: Der Homo oeconomicus .....	87

7.2.4 James March und Herbert Simon: „Bounded Rationality“	89
7.2.5 Auswahl als retrospektive Sinnbildung	91
7.3 Strategien der Entscheidungsfindung und Entscheidungsabsicherung	92
7.3.1 Entscheidungsfindung durch Gruppenkonsens	92
7.3.2 Entscheidungsfindung durch Eingrenzung des EntscheiderInnenkreises	94
7.3.3 Entscheidungsfindung durch Position und Weisungsrecht	95
7.3.4 Entscheidungsfindung durch informelle Kanäle und informelle Information	96
7.3.5 Entscheidungsabsicherung durch Testung der KandidatInnen	98
7.3.6 Entscheidungsabsicherung durch verlängerte Entscheidungszeiträume	99
7.3.7 Entscheidungsabsicherung durch Standardisierung	101
7.3.8 Entscheidungsabsicherung durch Schulung und Routine der Entscheidungs- finderInnen	103
7.3.9 Entscheidungsabsicherung durch „externe Beteiligte“	104
7.3.10 Entscheidungsabsicherung durch Delegation an oberste Hierarchieebenen	106
7.4 „Rational Choice“ oder „Bounded Rationality“?	107
7.5 Informalität in den Personalentscheidungen und in Fragen der Mitgliedschaft	110
<b>8. Conclusio</b>	<b>114</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>120</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>127</b>
<b>Anhang</b>	<b>128</b>
Kurzzusammenfassung	128
Abstract	129
Lebenslauf	130



## 1. Einleitung

Organisationen sind im Laufe ihres Bestehens ständig mit personellen Änderungen konfrontiert. Kündigungen, Versetzungen und Aufnahmen von MitarbeiterInnen stellen Arbeitsagenden dar, denen sich Organisationen mit großen zeitlichen, finanziellen aber auch personellen Ressourcen stellen müssen.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, genau diese Vorgänge näher zu beleuchten. Wie der Titel bereits ankündigt, sollen Prozesse organisationalen Entscheidens über Personal (und hierbei insbesondere Prozesse der Personalauswahl) aus soziologischer Sicht beleuchtet werden. Die Organisation, in welcher die Forschung durchgeführt wurde, ist ein Krankenhaus einer öffentlichen Trägerorganisation, welches zu einem späteren Zeitpunkt in seinem Aufbau und in seinen Strukturen noch ausführlicher beschrieben wird.

Wohl jeder ist in seinem Leben (oft mehrmals) in eine Personalentscheidung involviert, sei es nun als „entscheidender“ Akteur, der selbst Personalentscheidungen trifft oder an einer solchen teilhat, oder als Akteur, über welchen entschieden wird, ob er künftig die Mitgliedschaft in der Organisation erhalten wird oder ob sie verwehrt bleibt. Wenn man nun davon ausgeht, dass Organisationen als wesentliche Institutionen sozialen Lebens enorme Wichtigkeit aufweisen und so das soziale, aber auch das individuelle Leben mit-strukturieren, wird klar, warum es interessant und lohnend ist, sich mit Personalentscheidungsprozessen auseinanderzusetzen und aufzuzeigen, worin ihre Brisanz liegt.

Entscheidungen sind wesentliche Bestandteile von Organisationen und weisen eine hohe Wichtigkeit für diese auf. Sie stehen stets im Kontext des organisatorischen Geschehens und bilden auch selber den Kontext, in dem weitere Entscheidungen getroffen werden. Des Weiteren sind Entscheidungen in Organisationen nicht von den handelnden Akteuren zu trennen. Zwar kann man Entscheidungen als eigene analytische Ebene betrachten, diese sollten jedoch nicht von den entscheidenden Akteuren abstrahiert werden. Entscheidungen sind vielmehr ein zentrales Element von Organisationen. Durch Handlungen entstehen und verfestigen sich Strukturen, innerhalb derer wiederum andere Handlungen stattfinden. Diese sind wiederum an Personen gebunden, welche die Strukturen und Handlungen wahrnehmen und deuten und diese so erst „wirklich machen“.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Vgl. Wilz, Sylvia, *Entscheidungsprozesse in Organisationen. Eine Einführung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften 2010, S.8ff.

Entscheidungen erfolgen nicht indeterminiert, sondern stets im Einflussbereich eines sozialen Feldes. Hierbei kann man eine Entscheidung als Anpassung oder Orientierung beispielsweise an positive oder negative Bezugsgruppen definieren. Vor allem aber bedeuten Entscheidungen in dem Zusammenhang eine Anpassung an die Normen des jeweiligen sozialen Feldes.<sup>2</sup> In diesem Sinne beschäftigt sich die vorliegende Masterarbeit durch die Erforschung der Personalentscheidungsprozesse im Krankenhaus gleichzeitig auch mit den Normen, welche sich im sozialen Feld etabliert haben.

Die Forschungsarbeit zeigt wie Personalentscheidungsprozesse im Krankenhaus ablaufen, welche Formen sie annehmen, welche Faktoren oder Elemente dabei eine Rolle spielen, wer daran beteiligt ist und wie die Aushandlungen stattfinden. Denn diese oftmals komplex anmutenden Vorgänge spiegeln nicht nur die direkten Prozesse des Entscheidens über Personal wider – vielmehr verkörpern sie auch organisationale Normen, Strukturen, Leitbilder, Prämissen und Funktionen der Organisation. Ihre Erforschung kann einen Beitrag zum allgemeinen Verständnis über die Funktionsweise von Organisationen leisten und erweist sich daher als organisationssoziologisch höchst relevant.

In Kapitel 2 wird ausführlich dargestellt und weitergeführt, was Erkenntnisinteresse und Fragestellung der vorliegenden Forschung sind und es wird ein Einblick gegeben, inwiefern das Thema „Personalentscheidungsprozesse in der Organisation Krankenhaus“ soziologisch interessant und vor allem relevant ist.

Das Kapitel 3 beschreibt die Methodologie und die angewandten Forschungsmethoden, die zum Einsatz kamen um die Antworten auf die Fragestellung zu finden. Die Wahl der Methodologie fiel auf eine qualitative Forschungsorganisation; die Motive und die Begründung hierfür finden sich ebenfalls in diesem Kapitel. Es folgt eine Darstellung der angewandten Erhebungs- und Auswertungsmethoden, um die durchgeführte Forschung nachvollziehbar zu machen. Ziel ist es an dieser Stelle ebenfalls, den Forschungsablauf mitsamt seinen entscheidenden „Kreuzungspunkten“ und forschungsrelevanten Entscheidungen darzustellen. Dies dient ebenfalls der Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Forschung und soll außerdem gewährleisten, dass die im Anschluss daran wiedergegebenen Analyseergebnisse schlüssig und lückenlos vermittelt werden können.

Der anschließende Teil, die Forschungsanalyseergebnisse, teilt sich in vier große Bereiche. Vorwegzunehmen ist, dass entschieden wurde, die Literaturlandschaft zum Thema nicht vor

---

<sup>2</sup> Vgl. Klose, Alfred; Weiler, Rudolf, *Menschen im Entscheidungsprozeß*. Wien, Freiburg, Basel: Herder 1971, S.113.

die Ergebnisse zu stellen, sondern diese direkt in die Ergebnisteile einzubetten. Dies soll einer flüssigeren und kompakteren Darstellung der thematischen Einheiten dienen. Die Forschungsanalyseergebnisse teilen sich in vier große thematische Kapitel (4-7). Die Aufbereitung der Ergebnisse folgt einem bestimmten Schema: einer eher deskriptiv gehaltenen Beschreibung, welche sich noch stark direkt an der Erhebung orientiert, schließt die theoretische Einbettung an, der schließlich in einem dritten Schritt die Analyse des erhobenen Materials folgt, in der die eigentlichen Forschungsergebnisse dargelegt werden. Diese Dreiteilung wiederholt sich in jedem thematischen Block (den Exkurs zum Thema Informalität ausgenommen). Dies dient dazu, den Leser beziehungsweise die Leserin schrittweise an die Thematik heranzuführen und nach einer deskriptiven Darstellung des jeweiligen Themas und nach einem Blick in die soziologische Literatur dazu auf einer analytischen, nicht mehr ausschließlich manifesten, sondern latenten Analyseebene die Forschungsergebnisse zu präsentieren.

Kapitel 4 beschreibt den Organisationsaufbau des beforschten Krankenhauses. Dieses und seine Trägerorganisation werden in ihrem Aufbau dargestellt und dieser wird auch grafisch unterstützt wiedergegeben. Dies ist insofern bedeutend, als damit einerseits die Organisation, welche konkret beforscht wurde, der Leserschaft nähergebracht und erläutert wird und andererseits eine solche Darstellung unerlässlich ist, um in späterer Folge die Strukturen und Vorgänge, welche Personalentscheidungsprozesse beeinflussen, verstehen zu können. Nach einem Blick auf die Umwelt des Krankenhauses beschäftigt sich eine theoretische Einbettung mit einer soziologischen Einführung in Krankenhäuser und deren Umwelten. In einem darauffolgenden Schritt werden die Auswirkungen des organisationalen Gefüges auf die Strukturen des Krankenhauses im Rahmen der Analyseergebnisse verdeutlicht. Es wird gezeigt, worin die organisationalen Besonderheiten des beforschten Krankenhauses liegen und wie sich diese auf dessen Strukturen auswirken.

Das Kapitel 5 widmet sich der Darstellung von Bürokratie im Allgemeinen sowie im konkreten Forschungsobjekt. Es wird deutlich, dass Bürokratie als strukturgebendes und struktur(aufrecht-)erhaltendes Element im Krankenhaus fungiert. Nach einer Beschreibung der konkreten Ausgestaltung von Bürokratie folgt eine Darstellung der theoretisch soziologischen Erkenntnisse zu Bürokratie. Dabei handelt es sich natürlich um ein sehr breites Feld, was eine reduktionistische Auswahl der theoretischen Ansätze zum Themengebiet notwendig macht. Einigen Begriffsdefinitionen zu Bürokratie und Hierarchie folgt als Klassiker Max Weber mit seinen Ausführungen zur legalen Herrschaft mit bürokratischem

Verwaltungsstab. Auch zu den Dysfunktionalitäten von Bürokratie existiert theoretische Literatur, welche ausgewählt dargestellt wird. Anschließend erfolgt die Analyse von Bürokratie im Krankenhaus, welche sich konkret mit ihren Wirkungsweisen auseinandersetzt. Gewisse organisationale Elemente werden durch Bürokratie im Krankenhaus gefördert, andere werden abgeschwächt. Am Ende dieses Ergebniskapitels steht die Beantwortung der Frage, inwiefern Bürokratie ein funktionales Instrument im Krankenhaus darstellt.

Kapitel 6 ist ein Exkurs und nimmt direkten Bezug auf sein Vorgängerkapitel über Bürokratie. Diese kann man als den Prototyp der Formalität betrachten. Interessanterweise zeigte sich im Laufe der Forschung jedoch auch, dass sich gerade in stark formalisierten, bürokratisch strukturierten Krankenhäusern informelle Handlungswege und informelle Praktiken als Reaktion auf die starke Bürokratisierung bilden können. Aus diesem Grund wurde dem Thema der Informalität in Organisationen ein Exkurs gewidmet. Nach einer theoretischen Einbettung wird anhand der Ergebnisse der Untersuchung beschrieben, wie sich Informalität in den bürokratischen Strukturen des Krankenhauses zeigen kann. Im Laufe der Ausarbeitungen werden auch der Organisationsaufbau und die Personalentscheidungsprozesse des Krankenhauses auf informelle Handlungsweisen und Prozesse hin untersucht.

Kapitel 7 stellt das Herzstück des Forschungsergebnisteils dar und beschäftigt sich mit dem im Zentrum stehenden Forschungsinteresse, den Personalentscheidungsprozessen. Zunächst werden diese für die Dienstgruppe nicht leitendes Verwaltungspersonal beschrieben, sowie näher auf das Einschulungsprozedere, welches dieses zu absolvieren hat, eingegangen. Da die Hauptgruppe der Verwaltungsangestellten nicht leitende MitarbeiterInnen im medizinischen beziehungsweise ärztlichen Dienst sind, werden diese auch vorrangig behandelt und ihr typischer Personalentscheidungsprozess an den Anfang des Kapitels gestellt. Es folgt in Abgrenzung hierzu die Schilderung von Personalauswahlprozessen für leitendes Verwaltungspersonal sowie für Pflegepersonal. Dem schließt eine theoretische Einbettung an, die sich vorwiegend auf drei wichtige Quellen zur soziologischen Erforschung von Entscheidungsprozessen stützt: Niklas Luhmann und seinen Ausführungen zu Entscheidungsprämissen sowie zu Mitgliedschaft und Mitgliedschaftsrolle, James March und Herbert Simon und ihrer Vorstellung einer „eingeschränkten Rationalität“ in der Entscheidungsfindung und Karl Weicks theoretischen Grundlagen zur Auswahl als retrospektiver Sinnbildung. Schließlich bietet dieses Kapitel eine Darstellung von Entscheidungsfindungs- und Entscheidungsabsicherungsstrategien, welche durch die Analyse sichtbar gemacht werden konnten und in Krankenhäusern angewandt werden, um

Personalentscheidungen treffen zu können. Diese Strategien sind wichtige Modi beziehungsweise Gangarten für die Akteure, um auf die schwierige Situation der Auswahl von Personal reagieren zu können. Die Antwort auf die Fragen, ob Personalentscheidungsprozesse im Krankenhaus eher einer rationalen Auswahl („Rational Choice“) oder eingeschränkter Rationalität („Bounded Rationality“) folgen und wie sich Informalität im Entscheidungsprozess zeigen kann, bildet den Abschluss dieses Kapitels.

Schließlich werden die wichtigsten Analyseergebnisse und ihre Bedeutung für die soziologische Auseinandersetzung mit Entscheidungsprozessen in Kapitel 8, der Conclusio, nochmals reflektiert und hervorgehoben.

## **2. Fragestellung, Erkenntnisinteresse und wissenschaftliche Relevanz**

Nach der eben erfolgten Einleitung wird nun das Erkenntnisinteresse sowie die Fragestellung beschrieben und im Anschluss daran erläutert, inwiefern diese wissenschaftliche Relevanz aufweisen.

### **2.1 Erkenntnisinteresse und Fragestellung**

Wie durch die erste Beschäftigung mit dem Thema klar wurde, handelt es sich bei einem Personalentscheidungsprozess im Krankenhaus um einen oftmals nicht einfach nachvollziehbaren Prozess, welcher nicht nur ganz entscheidend auf Werthaltungen und Zielen des Krankenhauses basiert, sondern in dem auch verschiedene Akteure beteiligt sind, die unterschiedliche Werthaltungen und Motive darin einbringen. So bedeutend die Entscheidung über Personal für ein Krankenhaus auch ist, so ungreifbar erscheinen diese Prozesse doch zumeist.

Dabei ist anzunehmen, dass, wie bereits erwähnt, viele Elemente auf eine zu treffende Entscheidung Einfluss nehmen, was die Darstellung einer solchen sowie besonders der Motive, die zu der Entscheidung geführt haben, eine komplexe Angelegenheit werden lässt. Denn nicht nur die Werthaltungen und Motive der entscheidenden Akteure spielen eine Rolle, auch jene Akteure, über die entschieden wird, gestalten den Prozess wesentlich mit, wirken auf diesen ein und haben wiederum ihre eigenen Ziele und Motive. Schließlich bietet die Organisation Krankenhaus die Strukturen, innerhalb derer über Personal entschieden wird – diese beinhalten ebenfalls gewisse Normen und Organisationsziele, welche sozusagen in die Krankenhausstrukturen eingeschrieben sind und im Rahmen einer Personalentscheidung zu beachten sind. Zu guter Letzt kann auch die Krankenhausumwelt einen relevanten Einfluss auf Personalauswahlen haben (beispielsweise durch externe Krankenhausreformen, welche den Personaleinsatz in Krankenhäusern betreffen). Innerhalb dieser Felder nun werden Entscheidungen über Personal im Krankenhaus getroffen und auch wenn in den Entscheidungen manche Felder mehr Einfluss als andere auf die Auswahlen haben, so müssen sie immer innerhalb dieser Konstellation betrachtet werden und nie als isolierte Entscheidung eines einzelnen Krankenhaus-Akteurs.

Die vorliegende Masterarbeit hat sich daher das ehrgeizige Ziel gesteckt, diesem Prozess auf die Schliche zu kommen, indem sie sich der Beantwortung folgender Forschungsfrage widmet:

*„Wie gestalten sich Personalentscheidungsprozesse in der Organisation ‚öffentliches Krankenhaus‘,?“*

Die Frage ist bewusst offen gehalten, da dies einem qualitativen Forschungsrahmen entspricht: eine sehr vage Frageformulierung soll eine möglichst offene Vorgangsweise gewährleisten.<sup>3</sup> Die Forschungsfrage ist als ein Arbeitstitel zu verstehen, welchem Rechnung getragen werden soll.

Die beforschte Organisation stellt ein Krankenhaus einer öffentlichen Trägerorganisation dar. Die öffentliche Trägerorganisation, in deren Besitze sich das Krankenhaus befindet, ist eine Krankenkasse. Die Wahl fiel aufgrund des Interesses, eine Organisation hinsichtlich ihrer Personalentscheidungsprozesse zu beforschen, welche nicht einer klassischen Wirtschaftsorganisation entspricht, auf ein Krankenhaus. Anzumerken ist dennoch an dieser Stelle, dass es zwar sowohl um die Erforschung eines Krankenhauses geht, als auch, dass das Krankenhaus jene Organisations(-art) darstellt, auf die die Wahl hinsichtlich der Untersuchung von Personalentscheidungsprozessen fiel. Zweiteres ist jedoch vorrangig und steht im Fokus.

Unter Personalentscheidungsprozessen sollen Personalbeschaffung und Personalauswahlprozesse verstanden werden. Hierzu sei an dieser Stelle auf Niklas Luhmann<sup>4</sup> verwiesen. Dieser definiert die Regulierung des Personaleinsatzes als Entscheidung über Entscheidungsprämissen. Entscheidungsprämissen legen künftige Entscheidungen noch nicht fest, aber fokussieren die Kommunikation auf die in den Prämissen festgelegten Unterscheidungen. Damit wird nicht jedes Mal die volle Komplexität der Situation neu aufgerollt, sondern künftige Entscheidungen können mit Blick auf die vorgegebenen Prämissen betrachtet werden (siehe dazu auch Kap. 7.2.1 „Niklas Luhmann: Entscheidungsprämissen“).

Die in der vorliegenden Forschungsarbeit untersuchten Entscheidungsprozesse beziehen sich also primär auf die Aufnahme neuen Personals beziehungsweise auf die interne

---

<sup>3</sup> Vgl. Froschauer, Ulrike; Lueger, Manfred, *Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme*. Wien: Wien: facultas WUV-UTB Verlag 2003, S.22.

<sup>4</sup> Vgl. Luhmann, Niklas, *Organisation und Entscheidung*. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag GmbH 2000, S.224f.

Umschichtung von Personal. Prozesse und Entscheidungen des Personalausstiegs oder der Personalbeförderung stehen nicht im Zentrum des Interesses und werden daher ausgeklammert. Außerdem wird sich der Begriff Personal in der vorliegenden Forschung auf eine bestimmte Dienstgruppe des Krankenhauses beziehen, nämlich auf Verwaltungspersonal. Die anderen beiden Dienstgruppen Pflegepersonal sowie die Ärzteschaft stehen nicht im Fokus der Untersuchung und werden daher ebenfalls weitgehend ausgeklammert.

## **2.2 Wissenschaftliche Relevanz**

In Organisationen gibt es eine ganze Vielzahl von Entscheidungen beziehungsweise Entscheidungsarten und tagtäglich werden diese getroffen. Eine Organisation ohne Entscheidung ist nicht denkbar. Durch den Prozess des Entscheidens bestimmt die Organisation ihre Strukturen, ihren Aufbau und ihre Maximen. Durch Entscheidungen stabilisiert sie ihre Grenzen gegenüber einer Umwelt, welche wiederum Einfluss auf bestimmte Organisationsentscheidungen nehmen kann. Man kann also festhalten: Entscheidungen sind in Organisationen allgegenwärtig und ein entscheidender Bestandteil organisationalen Handelns.

Aus diesem Grund sind sie wertvolle und interessante Elemente soziologischer Forschung. Auch in anderen Disziplinen, wie beispielsweise der Psychologie<sup>5</sup>, hat man sich eingehend mit dem Phänomen der Entscheidungsfindung auseinandergesetzt. In der Soziologie jedoch nimmt die Auseinandersetzung eine besondere Ausgestaltung an. Hier gibt es seit einiger Zeit Ansätze, welche Entscheidungen nicht mehr als lineare Prozesse einer rationalen Abwägung verschiedener Alternativen und Konsequenzen betrachten, sondern als Prozess, der nicht mehr unter dem „klassischen“ Begriff der Rationalität zu verstehen ist (siehe Kap. 7.2.4 James March und Herbert Simon: „Bounded Rationality“). Genau dieser Prozess soll in der Masterarbeit beleuchtet werden. Indem man sich der Frage widmet, wie ein Personalentscheidungsprozess in der Organisation Krankenhaus gestaltet wird, erhält man nicht nur zu dieser primären Frage Antwort, sondern man blickt auch tief in organisationale Strukturen, Überzeugungen und Handlungsmuster der Organisation und betreibt somit intensive Organisationsforschung.

---

<sup>5</sup> Siehe beispielsweise: Kirchner, Erich; Schrott, Andrea, *Entscheidungen in Organisationen. Arbeits- und Organisationspsychologie 4*. Wien: WUV-Univ.-Verl. 2003.

Es wird davon ausgegangen, dass Personalentscheidungen eine ganz wesentliche Form von Entscheidungen in Organisationen darstellen. Der Grund liegt auf der Hand: eine Organisation konstituiert sich unter anderem ganz wesentlich auch durch ihre Mitglieder und entscheidet daher im Rahmen von Personalentscheidungen nicht nur über bestehende Mitgliedschaften oder Nicht-Mitgliedschaften, sondern auch über die künftige Gestaltung der Organisation. Trifft die Organisation also eine Personalentscheidung, so trifft sie im Grunde genommen eine Entscheidung über ihre künftige Form.

Die wissenschaftliche Relevanz des Themas der Masterarbeit liegt darin zu beleuchten, wie solche Prozesse im Krankenhaus von Statten gehen, wie sie ablaufen und was sie ausmacht, um dadurch besser verstehen zu können, wie Krankenhäuser „funktionieren“ und wie sie ihre Bestimmungen zu Inklusion oder Exklusion zur „Krankenhausgemeinschaft“ treffen.

Die Personalentscheidungsprozesse sollen aber noch unter einem anderen Gesichtspunkt betrachtet werden: jenem der Bürokratie, welche in formalen Organisationen in unterschiedlicher Ausprägung besteht. Nach ersten Forschungsschritten in dem beforschten Krankenhaus gab es Grund zur Annahme, dass dieses sich in seiner Formalstruktur auf starke interne Bürokratien und Hierarchien stützt. Dies ist insofern bedeutsam, als die Struktur formaler Hierarchie in einer Organisation stets zusammenhängt mit der Ernennung, der Disziplinierung und der Entlassung von Personal.<sup>6</sup>

Herrscht eine stärker ausgeprägte Hierarchie in einem Krankenhaus, so scheinen Personalentscheidungsprozesse eine spezielle Form anzunehmen, da sie – so scheint es zumindest auf den ersten Blick – hierarchisch streng geregelt und aus diesem Grund mit wenig Freiräumen belegt sind. Die Masterarbeit hat den Anspruch, zu zeigen, ob diese Vermutung zutreffend ist und wie Personalentscheidungsprozesse in stärker bürokratisch geregelten Krankenhäusern ablaufen. Die Frage lautet, wie sich Bürokratie auf die Entscheidungsprozesse auswirkt und wie die Entscheidungsprozesse wiederum auf die internen bürokratischen Organisationsstrukturen zurückwirken.

So ergibt sich ein Blickwinkel, welcher der persönlichen Meinung nach große wissenschaftliche Relevanz aufweist. Die Untersuchung von krankenhausesinternen (Personal-) Entscheidungsprozessen und die Einflussnahme von Bürokratie auf Personalentscheidungsprozesse ist noch nicht ausreichend beleuchtet worden. Die Erkenntnisse der wissenschaftlichen Analyse können und sollen auch dazu dienen, Einblicke

---

<sup>6</sup> Vgl. Simon, Herbert, *Administrative Behavior. A Study of Decision-Making Processes in Administrative Organizations. 4th.Edition.* New York: The Free Press 1997, S.9f.

in eventuelle Nachteile oder Vorteile der bürokratischen Struktur auf solcher Art Entscheidungen zu liefern und damit Hinweise auf eventuelle Erleichterung oder Effizienzsteigerungen in Personalentscheidungsprozessen zu bringen. Dies kann des Weiteren als Auftakt für einen neuen Blickwinkel auf Personalentscheidungen dienen und auch den Weg für folgende Sozialforschung auf diesem Gebiet ebnen.

### 3. Methodologie und Methoden

Warum die Wahl auf eine qualitative Forschungsorganisierung fiel und wie diese in weiterer Folge umgesetzt wurde, ist Thema des anschließenden Kapitels.

#### 3.1 Qualitative Forschungsorganisierung

Zur Bearbeitung des Forschungsinteresses fiel die Wahl auf eine qualitative Herangehensweise. Dies kann sowohl mit inhaltlichen, als auch mit forschungslogischen Vorzügen der qualitativen Methodologie begründet werden.

Lamnek<sup>7</sup> nennt die zentralen Prinzipien qualitativer Sozialforschung: Offenheit, Forschung als Kommunikation, der Prozesscharakter von Forschung und Gegenstand und die Reflexivität von Gegenstand und Analyse. Diese Prinzipien sollen im Nachfolgenden nicht nur näher erläutert werden, sondern auch eine Rückkopplung mit den Forschungsinhalten, -begründungen und -zielen finden.

*Offenheit* soll sowohl gegenüber den Untersuchungspersonen selbst, als auch gegenüber der Untersuchungssituation und den einzelnen anzuwendenden Methoden gegeben sein, beispielsweise dann, wenn bestimmte Umstände eine Abweichung von der ursprünglichen Planung notwendig machen. Das methodische Instrumentarium wird dabei an das Untersuchungsobjekt und die Situation angepasst und nicht umgekehrt. Qualitative Forschung versteht sich des Weiteren als hypothesengenerierendes und nicht als hypothesenprüfendes Verfahren. Forschung ist als *Kommunikation* zu denken, das bedeutet als Interaktion zwischen Forscher und zu Erforschendem. Aus der Perspektivität der Weltsicht und Wirklichkeitskonzeption hat der Sozialforscher Konsequenzen zu ziehen. Es gibt keine theorieunabhängige Beobachtungsaussage, vielmehr rückt der Prozess des gegenseitigen Aushandelns von Wirklichkeitsdefinitionen zwischen Forscher und Erforschem in den Mittelpunkt, also die kommunikative Interaktion. Forschung ist Kommunikation.

Will man Entscheidungsprozesse in Organisationen offenlegen, so scheint es so zu sein, dass sich in diesen sehr viele entscheidende Elemente und Faktoren, welche die Organisation in ihren Strukturen ausmachen, zeigen. Verhaltensweisen und -muster, Kommunikationsformen, Praktiken, Überzeugungen, Werthaltungen und vieles mehr können sich in einem

---

<sup>7</sup> Lamnek, Siegfried, *Qualitative Sozialforschung. Band 1 Methodologie. 3.Auflage.* Weinheim: Psychologie Verlags Union 1995, S.22ff.

organisationalen Entscheidungsprozess widerspiegeln. Und diese Elemente sind wiederum entscheidend, wenn man darstellen will, wie sich der Prozess des Entscheidens gestaltet und warum er sich so gestaltet.

Genau hierin liegt der Gehalt einer qualitativen Herangehensweise an die Forschungsfrage. Qualitative Forschung ist in ihren Zugangsweisen zu den untersuchten Phänomenen häufig „näher dran“ als andere Forschungsstrategien. Sie ist in der Lage, genaue und dichte Beschreibungen zu liefern. Der Unterschied eines qualitativen Zugangs im Vergleich zu standardisierten Methoden liegt darin, dass er keine feste Vorstellung über den Untersuchungsgegenstand benötigt, sondern offen sein kann für das Neue im Untersuchten und das Unbekannte im scheinbar Bekannten.<sup>8</sup> Es scheint, dass genau ein solch offener Zugang, der die Elemente darstellen kann, die in einer Entscheidung vorhanden sind, notwendig ist. Eine qualitative Methodologie erlaubt es, ohne große Vorannahmen in das Feld zu gehen und erforschen zu können, welche Gestalt die interessierenden Prozesse annehmen. Da davon auszugehen ist, dass sich eine Vielzahl an Elementen in den Personalentscheidungsprozessen zeigen wird, benötigt man eine solche Herangehensweise, die es ermöglicht, die Gestalt der Prozesse nachzuzeichnen.

Bei der Untersuchung von Entscheidungen in Organisationen geht es schließlich nicht um eine Analyse der Bewertungen getroffener Entscheidungen. Vielmehr geht es um Fragen wie: Wie wurden Entscheidungen getroffen? Wie werden diese umgesetzt? Welche Faktoren haben im Entscheidungsprozess eine Rolle gespielt? Welche organisatorischen Bedingungen haben den Entscheidungsprozess geprägt und wie wirken die getroffenen Entscheidungen auf die organisatorischen Strukturen zurück?<sup>9</sup>

Was das Kriterium der Kommunikation betrifft, so ist davon auszugehen, dass sich die Wirklichkeitsdarstellung bezüglich des Entscheidens über Personal in der Organisation als eine Wirklichkeitsrekonstruktion über diese Entscheidungsprozesse in der Forschung zeigen wird. Diese Rekonstruktionen entwickeln sich im kommunikativen Prozess mit dem Forscher.

Der Forschungsprozess wird in der qualitativen Methodologie als Kommunikationsprozess aufgefasst und so ist „*Prozesshaftigkeit*“ nicht nur dem Forschungsakt zu unterstellen, sondern auch dem Forschungsgegenstand. Das zentrale Anliegen einer qualitativen Sozialforschung und der sie begründenden interpretativen Soziologie ist den

---

<sup>8</sup> Vgl. Flick, Uwe; Von Kardoff, Ernst; Steinke, Ines (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 2.Auflage.* Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH 2003, S.17.

<sup>9</sup> Vgl. Wilz, *Entscheidungsprozesse in Organisationen*, S.17.

Konstitutionsprozess von Wirklichkeit zu dokumentieren, analytisch zu rekonstruieren und schließlich durch das verstehende Nachvollziehen zu erklären. Alle Beteiligten des Interaktionsprozesses wirken an der Konstitution von Wirklichkeit mit; somit ist auch die Involviertheit des/r Forschers/in konstitutiver Bestandteil des Forschungsprozesses und seiner Ergebnisse. In einem interpretativen Paradigma wird den sprachlichen oder non-verbale menschlichen Verhaltensprodukten eine prinzipielle *Reflexivität* unterstellt. Jede Bedeutung verweist damit reflexiv auf das Ganze und wird nur durch den Rekurs auf den Kontext seiner Erscheinung verständlich. Sinnkonstitution und Sinnverstehen sind zirkulär. Vom Forscher werden eine reflexive Einstellung und die Anpassung seines Untersuchungsinstrumentariums gefordert. Die Beziehung zwischen dem Forscher und dem Erforschten ist weiter nicht nur kommunikativ, sondern auch reflexiv.<sup>10</sup>

Schließlich ist noch anzumerken, dass einzelne Untersuchungsschritte zu explizieren sind, um den kommenden Nachvollzug zu ermöglichen und empirische Forschung im gesamten Forschungsprozess flexibel zu halten. Die Relation zwischen Forscher und Beforschten muss sich an veränderte Bedingungen und Konstellationen anpassen.<sup>11</sup>

Es wurde bereits beschrieben, dass in der Forschungsarbeit „Entscheiden“ als ein Prozess angesehen wird. Unter dem Wort „Prozess“ wird hierin ein Vorgang verstanden, welcher sich über eine gewisse Zeitspanne erstreckt und in welchem sich etwas herausbildet, was zu Prozessende als Ergebnis angesehen werden kann. Innerhalb dieses Prozesses wird zwar davon ausgegangen, dass verschiedene Schritte zur Lösung eines Problems oder einer Aufgabe unternommen werden, diese aber nicht (zumindest nicht gezwungenermaßen) nacheinander, sequenziell erfolgen und kumulativ zu einem Ende des Prozesses führen, sondern es wird angenommen, dass sich verschiedene Schritte wiederholen, dass sie sich überlappen, dass manche Prozessschritte redundant sind usw. Dies ist insofern wichtig, als es bedeutet, dass eine soziologische Forschungsarbeit einen solchen Prozess nur mit Hilfe einer qualitativen Methodologie darstellen kann, welche die Möglichkeit bietet, offen heranzugehen und das Feld schildern zu lassen, wie sich diese Prozesse darstellen. Jegliche Vorstrukturierung wäre wohl kontraproduktiv. Es ergibt sich also die Situation, dass die Forschung selbst ein Prozess ist, welcher sich mit Prozessen des Entscheidens auseinandersetzt. Das Kriterium der Reflexivität wiederum erfordert die reflexive Handhabung des Forschungsprozesses und auch eine Anpassung des Instrumentariums zur Untersuchung des Gegenstandes. Dem ist im Forschungsprozess durch eine Herangehensweise Rechnung getragen, welche die

---

<sup>10</sup> Vgl. Lamnek, *Qualitative Sozialforschung*, 3.Auflage, S.24ff.

<sup>11</sup> Ivi, S.30.

Strukturierungen des Feldes sensibel aufnimmt und auf diese reagiert. Dies betrifft Erhebungs- sowie Auswertungsmethoden, welche immer flexibel gehalten und an den Gegenstand und Forschungsstand angepasst werden sollten.

Es ist davon auszugehen, dass sich in Personalentscheidungsprozessen und –strategien wesentliche Überzeugungen und Werthaltungen der Organisation zeigen werden, welche zum Teil, wenn nicht sogar immer, in (symbolisch) verschlüsselter Form vorliegen.<sup>12</sup> Diese verschlüsselten Inhalte kann nur eine qualitative Forschungsweise – und speziell eine in die Tiefe gehende Interpretation des Datenmaterials - sichtbar machen. Eine quantitative Herangehensweise kann über vordergründige Motive einer Personalentscheidung und formale Abläufe nach Regelvorschriften Aufschluss geben, dies wäre allerdings im Sinne des Forschungsinteresses verfehlt. Diese vordergründigen Motive und formalen Abläufe interessieren auch, jedoch sollen sie nur als Ausgangspunkt dienen, um in ihnen nach tieferliegenden und manifest nicht offenliegenden Aushandlungen, Werthaltungen, Zielen und Anderem „suchen“ zu können. Diese spiegeln organisationsinterne Strukturen und Überzeugungen wieder und nur eine qualitative Herangehensweise in Verknüpfung mit einer analytisch in die Tiefe gehenden Interpretation ist in der Lage, diese aufdecken zu können.

### **3.2 Methodische Umsetzung**

Im folgenden Kapitel werden sowohl die zur Anwendung gebrachten Erhebungs- als auch Auswertungsinstrumente erläutert. Auch die speziellen Strategien, mit welchen diese qualitative Herangehensweise und Forschungsorganisation durchgeführt wurden, werden beschrieben.

#### **3.2.1 Erhebungsinstrumente und -strategien**

Als Erhebungsinstrument wurde eine spezielle Interviewform herangezogen, das sogenannte „problemzentrierte Interview“. Mit diesem Begriff bezeichnet Witzel<sup>13</sup> eine Interviewvariante, welche eine sehr lockere Bindung an einen knappen, der thematischen

---

<sup>12</sup> Flick, Uwe; Von Kardoff, Ernst; Keupp, Heiner; Von Rosenstiel, Lutz; Wolff, Stephan (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen 2.Auflage*. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union 1995, S.299.

<sup>13</sup> Vgl. Hopf, Christel in Flick, Von Kardoff, Keupp, Von Rosenstiel, Wolff, (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Sozialforschung*, S.178, zit. nach: Witzel, Andreas, *Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen*. Frankfurt: Campus 1982, S.66ff.

Ordnung dienenden Leitfaden verbindet. Dies dient dem Versuch, den Befragten sehr weitgehende Artikulationschancen einzuräumen und sie zu freien Erzählungen anzuregen. Daher kann man den Interviewtyp des problemzentrierten Interviews auch als Kompromissbildung zwischen leitfadenorientierten und narrativen Gesprächsformen ansehen.<sup>14</sup> In dieser Interviewform kann der Befragte möglichst frei zu Wort kommen, dennoch zentriert sie sich auf eine bestimmte Problemstellung, welche der Interviewer einführt und auf die er stets zurückkommt. Diese Problemstellungen werden bereits im Vorfeld vom Interviewer erarbeitet, in einen Interviewleitfaden eingearbeitet und im Verlauf des Interviews angesprochen. Insofern werden die Interviewten durch den Interviewleitfaden auf bestimmte Fragestellungen hingelenkt, sie sind aber dennoch dazu angehalten, offen und ohne Antwortvorgaben darauf zu reagieren.<sup>15</sup>

Nun kann man ein problemzentriertes Interview zwar nicht ausschließlich als narrative Erhebungsmethode verstehen, das narrative Element in dieser Erhebungsform ist jedoch im Forschungsvorhaben entscheidend. Daher soll auf dieses noch etwas genauer eingegangen werden. Das Grundelement des narrativen Interviews ist die von den Befragten frei entwickelte „Stegreif erzählung“. Angeregt wird diese durch eine Eingangsfrage, welche erzählgenerierend wirken soll.<sup>16</sup>

Holtgrewe<sup>17</sup> beschreibt, dass sich das narrative Interview in der Organisationsforschung gezielt nutzen lässt, um „hinter“ das Erzählte einen Blick werfen zu können. Man kann so auch hintergründigen Strategien, constraints und Handlungsblockaden auf die Schliche kommen. Als besonders geeignete Ereignisse für ein narratives Interview im organisationalen Kontext eignen sich „problematische“ Ereignisse, an denen die Befragten beteiligt sind oder waren. Beispiele hierfür sind wahrnehmbare Transformationsprozesse, Projekte mit einem Anfang und einem Ende oder Krisen. Bei dieser Interviewform sollen die Befragten in Bezug auf einen Gegenstandsbereich selbst erlebte Ereignisse und die eigene Beteiligung entlang einer Zeitachse rekonstruieren. Dabei möchte man wissen, wie alles begann, wie sich die Dinge entwickelten und schließlich auch, was daraus geworden ist.<sup>18</sup>

---

<sup>14</sup> Vgl. Hopf in Flick, Von Kardoff, Keupp, Von Rosenstiel, Wolff, (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Sozialforschung*, S.178, zit. nach: Witzel, *Verfahren der qualitativen Sozialforschung*, S.230ff.

<sup>15</sup> Vgl. Mayring, Philipp, *Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken. 5.Auflage*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag 2002, 67ff.

<sup>16</sup> Vgl. Hopf in: Flick; Von Kardoff,; Keupp; Von Rosenstiel; Wolff (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Sozialforschung*, S.179.

<sup>17</sup> Vgl. Holtgrewe, Ursula in: Kühl, Stefan; Strodtholz, Petra (Hrsg.), *Methoden der Organisationsforschung*, Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag 2002, S.71f.

<sup>18</sup> Ivi, S.72f.

Der gewählte Interviewtyp, also das problemzentrierte Interview mit Fokus auf das narrative Element, erscheint im Licht der zu bearbeitenden Thematik und Fragestellung als geeignet, um gehaltvolle Daten zu erhalten, da er wenig vorstrukturiert und die entscheidenden Punkte oder Schritte in der Entscheidungsfindung bezüglich eines Personalentscheidungsprozesses offen lässt. Indem man den/die InterviewpartnerIn sehr offen fragt, wie sich ein Personalentscheidungsprozess in seinem/ihrer Zuständigkeitsbereich gestaltet, erhält man Strukturierungen, die das Feld selbst vornimmt. Man ist also in der Lage zu erfahren, was wichtig und entscheidend ist. Gleichzeitig dient ein Leitfaden dazu, gewisse als relevant erachtete Punkte in der Erhebung einbringen zu können, welche die narrative Interviewform alleine möglicherweise nicht zu Tage bringt.

Die gewählte offene und narrative Interviewform lässt sich aber auch dadurch begründen, dass die Gespräche als Experteninterviews bezeichnet werden können. Denn alle befragten Personen wurden als Experten der internen Krankenhauswelt ausgewählt und waren beziehungsweise sind außerdem in ihrer beruflichen Tätigkeit auch alle konkret mit Personalfragen und Personalentscheidungen konfrontiert. Für Experteninterviews lassen sich verschiedene verfahrenstechnische Konsequenzen festhalten. Froschauer<sup>19</sup> beschreibt verschiedene Typen von Expertisen, welche ExpertInnen in Gesprächen mitbringen: die feldinterne Handlungsexpertise, die feldinterne Reflexionsexpertise und die externe Expertise. Im Rahmen der durchgeführten Forschung erschien es von besonderem Nutzen, die feldinterne Handlungsexpertise der Befragten für die Forschungsfrage zu aktivieren. Dieses lässt sich nicht mittels präziser Fragen im Gespräch aktualisieren, sondern muss aus der Form der Wissenspräsentation erschlossen werden und lässt sich am besten mittels offener und erzählgenerierender Formen der Gesprächsführung aktivieren.

### **3.2.2 Auswertungsinstrumente und -strategien**

Als hauptsächliche und primäre Auswertungsmethode diente die Themenanalyse, der aus Gründen, auf welche zu einem späteren Zeitpunkt noch eingegangen wird, eine Feinanalyse vorausging und ein Codierverfahren, zum Teil auch überschneidend, nachging. Im Folgenden werden diese Methoden in kurzer Form dargestellt – eine ausführliche Beschreibung würde den Rahmen sprengen – und begründet, wieso sie im Lichte des vorliegenden

---

<sup>19</sup> Vgl. Froschauer, Ulrike, *Organisationen in Bewegung. Beiträge zur interpretativen Organisationsanalyse*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG 2012, S.238f.

Forschungsinteresses als geeignet und gewinnbringend erschienen. Sie werden dabei in der Reihenfolge ihrer Anwendung dargestellt.

### 3.2.2.1 Feinanalyse

Die Fein(struktur)analyse stellt eine der bisher fünf Varianten der Textauslegung einer objektiven Hermeneutik dar. Die objektive Hermeneutik ist als inhaltsunspezifische allgemeine Methode zur Analyse von Objektivationen des Gegenstandsbereiches der sinnstrukturierten Welt zu verstehen, bei welcher es entscheidend um die Rekonstruktion objektiver, „latenter“ Sinnstrukturen geht. Diese Strukturen konstituieren sich unabhängig von den Intentionen der Subjekte als soziale Realität. Als „Text“ sind dabei alle Objektivationen des Menschen, also Interaktionen, Ereignisse, Musik, Bilder und anderes zu verstehen.<sup>20</sup> Sie wendet sich weiter gegen rasches Erkennen auf den ersten Blick und muss auch gelernt werden. Sie trägt den Namen einer „Kunstlehre“, was deutlich machen soll, dass das Verfahren auf die intuitive Kraft des Verstehens abzielt. Es zeigt hauptsächlich Zugangsmöglichkeiten für die Erkenntnisgewinnung auf und ist daher keine detailliert beschriebene Methodik, sondern eher ein methodologischer Rahmen.<sup>21</sup>

Die praktische Umsetzung der objektiven Hermeneutik stellen die sequentielle und die Feinanalyse dar.<sup>22</sup> Eine Interpretation im Sinne einer Feinanalyse ist keine Zusammenfassung eines Inhalts oder eine lexikalische Bedeutungsanalyse, sondern sie ist als extensive Sinnauslegung zu verstehen.<sup>23</sup>

Als Gerüst für das Verfahren der Feinanalyse dient ein System von 8 Kategorien, welche an dieser Stelle jedoch nicht ausführlich wiedergegeben werden sollen. Die relevanten Schritte lassen sich in einer verdichteten Form in verschiedenen Perspektiven zum Text benennen: Explikation des vorauslaufenden Kontextes, Perspektive alltagskompetenter BeobachterInnen, Perspektive der handelnden Person und wissenschaftliche distanzierte Perspektive.<sup>24</sup>

---

<sup>20</sup> Vgl. Heinze, Thomas, *Qualitative Sozialforschung. Erfahrungen, Probleme, Perspektiven*. 3.Auflage Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH 1995, S.114.

<sup>21</sup> Ivi, S.132.

<sup>22</sup> Vgl. Lamnek, *Qualitative Sozialforschung. Band 1 Methodologie*, 2.Auflage, Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union 1993, S.209.

<sup>23</sup> Vgl. Lueger, Manfred, *Grundlagen qualitativer Feldforschung*, Wien: WUV 2002, S.201f.

<sup>24</sup> Ivi, S.205ff.

### 3.2.2.2 Themenanalyse

Die Themenanalyse dient dazu, sich einen Überblick über Themen zu verschaffen und den Kontext ihres Auftretens näher bestimmen zu können. Sie eignet sich besonders für die Analyse von ExpertInnengesprächen und zur Analyse von Meinungen, welche aus der Perspektive unterschiedlicher Akteursgruppen geäußert werden. Mit Hilfe der Themenanalyse lassen sich die Argumentationsstrukturen in einem Gespräch beschreiben und ein Vergleich von Themen aus der Perspektive unterschiedlicher Akteure wird möglich.<sup>25</sup>

Da die Gefahr einer Einfärbung der Analyseergebnisse durch die persönliche Einstellung der InterpretInnen weniger gegeben ist, können auch Personen, welche die Gespräche geführt haben, an der Interpretation teilnehmen beziehungsweise diese durchführen.<sup>26</sup> Die Themenanalyse vollzieht sich in mehreren Schritten, welche aufeinander aufbauen und damit auch schrittweise die Komplexität der Zusammenfassung erhöhen. Vor allem die Herausarbeitung einer narrativen Logik der Aussagen ist hierbei ein entscheidender Punkt. Die Textstellen werden jeweils zu einzelnen Themen zusammengefasst und Verweise auf den Argumentationszusammenhang werden gegeben. Um schließlich zu einer Gesamtanalyse zu gelangen, sollen sowohl themenbezogene Aufzeichnungen verfasst, als auch die Logik der Gesamtzusammenhänge notiert werden.<sup>27</sup>

### 3.2.2.3 Codierverfahren

Das im Analyseverfahren angewandte Codierverfahren ist nach Froschauer und Lueger<sup>28</sup> eine aufwendigere Variante der Analyse der begrifflichen Strukturen von Themen und deren Zusammenhänge. Aus dem Gesprächstext werden Kategorien abgeleitet und der Text analytisch erweitert. Das Codierverfahren bietet sich aus diesem Grund auch zur Ergänzung zur Textreduktion an.

Einer Codierung von Textpassagen nach Themenkategorien schließt eine Analyse der Themenkategorien nach Subkategorien beziehungsweise weiter untergeordneter Kategorien an. Diese Themenkategorien werden strukturiert und schließlich mit Subkategorien verknüpft. Das so erhaltene hierarchische Kategoriensystem wird schließlich interpretiert, das bedeutet,

---

<sup>25</sup> Vgl. Lueger, Manfred, *Interpretative Sozialforschung. Die Methoden*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG 2010, S.206f.

<sup>26</sup> Ivi, S.207.

<sup>27</sup> Ivi, S.212.

<sup>28</sup> Vgl. Froschauer, Lueger, *Das qualitative Interview*, S.163.

es werden Thesen zur Forschungsfrage abgeleitet. So soll eine theoretische Konzeption im Hinblick auf die Forschungsfrage entstehen. Schließlich werden verschiedene Texte einer vergleichenden Interpretation unterzogen. Daraus soll eine Theoriebildung erfolgen.<sup>29</sup>

Im Rahmen der für die vorliegende Forschung angewandten Analyse wurde vor allem der Vergleich der verschiedenen Texte auf Ähnlichkeiten und Unterschiede von Themen und Struktur sowie die Bildung und Analyse von Schlüsselkategorien, die sich durch die verschiedenen Texte ziehen, angewandt.<sup>30</sup>

### **3.2.3 Begründung der Auswertungsmethoden**

Die Themenanalyse bringt für die Auswertung der vorliegenden Daten den entscheidenden Vorteil mit sich, eine Vielzahl an Argumenten, Themenfelder und Strategien gezielt ordnen und analysieren zu können. Es kann aufgrund des erhobenen Datenmaterials davon ausgegangen werden, dass gerade Personalentscheidungsprozesse in Organisationen ganz verschiedene Wünsche, Ziele, Werte, aber auch ganz pragmatische Themen wie beispielsweise Personalkapazitäten und Gehaltspolitik mit sich bringen. Die Auswahl von Personal muss sich also gezwungenermaßen mit vielen Organisationsbereichen beschäftigen, da das gewählte Personal genau diesen Bereich wiederum beeinflusst. Des Weiteren muss Personal auch immer bis zu einem gewissen Grad „argumentiert“ werden, es muss also bestimmte Richtlinien geben, innerhalb welcher dieses ausgewählt wird. Deswegen erscheint die Themenanalyse auch so fruchtbar für das Forschungsvorhaben, denn besonders die Argumentationszusammenhänge stehen in ihrem Fokus. Außerdem sind jene Personen, die in problemzentrierten Interviews Auskunft über die Personalentscheidungen geben, Experten ihres Faches, das bedeutet in einem konkreten Organisationsbereich (in einer bestimmten Abteilung) tätig, welche sich mit Personalfragen auseinandersetzt. Die Erfahrung und Expertise in Personalfragen dieser InterviewpartnerInnen macht sie zu Expertinnen und die Gespräche zu ExpertInnengesprächen, für die sich ebenfalls eine Themenanalyse anbietet.

Die Feinanalyse ist besonders aufschlussreich in der Orientierungsphase, das heißt in einem frühen Stadium der Analyse, da sie durch eine sehr starke verfahrenstechnische Absicherung eine besondere Offenheit der Interpretation gewährleisten kann. Sie sollte daher bei der Anwendung mehrerer Interpretationsverfahren möglichst als erstes Verfahren zur Anwendung

---

<sup>29</sup> Vgl. Froschauer, Lueger, *Das qualitative Interview*, S.163f.

<sup>30</sup> Ivi, S.164.

gelangen.<sup>31</sup> Dieser Vorgehensweise wurde gefolgt und die Feinanalyse zu Beginn der Analyse des Materials angewandt. Sie scheint im Rahmen der organisationssoziologischen Fragestellung mit Fokus auf den Entscheidungsprozessen als gewinnbringend aufgrund der extensiven Sinnauslegung und ihres Aufspürens latenter Sinngehalte (neben den manifesten Sinngehalten).

Die Vorannahme wurde bereits erwähnt, Personalentscheidungsprozesse würden für die der Organisation außenstehende Umwelt nicht offen liegen und oftmals schwer zugänglich sein. Gerade von einer solchen Ausgangslage aus scheint es notwendig, eine Auswertungsmethode für das Material zu wählen, welche die Möglichkeit bietet, auch den latenten Sinngehalten auf die Spuren zu kommen, durch welche allgemeine Strukturen und Handlungsmuster in der Organisation sichtbar werden können.

Die Feinanalyse bietet hierzu das richtige „Werkzeug“. Denn es geht nicht in erster Linie darum, wie ein Personalentscheidungsprozess formal vorgeschrieben ist oder was die generellen Grundlinien eines solchen Prozesses sind, sondern wie er tatsächlich abläuft und damit darum, wie die Aushandlung passiert, in welcher dann schließlich die Entscheidung getroffen wird. Hinter und in diesen Entscheidungsprozessen, welche schließlich auch Aushandlungsprozesse sind, steckt ein „Sinn“, der durch die Feinanalyse sichtbar werden soll.

Während also die Themenanalyse die generellen Argumentationsmuster und die narrativen Logiken hinter den Personalentscheidungsprozessen aufzeigt und die vielfältigen Themen- und Einflussbereiche, welche bei einer Personalentscheidung mitspielen, analysieren kann, soll die Feinstrukturanalyse vorgelagert und ergänzend dazu einen tieferen Blick in einige dieser Themen- und Einflussbereiche werfen und neben den manifesten Gehalten auch die latenten Sinnstrukturen aufdecken.

Das Codierverfahren kam schließlich zu einem späteren Zeitpunkt des Forschungsverlaufes zum Einsatz, da es eine gute Möglichkeit bot, das Textmaterial anschließend an die Themenanalyse noch weiter zu vertiefen und vor allem die abgeleiteten Kategorien zu interpretieren. Eine solche Interpretation erschien als sehr nützlich im Lichte der vorliegenden Fragestellung, da speziell Elemente einer Personalentscheidung in verschiedene Kategorien gebracht, zu einander in Bezug gesetzt und schließlich einer Theoriebildung unterzogen werden konnten, was sich als gelungene Ergänzung zur Fein- und Themenanalyse anbot. Vor allem der analytische Vergleich verschiedener Texte auf Unterschiede und Ähnlichkeiten

---

<sup>31</sup> Vgl. Lueger, *Grundlagen qualitativer Feldforschung*. S.202.

machte es möglich, eine sehr umfassende Beschreibung von Schlüsselkategorien und deren Ausprägungen zu erhalten.

### **3.3 Darstellung des Forschungsverlaufes**

Das folgende Kapitel stellt den Forschungsverlauf dar und teilt sich in zwei Teile. Der erste Teil beschreibt die Vorgehensweise einer qualitativen, zyklischen Forschungsorganisation und stellt, daran angelehnt, die konkret zyklisch durchgeführte Forschungsarbeit dar; im zweiten Teil wird, als eine konkrete Strategie einer zyklischen Forschungsorganisation die Strategie des „Theoretical Sampling“ und ihre konkrete Anwendung in der Forschung auf die Auswahl der InterviewpartnerInnen beschrieben.

#### **3.3.1 Zyklisches Forschungsvorgehen und forschungsrelevante Entscheidungen**

Um eine permanent kritische Abstimmung und Modifikation der Fragestellung sowie der Erhebungs- und Interpretationsverfahren zu gewährleisten, ist eine zyklische Forschungsorganisation notwendig. Der sozialwissenschaftliche Forschungsprozess stellt sich dabei als aus verschiedenen zyklischen Einheiten bestehend dar. Die Forschungsarbeit wird dabei in kleine Einheiten unterteilt, welche jeweils Planung, Erhebung und Interpretation enthalten. Durch regelmäßige Reflexionsphasen zeigen sich die verschiedenen Forschungszyklen nicht als bloße Wiederholung, sondern als flexible Weiterentwicklungen, welche sich stets am Wissenstand des Projektes orientieren<sup>32</sup>.

In den anfänglichen Analysezyklen, welche einer Planungs- und Orientierungsphase folgen, werden Schlüsselemente identifiziert und das Verständnis für den Untersuchungsbereich erweitert. In den darauffolgenden Analysezyklen werden diese einer Prüfung, Präzisierung und Erweiterung unterzogen. Die produzierten Daten bestimmen die Wahl der Auswertungsbeziehungweise Interpretationsverfahren.<sup>33</sup>

---

<sup>32</sup> Vgl. Lueger, *Grundlagen qualitativer Forschung*, S.51ff.

<sup>33</sup> Vgl. Lueger, *Interpretative Sozialforschung. Die Methoden*, S.33.

Dadurch stellt sich die Forschung als Ineinandergreifen von Erhebung, Interpretation und permanenter Reflexion dar. Dies gilt sowohl für die inhaltliche als auch für die methodische Ebene.<sup>34</sup>

Die vorliegende Forschungsarbeit orientierte sich ganz wesentlich an der eben beschriebenen zyklischen Vorgehensweise, wie Abb.1 „Der Forschungsprozess“ verdeutlicht. Hierbei wurde vor allem auf regelmäßige Reflexionsphasen und Zwischenbilanzen Wert gelegt. Besonders die Reflexionsphasen brachten immer wieder Anpassungen beziehungsweise Adaptierungen der Forschung mit sich. Beispielsweise brachten gleich die ersten beiden Erhebungen sowohl inhaltliche, als auch methodische Folgerungen beziehungsweise Konsequenzen mit sich. Inhaltlich entstand der Eindruck, auf das Element Bürokratie im Krankenhaus Acht geben zu müssen, da dieses sehr deutlich in den Erhebungen zum Ausdruck kam. Bürokratie wurde als so bedeutend eingeschätzt, dass sie sogar als Element in den Forschungstitel Eingang fand und dementsprechend im weiteren Forschungsverlauf wesentlich als inhaltliches Thema in die Forschung aufgenommen wurde. Was die methodischen Folgerungen betrifft, so wurde nach den beiden ersten Erhebungen deutlich, dass das ursprünglich narrativ geplante Interview nur bedingt den gewünschten Erfolg brachte und die zur Sicherheit erstellten Nachfragen von größter Wichtigkeit für das Gelingen der Erhebung war. Aus diesem Grund wurde sowohl die Einstiegsfrage geändert, als auch ein weiter ausgebauter Fragenkatalog erstellt, welcher sich im weiteren Forschungsverlauf als sehr nützlich herausstellte. Daher wurden zwar narrative Interviews geführt, die sich aber immer mehr zu problemzentrierten Interviews entwickelten.

Des Weiteren machte die bereits anfänglich durchgeführte Feinanalyse den Blick für mögliche entscheidende Elemente einer Personalentscheidung im Krankenhaus deutlicher. So wurde beispielsweise nach den ersten beiden Erhebungen nicht nur entschieden, ebenfalls Personen der Krankenkasse zu befragen, sondern auch, das Verhältnis zwischen Krankenkasse und Krankenhaus vermehrt in die Erhebung einzubinden, da dieses als relevant auch für Personalentscheidungsprozesse im Krankenhaus erschien.

---

<sup>34</sup> Vgl. Lueger, *Interpretative Sozialforschung. Die Methoden*, S.35.

## Der Forschungsprozess

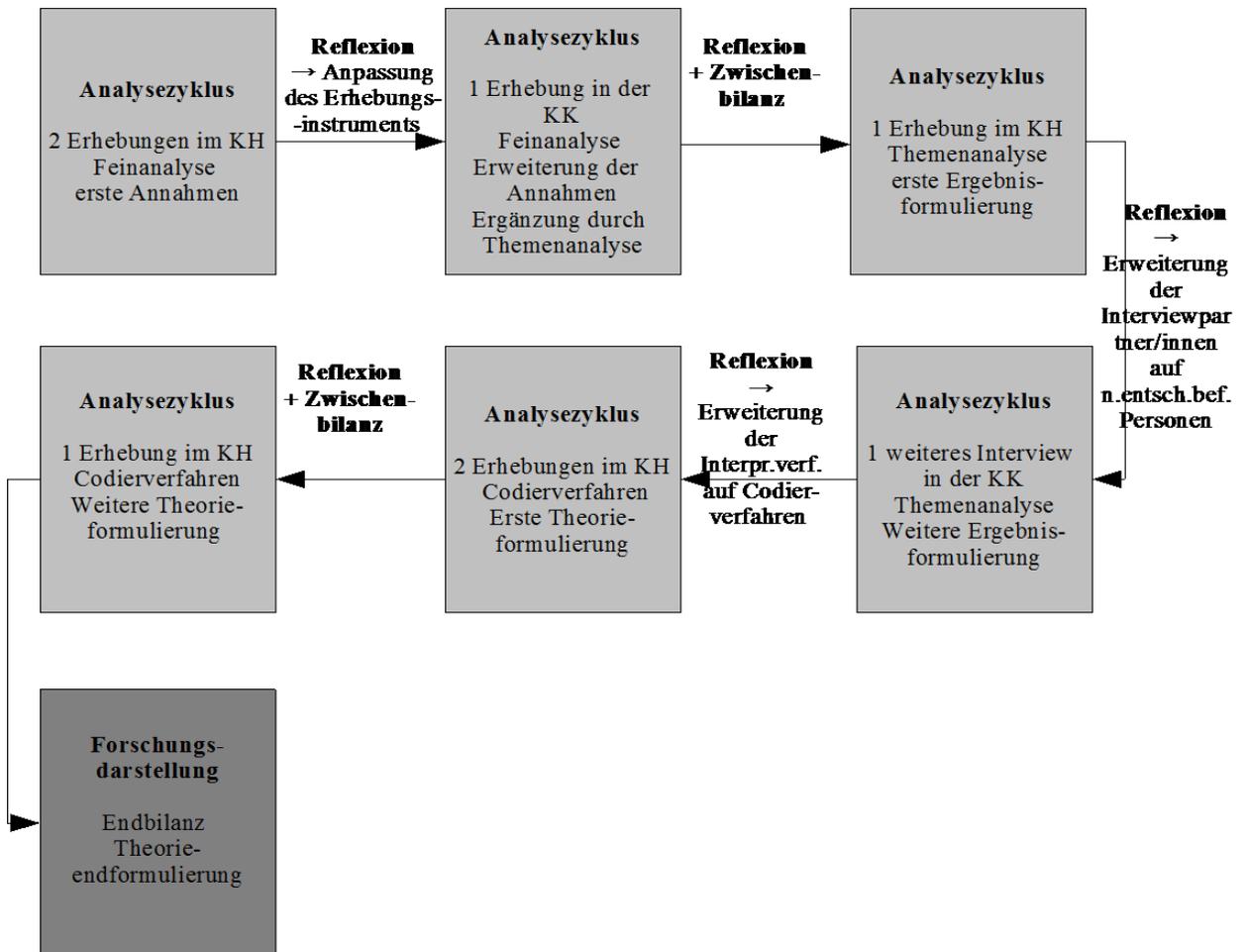


Abb.1: Der Forschungsprozess, eigene Abbildung

Nach weiteren Erhebungen wurde entschieden, den Kreis der InterviewpartnerInnen auf nicht entscheidungsbefugte<sup>35</sup> Personen zu erweitern. Diese, so wurde klar, sind ebenfalls an einem Personalentscheidungsprozess als Akteure beteiligt. Aus diesem Grund wurden drei Erhebungen mit nicht Personalentscheidungsbefugten Mitgliedern des Krankenhauses geführt, welche sich unterschiedlich lange und in unterschiedlichen Positionen im Krankenhaus befanden.

Im Rahmen der Themenanalyse, die nun immer mehr relevante Themen und Argumentationsstrukturen unterschiedlicher Akteure zu Personalentscheidungsprozessen in

<sup>35</sup> Anmerkung: die Begrifflichkeit „nicht entscheidungsbefugt“ bezieht sich rein auf Personalentscheidungsbefugnisse.

ihrer Organisation hervorbrachte, konnten bereits erste Ergebnisse formuliert werden. Dennoch fiel die Wahl in einem fortgeschrittenen Stadium des Forschungsprozesses auf die Erweiterung der Interpretationsverfahren durch das Codierverfahren. Dies soll damit begründet werden, dass, wie bereits an vorangegangener Stelle erwähnt, mit Hilfe dessen ein Kategoriensystem interpretiert werden kann und somit die Ergebnisse analytisch vertieft beziehungsweise erweitert werden können. Die bereits durch die Themenanalyse erhaltenen Kategorien und Subkategorien konnten so verdichtet und inhaltlich erweitert werden. Die Erweiterung auf dieses Interpretationsverfahren erwies sich als sehr fruchtbar für die Ergebnisse der Forschung: so konnten bezüglich der Wirkungsweisen von Bürokratie (siehe Kap. 5.3 „Wirkungsweisen von Bürokratie“) als auch bezüglich der Elemente von Personalentscheidungsprozessen (siehe Kap. 7.3 „Strategien der Entscheidungsfindung und Entscheidungsabsicherung“) wertvolle Kategorien ermittelt werden, welche im Rahmen der Themenanalyse analytisch vertieft, ausgebaut und verdichtet wurden.

### **3.3.2 Auswahl der InterviewpartnerInnen nach dem „Theoretical Sampling“**

Die Leitung im öffentlichen Krankenanstalten-Gesetz, so ging aus der Erhebung hervor, ist in eine Verwaltungsdirektion, eine Pflegedirektion und eine ärztliche Direktion dreigeteilt. Dementsprechend kann man auch von drei unterschiedlichen Dienstgruppen sprechen, dem Verwaltungspersonal, dem Pflegepersonal und den Ärzten und Ärztinnen. Um die Fragestellung einzugrenzen und damit genauere Aussagen treffen zu können, wurde das Verwaltungspersonal fokussiert und die beiden anderen Gruppen ausgeklammert. Das bedeutet, dass sich die Masterarbeit mit dem Personalentscheidungsprozess in der Organisation Krankenhaus mit der Dienstgruppe Verwaltungspersonal im Fokus auseinandersetzt.

Daher waren die ersten beiden InterviewpartnerInnen auch genau für diese Dienstgruppe zuständig. Hierbei handelte es sich um die Personalstellenleitung und die Verwaltungsdirektion des Krankenhauses. Die Auswahl der InterviewpartnerInnen orientierte sich in weiterer Folge am „Theoretical Sampling“<sup>36</sup>: während mit einer allgemeinen und wissenschaftlich als relevant erachteten Perspektive begonnen wird, bestimmt man nach der bisherigen Interpretation jene Materialien, welche noch mit einzubeziehen sind, um die Analyse gehaltvoll zu gestalten. Es gibt hierbei zwei Auswahlstrategien, welche zum Einsatz

---

<sup>36</sup> Vgl. Lueger, *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*, S.80f.

kommen und der Logik der fortschreitenden Inklusion entsprechen: die Auswahl ähnlicher Fälle beziehungsweise Materialien und die Auswahl von Grenzfällen. Die Auswahl der InterviewpartnerInnen nach dem „Theoretical Sampling“ ist eine Strategie beziehungsweise ein Teil einer zyklischen Forschungsorganisation, in welcher die Gesprächspartner stets neu ausgewählt werden und sich die Wahl dieser am erhobenen Material und der erfolgten Auswertung orientiert und keineswegs im Vorhinein feststeht.

Beim „Theoretical Sampling“ werden Untersuchungseinheiten miteinander verglichen. Es wird dabei auch von Strategien der Minimierung und der Maximierung gesprochen. Durch eine Minimierung von Unterschieden erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, ähnliche Daten zu erhalten, durch die Maximierung von Unterschieden erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, Heterogenität und Varianz im Feld abzubilden. Dabei ist entscheidend, dass die Suche nach Untersuchungseinheiten zu jedem Zeitpunkt des Forschungsprozesses von der entstehenden Theorie angeleitet wird und dann beendet ist, wenn eine „theoretische Sättigung“ eintritt.<sup>37</sup> Eine theoretische Sättigung („saturation“) ist dann erreicht, wenn neues Datenmaterial keinen Beitrag mehr zu neuen theoretischen Einsichten liefert oder bestimmte Kategorien nicht mehr erweitert.<sup>38</sup>

Bei nicht-standardisierten, qualitativen Interviews werden die InterviewpartnerInnen nicht unter Aspekten statistischer Repräsentativität gewählt. Vielmehr werden sie in Hinsicht auf eine perspektivische Typik ausgewählt, welche zunächst unterstellt und im Forschungsverlauf dann theoretisch begründet wird. Diese Typik kann beispielsweise im Hinblick auf Kompetenz-Kriterien oder aufgrund der Annahme „spezieller“ Erfahrungen zu einem Thema erstellt werden.<sup>39</sup> Insofern wurden auch im konkreten Forschungsverlauf die InterviewpartnerInnen nicht unter Aspekten der Repräsentativität gewählt, sondern aufgrund der unterstellten Erfahrungen und des unterstellten Expertenwissens zum Thema Personalentscheidungen einerseits und aufgrund der Zugehörigkeit zu einerseits unterschiedlichen Dienstgruppen und unterschiedlichen hierarchischen Positionen andererseits, also Fälle, die im Rahmen des „Theoretical Sampling“ auf inhaltlicher Ebene begründet werden können.

---

<sup>37</sup> Vgl. Lamnek, Siegfried, *Qualitative Sozialforschung. 5.Auflage*. Basel: Beltz Verlag 2010, S.171, zit. nach: Kelle Udo, Kluge Susann, *Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung.*: Opladen: Leske & Budrich 1999, S.45f.

<sup>38</sup> Vgl. Charmaz, Cathy, *Constructing Grounded Theory. A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. 6<sup>th</sup> Edition. London: Sage Publications Ltd 2011, S.113.

<sup>39</sup> Vgl. Bohnsack, Ralf; Marotzki, Winfried; Meuser, Michael (Hrsg.), *Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. 3. Auflage*. Opladen & Farmington Hills, MI: Verlag Barbara Budrich 2011, S. 95.

Bei der Direktion des Verwaltungsbereiches und der Leitung der Personalstelle handelt es sich um Personen, welche aufgrund ihrer offensichtlichen Funktionsbereiche im Krankenhaus als relevante InformantInnen erschienen. Im Forschungsverlauf und mit den ersten näheren Informationen und Analysen des Materials zeigte sich, dass erstens auch die Pflegedirektion eine große Personalgruppe unter sich hat und daher eine der Hauptfiguren darstellt, wenn es sich um Personalfragen im Krankenhaus handelt, sie daher ebenfalls zu befragen war. Diese ist im Rahmen des theoretischen Samplings zwar kein Grenzfall, jedoch ganz sicher ein Fall, welcher sich zur im Fokus stehenden Gruppe des Verwaltungspersonals abgrenzt. Zweitens wurde die Information preisgegeben, dass letztlich jegliche Personalentscheidung an anderer Stelle, also nicht im Krankenhaus, definitiv entschieden wird. Diese Stelle ist die Krankenkasse, ohne deren endgültige Zustimmung oder Ablehnung keine Personalentscheidung getroffen werden kann.

Daraus folgten zwei Konsequenzen: erstens, die Pflegedirektion wurde ebenfalls interviewt. Die Ergebnisse, welche ja nicht der Eingrenzung auf Verwaltungspersonal entsprechen, konnten so als Gegenstück oder Abgrenzung der einen Personalgruppe gegen die andere dienen und den Blick für die Unterschiede der Entscheidungsvorgehensweise in den unterschiedlichen Dienstgruppen des Krankenhauses schärfen. Diese Entscheidung erwies sich auch tatsächlich als sehr sinnvoll, da durch die zahlreichen Unterschiede in den autonomen Handlungsbereichen von Verwaltungsdirektion und Pflegedirektion der Blick auf den besonderen Prozess der Personalauswahl von Verwaltungspersonal deutlicher wurde.

Zweitens wurde klar, dass auch Entscheidungsträger der Krankenkasse zu befragen waren. Hier wurden Erhebungen mit jenen Stellen geführt, welche in den ersten beiden Erhebungen im Krankenhaus als relevant genannt wurden. Konkret waren dies die Personalabteilungsleitung der Krankenkasse und ein Mitarbeiter der Personalentwicklung der Krankenkasse.

Im weiteren Forschungsverlauf wurde deutlich, dass nicht ausschließlich entscheidungstragende Akteure als Informanten für die Forschung gelten konnten. Auch jene Personen, über welche konkret in Personalentscheidungen entschieden wurde, wurden so in den Kreis der Befragten eingeschlossen. Dabei handelte es sich um einen Mitarbeiter, welcher bereits sehr lange Mitarbeiter des Krankenhauses war sowie um einen Mitarbeiter, welcher im Springerdienst relativ „frisch“ den Organisationseinstieg erlebt hatte. Schließlich wurde eine Mitarbeiterin im ärztlichen Schreibdienst, ebenfalls noch in der Position einer Springerin, befragt. Dies war insofern bedeutsam, als sich diese Dienstnehmerin noch im für den

Entscheidungsprozess wichtigen Einschulungsprozedere (siehe Kap. 7.1.1 „Einschulungsprozedere von Schreibkräften im medizinischen Dienst“) befand.

Die Gruppe der InterviewpartnerInnen bestand also aus drei verschiedenen Befragungsgruppen: aktive Entscheidungsbefugte für den Bereich Verwaltung (Gruppe 1), Entscheidungsbefugte außerhalb des Krankenhauses (Krankenkasse) oder außerhalb des Verwaltungsbereiches (Pflegedirektion) (Gruppe 2) und Verwaltungspersonal, welches sich innerhalb des sechs-monatigen Befristungszeitraumes beziehungsweise danach befindet und nicht Personal-entscheidungsbefugt ist (Gruppe 3).

### **3.4 Qualitätssicherung**

Bezüglich der Gütekriterien qualitativer Forschung ist festzuhalten, dass diese sich aufgrund ihres gegenstands- und kontextunabhängigen Charakters einer Beurteilung nach klassischen Kriterien einer quantitativ – hypothesentestenden Wissenschaft entziehen und diese durch andere Kriterien ersetzt werden müssen. Hierzu gehört vor allem ein bewusst flexibel gehaltenes System von Kriterien, welches der geringen Formalisierbarkeit und Standardisierbarkeit der Forschung angepasst ist. An dieser Stelle ist das Kriterium der „Nachvollziehbarkeit“ zu nennen. Dieses kann durch ausführliche Dokumentation, interkollegiale Kontrollen und kodifizierte Vorgehensweisen erreicht werden.<sup>40</sup>

Um die Qualitätssicherung der Forschungsarbeit zu leisten wurden verschiedene Schritte getroffen. Eine zyklische Forschungsorganisierung erschien, wie bereits erwähnt, als sehr sinnvoll für eine permanente kritische Auseinandersetzung und Modifikation von Fragestellungen und Analyseverfahren.

Der qualitätssichernden Vorgehensweise der zyklischen Forschungsorganisierung wurde dadurch Rechnung getragen, indem die Interviewpartner in verschiedene „Gruppen“ unterteilt wurden und die Zyklen größtenteils nach Befragungen jeweils einer Gruppe sowie einem Auswertungsprozess in einen Reflexionsprozess gingen bevor Interviews mit einer anderen Gruppe begonnen wurden. Nach einem Interpretationsprozess konnte eine ausdauernde Reflexionsphase den Vorteil bringen, sich je nach Gruppe deutlicher vor Augen führen zu können, welche Interessen speziell von diesen Personengruppen verfolgt werden, welche

---

<sup>40</sup> Vgl. Kühl, Strodtholz (Hrsg.), *Methoden der Organisationsforschung*, S.18, siehe beispielsweise auch: Steinke, Ines, *Gütekriterien qualitativer Forschung*, in: Flick, Uwe; Von Kardoff, Ernst; Steinke, Ines (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag 2000, S.319-331.

Ziele sie anstreben, wie sie in Bezug auf diese agieren und wie infolgedessen die Interaktions-, Denk- und Handlungsmuster im Entscheidungsprozess aussehen. In der Folge stellte es sich dann als entscheidend heraus, die verschiedenen Akteursgruppen in einen Zusammenhang zu bringen und ihr gegenseitiges und miteinander erfolgreiches Handeln zu analysieren.

Eine weitere qualitätssichernde Maßnahme der Forschung war die Miteinbeziehung von Außenstehenden in die Analyse des Datenmaterials. Dies war für eine gehaltvolle und qualitativ hochwertige Interpretation notwendig, da Außenstehende ja nicht im Detail in das Forschungsprojekt involviert waren und auch über die vorherigen Arbeitsschritte keine Informationen erhalten hatten. Eine systematische Variation der InterpretInnen, wie sie im Forschungsprozess erfolgt ist, dient als qualitätssichernde Maßnahme, die den Erkenntnisgegenstand umfassend durchdringen und theoretisch modellieren kann.<sup>41</sup> So kann freier und offener interpretiert werden. Dies war vor allem bei der Durchführung der ersten Analyseschritte im Rahmen einer Feinanalyse von entscheidender Bedeutung, da sich sehr schnell nach den ersten beiden Erhebungen Vorannahmen bildeten, die so aber auch der interpretativen Auslegung der Gruppe standhalten mussten und „abgesichert“ werden konnten.

Auf methodologischer und verfahrenstechnischer Ebene galt der Berücksichtigung von „Belanglosigkeiten“ und „Anomalien“<sup>42</sup> besondere Aufmerksamkeit. In den Erhebungen wurden viele strukturelle Merkmale der Organisation als gegeben geschildert und nicht weiter ausgeführt (an dieser Stelle ist besonders die „historische Gewachsenheit“ zu nennen, siehe Kap. 4.3 „Auswirkungen des organisationalen Gefüges auf die Strukturen des Krankenhauses“). Diese erschienen aber als ganz besonders interessant und relevant für das Verständnis des Prozesses einer Personalauswahl. Im Rahmen einer qualitätsvollen Forschung fanden diese daher besondere Beachtung und zeigten sich in der Analyse auch als wesentliche Elemente zur Beantwortung der Forschungsfrage. In diesem Sinne gaben gerade die als belanglos erscheinenden Informationen der Erhebung Aufschluss über entscheidende strukturelle Beschaffenheiten des Krankenhauses, welche in weiterer Folge auch die Entscheidungsprozesse beeinflussen.

---

<sup>41</sup> Vgl. Froschauer, Lueger, *Das qualitative Interview*, S.169.

<sup>42</sup> Ivi, S.167.

## 4. Organisationsaufbau

An dieser Stelle werden nun in den folgenden Kapiteln die Forschungsanalyseergebnisse wiedergegeben. Um zu verstehen, wie das beforschte Krankenhaus strukturell aufgebaut ist, muss zunächst in einem ersten Schritt erläutert werden, welche Institutionen beziehungsweise Einrichtungen ihm vorstehen beziehungsweise übergeordnet sind. Das ist deswegen bedeutsam, weil diese Einfluss auf verschiedene krankenhauserne Entscheidungen ausüben und damit die Krankenhausstrukturen mit-beeinflussen. Daher ist die nun folgende Darstellung des organisationalen Aufbaus des beforschten Krankenhauses unerlässlich, um Prozesse der Personalauswahl in diesem nachvollziehen zu können. Wie zu sehen sein wird, zeichnet sich das Forschungsobjekt durch einige strukturell besondere Beschaffenheiten aus.

### 4.1 Das Krankenhaus und seine Trägerorganisation<sup>43</sup>

Das Krankenhaus, welches das Forschungsobjekt darstellt, befindet sich im Besitz einer öffentlichen Trägerorganisation, nämlich einer Gebietskrankenkasse. Es wurde in der Erhebung als „*Exot in der Spitalslandschaft*“ beschrieben, da es das einzige Schwerpunktkrankenhaus eines Sozialversicherungsträgers in ganz Österreich ist.

Zwar hat nahezu ein jedes öffentliche Krankenhaus eine Dachorganisation über sich (beispielsweise steht den Gemeindespitalern der Krankenanstaltenverbund vor), welche das Regulativ festlegt, dass jedoch ein Sozialversicherungsträger ein Krankenhaus „besitzt“, ist organisational einzigartig in Österreich. Doch was bedeutet dies nun konkret und wie stellt sich die Konstellation dar? Zunächst ist zu erläutern, wie die allgemeine Sozialversicherung in Österreich aufgebaut ist.

Die Allgemeine Sozialversicherung umfasst die Krankenversicherung, die Unfallversicherung und die Pensionsversicherung.<sup>44</sup> Diesen mit der Durchführung betrauten Versicherungsträgern steht der Hauptverband der Sozialversicherungsträger vor.

Dieser nimmt nicht nur allgemeine und gesamtwirtschaftliche Interessen im Vollzugsbereich der Sozialversicherung wahr, sondern erbringt unter anderem auch zentrale Dienstleistungen

---

<sup>43</sup> Anmerkung: die Ausführungen geben die in der Erhebung genannten Schilderungen zum Organisationsaufbau wieder. Wo lückenhafte Informationen auftraten, wurde nachrecherchiert.

<sup>44</sup> Vgl. **Ju\$line Österreich**, *Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG), Berücksichtigter Stand der Gesetzgebung: 1. Dezember 2013, § 2. Umfang der Allgemeinen Sozialversicherung* <http://www.jusline.at/index.php?cpid=ba688068a8c8a95352ed951ddb88783e&lawid=81&paid=2>, [13.11.2013].

für die Sozialversicherungsträger.<sup>45</sup> Die Verwaltungskörper des Hauptverbandes sind die Trägerkonferenz und der Vorstand.<sup>46</sup>

Abbildung 2 verdeutlicht den Aufbau der österreichischen Sozialversicherung. Sie unterliegt der Aufsicht des Bundes und weist als Aufsichtsbehörden das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz und das Bundesministerium für Gesundheit aus.<sup>47</sup> Die Krankenversicherung wird durch die Gebietskrankenkassen und die Betriebskrankenkassen durchgeführt. Wie die Abbildung verdeutlichen soll, befindet sich unter den Gebiets- und Betriebskrankenkassen der Krankenversicherung auch jene Krankenkasse, mit welcher sich die Forschungsarbeit konkret befasst.

Die österreichische Sozialversicherung wird in Form der Selbstverwaltung geführt. Die Selbstverwaltungskörper, so Artikel 120a. B-VG, sind Personen, welche die selbstständige Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben, die im Sinne ihrer Interessen gelegen sind, besorgen.<sup>48</sup> Nach Artikel 120b. B-VG<sup>49</sup> können den Selbstverwaltungskörper Aufgaben staatlicher Verwaltung übertragen werden. Es können durch Gesetze Formen der Mitwirkung der Selbstverwaltungskörper an der staatlichen Vollziehung festgelegt werden. Die Selbstverwaltungskörper werden aus dem Kreis ihrer Mitglieder als Organe demokratisch bestimmt.<sup>50</sup>

---

<sup>45</sup> Vgl. **Ju§line Österreich**, *Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG), Berücksichtigter Stand der Gesetzgebung: 1. Dezember 2013, § 31. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger* <http://www.jusline.at/31. Hauptverband der oesterreichischen Sozialversicherungstraeger ASVG.html> [13.11.2013].

<sup>46</sup> Vgl. **Ju§line Österreich**, *Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG), Berücksichtigter Stand der Gesetzgebung: 1. Dezember 2013, § 441. Arten der Verwaltungskörper* <http://www.jusline.at/441. en der Verwaltungskoerper ASVG.html>, [13.11.2013].

<sup>47</sup> Vgl. **Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger**, *Aufsichtsbehörden* [http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel\\_content/cmsWindow?action=2&p\\_menuid=58413&p\\_tabid=6](http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=58413&p_tabid=6) [24.11.2013].

<sup>48</sup> Vgl. **Ju§line Österreich**, *Bundes-Verfassungsgesetz 120a*, <http://www.jusline.at/120a. B-VG.html> [24.11.2013].

<sup>49</sup> Vgl. **Ju§line Österreich**, *Bundes-Verfassungsgesetz 120b*, <http://www.jusline.at/120b. B-VG.html> [24.11.2013].

<sup>50</sup> Vgl. **Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich**, Jahrgang 2008, Teil I, 2. Bundesverfassungsgesetz: *Änderung des Bundes-Verfassungsgesetzes und Erlassung eines Ersten Bundesverfassungsrechtsbereinigungsgesetzes*, abrufbar unter: <http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR40094632> [24.11.2013].

## Organigramm der österreichischen Sozialversicherung

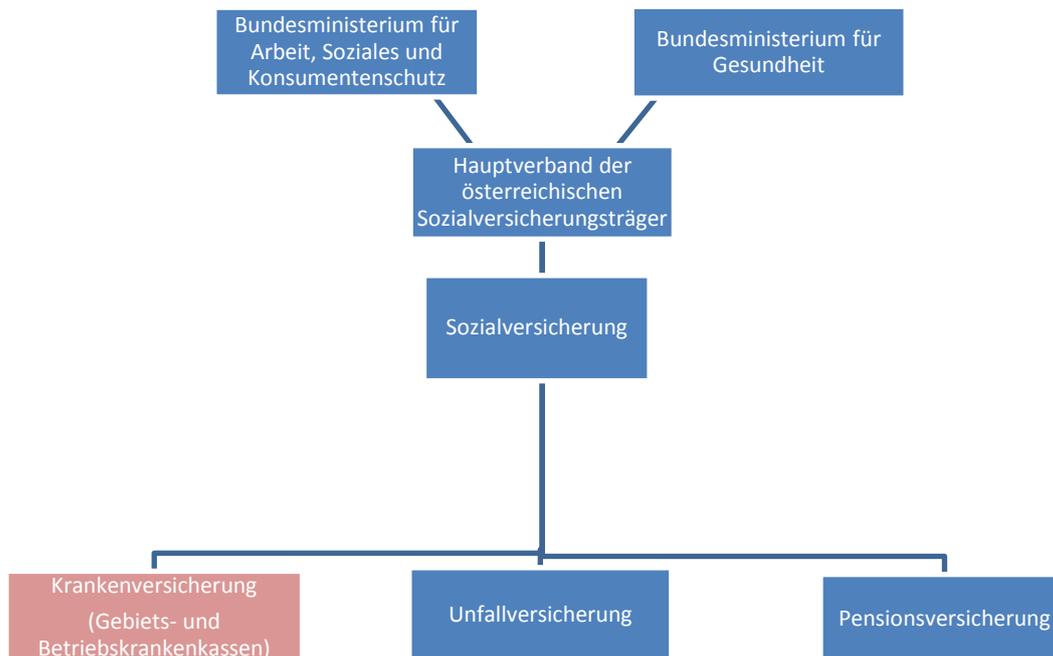


Abb. 2: Organigramm der österreichischen Sozialversicherung, eigene Abbildung<sup>51</sup>

Selbstverwaltung bedeutet für die Sozialversicherung, dass der Staat für einen Bereich der Verwaltung auf die Führung durch staatliche Verwaltungsbehörden verzichtet und diese Verwaltungsaufgaben den Selbstverwaltungskörpern überträgt. Die Sozialversicherungsträger unterliegen als Selbstverwaltungskörper der Aufsicht durch den Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz und dem Bundesminister für Gesundheit.<sup>52</sup>

Als eine der Säulen der Sozialversicherung ist, wie bereits erwähnt, jene der Krankenversicherung zu nennen, unter welche wiederum jene Gebietskrankenkasse, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit als Untersuchungsgegenstand diente, fällt. Deren Selbstverwaltungskörper heißen Generalversammlung, Vorstand und Kontrollversammlung.

Die Organisation der Gebietskrankenkasse selbst ist in verschiedene Verwaltungsbereichsleitungen unterteilt, unter welchen sich wiederum verschiedene Fachabteilungen gliedern. Unter einer der Verwaltungsbereichsleitungen befindet sich,

<sup>51</sup> Abbildung wurde selbstständig erstellt, Quelle sind die zitierten, nachrecherchierten Informationen zur österreichischen Sozialversicherung, nicht die erhobenen Daten.

<sup>52</sup> Vgl. **Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger**, *Selbstverwaltung*, [http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel\\_content/cmsWindow?action=2&p\\_menuid=58411&p\\_tabid=6](http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=58411&p_tabid=6) [24.11.2013].

gleichrangig mit den anderen Fachabteilungen des Verwaltungsbereiches, das beforschte Krankenhaus sowie die Gesundheitszentren und Zahngesundheitszentren (siehe Abb.3).

### Struktureller Aufbau der Gebietskrankenkasse

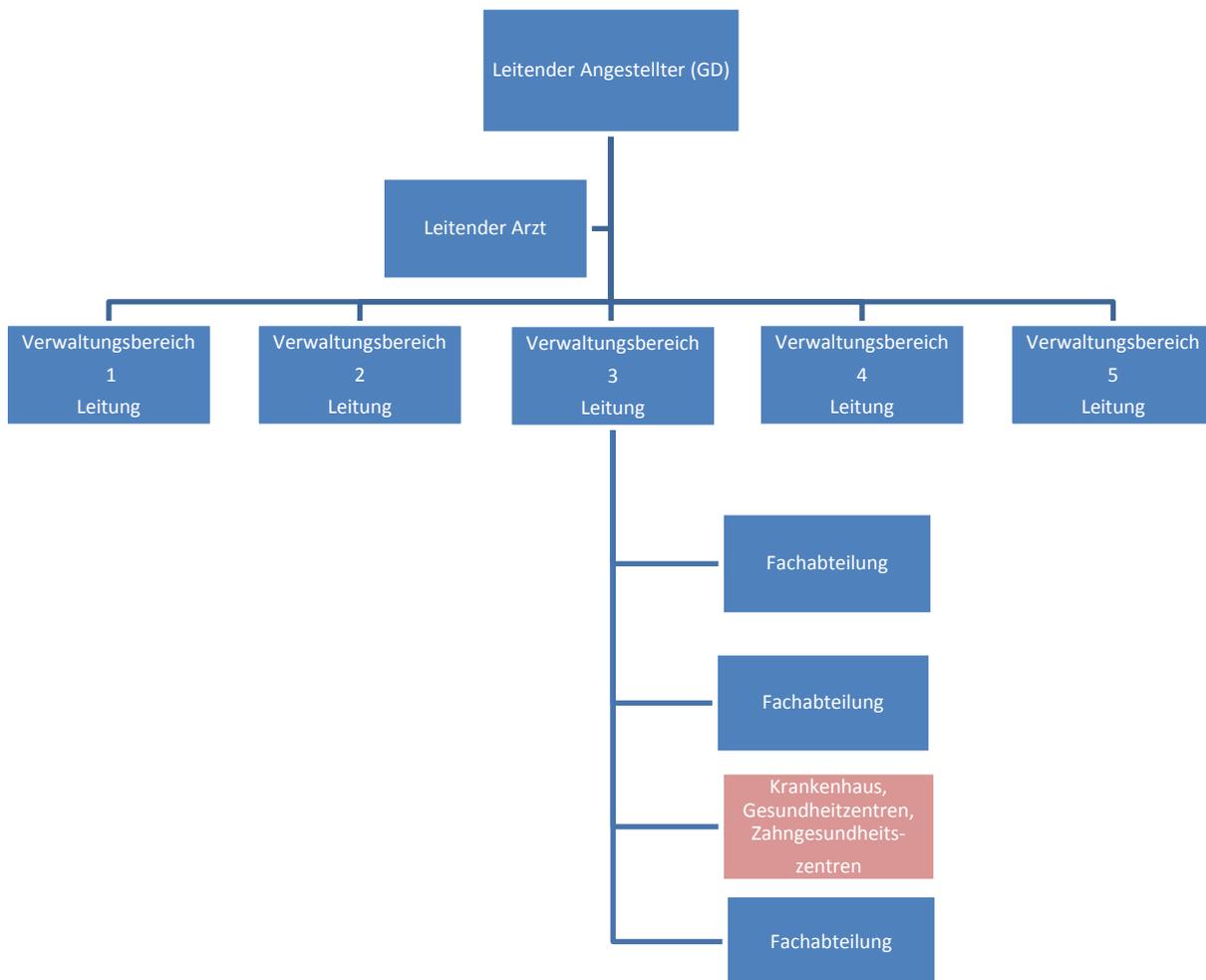


Abb. 3: Struktureller Aufbau der Gebietskrankenkasse, vereinfachtes Organigramm, von der Organisation bereitgestellt

Die Selbstverwaltung bedeutet für das Krankenhaus, dass es nicht autonom agieren kann, sondern anderen „Institutionen“ oder „Einrichtungen“ wie dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger aber auch den Verwaltungskörpern des Versicherungsträgers Rechenschaft schuldet. Als Beispiel aus der Erhebung sei hier angeführt, dass das Krankenhaus seinen Dienstposten-Besetzungsstatus an den Hauptverband melden und den Dienstpostenplan sehr akribisch führen muss. Autonome Bewegungen in der

Dienstpostenveränderung sind nur in einem sehr bescheidenen Ausmaß für das Krankenhaus möglich.

Der leitende Angestellte der Krankenkasse ist der Generaldirektor, er steht damit auch den verschiedenen Verwaltungsbereichen vor. Die Verwaltungsbereiche haben wiederum jeweils eigene Verwaltungsbereichsleitungen. Die Gesundheitszentren beziehungsweise Zahngesundheitszentren und das Krankenhaus sind sogenannte „eigene Einrichtungen“ der Krankenkasse. Aus MitarbeiterInnen dieser eigenen Einrichtungen sowie des zentralen Verwaltungsgebäudes setzt sich der MitarbeiterInnenkreis der Krankenkasse zusammen. Dieser umfasst in etwa eine Personenzahl von 3800.

Das Krankenhaus wurde in der Erhebung als eine Dienststelle der Krankenkasse unter anderen bezeichnet. Was es von den anderen Dienststellen unterscheidet, sind hauptsächlich seine Dimensionen, welche jene der anderen deutlich übertreffen. Diese Dimensionen beziehen sich auf die Größe und auf die Spezialisierungen, über welche ein Krankenhaus verfügt und welche in dieser Hinsicht auch seine Komplexität, verglichen beispielsweise mit einem Gesundheitszentrum, erhöhen.

Administrativ bedeutet das Krankenhaus einen Mehraufwand für die Krankenkasse, da das Krankenhauspersonal mehr Zulagen bekommt als Verwaltungsmitarbeiter der Krankenkasse. In Personalangelegenheiten jedoch besteht prinzipiell kein Unterschied.

#### **4.1.1 Struktureller Aufbau der Verwaltungsdirektion des Krankenhauses**

Die Verwaltungsdirektion, welche der Dienstgruppe des Verwaltungspersonals vorsteht, ist für die Bereiche Rechnungswesen, Logistikzentrum, Anstaltsküche, Personalwesen (krankenhausintern Personalstelle genannt), Patientenadministration und die zentrale Leittechnik zuständig, hat sich also mit einem umfangreichen Tätigkeitsbereich zu beschäftigen. Die nachfolgende Abbildung veranschaulicht in einem Organigramm den Aufbau der Verwaltungsdirektion.

## Struktureller Aufbau der Verwaltungsdirektion

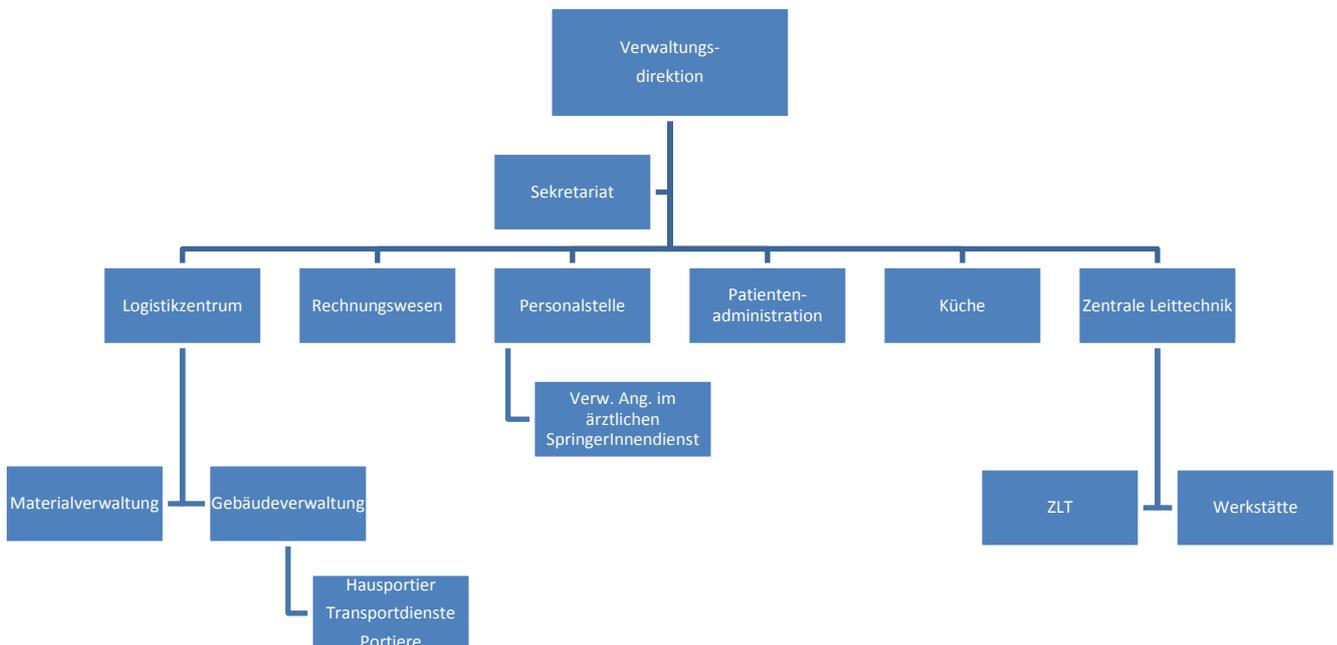


Abb. 4: Struktureller Aufbau der Verwaltungsdirektion, Organigramm von der Organisation zur Verfügung gestellt

Die Führung in öffentlichen Krankenanstalten ist im öffentlichen Krankenanstalten-Gesetz verankert und sieht eine dreigeteilte, sogenannte kollegiale Führung vor. Diese besteht aus der ärztlichen Direktion, der Pflegedirektion und der Verwaltungsdirektion. Das gegenständliche Krankenhaus weist eine Bettenanzahl unter 700 auf, wodurch auch die technischen Bereiche unter die Verantwortung der Verwaltungsdirektion fallen (wäre sie über 700, so wäre zusätzlich noch eine technische Direktion erforderlich). Die Anzahl stationärer Patienten beträgt in etwa 500. Die kollegiale Führung gestaltet sich dahingehend, dass zum Beispiel gemeinsame Projekte geführt werden, wirtschaftliche Agenden in ihren Zuständigkeitsbereich fallen sowie insgesamt und allgemein sehr viele Gemeinsamkeiten bearbeitet werden müssen.

In Summe fallen in etwa 250 MitarbeiterInnen unter die Gruppe des Verwaltungspersonals, wobei die größte Gruppe in der Verwaltung die Verwaltungsangestellten im ärztlichen oder medizinischen Dienst sind, welche die Positionen von SekretärInnen an den Ambulanzschaltern übernehmen und den Erstkontakt zu den ambulanten PatientInnen

herstellen. Allein diese Gruppe der Verwaltungsangestellten im ärztlichen Dienst umfasst knapp 100 Dienstposten. Die restlichen Verwaltungsdienstgruppen umfassen geringere MitarbeiterInnenzahlen. Jeder dieser 6 Verwaltungsbereiche verfügt wiederum über eine Gruppenleitung und eine Stellvertretung.

#### **4.1.2 Die organisationale Umwelt**

Die Krankenkasse und damit das Krankenhaus als deren Organisationseinheit können nicht eindeutig als öffentliche (das heißt staatliche) oder private Einrichtung beschrieben werden, da eine eindeutige Zuweisung unmöglich ist. Vergleichbare Konstellationen in der österreichischen Spitalslandschaft lassen sich nicht ausmachen. Der Staat bedient sich einer privaten Organisation, um eine seiner eigentlichen Aufgaben, die Durchführung einer Krankenversicherung und damit den Schutz seiner Staatsbürger vor zum Beispiel sozialen Härten durchführen zu lassen.

Zwar befindet sich das Krankenhaus in einer starken Abhängigkeit von seiner Trägerorganisation, zwischen den Aufgabenbereichen der Krankenkasse und des Krankenhauses muss dennoch streng getrennt werden. Ein Beispiel verdeutlicht dies: das Krankenhaus hat als Dienststelle der Krankenkasse Versichertendatenbanken zur Verfügung, auf die Krankenhausmitarbeiter zwar als solche keinen Zugriff haben, jedoch im Rahmen der Zugehörigkeit zur Krankenkasse jederzeit Einblick in das EDV-System der Krankenkasse nehmen könnten. Dies würde den leitenden Positionen des Krankenhauses theoretisch ermöglichen, Einsicht in die Krankenakten ihrer MitarbeiterInnen zu nehmen und eventuelle Krankheitsfälle nachzuprüfen. Aufgrund von Arbeitnehmerschutz und der damit zusammenhängenden Verschwiegenheitspflicht darf darauf aber auch bei theoretischem Vorhandensein der Daten und Einsichtsmöglichkeit in die Daten kein Zugriff genommen werden, sondern es ist sehr exakt und zielgerichtet zu handeln. Die unterschiedlichen Aufgabenbereiche dürfen keinesfalls verschwimmen.

Die Konkurrenz unter den öffentlichen Krankenhäusern im städtischen Umfeld des Krankenhauses wird, so zeigte die Erhebung, aufgrund der großen Dichte an Krankenhäusern von den befragten Organisationsmitgliedern als stark empfunden. Auch Umweltveränderungen werden stark wahrgenommen. Diese betreffen beispielsweise verschiedene Spitalsreformen, welche, auch wenn sie das beforschte Krankenhaus nicht direkt betreffen, doch seine Situation verändern, indem sie die Spitalslandschaft insgesamt

umstrukturieren. Die Standortsicherung stellt sich aufgrund dessen als keine leichte Aufgabe dar und das Krankenhaus muss im Angesicht des Spannungsfeldes wirtschaftlicher Problematik des Gesundheitsbereiches gelenkt und geleitet werden.

Einflüsse aus der Umwelt betreffen beispielsweise Finanzierungsfragen des Krankenhauses. Dass ein Krankenversicherungsträger kein Krankenhaus führen sollte, ist ein gängiger Einwand, der das Krankenhaus unter Rechtfertigungsdruck bringt und seine Standortsicherung schwierig gestaltet.

Auch wurde in der Erhebung zum Ausdruck gebracht, dass sich das Krankenhaus als beliebtes Politikum stets im Spannungsfeld zwischen wirtschaftlichen Aspekten einerseits und den Notwendigkeiten eines Krankenhauses befindet. Eine Übernahme des Krankenhauses von der Gemeinde Wien steht beispielsweise seit mehreren Jahrzehnten im Raum. Vor allem aber sind finanzielle Aspekte der Grund, dass aus der Umwelt immer wieder zweifelnde und anprangernde Stimmen zu vernehmen sind und sich das Krankenhaus dementsprechend in einer schwierigen Situation befindet. Von Seiten der Organisationsmitglieder werden derartige Vorwürfe mit der Begründung zurückgewiesen, dass das Krankenhaus einen sehr wichtigen gesundheitspolitischen Hintergrund habe und gesundheitspolitische Maßnahmen der Krankenkasse als Kompetenzzentrum umsetzen könne. So ist beispielsweise die Krankenkasse an einer umfassenden Gesundheitsvorsorge interessiert, zu der sie selber lediglich eine Empfehlung abgeben kann, das Krankenhaus aber die konkreten Möglichkeiten bieten kann.

#### **4.2 Theoretische Einbettung: Ein soziologischer Blick auf Krankenhäuser und deren Umwelten**

Bis zum heutigen Tag treten Krankenhäuser nur begrenzt als autonome Akteure auf, sind sie doch zumeist von ihren Trägern politisch und verwaltungsmäßig abhängig. Damit einher geht, dass Entscheidungen in Krankenhäusern oft organisationsfremde Gesichtspunkte zu berücksichtigen haben. Innerhalb der allgemeinen Verwaltung von Krankenhausträgern gibt es noch vielfach unselbstständige Dienststellen.<sup>53</sup>

---

<sup>53</sup> Vgl. Wolff, Stephan, *Organisationswissenschaftliche Grundlagen: Das Krankenhaus als Organisation*, in: Pelikan, Jürgen M.; Wolff, Stephan (Hrsg.), *Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation*. Weinheim, München: Juventa Verlag 1999, S.38.

Wolff nennt unter den klassischen Plagen und Problemen, mit denen ein Krankenhaus zu kämpfen hat, unter anderem auch die Kommunikationsbarrieren zwischen den Berufsgruppen und den Funktionsbereichen. Dies sei auch Teil von strukturellen Problemlagen. Daher handelt es sich auch nicht um ein Problem, welches ein für alle Mal beseitigt werden kann, vielmehr muss man es „pflegen“ und überschaubar halten. Man muss es akzeptieren und bereit dazu sein, es als organisatorischen Problemhaushalt zu akzeptieren, für den es von Nöten ist, einen bestimmten Teil der organisatorischen Kapazität stets ihrer „Kultivierung“ zu widmen. In einem Krankenhaus findet man schließlich viele Unterschiede, welche die Positionen, die Personen, die Sprachen, die (Organisations-)kultur und vieles mehr betreffen. Laut Wolff soll man diese Unterschiede gar nicht versuchen einzuebnen, sondern sie präsent halten. So kann die Unterschiedlichkeit organisatorischer Beschreibungsebenen zum Verstehen und zur Entwicklung neuer Sichtweisen genutzt werden.<sup>54</sup>

Pelikan<sup>55</sup> ist der Meinung, dass Krankenhäuser aufgrund der Komplexität und Dynamik ihrer Umwelten immer stärker gezwungen sind, interne Veränderungsprozesse einzuleiten. Diese sollen dazu dienen, ausreichend selbstbestimmt in der verändernden Umwelt bestehen zu können. Pelikan beschreibt diese These für die 1990er Jahre. Er ortet unter anderem als typisches Problem des Krankenhauses Konflikte zwischen der notwendigen Demokratisierung aller Lebensbereiche und den alteingeführten hierarchischen Strukturen eines Krankenhauses. Dieser Meinung sind auch Müller, Münich und Badura.<sup>56</sup> Sie beschreiben unter den organisationalen „Schwächen“ von Krankenhäusern die nahezu ausschließliche struktur- anstatt prozessorientierte Arbeitsablauforganisation, das Nebeneinander der Subsysteme, welches zu einer unzureichenden Kommunikation und Kooperation innerhalb von Berufsgruppen und Abteilungen führen kann sowie eine starre hierarchische und berufsständische Organisation. Die Autoren orten diese als generelle Probleme von Krankenhäusern und als nicht auf Personalmangel zurückzuführende Problematiken.

Die zumeist starre hierarchische und berufsständische Organisation beschreiben Müller, Münich und Badura als anachronistisch und merken des Weiteren an, dass eine solche

---

<sup>54</sup> Vgl. Wolff, *Organisationswissenschaftliche Grundlagen*, S. 47f.

<sup>55</sup> Vgl. Pelikan, Jürgen in: Asselmeyer, Herbert; Kreye, Ursula; Wagner, Erwin; Wolff, Stephan (WBO-Team) (Hrsg.), *Krankenhaus als soziales System. Neue Akzente durch: Innovations-Forschung, Organisations-Beratung, Personal-Entwicklung. Dokumentation der Fachtagung*. Hildesheim: Verlag Franzbecker KG 1993, S. 6ff.

<sup>56</sup> Vgl. Müller, Brigitte; Münich, Eckhard; Badura, Bernhard, *Gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung im Krankenhaus. Entwicklung und Evaluation von Gesundheitszirkeln als Beteiligungs- und Interventionsmodell*. Weinheim und München: Juventa Verlag 1997, S.35.

Organisation nur noch in wenigen anderen sozialen Systemen in einer solchen Ausgestaltung und einem solchen Ausmaß zu finden ist.<sup>57</sup>

Der existierende Veränderungsdruck zwingt die Krankenhäuser, sich als Gesamtorganisation zu verhalten. Dies beinhaltet eine Organisierung, welche den externen und internen Veränderungen, das bedeutet der Dynamik und der hohen Komplexität des Systems Krankenhaus wie auch seiner Umwelten, gerecht wird. Dies indiziert keine bloße Anpassung an veränderte Rahmenbedingungen, sondern eine Entwicklung in Richtung „lernende Organisation“.<sup>58</sup>

### **4.3 Auswirkungen des organisationalen Gefüges auf die Strukturen des Krankenhauses**

Die an vorangegangener Stelle beschriebene Position des Krankenhauses in einem Netzwerk von übergeordneten Institutionen wirkt sich auf dessen Strukturen aus und bedarf deswegen einer tiefergehenden Analyse.

Die Zugehörigkeit zu einer Trägerorganisation ist, wie Wolff<sup>59</sup> beschreibt, keineswegs eine ungewöhnliche Konstellation für ein Krankenhaus. So kann man prinzipiell nicht von einer organisationalen Besonderheit sprechen. Dass in diesem Fall die Trägerorganisation des Krankenhauses jedoch eine Krankenkasse ist, stellt, zumindest für Österreich, eine Besonderheit dar.

Die auf den ersten Blick ungewöhnlich erscheinende Konstellation des Krankenhauses kann auf den zweiten Blick als gängige organisationale Strukturform wiedergefunden werden. So gleicht das Verhältnis zwischen Krankenkasse und Krankenhaus jenem eines Mutterkonzerns und seines Ablegers oder seiner Zweigstelle. Insofern ist auch die Krankenkasse als Befehlsgeber und das Krankenhaus als Befehlsausführer zu betrachten, was ein eindeutiges „Besitzverhältnis“ impliziert. Was jedoch durchaus eine Besonderheit darstellt, sind die unterschiedlichen Zuständigkeiten von Mutterkonzern und Zweigstelle. Zwar haben beide gleiche Foki zu bewerkstelligen, generell aber betreuen sie ein anderes Klientel: die Krankenkasse betreut alle bei ihr Versicherten, das Krankenhausklientel setzt sich aus Personen, die eine Krankenbehandlung benötigen und im überwiegenden Maße bei dieser Krankenkasse versichert sind, zusammen.

---

<sup>57</sup> Vgl. Müller, München, Badura, *Gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung im Krankenhaus*, S.20.

<sup>58</sup> Ivi, S.27.

<sup>59</sup> Vgl. Wolff, *Organisationswissenschaftliche Grundlagen*, S.38.

Versicherte und Patienten haben aber unterschiedlich ausgeformte Anforderungen und Bedürfnisse. Daher verfolgen die beiden organisationalen Konstrukte unterschiedliche Ziele. Einem Bürobetrieb steht dabei ein „Praxisbetrieb“, beziehungsweise der Administration die Behandlung gegenüber. Dies ist eine Besonderheit, welche sich auf das Verhältnis von Krankenhaus und Krankenkasse auswirkt und der Grund, warum man im konkreten Fall nicht von einer gewöhnlichen „Zweigstelle“ eines Unternehmens sprechen kann. Aufgabengebiete speisen sich aus dem gleichen Sektor, nämlich dem Gesundheitssektor, wenden aber andere Mittel zur Erreichung der auch unterschiedlichen Ziele an.

Daraus resultieren Konsequenzen, die Auswirkungen auf die Strukturen des Krankenhauses haben. Wie bereits beschrieben, zeichnet sich das Verhältnis zwischen Krankenkasse und Krankenhaus als eindeutig asymmetrisch aus, in dem sich die beiden in einem Besitz-beziehungsweise Betreuungsverhältnis befinden. Bedürfnisse des Krankenhauses müssen trotz der unterschiedlichen Zuständigkeiten zwingend innerhalb der Bedürfnisse beziehungsweise Aufgaben der Krankenkasse liegen. In der Darlegung und Durchsetzung seiner Interessen zeigt sich, dass das Krankenhaus im Unterschied zu anderen Krankenhäusern, die gemeinsam einem Dachverband unterstehen, nicht in einer Interessensgemeinschaft, sondern eher als „Alleinstreiter“ auftreten muss. Im Anlassfall kann daher ein erhöhter Argumentationsdruck des Krankenhauses gegenüber der Krankenkasse entstehen (zum Beispiel Investitionen in neueste Technologien).

Die Form der Selbstverwaltung der Krankenkasse sorgt für eine spezielle Situation für das Krankenhaus. Denn durch die Übertragung der Aufgaben an Verwaltungskörper gibt der Staat die Verantwortung weiter und überträgt damit auch gewissermaßen die Haftung für das Krankenhaus. Durch die Beitragseinnahmen und durch Zuschüsse von der öffentlichen Hand ist dessen Bestand einigermaßen gesichert. Dies ruft aber wiederum politisch motivierte Kritik auf den Plan, welche einerseits eine Anpassung an die sonst übliche Krankenhausstrukturierung fordert oder den Bestand des Krankenhauses überhaupt in Frage stellt. Insofern befindet sich das Krankenhaus nicht nur mehr als andere Krankenhäuser in Argumentationsdruck gegenüber seiner Trägerorganisation in sachlichen, sondern auch gegenüber der Öffentlichkeit in sozialpolitischen Belangen. Dies macht das Krankenhaus in Bezug auf seine Struktur, aber letztendlich auch auf seine Existenz angreifbar. Die Priorität und eigentliche Aufgabe des Krankenhauses, nämlich eine bestmögliche Versorgung seiner PatientInnen zu gewährleisten, gestaltet sich dadurch dementsprechend schwierig.

Die politische und verwaltungsmäßige Abhängigkeit vom Träger, wie von Wolff<sup>60</sup> beschrieben, lässt sich auch für das Untersuchungsobjekt der vorliegenden Forschung feststellen. Organisationsfremde Gesichtspunkte sind innerhalb des Krankenhauses vielfach zu beachten. In vielen Organisationsbereichen wie beispielsweise dem Personalwesen kann das Krankenhaus nicht autonom agieren, sondern es müssen Dienstposten sehr genau nach Beschlüssen hierarchisch übergeordneter Einrichtungen besetzt werden. Das Krankenhaus kann also seine Dienstposten nicht unbedingt nach seinen internen Bedürfnissen anfordern, sondern muss sich zum Teil nach organisationsfremden Richtlinien organisieren und orientieren, welche unter Umständen seinen Bedürfnissen widerstreben können. Innerhalb der formal vorgegebenen Rahmenbedingungen, in diesem Falle die Anzahl und aufgabenbezogene Einreihung der MitarbeiterInnen, kann die Leitung des Krankenhauses jedoch im Anlassfall informell auf spezielle Anforderungen reagieren und den Personaleinsatz dahingehend regulieren.

Ganz generell können Neuerungen oder Prozessänderungen wie sie das Krankenhaus für notwendig befindet zwar von diesem selbstständig angeregt werden, müssen aber stets übergeordnet abgesegnet werden. Feine Anpassungen kann die kollegiale Führung des Krankenhauses vornehmen, bei großen Innovationen bedarf es allerdings immer einer Zustimmung zumindest der Krankenkasse, welche unter Umständen auch ihre Bedürfnisse eher in den Vordergrund stellt, als jene des Krankenhauses und das Krankenhaus möglicherweise auch Änderungen implementieren muss, die seinen Bedürfnissen widersprechen.

Dies führt teilweise zu einem Nebeneinander der beiden Systeme Krankenhaus und Krankenkasse wie Müller, Munich und Badura<sup>61</sup> dies generell als organisationale „Schwächen“ von Krankenhäusern beschreiben (diese sprechen vom Nebeneinander von Subsystemen). Auch Schwierigkeiten in der Kommunikation und Kooperation, wie von den Autoren beschrieben, lassen sich im untersuchten Verhältnis zwischen Krankenkasse und Krankenhaus nachweisen. Diese ergeben sich zu einem großen Teil aufgrund sehr einseitig und klein gehaltener Personen- beziehungsweise Dienstkreise, welche zwischen der Krankenkasse und dem Krankenhaus miteinander kommunizieren. Kommunikationskanäle gehen zumeist von der Krankenkasse ins Krankenhaus, enthalten einseitig gerichtete Zielvorgaben und richten sich hierarchisch an von der oberen Position der Krankenkasse

---

<sup>60</sup> Vgl. Wolff, *Organisationswissenschaftliche Grundlagen*, S.38.

<sup>61</sup> Vgl. Müller, Munich, Badura, *Gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung im Krankenhaus*, S.35.

befindlichen Akteuren an hierarchisch an der oberen Position des Krankenhauses befindliche Akteure.

Die organisationalen Verhältnisse und Strukturen, die zwischen der Krankenkasse und dem Krankenhaus bestehen, werden von den Organisationsmitgliedern als „historisch gewachsen“ beschrieben. Damit werden vor allem Verhältnisse und Strukturen erklärt beziehungsweise begründet, welche als schwer erklärbar und auf den ersten Blick besonders starr wirken. Die „historische Gewachsenheit“ erfüllt innerhalb der Krankenkasse und des Krankenhauses eine sehr wichtige Funktion, steht dieses Argument doch in Form einer impliziten Erklärung in Verbindung mit einer gewissen „evolutionären“ Entwicklung. Hierbei sind gewisse Erklärungen oder Gründe für organisationale Beschaffenheiten nicht mehr erinnerlich oder können von den Organisationsmitgliedern gar nicht mehr begründet werden, da die Wurzeln dieser weit in der Vergangenheit liegen. Dabei ersetzt der Verweis auf Tradition die Erklärung für bestimmte begründungspflichtige Entscheidungen und antwortet gleichzeitig auf Fragen der Organisationskultur, welche formale und informale Seiten beinhaltet.

Die historische Gewachsenheit als Argumentation zeigt sich vor allem dort, wo Organisationsmitglieder Entscheidungen nach Regelungen zu treffen haben, die sie nicht mitgestaltet und nicht mitentwickelt haben, an welche sie sich dennoch halten müssen. Das Argument wird dementsprechend häufig angewandt, da die Krankenhausstrukturen ganz allgemein als sehr starr und schwer veränderbar von den Krankenhausmitgliedern beschrieben wurden.

Es zeigt sich jedoch bei genauerer Betrachtung, dass an vielen Stellen Strukturausformungen entstanden sind, welche durchaus nicht derartig starre Ausprägungen zeigen, wie in der Erhebung beschrieben. Wie in später folgenden Ausführungen noch zu sehen sein wird, bestehen beispielsweise durchaus flexible Strukturen bei der Auswahl zukünftigen Personals und nicht nur eine starre Vorgehensweise. In den letzten Jahren wurden wenig unterschiedliche, vordefinierte und linear ausgerichtete Modelle der Personalauswahl, welche für eine sehr starre Organisationsform sprechen würden, durch verschiedene Personalauswahlmethoden ergänzt und daher flexibler gestaltet (siehe Kap. 7.3 „Strategien der Entscheidungsfindung und Entscheidungsabsicherung“).

Auch der ökonomische Druck, den das Krankenhaus verspürt, führt dazu, dass die Rahmenbedingungen und Ziele des Krankenhauses permanent angepasst werden müssen und sich starre Krankenhausstrukturen nur schwer halten lassen. So muss Flexibilität vermehrt

von den Organisationsmitgliedern eingefordert werden, um auf Umwelteinflüsse und – veränderungen auch entsprechend reagieren zu können.

Nach der an vorangegangener Stelle dargelegten Meinung von Müller, Münich und Badura<sup>62</sup> trifft auf das Forschungsobjekt die struktur- anstatt prozeßorientierte Arbeitsablauforganisation nicht in ausschließlicher Form zu. Denn an einigen Stellen sind Aufweichungen der strukturorientierten Organisation durch prozessorientierte Abläufe (siehe Personalentscheidungsprozess) zu erkennen, welche für eine weniger starre Organisierung des Krankenhauses sprechen, als dies zum Teil von den Mitgliedern wahrgenommen wird.

#### **4.4 Informalität in den Strukturen des Krankenhauses**

Wie beschrieben wurde, weist sich das Verhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse als ein eindeutig asymmetrisches aus, indem die Krankenkasse als Befehlsgeber und das Krankenhaus als Befehlsausführer agiert. In solcherart organisationalen Konstellationen lässt sich feststellen, dass die formalen Vorgaben der Trägerorganisation für seine „getragene Organisation“ zumeist sehr streng vorgelegt sind. Dementsprechend klein sind deswegen auch die Spielräume, welche die zugehörige Organisation in der Gestaltung ihrer Strukturen hat, welche stark fremdbestimmt gestaltet sind.

Dennoch zeigt sich, dass innerhalb der formal vorgegeben Strukturbedingungen, die durch den Träger gegeben sind, informelle Gestaltungsmöglichkeiten und vermehrte Flexibilität in den Strukturen der zugehörenden Organisation entstehen können. Diese bilden sich vor allem dann, wenn sich spezielle organisationale Bedürfnisse der Organisation ergeben, welche nicht innerhalb der (offiziellen, formalen) Bedürfnisse der Trägerorganisation liegen. In Krankenhäusern können solcherart informelle, eher flexibler gestaltete Strukturen beispielsweise in der internen Dienstpostenverteilung nach entsprechenden krankenhausesinternen Bedürfnissen entstehen.

Diese sich innerhalb der formalen Strukturvorgaben des Trägers entwickelten informellen Strukturen können zu einem Teil der Krankenhausstrukturen werden. Offiziell sind sie nicht schriftlich festgehalten, dennoch sind sie Teil der Struktur und werden fast automatisch dann angewendet, wenn auf spezielle Bedürfnisse des Krankenhauses zu reagieren ist und die Formalstruktur hier an ihre Grenzen stößt.

---

<sup>62</sup> Vgl. Müller, Münich, Badura, *Gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung im Krankenhaus*, S.35.

Auf die Thematik der Informalität im Krankenhaus wird an späterer Stelle noch ausführlich eingegangen. Denn als Reaktion auf den Prototyp der Formalität, die Bürokratie, zeigt sie sich als entscheidendes Element, welches in Entscheidungsprozessen zum Tragen kommt (siehe Kap. 6. „Exkurs: Informalität als Reaktion auf Bürokratie“ und 7.5 „Informalität in den Personalentscheidungen und in Fragen der Mitgliedschaft“).

## **5. Bürokratie als strukturgebendes und struktur(aufrecht-)erhaltendes Organisationselement**

Bürokratie ist ein wichtiges Thema der Organisationsforschung. Blau<sup>63</sup> beschreibt, warum sich Bürokratie als soziologisches Forschungsfeld geradezu anbietet. In ihr kann das Verhältnis zwischen Sozialstruktur und dem damit verbundenen Normensystem untersucht werden. Dies macht auch das Studium der Beziehung zwischen verschiedenen strukturellen Charakteristika und zwischen diesen und offiziellen Prozeduren möglich. Informelle Muster werden hierbei noch nicht in Betracht gezogen und müssen gesondert untersucht werden. Sich mit diesen erwähnten Elementen auseinanderzusetzen heißt auch, sich mit bedeutenden theoretischen Fragen über Organisationen zu beschäftigen.

Wie bereits an vorangegangener Stelle ausgeführt, drängte sich schon in einem sehr frühen Stadium der Forschung die Annahme auf, es mit einem Krankenhaus zu tun zu haben, in welchem Bürokratie stark ausgeprägt ist und dementsprechend Einfluss auf die verschiedenen organisationalen Prozesse nimmt. Durch die Auseinandersetzung mit bürokratischen und hierarchischen Ausdrucksformen und Wirkungsweisen in Krankenhäusern können, bezugnehmend auf die oben angeführten Ausführungen von Blau, die Strukturen einer Organisation und damit zusammenhängend die organisationalen Prozesse sichtbar gemacht werden.

Bevor die analysierten Wirkungsweisen von Bürokratie im Krankenhaus aufgeführt werden, wird beschrieben, wie sich Bürokratie im Spitalsalltag zeigt und welche Formen sie annehmen kann.

### **5.1 Die Ausgestaltung von Bürokratie im Krankenhaus**

Wie unterschiedlich die einzelnen, individuellen Definitionen der Krankenhausmitglieder auch sein mögen, was Bürokratie eigentlich genau ist – sie ist in den Wahrnehmungen der Organisationsmitglieder sehr präsent und wichtig. Auch eine starke organisationsinterne Hierarchie wird von den MitarbeiterInnen des Krankenhauses wahrgenommen. Sowohl die Krankenkasse als auch das Krankenhaus werden als hierarchische Betriebe definiert.

In erster Linie, so zeigte die Erhebung, ist Bürokratie für die Organisationsmitglieder eine strikte, strenge und stark ausgeprägte Regelung von Arbeitsabläufen. Dabei betreffen diese

---

<sup>63</sup> Vgl. Blau, Peter M, *Bureaucracy in Modern Society*. 2<sup>nd</sup> Edition. New York: Random House 1971, S.15f.

„bürokratisch geregelten Arbeitsabläufe“ ganz verschiedene Organisationbereiche wie beispielsweise Kommunikationsformen und –praxen, Kompetenz- und Arbeitsfeldzuordnungen oder Weisungs- und Entscheidungsrechte. Arbeitsabläufe bürokratisch zu regeln bedeutet, ein vorgeschriebenes und zumeist sehr starres organisationales Regelsystem zu haben, welches Instrumente beziehungsweise Verordnungen zur Verfügung stellt, innerhalb derer und im Sinne derer in weiterer Folge zu handeln ist. Bürokratie löst bei Notwendigkeiten und Bedürfnissen der Organisation zwar nicht notwendigerweise eine Kette von Reaktionen aus, sorgt jedoch für vorgeschriebene Abläufe und vorgelegte Lösungswege. Die Organisationsmitglieder müssen in weiterer Folge keine individuellen Lösungen für die „Bedürfnisse“ der Organisation finden, sondern können auf bereits vordefinierte Reaktionswege zurückgreifen.

Um eine solch beschriebene Wirkungsweise für das Krankenhaus ausüben zu können, bedarf es einer Fixierung dieses bürokratischen Regelsystems, welches sich im schriftlichen Instrument der Dienstordnung der Krankenkasse findet. Gleich einer Gebotstafel sind in der Dienstordnung Kompetenzen der Organisationsmitglieder genau festgehalten. Hierin ist auch niedergeschrieben, dass Personalangelegenheiten beziehungsweise Personalentscheidungen in die Kompetenz des Personalreferenten (dieser ist der Generaldirektor der Krankenkasse) fallen. Festgehalten ist darin auch, dass der Generaldirektor an der Spitze der Organisationshierarchie steht und er als Inhaber des Delegationsrechtes als einzige Person beispielsweise Entlassungen aussprechen kann. Diese Dienstordnung kommt einem Kollektivvertrag gleich. Aushandlungen über Zuständigkeiten werden dadurch obsolet und es kann möglichst geradlinig auf verschiedene Arbeitsagenden reagiert werden.

Ein konkretes Beispiel für eine Ausformung von Bürokratie sind bestimmte, innerhalb des Krankenhauses bestehende, kommunikative Umgangsformen. Diese werden als durch Bürokratie geformt beschrieben und haben innerhalb der Organisation Bestand und Geltung errungen. Insbesondere fallen hierunter Kommunikationsformen, welche als besondere Höflichkeitsformen beschrieben werden und die gegenüber den BewerberInnen, den PatientInnen aber auch den Versicherten eingehalten werden. In Bezug auf die Personalauswahl des Krankenhauses meinen bürokratische Umgangsformen beispielsweise ein möglichst baldiges Antworten und damit eine möglichst baldige schriftliche Rückmeldung an die BewerberInnen von Seite der Organisation. Auch wenn bestimmte Ausformungen dieser bürokratischen Kommunikationsformen ganz offen als veraltet, ja sogar als „*verschroben*“ beschrieben werden (und man sie damit im weitesten Sinne als merkwürdig,

seltsam oder sonderlich, ja sogar skurril definieren könnte), empfindet man sie als positiv und behält sie als einen Vorteil der waltenden Bürokratie bei.

Die bürokratischen Kommunikationsformen betreffen aber natürlich nicht nur die an die Außen- beziehungsweise Umwelt der Organisation gerichtete, sondern auch die innerorganisationale Kommunikation. In diesem Fall zeigt sich Bürokratie durch streng geregelte, vertikale Kommunikationswege, welche im Bedarfsfall anzuwenden sind. Klassisches Beispiel hierfür ist ein streng einzuhaltender Dienstweg innerhalb der Kommunikation der Organisationsmitglieder. Diese Dienstwege sind über längere Zeiträume (über Jahrzehnte) gewachsen. So müssen beispielsweise interne Bewerbungen im Dienstweg eingebracht werden, an den jeweils Vorgesetzten beziehungsweise Nächsthöheren in der Organisationshierarchie. Durch diese sehr geradlinig ausgeprägten Kommunikationsformen erhoffen sich die Organisationsmitglieder besonders effektive und effiziente Reaktionen auf bestimmte Anliegen, indem spontane und individuelle Kommunikation zwischen den Organisationsmitgliedern möglichst unterbunden wird.

Bürokratie waltet oder „herrscht“ in einem ganz natürlichen Sinn im Krankenhaus, was bedeutet, dass sie von den Krankenhausmitgliedern als ganz selbstverständlich empfunden beschrieben wird. Ein Krankenhaus, so wurde in der Erhebung geäußert, könne vor allem ohne Hierarchie nicht bestehen. Auch wenn durchaus eingeräumt wird, dass sie nicht nur Vorteile mit sich bringt, sondern vor allem dort, wo Bürokratie zu Bürokratismus wird, auch mit Schwierigkeiten verbunden sein kann, wird ihr Bestand zumindest nicht offen angezweifelt oder kritisiert. Bürokratismus wird im Gegensatz zu Bürokratie von den meisten MitarbeiterInnen des Krankenhauses abgelehnt und als nicht waltend in der Organisation beschrieben. Wie die Begriffe Bürokratie und Bürokratismus sozialwissenschaftlich definiert werden, wird in Kapitel 5.2.1. „Bürokratie - Begriffsdefinition“ erklärt.

Ein gewichtiges Argument für stark bürokratisch ausgeprägte Strukturen im Krankenhaus ist die große Anzahl an MitarbeiterInnen. Da die Krankenkassa als Gesamtes ein sehr großes Unternehmen mit 3800 MitarbeiterInnen ist, sei es auch besonders anfällig für Chaos. Man rechtfertigt die bürokratisch ausgeprägten Strukturen der Organisation des Weiteren durch die Gefahr einer Nicht-Kontrolle, welche sich ohne diese ausbreiten würde. Diese Faktoren des Chaos, der Nicht-Kontrolle oder auch des „*Wildwuchses*“ sind besonders gefährliche und gefährdende, unerwünschte Faktoren für die organisationsinternen Prozesse (und damit auch für Personalentscheidungsprozesse) und daher in jedem Fall zu vermeiden. Bürokratie

ermöglicht, so das Argument, zu kontrollieren und zu koordinieren und schafft daher eine bessere, weil effizientere Durchführung der Arbeitsprozesse.

Hiermit verbunden wurde auch in der Erhebung geäußert, dass Hierarchie im Krankenhaus notwendig sei um dessen „Funktionieren“ und dessen Betrieb aufrechtzuerhalten. Dies würden vor allem die Organisationsart und die Organisationsziele vorschreiben. Das Arbeiten mit und an Menschen erfordere harte Strukturen, straffe Arbeitsabläufe und damit auch eine strenge krankenhausinterne Hierarchie, welche diese Strukturen ermöglicht beziehungsweise stützt. Im Gegensatz zu einem Bürobetrieb habe das Krankenhaus einen Versorgungsauftrag zu leisten und könne sich aus diesem Grund kein Chaos und keine Unübersichtlichkeit leisten.

Die Durchsetzung eines eher autoritären Führungsstils, welcher sich durch die strenge Hierarchie ergebe, geschehe nicht gegen den Willen der MitarbeiterInnen der mittleren und unteren Hierarchieebenen, denn in Zeiten von hartem Zeitdruck, in dem auch die Anforderungen steigen, würden die MitarbeiterInnen gerade mehr Entscheidung, mehr Führung und mehr autoritäres Gehabe einfordern – die Teams werden dadurch fordernder in Richtung der Führung. Das Argument für den autoritären Führungsstil lautet in der Erhebung, dass sich ohne einen solchen Verlangsamungen und Problemzonen einstellen würden (es entsteht „*Sand im Getriebe*“). Straffe Arbeitsabläufe hingegen ermöglichen ein möglichst rasches Reagieren, seien daher effizienter.

Wie wichtig Hierarchie und Bürokratie im beforschten Krankenhaus tatsächlich sind, zeigt sich an folgendem Beispiel aus der Personalauswahl: ein zentrales Erfordernis an die zukünftigen Mitarbeiter ist die Bereitschaft zur Unterordnung unter diese beiden Organisationsmerkmale. Darüber werden diese auch schon vor ihrem Eintritt in die Organisation aufgeklärt, da es einem klaren Erfordernis, ähnlich einer Anforderung in einem Jobprofil, gleicht. Man könnte fast so weit gehen, die geforderte Unterordnung als verlangte „soft skill“ zu bezeichnen. Aus diesem Grund ist das frühzeitige Kommunizieren dieses Erfordernisses an die künftigen MitarbeiterInnen essentiell. Eine Ablehnung der „Unterordnung“ unter die organisationsinterne Bürokratie und Hierarchie kann ein Grund gegen die Aufnahme eines Bewerbers oder einer Bewerberin sein.

## 5.2 Theoretische Einbettung: Bürokratie in der sozialwissenschaftlichen Literatur

Bürokratie wird heute vorwiegend mit Ineffizienz und Bürokratismus in Verbindung gebracht. Ursprünglich hatte sie aber eine ganz andere Bedeutung. Bürokratie wird nach Blau<sup>64</sup> eine solche Organisation genannt, welche breite und weitreichende administrative Aufgaben zu erledigen hat und dies dadurch tut, indem sie die Arbeit einer Großzahl von Individuen systematisch koordiniert. Obwohl dieses Prinzip die administrative Effizienz steigern soll und dies auch in vielen Fällen tun kann, hat es dennoch oft auch den gegenteiligen Effekt und schafft Ineffizienz.

Bürokratie ist ein so weitläufiger und häufig gebrauchter Begriff, dass zu Beginn zu erläutern ist, wie er soziologisch definiert wird.

### 5.2.1 Bürokratie - Begriffsdefinition

Eine der zahlreichen Definitionen von Bürokratie, welche sich in sozialwissenschaftlichen Wörterbüchern finden lassen, lautet:

*„Es bedeutet ‚Herrschaft der Amtsstube‘. Von ihm aus leitet sich der Ausdruck ‚Bürokratismus‘ im Sinne eines ‚Systems der Büroherrschaft‘ ab. Dieser Terminus wird fast immer im abfälligen Sinne gebraucht, während das Wort Bürokratie zweierlei bedeuten kann: Manchmal denkt man dabei an die Macht der Behörden als eine notwendige Tatsache; man stellt etwas kritikfrei fest und vermeidet eine Bewertung. Häufiger aber gebraucht man es – darin gleich dem Worte Bürokratismus – in entwertender, ja anklagender Bedeutung als einer Gefahr oder wenigstens einer Erschwerung des öffentlichen Lebens und des sozialen Verkehrs.“<sup>65</sup>*

Als Hauptgefahr des Behördenlebens ist *„diese Verknöcherung, besonders die Beibehaltung von Gewohnheiten, die ihre Bedeutung verloren haben“<sup>66</sup>* zu nennen.

---

<sup>64</sup> Vgl. Blau, *Bureaucracy in Modern Society*, S.3f.

<sup>65</sup> Von Beckerath, Erwin (Hrsg.), *Handwörterbuch der Sozialwissenschaften*. Zweiter Band. Tübingen: J.C.B. Mohr (Paul Siebeck) 1959, S.456f.

<sup>66</sup> Ivi, S.458.

Bürokratismus wiederum meint die

*„perfekionierte, übersteigerte Form der Bürokratie; schematisierte, ritualisierte, ohne Sinn-, Kosten- und Leistungsüberlegungen durchgeführte Arbeit in Verwaltungsorganisationen; spezifisches Bewusstsein und Amtsauffassung von Beamtengruppen, die ihre Befugnisse, Anweisungen und Einflussmöglichkeiten nicht in erster Linie zur kritischen Reflexion der sozialen Fakten und Zusammenhänge ihrer Arbeit, sondern zur eigenen Statusverbesserung anwenden.“<sup>67</sup>*

### 5.2.2 Hierarchie - Begriffsdefinition

Hierarchie entstammt dem griechischen Wort hierarchia, welches seine Übersetzung als heilige Ordnung findet.<sup>68</sup>

*„In der Soziologie bezeichnet Hierarchie eine bestimmte Struktur der horizontalen und vertikalen Gliederung der Positionen beziehungsweise Funktionen in einer Organisation. Die Hierarchie ist idealtypisch ein festes, präzises System der Über- und Unterordnungen, in dem alle Entscheidungsbefugnisse, Kommunikationswege und Zuständigkeiten pyramidenhaft von einer obersten Spitze bis hinunter zu einem sich stufen- und rangweise immer weiter verzweigenden Unterbau institutionalisiert wird. [...] Horizontale gegenseitige Abhängigkeiten oder soziale Aktivitäten gelten in der Hierarchie, sofern sie nicht von vertikal übergeordneter Stelle ausdrücklich vorgesehen und kontrolliert werden, als regelwidrig.*

*[...] Sie bewährte sich bei der Lösung fester, längerfristig gleichbleibender Aufgaben. Mit den Dynamiken moderner gesellschaftl. Entwicklung, die überall von außen induzierte Anpassungsleistungen verlangt, hat sie ihre Wirksamkeit weitgehend verloren. Überdies widerspricht sie den Forderungen nach Demokratisierung.“<sup>69</sup>*

Eine bürokratische Hierarchie wird definiert als:

*„Die pyramidenförmige Rangordnung der Weisungsbefugten in einer Verwaltung, gekennzeichnet durch Untergebenenverhältnis jeweils mehrerer Untergebener zu einem Vorgesetzten und horizontaler Kommunikation als Ausnahme oder Regelverstoß.“<sup>70</sup>*

---

<sup>67</sup> Hillmann, Karl-Heinz, *Wörterbuch der Soziologie*. 5.Auflage. Stuttgart: Kröner 2007, S.118.

<sup>68</sup> Ivi, S.338.

<sup>69</sup> Ibidem.

<sup>70</sup> Fuchs-Heinritz, Werner; Lautmann, Rüdiger; Rammstedt, Otthein; Wienold, Hanns (Hrsg), *Lexikon zur Soziologie*. 4.Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2007, S.272.

### 5.2.3 Max Weber und die legale Herrschaft mit bürokratischem Verwaltungsstab

Weber entwickelte als Erster eine systematische Interpretation der Entstehung moderner Organisationen.<sup>71</sup> Er hat sich im Weiteren mit den Arten legitimer Herrschaft auseinandergesetzt und bestimmte drei Typen: die rationale, die traditionelle und die charismatische Herrschaft. Unter Herrschaft versteht Weber im Alltag primär Verwaltung.<sup>72</sup> Im Kontext der zu bearbeitenden Forschungsfrage erscheint vor allem die legale Herrschaft mit bürokratischem Verwaltungsstab von besonderem Interesse.

Für die rationale Herrschaft gibt es folgende Grundkategorien:

- Ein kontinuierlicher regelgebundener Betrieb von Amtsgeschäften
- Eine Kompetenz (Zuständigkeit), welche bedeutet:  
Einen kraft Leistungsvertrag sachlich abgegrenzten Bereich von Leistungspflichten mit Zuordnung der etwa dafür erforderlichen Befehlsgewalten und mit fester Abgrenzung der eventuell zulässigen Zwangsmittel und der Voraussetzung ihrer Anwendung (in diesen Punkten spricht Weber von einer „Behörde“)
- Das Prinzip der Amtshierarchie
- Verfahrensregeln, die entweder technische Regeln oder Normen sein können
- Es gilt (im Rationalitätsfall) das Prinzip der vollen Trennung des Verwaltungsstabs von den Verwaltungs- und Beschaffungsmitteln
- Es fehlen im vollen Rationalitätsfall jede Appropriation der Amtsstelle an den Inhaber
- Es gilt das Prinzip der Aktenmäßigkeit der Verwaltung, auch da, wo mündliche Erörterung tatsächlich Regel oder sogar Vorschrift ist
- Gemeint ist in erster Linie die am meisten rein herrschaftliche Struktur des Verwaltungsstabes, also des Beamtentums der Bürokratie, welche idealtypisch analysiert werden.<sup>73</sup>

Den bürokratischen Verwaltungsstab versteht Weber als den reinsten Typus der legalen Herrschaft. Der Verwaltungsstab in seiner Gesamtheit besteht aus Einzelbeamten. Diese sind persönlich frei und müssen nur sachlichen Amtspflichten gehorchen. Zudem bestehen feste Amtshierarchien mit festen Amtskompetenzen und das Amt wird als einziger Hauptberuf ausgeübt. Der Verwaltungsstab ist mittels Kontrakt und im rationalsten Fall nach

---

<sup>71</sup> Vgl. Giddens, Anthony, *Sociology. 5<sup>th</sup> Edition*. Cambridge: Polity Press 2006, S 638.

<sup>72</sup> Vgl. Weber, Max, *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie*. Tübingen: J.C.B. Mohr (Paul Siebeck) 1956, S.124ff.

<sup>73</sup> Vgl. Weber, *Wirtschaft und Gesellschaft*, S.125f.

Qualifikation durch Prüfung angestellt. Die Beamten sehen zudem zumeist eine Laufbahn vor sich und werden mit einem festen Gehalt entgolten. Verwaltungsmittel sind streng getrennt, zudem besteht eine strenge Amtsdziplin und Kontrolle.<sup>74</sup>

#### 5.2.4 Dysfunktionalität von Bürokratie

Blau<sup>75</sup> ist mit Bezug auf Webers Ausführungen zu Bürokratie der Meinung, dass, da dieser Dysfunktionalitäten der Bürokratie nur beiläufig behandelt, der Eindruck entstehen könnte, dass administrative Effizienz in Bürokratien tatsächlich weniger problematisch ist, als sich dies in der Realität zeigt. Er räumt gleichzeitig jedoch ein, dass dies Webers Intention war, indem er ein idealtypisches Bild von Bürokratien entwarf. Der idealtypische Entwurf enthält nicht nur Konzeptdefinitionen, sondern auch implizite Generalisierungen bezüglich der zwischen ihnen bestehenden Beziehungen. Vor allem enthält er die Hypothese, dass verschiedene bürokratische Charakteristika die administrative Effizienz steigern würden.

Interessanterweise sind bürokratische Strukturen oft auch durch Trägheit und Unbeweglichkeit gekennzeichnet. Sie widerstehen innovativen Ansätzen, auch wenn diese eine Effizienzsteigerung mit sich bringen würden und behalten ihre Strukturen, wenn die Organisation einmal geschaffen wurde, ohne große Veränderungen bei – dies auch wenn eine Änderung eine Verbesserung der Prozeduren bedeuten könnte.<sup>76</sup>

Dies führt dazu,

*„[...] that the conditions conducive to rationalization or bureaucratization do not necessarily give rise to it in already established organizations.“<sup>77</sup>*

Auch Merton<sup>78</sup> hat sich mit den Dysfunktionen der Bürokratie auseinandergesetzt und stellt fest, dass eine nicht erfolgende Flexibilität in der Anwendung der skills in einer geänderten Umwelt zu Fehlanpassungen führt, denn unter geänderten Bedingungen können diese, in der Vergangenheit erfolgreich angewandten, skills zu unangepassten beziehungsweise unpassenden Ergebnissen führen.

---

<sup>74</sup> Vgl. Weber, *Wirtschaft und Gesellschaft*, S.126f.

<sup>75</sup> Vgl. Blau, *Bureaucracy in Modern Society*, S.23f.

<sup>76</sup> Ivi, S.33.

<sup>77</sup> Ivi, S.34.

<sup>78</sup> Vgl. Merton, Robert K., *Bureaucratic Structure and Personality*, in: Etzioni, Amitai; Lehman, Edward W. (Hrsg.), *A Sociological Reader on Complex Organizations. 3<sup>rd</sup> Edition*. New York et al.: Holt, Rinehart and Winston 1980, S.24.

### **5.3 Wirkungsweisen von Bürokratie**

Es erfolgt nun anhand der in die Tiefe gehenden Analyse des Datenmaterials eine Aufarbeitung der Wirkungsweisen, welche Bürokratie im Krankenhaus ausführen kann. Bürokratie kann durch ihr Walten und Wirken verschiedene organisationale Elemente fördern, wiederum andere schwächt sie ab. Darin ist auch ihr spezifischer Sinn für die Organisation zu sehen und der Grund, wieso sie im Krankenhaus aufrecht erhalten wird.

Mayntz<sup>79</sup> beschreibt, dass die Vorzüge und Mängel einer bürokratischen Organisation stets zwei Seiten einer Medaille darstellen (Mayntz spricht in weiterer Folge von einer Janusgesichtigkeit der bürokratischen Organisation). Beide folgen den gleichen Strukturprinzipien. Ähnlich sind die folgenden Ausführungen zu verstehen: zwar werden Wirkungsweisen beschrieben, welche Bürokratie fördert oder eindämmt, dies kann allerdings nicht ausschließlich als ihr Vorteil oder ihr besonderer Nachteil beschrieben werden. Vielmehr zeigt sich, dass es erstens auch diesen Wirkungsweisen entgegenlaufende Phänomene in Bürokratien gibt und dass zweitens diese nicht immer Funktionalität für die bürokratische Organisation (im vorliegenden Fall: das bürokratische Krankenhaus) bedeuten, also nie rein als Mangel oder als Vorzug gedeutet werden können.

#### **5.3.1 Förderung des organisationalen Zusammenhalts**

Im bürokratisch organisierten Krankenhaus kann Bürokratie eine Funktionsweise übernehmen, welche weit über eine straffe Organisation von Arbeitsabläufen hinausgeht. Denn um ihr Funktionieren sicherstellen zu können, fordert sie von den Organisationsmitgliedern eine starke Zustimmung und Bejahung ein. Diese Zustimmung muss nach außen sowie nach innen repräsentiert werden, ist aber nach außen hin besonders wichtig.

Auch wenn die wenigsten Krankenhausmitglieder tatsächlich eine 100prozentige Zustimmung zu einer stark ausgeprägten Bürokratie aufweisen können, besitzen sie dennoch das Bewusstsein, dass diese zumindest (theoretisch) aufrecht erhalten werden muss. Dabei ist man sich sowohl über die Wichtigkeit und Notwendigkeit der Zustimmung zu Bürokratie innerhalb der Organisation bewusst, als auch darüber, dass man dies überzeugend nach außen kommunizieren muss. In diesem Sinne kann Bürokratie zu einer Art „Glaubensgrundsatz“ im

---

<sup>79</sup> Vgl. Mayntz, Renate, *Soziologie der öffentlichen Verwaltung. 2.Auflage*. Heidelberg: C.F. Müller Juristischer Verlag 1982, S.115.

Krankenhaus werden. Auch wenn die bürokratischen Regelungen und Strukturen in ihren Ursprüngen und Wurzeln kaum mehr Verbindungen zu den aktuellen Organisationsmitgliedern besitzen, treffen sie dennoch als unumstößlicher Leitsatz bei diesen auf starke positive Resonanz.

Die geforderte positive Meinungsbildung der Mitglieder schafft innerhalb derer eine starke organisationsinterne Kohäsion und einen starken organisationalen Zusammenhalt. Bürokratie wird in diesem Sinne als eine Art Dogma ausgeführt, bei dem es weniger darum geht, tatsächlich von dessen Wirkungsweise überzeugt zu sein, als vielmehr seine Bedeutung für das Aufrechterhalten der Organisation zu kennen und dies überzeugend zu kommunizieren.

Diese bürokratischen Prozesse werden nicht, so wie soziologisch definiert, ausschließlich unreflektiert oder zusammenhangslos ausgeführt<sup>80</sup>, also nicht im Sinne eines die Bürokratie an die Spitze treibenden Bürokratismus, sondern diese werden auch (in vorgeschriebener Weise) reproduziert, da man sich der Bedeutung dieser für die Funktionsweise der Organisation durchaus bewusst ist. In dem Sinne handelt es sich auch nicht um „*Beibehaltung von Gewohnheiten, die ihre Bedeutung verloren haben*“<sup>81</sup>, sondern diese Gewohnheiten haben ganz entscheidende Bedeutung.

An dieser Stelle sei auf die Erkenntnisse von Meyer und Rowan<sup>82</sup> verwiesen beziehungsweise vorgegriffen, welche die Bedeutung von einflussreichen Mythen („powerful myths“) in Organisationen beschrieben haben. Produkte, Services, Techniken, Programme und Strategien werden quasi zeremoniell angewendet, auch wenn sie gewissen Effizienzkriterien widersprechen (siehe Kap. 6.1.2 „Neoinstitutionalismus“). Definitiv finden sich hierbei Parallelen zu der Art und Weise, in welcher Bürokratie im untersuchten Krankenhaus angewendet wird.

---

<sup>80</sup> Hillmann, *Wörterbuch der Soziologie*, S.118.

<sup>81</sup> Von Beckerath, *Handwörterbuch der Sozialwissenschaften*, S.458.

<sup>82</sup> Vgl. Meyer, John W.; Rowan, Brian, *Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony*, in: Meyer, John W.; Scott, Richard W., *Organizational Environments. Ritual and Rationality*. Newbury Park, London, New Delhi: Sage Publications 1992, S.21f.

### 5.3.2 Koordinierung durch Kontrolle

Ein großer Vorteil von Bürokratie ist die Möglichkeit, Strukturen aufrechtzuerhalten, welche eine große Anzahl von Arbeitsagenden beziehungsweise –aufträgen sowie eine großen Zahl an MitarbeiterInnen koordinieren können. Hierin spielen vor allem die in Bürokratien zumeist vorhandenen, stark ausgeprägten Hierarchien eine sehr wichtige Rolle.

Durch klare Zuweisungen von Zuständigkeiten und damit auch einer klaren Zuweisung von Kontrollinstanzen und -kompetenzen, welche zumeist hierarchisch höher-gelegene Positionen über hierarchisch nieder-gelegene Positionen auszuüben haben, wird sogar oftmals ein gesteigerter Arbeitsaufwand akzeptiert, der eigentlich der Effizienz der zu erfüllenden Arbeitsagenden entgegensteht beziehungsweise diese sogar blockiert (beispielsweise aufwendige Kontrollwege).

Der Wunsch nach Kontrolle ist in hierarchischen Organisationen stark ausgeprägt und zeigt sich durch Weisungsbefugnisse der unterschiedlichen funktionalen Positionen. Dieses Analyseergebnis wird von Mayntz untermauert, welche, bezugnehmend auf den hohen Nominierungsgrad von Verwaltungstätigkeiten, beschreibt, dass dieser durch vielfältige Verfahrensregeln, Ausführungsbestimmungen und Vorschriften für die Mittelbewirtschaftung sowie anderem festgelegt ist und zum Teil von einem innerorganisationalen Kontrollbedürfnis herrührt.<sup>83</sup> Auch Weber hat im Rahmen der Darlegung der Kennzeichen des bürokratischen Verwaltungsstabs beschrieben, dass dieser einer strengen Amtsdziplin und Kontrolle unterliegt<sup>84</sup>.

Kontrolle soll unregelmäßigen Prozessen, unkontrollierten Abläufen, Durcheinander und Unübersichtlichkeit sowie Flexibilität entgegenwirken. Die im Krankenhaus ausgeübte Bürokratie legitimiert sich durch die Gefahr an Nicht-Kontrolle und damit einer Verlangsamung von Arbeitsprozessen bis hin zu einem worst-case-Szenario, in welchem es unmöglich wird, Arbeitsprozesse und damit den Betrieb eines Krankenhauses aufrecht zu erhalten.

Von der Möglichkeit von Koordinierung durch bürokratische Strukturen und klare Befehlsgewalten spricht bereits Weber, welcher als eine der Grundkategorien der legalen Herrschaft beschreibt, dass innerhalb der Amtsgeschäfte Kompetenzen und Zuständigkeiten

---

<sup>83</sup> Vgl. Mayntz, *Soziologie der öffentlichen Verwaltung*, S.111.

<sup>84</sup> Vgl. Weber, *Wirtschaft und Gesellschaft*, S.127.

geregelt sind, welche die dafür erforderlichen Befehlsgewalten zugeordnet bekommen.<sup>85</sup> Solche Befehlsgewalten sind in Krankenhäusern oftmals in einem schriftlichen Instrument festgehalten. Nicht zu vergessen ist dabei jedoch, dass es sehr wohl geschehen kann, dass sich parallel zu den genau zugewiesenen Zuständigkeiten für Arbeitsabläufe und Kompetenzbestimmungen informelle Zuständigkeiten entwickeln können, welche dann in Form einer Parallelstruktur die Arbeitsvorgänge beeinflussen.

### 5.3.3 Abschwächung demokratischer Prozesse

Bürokratie geht Hand in Hand mit hierarchisch ausgeformten Organisationsstrukturen. Sie entfaltet ihre Wirkung als wesentliches Instrument der Aufrechterhaltung von hierarchischen Strukturen und kann dazu genutzt werden, die Entwicklung eines Krankenhauses im Sinne bestimmter, zumeist hierarchisch höher gelegener Dienstpositionen zu formen, zu erhalten beziehungsweise zu gestalten.

Demokratische Prozesse gelten in bürokratisch geführten Krankenhäusern zumeist als kontraproduktiv beziehungsweise nicht zielführend, da sie als den Bedingungen, Bedürfnissen und Erfordernissen von Krankenhäusern entgegenstehend empfunden werden. Dabei wird die krankenhausinterne Hierarchie auch ganz bewusst aufrechterhalten, welche im Allgemeinen „den Forderungen nach Demokratisierung widerspricht“<sup>86</sup>.

Die Führung eines Krankenhauses im Sinne bestimmter hierarchisch hoch gelegener Dienstpositionen wird dabei als funktional angesehen, da diese so möglichst geradlinig und schnell auf die jeweiligen Bedürfnisse der Organisation reagieren können. Dabei kann von einer relativ starren hierarchischen und berufsständischen Organisation im Sinne von Müller, Münch und Badura<sup>87</sup> gesprochen werden. Um demokratische Prozesse in den unteren Hierarchieebenen abzuschwächen beziehungsweise sogar zu vermeiden, können konkrete „bürokratische Hürden“ aufgestellt werden. Unter solchen Hürden sind beispielsweise strenge Dienstwege zu nennen, welche als Informationskanäle in jedem Fall die leitenden Positionen zu passieren haben.

Es kann so nicht linearen Entscheidungsfindungen entgegengewirkt und der Linienform der Entscheidungsfindung (also dem Gegenteil einer projekt- oder prozessförmigen

---

<sup>85</sup> Vgl. Weber, *Wirtschaft und Gesellschaft*, S.125.

<sup>86</sup> Hillmann, *Wörterbuch der Soziologie*, S.338.

<sup>87</sup> Vgl. Müller, Münch, Badura, *Gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung im Krankenhaus*, S.20.

Entscheidungsform) Stabilität gegeben werden. Aus diesem Grund kann Bürokratie auch konkret von Führungskräften eingefordert werden, um Entwicklungen in ihrem Sinne zu fördern. Hierarchie zeigt sich damit als Ausprägung einer bürokratischen Struktur, Bürokratie sichert dann aber auch gleichzeitig durch ihre Regulative eine hierarchische Struktur ab und soll kommunikativen Querverbindungen entgegenwirken. Entwicklungen eines Krankenhauses erfolgen dann in weiterer Folge im Sinne des Erhalts der bürokratischen Strukturen.

#### **5.3.4 Förderung von autoritärer Führung**

Anschließend an den vorangegangenen Punkt kann auch festgestellt werden, dass eine stark ausgeprägte Bürokratie in Krankenhäusern einen autoritären Führungsstil fördert.

Der in Krankenhäusern oftmals zum Einsatz kommende autoritäre Führungsstil hängt sehr oft direkt mit den bürokratischen und hierarchischen Verhältnissen innerhalb dieser zusammen. Dies sei genauer erläutert: da man von einem lockeren Führungsstil der Meinung ist, er führe zu Chaos, Unübersichtlichkeit und Wildwuchs, bedarf es eines strengen Führungsstils, um diese unerwünschten Effekte zu vermeiden.

In Bürokratien bestehen zumeist ganz ausgeprägte Hierarchien, welche, ganz nach Definition mit einer

*„pyramidenförmigen Rangordnung der Weisungsbefugten in einer Verwaltung, gekennzeichnet durch Unterebenenverhältnis jeweils mehrerer Untergebener zu einem Vorgesetzten und horizontaler Kommunikation als Ausnahme oder Regelverstoß“<sup>88</sup>*

einhergehen. Man erkennt, dass das Unterebenenverhältnis in diesem Sinne natürlich auch mit klaren Weisungs- und Richtungsbefugnissen verbunden ist, welche einfordern, dass jedes Organisationsmitglied auch nur mit einem stark eingeschränkten Organisationsbereich zu tun beziehungsweise diesen zu bearbeiten hat. Nachdem die horizontale Kommunikation in einer klassischen Hierarchie als Ausnahme zu betrachten ist beziehungsweise sogar als regelwidrig betrachtet werden kann<sup>89</sup>, müssen auch Anweisungen und Weisungsbefugnisse streng geregelt „von oben nach unten“ in einer klaren Linie erfolgen. Dies fördert in diesem Sinne im

---

<sup>88</sup> Fuchs-Heinritz, Lautmann, Rammstedt, Wienold, *Lexikon zur Soziologie*, S.272.

<sup>89</sup> Vgl. Hillmann, *Wörterbuch der Soziologie*, S.338.

Krankenhaus, aber auch in anderen Organisationen, einen direkten, geradlinigen und autoritären Führungsstil, da Demokratie in unterschiedlichen Hierarchieebenen nahezu ausgeschlossen ist und somit auch Diskussionsplattformen, welche einen Führungsstil aufweichen könnten, nicht oder nur selten zu Stande kommen.

Bürokratie fördert einen autoritären Führungsstil, gleichzeitig wirkt sich dieser aber wiederum (ver-)stärkend auf Bürokratie aus, indem er Anweisungslinien festigt und Zuständigkeitsgebiete aufrecht erhält, die bürokratisch geprägt sind. Der gegenteilige Führungsstil (im Sinne eines „Laissez Faire“ Stils) nimmt die Führung ganz wesentlich aus den Entscheidungsprozessen heraus, beziehungsweise gibt ihr keine stimmungstragende Rolle mehr. Man würde hier die unteren Hierarchieebenen im Zusammenspiel, das heißt in der Aushandlung, ihre Entscheidungen und Prozesse regeln lassen und sie ihnen nicht aufkotroyieren. Man könnte in dem Zusammenhang von einem bottom-up anstatt eines top-down Entscheidungs- und Regulierungsprozess sprechen. Ein solcher Führungsstil wird jedoch als nicht funktional und zielorientiert betrachtet.

Die speziellen Dringlichkeiten, welche sich in Krankenhäusern zeigen, machen dabei einen strengen Führungsstil unerlässlich, in welchem die Führungen strenge Direktiven vorgeben. In weiterer Folge bedeutet dies auch, dass sich Krankenhäuser als Organisationen charakterisieren lassen, welche eine Bürokratie im Sinne eines strikten Führungsstils einfordern. Die nicht führenden Organisationsmitglieder können Führung einfordern, sich selbst aus den Verantwortlichkeiten nehmen und ausschließlich ausführen. Neben diesem entlasteten Effekt bedeutet die autoritäre Führung aber natürlich auf der Gegenseite eine zentralisierte und undemokratische Leitung, in welcher Interventionen nicht leitender Hierarchieebenen schwierig durchzuführen sind.

### **5.3.5 Abschwächung organisationaler Flexibilität**

Eine weitere Wirkungsweise von Bürokratie im Krankenhaus ist die Abschwächung organisationaler Flexibilität. Jene Flexibilität, welche möglichst zu vermeiden ist, kann als „negative Flexibilität“ etikettiert werden. Sie beeinflusst Arbeitsvorgänge in einer solchen Art und Weise, dass sie geradlinigen Prozessen entgegenwirkt und damit Chaos, Wildwuchs, Unordnung, Durcheinander und Unübersichtlichkeit in den Strukturen ermöglicht. Dem ist von Organisationsseite jedenfalls entgegenzuwirken, da eine solche negative Flexibilität mit Ineffizienz in Zusammenhang gebracht wird. Diese unerwünschte und möglichst zu

vermeidende Flexibilität betrifft Arbeitsweisen genauso wie Kommunikationsweisen. Beispielsweise geht es bei der Vermeidung von negativer Flexibilität in Bezug auf Kommunikation darum, spontane Kommunikationsweisen und –kanäle möglichst zu unterbinden und sie auf eine geradlinige und möglichst vorgeschriebene Kommunikationsausformung zu definieren.

Ähnlich einer Fließbandarbeit, welche sich auf genaue Richtlinien für Arbeitsprozesse beschränkt, sollen im Rahmen bürokratischer Vorgaben eine möglichst geregelte Anzahl von Personen für einen möglichst genau definierten Arbeitsbereich zuständig sein beziehungsweise diesen bearbeiten.

Effizient, zeit- und kostengünstig Arbeitsagenden zu erfüllen, ist wohl die primäre Funktionsweise von Bürokratie, beziehungsweise jenes Argument, mit dem sie am häufigsten in Zusammenhang gebracht wird.

Obwohl Flexibilität in der Formalstruktur des Krankenhauses kategorisch abgelehnt und als ineffizient wahrgenommen wird, erkennen die Organisationsmitglieder neben einer negativen Flexibilität auch eine „positive Flexibilität“ an, welche auf einer informalen Ebene genutzt wird. Eine positive, informale Flexibilität zu nutzen bedeutet für die Akteure, jene starren bürokratischen Elemente aufzubrechen, von denen sie sich durch eine flexible Nutzung eine bessere und tatsächlich effizientere Arbeitsgestaltung erwarten. Flexible Kommunikationswege werden genutzt, nicht vorgesehene Kommunikationspartner befragt, starre Arbeitswege aufgebrochen, abgekürzt oder abgeändert. Dies passiert jedoch stets in der „offiziellen“ Übereinkunft, dass Flexibilität im Allgemeinen ineffizient und mit den bürokratischen Strukturen nicht konform ist. Positive Flexibilität kommt deswegen zum Nutzen, weil die starren bürokratischen Strukturen oft auch Arbeitsvorgänge verlangsamen anstatt sie effizient zu gestalten. Diese Erkenntnis deckt sich mit jenen Ansichten Blaus<sup>90</sup>, welcher meint, dass neben einer Steigerung der administrativen Effizienz durch Bürokratie oft auch der gegenteiligen Effekt der Schaffung von Ineffizienz durch Bürokratie entstehen kann.

Eine solche Informalität im Sinne der Nutzung informeller, positiver Flexibilität kommt dann zum Tragen, wenn eine allzu starr und unumstößlich gestaltete Bürokratie die Arbeitsabläufe stört. Dies kann aber nur auf einer informalen Ebene geschehen und erfüllt seine Funktionsweise auch nur unter der Bedingung, dass auf der Formalebene der Glaube an und

---

<sup>90</sup> Vgl. Blau, *Bureaucracy in Modern Society*, S.3f.

die Aufrechterhaltung der bürokratischen Strukturen sowie die Vermeidung von Flexibilität erhalten und unumstößlich bleiben.

Wie noch zu sehen sein wird, lassen sich informelle Strukturen nicht nur auf der Ebene der Bürokratie im Krankenhaus nachweisen, sondern ziehen sich auch durch Prozesse der Personalentscheidung. In Kapitel 6 wird ein Exkurs erfolgen, welcher Informalität sowohl auf einer theoretischen, als auch auf einer praktischen, anhand der Forschungsergebnisse untermauerten, Ebene beschreibt.

#### **5.4 Bürokratie - ein funktionales Instrument im Krankenhaus?**

Im Laufe der Ausarbeitungen wurde deutlich, dass Bürokratie gerade für die Organisation Krankenhaus ganz wesentliche Funktionen erfüllt, welche notwendig sind, um diese als Organisation aufrecht zu erhalten. Gleichzeitig muss aber auch konstatiert werden, dass es viele Ausprägungen der Wirkungsweisen von Bürokratie gibt und nicht alle dieser Wirkungsweisen als funktional bezeichnet werden können, beziehungsweise sogar ursprünglichen Motiven der Einführung von bürokratischen Strukturen entgegenstehen können.

Insofern kann sehr wohl von Funktionalitäten und Dysfunktionalitäten von Bürokratie gesprochen werden und der Behauptung Webers<sup>91</sup>, Bürokratie würde die Effizienz steigern, nur bedingt zugestimmt werden.

Die einmal in der Organisation Krankenhaus etablierten bürokratischen Strukturen sind äußerst langlebig und tief in der Organisation verankert. Das Krankenhaus verändert sich aufgrund von Einflüssen der Umwelt, die bürokratischen Strukturen folgen jedoch nicht in gleicher Weise dem Veränderungsprozess. So kann es geschehen, dass die ursprünglich als besonders effizient angesehenen Strukturen Ausformungen annehmen, welche durch veränderte Rahmenbedingung effizienten Arbeitsabläufen unter Umständen entgegenstehen. Somit kann der Aussage Blaus<sup>92</sup>, die Bedingungen, welche ursprünglich der Rationalisierung und Bürokratisierung Rechnung trugen, müssen mit fortschreitender Zeit nicht mehr diesen Prinzipien entsprechen, zugestimmt werden. In diesem Sinn steigert Bürokratie nicht automatisch die Effizienz eines Krankenhauses. Vielmehr kann in dieser Hinsicht Mayntz<sup>93</sup>

---

<sup>91</sup> Vgl. Blau, *Bureaucracy in Modern Society*, S.23f.

<sup>92</sup> Ivi, S.34.

<sup>93</sup> Vgl. Mayntz, *Soziologie der öffentlichen Verwaltung*, S.121.

gefolgt werden, für welche die Webersche These von der überlegenen Zweckmäßigkeit bürokratischer Organisation unter bestimmten Voraussetzungen gilt – nicht jedoch ist sie entweder richtig oder falsch.

Als funktional angesehene Ausformungen von Bürokratie können gleichzeitig auch disfunktionale Ausprägungen annehmen. Bürokratische Strukturen führen zur Ermöglichung geradliniger Arbeitsprozesse, gleichzeitig können sie aber auch sehr ressourcenverbrauchend für die Organisation sein (indem beispielsweise besonders viele Zwischenstellen in die Erledigung eines Arbeitsprozesses geschaltet werden), damit Arbeitsprozesse verlangsamen und verhindern, dass auf „Bedürfnisse“ der Organisation zeitgerecht reagiert werden kann.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass bürokratische Strukturen in Krankenhäusern also nicht per se als funktional oder disfunktional betrachtet werden können. Stets zeigen sich auch weniger funktionale Ausprägungen einer einstmals als besonders funktional und effizient angesehenen etablierten bürokratischen Struktur. Idealtypische Ausprägungen bürokratischer Strukturen lassen sich in der sozialen Welt wenige nachweisen – im gleichen Sinne können sie auch nicht als ausschließlich funktional betrachtet werden. Trotz dieser Uneindeutigkeit und des zumeist bestehenden Bewusstseins der Organisationsmitglieder über die weniger funktionalen Ausprägungen der Strukturen, wird Bürokratie als „funktionalste Variante“ im Krankenhaus aufrecht erhalten und erfährt große Zustimmung nach außen hin.

## **6. Exkurs: Informalität als Reaktion auf Bürokratie**

Bereits mehrmals fiel in den bisherigen Ausführungen das Stichwort Informalität. Wie dargestellt wurde, ist Informalität beispielsweise in den Krankenhausstrukturen zu finden und erfüllt wesentliche Funktionen für die Organisation und ihre Mitglieder. Informalität entsteht als Reaktion auf Bürokratie, den Prototyp von Formalität; aus diesem Grund wird sie an dieser Stelle näher behandelt. Sie ist im untersuchten Krankenhaus so präsent und bedeutend, dass sie auch zur Aufrechterhaltung des Krankenhausbetriebes beitragen und daher als Antriebsmotor einer solchen fungieren kann. Es wird in Folge deutlich, dass Informalität nicht nur in den Krankenhausstrukturen, sondern auch in den bürokratischen Strukturen des Krankenhauses sichtbar wird und sich auch in den Prozessen der Entscheidung über Personal zeigt und hierin die ursprünglich und formal stark bürokratisch ausgeformten Entscheidungsprozesse verändert, aufweicht und so neue Entscheidungsfindungsmodi entstehen lässt.

### **6.1 Theoretische Einbettung: Formalität und Informalität in Organisationen**

Die Erkenntnis, dass sich innerhalb von Organisationen neben einer Formalstruktur auch eine informelle Struktur bilden kann, ist keine neue. Im folgenden Unterkapitel ist anhand theoretischer Literatur zu klären, was darunter genau zu verstehen ist.

#### **6.1.1 Formalität, Informalität und Regelverletzung**

In einer formalen, rationalen Organisation bestehen eine Reihe von Ämtern und hierarchischen Statuten. In diesen sind Privilegien und Befugnisse durch spezifische Regeln festgehalten, indem jedem Amt ganz spezielle Kompetenz- und Verantwortungsbereiche zugeschrieben werden. Um die vorgeschriebenen Beziehungen zwischen den Ämtern einzuhalten, bedarf es eines nicht unerheblichen Grades an Formalität und sozialer Distanz zwischen den Ausübenden der Ämter. Formalität ist in die Autoritätsverhältnisse des Systems eingeschrieben, zeigt sich durch mehr oder weniger komplizierte soziale Rituale und dient dazu, Reibungspunkte dadurch zu minimieren, den Kontakt und seinen Ablauf auf im Vorhinein definierte Regeln zu beschränken und so gewisse Verhaltensvorhersagen und -erwartungen schaffen zu können. Der Untergeordnete ist so gewissermaßen vor Handlungen

seines Vorgesetzten geschützt, denn die Aktionsmöglichkeiten und -wege beider Personen sind durch ein gewisses Regelset im Vorhinein bestimmt.<sup>94</sup>

Im Gegenzug dazu ist von Informalität, Unterleben oder Organisationskultur laut Kühl<sup>95</sup> stets dann die Rede, wenn Abweichungen hiervon mit gewissen Regelmäßigkeiten oder Strukturhaftigkeit auftreten. Hier bedarf es Deutungsmustern, die sich in ganzen Organisationsteilen festgesetzt haben und zu informell bewährten Denkschemata geworden sind. Entscheidend hierbei ist auch, dass dieses Verhalten von den anderen Organisationsmitgliedern geradezu erwartet wird – also Struktur geworden ist. Bei Informalität handelt es sich um Entscheidungsprämissen.

Während also die formalen Organisationsstrukturen die hergestellte oder geschaffene Ordnung, in betriebswirtschaftlichen Termini die „Aufbauorganisation“<sup>96</sup> bedeuten, bilden sich neben der formalen Organisationsstruktur auch Elemente aus, welche nicht formalisiert, das heißt nicht schriftlich, fixiert sind. Diese informelle Organisationsstruktur ist durch ein hohes Maß an Spontaneität, Flexibilität und Emotionalität ausgezeichnet und zumeist nicht durch formalisierte Normen bestimmt.<sup>97</sup>

Nach Irle<sup>98</sup> wird der Gegensatz zwischen formal-informal als Gegensatz zwischen Zweck-Mittelhandlungen und einem Verhalten definiert, welches nicht der Zweckerreichung durch bestimmte Mittel folgt; oft besteht auch die Definition des Gegensatzes rational-irrational. Laut dem Autor, der gegenüber dieser dichotomen Unterscheidung eine sehr kritische Haltung einnimmt, sollte die Frage insofern gestellt werden, in welchem Maße der Grad der Einheit eines sozialen Gebildes davon abhängt und wie viele und wie intensiv konkurrierende Ziele innerhalb des Gebildes bestehen, da die Beantwortung dieser Frage eine große Relevanz für die Erklärung sozialer Gebilde aufweist.

So ist beispielsweise weder anzunehmen, dass das Management rationaler handelt als die Arbeiterschaft, noch dass Handlungen und Vorgänge, welche nicht den Zielen des Managements folgen, irrational seien. Auch ist habitualisiertes nicht mit irrationalerem Verhalten gleichzusetzen.

---

<sup>94</sup> Vgl. Merton, *Bureaucratic Structure and Personality*, S.22.

<sup>95</sup> Vgl. Kühl, Stefan, *Informalität und Organisationskultur. Ein Systematisierungsversuch*. Working Paper 3/2010, S.3. Abrufbar unter: <http://www.uni-bielefeld.de/soz/forschung/orgsoz/Informalitaet-und-Organisationskultur-Workingpaper-01062010.pdf> (22.10.2013).

<sup>96</sup> Vgl. Abraham, Martin; Büschges, Günter, *Einführung in die Organisationssoziologie*. 3.Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften 2004, S.132.

<sup>97</sup> Ivi, S.134.

<sup>98</sup> Vgl. Irle, Martin, *Soziale Systeme. Eine kritische Analyse der Theorie von formalen und informellen Organisationen*. Göttingen: Verlag für Psychologie, Dr. C.J. Hogrefe 1963, 69f.

In bürokratisch strukturierten Organisationen können sich Beziehungen und Gruppenbildungen vollziehen, welche im formalen Schema nicht vorgesehen sind und sogar den offiziellen Normen zum Teil entgegenlaufen können. Diese informellen Phänomene haben ihren Ursprung in den Bedürfnissen und Zielen der einzelnen Organisationsmitglieder. Es können sich im Rahmen dessen beispielsweise horizontale Kontakte (das Umgehen eines Dienstweges), die Bildung von Cliques, informelle Gruppierungen aufgrund von ideologischer Affinität oder bestimmte Verhaltensgewohnheiten bei der Aufgabenerledigung einstellen. Diese informellen Phänomene können der Organisation sogar nützlich sein, da die formellen Verhaltenserwartungen die Handlungsfähigkeit einer Behörde lähmen können. So werden die Lücken formeller Regeln ausgefüllt. Es kann dennoch nicht behauptet werden, informelle Phänomene seien zwangsläufig oder überwiegend nützlich für die Organisation, sondern sie können auch als Störfaktoren wirken.<sup>99</sup>

Regelverletzungen im Dienste der Sache, so Ortman<sup>100</sup>, sind oftmals die Regel und müssen möglich sein. Fortwährend werden beispielsweise in allen möglichen Bereichen Regeln verletzt, gerade um der Produktivität und der reibungslosen Arbeit zu nutzen. Dabei wird jedoch das Regelwerk zumeist nicht offen zur Disposition gestellt, vielmehr geschehen diese Regelverletzungen stillschweigend. Die Verletzung von formellen oder informellen Regeln wird nicht als anstößig empfunden, stattdessen wird eine Unterscheidung in tolerierbare und nicht-tolerierbare Regelverletzungen vorgenommen. Während sich durch Regelverletzungen nicht der ideelle Gehalt von Regeln verändert, können doch das Normbewusstsein und damit auch soziale Normen in ihrer faktischen Geltung abgetragen werden – dies geschieht, wenn dabei bestimmte Grenzen überschritten werden.

Nach Ortman<sup>101</sup> müssen, um eine Entscheidung treffen zu können, jedes Mal konstruktive Interpretationen von Entscheidungsregeln vorgenommen werden. Regeln werden angewendet und entsetzt, um neue zu kreieren. Alles Entscheiden und alles Handeln in Organisationen ist laut Ortman von Abweichung und Informalität kontaminiert; Grenzen tolerierbarer Devianz lassen sich auch nicht mit Hilfe von Regeln definieren.

---

<sup>99</sup> Vgl. Mayntz, *Soziologie der öffentlichen Verwaltung*, S.113f.

<sup>100</sup> Vgl. Ortman, Günther, *Regel und Ausnahme. Paradoxien sozialer Ordnung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag 2003, S.36f.

<sup>101</sup> Ivi, S.135ff.

Nach Froschauer und Lueger<sup>102</sup> stehen Formalität und Informalität in unterschiedlichen Legitimationsbezügen. Denn während sich erstere auf eine äußere Ordnung beruft und unabhängig von persönlichen Beziehungen ist, legitimiert sich Informalität durch die gemeinsame Akzeptanz der Struktur von Beziehung und Handlungsweisen der beteiligten Personen.

Ebenfalls Froschauer und Lueger<sup>103</sup> haben festgestellt, dass eine Organisation, je stärker sie sich formaler Regeln und Strukturen bedient, umso weniger Zugriff auf den informellen Beziehungskontext hat. Insofern wird dadurch Transparenz reduziert. Informalität ist für die Autoren der Basisrhythmus von Organisationen, eine Beziehungsarbeit, welche sich auf die wechselseitige Versicherung von Loyalität oder Solidarität bezieht. Das Zusammenspiel von Formalität und Informalität bestimmt die Leistungsfähigkeit einer Organisation.

### 6.1.2 Neoinstitutionalismus

Die zentrale These der „neuen InstitutionalistInnen“ lautet, dass Handeln nicht nur das Ergebnis individueller Entscheidungsfindung, sondern auch durch institutionelle Rahmenbedingungen bedingt ist; die Bedeutung von Institutionen für die Gesellschaft wird also wiederentdeckt. Der soziologische Neoinstitutionalismus will Organisationen institutionell, multikausal und multikontextuell in die Gesellschaft einbetten.<sup>104</sup> Er berücksichtigt weiter eine Vielzahl organisationaler Umweltbereiche und versteht Organisationen immer innerhalb eines gesellschaftlichen Kontextes.<sup>105</sup>

Nach Tacke<sup>106</sup> sind im Neoinstitutionalismus soziale Angemessenheit und symbolische Konformität des Handelns sowie kollektiv geteilte Glaubensvorstellungen und Vertrauenswürdigkeit, zeremonielle Regeltreue und die Sicherung von Legitimität von Bedeutung. Insofern ist auch Rationalität im Neoinstitutionalismus eine kollektive Vorstellung beziehungsweise ein Glauben und kein exaktes individuelles Handlungskalkül.

---

<sup>102</sup> Vgl. Froschauer, Ulrike; Lueger, Manfred, *Informalität als organisationaler Basisrhythmus. Beobachtungen in Familienunternehmen*, in: Von Groddeck, Victoria; Wilz, Sylvia (Hrsg.), *Formalität und Informalität in Organisationen*. Wiesbaden: VS Verlag, erscheint im Herbst 2014.

<sup>103</sup> Vgl. Froschauer, Lueger, *Informalität als organisationaler Basisrhythmus*.

<sup>104</sup> Vgl. Senge, Konstanze; Hellmann, Kai-Uwe (Hrsg.), *Einführung in den Neo-Institutionalismus*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH 2006, S.7f.

<sup>105</sup> Vgl. Senge, Konstanze, *Was ist neu am Neo-Institutionalismus?* S.42, in: Österreichische Zeitschrift für Soziologie, Volume 32, Issue 1, März 2007, S. 42-65.

<sup>106</sup> Vgl. Tacke, Veronika, *Rationalität im Neo-Institutionalismus. Vom exakten Kalkül zum Mythos*, in: Senge, Hellmann (Hrsg.), *Einführung in den Neo-Institutionalismus*, S.90.

Der Neoinstitutionalismus liefert deswegen eine interessante und fruchtbare Sichtweise für das vorliegende Forschungsinteresse, weil er einen Ansatz dafür liefert, wie in Organisationen gehandelt (und damit auch wie in diesen entschieden) wird. Es ist stark anzunehmen, dass vor allem kollektive Glaubensvorstellungen und zeremonielle (!) Regeltreue, welche sich innerhalb von Organisationen bilden und verfestigen und Anleitungen für das Handeln in der Organisation sind, eine wesentliche Rolle auch in Entscheidungsprozessen spielen. Ohne an dieser Stelle zu weit vorzugreifen, sei dennoch erwähnt, dass sich diese Annahme auch im Laufe der Forschung immer mehr bestätigt hat. Schließlich bettet der Neoinstitutionalismus das Handeln und damit auch das Entscheiden der Akteure in einen organisationalen Kontext. Dies bedeutet für das vorliegende Forschungsinteresse, dass die Organisation die institutionellen Rahmenbedingungen für Personalentscheidungen vorgibt, welche den Prozess des Entscheidens auch wesentlich formen beziehungsweise mitbestimmen. Vor allem stellt der Neoinstitutionalismus auch das klassisch rationale Handeln nach dem Modell des „Homo oeconomicus“ in Frage, da in seinem Zentrum weniger der individuell handelnde Mensch steht, als jener, der im Rahmen von organisationalen Rahmen- und Handlungsbedingungen handelt.

In Bezug auf handlungsbezogene Prämissen rationalistischer Entscheidungstheorien, so Tacke<sup>107</sup>, haben sich zwei „Modelle“ der neoinstitutionalistischen Kritik gebildet. Das erste ist mit dem Namen March verbunden (siehe Kap. 7.2.4 „James March und Herbert Simon: ‚Bounded Rationality‘ „). Rationalität, so sagt diese Sichtweise, braucht schon aus kognitiven Gründen stets einen einschränkenden Bezugsrahmen; diesen leistet die Organisation. Sie entlastet von Unsicherheiten des Entscheidens, indem sie Entscheidungslasten zerkleinert und Entscheider in strukturierte Entscheidungswelten setzt. Zudem sorgt sie für eine generalisierte Motivation.<sup>108</sup>

Das zweite Modell ist mit dem Namen Meyer verbunden und beschäftigt sich vorwiegend mit der Frage nach der Rationalität sozialer Ordnungen. Er greift das Konzept und Problem der Legitimität auf und behauptet, dass die formalen Strukturen von Organisationen nicht der Sicherung von Effizienz, sondern von Legitimität dienen.<sup>109</sup> Rationalität ist hier weder ein Attribut des Handelns noch ein Attribut eines Systems, sondern im Sinne einer Wahrheit des

---

<sup>107</sup> Vgl. Tacke, *Rationalität im Neo-Institutionalismus*, S.90ff.

<sup>108</sup> Vgl. Tacke, *Rationalität im Neo-Institutionalismus*, S.90ff, siehe dazu: March, James; Herbert, Simon, *Organizations*. New York: Wiley 1958 und Luhmann, Niklas, *Zweck-Herrschaft-System. Grundbegriffe und Prämissen Max Webers*, in: Mayntz, Renate (Hrsg.), *Bürokratische Organisation*. Berlin: Kiepenhauer und Witsch 1968, S.36-55.

<sup>109</sup> Vgl. Tacke, *Rationalität im Neo-Institutionalismus*, S.93f.

Glaubens (Mythos) zu verstehen. Man „glaubt“ lediglich an die Rationalität der Regeln und an die kausale Wirksamkeit von Zweck-Mittel-Relationen; das faktische Handeln ist nicht durch institutionalisierte Rationalitätsnormen bestimmt.<sup>110</sup>

Meyer und Rowan<sup>111</sup> konstatieren, dass formale Organisationen in modernen Gesellschaften in stark institutionalisierten Kontexten entstehen. Sie übernehmen damit Praktiken und Prozeduren vorwiegend rationaler Konzepte organisationaler Arbeit, welche in der Gesellschaft institutionalisiert sind, um dadurch ihre Legitimität und ihre Überlebenschancen zu erhöhen. Nach den Autoren fungieren diese Produkte, Services, Techniken, Programme und Strategien als einflussreiche Mythen („powerful myths“) und werden sozusagen zeremoniell angewendet. Institutionalisierte Richtlinien oder Regeln entsprechen jedoch oft nicht den Effizienzkriterien. Um ihre zeremonielle Konformität in der Form beizubehalten, versuchen Organisationen ihre Formalstrukturen dadurch zu bewahren, dass sie diese „loosely coupled“ werden lassen. Dies bedeutet, dass Organisationen Lücken zwischen ihren Formalstrukturen und den tatsächlichen Arbeitsaktivitäten ausbilden.

Was die moderne bürokratische Organisation nach Meyer und Rowan<sup>112</sup> ausmacht, ist der rationalisierte, unpersönliche Charakter ihrer strukturellen Elemente und ihrer Ziele. Tatsächlich zeigen neuere Studien jedoch, dass strukturelle Elemente nur schwach miteinander verbunden sind, Regeln oft verletzt (siehe dazu auch Ortman<sup>113</sup>), Entscheidungen nicht umgesetzt oder mit unsicheren Konsequenzen umgesetzt werden, Technologien oft nicht genügend effizient sind und anderes. Verschiedene Studien<sup>114</sup> beschreiben sogar eine große Lücke zwischen der formalen und der informalen Organisation. Dies bedeutet eine Sichtweise, welche frei von der Annahme ist, dass in der Praxis Formalstrukturen die Arbeit koordinieren und kontrollieren. Viele Elemente der Formalstruktur funktionieren als Mythen und sind stark institutionalisiert. Solche rationalisierten, institutionellen Elemente sind sehr bedeutend für Organisationen, denn sie ermöglichen eine Organisation anhand vorgeschriebener Richtlinien.<sup>115</sup>

---

<sup>110</sup> Vgl. Tacke, *Rationalität im Neo-Institutionalismus*, S.96.

<sup>111</sup> Vgl. Meyer, Rowan, *Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony*, S.21f.

<sup>112</sup> Ivi, S.23f.

<sup>113</sup> Vgl. Ortman, *Regel und Ausnahme*, S.36f.

<sup>114</sup> Siehe dazu die erwähnten Studien in: Meyer, Rowan, *Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony*, S.24.

<sup>115</sup> Vgl. Meyer, Rowan, *Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony*, S.25.

DiMaggio und Powell<sup>116</sup> konstatieren in Bezug auf Max Webers Darstellungen zu Bürokratie, dass diese weiträumig zugenommen hat, seitdem Weber sie verfasste, dass sich aber der Motor der organisationalen Rationalisierung verändert hat. Organisationen werden den Autoren nach immer homogener und während Bürokratie die gängige Organisationsform bleibt, wird der organisationale Strukturwandel weniger durch Wettbewerb oder durch Effizienzstreben angetrieben, sondern Bürokratisierung und andere Formen organisationalen Wandels entstehen als Resultat von Angleichungsprozessen zwischen Organisationen. Diese Prozesse steigern dabei jedoch nicht unbedingt die Effizienz.

Der Nutzen eines Einbezuges der Theorie des Neoinstitutionalismus dient laut Kühl<sup>117</sup> dazu, als Theorie sehr gut begreifbar zu machen, welche Funktion die „Schauseite“ von Organisationen erfüllt. Theorieansätze, wie beispielsweise der zweckrationale Theorieansatz von Weber sind deswegen interessant, weil Organisationen auf ihrer Schauseite häufig den Eindruck erwecken, als folgten sie zweckrationalen Modellen der Unternehmensführung.

Schauseiten von Organisationen sind für Kühl<sup>118</sup> Fassaden. Schauseite und formale Seite von diesen sind nicht identisch, vielmehr unterscheidet der Autor in eine formale, eine informale und eine Schauseite von Organisationen, wobei sich letztere mit dem Auf- und Ausbau, der Pflege und Ausbesserung von Organisationsseiten beschäftigt. Dies erfolgt koordiniert und geplant.<sup>119</sup>

## 6.2 Informalität in der bürokratischen Organisation des Krankenhauses

Es lassen sich die eben erläuterten Ausführungen zu Informalität an jene zu Bürokratie im Krankenhaus rückbinden. Wie beschrieben wurde kann Bürokratie, obwohl ihr funktionaler Nutzen für die Organisation unumstößlich scheint, an einigen Stellen auch zu Ineffizienz oder Störung von Arbeitsabläufen führen. An diesen Stellen wird auf die Bürokratie, den Prototyp der Formalität, mit informellen Handlungsweisen reagiert. Dabei handelt es sich zwar um offiziell nicht erlaubte Handlungsweisen, die jedoch dennoch genutzt werden, da sie die

---

<sup>116</sup> Vgl. DiMaggio, Paul J.; Powell, Walter W., *The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields*, in: Powell, Walter W.; DiMaggio, Paul J. (Hrsg.), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago and London: The University of Chicago Press 1991, S.63f.

<sup>117</sup> Vgl. Kühl Stefan, *Organisationen. Eine sehr kurze Einführung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften/ Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2011, S.168.

<sup>118</sup> Vgl. Kühl, Stefan, *Die Fassade der Organisation. Überlegungen zur Trennung von Schauseite und formaler Seite von Organisationen*. Working Paper 1/2010, S.5. Abrufbar unter: [http://www.uni-bielefeld.de/soz/forschung/orgsoz/Stefan\\_Kuehl/pdf/Schauseite-Working-Paper-1\\_19052010.pdf](http://www.uni-bielefeld.de/soz/forschung/orgsoz/Stefan_Kuehl/pdf/Schauseite-Working-Paper-1_19052010.pdf) [10.3.2014].

<sup>119</sup> Vgl. Kühl, *Die Fassade der Organisation*, S.1ff.

internen Organisationsabläufe für die Organisationsmitglieder einfacher und schneller von Statten gehen lassen. In diesem Sinne ist es auch in der „Gemeinschaft der Organisationsmitglieder“ erlaubt und akzeptiert, diese in bestimmten Situationen zu nutzen.

Eine der wichtigsten Wirkungsweisen von Bürokratie scheint die Förderung des organisationalen Zusammenhaltes der Mitglieder zu sein, indem sich diese darüber einig sind, die intern befindliche Bürokratie als funktional, rational und besonders wirksam und effizient für die organisationalen Aufgabenlösungen zu befinden. Hierüber herrscht stillschweigende Übereinkunft auch wenn:

- Die Mitglieder nicht vollkommen überzeugt von den bürokratischen Organisationsstrukturen im Krankenhaus sind und sich sehr wohl der damit verbundenen Schwierigkeiten bewusst sind und/oder
- die Mitglieder neben den bürokratischen, formalen Wegen auch informelle Kommunikations- und Arbeitswege nutzen.

Dass Regelverletzungen sehr oft stillschweigend erfolgen, dem stimmt auch Ortmann<sup>120</sup> zu. Verletzungen vorgeschriebener, formaler Regeln werden nicht als anstößig empfunden, vielmehr unterscheidet man in tolerierbare und nicht tolerierbare Regelverletzungen. Darauf bezugnehmend ist es im Krankenhaus tolerierbar, die formellen Regelungen ab und zu zu umgehen; nicht tolerierbar ist es jedoch, sie öffentlich anzuzweifeln und damit den Glauben an ihre Funktionalität zu schwächen.

Die Aufrechterhaltung des Glaubens an den Nutzen von Bürokratie für das Unternehmen ist eine sehr wichtige Funktion für das Krankenhaus, indem diese sozusagen zelebriert wird. Eine solche Sichtweise liefert auch der Neoinstitutionalismus, der vom Zelebrieren von „powerful myths“<sup>121</sup> spricht. Wie auch Meyer und Rowan<sup>122</sup> festgestellt haben, fungiert die Bürokratie, verankert in der Formalstruktur des Krankenhauses, als Mythos und wird stark institutionalisiert. Dies ist notwendig, da die Organisationsmitglieder so anhand vorgeschriebener Richtlinien agieren können. Zusätzlich erfüllt das Zelebrieren bürokratischer Regelungen eine wesentliche Funktion für die Aufrechterhaltung des Krankenhauses als Organisation.

In der bürokratischen Organisation des untersuchten Krankenhauses lässt sich Informalität als entscheidendes Element des Krankenhauses nachweisen, welches auf ganz wesentliche Art

---

<sup>120</sup> Vgl. Ortmann, *Regel und Ausnahme*, S.36f.

<sup>121</sup> Vgl. Meyer, Rowan, *Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony*, S.21f.

<sup>122</sup> Ivi, S.25.

und Weise Arbeits- und Kommunikationswege sowie -praxen mit-definiert und mit-gestaltet. Dies ist insofern besonders bedeutsam, als man es mit dem Forschungsobjekt um ein nach außen hin als besonders bürokratisch und damit (formal!) strukturiert und organisiert beschriebenes Krankenhaus zu tun hat, bei welchem Informalität auf den ersten Blick eine vermeintlich kleine wenn nicht sogar verschwindende Rolle spielen sollte. Umso überraschender ist es, dass die These formuliert werden kann, dass gerade stark formalisierte und bürokratisch gestaltete Krankenhäuser zur Aufrechterhaltung ihres Betriebes informelle Strukturen benötigen, nicht nur um den Krankenhausbetrieb aufrecht zu erhalten, welcher durch seine starren bürokratischen Strukturen möglicherweise sonst zu Verknöcherung<sup>123</sup> und Stillstand führen kann, sondern auch, um auf einer offiziellen Ebene das Zelebrieren bürokratischer Mythen<sup>124</sup> aufrecht erhalten zu können.

Die Umgehung bürokratischer Regelungen auf einer informellen Ebene bedeutet nicht, dass formale Regeln nicht zum großen Teil dennoch strikt eingehalten werden. Vor allem auf schriftlicher Dokumenten-Ebene hält man sich genau an die bürokratischen Vorgaben. Wichtig ist dabei festzuhalten, dass die Nutzung informeller Wege den formalen, bürokratisch fixierten Regelungen nicht schadet. Vielmehr scheint es, dass diese informellen Wege die formalen Regelungen sogar stärken, da sie ein besonderes Bewusstsein von formaler Regeleinhaltung und deren Umgehung entstehen lassen. Um mit Froschauer und Lueger zu sprechen sind *„formale Strukturen nur dann effizient, wenn sie durch informale Strukturen gestützt werden“*<sup>125</sup>.

---

<sup>123</sup> Vgl. Von Beckerath, *Handwörterbuch der Sozialwissenschaften*, S.458.

<sup>124</sup> Vgl. Meyer, Rowan, *Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony*, S.21f.

<sup>125</sup> Vgl. Froschauer, Lueger, *Informalität als organisationaler Basisrhythmus*.

## 7. Der Prozess der Personalentscheidung

*„Das eigentliche Ziel jeder Personalbeschaffung ist der richtige Mann beziehungsweise die richtige Frau am richtigen Platz.“<sup>126</sup>*

Diese Feststellung von Siewert mag auf den ersten Blick simpel anmuten – tatsächlich sind Personalbeschaffungsprozesse jedoch komplexe Prozesse, in denen Entscheidungen getroffen werden müssen, die für Organisationen sehr bedeutsam sind.

Wie sich diese Prozesse im Krankenhaus gestalten, ist Thema des nun folgenden Herzstücks der vorliegenden Arbeit. Dabei soll dargestellt werden, wie „typischerweise“ eine Personalauswahl erfolgt und wie sie sich in den beiden Dienstgruppen Verwaltungspersonal und Pflegepersonal, sowie bei leitenden und nicht leitenden Positionen unterscheidet. Nach der theoretischen Einbettung wird der Frage nachgegangen, welche Strategien Akteure anwenden, um zu einer Personalentscheidungsfindung zu kommen.

### 7.1 Ein typischer Verwaltungs-Personalauswahlprozess für nicht leitende Positionen

Da den größten Teil des Verwaltungspersonals des Krankenhauses die Schreibkräfte und SpringerInnen im medizinischen Dienst ausmachen, konzentriert sich die folgende Darstellung auf einen typischen Personalauswahlprozess externer Bewerbungen dieser Dienstposten; Besonderheiten anderer Dienstgruppen sowie interner Bewerbungen werden in einem nachfolgenden Schritt gestreift.

Die erste Anlaufstelle einer Bewerbung für einen Verwaltungsposten im Krankenhaus kann unterschiedlich sein. Eine erste, schriftliche Bewerbung kann grundsätzlich im Krankenhaus einlangen oder auch direkt in der Krankenkasse (dies ist ein häufig eintretender Fall, da viele BewerberInnen darüber Bescheid wissen, dass das Krankenhaus im Besitze einer Krankenkasse ist und sich daher direkt an diese wenden).

Eine Ausnahme bilden auch jene Fälle, in denen sich KandidatInnen direkt und persönlich an das Krankenhaus wenden und dort zu einem Vorstellungsgespräch erscheinen; in einem solchen Fall werden direkt vor Ort Bewerbungsgespräche durchgeführt und danach, bei

---

<sup>126</sup> Siewert, Horst, *Spitzenkandidat im Eignungstest*. München: MVG-Verlag 1994, S.45.

positivem Eindruck, die Bewerbungsunterlagen an die Personalabteilung der Krankenkasse weitergeleitet.

Die Bewerbungen können sich zwar an zwei Anlaufstellen richten, werden jedoch zentral in der Personalabteilung der Krankenkasse zur Weiterbearbeitung gesammelt. Diese ist in Personalangelegenheiten bezüglich des Krankenhauses ausschließlich für das Verwaltungspersonal, nicht aber für die anderen Dienstgruppen zuständig. Die Leitung der Personalabteilung erhält permanent sogenannte Blind- oder Initiativbewerbungen (in der Woche etwa 60 Stück), zudem jene Bewerbungen, welche im Krankenhaus eingegangen sind und ihr weitergeleitet werden. Es ist nun auch ihre Aufgabe zu entscheiden, welche dieser Bewerbungen in den Verwaltungsbereich passen und jene, die sie als passend befindet, zu einem sogenannten Eignungstest einzuladen (vergleiche dazu Abb. 5 „Der Personalentscheidungsprozess aus Sicht der Personalabteilungsleitung der Krankenkasse“).

Dieser Test ist für alle MitarbeiterInnen der Krankenkasse, und damit auch des Krankenhauses, obligatorisch und je nach angestrebter Dienststelle für das Krankenhaus, die Krankenkasse oder die Bezirksstellen etwas unterschiedlich gestaltet.

Positiv getestete BewerberInnen werden zu einem Bewerbungsgespräch in die Krankenkasse eingeladen, an dem auch für gewöhnlich ein Mitglied der Verwaltungsdirektion teilnimmt. Geht ein Bewerber oder eine Bewerberin auch aus dem Bewerbungsgespräch positiv hervor, wird er oder sie in Evidenz gehalten, das bedeutet, in einem sogenannten Bewerberpool gespeichert. Auch wenn der Kandidat oder die Kandidatin positiv aus dem Bewerbungsprozedere hervorgeht, muss also noch kein direkter Einstieg in die Organisation erfolgen, sondern es wird erst bei einer Anforderung aus dem Krankenhaus auf diese zurückgegriffen.

Die Rolle der Personalabteilungsleitung ist dabei vorwiegend eine administrative und umfasst Agenden wie die Bewerberverwaltung, die Durchführung von Bewerbungsgesprächen (was allerdings zum großen Teil an die Personalentwicklungsabteilung abgegeben wurde) und der dahinterstehenden Administration.

**Der Personalentscheidungsprozess aus Sicht der Personalabteilungsleitung der Krankenkasse**

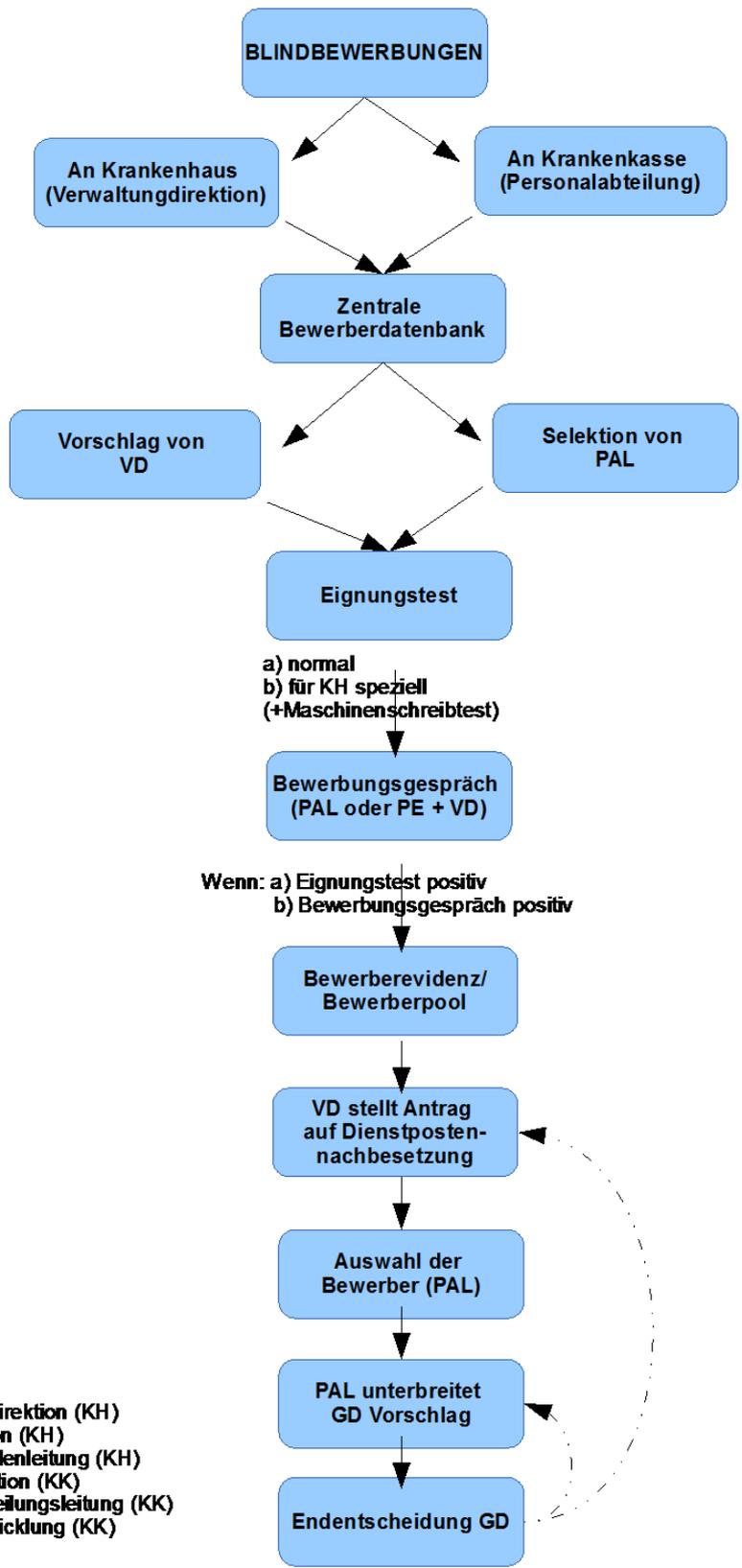


Abb. 5: Der Personalentscheidungsprozess aus Sicht der Personalabteilungsleitung der Krankenkasse, eigene Abbildung

Wird nun ein entsprechender Dienstposten frei, so gibt die Verwaltungsdirektion des Krankenhauses in Form eines schriftlichen Antrages an die Personalabteilung der Krankenkasse bekannt, dass eine Dienstpostennachbesetzung ansteht. In einem solchen Fall hat die Leitung der Personalabteilung die Zuständigkeit, bei Vakanz einer Stelle aus den BewerberInnen des Bewerberpools aufgrund formalisierter Kriterien jene/n KandidatIn auszuwählen, welche sich zeitlich am längsten zurückliegend darin befindet.

Für die endgültige Entscheidung wird ein Personalbesetzungsantrag an die Generaldirektion der Krankenkasse geschickt. In einer sehr großen Mehrheit der Fälle schließt sich der Generaldirektor einem solchem Vorschlag an. Hier wird eine endgültige, hochoffizielle und formale Entscheidung mit der Unterschrift des Generaldirektors auf dem Personalbesetzungsantragsformular getroffen. Dies ist der Zeitpunkt der tatsächlichen Aufnahme eines/r neuen Mitarbeiters/in.

### **7.1.1 Einschulungsprozedere von Schreibkräften im medizinischen Dienst**

Das Einschulungsprozedere für die Verwaltungsangestellten im medizinischen beziehungsweise ärztlichen Dienst, welches sich mindestens über ein halbes Jahr erstreckt, stellt einen wichtigen Part des Personalentscheidungsprozesses in dieser Dienstgruppe dar. Abb. 6 „Der Personalaufnahmeprozess aus Sicht der Personalstellenleitung des Krankenhauses,“ verdeutlicht grafisch den Prozess der Einschulung.

Vorstellungs- beziehungsweise Bewerbungsgespräche werden in dieser Dienstgruppe vorwiegend von der Personalstellenleitung des Krankenhauses geführt und Statements dieser sind für den Personalauswahlprozess wesentlich. Dieser obliegt es zudem, Vorschläge für aufzunehmende Schreibkräfte an die Verwaltungsdirektion weiterzuleiten, sowie diese den Stationen zuzuweisen.

Wird der Einstellungsantrag von der Generaldirektion bewilligt und geht an die Personalstelle retour, beginnt der tatsächliche Zeitpunkt der Einschulungsphase. Im Schreibdienst muss im Springerdienst begonnen werden. Hierzu wurde das Instrument des Springerpools geschaffen. Innerhalb von sechs Monaten finden Einschulungen in drei Ambulanzen und einem Sekretariat beziehungsweise einem Institut statt, das bedeutet, die Personen rotieren in verschiedenen Spitalsbereichen.

# Der Personalaufnahmeprozess aus Sicht der Personalstellenleitung des Krankenhauses

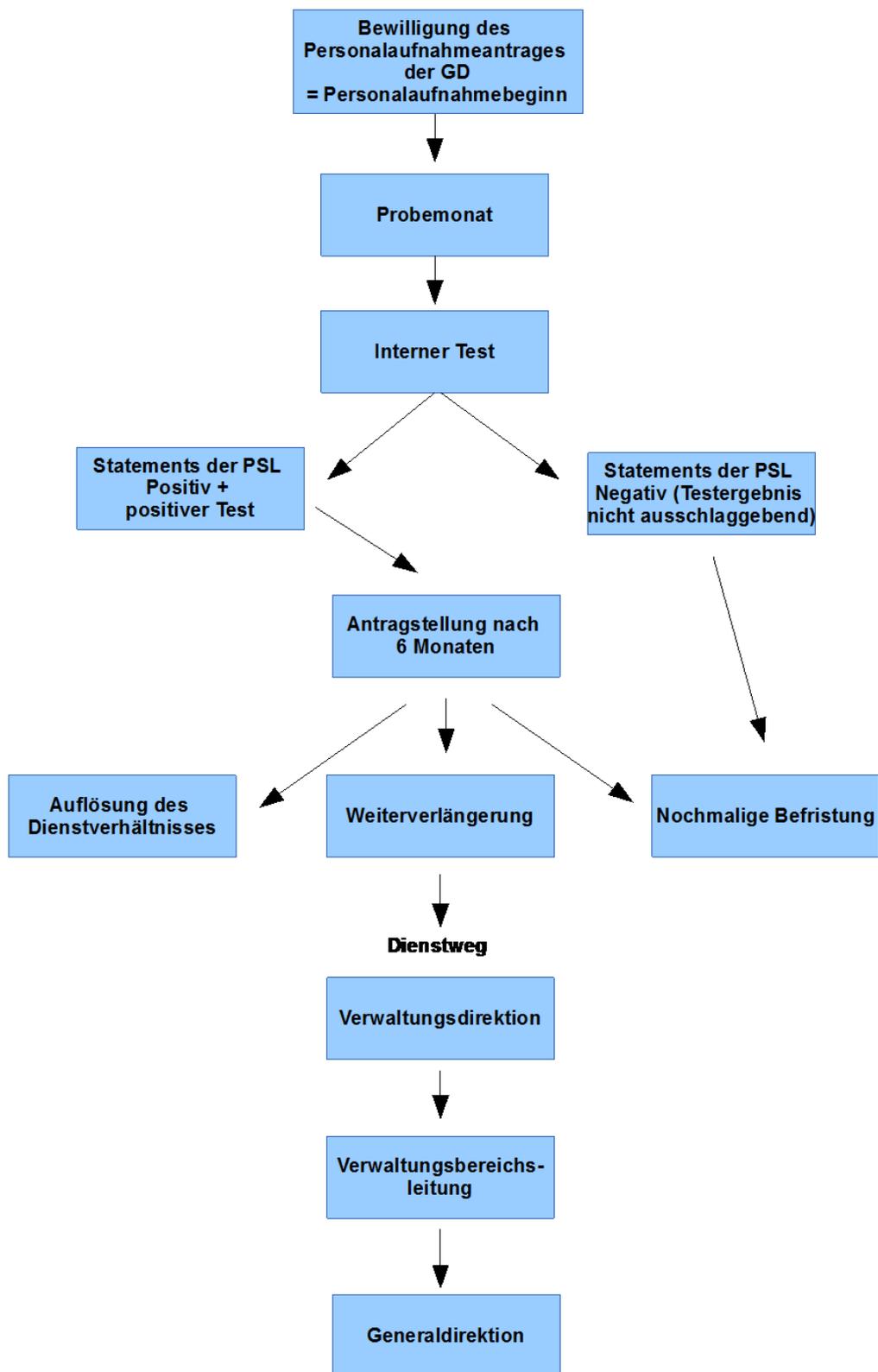


Abb. 6: Der Personalaufnahmeprozess aus Sicht der Personalstellenleitung des Krankenhauses, eigene Abbildung

Die Anzahl der kennenzulernenden Bereiche ist nicht fix festgelegt, zusätzlich können auch noch weitere Bereiche gewählt werden, wenn der Kandidat oder die Kandidatin daran Interesse hat. Verschiedene Bereiche können auch im Rahmen der Absolvierung von Vertretungen kennengelernt werden. Die Anforderungsprofile sind je nachdem, ob die Person in einer Ambulanz (beispielsweise am Schalter) oder einem Sekretariat eingesetzt wird, unterschiedlich und richten sich stark nach persönlichen Merkmalen. Daher ist auf die Postenzuweisung zu achten.

Des Weiteren ist innerhalb dieses ersten halben Jahres ein interner Test zu absolvieren, welcher auch über den Verbleib der Kandidaten in oder das Ausscheiden aus der Organisation entscheidet. Er zielt speziell auf die Testung des Engagements des/der Mitarbeiters/in innerhalb der ersten sechs Monate ab.

Während des Einschulungsprozederes gibt es immer wieder Beurteilungen und Rücksprachen mit den Stammkräften der Station (zumeist nach der Absolvierung eines Springerbereiches), um Stärken und Schwächen zu lokalisieren und herauszufinden, ob der oder die KandidatIn entspricht oder an anderer Stelle effizienter eingesetzt wäre. Das Soziale, aber auch das Fachliche sollen bewertet werden, um die Stärken des/der MitarbeiterIn bestmöglich zu nutzen und einzusetzen.

Aber auch den KandidatInnen die Anforderungen der Organisation näherzubringen, ist ein wesentliches Anliegen, um welches es in den Gesprächen geht. Auch der Abteilungsvorstand wird in den Entscheidungsprozess mit seiner Meinung eingebunden, da Verwaltungsangestellte sozusagen eine „zweifache Unterstellung“ besitzen: disziplinar unterstehen sie der Verwaltungsdirektion, fachlich jedoch dem jeweiligen medizinischen Primar (dem Abteilungsvorstand).

Aufgrund des absolvierten internen Tests sowie der Statements der Personalstellenleitung kann nun entschieden werden, ob das Dienstverhältnis übernommen, weiterbefristet oder gelöst wird. Die Personalstellenleitung trägt dabei in Form ihrer Statements die Hauptverantwortung über den Verbleib oder nicht Verbleib eines/r MitarbeiterIn. Dennoch handelt es sich dabei um keine Einzelentscheidung, sondern diese erfolgt immer in Rücksprache mit den Einschulenden und den neuen MitarbeiterInnen. Bei MitarbeiterInnen, die Schwierigkeiten aufweisen, kann beispielsweise Rücksprache mit dem jeweiligen Primar oder den jeweiligen KollegInnen gehalten werden, um die Entscheidung zu erleichtern; speziell bei sozialen Problemen (Integration des Mitarbeiters ins Team) gibt es die Option,

einen Wechsel vor Ort durchzuführen oder bei fachlichen Disputen, fachliche Hilfestellungen zu geben. Das Krankenhaus wurde in der Erhebung als in seinen Lösungsfindungsideen sehr kreativ beschrieben.

Theoretisch ist der Zeitpunkt dieser Entscheidung nach 6 Monaten erreicht. In manchen Fällen kann es sein, dass eine endgültige Entscheidung noch nicht innerhalb dieses Zeitraumes fallen kann und das Dienstverhältnis daher einer neuerlichen Befristung bedarf (beispielsweise bei langen Krankheitszeiträumen und in Folge einer zu kurzen Einschulungszeit). Ist das Einschulungsprozedere positiv verlaufen, also der interne Test positiv bestanden und die Rückmeldungen der Stationsleitungen ebenfalls zufriedenstellend, wird das Dienstverhältnis von einem befristeten auf ein unbefristetes umgeändert und der Mitarbeiter oder die Mitarbeiterin vom Springerdienst einem Fixposten zugewiesen. Diese endgültige Zuweisung obliegt wiederum der Personalstellenleitung des Krankenhauses. Ist das Einschulungsprozedere negativ verlaufen und die Entscheidung fällt auf Nicht-Weiterverlängerung des Dienstvertrages, so wird ein Antrag auf Lösung des Dienstverhältnisses gestellt, welcher dann den Dienstweg über die Verwaltungsdirektion und die Verwaltungsbereichsleitung in die Generaldirektion geht, wo sie endgültig entschieden und offiziell gemacht wird.

### **7.1.2 Abgrenzung: Ein typischer Verwaltungs-Personalauswahlprozess für leitende Positionen**

Die Ausgestaltung des Personalauswahlprozesses für leitende Positionen des Verwaltungspersonals richtet sich sehr stark nach der Position zu besetzenden Stelle und kann von einem simplen strukturierten Interview bis zu einem Assessment-Center gehen. Für Personen in leitenden Positionen der Verwaltung werden seit kurzem häufiger Assessment-Center durchgeführt. Dies betrifft Dienstposten ab einer leitenden Einreihung<sup>127</sup>, welche bei GruppenleiterInnen oder stellvertretenden GruppenleiterInnen beginnen. Diese Posten müssen auch – zum Unterschied nicht leitender Positionen – in der Krankenkasse in Form einer Direktionsverlautbarung ausgeschrieben werden.

Der Text für eine solche Ausschreibung mit dem entsprechenden Anforderungsprofil wird von der Verwaltungsdirektion verfasst, geht aber formell als Ausschreibung der

---

<sup>127</sup> Anmerkung: Der Begriff „Einreihung“ ist ein in der Organisation gängiger, um die MitarbeiterInnen je nach Qualifikation „einreihen“ zu können. Einreihungsgruppen werden mit Buchstaben bezeichnet und ändern sich je nach abgelegten Dienstprüfungen des Mitarbeiters oder der Mitarbeiterin.

Generaldirektion aus. Hierbei assistiert die Personalentwicklung der Krankenkasse, sie tut dies für die Dienstgruppe des Verwaltungspersonals, nicht aber für die übrigen Dienstposten des Krankenhauses.

Ausschreibungen richten sich zunächst an alle MitarbeiterInnen der Krankenkasse – Bewerbungen hierauf sind im Dienstweg einzubringen. Hierzu werden auch Stellungnahmen der Vorgesetzten eingeholt und bei leitenden Positionen kann es auch zu Besetzungsvorschlägen des Generaldirektors kommen. Entscheidungen bezüglich leitender Positionen des Verwaltungspersonals des Krankenhauses werden im Vorstand der Krankenkasse in Zusammenkünften beschlossen, welche im Schnitt einmal im Monat stattfinden. Hier gilt: zumeist schließt sich der Vorstand einem Vorschlag des Generaldirektors an. Zu diesem Zeitpunkt sind Interventionen (beispielsweise der bei solchen Vorstandssitzungen abwesenden Verwaltungsdirektionsleitung) nicht mehr möglich.

Auswahlverfahren finden dann statt, wenn die Organisation selber keinen Vorschlag für eine zu besetzende Stelle, beziehungsweise niemanden zur Verfügung hat. Parallel zum Ausschreibungsprozess muss entschieden werden, in welcher Form der Auswahlprozess stattfinden soll. Konkret geht es darum zu entscheiden, ob ein Vorauswahlprozess stattfinden soll, indem die Bewerbungen zunächst auf Muss-Kriterien hin untersucht werden oder ob alle Bewerbungen in das Auswahlverfahren gelangen.

Danach ist die Gestaltung des Auswahlverfahrens zu wählen. Kommt es zu einem Assessment-Center, so werden die zuständigen AssessorInnen eingeladen. Diese setzen sich aus den leitenden Führungskräften einer Stelle, aus GruppenleiterInnen, aus dem Betriebsrat bis hin zu Fachexperten (interne Personen mit externer Sicht) zusammen. Am Ende eines solch gestalteten Auswahlverfahrens steht eine AssessorInnenkonferenz, in welcher gemeinschaftlich und im Diskurs eine Bewertung abgegeben werden muss. Gemeinsam mit der rekrutierenden Stelle geben die AssessorInnen dann eine Empfehlung ab. An nicht ausgewählte BewerberInnen ergeht eine Absage, jene Person, auf die die Wahl fiel, wird verständigt und zum Aufnahmeprozedere eingeladen.

### **7.1.3 Abgrenzung: Der Personalauswahlprozess von Pflegepersonal**

In den beiden Dienstgruppen Verwaltungspersonal und Pflegepersonal lassen sich Differenzen bezüglich des Personalauswahlprozesses ausmachen. Auf die Gemeinsamkeiten

und Unterschiede aufmerksam zu machen, um, ganz im Sinne eines „Theoretical Sampling“, den Blick für die Rekrutierungsprozesse von Verwaltungspersonal zu schärfen, ist das Ziel der folgenden Darstellung.

Die Pflegedirektion kann zum Unterschied zur Verwaltungsdirektion Personalentscheidungen bis zu einem gewissen Dienstpostengrad selbst treffen. Ab einer gewissen Dienststeinreihung (auch hier gilt: leitende Dienstposten) muss aber ebenfalls ausgeschrieben werden. Laufende Dienstpostennachbesetzungen jedenfalls kann die Pflegedirektion nach ihren eigens festgelegten Entscheidungskriterien treffen und genießt so eine relativ stark ausgeprägte Autonomie. Wird ein Pflegedienstposten frei, so wird bei der Nachbesetzung sehr auf die Bedürfnisse des jeweiligen Teams geschaut (vgl. Abb. 7 „Der Personalaufnahmeprozess von Pflegepersonal aus Sicht der Pflegedirektion“).

Die Grundbedingungen (Voll- oder Teilzeitstelle, Alter und Geschlecht der Person) werden zunächst in einem Gespräch mit der zuständigen Leitung geklärt, welche auch kritische Wünsche und Äußerungen einbringen kann. Es wird anschließend eine interne Personensuche gestartet. Der Fokus liegt hier auch bei etwas anderem als beim Verwaltungspersonal. Viele MitarbeiterInnen der Verwaltung waren zuvor in ganz anderen, zum Teil auch einem Krankenhaus weit entfernten Bereichen tätig und speisen sich zum großen Teil aus externen BewerberInnen. In der Pflege wird aber ganz gezielt nach internen BewerberInnen für frei werdende Dienstposten gesucht. In dieser Hinsicht wird auch von der Pflegedirektion eine interne Mobilität der MitarbeiterInnen gefordert und gefördert.

Auch wird im Krankenhaus im Bereich der Pflege Karriereplanung betrieben, das bedeutet, dass sich MitarbeiterInnen für derartige Gespräche bei der Pflegedirektion persönlich ankündigen können oder leitende Personen im Sinne eines Talentscouts talentierte MitarbeiterInnen „melden“ können. Im Falle einer solchen Karriereplanung wird der Mitarbeiter oder die Mitarbeiterin bereichsübergreifend eingesetzt und bekommt nach einem Jahr Ausbildungs- und Vertretungsphase die erste Beurteilung. Ist diese positiv, so wird die Pflegekraft als Talent bestätigt und für die berufsbegleitende Weiterbildung im mittleren Management angemeldet.

## Der Personalaufnahmeprozess von Pflegepersonal aus Sicht der Pflegedirektion

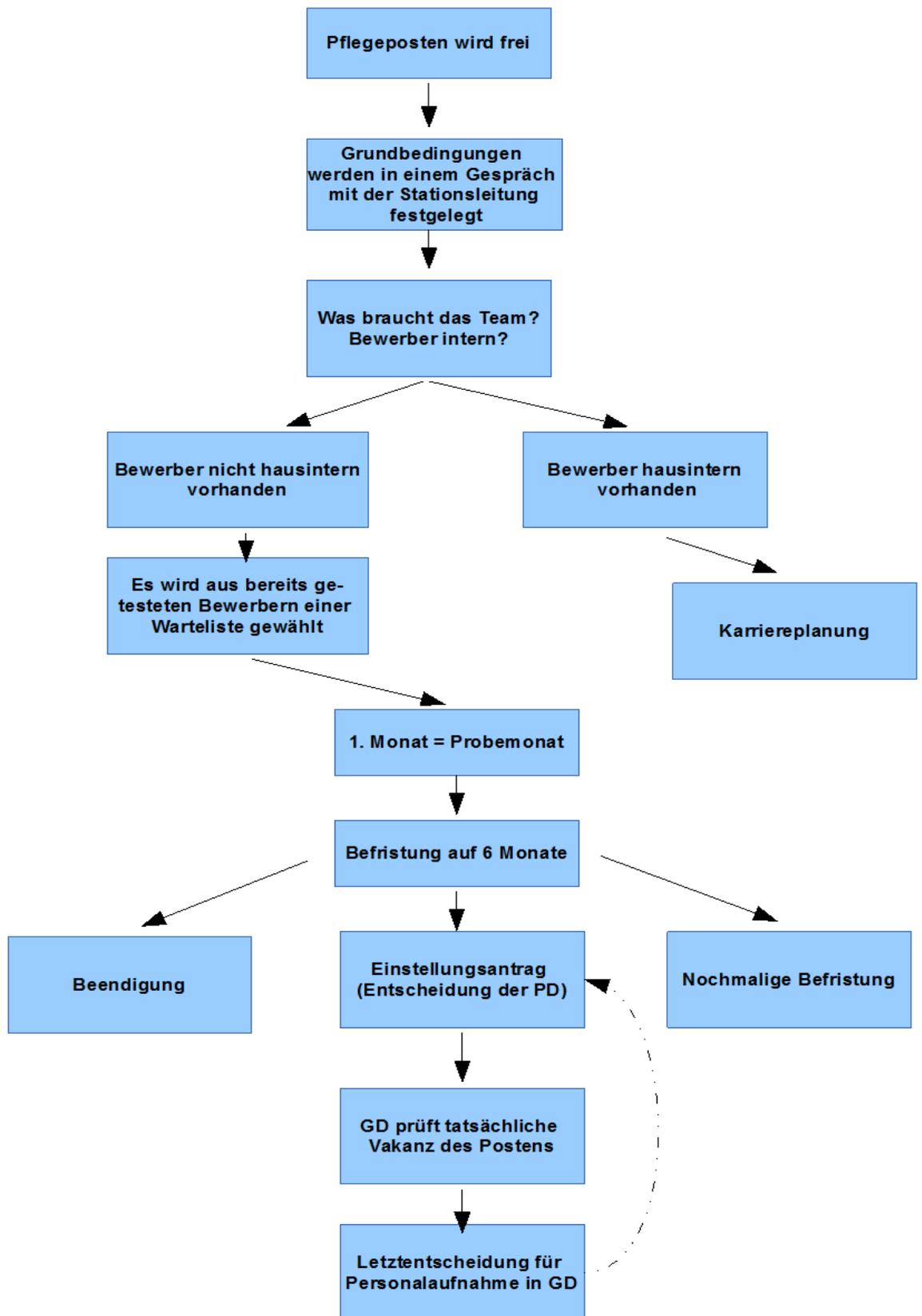


Abb. 7: Der Personalaufnahmeprozess von Pflegepersonal aus Sicht der Pflegedirektion, eigene Abbildung

Aber auch wenn sich kein geeigneter Bewerber oder keine geeignete Bewerberin im Haus findet, muss nicht aktiv in die Außensuche gegangen werden, sondern es können – ähnlich dem Verwaltungsbereich – aus laufend erhaltenen Bewerbungen Personen und aus bereits getesteten BewerberInnen einer Warteliste ausgewählt werden. Anders als im Falle des Verwaltungspersonals bedeutet „getestet“ in dem Fall, dass die KandidatInnen zu einem Gespräch eingeladen wurden und dieses positiv absolviert sowie die darauffolgenden unbezahlten Schnuppertage im stationären Bereich mit einem positiven Feedback des Stationsteams abgeschlossen haben. Einen Eignungstest wie im Verwaltungsbereich gibt es im Pflegebereich nicht. Ähnlich jedoch wiederum der Verwaltung können zwischen positivem Bewerbungsprozedere und einer tatsächlichen Aufnahme lange Zeiträume liegen.

Die Rolle der Pflegedirektion im Personalentscheidungsprozess von Pflegepersonal ist ähnlich jener der Personalabteilungsleitung der Krankenkasse im Entscheiden über Verwaltungspersonal: sie übernimmt eine Vorauswahl und erste Selektion und stellt daher für die BewerberInnen eine erste entscheidende beziehungsweise bedeutende Hürde dar.

Im Pflegebereich wie im Verwaltungsbereich sind Verträge auf sechs Monate befristet, mit dem ersten Monat als Probemonat. Es besteht anschließend die Möglichkeit einer nochmaligen Befristung nach den ersten sechs Monaten. Während man bei nicht leitendem Verwaltungspersonal sehr stark auf das Rotieren der MitarbeiterInnen setzt und sie im Springerdienst möglichst viele Bereiche kennenlernen lässt, herrscht beim Pflegepersonal genau die gegenteilige Praxis: Versetzungen in der Probezeit werden auf gar keinen Fall gewährt und es wird in dieser Hinsicht sehr restriktiv gehandelt, um nicht MitarbeiterInnen übernehmen zu müssen, die nicht genügend „getestet“ wurden.

Hat sich der/die KandidatIn gut in der Station eingelebt und ist er/sie gut aufgenommen worden, so wird am Ende der Probezeit ein Einstellungsantrag gestellt, wobei auch hier die Letztentscheidung beim Generaldirektor der Krankenkasse liegt. Solcherart Anträge können zwar prinzipiell abgelehnt werden (beispielsweise durch eine krankenkasseninterne Prüfung), dies war bis zum heutigen Tage jedoch noch nie der Fall. Bevor eine Letztentscheidung fällt, muss die tatsächliche Vakanz des Dienstpostens von der Generaldirektion geprüft werden, da die Krankenkasse dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger in dieser Hinsicht Rechenschaft schuldet.

Die Letztentscheidung fällt zwar in der Generaldirektion, da aber die Pflegedirektion entscheidet, ob sie überhaupt einen Besetzungsantrag stellt oder nicht, erhält sie im Prozess das entscheidende Gewicht.

## **7.2 Theoretische Einbettung: Ein soziologischer Blick auf Entscheidungsfindung**

Zur theoretischen Einbettung in Bezug auf Entscheidungsfindung stützt sich die vorliegende Arbeit vor allem auf folgende Grundlagen: zum Einen auf Niklas Luhmann, den Begründer der modernen soziologischen Systemtheorie, welcher sich sehr umfassend mit Entscheidungen in formalen Systemen auseinandergesetzt hat, zum Anderen auf theoretische Grundlagen zu Organisationen und speziell zu Organisationsentscheidungen, welche James March und Herbert Simon geprägt haben. Vor allem March, aber auch Simon setzten sich mit der Entscheidungspraxis in Organisationen auseinander. Die beiden gelten als Wegbereiter der Vorstellung einer begrenzten Rationalität, indem sie sich von neoklassischen Prämissen des Entscheidens ab- und einem verhaltenswissenschaftlichem Ansatz zuwandten.

Karl Weick wurde mit seinen Ausführungen zur Auswahl als retrospektive Sinnbildung ebenfalls herangezogen, da sich dieser Ansatz als sehr fruchtbar im Rahmen der Erkenntnisse der Analyse zeigte. Weick tätigt die sehr spannende Aussage, dass im Rahmen einer Auswahl zunächst gehandelt und diesem Handeln erst retrospektiv, also im Nachhinein, Sinn zugeschrieben wird. In Hinblick auf die Forschungsfrage ist dieser Ansatz sehr interessant, da er eine Möglichkeit, zu verstehen, wie Akteure Personalentscheidungen treffen können. Die retrospektive Sinnbildung bietet sich dabei als ein Modus der „Erleichterung“, wenn nicht sogar erst der „Ermöglichung“ von Personalentscheidungen an und ist daher äußerst interessant für die Forschungsfrage.

### **7.2.1 Niklas Luhmann: Entscheidungsprämisse**

Niklas Luhmann<sup>128</sup> verbindet Entscheidung und Personal, indem er Personal als „Entscheidungsprämisse“ versteht. Wenn Luhmann von Entscheidungsprämisse spricht, so übernimmt er jene Auffassung des Begriffes, welche von Herbert Simon stammt. Diese

---

<sup>128</sup> Vgl. Luhmann, Niklas, *Recht und Automation in der öffentlichen Verwaltung. Eine verwaltungswissenschaftliche Untersuchung*. 2 Auflage. Berlin: Duncker & Humboldt 1997, S.26, zit. nach: Simon, Herbert, *Models of Man. Social and Rational. Mathematical Essays on Rational Human Behavior in a Social Setting*. New York: John Wiley & Sons 1957, S.201.

besagt, dass alles Entscheiden von Entscheidungsprämissen abhängt. Über diese selbst wird jedoch nicht entschieden. Auch Systemstrukturen sind in dieser Sichtweise als Entscheidungsprämissen zu verstehen und nicht als Entscheidungen.

Entscheidungen sind Ereignisse, die sich selbst als kontingent thematisieren. Organisationssysteme stellen demnach soziale Systeme dar, die ganz wesentlich aus Entscheidungen bestehen, diese wechselseitig verknüpfen und dadurch das Problem der Systemkomplexität kreieren.<sup>129</sup>

Bei der Prämisse handelt es sich um eine Voraussetzung, welche bei ihrer Verwendung nicht mehr geprüft wird. Die Prämisse steht zur Entscheidung in keinem logischen oder kausalen Verhältnis, die beiden befinden sich in einer „lockeren Kopplung“.<sup>130</sup> Entscheidungsprämissen legen künftige Entscheidungen noch nicht fest aber sie fokussieren die Kommunikation auf die in den Prämissen festgelegten Unterscheidungen. Dadurch betrachtet man künftige Entscheidungen unter dem Gesichtspunkt der Prämisse und muss nicht jedes Mal die volle Komplexität der Situation neu aufrollen.

Luhmann<sup>131</sup> nennt nun Typen von Entscheidungsprämissen, die der Ergänzung oder Ersetzung von detaillierter Programmierung dienen: Entscheidungsprogramme, Kommunikationswege und Personal. Der dritte Typ der Entscheidungsprämisse, das Personal, gewinnt im Lichte des Forschungsinteresses besondere Brisanz. Luhmann versteht darunter die Regulierung des Personaleinsatzes. Schließlich werden Personen gewählt, weil sie sich (vermeintlich) für bestimmte Aufgaben eignen und sie werden daher, ähnlich den Programmen, als Entscheidungsprämissen für Entscheidungen gewählt.

### **7.2.2 Niklas Luhmann: Mitgliedschaft und Mitgliedschaftsrolle**

Mit der Entscheidungsprämisse des Personals sind natürlich unmittelbar Fragen der Mitgliedschaft verbunden. Die Mitgliedschaftsrolle ist für Luhmann keine allumfassende Rolle, sondern sie erfasst nur einen Teil der Erwartungen im System. Für ihn ist es daher entscheidend, darauf einzugehen, wie sich die Mitgliedsrolle zu anderen Rollen im System verhält und die Differenzen oder Übereinstimmungen aufzuzeigen.

---

<sup>129</sup> Vgl. Luhmann, Niklas, *Organisation und Entscheidung. Vorträge G232 Rheinisch-Westfälische Akademie der Wissenschaften*, Opladen: Westdeutscher Verlag 1978, S.13.

<sup>130</sup> Vgl. Luhmann, *Organisation und Entscheidung*, S.222f, zit. nach: Weick, Karl E., *Der Prozess des Organisierens*, Frankfurt: Suhrkamp 1985, S.163ff.

<sup>131</sup> Vgl. Luhmann, *Organisation und Entscheidung*, S.224f.

Er bringt es prägnant auf den Punkt:

*„Die Mitgliedsrolle ist vor allen anderen Rollen im System dadurch ausgezeichnet, dass sie als Prämisse für Eintritts- und Austrittsentscheidungen fungiert. Darin liegt ihre Einheit als Rolle begründet. Sie definiert die Bedingungen des Zugangs zu allen anderen Rollen des Systems. Andere Rollen können nur in Kombination mit der Mitgliedsrolle übernommen werden.“<sup>132</sup>*

Die Ein- und Austrittsmöglichkeit, welche die Mitgliedsrolle schafft, gewinnt samt ihren Entscheidungsprämissen strukturgebende Bedeutung für das tägliche Verhalten im System. Durch die Grenzsituationen des Ein- oder Austritts wird der Blick auf das System freigegeben. Ein System ist schließlich durch die Unterscheidung von innen und außen gekennzeichnet beziehungsweise durch invariante Grenzen gegenüber seiner wechselnden Umwelt und in dem Moment, in dem man sich außerhalb des Systems begibt, schafft man ein Grenzbewusstsein und die Möglichkeit, sich ein System vorzustellen. Das bedeutet: die Mitgliedsrolle gibt den Standpunkt an, von dem aus ein sozialer Handlungszusammenhang als System betrachtet werden kann.<sup>133</sup>

Mitgliedschaftsbedingungen beinhalten bestimmte Rollenerwartungen an das Mitglied. Darunter sind insbesondere das Akzeptieren der Organisationszwecke und der auf deren Entwicklung hin entworfenen Entscheidungsprogramme zu verstehen. Die Formalität einer Organisation macht besonders aus, dass nicht organisationsrelevante personale Merkmale oder Motivationen bei der Auswahl für eine Mitgliedschaft möglichst unberücksichtigt bleiben sollen.<sup>134</sup>

### **7.2.3 Exkurs: Der Homo oeconomicus**

Jede Auseinandersetzung mit Entscheidungsfindungstheorie muss ihren Ursprung wohl in dem klassischen Konzept des „economic man“ (Homo oeconomicus) nehmen. Ökonomen haben ihren Beitrag zur Entscheidungstheorie vor allem mit Konzepten beigetragen, die sich unter diesem Begriff zusammenfassen lassen.

---

<sup>132</sup> Luhmann, Niklas, *Funktionen und Folgen formaler Organisationen. Vierte Auflage*. Berlin: Duncker & Humboldt GmbH 1995, S.39.

<sup>133</sup> Ivi, S.40f.

<sup>134</sup> Vgl. Krause, Detlef, *Luhmann-Lexikon. Eine Einführung in das Gesamtwerk von Niklas Luhmann. 4.Auflage*. Stuttgart: Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft mbH 2005, S.58.

Dieses klassische Konzept ist eines, welches Entscheidung unter Sicherheit ansieht (im Gegensatz zu Theorien der Entscheidung unter Risiko und Entscheidung unter Unsicherheit). Es wird davon ausgegangen, dass der Homo oeconomicus drei Charakteristika erfüllt. Er ist im Besitz aller Informationen, er hat unendliches Wissen, er reagiert empfindlich und verständnisvoll („sensitive“) und er ist vor allem eines: rational. In der klassischen Theorie geht man weiter davon aus, dass alle Handlungswege bekannt sind und offen stehen und dass außerdem die Ergebnisse jeder dieser Handlungsoptionen bekannt sind. Der rationale Mensch trifft seine Entscheidungen stets, um Nutzen zu maximieren.<sup>135</sup>

Man kann sagen, der Homo oeconomicus zeichnet sich dadurch aus, dass er Ziele mittels in der Regel knapper Ressourcen verfolgt, eine Kosten-Nutzen-Bilanzierung von Handlungsalternativen bei zumeist starker Diskontierung der Zukunft betreibt und jene Handlungsalternative wählt, die den subjektiv erwarteten Nutzen bei abnehmendem Grenznutzen maximiert. Ein solches Modell ist vor allem in der Wirtschaftswissenschaft entwickelt worden.<sup>136</sup> Das Handeln des Homo oeconomicus ist eine „Rational Choice“, denn zum einen erfolgt die Selektion des verfolgten Ziels aus dem gesamten Zielspektrum des Akteurs und zum anderen werden die Mittel der Zielverfolgung rational nach Kriterien der Effizienz und Effektivität ausgewählt.<sup>137</sup>

Das Modell des rationalen Agenten bringt drei wichtige Forderungen bezüglich der Entscheidungsfindungsmechanismen mit sich. Erstens, dass alle Alternativen einer Auswahl gegeben sind; zweitens, dass alle Konsequenzen, welche die Alternativen mit sich bringen, bekannt sind; drittens, dass eine komplette Reihung nach Nutzen der Konsequenzen vorgenommen wird.<sup>138</sup>

Nach diesem kurzen Exkurs kann nun dazu übergegangen werden, die Kritik daran darzulegen. Die Kernaussage von March und Simon lautet, dass eine Entscheidung im besten Fall subjektiv rational sein kann, nicht jedoch objektiv rational.<sup>139</sup>

---

<sup>135</sup> Vgl. March, James G. (Hrsg.), *Handbook of Organizations*, Chicago: Rand McNally & Company 1965, S.50f.

<sup>136</sup> Vgl. Schimack Uwe, *Handeln und Strukturen. Einführung in die akteurtheoretische Soziologie. Grundlagentexte Soziologie*. Weinheim und München: Juventa Verlag 2000, S.79.

<sup>137</sup> Ivi, S.80f.

<sup>138</sup> Vgl. March, James; Simon, Herbert, *Organizations. 2<sup>nd</sup> Edition*. Oxfordshire: Marston Lindsay Ross International Ltd 1993: S.158f.

<sup>139</sup> Ibidem.

#### 7.2.4 James March und Herbert Simon: „Bounded Rationality“

Dem „economic man“ steht der „administrative man“ entgegen. Vor allem Herbert A. Simon<sup>140</sup> ist einer der wichtigsten Kritiker dieser „traditionellen“ Theorien. Einer der ersten Schritte um eine rationale Theorie der Entscheidungsfindung zu modifizieren, war die Miteinbeziehung von Risiko und der verschiedenen Wege, mit diesem umzugehen.<sup>141</sup>

Simon führt daher das Konzept der „*Bounded Rationality*“ ein, da es seiner Meinung nach an der Zeit ist, die empirischen Grenzen menschlicher Rationalität anzuerkennen. Das Konzept meint, dass:

*„The capacity of the human mind for formulating and solving complex problems is very small compared with the size of the problems whose solution is required for objectively rational behavior in the real world – or even for a reasonable approximation to such objective rationality.“<sup>142</sup>*

Das erste Prinzip der „Bounded Rationality“ lautet, dass die Rationalität eines Akteurs es ihm abverlangt, ein vereinfachtes Modell der Situation zu schaffen, um mit ihr umgehen zu können. In dieser Weise handelt der Akteur rational, wenn auch nicht optimal. Das zweite Prinzip besagt, dass menschliche Individuen in Wissen, Weitblick und Fähigkeiten eingeschränkt sind und aus diesem Grund Organisationen jene Instrumente darstellen, welche am nützlichsten für menschliche Zwecke sind. Das Organisieren wiederum wird deswegen zum Problem, weil Menschen in ihrer Fähigkeit eingeschränkt sind, sich auf Ziele zu einigen, zu kooperieren und zu kommunizieren. Diese Einschränkungen rühren von sozialen und organisationalen Kräften her.<sup>143</sup>

Rationales Verhalten verlangt daher nach einem vereinfachten Modell, welches es ermöglicht, an ein bestimmtes Problem mit all seiner Komplexität heranzugehen. Dies kann in verschiedener Weise von Statten gehen:

- Optimierung (Maximierung) wird durch Satisfizierung ersetzt
- Alternativen und Konsequenzen einer Handlung werden in einem Suchprozess aufeinanderfolgend (sequenziell) bestimmt

---

<sup>140</sup> Vgl. March, *Handbook of Organizations*, S.59.

<sup>141</sup> Vgl. March, James G., *A Primer on Decision Making. How Decisions Happen*. New York: The Free Press 1994: S.7.

<sup>142</sup> Simon, *Models of Man*, S.198.

<sup>143</sup> Ivi, S.199.

- Ein Repertoire von Handlungsprogrammen wird von Organisationen und Individuen geschaffen, welches als Alternative zur Wahl genutzt werden kann
- Jedes Handlungsprogramm muss sich mit einer begrenzten Anzahl an Situationen und Konsequenzen auseinandersetzen
- Handlungsprogramme sind nur lose miteinander verbunden („loosely coupled“), daher können sie auch teilweise unabhängig voneinander ausgeführt werden.<sup>144</sup>

Die Funktionen und Strukturen von Organisationen können am besten durch die Analyse der Entscheidungen und des Verhaltens der Organisationsmitglieder in der und durch die Organisation bestimmt werden.<sup>145</sup>

Gerade wenn man, wie in der vorliegenden Arbeit, davon ausgeht, dass Entscheiden ein Prozess ist, deutet dies auch bereits darauf hin, dass die Vorstellung einer linearen Abfolge von verschiedenen Entscheidungsetappen oder -schritten als wenig in der Realität anzutreffend angesehen werden. Und so ist es auch entscheidend, dass Rationalität nicht immer an erster Stelle bei einer Entscheidungsfindung steht, beziehungsweise es nicht nur eine Form von Rationalität gibt, sondern verschiedene Rationalitäten existieren. Den Akteuren erscheinen gewisse Handlungsmuster als rational, welche einer klassischen Vorstellung von Rationalität im Sinne einer Nutzenmaximierung nicht entsprechen. Es ist anzunehmen, dass bei Personalentscheidungsprozessen in Organisationen viele Elemente eine Rolle spielen werden, welche ganz eigenen Rationalitäten folgen, beziehungsweise vielleicht auch nach ganz anderen Gesichtspunkten getroffen werden, als nach kalkulierter Ratio.

Mit den Autoren lässt sich argumentieren, dass Modelle kalkulierter Rationalität sowohl als Beschreibung menschlichen Verhaltens, als auch als Richtlinien für intelligentes Wahlverhalten erhebliche Mängel aufweisen. Dies ist dann möglich, wenn sich zeigen lässt, dass ein Verhalten als intelligent erachtet werden kann, welches offensichtlich von den Grundprozeduren kalkulierter Rationalität abweicht.<sup>146</sup> Da Beschränkungen wie Aufmerksamkeitsschwierigkeiten, Gedächtnis- und Verständnisprobleme sowie Kommunikationsschwierigkeiten den Entscheidern wesentliche Probleme bereiten, entwickeln diese Prozeduren, welche zwar die grundsätzlichen Rahmenbedingungen der

---

<sup>144</sup> Vgl. March; Simon, *Organizations*, S.190f.

<sup>145</sup> Vgl. Simon, *Administrative Behavior*, S.2f.

<sup>146</sup> Vgl. March, James G., *Beschränkte Rationalität, Ungewissheit und die Technik der Auswahl*, in: March, James G. (Hrsg.), *Entscheidung und Organisation. Kritische und konstruktive Beiträge, Entwicklungen und Perspektiven*, Oxford: Basil Blackwell Ltd 1988: S.306f.

„Rational Choice“ beibehalten, jedoch im Sinne einer „eingeschränkten Rationalität“ modifiziert werden.<sup>147</sup>

### 7.2.5 Auswahl als retrospektive Sinnbildung

Weick<sup>148</sup> beschreibt, dass alles Verstehen seinen Anfang in Reflexion und dem zurückgerichteten Blick nimmt, denn Handlungen werden erst erkannt, wenn sie vollendet sind. Hierbei ist die Grundidee, dass zunächst gehandelt und erst danach darüber nachgedacht wird, beziehungsweise dass eine Handlung und damit auch ihre Folgen erst dann klar ersichtlich werden, wenn die Handlung abgeschlossen ist und es unter Umständen bereits „zu spät ist“.

In einem Selektionsprozess entsteht die Sinngenerierung hauptsächlich durch das Finden plausibler Zurechnungen, Geschichten und Sequenzen für bestimmte Ausführungen, gleichzeitig wird versucht, Doppeldeutigkeiten und Unklarheiten zu beseitigen, indem man der Ausführung eine Geschichte zuschreibt, welche sie herbeigeführt hat.

Situationen sind „decision-interpreted“ und nicht „decision-guided“, denn die Ausführungsprozesse und ihre Ergebnisse werden vom Selektionsprozess dahingehend interpretiert, als ob eine Entscheidung getroffen worden sei. Die Suche findet dabei für eine mögliche Entscheidung statt. In anderen Worten: Effekte gehen bestimmten Gründen oder Anlässen voraus, die Antwort geht dem Stimulus oder Auslöser voraus und der Output steht dem Input vor. Daher, so die Grundaussage Weicks, werden für Effekte, Antworten und Outputs im Nachhinein (!) mögliche plausible Ereignisse gesucht, welche diese erklären können. Die Geschichte eines Projektes oder eines Effektes wird geschaffen, wenn diese bereits abgeschlossen sind und keineswegs im Voraus. Die Historisierung eines Ergebnisses erleichtert den Sinnfindungsprozess.<sup>149</sup>

Ein zukünftiges Ereignis so zu behandeln, als wäre es bereits vorüber, begünstigt beziehungsweise erleichtert die Sinnfindung. Dies hat mit der Tatsache zu tun, dass wenn etwas als im Verlauf und veränderbar betrachtet wird, es schwieriger mit Ereignissen oder Handlungen, welche in der Vergangenheit stattgefunden haben, in Verbindung zu bringen ist, als wenn man das Ereignis als bereits abgeschlossen betrachtet. Ein Selektionsprozess ist

---

<sup>147</sup> Vgl. March, *A Primer on Decision Making*. S.10f.

<sup>148</sup> Vgl. Weick, Karl E., *The Social Psychology of Organizing*. 2<sup>nd</sup> Edition. Reading, Mass. (u.a.): Addison-Wesley 1979, S.194f.

<sup>149</sup> Ivi, S.195.

jener Ort, wo retrospektive Sinn-Findungsprozesse und Sinn-Suchprozesse stattfinden und mit Hilfe der Geschichte können Interpretationen für die Gegenwart so durchgeführt werden, wie sie schon in der Vergangenheit gesehen wurden.<sup>150</sup>

### **7.3 Strategien der Entscheidungsfindung und Entscheidungsabsicherung**

Nach der theoretischen Einbettung behandelt der nun folgende Teil jene Strategien der Entscheidungsfindung und Entscheidungsabsicherung, welche die Analyse des Datenmaterials zu Tage brachte. Diese machte es möglich, Antworten auf zwei wichtige Fragen zu geben:

1. Welche Modelle beziehungsweise Strategien der Personalentscheidungsfindung lassen sich im Krankenhaus identifizieren?
2. Welche Modelle beziehungsweise Strategien der Absicherung von getroffenen Personalentscheidungen können ausgemacht werden?

Die erste Frage beschäftigt sich direkt mit dem Prozess des Treffens einer Personalentscheidung, bei welchem verschiedene „Praktiken“ zur Anwendung kommen können. Die Organisationsmitglieder müssen, wenn sie sich mit einer zu treffenden Entscheidung konfrontiert sehen, nicht sozusagen „das Rad neu erfinden“, sondern sie bedienen sich bestimmter vorgelegter Entscheidungsfindungsmodelle.

Nun könnten Entscheidungen in Organisationen nicht oder nur schwer getroffen werden, wenn man keinerlei Absicherung hätte, dass jene Strategien, welche zur Entscheidungsfindung eingesetzt werden, auch den gewünschten Erfolg bringen. Man bedient sich also verschiedener „Absicherungsmechanismen“, die Sicherheit darüber geben sollen, dass tatsächlich getroffene Auswahlen sich auch in weiterer Folge bewähren.

#### **7.3.1 Entscheidungsfindung durch Gruppenkonsens**

Um eine „gute“ beziehungsweise „valide“ Personalentscheidung treffen zu können, kann die Strategie angewendet werden, mehrere „qualifizierte“ EntscheiderInnen für eine solche zu nominieren. Diese Vorgehensweise findet ihre typische Ausformung im Assessment-Center.

---

<sup>150</sup> Weick, *The Social Psychology of Organizing*, S.201.

Unter „qualifizierten“ EntscheiderInnen werden jene Organisationsmitglieder verstanden, welchen durch spezielle Routine sowie Schulung eine erhöhte Sensibilität für zu treffende Entscheidungen zugeschrieben wird.

Dabei gilt es zunächst zu klären, was eine „gute“ beziehungsweise „valide“ Personalentscheidung bedeutet. Obwohl man davon ausgehen könnte, dass diese sehr individuelle Definitionen der Krankenhausmitglieder finden könnte zeigt sich, dass sich die Erklärung auf einige Eigenschaften konzentriert. Es lässt sich nachweisen, dass eine „gute“ beziehungsweise „valide“ Personalentscheidung eine Entscheidung über Personal bedeutet, welche über einen möglichst langen Zeitraum die gewünschte Wirkungsweise für die Organisation mit sich bringt und im Idealfall nicht nachjustiert (beispielsweise durch eine Versetzung einer Person von dem ursprünglichen Dienstposten auf einen anderen) oder gar revidiert werden muss. In diesem Sinn ist die Entscheidung dann „valide“ wenn sie außer dem einmalig aufgebrauchten Aufwand, den sie erfordert, keine weiteren Ressourcen mehr in Anspruch nimmt und den entscheidenden Organisationsmitgliedern keine weiteren Ressourcen mehr „raubt“.

Bei einer Entscheidungsfindung durch Gruppenkonsens geht es im Wesentlichen darum, über längere Entscheidungszeiträume und mehrheitlich, das bedeutet gemeinschaftlich, eine Alternative (im konkreten Fall einen Kandidaten, eine Kandidatin) aus mehreren auszuwählen. Die mehrheitliche Entscheidung muss in einem Diskurs getroffen werden und bedarf zumeist einer intensiven Aushandlungsphase, welche nicht unbedingt in einem einstimmigen, zumindest aber in einem mehrheitlichen Konsens enden muss.

Indem verschiedene Meinungen zum Ausdruck gebracht, diese wiederum beurteilt, zum Teil auch revidiert oder relativiert werden, hebt man die Entscheidungsfindung auf eine höhere, objektivere und überindividuelle Ebene und gelangt durch den erwünschten gemeinsamen Diskurs zu einer Entscheidung. Die Strategie hinter der Entscheidungsfindung durch Gruppenkonsens ist es, persönliche, individuelle Willkür zu vermeiden, indem die persönliche Meinung der einzelnen EntscheiderInnen jener der Gruppe standhalten muss. Es wird davon ausgegangen, dass dadurch Fehlentscheidungen vermieden und Risiken minimiert werden, insgesamt also eine abgesicherte Personalentscheidung getroffen werden kann. Das Risiko wird dabei umso geringer eingeschätzt, je mehr Personen an der Entscheidungsfindung teilnehmen. Auch in der Literatur gilt als schlagendes Argument für ein Verfahren wie ein Assessment-Center, dass es als einziges Auswahlverfahren ermögliche, Bewerber und Bewerberinnen in berufsnahen Situationen agieren sehen zu können und – da mehrere

BewerterInnen an der Beobachtung teilhaben – einen breiten Konsens in der Einstellungsentscheidung zu erzielen.<sup>151</sup>

Diese Art der Entscheidungsfindung ist vorrangig als eine Aushandlung zu sehen, welche demokratische Entscheidungsfindungskriterien berücksichtigt. Diese demokratischen Entscheidungsfindungsmechanismen zeigen sich dadurch, dass jeder Entscheider und jede Entscheiderin im Prozess eine gleiche Gewichtung beziehungsweise Stimme erhält und frei wählen kann. Zu einer Auswahl kommt es vor allem erst dann, wenn man sich mehrheitlich geeinigt hat.

Da eine solche Form der Entscheidungsfindung durch Gruppenkonsens nicht nur relativ große zeitliche sondern auch personelle Ressourcen verschlingt, wird sie zumeist nur in ausgewählten Positionen zum Einsatz gebracht, da es kaum leistbar für ein Unternehmen wäre, sie bei jeglicher Position einzusetzen. Ein demokratisches Auswahlverfahren wird also in einer undemokratischen Auswahl (nämlich zumeist nur auf hierarchisch höher gelegene Positionen) angewandt.

### **7.3.2 Entscheidungsfindung durch Eingrenzung des EntscheiderInnenkreises**

Interessanterweise lässt sich auch die der oben beschriebenen Strategie genau gegenteilige Form der Entscheidungsfindung im Krankenhaus nachweisen. In dieser zumeist bei Positionen der unteren Hierarchieebene eingesetzten Strategie wird der Kreis der Entscheider und Entscheiderinnen bewusst gering gehalten, um so schneller und effizienter (weil möglichst geradlinig) zu einer Entscheidung zu gelangen. Hier geht man davon aus, dass zu viele Akteure im Entscheidungsprozess diesen verlangsamen, wenn nicht sogar unmöglich machen. Demokratische Prozesse sollen so genau gegenteilig der oberen Strategie unterdrückt werden, da sie schnellen Entscheidungsprozessen entgegenstehen und zu viele organisationale Ressourcen verschlingen.

Da die Anzahl der am Entscheidungsprozess teilnehmenden Akteure möglichst gering gehalten wird, werden für bestimmte Positionen in Krankenhäusern gewisse Posten geschaffen, welche dann für bestimmte Dienstgruppen die Entscheidungsfindung übernehmen. Durch die konkrete Delegation dieser an ein oder zwei (formal!) vorgeschriebene EntscheidungsträgerInnen kann man nicht nur zeitliche Ressourcen sparen,

---

<sup>151</sup> Vgl. Püttjer, Christian; Schnierda, Uwe, *Assessment-Center-Training für Führungskräfte. Die wichtigsten Übungen – die besten Lösungen. 8.Auflage*. Frankfurt/New York: Campus Verlag 2009, S.35f.

sondern auch Zurechnungen für konkrete Entscheidungen transparenter gestalten: der Entscheidung im Diskurs steht dabei eine solche mehr oder weniger im Alleingang gegenüber, bei welchem gewisse Akteure, welche ebenfalls mit der Entscheidung in der Zukunft konfrontiert sein werden, ganz bewusst aus dem Prozess gehalten werden.

Dies ist zwar kostengünstig und ressourcensparend, weist jedoch auch ein höheres Risiko einer Fehlentscheidung auf. Persönliche und individuelle Einschätzung und auch Willkür können in dieser Ausformung der Entscheidungsfindung nämlich nahezu uneingeschränkt walten, da die Entscheidungen zumeist von einer Einzelperson getroffen werden und anderen Meinungen nicht standhalten müssen. Aus diesem Grund ist es oftmals eine Frage der „Wertigkeit“ eines Dienstpostens, wann welche der beiden eben beschriebenen Entscheidungspraxen eingesetzt wird.

### **7.3.3 Entscheidungsfindung durch Position und Weisungsrecht**

Eine weitere Strategie der Personalentscheidungsfindung, bei welcher der Kreis der EntscheiderInnen klein gehalten wird, ist die Entscheidungsfindung durch Position und Weisungsrecht. Hierbei werden bestimmten, an der hierarchischen Spitze positionierten Krankenhausmitgliedern sehr ausgeprägte Weisungsrechte über Personalentscheidungen übertragen, welche sie theoretisch jederzeit in Form eines Vorschlagsrechtes nutzen können. Die hierarchisch hoch angesiedelte Position beinhaltet damit die Möglichkeit, seine Stimme zur Auswahl von KandidatInnen zu nutzen und damit in Form eines Weisungsrechtes eine Auswahl zu treffen, welche zwar noch der weiteren demokratischen Zustimmung anderer Organisationsmitglieder bedarf, jedoch den üblich vorgeschriebenen Prozess von Personalentscheidungen abkürzen kann, indem das Stimmrecht einen Teil des Prozesses ersetzt.

Es zeigt sich, dass zwar im Krankenhaus formal geregelt sein kann, dass eine solche Entscheidungsfindungsstrategie einer Einzelperson aufgrund ihrer Position und ihres Weisungsrechtes auf formaler Ebene eine demokratische Zustimmung anderer organisationaler Entscheidungsträger erfordert. Dennoch kann auf informeller Seite die „Regelung“ bestehen, einen solchen Entscheidungsvorschlag automatisch in eine getroffene Entscheidung zu wandeln, da dieser informell keiner Aushandlung mehr bedarf, sondern nahezu automatisch Zustimmung von den anderen Entscheidungsträgern zu finden hat (und damit die informelle „Regelung“ besteht, von einem Veto nur äußerst selten Gebrauch zu

machen). Insofern besteht aber auch die formale Absicherung (durch die demokratische „Zusage“ anderer Organisationsmitglieder zu einem Personalvorschlag) einer auf solche Art getroffenen Entscheidung im tatsächlichen, praktischen Entscheidungsprozess eigentlich nicht und die Entscheidungsfindungsstrategie ist daher eine eher risikoreiche. Vorgeschriebene formale Regelung und praktische, informale Handhabung des Entscheidungsprozesses klaffen auseinander. Interessanterweise kann so die informelle Handhabung eigentlich zur Regel werden, da bereits die „praktische“ Handlungsweise (ein Personalvorschlag einer solchen „hohen“ Position wird nahezu ausnahmslos in eine endgültige Entscheidung gewandelt) von den Krankenhausmitgliedern erwartet wird.

Es handelt es sich hierbei wiederum zumeist um Personalentscheidungen über Dienstposten, welche selber schon hoch in der hierarchischen Organisationspyramide zu finden sind. Von solcherart Weisungsrechten können die jeweiligen „ranghohen“ Mitglieder jederzeit Gebrauch machen, dieses aber genauso zu jeder Zeit abgeben und damit entweder an andere EntscheidungsträgerInnen zurückweisen oder es zu einem „üblichen“ Entscheidungsprozess zurückfinden lassen.

Zwar ist auch diese Strategie der Entscheidung mit nicht unerheblichen Risiken verbunden, diese werden aber durch die Position der EntscheidungsfinderInnen legitimiert. Die Position ist damit gleichbedeutend mit einer theoretischen Kompetenz, die ausgeübt werden kann. Insofern kann eine solche Strategie als Verkürzung und Vereinfachung eines regulären Personalentscheidungsprozesses gesehen werden. Das Weisungsrecht gilt dabei nahezu als „Kapital“ ranghoher Mitglieder, welches sie bei Bedarf nutzen können und welches ihnen auch offiziell vom Krankenhaus zugeschrieben wurde.

#### **7.3.4 Entscheidungsfindung durch informelle Kanäle und informelle Information**

Ein ganz entscheidender und wichtiger Modus der Entscheidungsfindung ist jener der Heranziehung von informellen Kanälen. Dabei werden zur Qualitätssicherung einer Entscheidung sowie zu deren Erleichterung Akteure herangezogen und zur Meinungsbildung genutzt, welche offiziell in der Formalstruktur des Krankenhauses nicht als Entscheidungsträger bezüglich Personalentscheidungen aufscheinen. In weiterer Folge können sie auch nicht auf formaler Ebene bei Legitimationsbedarf von Personalentscheidungen herangezogen werden.

Bei der Entscheidungsfindung durch informelle Kanäle wird das „persönliche, individuelle Wissen“ bestimmter informeller Entscheidungsfinder genutzt und informelle Kommunikationskanäle aktiviert, um Informationen darüber zu erlangen, wie man eine Entscheidung zu treffen hat. Zum besseren Verständnis sei ein Beispiel gebracht: ist beispielsweise eine Position aus einem bestimmten Krankenhausbereich nach zu besetzen, so wird die Strategie angewandt, Akteure dieses, auch wenn nicht personalentscheidungsbefugt, zu Rate zu ziehen und deren Meinung oder Vorschlag informell zu einer offiziellen Entscheidung zu wandeln.

So kann gewährleistet werden, dass eventuelle Folgeprobleme, welche eine Personalauswahl in der Zukunft mit sich bringen könnte, bis zu einem gewissen Grad bereits im Voraus möglichst vermieden und Risiko damit minimiert werden kann.

Findet man Personalentscheidungen mit Hilfe informeller Kanäle, so hat dies oft den Vorteil, gewisse Arbeitsschritte einzusparen. Der standardisierte, routinisierte Weg der Entscheidungsfindung wird unterbrochen und durch die Zuhilfenahme eines informellen Kanals ersetzt. Durch entsprechende interne Personalvorschläge eines informellen Kanals muss man beispielsweise nicht in die Außensuche gehen und erspart sich Zeit und Arbeitskraft. Spannend ist festzuhalten, dass solcherart informelle Kanäle für Entscheidungen zumeist in einem sehr frühen Stadium des Entscheidungsfindungsprozesses zum Einsatz kommen, denn nur so können sie eine tatsächliche Arbeitserleichterung für die formalen Entscheidungsträger bedeuten.

Eine Entscheidungsfindung durch informelle Kanäle setzt eine Vertrauensbasis zwischen formalem und informalem Entscheidungsträger voraus. Um von Vertrauen sprechen zu können, so Luhmann<sup>152</sup>, muss die vertrauensvolle Erwartung bei einer Entscheidung den Ausschlag geben. Vertrauen muss keineswegs bedeuten, dass rational abgewogen wurde. Ob ein vertrauensvolles Handeln richtig war, kann rückblickend dadurch festgestellt werden, ob es honoriert oder gebrochen wurde. Es stellt sich daher so dar, dass es

*„[...] einen wesentlichen Unterschied in der erreichbar erscheinenden Rationalität des Handelns ausmacht, ob der Handelnde vertraut oder nicht.“<sup>153</sup>*

---

<sup>152</sup> Vgl. Luhmann, Niklas, *Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität. 3.Auflage.* Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag 1989, S.24f.

<sup>153</sup> Ivi, S.25.

Der Gewinn und die Rationalität vertrauensvollen Handelns liegen weniger in der sicheren Beherrschung langer Handlungsketten oder weitläufiger Kausalzusammenhänge, sondern in einem Aufschwung zur Indifferenz. Man kann durch Vertrauen Gefahren ausschließen, welche das Handeln sonst vielleicht irritiert hätten und auch wenn diese nicht gänzlich aus dem Weg geräumt werden können, können gewisse Entwicklungsmöglichkeiten von der Berücksichtigung ausgeschlossen werden.<sup>154</sup>

Dies zeigt sich auch im Rahmen von Personalentscheidungsprozessen, wenn eine Kompetenzübertragung auf informeller Ebene stattfindet, die auf formaler Ebene nicht besessen und offiziell nicht ausgeübt wird. Durch das damit ausgesprochene Vertrauen an informale Entscheidungsträger sollen gewisse Gefahren ausgeschlossen oder zumindest minimiert werden. Offizielle Entscheidungsträger sind daher auch nicht jene informellen Kanäle, sondern die formal entscheidungsbefugten Personen, welche dann auch als offizielle Entscheidungsträger haftbar für ihre Entscheidung gemacht werden können.

### **7.3.5 Entscheidungsabsicherung durch Testung der KandidatInnen**

Um eine Personalentscheidung abzusichern besteht in Krankenhäusern die Möglichkeit, ein unpersönliches Instrument „einzuschalten“, welches zumeist in einem frühen Stadium des Personalentscheidungsprozesses zur Anwendung kommt: ein Eignungstest, welcher verschiedenartige Formen und Ausprägungen annehmen kann und am Computer zu absolvieren ist.

Bereits Weber<sup>155</sup> hat in seinen Abhandlungen festgehalten, dass Beamte im rationalsten Fall nicht gewählt werden, sondern im Rahmen einer Prüfung nach Qualifikation angestellt werden. Dies ist insofern spannend, als dies impliziert, die rationalste Auswahl von Personal komme einer eingehenden Prüfung und Testung gleich und nicht einer individuellen, nicht standardisierten Auswahl. Und es zeigt sich auch tatsächlich, dass eine Testung von KandidatInnen sehr häufig in Personalentscheidungsfragen angewandt wird.

Anders als bei einer persönlichen, individuellen Einschätzung übernimmt das Testinstrument eine (vermeintlich) objektive und unbeeinflusste Einschätzung einer Person und tätigt zudem eine Selektionsleistung, welche dann nicht von den Akteuren übernommen werden muss. Sie soll eine objektive Sicherheit darüber verschaffen, wie eine Entscheidung in weiterer Folge

---

<sup>154</sup> Luhmann, *Vertrauen*, S.26.

<sup>155</sup> Vgl. Weber, *Wirtschaft und Gesellschaft*, S.127.

gestaltet werden kann und welchen Verlauf diese zu nehmen hat. Dies wirkt sich ganz wesentlich auf die Entscheidungsfindung in Krankenhäusern aus, denn durch die Delegation früher Entscheidungsschritte an das Instrument verschafft man sich Absicherung darüber, wie im Weiteren zu handeln ist. Diese Inanspruchnahme des unpersönlichen Testinstruments fungiert als eine Absicherungsstrategie, zudem verschafft das Instrument eine Einsparung von vor allem zeitlichen und natürlich personellen Ressourcen für die Entscheidungsbefugten.

Der Anspruch der sozusagen nicht-menschlichen Entscheidungskraft sichert die Entscheidung ab, indem auf ganz besonders sachliche Art und Weise (zumeist in Form eines zahlenmäßig zum Ausdruck gebrachten Testergebnisses) Beleg über die Tauglichkeit beziehungsweise Nicht-Tauglichkeit eines Bewerbers oder einer Bewerberin abgelegt werden kann. Dadurch sollen in einem bereits recht frühen Stadium des Entscheidungsprozesses genau jene Eigenschaften, welche die menschliche Entscheidung so fragil und unsicher machen<sup>156</sup>, ausgeschlossen und berechenbare, sichere Entscheidungskriterien zum Einsatz kommen.

Es bleibt dennoch festzuhalten, dass es Ziel von Eignungstests ist, Prognosen über das Verhalten von Menschen abzugeben. Dabei ist das Ergebnis eines solchen Tests nie ein absolutes Urteil, sondern liefert Daten, die Vergleiche zwischen Personen möglich machen.<sup>157</sup>

### **7.3.6 Entscheidungsabsicherung durch verlängerte Entscheidungszeiträume**

Eine weitere Absicherungsstrategie in Bezug auf Personalentscheidungen ist eine zeitliche Dehnung der Entscheidung, indem zu Beginn noch keine tatsächlich definitive Entscheidung getroffen wird, sondern der endgültige Zeitpunkt einer solchen zeitlich in die Zukunft verlängert wird. Innerhalb dieses verlängerten Entscheidungszeitraumes kann durch Maßnahmen wie beispielsweise einer verstärkten Kommunikation mit dem/der KandidatIn oder einer internen Prüfung abgesichert werden, dass die Entscheidung einer Aufnahme auch tatsächlich sinnvoll und gerechtfertigt ist. Dabei ist bedeutend, dass anfängliche Entscheidungen auch, sofern dies begründet wird, revidiert werden können. Ähnlich einer Probezeit oder einer Testphase eines technischen Produktes können bei dieser Vorgehensweise Fehler eventuell noch ausgemerzt beziehungsweise Fehlentscheidungen revidiert werden. Dabei wird davon ausgegangen, dass Konsequenzen einer (in diesem Fall

---

<sup>156</sup> Für mögliche Fehlerquellen für BeobachterInnen in der Personalauswahl (insbesondere bei Assessment-Centern) siehe zum Beispiel Kleinmann, Martin, *Assessment Center. Stand der Forschung – Konsequenzen für die Praxis*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie 1997, S.11.

<sup>157</sup> Vgl. Van Minden, Jack, *Psychologische Eignungstests. Wer sie kennt, hat nichts zu fürchten*. 2.Auflage. Genf/München: Ariston Verlag 1989, S.12.

erst vormalig getroffenen) Entscheidung sichtbar gemacht werden können und anhand dieser ersten sichtbar gewordenen Konsequenzen die Entscheidung auf ihre Sinnhaftigkeit hin abgesichert werden kann.

Eine solche Absicherungsmaßnahme, bei welcher beispielsweise dem Kandidaten oder der Kandidatin zunächst eine zeitlich relativ lang dauernde Einschulungsphase innerhalb einer Probezeit gewährt wird, nimmt Risiko aus der Entscheidung, da diese theoretisch noch mehrere Optionen hat und noch nicht endgültig getroffen werden muss. Sie dient dazu, eine vorläufig getroffene Personalentscheidung auf ihre Tauglichkeit und ihre Funktionalität für das Krankenhaus hin zu testen und sichert diese damit ab. Auch wenn eine solche Strategie zeitlich aufwendig und mit viel kommunikativem Aufwand verbunden ist, dient sie hauptsächlich dazu, eine Entscheidung zu treffen, die in der Zukunft möglichst wenig Ressourcenaufwand bedeutet, die also die „richtige“ und in dem Sinn eine „geprüfte“ Entscheidung ist und auch auf Dauer hin als solche bestätigt werden kann. Die Strategie hinter der Absicherungsmaßnahme lautet: „der anfängliche Aufwand rentiert sich in der Zukunft mehrfach“. Dazu ist es aber in jedem Fall von Nöten, auch von Krankenseite her eine relativ hohe Arbeitsintensität in einen solch verlängerten Entscheidungszeitraum einzubringen, das bedeutet, es müssen entscheidungsunterstützende Arbeitsleistungen getätigt werden.

Am Ende des verlängerten Entscheidungszeitraumes steht eine endgültige Entscheidung über die vorausgewählte Alternative. Dabei kann es zum Ausscheiden, zur Wahl oder auch zu nochmaliger Verlängerung in die Zukunft der Entscheidung über eine bestehende Alternative einer Auswahl in einem bestimmten Zeitraum aufgrund der getesteten Konsequenzen kommen.

Bei dieser Strategie der Entscheidungsabsicherung besteht ein formal vorgeschriebener Zeitraum, an dessen Ende eine endgültige Entscheidung zu fallen hat. Tatsächlich aber können bereits vor diesem Zeitpunkt eine Reihe von (auch endgültigen) Entscheidungen über den/die BewerberIn fallen. Auch bringt kaum ein Krankenhaus die Ressourcen auf, eine große Anzahl von BewerberInnen über einen langen Zeitraum zu testen, dann jedoch nicht als Organisationsmitglieder auch formal aufzunehmen. Insofern fallen bereits im Vorfeld informelle Entscheidungen, welche essentiell sind, um einen Personalentscheidungs- und aufnahmeprozess zu gestalten, welcher mit den Ressourcen des Krankenhauses konform geht. So können Krankenhäuser durch die Absicherungsstrategie von verlängerten Entscheidungsräumen zwar formal eine Absicherung ihrer Entscheidungen darstellen, in der

Praxis jedoch zeigt sich, dass eine Revidierung von Entscheidungen (in diesem Fall: eine Nicht-Aufnahme eines/r über einen längeren Zeitraum getesteten Kandidaten/in) nur selten geschehen kann, da dies zu viele Ressourcen der Organisation verschlingt. Theoretisch können sich die EntscheiderInnen durch diese Strategie Schwierigkeit und Komplexität aus der Entscheidung nehmen, sie können sie jedoch praktisch nur in einer sehr begrenzten Anzahl von Fällen zu einer Revidierung einer vorläufig getroffenen einsetzen.

### **7.3.7 Entscheidungsabsicherung durch Standardisierung**

Jede Entscheidungsabsicherungsstrategie basiert bis zu einem gewissen Grad auf der Vermeidung von Zufall und Willkür. Denn Zufall, davon wird sehr oft ausgegangen, stellt mit seinen Unvorhersehbarkeiten bezüglich getroffener Entscheidungen ein permanentes Risiko dar und ist daher in jedem Fall im Personalentscheidungsfindungsprozess zu vermeiden. Um dies zu gewährleisten ist eine Strategie ganz wesentlich, welche häufig in organisationalen Entscheidungsprozessen zur Anwendung kommt: eine Standardisierung des Entscheidungsvorganges.

Diese besteht zumeist aus im Voraus einer Entscheidung festgelegten Kriterien, an welchen sie sich dann zu orientieren hat. Zunächst muss klar sein, unter wessen Zuständigkeit eine zu treffende Auswahl an Alternativen zu fallen hat. Der Suchprozess einer Entscheidung beginnt damit bereits ganz klar bei einer bestimmten Position und muss sich nicht erst seine Zuständigkeiten suchen.

Eine Standardisierung eines Entscheidungsprozesses bezieht sich aber auf weit mehr, als auf die Festlegung bestimmter Entscheidungsträger für bestimmte Entscheidungen. Standardisierung bedeutet eine Festlegung von Entscheidungskriterien im Voraus, welche bei der tatsächlichen Entscheidung dann Beachtung finden. Noch bevor diese überhaupt im Krankenhaus anfallen, bestehen bereits Vorgehensweisen, wie sie in der Zukunft zu treffen sein werden. Daher findet kein (für die Organisation mühsamer und aufwendiger) Lösungssuchprozess mehr statt, vielmehr sind die Kriterien zur Lösung und Auswahl bereits im Vorhinein bestimmt.

Zur besseren Veranschaulichung dieser Strategie sei an dieser Stelle ein Beispiel gebracht: kommt es im Krankenhaus im Rahmen eines Personalauswahlprozesses zu einer Ausschreibung, so wird der Prozess nicht dort gestartet, wo Kriterien oder Anforderungen der zu besetzenden Position zu definieren sind, sondern dieser Schritt wird obsolet, da solche

bereits festgelegt sind und nicht mehr jedes Mal neu ausgehandelt werden müssen. Ausschreibungen existieren als bereits im Vorhinein entworfene Muster – sie müssen bei Bedarf nur mehr angewendet werden.

Der große Vorteil der Standardisierung eines Entscheidungsprozesses ist jener, dass durch die Ersparnis von Aushandlungsprozessen die Entscheidung beschleunigt und dadurch schneller auf die Bedürfnisse des Krankenhauses reagiert werden kann.

Es zeigt sich dennoch, dass die routinisierten, standardisierten, formalen Handlungswege bei Personalentscheidungen oftmals auch umgangen beziehungsweise umgeformt werden. Eine formale Vorgabe sichert eine möglichst geregelte Entscheidungsfindung, sichert diese jedoch nicht unbedingt gleichzeitig in ihrer Qualität ab. Um eine möglichst „gute“ und auf die Bedürfnisse der Organisation zugeschnittene Entscheidung zu treffen, wird auch auf informelle Wege zurückgegriffen, die formal festgelegten vertikalen Kontakt- und Kommunikationswege umgangen und ein horizontaler Kommunikationsweg zur Erreichung einer Entscheidungsabsicherung genutzt. So beschreibt auch Mayntz<sup>158</sup>, dass sich im Rahmen von Bedürfnissen und Zielen der Organisationsmitglieder horizontale Kontakte wie das Umgehen eines Dienstweges bei der Aufgabenerledigung einstellen können. Da formelle Verhaltenserwartungen die Handlungsfähigkeit einer Behörde lähmen können, werden die Lücken (der Standardisierung) durch informelle Praktiken ausgefüllt. So werden zum Teil genau die eigentlich zur Entscheidungsabsicherung eingesetzten Standardisierungsmaßnahmen (zum Beispiel strikt vorgegebene Entscheidungswege und -kanäle) auch unterbrochen, abgekürzt oder umgangen.

Die teilweise hochkomplexe Standardisierung (als Ausdruck einer „idealen Formalität“) soll Effizienz und Effektivität gewähren und damit eine getroffene Entscheidung absichern. Die starke Strukturierung eines Entscheidungsprozesses, in dem eben vor allem die zu beachtenden Kriterien bereits im Voraus festgelegt sind, kann natürlich aber auch dazu führen, individuelle und fallspezifische Bedürfnisse einer organisationalen Entscheidung zu übersehen und ihr damit mehr Schaden zuzufügen als Nutzen. Sie muss die Entscheidung dadurch nicht zwangsläufig verbessern und es handelt sich daher um eine eher fragwürdige Absicherungsstrategie, denn eine starke Standardisierung von Entscheidungsprozessen kann unter anderem zu Betriebsblindheit und gerade zu Subjektivität statt Objektivität führen.

---

<sup>158</sup> Vgl. Mayntz, *Soziologie der öffentlichen Verwaltung*, S.113f.

### **7.3.8 Entscheidungsabsicherung durch Schulung und Routine der EntscheidungsfinderInnen**

Eine weitere Maßnahme der Absicherung von zu treffenden Entscheidungen ist jene, die entscheidenden Akteure in Bezug auf Entscheidungsfindung konkret zu schulen. Dies kann beispielsweise durch eine AssessorInnenschulung geschehen.

Die Strategie dahinter ist leicht nachzuvollziehen: durch eine solche Schulung oder Ausbildung soll sich der/die EntscheidungsfinderIn bewusst werden, welche Faktoren ihre/seine Entscheidung beeinflussen und diese entsprechend einordnen. Durch die Ausbildung, welche zumeist aufgrund finanzieller Motive nur einem sehr ausgewählten Kreis von MitarbeiterInnen zukommt, erhofft das Krankenhaus, Entscheidungen zu verbessern und damit in weiterer Folge wiederum Ressourcen einzusparen, welche es durch falsch getroffene Entscheidungen aufbringen müsste.

Damit ein Krankenhaus eine solche Absicherungsstrategie anwendet, müssen gewisse Bewusstseinsprozesse stattgefunden haben. Zum einen betrifft diese Bewusstseinsbildung die Tatsache, dass mit Personalentscheidungen (der Personalauswahl) nicht nur der Erfolg eines konkreten Arbeitsteams, sondern des gesamten Betriebs steht und fällt. Aufgrund der Verschlingung enormer zeitlicher Ressourcen ist eine Falschwahl unbedingt zu vermeiden. Eine Vielzahl an falschen Personalauswahlen würde den Stillstand des Krankenhauses bedeuten. Zum anderen bedeutet diese Bewusstseinsbildung, dass den entscheidenden Akteuren die Schwierigkeiten und auch die Stolpersteine zu treffender Entscheidungen bewusst geworden sind und sie versuchen, diese eben durch die Absicherungsstrategie der konkreten Schulung in der Entscheidungsfindung aus dem Weg zu räumen. Im Bezug auf Personalentscheidungen ist es zumeist das Bewusstsein, dass die EntscheidungsfinderInnen immer gewissen Sympathien unterliegen, welche nicht ausgeblendet werden können. Statt einer oberflächlichen Bewertung aufgrund individueller Empfindungen beziehungsweise individueller Interpretationen soll Objektivität und eine breite Bewertungsebene bei einer organisationalen Entscheidung zum Tragen kommen. Daher dienen solche Schulungen auch in erster Linie dazu, die Wahrnehmung und das Einschätzungsvermögen jener entscheidenden Personen zu schärfen und individuelle beziehungsweise persönliche Faktoren weitgehend aus der Entscheidung herauszuhalten.

Man erkennt an dieser Absicherungsstrategie, dass genau die individuellen und persönlichen Faktoren, die sich in informalen Kommunikationsgruppen entwickeln können, als Gefahr für

eine optimale Personalentscheidung gesehen werden. Die Strategie zielt daher auch darauf ab, kommunikative Informalität im Prozess der Personalentscheidung möglichst zu unterbinden.

Speziell bei Personalentscheidungen, bei denen sich interne KandidatInnen bewerben, ist es das Ziel, die Kenntnis jener Person weitgehend zu neutralisieren und mit einer gewissen Unvoreingenommenheit die Situation zu bewerten. Die Absicherungsstrategie der Schulung der Entscheider und Entscheiderinnen will auch hauptsächlich jenem Entscheidungsverhalten entgegenwirken, in welchem ranghohe Organisationsakteure aufgrund der individuellen, persönlichen Entscheidung und Empfindung im Alleingang BewerberInnen auswählen.

Zusätzlich zu einer „Schulung“ der entscheidungstragenden Personen wird als Absicherung die Strategie einer möglichst oftmaligen Wiederholung gleicher Entscheidungsarten angewandt. Jene Akteure, die eine Auswahl zu treffen haben, sollen sich sozusagen durch Routine in einem solchen Auswahlverfahren Entscheidungskompetenz aneignen, welche ihre Auswahl in weiterer Folge immer qualitativer werden lässt. Sichere Entscheidungsfindung, so lautet die Strategie, lässt sich erüben und erlernen. Kritisch ist hierbei natürlich anzumerken, dass es sich dennoch immer wieder um individuelle und damit eigentlich nicht verallgemeinerbare Entscheidungssituationen handelt und dass wohl keine Personalentscheidung einer anderen in ihren Ausformungen und Herausforderungen gleicht. Aus diesem Grund ist die Entscheidungsabsicherungsstrategie der Routine eher kritisch, da nicht immer zielführend, zu betrachten.

### **7.3.9 Entscheidungsabsicherung durch „externe Beteiligte“**

Ein ganz besonders spannender Ansatz der Absicherung einer organisationalen Entscheidung ist die Miteinbeziehung extern-beteiligter Personen in den Entscheidungsprozess. Zur Anwendung kann diese Strategie kommen, wenn der Entscheidungsfindungsmodus der Gruppenentscheidung angewandt wird.

„Externe Beteiligte“ an Entscheidungsprozessen können beispielsweise fachabteilungsfremde Entscheidungsträger sein. Hinter einer solchen Miteinbeziehung und dem Involvieren fach-externer Akteure in krankenhausinterne Entscheidungsprozesse steht der Gedanke, eine gewisse eingefahrene Sichtweise im Sinne einer Betriebsblindheit aufzubrechen und mit kritischen, fremden Einsichten zu ergänzen.

Den „externen Beteiligten“ wird eine besonders objektive und neutrale Entscheidungsfindungspraxis zugeschrieben, da davon ausgegangen wird, sie würden keinerlei Nutzen aus der Entscheidung ziehen können. Indem man davon ausgeht, dass ein Entscheider oder eine Entscheiderin in erster Linie den eigenen Nutzen durch seine Entscheidung maximieren möchte und dies einer möglichst guten, validen Personalentscheidung entgegensteht, welche nicht dem Nutzen einzelner Akteure, sondern jenem der Gesamtorganisation dienen soll, geht man gleichzeitig davon aus, dass es eine Entscheidung valider gestaltet, wenn Akteure entscheiden, welche keinen unmittelbaren Nutzen aus ihrer Entscheidung ziehen können. Interessanterweise ist damit das Ziel verknüpft, den „Rational Choice“ Ansatz<sup>159</sup>, Akteure würden Entscheidungen so treffen, wie sie maximalen Nutzen für diese bedeuten, möglichst zu unterbinden. Da größtmöglicher organisationaler Nutzen und größtmöglicher individueller Nutzen oftmals nicht konform miteinander gehen, erscheint es von Organisationsseite aus notwendig, durch das Miteinbeziehen von externen EntscheiderInnen im Prozess der Personalentscheidung, jene individuellen Ziele der MitarbeiterInnen, welche eben nicht jenen des Krankenhauses entsprechen oder diesen sogar entgegenstehen, zu unterbinden.

Auch will man dabei eine gewisse Informalität im Entscheidungsprozess unterbinden, welche zumeist in Zusammenhang mit individuellen Vorteilen und individuellem Nutzen entsteht. „Externe Beteiligte“ sind dann EntscheiderInnen, welche formale Entscheidungskriterien fördern und jene informellen möglichst aus der Entscheidung heraushalten sollen. Dadurch soll Formalität im Entscheidungsprozess gefördert werden. An dieser Stelle gilt es anzumerken, dass sich Informalität im Sinne einer persönlichen Nutzenverfolgung der EntscheiderInnen nur sehr schwer gänzlich unterbinden lässt und des Weiteren nur sehr schwer im Nachhinein festzustellen ist. Jedenfalls aber bedeutet eine Miteinbeziehung von „externen Beteiligten“ in eine Personalentscheidung, dass ein Krankenhaus das Ziel verfolgt, seine Entscheidung möglichst nach formalen Kriterien zu treffen, da diese als am besten für die Güte von Personalentscheidungen angesehen wird.

Gänzlich organisationsexterne EntscheiderInnen aus der Organisationsumwelt in einen Personalentscheidungsprozess zu involvieren ist für die meisten Krankenhäuser mit zu hohen finanziellen Ressourcen verbunden und daher prinzipiell möglich, wird aber eher selten angewandt. Was jedoch eingesetzt werden kann, sind eigene Kontroll- beziehungsweise Beobachterorgane, welche auf die spezielle Unparteilichkeit und Unbefangenheit der

---

<sup>159</sup> Vgl. March, *Handbook of Organizations*, S.50f.

Entscheidungsfindung zu achten haben. Im Zuge des Einsatzes solcher Organe (beispielsweise in Form eines Betriebsrates) kann eine faire Entscheidungsfindung zumindest theoretisch abgesichert werden, indem man diesen die Überprüfung und Bestätigung der Unparteilichkeit bestätigen lässt. Diese Strategie ist besonders wirksam, wenn Entscheidungen über lange Zeiträume gerechtfertigt werden müssen. Der Beobachterstatus soll das Entscheidungsverhalten auf eine möglichst objektive und neutrale Ebene heben und hat nebenbei eine Legitimationsfunktion inne: denn er bestätigt zwar nicht unbedingt eine „richtige“ Entscheidung, jedoch einen „richtigen“, korrekten Entscheidungsvorgang nach außen hin und dient daher der Organisation zum Beweis der korrekten und fairen Entscheidungsfindung.

### **7.3.10 Entscheidungsabsicherung durch Delegation an oberste Hierarchieebenen**

Bei der Delegation an oberste Hierarchieebenen handelt es sich um eine Absicherungsstrategie, welche es den mittelhierarchischen, entscheidungstreffenden Akteuren ermöglichen soll, ihre Entscheidungen zu treffen, in letzter Instanz die offizielle Entscheidung jedoch an obere Hierarchieebenen delegieren zu können. Dabei bedeutet Delegation nicht unbedingt eine tatsächliche Personalentscheidung, welche an oberste Stelle getroffen wird, sondern eher eine formale Absicherung an oberster Hierarchieebene von Entscheidungen, welche tatsächlich (informell) an anderer Stelle getroffen wurden.

Durch die offizielle und formale Ausweisung einer Entscheidung (durch beispielsweise die schriftliche Zusage zu Personalvorschlägen der obersten hierarchischen Organisationsebene) wird die formale Zuständigkeit der Personalentscheidung an die jeweiligen obersten Stellen delegiert und diese als offizielle Entscheidungsträger ausgewiesen. Dies entlastet im Zweifelsfall die tatsächlichen Entscheidungsträger und weist außerdem den endgültigen Zeitpunkt einer Entscheidung mit der tatsächlichen Zustimmung der oberen Hierarchieebene aus.

Es ist in Krankenhäusern, so wie auch in Organisationen generell, von enormer Wichtigkeit, eine Stelle zu haben, welche letzten Endes als formaler Entscheidungsträger in allen Personalfragen aufscheint. Unabhängig vom Prozess, der zu einem Entscheidungsvorschlag geführt hat sowie der Anzahl an Entscheidern, welche im Vorfeld an diesem beteiligt waren, muss ein Krankenhaus eine endgültige Position der Entscheidungsfindung ausweisen können. Ohne eine solche Position beziehungsweise Anlaufstelle, würden sich

Personalentscheidungsprozesse äußerst schwierig gestalten. Eine solche Ausweisung einer Position der Entscheidungsfindung kann offiziell auch unabhängig von den informellen EntscheiderInnen und den informellen Entscheidungsvorgängen erfolgen.

Von einer praktischen Sichtweise aus wäre es für die obersten Hierarchieebene aufgrund von vor allem zeitlichem Ressourcenmangel nicht möglich, alle Personalentscheidungen zu treffen. Da solche aber formal stets für Entscheidungen herangezogen und ausgewiesen werden können, entlastet dies die inoffiziellen, informellen EntscheidungsträgerInnen in einem großen Ausmaß und ermöglicht es diesen, eine große Anzahl von derartigen Entscheidungen über Personal zu treffen, welche sie ohne ihre Absicherungsstrategie durch die Delegation an oberste Hierarchieebenen, auch wenn nur in Einzelfällen tatsächlich genutzt, aufgrund der hohen Risiken nicht treffen könnten. Wenn andere Personen entscheiden, als dies formal von der Organisation ausgewiesen wird, so soll dadurch einerseits eine Optimierung der Personalentscheidung herbeigeführt werden (beispielsweise indem Personen entscheiden, welche den nach zu besetzenden Posten gut kennen und damit über ein Wissen verfügen und dieses in die Entscheidung einfließen lassen können, über das die obersten Hierarchieebenen nicht verfügen), andererseits aber auch die oberen Hierarchieebenen, welche zwar formal die Entscheidungen treffen, jedoch untergeordneten Stellen auf informaler Ebene Entscheidungskompetenzen übertragen haben, entlastet werden. (Zeitlicher) Ressourcenmangel an der Spitze führt dazu, jenen Stellen die Entscheidungsmacht (in Form von Vorschlagsrechten) zu übertragen, welche über diese zeitlichen Ressourcen verfügen. Gewisse Schritte einer Personalentscheidung (beispielsweise das Verfassen einer Ausschreibung) werden dann in Folge von bestimmten Stellen getätigt, formal aber anderen Positionen zugewiesen.

#### **7.4 „Rational Choice“ oder „Bounded Rationality“?**

In einer Rückbindung an die theoretische Einbettung des Kapitels ist an dieser Stelle nun die Frage zu stellen, ob der Personalentscheidungsprozess im beforschten Krankenhaus eher einer „Rational Choice“ oder einer „Bounded Rationality“ folgt. Dies ist insofern eine wichtige und spannende Frage, als dass damit die Ergebnisse der vorliegenden Forschung an bereits bestehende soziologische Theorie rückgebunden werden können.

Gleich die erste Forderung des rationalen Agenten, die Kenntnis aller Alternativen<sup>160</sup>, ist in einem Personalentscheidungsprozess nicht gegeben (so wie generell festzuhalten ist, dass das Antreffen von Entscheidungsprozessen, in denen tatsächlich alle Alternativen gegeben sind äußerst fragwürdig ist). So stehen niemals alle möglichen KandidatInnen für eine Position zur Verfügung, vielmehr steht eine Auswahl an Alternativen (an BewerberInnen) zur Verfügung. Insofern trifft diese Forderung nicht zu. Auch die Kenntnis aller Konsequenzen ist bei Personalentscheidungen besonders schwierig. Gerade die Entscheidung über Menschen bringt ein hohes Maß an Unsicherheit mit sich. Die Entwicklung eines Kandidaten oder einer Kandidatin als Konsequenz einer Personalentscheidung, kann nur sehr schwer vorhergesagt werden, da Menschen ein hohes Maß an Unberechenbarkeit mit sich bringen. Insofern ist auch die dritte Forderung, eine komplette Reihung nach Nutzen der Konsequenzen, bei Personalentscheidungen nahezu unmöglich. Eine Reihung von Nutzen einer Auswahl kann ja wiederum nur unter Unsicherheit getroffen werden, nämlich in Bezug auf zu erwartenden (!) und nicht tatsächlichen Nutzen der Konsequenz einer Auswahl, welcher unbekannt ist. Zwar besteht natürlich durchaus die Strategie der EntscheiderInnen, einen bestimmten Kandidaten oder eine bestimmte Kandidatin hinsichtlich möglicher Konsequenzen (also Entwicklungen) auszuwählen sowie diese Konsequenzen in eine Reihenfolge zu bringen. Auch kann versucht werden, durch Testung der KandidatInnen möglichst viele zu erwartende Konsequenzen ausfindig zu machen. Dennoch kann dieser Versuch nicht zufriedenstellend erfüllt werden. Es kann zwar nicht behauptet werden, dass die drei Forderungen einer „Rational Choice“ keinen Eingang in die Entscheidungen finden würden, beziehungsweise dass sie keine Anhaltspunkte für Personalentscheidungen seien, jedoch zeigt sich, dass sie gerade in Bezug auf Personalentscheidungen nur schwer durchführbar sind.

In diesem Licht erscheint die Kritik von Simon und March angebracht. Doch lässt sich behaupten, dass ihr Modell einer „Bounded Rationality“<sup>161</sup> eher auf den Prozess des Entscheidens über zukünftiges Personal zutrifft? Dazu müssen die Annahmen dieser auf die konkrete Untersuchung bezogen werden.

Der Personalentscheidungssuchprozess folgt tatsächlich einer stark ausgeprägten Sequenzialität. Schritte des Personalauswahlprozesses sind (zumindest auf formaler Ebene) strikt festgehalten und vor allem ist auch das Einschulungsprozedere für bestimmte Dienstgruppen nach strikten Richtlinien und Fixpunkten gestaltet. Dabei werden Konsequenzen einer Handlung (nämlich einer vorläufigen, aber noch revidierbaren

---

<sup>160</sup> Vgl. March, Simon, *Organizations*, S.158f.

<sup>161</sup> Ivi, S.190f.

Personalentscheidung) ausgelotet, mögliche andere Alternativen zur Entscheidung gesucht und so darauf folgend der weitere Prozess bestimmt. Der Ansatz einer „Bounded Rationality“ kann so schon wesentlich fruchtbarer für Personalentscheidungsprozesse gemacht werden. Konsequenzen einer Handlung (in dem Fall einer Personalentscheidung) müssen ausgelotet und nachfolgende in der weiteren Folge darauf abgestimmt werden – eine Herangehensweise, die einem „Rational Choice“ Ansatz vollkommen fremd ist.

In jedem der Personalentscheidungsschritte werden neue Alternativen und Konsequenzen bestimmt, welche wiederum andere Handlungsprogramme zur Folge haben. Die Handlungsprogramme, welche zur Personalauswahl genutzt werden, bestehen beispielsweise aus Eignungstests, standardisierten Fragebögen, internen Tests, MitarbeiterInnengesprächen bis hin zu Assessment-Centern, welche die Wahl dementsprechend unterschiedlich gestalten. Jedes der Handlungsprogramme bringt unterschiedliche Konsequenzen und damit weitergehende Handlungswege mit sich. Gleichzeitig schließen gewisse Handlungsprogramme (wie ein Assessment-Center) gewisse Entscheidungsfindungsmodi (wie ein Vier-Augen-Gespräch) weitgehend aus.

Schließlich wurde auch in der Erhebung erwähnt, dass sich die entscheidenden Akteure der Organisation in Bezug auf Personalentscheidungen der Unmöglichkeit des kompletten Ausschlusses von Fehlentscheidungen sehr wohl bewusst sind und damit auch nur versuchen können, eine möglichst ideale Personalauswahl zu treffen, was sich in der Praxis niemals als Optimierung, sondern nur als Versuch einer Optimierung darstellen kann. Entscheidungen werden daher bereits mit dem Bewusstsein getroffen, dass Fehlentscheidungen nur bis zu einem gewissen Grad ausgeschlossen werden können. So wurde in den Gesprächen erwähnt, dass man sich durchaus bewusst sei, dass selbst beim Durchführen von Assessment-Centern die Trefferquote lediglich bei 50 % liege. Selbst bei aufwendigst gestalteten Personalentscheidungsformen kann man also nicht von einer optimalen Auswahl ausgehen. Dahingehend lässt sich feststellen, dass die Organisation in ihrer Entscheidungsfindungspraxis ganz im Sinne von March und Simon eine Optimierung des Entscheidungsprozesses tatsächlich durch eine Satisfizierung ersetzt hat, wenn auch weniger freiwillig oder als bewusste Strategie, vielmehr als Folge einer Unmöglichkeit in Bezug auf die Beschaffenheit der zu treffenden Entscheidungen.

Aufgrund der Tatsache, dass, wie bereits beschrieben, in Personalauswahlprozessen nie alle Alternativen gegeben und nie jegliche Konsequenzen bekannt sein können, müssen auch Entscheidungen getroffen werden, deren Auswirkungen man zum Zeitpunkt des Entscheidens

weder einschätzen noch vorhersagen kann. In diesem Sinn kann behauptet werden, dass eine Sinnzuschreibung, vor allem aber auch Rechtfertigungsmechanismen einer Entscheidung erst in der Zukunft erfolgen können, wenn die Konsequenzen zumindest teilweise bereits bekannt sind. Es ist anzunehmen, dass dieser Prozess jenem der von Weick<sup>162</sup> beschriebenen retrospektiven Sinnbildung folgt.

So kann zusammenfassend festgehalten werden, dass im Rahmen der durchgeführten Forschung festgestellt werden kann, dass organisationale Personalentscheidungen tatsächlich eher einem Modell einer „Bounded Rationality“ folgen als einer „Rational Choice“. Dies mag unter anderem auch sehr stark daran liegen, dass das Modell des Homo oeconomicus eben ein vorwiegend aus der Wirtschaftswissenschaft stammendes ist, welches sich nicht mit der Entscheidung „über Menschen“, sondern über unmenschliche Materien befasst. Personalentscheidungen können in dem Sinn niemals im Sinne eines „mathematisch“ reinen Nutzens betrachtet werden, auch aber kann das „Rational Choice“ Modell nicht generell als nicht zutreffendes Entscheidungsmodell betrachtet werden. Mit Blick auf den Fokus der vorliegenden Forschung kann davon ausgegangen werden, dass es auf dem Gebiet der organisationalen Entscheidungen über Personal weniger Anwendbarkeit besitzt und diese Entscheidungen stattdessen stark der Kritik daran, nämlich dem Modell der „Bounded Rationality“ und damit einer eher eingeschränkten Rationalität, folgen.

### **7.5 Informalität in den Personalentscheidungen und in Fragen der Mitgliedschaft**

Gerade Personalentscheidungen bedürfen aufgrund ihres hohen Risikos einer Fehlentscheidung, welches durch den menschlichen Faktor entsteht, formal vorgeschriebener Richtlinien der Entscheidungsfindung. Personalentscheidungen, so könnte man kühn behaupten, stellen für ein Krankenhaus keine wirkliche Herausforderung mehr da, sind sie doch einerseits permanent und laufend zu treffen und werden andererseits stark routinemäßig abgehandelt.

Das Bedürfnis oder sogar die Notwendigkeit der Organisationsmitglieder, Personalentscheidungen zu treffen, welche für einen möglichst langen Zeitraum möglichst funktional für die Organisation sind, bringt sie dazu, ihre Entscheidungen durch die Nutzung informeller (horizontaler) Kanäle abzusichern und quasi zu qualifizieren. Wo die

---

<sup>162</sup> Vgl. Weick, *The Social Psychology of Organizing*, S.195.

Formalstruktur, ganz nach Mayntz<sup>163</sup>, zu „wünschen übrig lässt“, da sie nicht effizient und qualitativ auf ein Bedürfnis (nämlich die Personalentscheidung) reagieren kann, wird diese „Qualitätslücke“ durch informelles Verhalten ersetzt und damit die Lücke geschlossen.

Wie erläutert wurde, ist Informalität ein „Element“, welches sowohl in den Organisationsstrukturen, als auch in der bürokratischen Organisierung des Krankenhauses und – ganz entscheidend – in den Personalentscheidungsprozessen verankert ist und diese sehr wesentlich mitbestimmt. Die informellen Handlungs- und Verhaltensweisen sind keine offiziellen Handlungsweisen innerhalb des Krankenhauses, sondern werden inoffiziell „praktiziert“.

Informalität kann in einer Organisation erst innerhalb eines gewissen Zeitraumes entstehen. Man kann sie dann im Sinne einer „Praktik eines Insiderkreises“ von MitarbeiterInnen bezeichnen, in welcher ein informeller Handlungsweg, nach mehrmaliger Erprobung seines Funktionierens, als der gegenüber dem formalen Handlungsweg vorteilhaftere betrachtet wird. Informalität entsteht daher stets im Rahmen praktischer Anwendung, nach erfolgter „Testung“ kann sie innerhalb einer Organisation mit einer gewissen Strukturhaftigkeit und Regelmäßigkeit auftreten.<sup>164</sup> Während Bürokratie als Prototyp der Formalität mit ihrem gesamten Regelwerk zu einem gewissen Zeitpunkt festgelegt wird, um dann möglichst lange Bestand zu haben und möglichst lange als Regelwerk zu gelten, können sich informelle Strukturen immer weiter entwickeln, sich verändern oder durch andere informelle Strukturen überlagert oder ersetzt werden. Jedenfalls aber kann Informalität als inoffizielles Regelwerk dienen, welches oft genauso starke Bedeutung im organisationalen Handeln der Organisationsmitglieder hat, wie formale Vorgaben.

Doch wann ist es für die MitarbeiterInnen eines Krankenhauses erlaubt, sich dieses informellen Regelwerkes zu bedienen? Wie bereits an vorhergehender Stelle erwähnt, entwickeln sich informelle Handlungsweisen sehr oft deswegen, weil sie gewisse Vorteile für die Akteure mit sich bringen. Sie können beispielsweise Arbeitserleichterungen und -entlastungen schaffen. Informalität ist damit immer sehr eng an das Individuum gekoppelt und zunächst nicht an die Organisation. Auch Mayntz<sup>165</sup> beschreibt, dass sich Informalität im Rahmen von Bedürfnissen und Zielen der Organisationsmitglieder entwickelt. Gleichzeitig müssen solche informellen Praktiken aber auch innerhalb eines „Insiderkreises“, einer „community“ genutzt werden und in dieser erlaubt sein. Informalität ist also dann erlaubt,

---

<sup>163</sup> Vgl. Mayntz, *Soziologie der öffentlichen Verwaltung*, S.113f.

<sup>164</sup> Vgl. Kühl, *Informalität und Organisationskultur*, S.3.

<sup>165</sup> Vgl. Mayntz, *Soziologie der öffentlichen Verwaltung*, S.113.

wenn sie innerhalb eines Insiderkreises als vorteilhafte, gängige Praxis genutzt wird, in welcher die Individuen die Zielerreichung von Organisationszielen durch nicht von der Organisation vorgesehene Mittel und Wege, beziehungsweise durch parallel zu den offiziell vorgesehenen (als Parallelstruktur) verfolgen. Damit im Zusammenhang steht, dass Informalität dann von den Akteuren genutzt wird, wenn sie keine Gefahr für deren Mitgliedschaft in der Organisation darstellt. Eine gefestigte Mitgliedschaft, in welcher der Akteur Zugang zu gewissen informellen Kommunikationsgruppen hat, in denen informelle Praktiken genutzt werden, ist die Voraussetzung, solche auch als Einzelperson anwenden zu dürfen.

Auch in Fragen der Mitgliedschaft zeigen sich spannende informelle Ausprägungen, wenn man sich vergegenwärtigt, dass sich vor allem in Krankenhäusern mit einer großen MitarbeiterInnenanzahl sowohl interne als auch externe KandidatInnen bewerben. Oft kommt es hierbei zu Prozessen, in denen Entscheidungen über interne Personen zu treffen sind, diese aber wie externe zu behandeln sind. Die bereits vorhandenen Netzwerke zwischen den EntscheiderInnen und den internen BewerberInnen müssen hierbei auf formaler Ebene möglichst ausgeblendet werden. Auf einer Formalebene müssen die formalen Kriterien zur Besetzung eines neuen Postens eingehalten werden, auf informeller Ebene spielen jedoch zwischenmenschliche Kontakte und Sympathien, welche kaum oder nur sehr schwer ausgeblendet werden können, eine wichtige Rolle.

Oftmals besteht der konkrete Wunsch nach internen Nachbesetzungen, welcher verschiedene Motive haben kann: zumeist wird internen Organisationsmitgliedern ein besseres Verständnis für die Tätigkeit und das Krankenhaus insgesamt zugeschrieben, eine Ressource und eine „Kompetenz“, welche sich externe KandidatInnen erst mühevoll erwerben müssen. Zum anderen können Krankenhäuser aber auch den Wunsch haben, die Einflüsse und damit die Werte aus der Umwelt möglichst gering zu halten, da sie solche als eventuell für den Krankenhausbestand gefährlich befinden. Fremde „Werte“ werden als bedrohend empfunden und sollen daher auch möglichst nicht in das Krankenhaus getragen werden.

Personalentscheidungen sind Fragen über Mitgliedschaft. Die Frage des Unterschieds in Personalentscheidungsprozessen zwischen internen und externen BewerberInnen ist deswegen spannend und soziologisch relevant, weil sie die Mitgliedsrolle, um mit Luhmann<sup>166</sup> zu sprechen, neu aufrollt. Durch die Mitgliedsrolle und die Grenzsituation des Ein- oder Austritts wird der Blick auf das System freigegeben. Im Falle einer internen Bewerbung

---

<sup>166</sup> Vgl. Luhmann, *Funktionen und Folgen formaler Organisationen*, S.40f.

beziehungsweise Nachbesetzung verschwimmt gewissermaßen die Unterscheidung von innen und außen, welche im Normalfall bei einer Neubesetzung einer Mitgliedsrolle gegeben ist. Mitgliedschaft ist zwar bereits erlangt, die Mitgliedsrolle selbst wird aber neu verhandelt.

## 8. Conclusio

Im Fokus der vorliegenden Forschungsarbeit stand das Ziel, die Personalentscheidungsprozesse in der Organisation „öffentliches Krankenhaus“ darzustellen. Im Laufe des Forschungsprojektes wurde deutlich, dass es sich hierbei um komplexe organisationale Entscheidungen handelt, welche von großer Wichtigkeit für Krankenhäuser sind. Diese Komplexität, oft auch gepaart mit starken Umweltveränderungen (beispielsweise durch politisch motivierte Krankenhausreformen), hat vor allem in den letzten Jahren vermehrt dafür gesorgt, dass die eher starre, geradlinige und auf wenige Entscheider ausgelegte Personalsuche auf verschiedene und unterschiedliche Personalauswahlstrategien erweitert wurde. Zwar ist die Situation in österreichischen Krankenanstalten im Gegensatz zu Deutschland unterschiedlich, da kein allgemein gültiges Verfahren der Personalplanung erkennbar ist und stattdessen weitgehende Individualität der Krankenhausträger herrscht<sup>167</sup>, es kann dennoch davon ausgegangen werden, dass die Annahme einer Erweiterung der Personalauswahlmethoden beziehungsweise -strategien insgesamt für öffentliche österreichische Krankenhäuser zutrifft.

Personal soll dabei nach Luhmann<sup>168</sup> im Sinne einer Entscheidungsprämisse verstanden werden, das bedeutet als Regulierung des Personaleinsatzes. Es bildet die Krankenhausstrukturen mit; Strukturen der Zielerreichung in Organisationen beeinflussen wiederum das Verhalten der Individuen und bedeuten die Rahmenbedingungen individueller und korporativer Akteure.<sup>169</sup> Insofern stellt Personal für das Krankenhaus eine Struktur dar, welche das Verhalten seiner Akteure beeinflusst und es muss wiederum innerhalb dieser Strukturen über Personal entschieden werden. Im Rahmen einer solchen Entscheidung laufen viele Prozesse ab, in denen Akteure unterschiedliche Strategien anwenden, um eine Auswahl treffen zu können. Die Untersuchung der Personalentscheidungen innerhalb der Organisation Krankenhaus ist deswegen besonders spannend, weil nicht nur intensive Interaktions- und Kommunikationsprozesse hierbei stattfinden, sondern besonders auch die Strukturen und Hierarchien der Organisation sichtbar werden.

---

<sup>167</sup> Vgl. Hauke, Eugen, *Überlegungen zur Personalplanung in den österreichischen Krankenanstalten*, in: Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz, *Personalplanung in Krankenanstalten. Methodische Ansätze zur Personalbedarfsplanung*. Wien: Nakladal 1994, S.7.

<sup>168</sup> Vgl. Luhmann, *Organisation und Entscheidung*, S.224f.

<sup>169</sup> Vgl. Abraham, Büschges, *Einführung in die Organisationssoziologie*, S.130.

In der Soziologie stehen sich, wenn es um Theorien der Entscheidungsfindung geht, vorwiegend Modelle rationaler Entscheidungsfindung<sup>170</sup> Modellen eingeschränkter Rationalität<sup>171</sup> im Entscheidungsprozess gegenüber.

Aufgrund der Analyseergebnisse kann konstatiert werden, dass das Modell einer eingeschränkten Rationalität („Bounded Rationality“) in der Entscheidungsfindung mitsamt seinen Folgerungen dem Prozess der Personalentscheidung in öffentlichen Krankenhäusern von den beiden erwähnten Modellen eher entspricht. Gerade aufgrund des hohen Risikos bei Personalentscheidungen, in denen Konsequenzen aufgrund des menschlichen Faktors der Entscheidung nur äußerst schwer vorherzusagen sind, benötigen die Akteure Entscheidungsmodelle, welche ihnen die Entscheidungen durch eine Erweiterung von ausschließlich rationalen Entscheidungskriterien erleichtern, wenn nicht sogar erst ermöglichen. Im Sinne eines ausschließlich rationalen Auswahlmodells, einer „Rational Choice“, können Personalentscheidungen eher schwer getroffen werden, da sich Entscheidungen, die sich mit menschlichen Faktoren beschäftigen, nicht in klassischen Kosten-Nutzen-Kalkulationen tätigen lassen. Natürlich soll die Gültigkeit von Modellen einer rationalen Auswahl nicht generell in Frage gestellt werden, es zeigt sich jedoch, dass sie im Rahmen von Personalentscheidungen in der Organisation „öffentliches Krankenhaus“ nur schwer anwendbar sind.

Obwohl Entscheidungsmodelle kalkulierter Rationalität im Sinne einer „Rational Choice“ dem tatsächlichen Prozess des Entscheidens über Personal weniger entsprechen, werden sie dennoch gerne zur Darstellung einer getroffenen Entscheidung an die Außenwelt angewendet. Damit ist gemeint, dass von den entscheidungstragenden Krankenhausmitgliedern jene Maximen einer möglichst rationalen Auswahl beziehungsweise Entscheidung, die eigentlich im Rahmen von Personalentscheidungen so schwer zu einzuhalten sind, als ausschlaggebende Kriterien der Auswahl nach außen kommuniziert werden. Vor allem bezüglich der Legitimierung einer Personalentscheidung müssen eigentlich Forderungen einer rationalen Entscheidungsfindungstheorie entsprochen werden. In Bezug auf Personalentscheidungen meint diese Rationalität zumeist eine möglichst von menschlichen Einflüssen, das bedeutet persönlichen Eindrücken und Empfindungen, befreite Auswahl. Man hat es mit einem Paradoxon zu tun: Entscheidungen von Menschen über Menschen sollten möglichst bereinigt von menschlichen, unberechenbaren Faktoren von Statten gehen.

---

<sup>170</sup> Vgl. Schimak, *Handeln und Strukturen*, S.80f.

<sup>171</sup> Vgl. Simon, *Models of Man*, S.199.

Die Erkenntnis, dass Personalentscheidungen im Krankenhaus, will man sie adäquat beschreiben, nur nach eingeschränkter Rationalität erfolgen, ist ein Umstand, dessen sich auch die Organisationsmitglieder selber immer mehr bewusst werden können und eine Erkenntnis, welche zu einer Anpassung von Personalentscheidungsfindungsmöglichkeiten innerhalb des Krankenhauses führen kann. Die Bewusstseinswerdung jener irrationaler Elemente von Personalentscheidungen, welche rationalen Argumenten entgegenstehen (wie beispielsweise subjektive Einschätzungen eines/r Kandidat/in aufgrund von persönlichen Sympathien oder erhöhte Risiken von Falschentscheidungen aufgrund zu kleiner Kreise von EntscheiderInnen), führen innerhalb des Krankenhauses auch zu Strukturänderungen, indem auf diese bewusst gewordenen „Stolpersteine“ reagiert wird. Beispielsweise kann das Repertoire der zugelassenen Entscheidungsfindungsmodelle erweitert und in die Strukturen aufgenommen werden. Ein Blick auf die Vielfalt der (zum Teil auch sehr aufwendigen) Bewerbungsmodi, welche heute bei der Personalauswahl generell in Organisationen angewendet werden, spricht für die These der immer stärker ins Bewusstsein rückenden Tatsache, dass eine „richtige“ Personalauswahl nicht nur enorm wichtig für Organisationen, sondern auch mit vielen Schwierigkeiten verbunden ist, welche aus der Tatsache resultieren, dass nicht ausschließlich rational ausgewählt werden kann. Eine Personalentscheidung kann dann als „richtig“ für die entscheidenden Akteure, aber auch für das Krankenhaus als Organisation bezeichnet werden, wenn die Qualifikationen und Fähigkeiten der für einen bestimmten Dienstposten ausgewählten Personen die entsprechenden Bedürfnisse der Organisation, also des Krankenhauses, erfüllen. Dabei soll weiter mit möglichst wenigen (zeitlichen, finanziellen und personellen) Ressourcen eine nicht mehr nachzustierende oder gar zu revidierende und somit für einen möglichst langen Zeitraum „gültige“, das heißt „funktionierende“, Personalentscheidung getroffen werden.

Es zeigt sich, dass in Krankenhäusern entscheidungsbefugte Organisationsmitglieder verschiedene Modelle der Entscheidungsfindung nutzen, welche in der Miteinbeziehung der Anzahl von EntscheiderInnen, der Position der EntscheiderInnen, dem Aushandlungsgrad sowie auch der Formalität beziehungsweise Informalität des Entscheidungsvorganges erheblich differieren. Zudem entstehen eine Reihe von Entscheidungsabsicherungsstrategien, welche dafür sorgen sollen, eine für einen möglichst langen Zeitraum für die Organisation Krankenhaus valide und passende Personalauswahl zu treffen. Diese Absicherungsstrategien (siehe Kap. 7.3.5 bis 7.3.10) sind ganz wesentlich, da behauptet werden kann, dass sie eine Entscheidung nicht nur sicherer machen, sondern diese überhaupt erst im Rahmen ihrer Schwierigkeit und Komplexität möglich, das heißt entscheidbar, machen.

In bürokratisch organisierten Krankenhäusern ist der formale (Personal-)Entscheidungsweg gleichbedeutend mit bürokratischen, relativ geradlinig und strikt vorgegebenen Arbeitswegen. Bürokratie ist in gewisser Weise ein zweiseitiges Schwert, da ursprünglich funktionale bürokratische Ausprägungen auch dysfunktionale Ausprägungen annehmen können. Bürokratische Arbeitsgestaltungen können beispielsweise sehr ressourcenverbrauchend für eine Organisation sein. Auch wenn Bürokratie nicht ausschließlich im Sinne Webers<sup>172</sup>, nämlich als die Effizienz in einer Organisation steigernd, betrachtet werden kann, erfüllt sie dennoch für das Krankenhaus wesentliche Funktionen, welche letzten Endes seine Strukturen aufrechterhalten und seinen Betrieb gewährleisten und wird daher als „funktionalste Variante“ aufrecht erhalten.

Es wurde jedoch bereits erwähnt, dass bürokratische Formen der Entscheidungsfindung auch „aufgeweicht“ und durch andere Entscheidungsfindungsformen ersetzt werden können. Dabei zeigt sich ein Trend weg von einer autoritären Einzelentscheidung hin zu einer eher demokratischen Gruppenentscheidung. Solche Änderungen, welche letzten Endes auch Strukturänderungen von Krankenhäusern bedeuten, entwickeln sich im Rahmen von Bewusstseinswerdungsprozessen und Erfahrungslernen der Organisationsmitglieder. Dies spricht für einen Ansatz des Krankenhauses als „lernende Organisation“<sup>173</sup>, wie von Müller, Munich und Badura gefordert.

Personalentscheidungen im öffentlichen Krankenhaus können aber auch einen hohen Grad an informellen Entscheidungswegen (Handlungs- und Kommunikationswege) aufweisen, welche von den Akteuren ganz bewusst in Anspruch genommen werden. Dabei kann der Behauptung von Blau<sup>174</sup>, es würden sich auch informelle Beziehungen zwischen den Organisationsmitgliedern einer Bürokratie entwickeln, ebenso zugestimmt werden wie seiner Aussage, diese inoffiziellen Praktiken können sich in weiterer Folge ohne eine offizielle Sanktionierung organisieren.

Die Nutzung von informellen Strukturen in der Organisation in Bezug auf Personalentscheidungen liefert verschiedene Vorteile für die Organisationsmitglieder: zum einen kann eine Entscheidung durch die Nutzung von informellen Informationskanälen und Entscheidungsträgern diese wesentlich vereinfachen, indem sie durch zusätzliche Informationskanäle beispielsweise Komplexität reduziert; zum anderen kann sie die

---

<sup>172</sup> Vgl. Blau, *Bureaucracy in Modern Society*, S.23f.

<sup>173</sup> Vgl. Müller, Munich, Badura, *Gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung im Krankenhaus*, S.27.

<sup>174</sup> Vgl. Blau, *Bureaucracy in Modern Society*, S.23ff.

Personalentscheidung qualitativ durch einen Zusatz an Information auf eine Art und Weise absichern, wie dies auf rein formalem Weg nicht möglich wäre.

Informalität zeigt sich im Rahmen von bürokratischen Personalentscheidungsprozessen als gern genutzte „Praktik“ der Auswahl. Sie übernimmt, gerade in Krankenhäusern, welche durch ihre relativ starre bürokratische Organisierung eher eine geringe Anzahl verschiedenartiger Entscheidungswege vorgeschrieben haben, ganz wesentliche Funktionen. Dabei besteht die Vermutung, dass gerade stark bürokratisch organisierte Krankenhäuser mit einer eher starren hierarchischen Organisierung besonders auch solcher informeller Strukturen bedürfen, um auf bestimmte Bedürfnisse des Krankenhauses entsprechend reagieren zu können, welche durch die strikte bürokratische Organisierung nicht befriedigt werden können. Dabei scheint die Feststellung von Froschauer und Lueger<sup>175</sup>, dass eine Organisation, je stärker sie sich formaler Regeln und Strukturen bedient, umso weniger Zugriff auf den informellen Beziehungskontext hat und dadurch Transparenz reduziert, auch für das beforschte Krankenhaus zutreffend.

In dieser Hinsicht kann auch im Sinne eines neoinstitutionalistischen Ansatzes<sup>176</sup>, welcher besagt, dass institutionalisierte Richtlinien oder Regeln nicht immer den Effizienzkriterien entsprechen, argumentiert werden. Durch eine lose Kopplung von Formalstruktur und tatsächlichen Arbeitsaktivitäten können Lücken ausgefüllt werden. Man erkennt eine lose Kopplung im Krankenhaus anhand des Unterschiedes zwischen formalem Personalentscheidungsweg und jenen informellen Aktivitäten, welche jene Lücken ausfüllen, die entstehen, wo formale Entscheidungswege nicht den gewünschten Erfolg oder die gewünschte Qualität besitzen und deswegen durch informale Wege ergänzt werden. Der formale Weg gilt dabei dennoch offiziell als einzig gültiger und wird daher auch ähnlich einem Mythos<sup>177</sup> zelebriert.

So bleibt abschließend festzuhalten, dass sich die im Titel der Forschungsarbeit befindliche Frage, ob Personalentscheidungsprozesse in öffentlichen Krankenhäusern Ausdruck von historisch gewachsenen Bürokratien sind, jedenfalls bejahen lässt. In stark bürokratisch und damit hierarchisch organisierten Krankenhäusern bilden Personalentscheidungsprozesse eine Bürokratie, die zumal bereits sehr lange besteht und zudem als einflussreicher „Mythos“ hochgehalten wird, ab. Und so liefert die Beschäftigung mit den Prozessen des Entscheidens über Personal nicht nur einen Schlüssel zum näheren Verständnis von

---

<sup>175</sup> Vgl. Froschauer, Lueger, *Informalität als organisationaler Basisrhythmus*.

<sup>176</sup> Vgl. Meyer, Rowan, *Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony*, S.21f.

<sup>177</sup> *Ibidem*.

Organisationsstrukturen, sondern auch einen Zugang, um organisationsinterne Prozesse im Allgemeinen verstehen und spezifische organisationale Funktionsweisen von Elementen, wie Bürokratie beispielsweise, beschreiben zu können.

## Literaturverzeichnis

**Abraham**, Martin; **Büschges**, Günter (2004)<sup>3</sup>: *Einführung in die Organisationssoziologie*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

**Asselmeyer**, Herbert; **Kreye**, Ursula; **Wagner**, Erwin; **Wolff**, Stephan (WBO-Team) (Hrsg.) (1993): *Krankenhaus als soziales System. Neue Akzente durch: Innovations-Forschung, Organisations-Beratung, Personal-Entwicklung. Dokumentation der Fachtagung*. Hildesheim: Verlag Franzbecker KG.

**Blau**, Peter M. (1971)<sup>2</sup>: *Bureaucracy in Modern Society*. New York: Random House.

**Bohnsack**, Ralf; **Marotzki**, Winfried; **Meuser**, Michael (Hrsg.) (2011)<sup>3</sup>: *Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung*. Opladen & Farmington Hills, MI: Verlag Barbara Budrich.

**Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz** (1994): *Personalplanung in Krankenanstalten. Methodische Ansätze zur Personalbedarfsplanung*. Wien: Nakladal.

**Charmaz**, Cathy (2011)<sup>6</sup>: *Constructing Grounded Theory. A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. London: Sage Publications Ltd.

**Etzioni**, Amitai; **Lehman**, Edward W. (Hrsg.) (1980)<sup>3</sup>: *A Sociological Reader on Complex Organizations*. New York et al.: Holt, Rinehart and Winston.

**Flick**, Uwe; **Von Kardoff**, Ernst; **Keupp**, Heiner; **Von Rosenstiel**, Lutz; **Wolff**, Stephan (Hrsg.) (1995): *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union.

**Flick**, Uwe; **Von Kardoff**, Ernst; **Steinke**, Ines (Hrsg.) (2000) und (2003): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.

**Froschauer**, Ulrike; **Lueger**, Manfred (2003): *Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme*. Wien: facultas WUV-UTB Verlag.

**Froschauer**, Ulrike (2012): *Organisationen in Bewegung. Beiträge zur interpretativen Organisationsanalyse*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

**Fuchs-Heinritz**, Werner; **Lautmann**, Rüdiger; **Rammstedt**, Otthein; **Wienold**, Hanns (Hrsg.) (2007)<sup>4</sup>: *Lexikon zur Soziologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

**Giddens**, Anthony (2006)<sup>5</sup>: *Sociology*. Cambridge: Polity Press.

**Heinze, Thomas** (1995)<sup>3</sup>: *Qualitative Sozialforschung. Erfahrungen, Probleme, Perspektiven*. Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH.

**Hillmann, Karl-Heinz** (2007)<sup>5</sup>: *Wörterbuch der Soziologie*. Stuttgart: Kröner.

**Irle, Martin** (1963): *Soziale Systeme. Eine kritische Analyse der Theorie von formalen und informalen Organisationen*. Göttingen: Verlag für Psychologie, Dr. C.J. Hogrefe.

**Kelle Udo, Kluge Susann** (1999): *Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung*. Opladen: Leske & Budrich.

**Kirchler, Erich; Schrott, Andrea** (2003): *Entscheidungen in Organisationen. Arbeits- und Organisationspsychologie 4*. Wien: WUV-Univ.-Verl.

**Kleinmann, Martin** (1997): *Assessment Center. Stand der Forschung – Konsequenzen für die Praxis*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

**Klose, Alfred; Weiler, Rudolf** (1971): *Menschen im Entscheidungsprozeß*. Wien, Freiburg, Basel: Herder.

**Krause, Detlef** (2005)<sup>4</sup>: *Luhmann-Lexikon. Eine Einführung in das Gesamtwerk von Niklas Luhmann*. Stuttgart: Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft mbH.

**Kühl, Stefan; Strodtolz, Petra** (Hrsg.) (2002): *Methoden der Organisationsforschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

**Kühl Stefan** (2011): *Organisationen. Eine sehr kurze Einführung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften/Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.

**Lamnek, Siegfried** (1993)<sup>2</sup> und (1995)<sup>3</sup>: *Qualitative Sozialforschung. Band 1 Methodologie*. Weinheim: Psychologie-Verl.-Union.

**Lamnek, Siegfried** (2010)<sup>5</sup>: *Qualitative Sozialforschung*. Basel: Beltz Verlag.

**Lueger, Manfred** (2002): *Grundlagen qualitativer Feldforschung*. Wien: WUV.

**Lueger, Manfred** (2010): *Interpretative Sozialforschung. Die Methoden*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

**Luhmann, Niklas** (1978): *Organisation und Entscheidung. Vorträge G232 Rheinisch-Westfälische Akademie der Wissenschaften*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

**Luhmann, Niklas** (1989)<sup>3</sup>: *Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.

**Luhmann, Niklas** (1995)<sup>4</sup>: *Funktionen und Folgen formaler Organisationen*. Berlin: Duncker & Humboldt GmbH.

**Luhmann, Niklas** (1997)<sup>2</sup>: *Recht und Automation in der öffentlichen Verwaltung. Eine verwaltungswissenschaftliche Untersuchung*. Berlin: Duncker & Humboldt.

**Luhmann, Niklas** (2000): *Organisation und Entscheidung*. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag GmbH.

**March, James G.; Simon, Herbert A.** (1958): *Organizations*. New York: Wiley.

**March, James G.; Simon, Herbert A.** (1993)<sup>2</sup>: *Organizations*. Oxfordshire: Marston Lindsay Ross International Ltd.

**March, James G.** (Hrsg.) (1965): *Handbook of Organizations*. Chicago: Rand McNally & Company.

**March, James G.** (Hrsg.) (1988): *Entscheidung und Organisation. Kritische und konstruktive Beiträge, Entwicklungen und Perspektiven*. Oxford: Basil Blackwell Ltd.

**March, James G.** (1994): *A Primer on Decision Making. How Decisions Happen*. New York: The Free Press.

**Mayntz, Renate** (Hrsg.) (1968): *Bürokratische Organisation*. Berlin: Kiepenhauer und Witsch.

**Mayntz, Renate** (1982)<sup>2</sup>: *Soziologie der öffentlichen Verwaltung*. Heidelberg: C.F. Müller Juristischer Verlag.

**Mayring, Philipp** (2002)<sup>5</sup>: *Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

**Meyer, John W.; Scott, Richard W.** (1992): *Organizational Environments. Ritual and Rationality*. Newbury Park, London, New Delhi: Sage Publications.

**Müller, Brigitte; Münich, Eckhard; Badura, Bernhard** (1997): *Gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung im Krankenhaus. Entwicklung und Evaluation von*

*Gesundheitszirkeln als Beteiligungs- und Interventionsmodell.* Weinheim und München: Juventa Verlag.

**Ortmann**, Günther (2003): *Regel und Ausnahme. Paradoxien sozialer Ordnung.* Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

**Pelikan**, Jürgen M.; **Wolff**, Stephan (Hrsg.), (1999): *Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation.* Weinheim, München: Juventa Verlag.

**Powell**, Walter W.; **DiMaggio**, Paul J. (Hrsg.) (1991): *The New Institutionalism in Organizational Analysis.* Chicago and London: The University of Chicago Press.

**Püttjer**, Christian; **Schnierda**, Uwe (2009)<sup>8</sup>: *Assessment-Center-Training für Führungskräfte. Die wichtigsten Übungen – die besten Lösungen.* Frankfurt/New York: Campus Verlag.

**Schimak** Uwe (2000): *Handeln und Strukturen. Einführung in die akteurtheoretische Soziologie. Grundlagentexte Soziologie.* Weinheim und München: Juventa Verlag.

**Senge**, Konstanze; **Hellmann**, Kai-Uwe (Hrsg.) (2006): *Einführung in den Neo-Institutionalismus.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH.

**Senge**, Konstanze (2007): *Was ist neu am Neo-Institutionalismus?* In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie, Volume 32, Issue 1, März 2007, S. 42-65.

**Siewert**, Horst (1994): *Spitzenkandidat im Eignungstest.* München: MVG-Verlag.

**Simon**, Herbert A. (1957) und (1967)<sup>5</sup>: *Models of Man. Social and Rational. Mathematical Essays on Rational Human behavior in a Social Setting.* New York: John Wiley & Sons, Inc.

**Simon**, Herbert A. (1997)<sup>4</sup>: *Administrative Behavior. A Study of Decision-Making Processes in Administrative Organizations.* New York: The Free Press.

**Van Minden**, Jack (1989)<sup>2</sup>: *Psychologische Eignungstests. Wer sie kennt, hat nichts zu fürchten.* Genf/München: Ariston Verlag.

**Von Beckerath**, Erwin (Hrsg.) (1959): *Handwörterbuch der Sozialwissenschaften. Zweiter Band.* Tübingen: J.C.B. Mohr (Paul Siebeck).

**Von Groddeck**, Victoria; **Wilz**, Sylvia (Hrsg.) (2014): *Formalität und Informalität in Organisationen*. Wiesbaden: VS Verlag 2014, erscheint im Herbst 2014.

**Weber**, Max (1956): *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie*. Tübingen: J.C.B. Mohr (Paul Siebeck).

**Weick**, Karl E. (1979)<sup>2</sup>: *The Social Psychology of Organizing*. Reading, Mass. (u.a.): Addison-Wesley.

**Weick**, Karl E. (1985): *Der Prozess des Organisierens*. Frankfurt: Suhrkamp.

**Wilz**, Sylvia (2010): *Entscheidungsprozesse in Organisationen. Eine Einführung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

**Witzel**, A. (1982): *Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen*. Frankfurt: Campus.

## **Onlinequellen**

**Kühl**, Stefan (2010): *Informalität und Organisationskultur. Ein Systematisierungsversuch*. Working Paper 3/2010.

<http://www.uni-bielefeld.de/soz/forschung/orgsoz/Informalitat-und-Organisationskultur-Workingpaper-01062010.pdf> (22.10.2013).

**Kühl**, Stefan (2010): *Die Fassade der Organisation. Überlegungen zur Trennung von Schauseite und formaler Seite von Organisationen*. Working Paper 1/2010.

[http://www.uni-bielefeld.de/soz/forschung/orgsoz/Stefan\\_Kuehl/pdf/Schauseite-Working-Paper-1\\_19052010.pdf](http://www.uni-bielefeld.de/soz/forschung/orgsoz/Stefan_Kuehl/pdf/Schauseite-Working-Paper-1_19052010.pdf) (10.3.2014).

**Ju§line Österreich**, Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG), Berücksichtigter Stand der Gesetzgebung: 1. Dezember 2013.

§ 2. Umfang der Allgemeinen Sozialversicherung

<http://www.jusline.at/index.php?cpid=ba688068a8c8a95352ed951ddb88783e&lawid=81&paid=2> (13.11.2013).

§ 31. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

[http://www.jusline.at/31. Hauptverband der oesterreichischen Sozialversicherungstraeger ASVG.html](http://www.jusline.at/31_Hauptverband_der_oesterreichischen_Sozialversicherungstraeger_ASVG.html) (13.11.2013).

§ 441. Arten der Verwaltungskörper

[http://www.jusline.at/441\\_en\\_der\\_Verwaltungskoerper\\_ASVG.html](http://www.jusline.at/441_en_der_Verwaltungskoerper_ASVG.html), (13.11.2013).

**Ju§line Österreich**, Bundes – Verfassungsgesetz (B-VG)

Artikel 120a. B-VG

[http://www.jusline.at/120a\\_B-VG.html](http://www.jusline.at/120a_B-VG.html) (24.11.2013).

Artikel 120b. B-VG

[http://www.jusline.at/120b\\_B-VG.html](http://www.jusline.at/120b_B-VG.html) (24.11.2013).

## **Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger**

Aufsichtsbehörden

[http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel\\_content/cmsWindow?action=2&p\\_menuid=58413&p\\_tabid=6](http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=58413&p_tabid=6) (24.11.2013).

Selbstverwaltung

[http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel\\_content/cmsWindow?action=2&p\\_menuid=58411&p\\_tabid=6](http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=58411&p_tabid=6) (24.11.2013).

**Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich**, Jahrgang 2008, Teil I, 2. Bundes-Verfassungsgesetz: *Änderung des Bundes-Verfassungsgesetzes und Erlassung eines Ersten Bundesverfassungsrechtsbereinigungs-Gesetzes*  
<http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR40094632> (24.11.2013).

## **Abbildungsverzeichnis**

Abb.1: Der Forschungsprozess, eigene Abbildung.....	27
Abb.2: Organigramm der österreichischen Sozialversicherung, eigene Abbildung.....	35
Abb.3: Struktureller Aufbau der Gebietskrankenkasse, vereinfachtes Organigramm, von der Organisation bereitgestellt.....	36
Abb.4: Struktureller Aufbau der Verwaltungsdirektion, Organigramm von der Organisation bereitgestellt.....	38
Abb.5: Der Personalentscheidungsprozess aus Sicht der Personalabteilungsleitung der Krankenkasse, eigene Abbildung.....	76
Abb.6: Der Personalaufnahmeprozess aus Sicht der der Personalstellenleitung des Krankenhauses, eigene Abbildung.....	78
Abb.7: Der Personalaufnahmeprozess von Pflegepersonal aus Sicht der Pflegedirektion, eigene Abbildung.....	83

## **Anhang**

### **Kurzzusammenfassung**

Entscheidungen sind integrative Bestandteile in jedem Organisationsalltag. Permanent laufen in Organisationen Entscheidungsprozesse ab, welche ganz unterschiedliche Organisationsbereiche betreffen und durch welche die organisationalen Strukturen wesentlich bestimmt und geformt werden. Ein ganz bedeutsamer Entscheidungstyp sind Personalentscheidungen.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, Prozesse des Entscheidens über Personal zu untersuchen. Als Forschungsobjekt diente dabei ein Krankenhaus einer öffentlichen Trägerorganisation in Wien, in welchem eine qualitative Untersuchung der Personalentscheidungsprozesse erfolgte. Da sich das Forschungsobjekt als ein in seinen Abläufen stark durch bürokratische Regelungen und Strukturen geformtes organisationales Gebilde darstellte, wurden die Prozesse des organisationalen Entscheidens über Personal unter dem speziellen Gesichtspunkt der Bürokratie betrachtet und festgestellt, dass Bürokratie im Krankenhaus als strukturgebendes aber auch struktur(-aufrecht)erhaltendes Element fungiert. Bürokratie erfüllt verschiedene Wirkungsweisen; sie verstärkt gewisse Prozesse, andere wiederum schwächt sie ab. Die Beantwortung der Frage, ob Bürokratie ein funktionales Instrument im Krankenhaus ist, wird im Laufe der Arbeit ebenfalls erfolgen.

Bei der Untersuchung der Personalentscheidungsprozesse konnten verschiedene Strategien der Entscheidungsfindung und Entscheidungsabsicherung identifiziert werden. Gerade Personalentscheidungen bringen oft durch den „menschlichen“ Faktor hohe Risiken mit sich und müssen daher unter Unsicherheit getroffen werden. Dies macht es erforderlich, sich Strategien des Entscheidens zu bedienen, welche ein Entscheiden überhaupt erst ermöglichen. Entscheidungsabsicherungsstrategien dienen dem oder der Entscheider/in dazu, mit dem hohen Risiko und der hohen Unsicherheit umzugehen und sich darüber abzusichern, dass eine Entscheidung möglichst lange Bestand haben wird.

Hierbei wird deutlich, dass sich auch, beziehungsweise gerade in stark bürokratisch ausgestalteten Krankenhäusern, welche eher strikte formale Entscheidungswege vorschreiben, informelle Entscheidungs- und Handlungswege etablieren, welche zu (informellen) Entscheidungsstrategien werden können. Wie sich diese Informalität konkret ausformt und inwiefern sie sich in den Entscheidungsprozessen zeigt, wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit beschrieben.

## **Abstract**

An organization's management staff is constantly involved in decision-making processes, which shape and reshape the organizational structures of a company. Therefore, the decisions eventually made are vital elements of economic success due to their great significance in forming and building organizational structures. A specific type of the various different decision-making processes is concerned with the planning of future personnel recruitment and human resource management. This Master thesis analyzes how decisions about staff recruitment are made within an organization and it further investigates the crucial moments and elements that form the decision-making process. Additionally, it also takes a close look at how decision-making processes are influenced by organizational structures and how these structures are in turn influenced by these decisions. In order to examine these questions, a qualitative empirical research has been conducted in a public hospital in Vienna.

As this investigation shows, decisions about staff recruitment involve a great risk to employers who have to judge an applicant according to his/her possible value for the organization. In order to minimize the risk, those who decide heavily rely on specific decision-making and risk-minimizing strategies. Those strategies will be identified within this thesis and discussed in detail in the course of the paper. In addition, decision-making processes can lead to the development of informal ways of decision-finding. As this investigation will show in detail, especially highly bureaucratic structured organizations, such as hospitals, tend to react to prescribed formal structures with informal ways of acting, as these are necessary for hospital employees to deal with the frequent „challenge“ of deciding about future members of staff.

## **Lebenslauf**

Name und Nachname: Mag. Karoline Enter, Bakk.

E-Mail: karo.enter@gmail.com

### Schulbildung:

1994 - 1998: Volksschule Haebergasse, 1120 Wien

1998 - 2006: Gymnasiums Diefenbachgasse, 1150 Wien

### Universitäre Ausbildung:

2010: Abschluss des Bakkalaureatstudiums Soziologie an der Universität Wien

2012: Abschluss des Diplomstudiums Romanistik (Italienisch) an der Universität Wien

### Auslandsaufenthalte:

Februar - Juli 2010: Auslandssemester an der Universität von Bologna

Sprachaufenthalte in der Toskana, Venetien und Andalusien

### Berufliche Tätigkeiten:

2004 - 2011: regelmäßige, jährliche Urlaubsvertretung als Assistenz der Abteilungsleitung bei der Odelga HandelsgmbH, Carlberggasse 68, 1230 Wien

2010 - 2011: Datatypistin bei RR Donnelley Document Solutions GmbH, Opernring 1, 1010 Wien

2013: Praktikantin in der Ö1 Radiostation Onlineredaktion, Argentinierstrasse 30, 1040 Wien

Seit Dezember 2013: Assistentin der Geschäftsleitung an der Universität Wien im Büro des Rektorats, Universitätsring 1, 1010 Wien