

Das "Gespenst der Postmoderne" im Krankenhaus: Gedanken zu einer postmodernen Management- Haltung

Borsi, Gabriele M.

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Borsi, G. M. (1994). Das "Gespenst der Postmoderne" im Krankenhaus: Gedanken zu einer postmodernen Management-Haltung. *Journal für Psychologie*, 2(4), 48-58. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-22603>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Psychologie in der Berufspraxis

Das „Gespenst der Postmoderne“ im Krankenhaus

Gedanken zu einer postmodernen Management-Haltung

Gabriele M. Borsi

Zusammenfassung: Die These von der „Postmoderne als Puffer der Systemtechnokratie“ (Lenk 1987, 331) reizt dazu, modernes und postmodernes Denken auf das System Gesundheitsversorgung samt Krankenhaus zu übertragen und für die Übernahme in die „Praxis“ neu zu re-interpretieren. Handelt es sich bei dem Begriff und Denkansatz *postmodernes Management* bloß um „aggregative Buntheit“ und pluralistische Beliebigkeit, die die mikropolitischen Machtspiele zwischen Personen und Berufsgruppen ausblendet? Oder trägt postmodernes Management zur kommunikativen Verständigung bei, um die Dynamik intentional handelnder Akteure zu zivilisieren und zu demokratisieren, zumal wenn es im Sinne Becks (1993) um die Beteiligung der Subjekte am Umbau in eine *andere (politische) Moderne* geht? Die kulturelle Unruhe, die vom postmodernen Zeitgeist in soziale Organisationen hineingetragen wird, führt zur Frage nach der prinzipiellen Gestaltbarkeit des Politischen, so nach einer Neugestaltung der Arbeitswelt in Gesundheitsversorgungssystemen der Zukunft.

Mit dieser scherzhaft anmutenden Überschrift möchte ich die anhaltende Diskussion um Humanität im Krankenhaus, um technikin-duzierte, organisationsstrukturelle Behandlungs- und Machtketten, fehlende Interaktions- und Kommunikationschancen zwischen allen Beteiligten und Betroffenen weiterführen und der Frage nachgehen, ob mit einem postmodernen Managementansatz ein Beitrag zur Gesundheitsförderung der Mitarbeiter im Krankenhaus geleistet werden kann. Dazu möchte ich einen Brückenschlag von der Flut gegenwärtiger theoretischer Zeitdiagnosen, psychologischer und soziologischer Zeitanalysen zu praktischen Fragen des Klinikarbeitsalltags, insbesondere bezogen auf die größte Berufsgruppe Pflege, wagen und von der kulturellen Unruhe in der „Praxis“ berichten.

Noch bis vor kurzem wurde der schillern-de Begriff *Postmoderne* von uns Praktikern, die sich meist so irgendwie durchwursteln, die im vernetzten Spannungsfeld eines personenbezogenen Dienstleistungsbetriebes – wie es neumodern so schön heißt – vehement oder auch bisweilen latent abfällig irgend-

welchen ästhetischen Spinnern, elitären Vordenkern und theoretischen Schreiberlingen zugeordnet, die ja „von der Praxis sowieso keine Ahnung haben“. So beispielsweise, was es heißt, als individueller Akteur in mikropolitischen Spielen um Macht, Prestige oder auch versteckter Erotik mit kollektiven Akteuren und kollektiv vernetzten Strukturen und Prozessen umzugehen und dazu auch noch *gute Arbeit, gute Pflege* zu leisten. Kopfschüttelnd und oft ratlos, so z. B. in der Provinz der Lüneburger Heide, versuchten wir Praktiker uns zu *bilden* bzw. in die Neue Unübersichtlichkeit sozialwissenschaftlicher Denkansätze, sozialphilosophischer- und -psychologischer Trends einzulesen oder einzuarbeiten, oft auf einer eigenen inneren Suche, die am ehesten durch eine diffuse Unruhe beschrieben werden kann, spürten wir doch Entwicklungs- und Veränderungsprozesse in uns selbst, bei Mitarbeitern und Kollegen, im Umgang miteinander als auch mit Patienten. Quasi in einer sanften Revolution war die oft beschriebene Enttraditionalisierung, Entnormativierung und Pluralisierung schleichend in alle Ebenen, Ab-

teilungen, Konferenzen eingedrungen oder eingezogen, hatte Kommunikationsmuster, Kooperationsformen, kulturelle Räume verändert. Diese kulturelle Unruhe läßt sich vielleicht am besten folgendermaßen umschreiben: „Und so begannen die Werte sich zu verlagern. Zuerst an den bizarren, idiosynkratischen Rändern, die sich leicht als unwichtig abtun und als ‚untypisch‘ oder regelrecht verrückt ignorieren ließen. Aber dann verwandelte sich die langsame Bewegung in eine regelrechte Flucht. Es kann nicht länger ignoriert werden, daß die neue Dreierallianz von Werten auf Kosten der alten an Popularität gewinnt. Die neuen Horizonte, die heute die menschliche Imagination zu entflammen und menschliches Handeln zu inspirieren scheinen, sind die der *Freiheit*, der *Verschiedenheit* und der *Toleranz*. Dies sind neue Werte, die die postmoderne *Mentalität* formieren. Was freilich die postmoderne *Praxis* anbelangt, so sieht sie kein bißchen weniger verunstaltet aus als ihre Vorgängerin“ (Bauman 1992, 334). Von Freiheit, Gleichheit und Brüderlichkeit zu Freiheit, Verschiedenheit und Toleranz? Anstelle Gleichheit Verschiedenheit – auch im Personalbüro eines meist hierarchisch strukturierten Krankenhauses? Oder Gleichheit und Verschiedenheit? Welche Leitvorstellungen werden damit angesprochen? Was ist zu tun?

Die innerorganisatorische Komplexität im System Krankenhaus entwickelt dadurch zunehmend eine beträchtliche Dynamik; gleichzeitig wächst die Veränderungsgeschwindigkeit von theoretischem, praktischem, technischem Wissen, von therapeutischen Konzepten, pflegerischen Leitlinien und Standards, von stationären Behandlungsformen und Behandlungsketten, sicher auch verstärkt durch den Druck gesamtgesellschaftlicher Veränderungsprozesse, drastischen Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen, neuen Formen der Arbeit, wie beispielsweise Leanmanagement im Krankenhaus und in der Pflege; verstärkt auch durch neue multikulturelle Arbeits- und Leistungsgruppen, mitbedingt durch die Maxime „Europa 2000“. So auch die neuen Sprachspiele und Spezialcodes, wie beispielsweise die erstaunliche Karriere des Begriffes *Controlling* in Klinikleitungskonferenzen etc. Neue Anforderungen entstanden auch durch neue kulturelle Verständigbarrieren, die

nicht nur sprachliche, sondern auch normative und ethische Fragen in einem für uns neuen Maße aufflackern ließen, so beispielsweise kooperative Arbeitsbeziehungen mit polnischen, jugoslawischen oder ungarischen PflegerInnen, die andere Normen über Nähe und Distanz, den Umgang der Geschlechter in der Zusammenarbeit haben. So auch die Unterschiede in *Pflege Ost* und *Pflege West*. Die Postmoderne ist also in gewissem Sinne in sozialen Organisationen wie dem komplexen System Gesundheitswesen angekommen, hat das Krankenhaus erreicht. Ob wir wollen oder nicht, müssen wir Praktiker uns mit postmodernem Denken auseinandersetzen, wie Keupp (1992; 1993) in anderem Zusammenhang knapp und bündig formuliert: Es geht heute und hier nicht (mehr) um die Frage, ob es sich bei dem inflationären Gebrauch des Begriffes *Postmoderne* um ein modisches Schlagwort über pluralistische Beliebigkeit, „lässigen Pluralismus“ oder liberalistischen Opportunismus handelt, eine sog. *Schicki-Micki-Postmoderne*, mit der sich irgendwelche Spinner und elitäre Avantgardisten beschäftigen, sondern es geht um die unumstößliche Tatsache, daß wir alle diesem Prozeß bzw. der Diskussion um die Krise der Moderne, die inzwischen ganz unausweichlich zu einer Überlebenskrise der Menschheit ganz allgemein geworden ist, nicht mehr ausweichen und entziehen können, sondern daß wir, ob wir wollen oder nicht, schon „mittendrin“ stecken, auch im Dienstleistungsbetrieb Krankenhaus oder den Gesundheitsversorgungsstrukturen ganz allgemein, wie beispielsweise die Diskussion um Humanexperimente und Gentechnik aufzeigt. Die gravierenden ökologischen, technischen, gesamtgesellschaftlichen Veränderungsprozesse und Umbrüche zeigen irreversibel das Ende der Fortschrittsvisionen und -utopien auf und sprechen mit Lyotard (1986) vom *Ende der Metaerzählungen*. Eine dieser „métarécits“ ist der Mythos der Machbar- und Planbarkeit bei der Bewältigung von Problemen, so der Mythos, die Komplexität der Wirklichkeit erfassen zu können.

Sinn- und Orientierungsfragen für eine lebenswerte Zukunft stehen an. Die Beschreibung und Diskussion der psychosozialen und psychoökonomischen Situation der Zeit reicht heute vom *Verlust der Zukunft* bis zum *Zwang zur Zukunft*. Dieser geforderte Prozeß der Mo-

dernisierung individueller und kollektiver Identität umfaßt die notwendige auszugestaltende Transformation und Umstrukturierung unserer gesamten Lebensgrundlagen, insbesondere unserer Arbeitswelt, auch die Frage nach der Solidarität 2000, die die Zukunft der Pflege alter und kranker Menschen umfaßt. „Zukunft als Weltanschauung“ sensu Rinderspacher (1994, 19) postuliert die notwendige, soziale Konstruktion von Zukunft durch Demokratisierung, soll eine „optionale Gestaltung von Sozialbeziehungen“ (Matthies et al. 1994, 241) erreicht werden.

Gehen wir von der Prämisse aus, Zukunft konsensuell zu konstruieren, so kann in der pluralen und pluralistischen Welt der Postmoderne nur durch eine friedliche Koexistenz von verschiedenen Lebensformen das prekäre Gleichgewicht von Freiheit, Verschiedenheit und Toleranz eingependelt werden, die das Prinzip der Gleichheit und Partizipation anerkennen. Vor dem Hintergrund der Wanderungsbewegungen der Weltbevölkerung, der steigenden Anzahl alter Menschen, die in Zukunft betreut und gepflegt werden müssen, einem veränderten Gesundheits- und Krankheitspanorama, insbesondere einem Anstieg chronischer Krankheiten bei gleichzeitig harten ökonomischen Rahmenbedingungen der Kostendämpfung im Gesundheitswesen, kommt der humanen Gestaltung der menschlichen, pflegerischen und institutionellen Ressourcen immer größere Bedeutung zu und kann als eine der vorrangigen Zukunftsaufgaben unserer Gesellschaft eingestuft werden. Nicht umsonst geraten Schlagworte wie Vertrauen, Toleranz und Solidarität wieder vermehrt ins Blickfeld. „Wenn nicht unveränderbare physikalische Gesetze, sondern soziale Verläufe, sprich: sozialer Wandel Zukunft konstituieren, dann wäre Zukunft anders ausgedrückt wesensmäßig eine soziale Norm oder Bestandteil des umfassenden gesellschaftlichen Wertesystems mit all seinen Implikationen“ (vgl. hierzu Esser 1994). Zukunft als Wert beinhaltet zunächst die Verpflichtung der Mitglieder der Gesellschaft auf eine Blickrichtung: definitionsgemäß auf den Blick „nach vorn“. Diese vielleicht trivial erscheinende Aussage ist jedoch höchst voraussetzungs-voll. Sie unterstellt ein Weltbild, in dem erstens Zeit als *Linie* gedacht ist, zweitens diese Linie eine Richtung hat und drittens der „Zeit“-

Raum, der nach dem Jetzt kommt, als *offen* konzipiert ist (Rinderspacher 1994, 31). Diesen offenen Zukunftsraum für den Umgang mit Gesundheit und Krankheit gilt es *proaktiv* und *präventiv* auszuhandeln.

Zum Stand der Dinge

Die vielfach in Bürokratie erstarrten deutschen Krankenhäuser sind zunehmend gezwungen, die Hierarchien zu beseitigen, um beweglicher und flexibler zu werden. Im *Bild des schlanken Krankenhauses* sensu Badura (1993) wird die alte, oft berufsständische Arbeitsteilung bis in die Leitungsspitze hinterfragt und aufgehoben. Teams aus unterschiedlichsten Berufsgruppen lösen heute die Probleme, für die herkömmlicherweise die Klinik bzw. die Pflegedienstleitung „top down“ zuständig war. Mitarbeiter, die bisher oft nur nach Plan und Anweisung bestimmte Handgriffe und Arbeitsabläufe verrichten durften, bestimmen nun mit den Kollegen ihrer Arbeitsgruppe, wie Behandlung und Pflege in einem medizintechnischen „Leistungszentrum“ zu maximieren seien. Hinter der herkömmlichen Auffassung von *Führung und Leitung* steckt eigentlich ein beträchtliches Mißtrauen, das den Mitarbeiter als Rädchen in einer Maschinenmetapher hin und her schiebt. Ständig wird kontrolliert, abgestimmt und gegengezeichnet, viele Vorgänge werden doppelt und dreifach ausgeführt, was neben beträchtlichem Zeitverlust und Demotivation auch noch zu erheblicher Kostensteigerung beiträgt.

Der Ansatz des sog. Leanmanagement, ein unter Umständen forciert eingeführter, noch für das Krankenhauswesen unerforschter Gestaltungsvorschlag, der derzeit die Tagungen und Publikationen überflutet, greift diese traditionellen Arbeitsstrukturen an und basiert auf dem einfachen Grundgedanken: Erfüllung von Kunden-, sprich: Patientenbedürfnissen und strikte Beseitigung aller Hindernisse, die dieses Ziel blockieren. Dadurch verändern sich natürlich die Managementmethoden und Organisationsformen. *Leanmanagement* in seiner ursprünglichen Fassung meint nicht eine gnadenlose Rationalisierung oder eine radikale Kostensenkung, sondern verpflichtet alle Organisationsmitglieder und Mitarbeiter zur Lösung der Probleme „vor

Ort“, in der grundlegenden Annahme, daß die Betroffenen ihre Arbeits(platz)probleme *am besten* kennen und deshalb selbst lösen können. Es geht um kontinuierliche Verbesserungen in kleinen Schritten. Es wird dazu aufgefordert, die mangelnde Flexibilität bürokratisch organisierter Krankenhausstrukturen radikal umzuorganisieren, dadurch, daß die Mitarbeiter auf allen Ebenen mehr Verantwortung bekommen. Natürlich stellt sich dabei die Frage, wie vor diesem Hintergrund qualitative Personalplanung und Personalpflege zu gestalten ist. Leanmanagement im *schlanken Krankenhaus* kann zu neuen interessanten Arbeitsplätzen in gemischt zusammengesetzten, hochspezialisierten Arbeits- und Leistungsteams unterschiedlichster Berufsgruppen führen, die nicht mehr berufsständisch, sondern *aufgabenbezogen* organisiert sind. Dies ist besonders für Pflegende ein Anreiz. Ob es sich dabei aber eher um eine Rationalisierungs- als um eine Humanisierungsstrategie handelt, bleibt abzuwarten.

Pfaff (1994) problematisiert, daß dabei u. U. das Leitziel der Patientenorientierung und -partizipation vernachlässigt wird. Diese *neuen Formen der Arbeit* erfordern neue Qualifikationen, Fähigkeiten und Kenntnisse, die gegenwärtig im stark strapazierten Begriff der *Schlüsselqualifikationen* diskutiert werden. Vor dem Hintergrund grundsätzlicher Klinik- und Pflegeleitbilder entscheiden diese *teilautonomen Arbeitsgruppen* bei Aufgabenbewältigungen weitgehend selbständig, das heißt idealiter vor gemeinsam ausgehandelten und auszuhandelnden Organisationszielen und -werten. Für die Mitarbeiter stellt sich hier die Aufgabe, die „Systemtauglichkeit und Aufgabenangemessenheit“ (vgl. Feuerstein 1993) der jeweiligen Arbeit zu hinterfragen, die Behandlungs- und Pflegepläne sowie -prozesse mit den eigenen Werten und Normen, den eigenen Sinn- und Selbstverwirklichungsbedürfnissen in Einklang zu bringen. Sicher entstehen durch diese engmaschige Teamarbeit in hochstrukturierten Leistungszentren neue und zusätzliche Möglichkeiten der Überforderung des einzelnen, was in jüngster Zeit durch Erfahrungen in der Praxis zunehmend problematisiert wird.

Es wird sichtbar, daß diese komplexen Arbeitsaufgaben, die nur noch in kooperativen, technischen und informationellen Netz-

werken geleistet werden können, die Aufgaben des Managements und der damit zusammenhängenden Managementhaltung in der Pflege fundamental verändern. In dieser Arbeitswelt der beschriebenen medizintechnischen Leistungszentren im *schlanken Krankenhaus* ist jeder einzelne Mitarbeiter als selbstständiges, entscheidungsfähiges, ich-starkes Subjekt gefordert, das in der Lage ist, den komplexen Behandlungs- und Pflegeprozeß *ganzheitlich* zu überblicken, auch ohne Anweisung eigenständig zu handeln sowie den Arbeitsablauf im Notfall zu ändern, ggf. die „Technik“ abzustellen. Welcher Streß und Überforderung sich aus dieser *ganzheitlichen Maxime* ergibt, ist hochzurechnen bzw. überhaupt noch nicht empirisch erforscht; auf den extremen normativen Anspruch „ganzheitlicher Pflege“, die dadurch auf den einzelnen Mitarbeiter als beinahe unlösbare Aufgabe zukommt, kann hier nicht näher eingegangen werden. Hier wird die Maschinenmetapher des herkömmlichen Personalmanagements durchbrochen, die durch Regeln, Anordnungen und Weisungen die Arbeitseinsätze und -abläufe vorplante und in perfekte Organigramme sowie Minutenwerte packte. Diese neuen multiprofessionellen Arbeits- und Leistungsteams im schlanken Krankenhaus erfordern oft durch technische Machtketten prästrukturierte, schnelle Entscheidungen innerhalb eines Arbeitsablaufes, auch innerhalb der jeweiligen interdisziplinären Arbeitsgruppe, was zunehmend ein Umdenken im Management erfordert und zu einer *subjektorientierten Haltung in der Personalführung* hinführen muß, was nur durch das Leitbild der *Individualisierung der Personalwirtschaft, insbesondere in der Pflege*, aufgefangen werden kann (vgl. Borsi 1995).

Es wird sichtbar, daß der Paradigmenwandel der Management- und Organisationstheorien zunehmend auch ins „Pflegemanagement“ übergreift. So gesehen gibt es auch in der Pflege eine *kognitive Wende*: Der Druck der Informatisierung und Technisierung des Systems Krankenhaus wächst: Aufnehmen, Sammeln, Speichern, Ordnen, Verarbeiten und Weitergeben von Informationen und Daten. KrankenpflegerInnen werden dadurch zunehmend zu „Wissensarbeitern an Informationsmaschinen“. Auf den Wandel der Bedeutung des Wortes *Wissen* kann hier nicht näher ein-

gegangen werden. Diese Wissensarbeiter leben aber immer noch in einer stark verwalteten, gläsernen Welt der sog. Organisationsgesellschaft, die durch Spezialisierung, Segmentierung, Bürokratisierung und Kontrolle gekennzeichnet ist und sich noch nicht auf diese neuen Veränderungen umgestellt hat. Diese Institutionalisierung und Funktionalisierung trägt viel zu einer institutionsfeindlichen Stimmung und damit zur Systemfeindlichkeit bei, die sich zunehmend in Widerstand gegen Anweisungen, überholte Normen und Regeln zeigt. Eigenbestimmtes Handeln wurde und wird in den starren hierarchischen Organisationsformen herkömmlicher Krankenhausstrukturen bisher zurückgedrängt; die damit verbundene Entfremdung von der Arbeit, Entpersönlichung und „Entselbstung“, Burnout, Demotivation und Berufsfluktuation sind vielfach beschrieben. Kann die neue aufsteigende Pluralität der Mitarbeiter als „Puffer der Systemtechnokratie“ gesehen werden und durch eine neue Managementhaltung gebündelt werden?

Mitarbeiter beklagen heute oft, daß sie nur noch „funktionieren“, aber nicht mehr „handeln“: erdrückt und eingepreßt in Regeln, Vorschriften, Normen einer verwalteten Welt; Stechuhren, Minutenwerte für pflegerische Handlungen charakterisieren den Aggregatcharakter „Personal“, das dazu noch in herkömmlichen Personalbüros meist von einem andropozentrischen Entwurf einer männlichen Berufs-Normal-Biographie ausgeht. Insbesondere Türk problematisiert den Begriff der Personalführung und fordert einen anderen begrifflichen Rahmen, „um der betrieblichen Realität näher zu kommen und die Befangenheit in Kategorien der Unmündigkeit und quasi der mechanischen Steuerbarkeit zu überwinden und der Subjekthaftigkeit und Eigensinnigkeit der betrieblichen Akteure besser zu entsprechen. Er plädiert für das Konzept der „politischen Arena“ bzw. „Mikropolitik“ (Neuberger 1990, 46), da mit dem Begriff Personalführung seiner Meinung nach unterstellt wird, daß Personal oder Mitarbeiter „offenbar einer Vormundschaft bedürfen, weil sie unwissend, faul, unmotiviert, vielleicht sogar undiszipliniert seien. Sie müssen belohnt und bestraft, erzogen und gelenkt, motiviert und angewiesen werden, damit sie das tun, was gefordert wird, und all’ dies ganz im Gegensatz

zu generellen demokratischen Wertdispositionen, deren Basis der Begriff der ‚Mündigkeit‘ sein soll. Der Gebrauch der Kategorie ‚Personalführung‘ impliziert eine permanente Pädagogisierung der Interaktionsbeziehung zwischen Vorgesetzten und Unterstellten: Im Unterschied zur klassischen Meister-Lehrling- bzw. Meister-Gesellen-Beziehung, in der die Pädagogisierung zur Emanzipation, zu Selbstständigkeit im Meisterstatus führte, haben wir hier eine ‚Dauerinfantilisierung‘ des Personals bis hin zu so extremen Formen, daß der Vorgesetzte zu entscheiden hat, wann z. B. eine Maschinenarbeiterin notdürftigste Bedürfnisse befriedigen darf, oder in weniger krasser, aber gleichwohl nicht weniger subtiler Form: daß Unterstellte sich nach Lob oder gar Tadel des Vorgesetzten sehnen“ (Türk 1988, 4). Dieses Menschenbild vom straff zu führenden und unmündigen Mitarbeiter galt lange Zeit (und gilt teilweise immer noch) in den Personalabteilungen großer Klinikhierarchien.

Neugestaltung der Arbeitswelt Krankenhaus

Die Grundannahme vorliegenden Textes geht davon aus, daß durch die Gestaltung der *neuen Formen der Arbeit* neue Kommunikations- und Kooperationsräume und -muster entstehen, die die verschiedenen Ebenen von Organisation, Gruppe und Individuum in einer Arbeitsorganisation Krankenhaus verändern; Veränderungen, die auch die Prozesse der kontextuellen Konstruktion von Realität(en) berühren, so z. B. die ethische Mitsteuerung und Mitverantwortung gentechnischer Veränderung der Zukunft. Diese Prozesse können nur durch kollektive Lernprozesse bewältigt werden (vgl. Klimecki & Nokielski 1993). Sozialer Kontext wird dabei als gemeinsamer Sinnzusammenhang verstanden. Den Sinnverwirklichungsbedürfnissen der Mitarbeiter muß durch ein resonanzfähiges Arrangement der organisationalen Strukturen entgegengekommen werden, die den „Bürger im Betrieb“ anerkennen. Nach Gmür (1991) muß sich das Management sozialer Organisationen auf diese Wandlungsprozesse einstellen; dies gilt auch für personenbezogene Dienstleistungsorganisationen, die bisher oft auf sog. weibliche Eigenschaften, auch auf karitative, möglichst

kostenlose Nächstenliebe und mütterliche Fürsorge zurückgriffen.

Die Entstrukturierung der herkömmlichen Gesellschaft mit ihren traditionellen Lebensformen, Schichten und Milieus wird zunehmend durch eine verwirrende, auch angstmachende Pluralität neuer Chancen und Risiken ersetzt. Die Suche nach Ordnung und Übersichtlichkeit, nach „Sinn“, gilt als eines der hervorstechendsten Probleme des modernen Menschen. „In der individualisierten Gesellschaft muß der einzelne entsprechend bei Strafe seiner permanenten Benachteiligung lernen, sich selbst als Handlungszentrum, als Planungsbüro in bezug auf seinen eigenen Lebenslauf, seine Fähigkeiten, Orientierungen, Partnerschaften usw. zu begreifen“ (Beck 1986, 217). Dieser Baumeister seines eigenen Lebens, dieser neue aktive soziale Konstrukteur muß in das „neue Bild des Mitarbeiters“, hier in unserem Themenzusammenhang auch des Pflegemanagements, implementiert werden. Personalführung und -management gewinnt dadurch neue Konnotationen. Die *Fremdkontrolle* der Sozialisation am Arbeitsort „Krankenhaus“ und „Pflege“ muß deshalb zunehmend der *Selbstkontrolle* weichen. Strikte Anweisungen und stark regulierte Verhaltenscodes werden von neuen Idealen und Leitbildern abgelöst: Selbststeuerung, Variations- und Handlungsspielraum, flexible Anwendung von Verhaltensregeln innerhalb des Organisationsspielraums, innerhalb harter ökonomischer Rahmenbedingungen. Der Begriff der *Selbstregulation* wirft ein neues Schlaglicht auf herkömmliche Führungskonzepte, wie in der „Gärtner-Metapher“ der Organisationstheorien sichtbar wird.

Aus diesem Grunde sind die im Aufbau begriffenen Studiengänge zum Pflegemanagement ganz fundamental „neu“ zu konzipieren, die den gegenwärtigen Paradigmenwandel der interdisziplinären Managementforschung aufgreifen, insbesondere die ins Auge springende, in der Praxis auffallende Rehumanisierung, Redynamisierung und Politisierung der Organisationstheorien, die den Mythos der Planbarkeit und Machbarkeit einer Top-Down-Perspektive des Managements aufweichen (vgl. Türk 1989). Vor dem Hintergrund zunehmender *Kostendämpfung im Gesundheitswesen* und einer Polarisierung der Berufsgruppen, Berufsverbände und Gewerk-

schaften werden in Zukunft mikropolitische Machtspiele vermutlich Konjunktur haben; die Fähigkeiten und Kompetenzen, diese durchzustehen und auszuhalten, werden eine hohe Wertigkeit erreichen.

Der mündige motivierte Mitarbeiter ist gefragt: der/die KrankenpflegerIn als autonomes Subjekt, das seine Arbeitswelt *mitgestaltet*. Es geht vermutlich zunehmend auch darum, in organisatorischen Spielen *mitspielen* zu können. Partizipationskompetenz, Verhandlungskompetenz und Konfliktfähigkeit sind neue Schlüsselqualifikationen. Bei der Konzeptualisierung der neuen Studiengänge zum Pflegemanagement gilt es, den positiven Akzent postmodernen Denkens aufzugreifen, den Wolfgang Welsch in einem anderen Zusammenhang beschreibt: „Wenn die Postmoderne sich gravierend von der Moderne unterscheidet, dann eben dadurch, daß sie die Pluralität nicht bloß zähneknirschend als ungeliebte, aber unumgängliche Realität hin nimmt, sondern ihre befreienden Aspekte erkennt und dieser Pluralität aus Überzeugung zustimmt. Es gilt sich von den alten Obsessionen zu lösen, sie als gefährliche Phantasmen zu durchschauen. Der Einheits- und Ganzheitsdruck, der abendländisches Denken durchzieht, ist eminent; in deutschen Gemütern ist er besonders stark“ (1990, 196). Dieser Einheits- und Ganzheitsdruck, die forcierte Gleichmacherei herkömmlicher Personalbüros, ist sicher *mit* einer der Gründe für die Berufsfluktuation und Demotivation der Gesundheitsberufe, besonders in der Berufsgruppe der Pflegenden. Die Individualisierung der Personalwirtschaft kann dabei als mögliches Leitbild zukünftiger Personalstrategien diskutiert werden. Interessant ist in diesem Zusammenhang das Konzept von Differenz und Gleichheit von Michael Walzer (1992), der mit „komplexer Gleichheit“ die „Anerkennung von Pluralität in einem Konzept sozialer Gleichheit“ beschreibt (vgl. Matthies et al. 1994, 235). Neue Managementkonzepte müssen diese kulturelle Unruhe und diese neue kulturelle Vielfalt ihrer Mitarbeiter aufgreifen und in ihre Personalstrategien und Konzepte lateraler und kooperativer Führung einbauen. So gesehen tobt auch im Krankenhaus das Leben. Hier rücken der Begriff Handlungsfähigkeit und der Eigensinn der Subjekte ins Blickfeld, das emanzipatorische

Potential von Organisationskultur als root-metaphor wird angesprochen (vgl. Borsi 1994). Zusammenfassend möchte ich im vorliegenden Text von folgenden Thesen ausgehen:

- Postmodernes Management bezeichnet einen Balanceakt zwischen den Bedürfnissen der Beteiligten und Betroffenen nach subjektivem Wohlbefinden, sozialer Anerkennung, Freiheit und Differenz auf der einen Seite und den Bedürfnissen nach Ordnung und Sicherheit in einer turbulenten, dynamischen Arbeitsumwelt auf der anderen Seite, die von einer koevolutionären Verschränkung von Bedürfnissen, Interessen und Zielen ausgehen.

- Postmodernes Management führt zu einer Politisierung im Arbeitsbetrieb Krankenhaus. Die Rückbesinnung auf den *Menschen als Produktionsfaktor* verweist auf den Eigensinn der Subjekte. Durch Demokratisierungsprozesse gilt es, den Status des Mitarbeiters als „Bürger im Betrieb“ anzuerkennen und aufzubauen.

- Während im Gesundheitssystem mit dem Subsystem Krankenhaus einerseits autonome Subjekte oder mündige Mitarbeiter aufgebaut, gefördert werden müssen, gilt es gleichzeitig, diese eigensinnigen Subjekte zu dezentrieren, das *Gemeinwohl* im Auge zu haben. Dies führt insbesondere für den im Wandel begriffenen Berufsstand der Pflege zu verstärkten Ambivalenzen, was durch eine neue Managementhaltung aufgefangen und diskursiv reflektiert werden muß. Mit Hilfe des Gestaltungsansatzes „Das Krankenhaus als lernende Organisation“ (vgl. Borsi 1994) können Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentwicklung der Mitarbeiter entwickelt werden, die gleichzeitig das Gesamtziel Humanität im Krankenhaus verfolgen.

- Management in dieser neueren paradigmatischen Sichtweise greift die pluralistische Vielfalt seiner Mitarbeiter in einem ganzheitlichen Denkansatz auf und verbindet Systemisches mit Nicht-Systemischem. Es beschränkt sich nicht auf die oberen Führungs- und Leitebenen, sondern bezieht sich auf alle horizontalen und vertikalen Wege und Ebenen eines vernetzten Systems Krankenhaus und nachfolgender ambulanter Versorgungsstrukturen.

Der veränderte Mitarbeiter – Von der Patchworkidentität zur inneren Pluralitätskompetenz

Die oft beschriebenen gesellschaftlichen Veränderungen der Lebensformen zerreißen alle traditionellen Formationen. „Der Verlust der Einheit und Ganzheit, die ‚Dezentrierung des Subjekts‘ wird als das Freiwerden einer Vielzahl eigenständiger Lebensformen, Denkweisen und Handlungsentwürfe begrüßt“ (Bruder 1993, 139). Diese „einschneidende Pluralität der Gesellschaft betrifft seit langem und betrifft heute allgemein auch die Individuen. Identität ist immer weniger monolithisch, sondern nur noch plural möglich. Leben unter heutigen Bedingungen ist Leben in Plural, will sagen: Leben im Übergang zwischen unterschiedlichen Lebensformen“ (Welsch 1991, 171). Die dafür notwendige „innere Pluralitätskompetenz“ gilt es für den einzelnen in einem psychoökonomischen Drahtseilakt aufzubauen und in quasi „schwebenden Identitäten“ zu balancieren. Der Mitarbeiter kann unter dieser Perspektive als *Homeworker seiner eigenen Identität* konzipiert werden; einzelne Sozialwissenschaftler sprechen von einer *Patchwork-Identität*. Diese durch den sog. Wertewandel mitbedingte zunehmende Individualisierung und Pluralisierung der Orientierungsmuster schafft ganz neue Lebenslagen, Lebensmuster und Lebensstile, die einer beträchtlichen Eigendynamik und Eigenlogik folgen. Trotz einer Befreiung aus „Verengungen und Verkrustungen“ (Welsch 1988, 445) traditioneller Bindungen, Normen und Verpflichtungen endet diese neue Freiheit des autonomen Subjekts in neuen Zwängen. Keupp (1994, 266) spricht dabei von einer „Verlagerung von Prozessen der *Fremd-Vergesellschaftung*“ in solche der „*Selbst-Vergesellschaftung*“. Danach steht im Zentrum dieses Prozesses der „Selbst-Vergesellschaftung“ die „Idee des ‚autonomen Subjekts‘“. Die ambivalenten Prozesse der Identitätsbildung werden heutzutage diskutiert, die zwischen einer neuen Möglichkeit von Selbstorganisation, Selbstfindung, Selbstverwirklichung und den eigentlich konträren Wünschen nach Sicherheit und Überschaubarkeit des Lebens schlechthin hin und her pendeln. In den interdisziplinären Diskussio-

nen der Sozialwissenschaften werden derzeit die patriarchalischen Züge eines egozentrierten bürgerlichen Personmodells herausgearbeitet, was insbesondere von feministischen Sozialwissenschaftlerinnen thematisiert und vorangetrieben wird. Die kulturvergleichende sozialwissenschaftliche Forschung diskutiert derzeit das egozentrische Menschenbild des *homo clausus* europäischer Prägung, das Norbert Elias in seinen zivilisationsgeschichtlichen Analysen verwendet, um das Gefühl des In-sich-verschlossen-Seins und Von-anderen-Menschen-getrennt-Seins als Prozeß der Verinnerlichung sozialer Kontrolle zu beschreiben. Die Diskussion reicht dabei „von Subjektbejahung bis zur Subjektkritik“, vom „Ende des Subjektes“ bis zur „Dezentrierung des Subjektes“, worauf hier nicht näher eingegangen werden kann (vgl. Welsch 1991).

Betrachten wir Zukunft als offenen Gestaltungsraum, so muß „der Umgang mit dem offenen Zukunftshorizont“ erlernt werden und „gelingt im modernen Alltagsleben häufig nicht“ (Rinderspacher 1994, 35). Insbesondere Beck (1983, 59) hatte diese „Freisetzung des Individuums aus traditionellen (aber auch aus ‚modernen‘) sozialen Bindungen“ betont, die oft zu Orientierungslosigkeit und Zukunftsangst führt. Zwischen Sicherheit und Offenheit schlagen „gesellschaftliche Problemlagen unmittelbar in psychische Dispositionen um, in persönliches Ungenügen, Schuldgefühle, Ängste, psychische Konflikte und Neurosen.“ „Es entstehe eine ‚neue Unmittelbarkeit von Individuum und Gesellschaft‘ in dem Sinne, daß gesellschaftliche Krisen als individuelle und psychische erscheinen und nicht mehr oder nur noch sehr vermittelt in ihrer Gesellschaftlichkeit wahrgenommen und bearbeitet werden könnten“ (Bruder 1993, 137 nach Beck 1983).

Dies gilt umso mehr für Pflegende, die zwischen individueller Lebensführung, Sinnfindung und gesellschaftlichem Auftrag eine intrapsychische Balance herstellen müssen. Individuelle Lebensführung wird zur Aufgabe. Burnoutsyndrome, Berufsdemotivation und Berufsfuktuation der helfenden Berufe werden, so meine These, dadurch sicherlich gravierend verstärkt, denn dieser „Selbstzwang zur Standardisierung der eigenen Existenz“ (Beck & Beck-Gernsheim 1990, 15) führt gerade Pflegende, deren Berufsbild und

Berufsethos sich in einem gravierenden Umbruch befinden, in ambivalente Gefühls-, Identitäts- und Lebenslagen, da in unserer gegenwärtigen Transformationszeit in einer radikal individualisierten Gesellschaft das Verhältnis des einzelnen zu sozialen Gruppen und zur Gesellschaft ganz allgemein „neu auszuhandeln“ ist, durch die humane Dimension der Pflege aber noch schwieriger zu gestalten und zu bewältigen ist.

Der Hilfsberuf Pflege, bisher oft *Handlanger der Ärzte*, war meist durch aufopferungsbereite Anpassung etc. charakterisiert und mutiert derzeit zu einem neuen *Berufsbild autonomer Subjekte*. Im Gegensatz zu ehemals religiös orientierten und in Traditionen eingebetteten Mutterhausschwestern werden Pflegende heute zur Individualisierung „gezwungen“, was aber nicht auf der „freien Entscheidung der Individuen“ beruht, wie Beck (1993, 152) ganz allgemein ausführt. Analysen und Strategien zum sog. Pflegenotstand müssen an diesen konträren Verflechtungen einer zweifachen Individualisierungsproblematik ansetzen: Pflegende emanzipieren sich derzeit aus starren Berufsmustern der Abhängigkeit zu autonomen Subjekten, während gleichzeitig kritische Zeitströmungen auftauchen, die von einer notwendigen *Dezentrierung der Subjekte* sprechen. Diese beiden Entwicklungslinien des Zeitgeistes treffen auf einen Berufsstand, der sich, wie schon gesagt, in einer ausgeprägten Veränderungsphase befindet, und verstärken deshalb vermutlich die Unübersichtlichkeit und Komplexität des turbulenten Feldes Pflege, was zu einer weiteren, ganz fundamentalen tiefen „Entfremdung“ und ausgeprägten Ambivalenz beiträgt. Die Frage „Wieviel Auflösung verträgt der Mensch?“ (vgl. Beck 1993, 143) möchte ich für meinen Argumentationszusammenhang ergänzen: Wieviel „Auflösung“ verträgt ein Mensch, der im harten Klinikalltagsbetrieb reibungslos funktionieren soll, gleichzeitig aber als helfender Gesprächspartner Deutungsbedarf, -wünsche und -bedürfnisse der Patienten befriedigen soll, Patienten, die den Anspruch haben, nicht *als physikalisch-chemische Datenträger, sondern als autonome Subjekte und als Menschen* anerkannt und behandelt zu werden?

Kritische Zeitdiagnosen wie beispielsweise Beck (1986) und Schulze (1992) diskutieren aus völlig verschiedenen Blickwinkeln die

zeitgenössische *Kultur*, mit der sich das moderne Subjekt heute auseinandersetzen muß. Die Herstellung, Selbstgestaltung und Selbstinszenierung des Individuums wird zum Problem. „Der Gedanke, menschliches Leben sei etwas, das entworfen und geplant werden könne, ist keineswegs selbstverständlich, sondern hat sich im Laufe der Modernisierung entwickelt“ (Geissler & Oechsle 1994). Das Konzept *Lebensführung* hat neue Konjunktur, das versucht, zeitgenössische Lebensführung vor dem Hintergrund der dominanten Rolle neuer Informations- und Kommunikationstechnologien als Prozeß aktiver Sinnsuche zu begreifen, um Ziehes „ontologischer Bodenlosigkeit der Moderne“ (1987) zu entfliehen.

Ein zentrales Charakteristikum ist die gedoppelte Welt der „Wirklichkeit“, die die Suche nach Ordnung und Überschaubarkeit bestimmt, um Ambivalenz, Angst und Unsicherheit zu überbrücken. Das Unbehagen in der Moderne, das diese Erosion und Pluralisierung der sozialen Lebenslagen begleitet, wird oft mit *Heimatlosigkeit* beschrieben: „Die pluralistischen Strukturen der modernen Gesellschaft haben das Leben von immer mehr Menschen nomadisch, ständig wechselnd, mobil gemacht. Im Alltagsleben wechselt das moderne Individuum ständig zwischen höchst diskrepanten und oft widersprüchlichen sozialen Kontexten hin und her. In seinem Lebenslauf durchwandert der Einzelne nacheinander eine Reihe stark divergierender sozialer Welten. Nicht nur werden die Individuen in einer modernen Gesellschaft in immer größerer Zahl aus ihrem ursprünglichen sozialen Milieu herausgerissen, es kommt noch hinzu, daß keines der aufeinanderfolgenden Milieus wirklich zur ‚Heimat‘ wird“ (Berger et al. 1987, 159). Bauman verwendet dafür das Bild des Landstreichers. Insbesondere im Bereich der Religion, des Glaubens, der Kirche zeigt sich diese „Heimatlosigkeit des modernen sozialen Lebens“. Ehedem auch oft religiös bedingte Nächstenliebe, traditionelle Hilfsbereitschaft in Haus- und Wohngemeinschaften, in dörflichen Strukturen und städtischen Kommunen lösen sich vor dem allgemeinen Wertewandel der Lebenslagen auf. Vor dem Hintergrund oben beschriebener Entnormativierung, Individualisierung und Pluralisierung werden Pflege, Betreuung und Hilfe neu hinterfragt. Die ehemals religiös motivierte „Mut-

terhausschwester“ wird demnächst durch Nachwuchsmangel obsolet. An vielen Orten macht sich ein neuer Egozentrismus breit, nicht nur im Krankenhausmitarbeiter, sondern auch im Patienten, was oft mit dem neuen Schlagwort Kundenbedürfnisse und -ansprüche beschrieben wird. Der postmoderne Patient??

Alain Touraine in seinem *Plädoyer für die Rettung des Sozialen* schreibt folgendes: „Das soziale Gewebe ist zerrissen: auf der einen Seite die Welt, auf der anderen das Ich, zwischen beiden – nichts. Wir befinden uns auf halbem Weg zwischen zwei Gesellschaften. Wir sind schon halb heraus aus der Industriegesellschaft und erst an der Schwelle zu einer postindustriellen Gesellschaft, die von den Kulturindustrien dominiert wird. Weil es uns an dieser Schwelle an klaren sozialen Wegmarken mangelt, sprechen wir von Ethik und Biologie, von Kultur und Individualität. Auf der anderen Seite: was ist die Verteidigung der Natur, der Identitäten anderes als der Kampf gegen gewisse Aspekte eines Wirtschaftssystems, Ära des Post-Sozialen, ein Begriff, der noch radikaler wäre, als der von der Post-Moderne?“ (1990, 80 ff.). Mit diesen Fragen und Überlegungen müssen sich Pflegende beim Aufbau ihres Berufsbildes, beim Aufbau neuer partizipativer Interaktions- und Kommunikationsformen in interdisziplinären Arbeitsgruppen in einem *humanen schlanken Krankenhaus* auseinandersetzen, will man Professionalisierung und Qualifizierung optimieren, Berufsfluktuation und Demotivation abbauen, einen Beitrag zum Problempatienten Krankenhaus leisten.

In einer Theorie des Organisationslernens müßte sich nach dieser Perspektive demnach eine Theorie des Subjekts und der Persönlichkeitsentwicklung mit einer Theorie der Organisation und der Organisationsentwicklung verknüpfen lassen, um einen sinnvollen Diskurs über betriebliche Bildung, Personalentwicklung und -führung anzubahnen. Hier könnte sich die Fachdisziplin Psychologie sicher stärker einhaken. Bezogen auf das Krankenhaus ist das Thema Personalentwicklung in der weiten Definition von Sonntag (1993) noch nicht ausgearbeitet. Bei der Gestaltung des Krankenhauses als Lernkontext im Sinne einer lernenden Organisation geht es hier um

die Frage, wie eine lernförderliche Krankenhauskultur und wie partizipative Strukturen zu gestalten sind, bzw. wie das Klinik-, Pflege- und angewendete Technikleitbild durch Partizipation *diskursiv* entwickelt werden kann, also nicht top down vorgegeben wird. Es geht also darum, idealiter durch Struktur- und Kontextgestaltung in einem diskursiven Organisationsentwicklungsprozeß eine Synthese zwischen „Technisierung, Organisationsentwicklung, Arbeitsbelastung und Humanität im modernen Medizinbetrieb“ (Feuerstein & Badura 1991), zwischen Patientenorientierung und Gesundheitsförderung herzustellen. Reflektieren wir diesen systemischen Ansatz von Prozessen sozialer Konstruktion der Realität im Hinblick auf das vernetzte Spannungsfeld von Medizintechnik, Arbeit und Humanität im Krankenhaus mit all seinen Subgruppen und Subkulturen, so rückt die *potentiell mögliche Gestaltung* der Systemstrukturen

verschärft in die Diskussion. Rinderspacher (1994, 31) schreibt: „Zukunft als Teil der gesamtgesellschaftlichen Konstruktion der Wirklichkeit ist, wie die Gesellschaft auch, selbst einem steten Wandel unterworfen, und zwar in qualitativer wie in quantitativer Hinsicht. Sozusagen die Nullhypothese betrifft die qualitative Frage, ob Zukunft als gesellschaftlich relevantes Orientierungssystem zum Zeitpunkt des Entwicklungsstadiums X einer Gesellschaft überhaupt verfügbar ist. Die eher quantitative Frage bezieht sich, wie erwähnt, auf die Weite des Horizonts von Zukunft sowie auf die Durchdringung einer Gesellschaft mit dem Konzept Zukunft, d. h. auf die Verallgemeinerung von „Zukunft“ oder eines bestimmten Typs von Zukunftsorientierung in der Bevölkerung.“ Postmodernes Management könnte hierbei zwischen Wirklichkeitsraum und Möglichkeitsraum vermitteln.

Literatur

- Badura, Bernhard (1993): Gesundheitsförderung durch Arbeit- und Organisationsgestaltung – Die Sicht des Gesundheitswissenschaftlers. In: Pelikan, J., Demmer, H. & Hurrelmann, K. (Hg.), Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim, München: Juventa
- Bauman, Zygmunt (1992): Moderne und Ambivalenz. Das Ende der Eindeutigkeit. Hamburg: Junius
- Beck, Ulrich (1983): Jenseits von Stand und Klasse? Soziale Ungleichheit, gesellschaftliche Individualisierungsprozesse und die Entstehung neuer sozialer Formationen und Identitäten. In: Kreckel, R. (Hg.) (1983), Soziale Ungleichheiten. Soziale Welt, Sonderband 2, Göttingen 1983
- ders. (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- ders. (1993): Die Erfindung des Politischen. Zu einer Theorie reflexiver Modernisierung. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- ders. & Beck-Gernsheim, Elisabeth (1990): Das ganz normale Chaos der Liebe. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Berger, Peter L., Berger, Brigitte & Kellner, Hansfried (1987): Das Unbehagen in der Modernität. Frankfurt/M.: Campus (zuerst 1973)
- Borsi, Gabriele M. (1994): Das Krankenhaus als lernende Organisation. Zum Management von individuellen, teambezogenen und organisatorischen Lernprozessen. Heidelberg: Asanger
- dies. (1994): Das Krankenhaus als Miniaturgesellschaft. Das Konzept der Organisationskultur als „root metaphor“ zwischen Pflegequalität und Pflegeleistung. Pflege-Zeitschrift, Mai 1994. Stuttgart: Kohlhammer
- dies. (1995): Handlungsketten – Machtketten. Neue Anforderungen an das Pflegemanagement. Pflege, Heft 1, 1995. Bern: Huber
- Bruder, Klaus-Jürgen (1993): Subjektivität und Postmoderne. Der Diskurs der Psychologie. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Elias, Norbert (1987): Die Gesellschaft der Individuen. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Esser, Hartmut (1994): Werte und die „Konstitution“ der Gesellschaft. In: Holst, E., Rinderspacher, J. P. & Schupp, J. (Hg.), Erwartungen an die Zukunft. Zeit-horizonte und Wertewandel in der sozialwissenschaftlichen Diskussion. Frankfurt/M.: Campus
- Feuerstein, Günter (1993): Systemintegration und Versorgungsqualität. In: Badura, B., Feuerstein, G. & Schott, Th. (Hg.) (1993): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim: Juventa
- ders. & Badura, Bernhard (1991): Patientenorientierung durch Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Zur Technisierung, Organisationsentwicklung, Arbeitsbelastung und Humanität im modernen Medizinbetrieb. Gutachten im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung; Bd. 37, Düsseldorf
- Geissler, Birgit & Oechsle, Mechthild (1994): Lebensplanung als Konstruktion. In: Beck, U. & Beck-Gernsheim, E. (Hg.), Riskante Freiheiten. Zur Individualisierung in der Moderne. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Gmür, Markus (1991): Managementlehre: Post – oder noch modern? Abschiedsvorstellung eines Teilprojekts der Moderne Nr. 2 (1991). In: Management: Forschung und Praxis (hg. v. R. Klimecki). Universität Konstanz 1991
- Keupp, Heiner (1992): Das Subjekt und die Psychologie in der Krise. Die Chancen postmoderner Provokatio-

- nen. *Psychologie & Gesellschaftskritik* 63/64: Postmoderne Herausforderungen, 16. Jg., Heft 3/4. Frankfurt/M.: Mabuse
- ders. (1993): Identitäten in der Psychologie. Jenseits der Imitationsidentität. *Journal für Psychologie* 1 (2), 4-14
- ders. (Hg.) (1994): Zugänge zum Subjekt. Perspektiven einer reflexiven Sozialpsychologie. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Klimecki, Rüdiger & Nokielski, Hans (1993): Sozialmanagement – Innovationszwang und Entwicklungspotentiale von Wohlfahrtsverbänden. In: Deutscher Caritasverband (Hg.), *Jahrbuch Caritas '93*. Freiburg: Lambertus
- Lenk, Hans (1987): Zwischen Sozialpsychologie und Sozialphilosophie. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Lyotard, Jean-François (1986): *Das postmoderne Wissen*. Wien: Passagen (orig. 1979)
- Matthies, Hildegard, Mückenberger, Ulrich, Offe, Claus, Peter, Edgar & Raasch, Sibylle (1994): *Arbeit 2000. Anforderungen an eine Neugestaltung der Arbeitswelt – Eine Studie der Hans-Böckler-Stiftung*. Reinbek: Rowohlt
- Neuberger, Oswald (1990): *Führen und geführt werden*. Stuttgart: Enke
- Pfaff, Holger (1994): *Lean-Production – ein Modell für das Krankenhaus? Gefahren, Chancen, Denkanstöße*. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften Heft 1, 1994. Weinheim: Juventa
- Rinderspacher, Jürgen P. (1994): Zukunft als Weltanschauung. In: Holst et al. (Hg.) (1994), *Erwartungen an die Zukunft. Zeithorizonte und Wertewandel in der sozialwissenschaftlichen Diskussion*. Frankfurt/M.: Campus
- Schulze, Gerhard (1992): *Die Erlebnisgesellschaft. Kultursoziologie der Gegenwart*. Frankfurt/M.: Campus
- Sonntag, Karl-Heinz (Hg.) (1992): *Personalentwicklung in Organisationen. Psychologische Grundlagen, Methoden und Strategien*. Göttingen: Hogrefe
- Türk, Klaus (1988): „Personalführung“ oder „politische Arena“ Vortragsms.; zit. n. Neuberger 1990
- ders. (1989): *Neuere Entwicklungen in der Organisationsforschung. Ein Trend Report*. Stuttgart: Enke
- Touraine, Alain (1990): Plädoyer für die Rettung des Sozialen. In: *World Media/taz* (Hg.), *Die Neue Weltunordnung*, 80 f. Berlin
- Walzer, Michael (1992): *Sphären der Gerechtigkeit. Ein Plädoyer für Pluralität und Gleichheit*. Frankfurt/M., New York: Campus
- Welsch, Wolfgang (1988): *Unsere postmoderne Moderne*. Weinheim: Acta humaniora
- ders. (Hg.) (1988): *Wege aus der Moderne. Schlüsseltexte der Postmoderne-Diskussion*. Weinheim: Acta humaniora
- ders. (1990): *Ästhetisches Denken*. Stuttgart: Reclam
- ders. (1991): *Subjektsein heute. Überlegungen zur Transformation des Subjekts*. Deutsche Zeitschrift für Philosophie 37, 347-365
- Ziehe, Thomas (1987): *Neue kulturelle Suchbewegungen. Nach dem Hedonismus*. SOWI 16, 247-254