

Erwin Carigiet und Claudia Eisenring

Oszillierende Organisationen – kommunikative und kulturelle Herausforderungen für das Gesundheitswesen

Gesundheitswesen; Integrierte Versorgung; Kommunikation; Netzwerke; Oszillierende Organisation

Das Gesundheitswesen ist komplex, fragmentiert und von Akteuren mit unterschiedlichen Werten und Interessen geprägt. Integrierte Versorgungsmodelle versprechen eine bessere Koordination und Vernetzung von Institutionen und Professionen und damit auch eine Verbesserung der Behandlungsqualität. Netzwerkarbeit verlangt nach geeigneten Formen der Zusammenarbeit. Gegenseitiges Vertrauen und eine sorgfältige und auf den Kontext abgestimmte Kommunikation sind dabei unverzichtbar. Die Fähigkeit von Organisationen, gleichzeitig verschiedene Strategien zu verfolgen und zwischen ihnen zu oszillieren, vergrößert die Erfolgschancen von Netzwerken.

I. Einleitung: Von Landkarten und Landschaften – parallele Realitäten

Das heutige Umfeld im Gesundheitswesen stellt sich bekanntermaßen sehr komplex dar. Das Gesundheitswesen ist einerseits ein bedeutsamer Wirtschaftsfaktor der Moderne, ja BIG BUSINESS im eigentlichen Sinn des Wortes,¹ geworden, und anderseits mit existenziellen Fragen der menschlichen Existenz, mit Leiden, Hinfälligkeit und dem Tod beschäftigt.² Dieser ständige Wechsel der Perspektiven gehört im Gesundheitswesen für viele Akteurinnen zum Alltag.

1 Zum Verhältnis von Ökonomie und Gesundheit: Güntert 2003, S. 121 ff. – Ein Anteil von 10-15 % am Bruttoinlandprodukt (BIP) kann für das Gesundheitswesen (inkl. Ausgaben für die soziale Krankenversicherung) eines reichen Landes wie der Schweiz als durchaus angemessen betrachtet werden, denn es besteht ein enger Zusammenhang zwischen materiellem Wohlstand und hohen Gesundheitsausgaben (Carigiet 2001, S. 139 mit Hinweisen). Für die Festsetzung des idealen oder „richtigen“ Anteils des Gesundheitswesens am BIP bestehen allerdings keine objektiven Kriterien oder solche, zu denen ein gesellschaftlicher Konsens besteht. Mit rund 17 % der Gesamtbeschäftigung ist der Gesundheitssektor einer der wichtigsten Arbeitgeber in der Schweiz. (Statistisches Jahrbuch der Schweiz 2007, Bundesamt für Statistik).

2 Unbestritten ist, „dass die Wertschöpfung im Gesundheitswesen sehr oft eine existentielle Dimension aufweist. Die zu erbringende Dienstleistung hat nicht einen Objekt-, sondern einen Subjektcharakter: Die Person des Patienten, seine Existenz und Identität stehen im Zentrum.“ Rüegg-Stürm 2008, S. 1414.

Betrachtet man das handelnde Gesamtsystem als eine mehrdimensionale Realität, dann bilden die Akteurinnen ihre Geschichte, Kultur und ihre Standpunkte als eigene (innere) Koordinatensysteme oder Landkarten ihrer spezifischen Interessen ab. So existieren Landkarten von Leistungserbringern, Finanziererinnen, Patienten, Management und Politik als „Übersichtskarten“ von Systemen oder Organisationen und persönliche von den Individuen.

Allerdings gilt: „Die Landkarte ist nicht die Landschaft.“ Eine Landkarte sagt nie alles über das abgebildete Gelände aus, genauso wie Worte nie die beschriebenen Dinge sind (Hayakawa 1971, S. 330 ff.).

Für sich alleine betrachtet ist jede Landkarte richtig, aber nicht alle sind für jeden Zweck gleich gut geeignet. So ist ein grober Stadtplan mit einer auf den Stadtkern beschränkten genaueren Darstellung für den touristischen Stadtwanderer ausreichend, bei der Suche nach einer Adresse in einem Außenquartier aber nicht hilfreich. Die Plandarstellungen des öffentlichen Verkehrs mit den Tram-, Bus- und S-Bahn-Linien führen mit ihrer meist hohen Abstrahierung die Verkehrsteilnehmenden ans richtige Ziel, geben demgegenüber kaum Auskunft über reale Entfernung und sagen nichts über die Straßen in der Umgebung der Haltestellen. Die spezielle Velokarte ist vor allem für Radfahrer nützlich, während eine topographische Karte im Massstab 1:25.000 dies für Abenteuerlustige wie Pfadfinder ist, die im Stadtwald oder Park einen Schatz jagen. Und immer geht es um die gleiche Stadt!

Genauso existieren im Gesundheitswesen zahlreiche unterschiedliche parallele Realitäten und die dazugehörigen Landkarten. Als Beispiel sei der Umgang mit der „Kostenexplosion der Gesundheitskosten“ erwähnt. Bei der Diskussion der Kostenentwicklung wird oft gefragt: Bei wem liegt die Hauptverantwortung? Bei den Patientinnen und Patienten, bei den Leistungserbringenden, bei der Pharmaindustrie oder beim medizinischen Fortschritt? Bei der Politik? Ebenso gut kann der Fokus aber darauf gerichtet werden, wer die entstehenden Kosten tragen soll. Sollen es die Kranken, das Kollektiv der Prämienzahlenden oder die Steuerzahlenden sein?

Unterschiedlichste Antworten sind, je nach Landkarte, schnell gefunden. Dabei kann man sich an diversen Prinzipien orientieren, z. B. am Solidaritätsprinzip, am Verursacherprinzip, am Leistungsprinzip, am Versicherungsprinzip, am Umlageverfahren oder am Kapitaldeckungsverfahren und zudem an den unzähligen Mischformen (Carigiet 2001, S. 39 ff., 67 ff.). Viele Antworten werden einen „wahren“ Aspekt beleuchten. Sie werden sich im Abstraktionsgrad unterscheiden; keine Wahrnehmung und Wertung kann aber die „alleinige Wahrheit“ für sich beanspruchen (Hayakawa 1971, S. 184 ff.).

II. Demographische, gesellschaftliche und fachliche Entwicklungen als Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung

1. Alterung der Gesellschaft und medizinischer Fortschritt

Die Alterung der Gesellschaft prägt die Gegenwart, die zukünftige Entwicklung der Gesellschaft und der Gesundheitsversorgung. Die Gesellschaft des langen Lebens steht in einem neuen Spannungsfeld

- zwischen einer durchaus berechtigten und wünschenswerten Aktivierung des Alters und
- neu zu lernenden Abhängigkeiten und Gebrechlichkeiten.

Im 20. Jahrhundert ist der Menschheit das dritte Lebensalter (65-85 Jahre) geschenkt worden. Es ist gekennzeichnet von vielen neuen Chancen und Möglichkeiten, welche die vorangegangenen Zeitalter so nicht gekannt haben.³ Die Moderne hat aber nicht nur dieses meist positiv erlebte dritte Lebensalter mit sich gebracht, sondern auch das vierte Lebensalter, ab 85 Jahren (Schulz-Nieswandt/Kurscheid 2004, S. 85). Paul Baltes, langjähriger Direktor des Max Planck-Instituts für Bildungsforschung in Berlin, hat es wie folgt formuliert: „Da es sich beim Alter um eine junge Errungenschaft in der Menschheitsgeschichte handelt, gibt es kein steuerndes genetisches Programm. Die Evolution ist keine Freundin des Alters. [...] Der Körper wird zur Hypothek des Geistes.“ (Tages-Anzeiger vom 21. April 2005).

Die alten Unsterblichkeitsträume der Menschheit lassen sich trotz des medizinischen Fortschritts nicht verwirklichen (Bloch 1959, S. 530 und 539): Der medizinische Machbarkeitswahn verdrängt die Angst, in der letzten Lebensphase oder in besonderen Lebensumständen von anderen Menschen abhängig zu werden. Geschieht es trotzdem, schämen sich viele kranke und pflegebedürftige Menschen ihrer Abhängigkeit und Hinfälligkeit und ziehen sich aus der Öffentlichkeit zurück (von Blarer 2003, S. 110 ff.). Die Ökonomisierung vieler Gesellschaftsbereiche trägt zusätzlich zu diesem Schamgefühl bei (Pelizzari 2003, S. 220; Michel-Alder 2003, S. 184). Es gilt also, nicht nur

- (wieder) zu entdecken, dass auch ein Leben in Abhängigkeit menschliche Würde besitzt, sondern auch
- die vorherrschende Orientierung an körperlichen oder geistigen Defiziten aufzugeben, zu Gunsten einer „menschlicheren“ Ausrichtung an den bestehenden körperlichen oder geistigen Ressourcen.

Diese Besinnung und Konzentration auf vorhandene Fähigkeiten und Möglichkeiten berücksichtigt, dass Menschen nicht nur biologisch gesteuerte Wesen, sondern in jeder Phase ihres Lebens von Gefühlen und Empfindungen geprägt und geleitet sind.

³ Ältere Menschen können diese neuen Freiheiten allerdings auch negativ als „Freisetzung“ oder als „Abgeschnitten-Werden“ erleben. Jedenfalls ist ein höheres Alter heutzutage kein Privileg mehr von wenigen Reichen. In der alten Eidgenossenschaft war der Anteil der älteren Menschen noch entsprechend geringer, nämlich zwischen 1 und 6 % gegenüber heute rund 20 % (Höpflinger/Stückelberger 1999, S. 26).

Der medizinische Fortschritt und die Chronifizierung von Krankheiten sind zwei Seiten der gleichen Medaille. Der medizinische Fortschritt bleibt mit all seinen Techniken immer wieder sozusagen *auf halbem Weg* stecken. Viele Krankheiten werden zwar überlebbar, aber sie bleiben bestehen. Medizinischer Fortschritt, der allein auf die Technik vertraut, lässt die kranken Menschen mit ihren existentiellen Bedürfnissen und Nöten allein. Diese Feststellung verlangt selbstverständlich nicht, dass ins andere Extrem verfallen wird und bei chronischen Krankheiten allein auf Empathie und Zuwendung gesetzt werden soll – im Gegenteil: Der Umgang mit chronischen Krankheiten bedarf in industrialisierten Ländern höchster Aufmerksamkeit. Das Spannungsfeld aber ist gegeben, ebenso die Ambivalenz.

Die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat sich 2004 zur nicht nur medizinisch, sondern auch gesellschaftspolitisch relevanten Fragestellung des Umgangs mit pflegebedürftigen Menschen geäußert. Sie verlangt in der Quintessenz eine ganzheitlichere Behandlung der Patientinnen und Patienten: Im Einzelfall soll nicht alles medizinisch Mögliche, sondern vor allem das für den betroffenen Menschen Sinnvolle gemacht werden (SAMW 2004, S. 22 ff.). Selbstverständlich ist dies eine schwierige und herausfordernde Aufgabe. Sie kann nur im vertrauensvollen Zusammenspiel zwischen Fachpersonen, kranken Menschen und deren Angehörigen verwirklicht werden. Die Fachpersonen sind bei existentiellen Fragen nicht nur in ihrer Professionalität, sondern ebenso in ihrer Beziehung von Mensch zu Mensch gefordert. Nebst den zahlreichen bewundernswerten Errungenschaften des medizinischen Fortschritts müssen Zuwendung und Fürsorge in der Medizin und Pflege ihre einstmals wichtigste Bedeutung zurückgewinnen. In alternden Gesellschaften,

- wo chronische Krankheiten die häufigste Ursache für Leiden und Tod sind,
- müssen medizinische Maßnahmen die gleiche Wertung erhalten, ob diese nun in kurativer, rehabilitativer oder palliativer Absicht unternommen werden.

Lebensqualität sollte vermehrt auch zum Leitsatz des medizinischen Handelns werden.⁴ Anderorts wurde es so formuliert: *Den Jahren mehr Leben geben und nicht dem Leben Jahre*. Ohne den konsequenten Fokus auf die Lebensqualität werden in Zukunft in erster Linie wahrscheinlich die Ausgaben, nicht aber die Gesundheit der Betroffenen zunehmen (Dörner 2003, S. 33).

4 Zum Begriff der Lebensqualität im Sinne des Zweckartikels der schweizerischen Bundesverfassung (Art. 2 BV): Carigiet 2001, S. 60 ff. Es geht dabei um eine für jedermann befriedigende Teilhabe an den Früchten der Gesellschaft (Lebensqualität im Spannungsfeld von Existenzsicherung und Wohlstand). Eine Kernaufgabe der Pflege – im Rahmen der Grundversorgung – ist dabei die Unterstützung der Menschen bei der Behandlung, bei der Therapieumsetzung sowie im Umgang mit den Auswirkungen der Krankheiten auf den Alltag. Sie hat zum Ziel, für die betreuten Menschen die bestmöglichen Behandlungs- und Betreuungsergebnisse zu erreichen und eine hohe Lebensqualität in allen Phasen des Lebens bis zum Tod zu gewährleisten (Berchtold 2003, S. 100 ff.).

2. Wachsende Unsicherheit und abnehmende gewohnte Ordnung

a) Eine These als Vorbemerkung

Die Realität ist, wie ausgeführt, nie für alle Menschen, für alle Akteure gleich, die Realität ist also nicht eindeutig erkennbar. So kann man allerdings als Mensch oder als Organisation nicht leben, denn man muss sich auf die Realität beziehen um handeln zu können. Es braucht eine Vorstellung der Realität, eine innere Repräsentation wie z. B. die oben skizzierten Landkarten. Diese erklären auch, warum zwei Menschen und zwei Organisationen oder Systeme bei einer identischen Situation diese völlig unterschiedlich bewerten und entsprechend anders handeln.⁵

Zur Frage der wachsenden Unsicherheit und der abnehmenden gewohnten Ordnung sei folgende These aufgeworfen: In den letzten wenigen Jahrzehnten haben sich viele Realitäten in der Gesundheitsversorgung (oft auch als Abbild der Veränderungen in der Gesellschaft der Moderne) verändert und verkompliziert. Vieles wurde insgesamt weniger voraussehbar und immer komplexer. Die Normierungen, in erster Linie die von der Gesellschaft zur Bewältigung der Realität geschaffenen Gesetze, aber auch viele innere Landkarten der Betroffenen, konnten mit den Entwicklungen nicht Schritt halten.⁶ Dies führt zu einer vielseitig spürbaren Verunsicherung, die überdies wohl auch von Dauer sein wird.

Diese angesprochene Unsicherheit verlangt nach einem neuen Umgang mit Erwartetem und Unerwartetem, mit Planbarem und Spontanem, mit Freiheit und Ordnung. Kann Unsicherheit nicht auch als Chance verstanden werden? Das Verschwinden alt gewohnter Ordnung vielleicht ebenso?

b) Medizin, Krankheit und Gesundheit in ihrer gesellschaftlichen Bedeutung

Die Medizin, der Krankheitsbegriff und das Gesundheitswesen sind stets auch ein Spiegel der Gesellschaft (Bloch 1959, S. 530 ff.; Martin 1996, S. 110 ff.; Carigiet 2001, S. 135 ff.). Die *Angst vor dem Tod*, bzw. die Vision vom *Sterben des Todes*, wie sie für ausgeprägt materialistisches Denken – wenigstens eines Teils der pluralistischen Gesellschaft der Moderne – typisch sind, setzen in der Prioritätensetzung quasi vorbehaltlos auf die flächendeckende Anwendung hoch spezialisierter Medizin mit der Intention der Lebensrettung und -erhaltung.

-
- 5 Hier gibt es das bekannte Beispiel der Optimistin und des Pessimisten. Die eine sagt, das Glas ist halb voll, der andere sagt, es ist halb leer. Was sicherlich objektiv da ist, ist ein Glas mit einem bestimmten Wasserinhalt. Was das nun „wirklich“, d. h. in der Realität, bedeutet, ist damit nicht ausgesagt.
- 6 Und dies, obwohl das Verstehen der verschiedenen Welten oder Realitäten die Basis für die erfolgreiche Einflussnahme auf das Gesamtsystem und die bewusste Mitgestaltung darstellt! Aus einer gewissen „Hilflosigkeit“ heraus dominiert demgegenüber die öffentliche Diskussion meist das Schwarzer-Peter-Spiel der Schuldzuweisung für gewisse (angeblich oder wirklich) negative Entwicklungen oder das Zeichnen düsterer Zukunftsszenarien. Allerdings kann gerade letzteres durchaus auch der Durchsetzung handfester ökonomischer Interessen dienen – im Kampf um vorhandene oder (wirklich oder vermeintlich) abnehmende Ressourcen.

Dabei kann sich der medizinische Fortschritt in sein Gegenteil verwandeln – und dies erst noch unter gewaltigen Kosten – wenn z. B. mit hohem Aufwand gerettete Leben lange Dauerpflegekosten nach sich ziehen. Allerdings dürfen für derartige Entwicklungen nicht einseitig die Ärztinnen und Ärzte oder das Gesundheitswesen verantwortlich gemacht werden. Aber sie können ebenso wenig von jeder Mitverantwortung entbunden werden: Es stellen sich hier grundlegende ethische Fragen und Dilemmata.

Das Gesundheitswesen sieht sich *situativen* Anforderungen gegenüber wie ökonomischem Druck, technologischen Entwicklungen, politisch-rechtlichen Voraussetzungen und Anforderungen soziokultureller Art und seine Akteure bewegen sich in einem Umfeld, das sich auszeichnet durch

- zunehmende Fragmentierung und Segmentierung: Durch die fortschreitende Spezialisierung von Leistungsanbietern, wie auch von Techniken, werden die Behandlungen fragmentiert, der Blick für den ganzen Menschen – und dies nicht nur bei mehrfach erkrankten Menschen – droht verloren zu gehen und die Schwierigkeit, den Überblick über die Gesamtbehandlung zu be- oder erhalten, steigt.
- hohe Komplexität des Gesamtsystems: Nicht nur für die Patienten und ihre Angehörigen, sondern auch für die Akteurinnen wird das Gesundheitswesen immer weniger durchschau- oder gar steuerbar
- unterschiedliche Interessen: Durch die Ökonomisierung der Medizin treten verstärkt auch finanzielle Aspekte in den Vordergrund, wobei
- die Interessengruppen (seien dies nun Berufsgruppen oder Institutionen in der Behandlungskette) durch unterschiedliche und zum Teil auch konkurrierende Bedürfnisse oder Anreize geleitet werden.

Als Folge wird um die „richtige“ Realitätssicht, wie auch um die Verteilung der aktuellen und (sich angeblich verknappenden) zukünftigen Ressourcen, gekämpft. Aus steuerungspolitischer Perspektive stellt sich die Frage der *Über-, Unter- oder Fehlversorgung*. Je nachdem, *woher* man schaut oder *wohin* man will, fallen die Antworten ganz unterschiedlich aus.

Dies sei mit einem Blick auf das Theaterleben erläutert: Je nachdem, woher und wohin Bühnenscheinwerfer die Bühnenlandschaft beleuchten, sehen die Zuschauerinnen und Zuschauer andere Teile der Bühne, können sich andere Schauspieler und Schauspielerinnen in Szene setzen. Aber auch der Sitzplatz der Zuschauenden ist für die Wahrnehmung des Bühnengeschehens mit entscheidend. So kann ein Theaterstück ganz unterschiedlich dargestellt (Frage der Regie) und erlebt werden (Frage der Wahrnehmung des Publikums).

Die Landkarten der Akteure im Gesundheitswesen sind sehr heterogen. Das Finden einer gemeinsamen Realitätssicht steckt größtenteils noch in den Anfängen.

III. Ein Blick in die Zukunft: Integrierte Versorgung als Zielvorstellung

„Health care for the future needs doctors and nurses who understand that cooperation, not heroism is a primary professional value, and people committed to new forms of transparency, measurement and continual improvement.“ (Berwick 2005, S. 334)

Ein breit anerkannter Lösungsansatz für die Probleme der Fragmentierung ist die *Integrierte Versorgung*. Dabei geht es um das gezielte Schaffen von leistungssektorenübergreifenden und fachübergreifenden Behandlungsabläufen und Versorgungsstrukturen. Dies wird erreicht durch *Kooperation* zwischen den Leistungserbringerinnen⁷ mit dem Ziel der *Koordination* der einzelnen Behandlungssegmente. Der erforderliche *Informationstransfer* erfolgt durch *Kommunikation*. Integrierte Versorgung soll die Behandlungskontinuität sicherstellen, die Behandlungsqualität erhöhen und den Einsatz der Ressourcen optimieren (Auerbach 2008, S. 11; Pellizari 2003, S. 220).

Integrierte Versorgung bedeutet *Arbeit in (regionalen) Netzwerken*. Gemäß Borisch (SGGP 2008, S. 11) kann von einem Netzwerk gesprochen werden, wenn die folgenden fünf Voraussetzungen erfüllt werden:

- Gemeinsame, klar definierte und von allen Partnern anerkannte Ziele
- Messbare Ergebnisse (Ziele sind initial definiert)
- Direkte, fortdauernde und anhaltende Kommunikation zwischen Mitgliedern des Netzwerkes
- Leitung durch Koordination, nicht durch Direktion

Ein Netzwerk in der Medizin bzw. im Gesundheitssystem definiert Borisch (2008, S. 12) folgendermaßen: „Netzwerk nennen wir eine *Zusammenarbeit* (un)gleicher Elemente, die durch einen mehr oder weniger formellen *Vertrag* verbunden sind, der dahin zielt, dass die Bedürfnisse der versorgten Bevölkerung *besser abgedeckt* werden. Die Ergebnisse werden „*sichtbar*“ gemacht, die *Zusammenarbeit* muss sich *weiterentwickeln* können, die Strukturen bleiben aber autonom.“

IV. Oszillieren und Virtualität als Grundvoraussetzungen für erfolgreiches Arbeiten in Netzwerken

Während unter dem Begriff „oszillieren“ allgemein ein mechanisch-physikalisches Schwingen zwischen Polen verstanden wird, bezeichnet er in der neueren Managementlehre (Littmann/Jansen 2000)⁸ die bewusste und bewältigbare Gleichzeitigkeit von einander gegensätzlichen Mechanismen oder Paradigmen.

Waren die 90er Jahre in den Unternehmen durch die reine Auslagerung von Randbereichen geprägt, geht es in einer oszillierenden Organisation um die Gleichzeitigkeit

7 Und auch mit den anderen beteiligten Akteuren (Kostenträger, Institutionsträger).

8 Robert Fritz, ein amerikanischer Organisationsspezialist, bezeichnet hingegen solche Organisationen als „oszillierend“, die sich trotz großen Einsatzes auf der Stelle bewegen (Fritz 2000).

- von Desintegration und Integration (z. B. gleichzeitiges Out- und Insourcing unterschiedlicher Bereiche),
 - von Konkurrenz und Kooperation (gleichzeitig oder nacheinander, je nach Situation bzw. Bedürfnis der Unternehmen);
- das Implementieren von Entscheidungsprozessen,
- die unterschiedliche Erfahrungen, Verhaltensweisen, Ansichten und Perspektiven in eine gemeinsame Unternehmenskultur integrieren und
 - den Wechsel von der traditionellen Unterscheidung klassischer Organisation zwischen „oben“ und „unten“ zur Unterscheidung sich vernetzender und virtualisierender Unternehmen zwischen „innen“ und „außen“ fördert.

Die Kompetenz zur Wahl des *situativ* richtigen Vorgehens wird zu einem zentralen Erfolgsfaktor. Neben den allgemeinen Rahmenbedingungen sind betriebliche Voraussetzungen wie Organisations- und Führungsstrukturen, aber auch die organisationale Veränderungskompetenz einer Organisation als Voraussetzung für Veränderungsprozesse wichtig (Inversini 2008, S. 329). Das Oszillieren zwischen paradoxen Strukturen und Anforderungen erweitert das Wissen *und* die Handlungsmöglichkeiten einer Organisation, so dass sie auf komplexe Herausforderungen adäquat reagieren kann (Littmann/Jansen 2000,

S. 15 ff., 110 ff.).

Die unterschiedlichen Interessenlagen zu kennen – die fremden wie auch die eigenen – erlaubt erst das Ausschöpfen aller Handlungsmöglichkeiten, gestattet erst das Oszillieren im unübersichtlichen und mehrdimensionalen Raum. Es geht darüber hinaus auch darum, die Komplexität zu akzeptieren, nicht darum, sie zu reduzieren.

Eine Voraussetzung hierfür ist die „ermöglichte Kommunikation“ bei der es gilt, alle Standpunkte und Interessen zu kennen und zu verstehen und von vornherein grundsätzlich als legitim anzuerkennen, auch wenn sie nicht geteilt werden. Kommunikation wird dabei zum zentralen Instrument, um die zahlreichen Interaktionen so zu gestalten, dass das Produkt mehr wird, als „die Summe seiner Teile“. Schulz-Nieswandt spricht in diesem Zusammenhang von „kommunikativer Medizin als Ausdruck einer neuen Medizinkultur“ (Schulz-Nieswandt/Kurscheid 2004, S. 59 f.). Integrierte Gesundheitssysteme sind ein wichtiger Schritt in diese Richtung.

Wenn über Kommunikation aus den diversen individuellen Landkarten eine neue gemeinsame Landkarte oder sogar ein Relief mit Höhen und Tiefen erschaffen wird, entsteht eine gemeinsame Realität und eine gemeinsame Sprache. Es entsteht ein stabiles Fundament, das sogar für das Gesundheitswesen eher gewagte Konstrukte zu tragen vermag. Ein Beispiel: Konkurrentinnen schließen sich für bestimmte Aufgaben zusammen und bilden ein Netzwerk.⁹ *Ziel ist dabei, dass die Patientinnen und Patienten vermehrt zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort in den richtigen Händen sind.* Integrierte Versorgung bedeutet im Resultat stets Arbeiten in Netzwerken.

Erfolg definiert sich dadurch nicht mehr allein durch die eigene Kernkompetenz, sondern zusätzlich durch die *Virtualität der Organisation und ihrer Akteurinnen, d. h. der Fähig-*

9 Zur Typologisierung von Netzwerken konzis und überzeugend Kurscheid 2007, S. 40 ff.

keit, Beziehungen nach innen und außen zu aktivieren (Littman/Jansen 2000, S. 32 ff.). Es geht um ein Gestalten, Entwickeln und Lenken eines sozialen Systems (Rüegg-Stürm 2002, S. 69). Von hoher Bedeutung sind dabei der Fokus auf eine „bereichsübergreifende Problemstellung“ und im klassischen Sinne die Prozessqualität (Rüegg-Stürm 2008, S. 1415 ff.).

Für die Leistungserbringenden bedeutet dies, dass sie in der Integrierten Gesundheitsversorgung

- nicht mehr länger allein nur Leistungserbringer sind,
- sondern vermehrt Finanzierende, Patientinnen und Patienten und – natürlich auch sich selber – in Netzwerke integrieren werden (müssen).

Das Arbeiten in Netzwerken verlangt nach einem anderen Führungs- und Handlungsverständnis als das übliche Arbeiten in hierarchischen Strukturen. Die Kulturen der verschiedenen Organisationsformen Hierarchie und Netzwerk unterscheiden sich grundsätzlich und verlangen nach einem an die jeweilige Situation angepassten Verhalten. Arbeit in Netzwerken bedeutet ein ständiges Wechseln zwischen den verschiedenen Organisationsformen: Von der (anordnenden) Hierarchie zum (sich zusammenraufenden) Projekt zum (sich zusammenfindenden) Netzwerk.

Das Arbeiten in der „Heiligen Ordnung“ der *Hierarchie* läuft seit „ewigen Zeiten“ in grundsätzlich vertrauten Bahnen. Die Blicke gehen von oben nach unten und umgekehrt. Ziel ist ein störungsfreies Arbeiten innerhalb der Hierarchieebenen. Die Verantwortungen sind entsprechend der Hierarchieebenen geregelt. Kommunikation ist nur in Grenzen partnerschaftlich, sie ist formell und orientiert sich in erster Linie am Dienstweg.

Projekte werden von einer (oberen) Hierarchiestufe in Auftrag gegeben, in ihrer Anlage laufen sie aber quer zur Hierarchie, Verantwortung wird bereichsübergreifend(er) geteilt. Die Blicke gehen nach innen und über die Grenzen der einzelnen Organisationseinheiten hinaus. Die Dauer von Projekten ist klassischerweise zeitlich beschränkt. Der Auftrag bezweckt in der Regel Innovation und die Bewältigung von Veränderung. Die Kommunikation innerhalb des Projektteams ist partnerschaftlich-formell.

Netzwerke sind stark durch ein „anarchisches“ Element mitbestimmt. Sie kommen freiwillig (im Wesentlichen auf dem Weg des Aushandelns) zustande. Die Blicke gehen nach außen, das Handeln ist von einer partnerschaftlichen Orientierung geprägt. Die Motivation zur Teilnahme an Netzwerken ist häufig die Zusammenarbeit von Menschen und Organisationen zu einem bestimmten Zweck und – in der Regel – solange darin ein Nutzen gesehen wird. Oft treten Konkurrenz und Kooperation gleichzeitig oder nacheinander auf. Kommunikation innerhalb des Netzwerkes erfolgt partnerschaftlich-informell und ist personenbezogen.

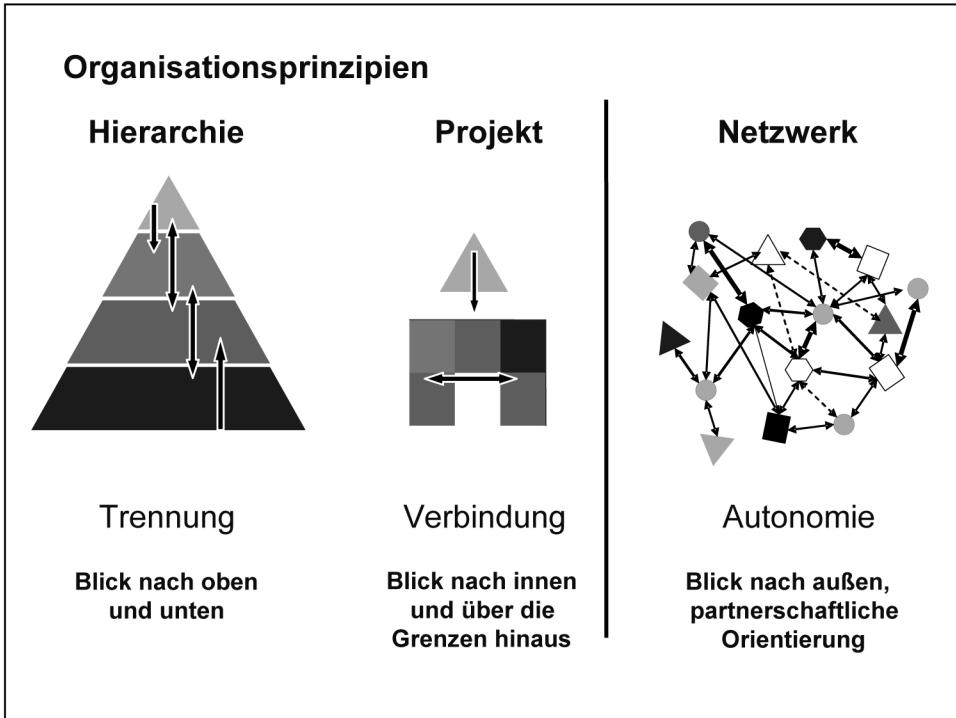


Abb. 1: *Organisationsprinzipien*

Quelle: Eigene Darstellung inspiriert von und in Anlehnung an Littmann/Jansen 2000, S. 22

In Netzwerken müssen sich die Akteurinnen und Akteure immer wieder von neuem in die Rolle der anderen versetzen können; Perspektiven müssen wechselseitig einnehmbar sein (Fähigkeit zur Empathie).

Entscheidende Voraussetzungen für eine gelingende Kooperation mit Externen sind

- Finden einer gemeinsamen Realitätssicht,
- Kennen der eigenen Interessenlage und deren Prioritäten und
- die Bereitschaft, diese offen zu legen,
- Finden einer gemeinsamen Haltung in für beide Seiten wichtigen Belangen,
- Gemeinsame Definition klar vereinbarter Ziele und
- die Bereitschaft, Unterschiede (wenn nötig „unendlich“ lange) auszuhalten¹⁰ sowie
- genügend Grund- oder Selbstvertrauen, um mit einer gewissen Unsicherheit zu leben
- bzw. damit umgehen zu können.

In kommunikativen Prozessen ist es wichtig, sich stets bewusst zu sein, in welcher Organisationsstruktur (Hierarchie, Projekt, Netzwerk) eine Interaktion stattfindet. Dabei gilt es auch die unterschiedlichen Spielregeln oder Umgangsformen der verschiedenen Organisationsformen zu kennen und zu beachten. Hilfreich ist es zudem, die allgemeinen Kommunikationsregeln in den Kontext der jeweiligen Unternehmenskultur zu setzen.

Gelingt diese Art einer achtsamen und respektvollen Kommunikation, können Missverständnisse vermieden werden. In einem fragmentierten, komplexen und von unterschied-

10 Im oben skizzierten Sinn der Akzeptanz, dass jede Landkarte richtig ist, aber auch im Bewusstsein, dass nicht jede Landkarte für jeden Zweck geeignet ist.

lichen Interessen geprägten Umfeld haben Netzwerke nur Bestand, wenn es den Beteiligten gelingt, glaubwürdig und respektvoll zu kommunizieren.

V. Fazit

Erfolgreiches Netzwerken setzt ein hoch entwickeltes Verständnis für die Interessen und Kulturen der jeweiligen Partner voraus. Netzwerke bestehen und leben nur, solange sie den Beteiligten nützen und wenn die Gemeinsamkeiten groß genug sind. Für die Hierarchie stellt sich als besondere Herausforderung des bewussten Umgangs mit und den situativen Wechsels¹¹ von

- Führung aus den gewohnten *hierarchischen Strukturen* heraus zu
- partnerschaftlichem Verhandeln unter *anarchischen Bedingungen* dar.

Dies ist entsprechend ressourcenintensiv (vor- und hinter den Kulissen): Unterschiede sind unendlich lange auszuhalten. Es gilt, die angetroffene Komplexität zu akzeptieren, nicht sie zu reduzieren versuchen. Die Realität hat viele Gesichter. Jede Landkarte ist wahr: *Nicht entweder oder, sondern parallel: Oszillieren als Lösung und Losung*. Dadurch kann Vertrauen entstehen, ein wichtiger Erfolgsfaktor für Wandel und Innovation. Eine gezielte und aufmerksame Kommunikation ist dabei ein zentrales Instrument, um die zahlreichen Interaktionen so zu steuern, dass das Produkt mehr wird, als „die Summe seiner Teile“. Der Wandel wird zu einer Frage gelingender Kommunikation.

Literaturverzeichnis

- Auerbach, Holger (2008), Leistungen vernetzen – für Spitäler eine Chance, in: Competence, Heft 3, S. 11.
- Bapst, Ludwig (2003), Die Finanzierung und Steuerung der Spitäler und ihre Auswirkungen auf die alten Menschen, in: Der alte Mensch im Spital – Altersmedizin im Brennpunkt, hrsg. von Erwin Carigiet und Daniel Grob, Zürich, S. 83-97.
- Berchtold, Peter (2003), Neue Qualitäten für Chronische, in: Die Umarmung des Hippokrates – Systemintegration im Gesundheitswesen, hrsg. von Peter Berchtold und Elisabeth Michel-Alder, Zürich, S. 97-112.
- Berchtold, Peter und Christof Schmitz (2008), Einmal anders: Was kann Management von der Medizin lernen?, in: OrganisationsEntwicklung, Zeitschrift für Organisationsentwicklung und Change Management, 27. Jg., Heft 1, S. 16-22.
- Berwick, Don (2005), The John Eisenberg Lecture: Health Services Resarch as a Citizen in Improvement, in: Health Services Research, vol. 40, no. 2, pp. 317-336.
- Blarer, Ruth von (2003), „Was nützt es traurig zu sein?“, in: Der alte Mensch im Spital – Altersmedizin im Brennpunkt, hrsg. von Erwin Carigiet und Daniel Grob, Zürich, S. 110-117.
- Bloch, Ernst (1959), Das Prinzip Hoffnung, Bd. II, Vierter Teil (Konstruktion): Grundrisse einer besseren Welt, Zürich.
- Borisch, Bettina (2008), Mehr Qualität dank Vernetzung?, Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP, Ircheltagung 2008, http://www.sggp.ch/tagungen/tagung/august21_08.cfm (Zugriff: 30.08.2008).
- Buddeberg, Claus (2003), Zur Integralen Betreuung alter Menschen – ein biopsychosoziales Modell in der Akutspitalbehandlung, in: Der alte Mensch im Spital – Altersmedizin im Brennpunkt, hrsg. von Erwin Carigiet und Daniel Grob, Zürich, S. 150-156.
- Carigiet, Erwin (2001), Gesellschaftliche Solidarität. Prinzipien, Perspektiven und Weiterentwicklung der sozialen Sicherheit, Basel–Genf–München.

11 Stetes Bewusstsein der „Kommunikationssituation“: In welchen Organisationsformen bewegen wir uns wann und wie?

- Carigiet, Erwin (2003), Gesundheitswesen – Aspekte gesellschaftlicher Solidarität, in: Der alte Mensch im Spital – Altersmedizin im Brennpunkt, hrsg. von Erwin Carigiet und Daniel Grob, Zürich, S. 13-47.
- Carigiet, Erwin (2006), Die Schweiz: sozial und gerecht? Die neue soziale Frage, in: Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge, 50. Jg., Heft 5, S. 385- 407.
- Dörner, Klaus (2003), Ein gelingendes Leben bedarf auch der Last, Interview geführt durch Christiane Grefe und Elisabeth von Thadden, in: Die Zeit, Nr. 11, S. 33.
- Fritz, Robert (2000), Den Weg des geringsten Widerstands managen. Energie, Spannung und Kreativität in Unternehmen, Stuttgart.
- Günter, Bernhard J. (2003), Ökonomie und Gesundheit, in: Die Umarmung des Hippokrates – Systemintegration im Gesundheitswesen, hrsg. von Peter Berchtold und Elisabeth Michel-Alder, Zürich, S. 121-159.
- Hayakawa, Samuel I. (1971), Semantik, Sprache in Denken und Handeln, 4. Aufl., Darmstadt.
- Höpflinger, François und Astrid Stückelberger (1999), Demographische Alterung und individuelles Altern, Ergebnisse aus dem nationalen Forschungsprogramm Alter/Vieillesse/Anziani, Zürich.
- Horisberger, Bruno (2002), Sehnsucht nach dem omnipotenten Arzt?, in: Zukunft Medizin Schweiz, hrsg. von Werner Stauffacher und Johannes Bircher, Zürich, S. 236-249.
- Inversini Simone, (2008), Wirkungsvolles Change Management in Abhängigkeit von Situativen Anforderungen – Eine Untersuchung zu einem Kontingenzenmodell, in: Unternehmensgestaltung im Spannungsfeld von Stabilität und Wandel, hrsg. von iafob, Institut für Arbeitsforschung und Organisationsberatung, Zürich, S. 327-348.
- Kesselring, Annemarie und Elsbeth Wandeler (2007), Pflege und Rationierung, in: Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, Beiträge zur Debatte in der Schweiz, hrsg. von Markus Zimmermann-Acklin und Hans Halter, Basel, S. 156-163.
- Kurscheid, Clarissa (2007), Integrationsversorgung: Gründungsmanagement und Netzwerkpflege, in: Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen, Beiheft 35, S. 38-49.
- Littmann, Peter und Stephan A. Jansen (2000), Oszillodox. Virtualisierung – die permanente Neuerfindung der Organisation, Stuttgart.
- Martin, Jean (1996), Médecine pour la médecine ou médecine pour la santé?, Lausanne.
- Michel-Alder, Elisabeth (2003), Handlungsfelder in Transformation, in: Die Umarmung des Hippokrates – Systemintegration im Gesundheitswesen, hrsg. von Peter Berchtold und Elisabeth Michel-Alder, Zürich, S. 183-209.
- Pelizzari, Alessandro (2003), Ökonomisierung, in: Wörterbuch der Sozialpolitik, hrsg. von Erwin Carigiet, Ueli Mäder und Jean-Michel Bonvin, Zürich, S. 220.
- Rüegg-Stürm, Johannes (2002), Das neue St. Galler Management-Modell, Bern–Stuttgart–Wien.
- Rüegg-Stürm, Johannes (2008), Operation gelungen, Patient gestorben. Glückliche und weniger glückliche Wege zu einer besseren Kosteneffizienz von Spitälern, in: Schweizerische Ärztezeitung, Heft 33, S. 1413-1416.
- SAMW, Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (2004), Zukunft Medizin Schweiz, Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts, Basel.
- Schulz-Nieswandt, Frank und Clarissa Kurscheid (2004), Integrationsversorgung, Münster u. a.