

8. Zürcher Geriatrieforum Waid , 3. Juli 2008 – Abstract Dr. Erwin Carigiet

Oszillierende Organisationen – kommunikative und kulturelle Herausforderungen für das Gesundheitswesen

Während unter dem Begriff „oszillieren“ allgemein ein mechanisch-physikalisches Schwingen zwischen Polen verstanden wird, bezeichnet er in der neueren Managementlehre (vgl. Peter Littmann/Stephan A. Jansen, Oszillodox. Virtualisierung – die permanente Neuerfindung der Organisation, Klett Cotta 2000 Stuttgart) 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*

- 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.

Das Oszillieren zwischen paradoxen Strukturen und Anforderungen erweitert das Wissen *und* die Handlungsmöglichkeiten einer Organisation, so dass sie auf komplexe Herausforderungen adäquat reagieren kann.

Das heutige Umfeld im Gesundheitswesen stellt sich bekanntermassen sehr komplex dar. Das Gesundheitswesen ist einerseits einer der bedeutsamen Wirtschaftsfaktoren der Moderne, ja BIG BUSINESS im eigentlichen Sinn des Wortes, geworden, und andererseits mit existenziellen Fragen der menschlichen Existenz (Leiden, Hinfälligkeit, Tod) beschäftigt. Ständiger Wechsel oder Gleichzeitigkeit zwischen so unterschiedlichen Anforderungen und Erwartungen, die sich auch in den Organisations- und Finanzierungsstrukturen abbilden (es sei als Beispiel nur auf die unterschiedlichen Finanzierungsmechanismen der Akut- und Langzeitpflege verwiesen), gehören heute für viele AkteurInnen zum Alltag. Jedes (Berufs-) System (Medizin, Pflege, Versicherung, etc.) hat zudem sein eigenes Wissen, seine eigene Erfahrung und Kultur und folgt eigenen Regeln der Kommunikation.

Betrachtet man das (reale) Gesamtsystem als dreidimensionale Realität, dann bilden die AkteurInnen (LeistungsebringerInnen, FinanziererInnen, PatientInnen, Management, Politik) im System, als Organisationen oder Individuen, ihre Geschichte, Kultur und ihre Standpunkte als eigene (zweidimensionale) Landkarte ihrer spezifischen Interessen ab. Allerdings gilt (Zitat nach Alfred Korzybski und S. I. Hayakawa): „Die Landkarte ist nicht die Landschaft.“ Eine Landkarte sagt jedoch nicht alles über das gezeichnete Gelände aus, genauso wie Worte nie die beschriebenen Dinge sind.

Auch im Gesundheitswesen existieren zahlreiche unterschiedliche parallele Realitäten mit unzähligen entsprechenden Landkarten. Zum Beispiel der Umgang mit der „Kostenexplosion der Gesundheitskosten“, also die Beurteilung der Kostenentwicklung: Bei wem liegt hier die Hauptverantwortung? Bei den PatientInnen, den Leistungserbringenden, der Pharmaindustrie oder beim medizinischen Fortschritt?

Die unterschiedlichen Interessenlagen zu kennen – die fremden wie auch die eignen – 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 sie zu reduzieren.

Eine Voraussetzung hierfür ist die „ermöglichende 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“. Integrierte Gesundheitssysteme sind ein wichtiger Schritt in diese Richtung (vgl. die beiden vorangegangenen Geriatrieforen 2006 und 2007).

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 auch gewagte Konstrukte zu tragen vermag. Ein Beispiel: KonkurrentInnen schliessen sich für bestimmte Aufgaben zusammen und arbeiten gezielt in Netzwerken zusammen. *Ziel ist dabei, das die PatientInnen vermehrt zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort in den richtigen Händen sind.* Erfolg definiert sich nicht mehr allein durch die eigene Kernkompetenz, sondern zusätzlich durch die Virtualität der Organisation und ihrer AkteurInnen, also der Fähigkeit, Beziehungen nach innen und aussen zu aktivieren.

Am Beispiel der LeistungserbringerInnen bedeutet dies, dass sie in der Integrierten Gesundheitsversorgung

- nicht mehr länger allein nur LeistungserbringerInnen sein,
- sondern vermehrt zu NetzwerkintegratorInnen von LeistungserbringerInnen, Finanzierenden und PatientInnen werden.