

Von parallelen Realitäten – kommunikative und kulturelle Herausforderungen für die Integrierte Versorgung

Key Note 2. Kölner Symposium zur Integrierten Versorgung an der Hochschule Fresenius vom 6./7. April 2011

Dr. Erwin Carigiet, Spitaldirektor Stadtspital Triemli, Zürich

Die Landkarte ist nicht die Landschaft

Das Gesundheitswesen ist einerseits ein bedeutsamer Wirtschaftsfaktor, ja BIG BUSINESS, und andererseits – wie seit je her – mit existenziellen Fragen, mit Leiden, mit Hinfälligkeit und mit dem Sterben beschäftigt. Dieses Spannungsfeld verlangt den Akteurinnen im Alltag einen ständigen Perspektivenwechsel ab.

Betrachtet man das Gesamtsystem als eine mehrdimensionale Realität, so setzt sich diese aus unterschiedlichsten „Landkarten“ der beteiligten Akteure zusammen. Die Leistungserbringer, die Stadtspitäler, die Haus- und FachärztInnen, die FinanziererInnen, die Patienten, das Management und die Politik – alle Akteure orientieren sich an ihrer eigenen Landkarte, in welcher sich der eigene Standpunkt, Position, Kultur und Interesse widerspiegeln.

Somit gilt: „Die Landkarte ist nicht die Landschaft.“ Eine Landkarte sagt nie alles über das abgebildete Gelände aus, genauso wenig wie Worte nie die beschriebenen Dinge sind (Hayakawa S. I., 1971, Semantik, Sprache in Denken und Handeln, 4. Aufl., Darmstadt, S. 330 ff.).

Für sich alleine betrachtet ist zwar jede Landkarte richtig, aber nicht jede ist geeignet, denselben Zweck zu erfüllen, dasselbe Ziel zu erreichen:

Natürlich ist eine Stadtkarte mit grosser Kernzonensicht bestens für Touristen beim Kölner Dom geeignet, für den verirrtten Pizzalieferanten im Aussenquartier ist sie allerdings wenig hilfreich.

Die schematischen Pläne des öffentlichen Verkehrs - mit all ihren Strassenbahn-, Autobus- und Schnellzuglinien - führen die Pendler trotz/ oder dank ihrer hohen Abstrahierung ans Ziel. Ziemlich ziellos blieben demgegenüber die Autofahrer – ohne Aufschluss über Entfernungen, Ausfahrten oder Einbahnstrassen bei den dargestellten Haltestellen.

Und was dem modernen „Urbanisten“ die Google-Maps-Restaurant-Suche am Feierabend – ist dem Schatzsucher und Pfadfinder wohl die topographische Karte 1 zu 25'000.

Und immer geht es um die gleiche Stadt!

Auch das Gesundheitswesen verfügt über *zahlreiche solcher parallel-Realitäten (nicht parallel-Welten)*, deren Antworten in unterschiedlichen Abstraktionsgraden einzelne „wahre“ Aspekte beleuchten. Keine Wahrnehmung und Wertung kann jedoch die „alleinige Wahrheit“ für sich beanspruchen (Hayakawa 1971, S. 184 ff.).

Abnehmende gewohnte Ordnung

Da Realität, wie oben ausgeführt, nie für alle Menschen und Akteure gleich ist, nicht eindeutig erkennbar ist, werden identische Situationen völlig unterschiedlich bewertet und gedeutet. Als Organisation braucht es aber eine „Landkarte“, einen Ausgangspunkt, eine Realität, auf die man sich beziehen kann.

Zur Frage der abnehmenden gewohnten Ordnung sei folgende These aufgeworfen: In den letzten Jahrzehnten haben sich - oft auch als Abbild der Veränderungen in der Gesellschaft - viele Realitäten in der Gesundheitsversorgung verändert. Vieles wurde insgesamt weniger voraussehbar und immer komplexer. Die Normierungen, Gesetze, aber auch viele innere Landkarten der Betroffenen, konnten mit den Entwicklungen nicht Schritt halten. Dies führte zu einer vielseitig spürbaren Verunsicherung, die überdies wohl von Dauer sein wird.

Die Akteure des Gesundheitswesens bewegen sich in einem Umfeld, das sich auszeichnet durch

- zunehmende Fragmentierung und Segmentierung
- hohe Komplexität des Gesamtsystems
- unterschiedliche wirtschaftliche Interessen

Als Folge wird um die „richtige“ Realitätssicht, wie auch um die „richtige“ Verteilung der aktuellen und (sich angeblich oder tatsächlich verknappenden) zukünftigen Ressourcen gekämpft. Aus steuerungs-politischer 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.

Auf ein Theaterstück übertragen hiesse das; je nachdem, wann der Bühnenscheinwerfer was beleuchtet, welchen Schauspieler er in Szene setzt - aber auch welcher Sitzplatz vom Zuschauer gewählt wurde— zeigt sich ein anderes Bühnengeschehen. Ein Theaterstück kann also ganz anders dargestellt (Frage der Regie) als erlebt werden (Frage der Wahrnehmung des Publikums).

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

Integrierte Versorgung als Zielvorstellung und ermöglichende Kommunikation als Voraussetzung

Erfolg ist im Gesundheitswesen— aber nicht nur dort — zunehmend nicht mehr allein durch die eigene Kernkompetenz garantiert, sondern verlangt zusätzlich nach einer *Virtualität der*

Akteurinnen, d.h. der Fähigkeit, Beziehungen nach innen und aussen zu aktivieren (Littmann, Peter, Stephan A Jansen, 2000, Oszillodox. Virtualisierung – die permanente Neuerfindung der Organisation, Stuttgart, S. 32 ff.).

„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, Don, 2005, The John Eisenberg Lecture: Health Services Research as a Citizen in Improvement. Health Services Research, 40(2), S. 334)

Ein breit anerkannter Lösungsansatz für die Probleme der Fragmentierung ist die *Integrierte Versorgung*. Dabei geht es um das gezielte Schaffen von sektor- und fachübergreifenden Behandlungsabläufen und Versorgungsstrukturen. Integrierte Versorgung bedeutet *Arbeit in Netzwerken*.

In Netzwerken müssen sich die Akteurinnen und Akteure stets von Neuem in die Rolle der anderen versetzen können, Perspektiven wechselseitig einnehmen (Fähigkeit zur Empathie).

Der britische Ethnologe Nigel Barley hat in seinem Buch „Traumatische Tropen, Notizen aus meiner Lehmhütte“, 8. Auflage 2008, München, S. 20, einen solchen Perspektivenwechsel humorvoll umschrieben (die Szene spielt kurz vor seiner Abreise nach Afrika, wo er zwei Jahre bei Stamm der Dowayos verbringen sollte):

„Der Augenblick für letzte Ratschläge war gekommen. Meine Familie, die bar jeden ethnologischen Sachverstands war, wusste nur, dass ich bekloppt genug war, ins Land der Wilden zu gehen, wo ich in ständiger Furcht vor Löwen und Schlangen im Urwald leben und froh sein musste, wenn ich nicht im Kochtopf landete. Es war mir eine gewisse Genugtuung, dass, als ich von den Dowayos wieder Abschied nahm, der Häuptling des Dorfs, in dem ich mich aufgehalten hatte, erklärte, er würde mich liebend gern zu meinem Dorf in England zurückbegleiten, wenn er nicht Angst vor einem Land hätte, in dem es immer kalt sei, in dem reiße Tiere von der Art der europäischen Hunde in der Missionsstation lebten und in dem es, wie bekannt, Menschenfresser gebe.“

Entscheidende Voraussetzungen für eine gelingende Kooperation mit Externen sind eine gemeinsame Realitätssicht, mithin

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

Nur mit achtsamer und respektvoller Kommunikation können Missverständnisse vermieden und – noch wichtiger – *Brücken gebaut werden*. Alle Standpunkte und Interessenlagen zu kennen –

die fremden wie die eigenen – erlaubt das Ausschöpfen aller Handlungsmöglichkeiten und gestattet erst das Oszillieren im unübersichtlichen und mehrdimensionalen Raum.

Bei der „ermöglichenden Kommunikation“ gilt es, die anderen Standpunkte grundsätzlich auch als legitim anzuerkennen. Kommunikation wird dabei zum zentralen Instrument, um die zahlreichen Interaktionen so zu gestalten, dass das Produkt mehr wird, als „die Summe seiner Teile“.

Über Kommunikation können die individuellen Landkarten zu EINEM Relief geformt werden, kann eine *gemeinsame Realität und eine gemeinsame Sprache* geschafften werden. Solch ein Fundament vermag auch „revolutionäre“ Konstrukte zu tragen. Ein Beispiel: Konkurrentinnen schliessen sich für bestimmte Aufgaben zusammen und bilden ein Netzwerk mit dem EINEM *Ziel: Patienten/-innen sind zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort in den richtigen Händen!* Integrierte Versorgung ist nur als Arbeiten im Netzwerk umsetzbar.

„Networking“ verlangt aber auch nach einem anderen Führungs- und Handlungsverständnis als das übliche Arbeiten in hierarchischen Strukturen. Somit sind anpassungsfähige Akteure gefragt, die die verschiedenen Kulturen ineinander überführen – von der anordnenden, hierarchischen Organisationsform, in sich zusammenraufende Projekte hin zum sich ausbalancierten Netzwerk.

Fazit

Netzwerke bestehen solange sie den Beteiligten nützen und die Gemeinsamkeiten gross genug sind. Erfolgreich sind sie, wenn partnerschaftliches Verhandeln unter „*anarchischen*“ *Bedingungen* möglich wird - dank professionellem Umgang mit allen Interessen und Kulturen. Der Wandel wird zu einer Frage gelingender Kommunikation.