

Christof Schmitz

Qualifiziert für Innovation und Vernetzung?

Der fortschreitende Vernetzungstrend im Gesundheitswesen erfordert Kompetenzen im Umgang mit kulturellen Unterschieden der verschiedenen Akteure. Hier muss die Berufsausbildung ansetzen: Denn verschiedene Rollen- und Berufsbilder und Abgrenzungsbestrebungen gegenüber anderen erschweren Dialoge oft in bedeutsamer Weise.

In der NZZ vom 29. Februar 2008 [2] erschien ein Beitrag, in dem die Möglichkeit erörtert wurde, dass akademisch ausgebildete Pflegefachleute Aufgaben der Hausarztmedizin übernehmen könnten. Die Autoren, Dozenten der Pflegewissenschaften, meinen, «Aufgaben und das Rollenverständnis von Pflegefachpersonen sollten über Berufs- und Standesgrenzen hinweg neu diskutiert werden». Relevant für diese Diskussion seien insbesondere das verstärkte Aufkommen von chronisch Kranken, die Notwendigkeit, diese in Teamarbeit zwischen ÄrztInnen und Pflegenden zu betreuen, und der potentielle Beitrag der Pflegefachpersonen zu einer verbesserten Kosteneffizienz.

Hier finden wir im Nukleus eine Reihe der aktuellen Themenstellungen, die auch zu Diskussionen im Bildungsbereich führen und führen müssen. Während die Nennung von Krankheitsbildern oder demographisch-epidemiologischen Entwicklungen ebenso zum (relativ) unproblematischen Allgemeinbestand solcher Diskussionen zählt

Innovationen, die von «unten» kommen,
müssen die Abwehrreihen jener,
die ihre Territorien in Gefahr sehen,
durchbrechen

wie die von Kostenüberlegungen, lässt der «berufs- und standesübergreifende» Aspekt aufhorchen. Zugespielt gefragt: «Darf» es sein, dass Pflegenden Tätigkeiten von ÄrztInnen wahrnehmen? Aber was sind ärztliche Tätigkeiten? Wo beginnen diese, und wo hören sie auf? In manchen Fällen ist das klar wie Quellwasser, in anderen so wie Schuhwichse, um ein Bonmot Johann Nestroys zu bemühen. Offensichtlich sind die Grenzen nicht ganz scharf zu ziehen. Einige Tätigkeiten sind weniger aus konkret fachlichen denn aus historischen und gelegentlich auch standespoli-

tischen Gründen der ärztlichen Berufsgruppe zugeteilt.

In dieser Schnittstelle liegt Innovationspotential. Clayton Christensen und Mitarbeitende haben dies vor einigen Jahren in einem wichtigen Artikel zu «disruptive innovations» im Gesundheitswesen thematisiert¹.

Sie beschreiben, wie stark die Entwicklung der Medizin und ihrer Nachbarfelder wie der Medizintechnik oder der Pharma auf die Behandlung schwerer Erkrankungen und die Verbesserungen ihrer diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten fokussiert ist. Die positive Folge ist, dass die Gesamtkompetenz im System ansteigt und eine Fülle schwerer und schwerster Krankheiten behandelt werden kann. Gleichzeitig erzeugt dieser Fokus aber auch eine Tendenz zu teuren Behandlungssystemen, so dass auch für einfachere, weniger dramatische Erkrankungen vor allem Hochkostensysteme zur Verfügung stehen.

Ein Beispiel: Wenn Universitätsspitäler Blinddärme operieren, ist das für die Lehre hilfreich, unter Kostengesichtspunkten aber problematisch. Die Frage, die sich stellt, lautet, wie zu unterschiedlichen Leistungsniveaus entsprechende effiziente Angebote offeriert werden können. Welche Leistungen benötigen chronisch Kranke, akut schwer Erkrankte, und von wem und welcher Einrichtung können diese mit welchen Kosten wahrgenommen werden? Abbildung 1 unterscheidet beispielhaft vier Leistungsebenen und vier Leistungserbringer, die aufsteigend Kompetenz – und Kosten – ins Spiel bringen. Offensichtlich macht es wenig Sinn, wegen eines Schnupfens einen HNO-Spezialisten aufzusuchen, wie es umgekehrt nicht möglich ist, sich selbst mit einer neuen Hüftprothese zu versorgen. Neben diesen evidenten Fällen gibt es andere, wie etwa die längerfristige Betreuung von Patienten mit einer Herzschwäche, die kombiniert von Pflegenden und ÄrztInnen betreut werden können, wie Beispiele aus anderen Ländern zeigen.

Disruptive oder störende Innovationen kommen tendenziell von «unten». Beispiele neben dem genannten bieten



Christof Schmitz

¹ Christensen CM, Bohmer R, Kenagy J. Will disruptive innovations cure health care? Harvard Business Review 2000 (Sept/Oct):102–12.

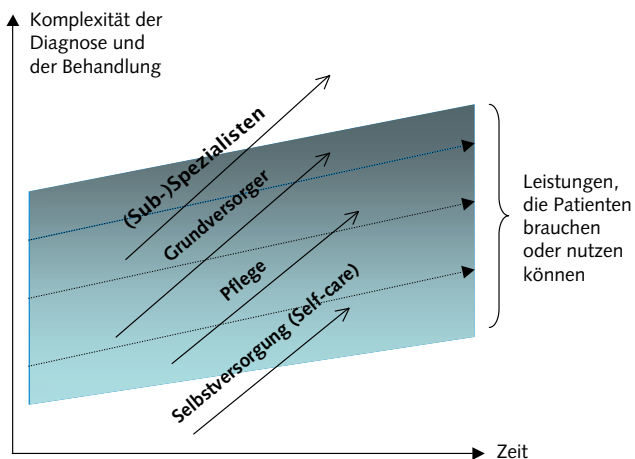


Abb. 1 Leistungsebenen und Leistungserbringende.

einfache Technologien, die die Selbstversorgungsmöglichkeiten von Patienten stärken, oder auch die Übernahme von Tätigkeiten von einer «oberen» auf eine «untere» (kostengünstigere) Ebene. Innovationen wie diese, also solche, die von «unten» kommen, sind üblicherweise starkem Widerstand ausgesetzt. Sie müssen die Abwehrrufen jener, die ihre Territorien in Gefahr sehen, durchbrechen. Worauf Christensen und Mitarbeitende hinweisen, ist, dass die Identitäten und die Geschäftsmodelle der Beteiligten in den Gesundheitssystemen tendenziell in «nach oben gerichtetem» Sinne orientiert sind. Würde beispielsweise die Wahrnehmung einer Reihe von grundversorgerischen Tätigkeiten durch Pflegenden – wie sie etwa in dem erwähnten NZZ-Artikel nahegelegt werden – nicht Risiko bedeuten, weil Pflegenden weniger in der Lage wären, kritische Signale, die auf schwerwiegende Krankheiten hinweisen könnten, wahrnehmen? Hier zu diskutieren ähnelt rasch einem Griff in ein Schlangennest, weil unmittelbar Glaubens-, Einfluss- und Einkommensverhältnisse ganzer Populationen betroffen sind. Die Gruppen hier sind zudem ganz besondere, nämlich professionelle.

Professionen

Professionen sind ein spezielles gesellschaftliches Organisationsprinzip. Sie bilden Berufsstände mit ihren Standesorganisationen, die ihre eigenen Aus- und Weiterbildungen entwickeln und verwalten. Darüber wird der Zugang zur Profession geregelt, sie beziehen sich auf wissenschaftliches Wissen und bringen ihre eigenen Qualitäts- und Ethikstandards hervor. Professionen bilden ihre Mitglieder nicht nur aus, sondern – umfassender noch – sozialisieren sie. Das heisst, sie beschränken sich nicht

nur auf Wissensvermittlung, sondern beeinflussen ihre KandidatInnen in umfangreicher und tiefgehender Weise hinsichtlich Berufs- und Rollenverständnissen. Professionals zeichnen sich in der Regel dadurch aus, dass sie hochspezialisiert ausgebildet sind. Aufgrund ihres Spezialwissens – das für Aussenstehende kaum durchschaubar oder nachvollziehbar ist – bleibt den Professionals in der Regel die Kontrolle ihrer Arbeit selbst überlassen, wodurch sie ein grosses Mass an Autonomie in der Berufsausübung besitzen [5, 6].

Die Profession stellt die notwendige Struktur und Koordination zur Verfügung [5]. Die Arbeit von Professionals zeichnet sich neben hoher Autonomie auch durch eine hohe Differenzierung aus, weshalb professionelle Organisationen häufig mit Koordinationsproblemen zwischen den einzelnen Bereichen zu kämpfen haben [6]. Glouberman und Mintzberg [3] zeigen nach mehrjähriger Beobachtung des Spitalalltags, dass Spitäler die vier Subsysteme «Cure», «Care», «Control» und «Community» differenziert haben (Abb. 2).

«Cure» (die MedizinerInnen) und «Care» (die Pflegenden) arbeiten beide im operativen Kerngeschäft der Behandlung und Betreuung von Patienten. Ganz unterschiedliche Grundverständnisse trennen diese beiden Subsysteme: MedizinerInnen profilieren sich in ihren Fachdisziplinen, kontrollieren Behandlungsentscheidungen und orientieren sich gerne ausserhalb der Spitalhierarchie. Die Pflegenden widmen sich vor allem den Betreuungsprozessen, koordinieren vieles rund um den Patienten und orientieren sich eher innerhalb der Organisation. «Control» (das Manage-

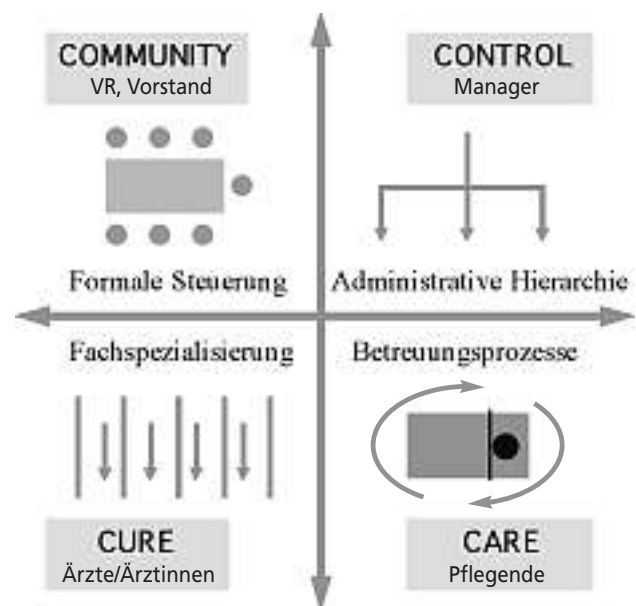


Abb. 2 Die vier Subsysteme in Spitälern nach Glouberman und Mintzberg.

ment) identifiziert sich mit der formalen Hierarchie, kontrolliert Ressourcen (Budget, Betten, Stellen) und hat die Aufgabe, das Spital zu leiten. Das der Gesamtorganisation vorgesetzte Gremium («Community») ist als Repräsentant der Öffentlichkeit zur Aufsicht verpflichtet und bildet gleichzeitig die formale Verbindung zur Aussenwelt. Die je eigenen Selbstverständnisse, Kulturen, Hierarchiebezüge und Orientierungen, die diese vier Subsysteme charakterisieren, entwickeln sich, wie erwähnt, während der beruflichen Ausbildung und Arbeit in den spezifischen Kontexten.

Mintzberg und Glouberman beanspruchen mit ihrem Kreuz, nicht nur Aussagen zum Krankenhaus, sondern auch über das Funktionieren des Gesundheitssystems als Ganzes machen zu können. Sie hieven dazu das Kreuz auf die Systemebene und setzen «Cure» mit dem stationären Akutbereich, «Care» mit Grundversorgung, Rehabilitation usw., «Control» mit Krankenkassen, Versicherungen usw. und «Community» mit Staat und Politik gleich (Abb. 3).

Tatsächlich sind zwischen den so beschriebenen Subsystemen des Gesundheitswesens analoge Kulturunterschiede und Grundhaltungen festzustellen, wie sie für das Krankenhaus beschrieben sind: Spitäler sind entlang medizinischer (Sub-)Spezialitäten konfigurierte Einrichtungen zur Behandlung von Patienten mit akuter Krankheit oder akutem Schub eines chronischen Leidens. «Care» umfasst eine Vielzahl unterschiedlicher Einrichtungen und Professionals (GrundversorgerInnen, Rehabilitationseinrichtungen, spitalexterne Pflege usw.), die sich aber alle vor allem den Betreuungsprozessen widmen und sich rund um den Patienten koordinieren. Man kann wohl davon ausgehen, dass viele Erfahrungen von Netzwerken (Ärztetze, HMOs, Case Management usw.) als Referenzwerte solcher Systemgrenzen zwischen «Cure» und «Care» stehen können. Auch hier gelten zunächst «einfach» Kulturunterschiede, beispielsweise zwischen einem Spezialisten und einem Hausarzt oder zwischen Krankenhaus und Nachsorgeeinrichtung. Diese sind professionell unproblematisch, solange sie nicht die relevanten Einflussphären und Identitäten der Beteiligten tangieren. Wenn letzteres der Fall ist, und das wird rasch passieren, wenn gemeinsamer Handlungsbedarf und nicht nur «sequentielle» Weitergabe gegeben ist, dann darf erwartet werden, dass es zu ähnlichen Abgrenzungs- oder Abstossungsphänomenen kommt wie innerhalb des Krankenhauses.

Ist hier einer der Hintergründe zu finden, warum immer wieder die teilweise geringe oder langsame Weiterentwicklung von Vernetzungen zu beschreiben ist? In jedem Fall zeigen diese Überlegungen, dass eine differenzierte Gesamtsteuerung der Gesundheitssysteme nicht – wie in vielen politischen Diskussionen üblich – auf die Frage

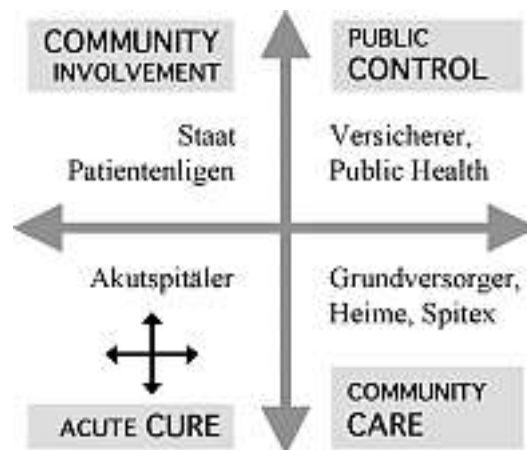


Abb. 3 Die vier Subsysteme des Gesundheitssystems.

«staatlicher (hierarchischer) Kontrolle versus wettbewerbliche Steuerung» reduziert werden kann. Weder ausschliesslich staatliche Organe noch der alleinige Wettbewerb unter Leistungsanbietenden werden erreichen, gleichzeitig Unnötiges zu verhindern und Notwendiges auch solidarisch zu ermöglichen. Eine differenzierte Steuerung setzt – in Analogie zum einzelnen Krankenhaus – Vertrautheit mit den hier beschriebenen Verschiedenheiten voraus und die Bereitschaft, diese in ihrer möglichen Komplementarität wertzuschätzen, statt sie als Grundlage eines Machtkampfes und der Ab- und Ausgrenzung einzusetzen. Eine erste wichtige Forderung an die Bildungslandschaft Managed Care wäre demnach, dieses Verständnis und einen wirkungsvollen Umgang damit in viel grösserem Umfang als heute zu vermitteln und zu stärken.

Innovation und Überbrückung

Nimmt man die im «Kreuz» des Spitals bzw. des Gesundheitssystems illustrierte Erkenntnis ernst, muss erstens erwartet (und gehofft) werden, dass grenzüberschreitende

Um ExpertInnen wirklich dialogfähig zu machen, ist einiges an Bildungsarbeit zu leisten

Innovationen kommen werden. Zwei Beispiele: Neue, einfache und relativ billige Technologien helfen Patienten, sich besser (und länger) selbst versorgen zu können (z.B. durch eigenständiges Monitoring gesundheitsrelevanter Daten). Eine Reihe bislang ärztlicher Leistungen in der Behandlung von chronisch oder langfristig zu pflegenden Kranken wird von speziell ausgebildeten Pflegen-

den erbracht. Die Hoffnung, dass «disruptive innovations» wie diese «will cure health care systems», mag hochgehängt sein, aber ohne Zweifel steckt gerade darin grosses und wichtiges Potential für die Entwicklung innovativer Leistungsprozesse unserer Gesundheitssysteme.

Zweitens stellt sich die Frage der Vernetzung der unterschiedlichen Akteure, SpezialistInnen, ProfessionistInnen und Einrichtungen. Was kann diese Vernetzung befördern helfen? Andy Rihs, der vormalige Chef des Hörgeräteherstellers Phonak, formulierte einmal mit Bezug auf das erfolgskritische Mit- und Nebeneinander der unterschiedlichsten SpezialistInnen in seiner Firma: «Spe-

Erfolgreich wirken können wird jemand nur,
der nicht nur in hierarchischen Systemen,
sondern insbesondere unter
Netzwerkbedingungen effektiv sein kann

zialisten wissen extrem wenig. Wir versuchen aus allen Spezialisten Generalisten zu machen» [7]. Er meinte damit, dass einiges an Arbeit zu leisten sei, um ExpertInnen dialogfähig zu machen – sie sind es nicht von sich aus, bzw. es wurde ihnen während ihrer professionellen Sozialisierung wenn schon nicht ausgetrieben, so zumindest nicht beigebracht. Das ist eine der gar nicht so gerne gehörten Wahrheiten über ExpertInnen: Diese bleiben gerne unter sich oder in asymmetrischen Verhältnissen (gegenüber Laien), lernen relativ schlecht (jenseits ihrer Expertise) und sind vielfach abwehrend in ihrem Lernverhalten [1]. Auch Dietrich Dörner hat in seinen wegweisenden Experimenten zu Entscheidungsverhalten in komplexen Situationen – der berühmten Logik des Misslingens – bereits früh gezeigt, dass ExpertInnen besonders gerne scheitern.

Das Zitat von Andy Rihs bezeichnet die Einsicht in die weitreichenden Konsequenzen des Spezialistentums und die Notwendigkeit, aktiv Einfluss zu nehmen, um Dialoge über Subsystemgrenzen hinweg produktiv werden zu lassen. Kulturunterschiede bedeuten ja keineswegs unüberbrückbare Differenzen, aber sie erschweren Dialoge oft in bedeutsamer Weise. Nicht umsonst florieren heute Programme in interkulturellem Management in den Unternehmen. Dort, wo produktiv miteinander kooperiert werden soll, sind Kompetenzen im Umgang mit kulturellen Unterschieden entscheidend.

In der multikulturellen Welt des Gesundheitssystems ist das nicht anders. Kontakt zwischen den Welten wird dort rasch herausfordernd, wo höhere Intensitäten an Vernetzung und Gemeinsamkeit gegeben sind – wie beispielsweise in einer ernstgemeinten integrierten Versorgung.

Immer dann, wenn die (Sub-)Spezialisierungen einer Profession hinsichtlich ihrer Grenzlinien zu anderen Disziplinen tangiert werden, wird es sensitiv und sind Vernetzungs- und Überbrückungskompetenzen gefragt. Dazu zählen all jene Kompetenzen, die helfen, die Systemunterschiede im Gesundheitswesen zu verstehen und in ihnen erfolgreich wirken zu können. Erfolgreich wirken können wird jemand nur, der nicht nur in hierarchischen Systemen, sondern insbesondere unter Netzwerkbedingungen effektiv sein kann. In professionenübergreifenden Netzwerken tätig zu sein bedeutet, nur wenig mit (An-)Weisungen, aber viel mit wechselseitigen Unterstützungen operieren zu müssen. Netzwerke funktionieren dann gut, wenn die Mitglieder des Netzwerkes eine (mittel- bis langfristige) Stimmigkeit ihres Gebens und Nehmens erfahren. Damit sind Netzwerke ungleich sensibler als andere Sozialtypen auf die Balancierung von Kosten-Nutzen-Verhältnissen.

Damit haben wir drei Inhalte, die für innovative Bildung und Bildungsorganisationen in zukünftigen Gesundheitssystemen relevant sein werden:

1. Innovationsfähigkeit schulen: Wie entstehen Innovationen und was fördert diese?
2. Interkulturelle Kompetenzen entwickeln: «How to deal with Doctors, Nurses, Managers ...?»
3. Netzwerkfähigkeiten entwickeln: das wichtige dritte Prinzip neben Hierarchie und Markt verstehen und die entsprechenden Kompetenzen entwickeln.

Literatur

- 1 Argyris C. Wenn Experten wieder lernen müssen. *Harvard Manager* 1991 (13);4: 95-107.
- 2 De Geest S, Schwendimann R, Spichiger E, Cignacco E. Akademisch ausgebildete Pflegefachleute in der Hausarztmedizin. *NZZ* vom 29.02.2008.
- 3 Glouberman S, Mintzberg H. Managing the care of health and the cure of disease – part I: Differentiation. *Health Care Management Review* 2001, Winter: 56-69.
- 4 Lozeau D, Langley A, Denis JL. The corruption of managerial techniques by organizations. *Human Relations* 2002 (55);5: 537-64.
- 5 Mintzberg H. Covert leadership: Notes on managing professionals. *Harvard Business Review* 1998, November-December: 140-47.
- 6 Mintzberg H. Mintzberg über Management. Führung und Organisation. Mythos und Realität. Wiesbaden: Gabler 1991.
- 7 Schmitz C, Zucker B. Wissensmanagement. Regensburg, Berlin: Metropolitan 2003.

christof.schmitz@college-m.ch