

Rezension zu: Jürgen Pelikan, Stefan Wolff (Hrsg.): Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation. 1999

Bauch, Jost

Veröffentlichungsversion / Published Version

Rezension / review

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Bauch, J. (1999). Rezension zu: Jürgen Pelikan, Stefan Wolff (Hrsg.): Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation. 1999. [Rezension des Buches *Das gesundheitsfördernde Krankenhaus: Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation*, von J. Pelikan, & S. Wolff]. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 22(2), 190-195. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-40508>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

kussion an. Die beigelegte Kurzfassung sowie das zusammenfassende Kapitel 5 machen das Buch auch für den eiligen Leser empfehlenswert.

Dr. Marek Fuchs
Lehrstuhl für Soziologie II
Katholische Universität Eichstätt
85071 Eichstätt
Tel.: ++49.8421.93-1278
Fax: ++49.8421.93-2278
e-Mail: marek.fuchs@ku-eichstaett.de

Jürgen Pelikan/Stefan Wolff (Hrsg.), 1999: Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation. Juventa-Verlag, Weinheim, 276 S., 46,- DM (ISBN 3-7799-1174-4).

Jost Bauch

In den letzten Jahre wurde der Versuch unternommen, Gesundheitsförderung u. a. als Strategie der WHO auch auf das Krankenhaus als einer der wichtigsten Institutionen des Gesundheitswesens anzuwenden. Gesundheitsfördernde Krankenhäuser, so die Idee, sollen die Gesundheit ihrer Patienten und Mitarbeiter sowie die Bewohner des regionalen Umfeldes durch Programme der Gesundheitsförderung verbessern. Gleichzeitig soll sich das Krankenhaus durch Organisationsentwicklung zu einer „lernenden Organisation“ umwandeln und Ziele der Gesundheitsförderung in die Organisationsprogramme übernehmen und integrieren. Der von Pelikan und Wolff herausgegebene Reader beschäftigt sich mit den gesundheitspolitischen, den organisationswissenschaftlichen und interventionstheoretischen Grundlagen der Integration der Gesundheitsförderung in die Krankenhausarbeit. Der Band illustriert Projektstrategien, wie sie seit 1989 im Rahmen eines WHO-Modellprogrammes in Wien und seit 1993 im europäischen Pilotkrankenhausprojekt des internationalen Netzwerkes gesundheitsfördernder Krankenhäuser umgesetzt werden. Acht Praxisprojekte aus deutschen und österreichischen Krankenhäusern illustrieren Vorgehensweisen und Erfahrungen aus der Sicht von Wissenschaftlern und Krankenhauspraktikern. Den Praxisberichten ist ein ausführlicher theoretischer und konzept-

tioneller Teil vorangestellt. Der Band richtet sich an die Zielgruppe der Gesundheitswissenschaftler, Krankenhausmanager und -eigentümer, Gesundheitspolitiker, Organisationsberater und Krankenhausmitarbeiter.

Der erste von Pelikan und Halbmayr geschriebene Beitrag des Bandes befasst sich mit den gesundheitswissenschaftlichen Grundlagen von Gesundheitsförderung. Dabei versuchen die Autoren, die Strategien und Konzepte der Gesundheitsförderung aus einem neuen Gesundheitsbegriff herzuleiten, der Anleihen nimmt aus dem von Niklas Luhmann entwickelten „Autopoiesis“-Konzept und dem „salutogenetischen“ Ansatz von Aaron Antonovsky. In einer konzisen Darstellung schildern sie den Paradigemenwechsel vom klassischen WHO-Konzept (Gesundheit als Ziel: körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden) zur Auffassung und Bestimmung von Gesundheit als „Ressource“ (S. 15).

Gesundheit wird nicht mehr alleine als vorrangiges Lebensziel sondern als bedeutungsvolles „Lebens-Mittel“ aufgefasst. In Anlehnung an Luhmann werden die Personensysteme (als strukturell gekoppelter Zusammenhang von Körper, Psyche und sozialem Status) als autopoietische Systeme beschrieben, die auf der Basis des Austauschs mit ihren relevanten natürlichen und gesellschaftlichen Umwelten sich selbst reproduzieren müssen. Die Entstehung von Krankheit (Pathogenese) wie auch die Entstehung und Stabilisierung von Gesundheit (Salutogenese) hängt so im Wesentlichen von der Interaktion der Person mit seiner natürlichen und sozialen Umwelt ab. Pelikan und Halbmayr bringen es auf die prägnante Formel: „Die Gesundheit/Krankheit einer Person ist eine Funktion der Salutogenität/Pathogenität der Person und ihrer relevanten Umwelten“ (S. 18). Der Vorteil dieses systemtheoretisch aufgeladenen Gesundheitsbegriffs, der die Person als strukturell gekoppeltes System von Soma, Psyche und Kommunikation in einer natürlichen und gesellschaftlichen Umwelt begreift, liegt in der Tatsache, dass Gesundheit/Krankheit als Produkt komplexer pathogener und salutogener Interaktionsprozesse zwischen Person und Umwelt aufgefasst werden kann. Damit übersteigt man den medizinisch-somatistischen und damit „reduktionistischen“ Noxen-Ansatz und kann Gesundheit/Krankheit als multifaktorielles Geschehen auf verschiedenen Systemebenen (Soma, Psyche, Soziales) erfassen. Der so erweiterte und dynamisierte Gesundheits/Krankheitsbegriff kann damit ebenfalls gesundheitsförderliche Ressourcen erfassen und systematisch die Salutogenität/Pathogenität der Umwelt (Setting-Ansatz) in die Betrachtung miteinbeziehen. Ausgehend von diesem Gesundheits/Krankheitsbegriff werden sodann von Pelikan und Halbmayr die relevante Begrifflichkeit der Gesundheitsförderung und des sozialen Settingansatzes dargelegt und entfaltet. Der von den Autoren gewählte theoretische Ansatz der Definition von Gesundheit/Krankheit ist für die gesundheitswissenschaftliche Diskussion äußerst produktiv: Bei Weiterentwicklung dieses Ansatzes kann eine Basis für ein soziologisch fundiertes Gesundheits/Krankheitskonzept gefunden werden, eine Basis, die bislang in der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion fehlt und einem Theorie-Eklektizismus Vorschub leistet.

Auch Stephan Wolff, der sich im folgenden Beitrag mit den organisationswissenschaftlichen Grundlagen des Krankenhauses befasst, rekurriert im Wesentlichen auf die systemtheoretischen und organisationssoziologischen Grundlagen von Niklas Luhmann. Mit Luhmann unterscheidet er zunächst Interaktions- und Organisationssysteme, wobei Letztere durch Kommunikationen zu spezifizieren sind, die nicht wie bei Interaktionen auf die Anwesenheit der Interagierenden, sondern auf „Mitgliedschaft“ hin ausgerichtet sind. Über Mitgliedschaft ausgerichtete Systeme können sehr viel spezifischere Verhaltenserwartungen an das Organisationsmitglied geltend machen und sie können „Entscheidungen“ als spezielle Kommunikationsform produzieren und durchsetzen. Organisationen können, so Wolff in Anlehnung an Luhmann, „als autopoietische Systeme auf der operativen Basis der Kommunikation von Entscheidungen“ charakterisiert werden (S. 39).

Das Krankenhaus als spezielle Organisation ist selbstverständlich Teil des Gesundheitssystems. Insofern ist auch für das Krankenhaus die grundlegende Codierung des Gesundheitssystems bindend. Die grundlegende binäre Codierung des Gesundheitssystems ist nach Luhmann „krank/gesund“. Alle funktional ausdifferenzierten Sozialsysteme operieren auf der Basis einer eigenen Codierung: diese stellt eine eigene Typik der Informationsverarbeitung für das entsprechende Sozialsystem sicher und ist Grundlage für systemische Zuständigkeiten und systemspezifische Realitätskonstruktionen. Die Codierung krank/gesund mit dem Anschlusswert „krank“ und dem Reflexionswert „gesund“ stellt so sicher, dass das Gesundheitssystem für die Bearbeitung von Krankheit zuständig ist, so wie das Rechtssystem über die Codierung Recht/Unrecht für die Rechtsprechung oder das Wissenschaftssystem über die Codierung wahr/unwahr für die Produktion von Wahrheit zuständig ist. Wolff nimmt nun wahr, dass das Krankenhaus, wenn es auch auf Gesundheitsförderung ausgerichtet sein soll, mit der spezifischen Codierung des Gesundheitssystems in toto in Kollision gerät. Denn der Anschlusswert des „Systems der Krankenbehandlung“, wie Luhmann das Gesundheitswesen tituliert, ist „krank“, nicht „gesund“. Gesund ist nach Luhmann lediglich der Reflexionswert, man muss eine Vorstellung von Gesundheit haben, wenn man sich auf die Krankenbehandlung einlässt, so wie man eine Vorstellung von Unrecht haben muss, wenn man Recht sprechen will. Ist somit für das Krankenhaus (das ja Kranken-Haus und nicht Gesundheits-Haus heißt) als Teil des Systems der Krankenbehandlung der Anschlusswert „krank“ maßgebend, kann das Krankenhaus nicht ohne weiteres auf Gesundheitsförderung umgestellt werden: nur Krankheit ist für dieses System instruktiv, bei Gesundheit, so Luhmanns Diktion, bleibt nichts zu tun. Bei Gültigkeit der gesundheitssystemtypischen Codierung krank/gesund auch für das Krankenhaus reagiert dieses nur auf den eingetretenen Krankheitsfall und nicht auf mögliche zukünftige Probleme von heute noch gesunden Menschen. Doch Wolff konstatiert, dass es heute nicht mehr sinnvoll erscheint „das Gesundheitswesen primär als Krankenbehandlungssystem zu organisieren“ (S. 49). Um das Krankenhaus auch für Gesundheitsförderung zu öffnen, schlägt er eine Umorganisation und Umorientierung des Krankenhauses „von Krankheit auf die Differenz von gesund/krank“ (S. 49)

vor, „um von der einseitigen und ausschließlichen Ausrichtung der Entscheidungsprogramme und der Realitätssicht auf Krankheit wegzukommen“ (S. 49). Die Intention von Wolff ist klar: nicht nur Krankheit, sondern auch Gesundheit soll Anschlusswert der systemeigenen Operationen des Krankenhauses werden. Allerdings ist dies durch eine Vertauschung der Werte der binären Codierung krank/gesund auf gesund/krank nicht möglich. Schließlich sollen beide Werte, gesund und krank, Anschlusswerte werden. Doch dies ist aus systemtheoretischer Sicht mithin nicht möglich. Eine Codierung ohne Reflexionswert könnte keine Anschlussoperationen durchführen, weil sie durch den Verlust des Reflexionswertes nicht bestimmen könnte, was zwar prinzipiell möglich wäre (Kontingenzzproblem), aber als aktuelle Möglichkeit ausgeschlossen ist. Mithin können Systeme ohne Reflexionswert in der Codierung keine Systemgrenze stabilisieren. Das System verliert seine systemspezifische Weltsicht und damit die Orientierung, für welche „Events“ im unendlichen Ereignisstrom von Welt es zuständig wäre. Wenn alle Ereignisse anschlussfähig sind, sind letztlich keine Ereignisse mehr anschlussfähig, die Konstitutionsbedingungen des Systems zerfallen. An dieser Stelle rächt sich, dass Wolff die entsprechende Literatur zum medizinischen Code und zum Codewechsel im Gesundheitswesen in der gesundheitswissenschaftlichen Literatur nicht kennt (Bauch 1997, 1996). Nach Maßgabe dieser Konzeption operiert das Gesundheitssystem nämlich nicht auf der Traditionscodierung des Systems der Krankenbehandlung (krank/gesund) sondern auf der Basis der viel „breiteren“ Codierung „Gesundheitsförderlich/gesundheits-hinderlich“. Die Codierung krank/gesund ist demnach viel zu sehr am akutmedizinischen Paradigma der Medizin angelehnt und kann beispielsweise die präventivmedizinischen Operationen des Gesundheitssystems, das weit über das System der Krankenbehandlung hinausweist, nicht über diese enge Codierung „einfangen“. Das Krankenhaus, so die These, ist dabei Schnittstelle von verschiedenen Codes. Denn auch durch die Entwicklung der Hochleistungsmedizin wird die traditionelle Codierung der Akutmedizin unterlaufen. Wenn in der Reproduktionsmedizin eine In-vitro-Fertilisation oder eine künstliche Befruchtung der Eizelle im Mutterleib erfolgt, wenn durch Gentherapie bestimmte zukünftige Krankheitsdispositionen präventiv behandelt werden, so tranzendiert die rasante Entwicklung der Hochleistungsmedizin die Codierung krank/gesund, die auf den eingetretenen Krankheitsfall ausgerichtet ist. Nicht Krankheit ist der Auslösemechanismus für das Durchstarten der Hochleistungsmedizin, mehr und mehr ist es eine „idealisierte Copie“ menschlicher Existenz (so Attali 1981), welche die forschende Medizin antreibt. Der Hochleistungsstrakt der Medizin arbeitet so nach anderen Referenzregeln als die routinisierte Akutmedizin des Subsystems der Krankenbehandlung. Dadurch, dass Wolff am akutmedizinischen Code krank/gesund (oder umgedreht gesund/krank) festhält, verbaut er sich die Sicht auf die codeimprägnierten Schnittstellenprobleme der Krankenhausarbeit und findet so auch keinen Ansatzpunkt, wie man „traditionelle“ Krankenhausarbeit mit Programmen der Gesundheitsförderung zusammenbringen kann.

Der folgende Beitrag von Lobning, Nowak und Pelikan befasst sich mit Projektmanagement, Organisationsentwicklung und Networking. Die einzelnen Begrifflichkeiten und die dahinterstehenden Konzepte werden erklärt und an Beispielen illustriert. Wagner erläutert im folgenden Beitrag die Unterschiede zwischen Training, Personalentwicklung und Organisationsentwicklung aus einer interventionstheoretischen Perspektive. Wagner legt dar, wie im Unterschied zu Training und Personalentwicklung bei der Organisationsentwicklung nicht Einzelpersonen und deren Karriereperspektive im Zentrum stehen, sondern organisatorische Muster, Strukturen und Abläufe. Organisationsentwicklung erfolgt im Wesentlichen durch „Selbstorganisation“. Das Rückgrat von Organisationsentwicklung oder Organisationslernen ist dabei als „reflexives Lernen“ zu bezeichnen, insofern Strukturen und „Kulturen“ der Organisation an neue Aufgaben angepasst werden, wobei diese Anpassungsprozesse zum größten Teil durch die Organisation selbstinduziert sein müssen. Der folgende Beitrag von Freundlieb und Wolff befasst sich mit den Techniken der Projektevaluation, gefolgt von zwei Beiträgen über die Krankenhauslandschaft in Deutschland und Österreich. Abgeschlossen wird der theoretische Teil mit der Darstellung des Wiener WHO-Modellprojektes „Gesundheit im Krankenhaus“ und des europäischen Pilotkrankenhausprojektes.

Im praktischen Teil des Bandes werden acht konkrete Projekte des europäischen Pilotkrankenhausprojektes dargelegt. Dabei werden unterschiedliche Vernetzungsformen von Gesundheitsförderung und Krankenhausarbeit vorgestellt, seien es psycho-educative Gruppen für Patienten und Angehörige, seien es Gesundheitszirkel für Krankenhausmitarbeiter, seien es gesundheitsförderliche Aktivitäten im Umfeld des Krankenhauses oder Gesundheitsnetzwerke zwischen verschiedenen Krankenhäusern.

Zur Gesamtbewertung des Bandes ist zu sagen, dass es den Herausgebern gut gelungen ist, die Komplexität und Vielschichtigkeit der Thematik Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung im Krankenhaus darzustellen. Zwei kritische Punkte aus der Sicht des Rezensenten seien gleichwohl aufgeführt: Nicht immer ist es gelungen, theoretische und praktische Ausführungen im erforderlichen Maße abzustimmen. Im theoretischen Teil fehlt oftmals der besondere Bezug zum Krankenhaus, wie im praktischen Teil oftmals die Bezüge und „Ableitungen“ zum theoretisch-konzeptionellen Teil fehlen. Doch wahrscheinlich ist dies strukturell in allen Mehrautorenbüchern angelegt. Der zweite Einwand ist gravierender: Der Band ist insgesamt geprägt von einem „Projektidealismus“, als hier die Möglichkeiten der Organisationsentwicklung des Krankenhauses unter den Bedingungen der externen finanziellen Projektförderung diskutiert werden. Die entscheidende Frage wird dabei nicht beantwortet: Wie bewegt man ein ganz normales Krankenhaus dazu, in dem sich die finanzielle Situation durch Budgetierungs- und Sparzwänge kontinuierlich verschlechtert, sich dem Anliegen der Gesundheitsförderung zu öffnen, ohne dass diese Öffnung über Drittmittel finanziert wird? Erst eine solche Verbreitungs- und Diffusionsstrategie kann die Grundlage dafür sein, Gesundheitsförderung im Krankenhaus unter den ernüchternden Bedingungen des Alltags wirklich „unter die

Leute zu bringen“. Doch diese Fragestellung wird nicht einmal im Ansatz diskutiert und so überwiegt nach der Lektüre Skepsis: Die Krankenhäuser werden in ihre traditionelle Aufgabe zunehmend so eingespannt sein, dass sie kaum in der Lage sein werden, Ideen, Ressourcen und Kapazitäten für Gesundheitsförderung bereitzustellen. Dies steht leider zu befürchten und so dokumentieren die Projekte, was alles sein könnte, wenn die Welt auch im Krankenhausbereich nicht so wäre, wie sie ist.

PD Dr. Jost Bauch

Institut für Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung (IGO)

Herderstr. 3

53881 Euskirchen

Tel.: 02251/71300