Stefan Jung/Christoph Petzenhauser/ Harald Tuckermann

Im Dialog mit Patienten

Anatomie einer Transformation im Gesundheitswesen

Über alle Rechte der deutschen Ausgabe verfügt der Verlag für Systemische Forschung im Carl-Auer-Systeme Verlag, Heidelberg

www.carl-auer.de

Fotomechanische Wiedergabe nur mit Genehmigung des Verlages Umschlaggestaltung: Drißner Design und DTP, Meßstetten Printed in Germany 2001

Zweite Auflage, 2001 ISBN: 3-89670-300-5

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Ein Titeldatensatz für diese Publikation ist bei Der Deutschen Bibliothek erhältlich.

Die Verantwortung für den Inhalt liegt bei den Autoren.

Alle Rechte, insbesondere das Recht zur Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilme oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlags reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet werden.

Inhaltsverzeichnis

Einfuhrung	4
Kapitel I: Die Anatomie des Gesundheitswese Ein Novemberabend in Wetzlar	ns 16
Die Notfallversorgung im Lahn-Dill-Kreis	
Das A.N.RKonzept einer integrativen Notfallversorgung	25
Einfach nur Arzt sein können	29
Das gemeinsame Praxisfeld A.N.R.	34
Die Organisation der Notfallversorgung	40
Die Organisationslogik im Gesundheitswesen	44
Blickwechsel	53
Kapitel II: Die Welt durch die Augen von	
Patienten sehen lernen	
Die Praxis beobachten	65
Was ist ein Patient?	67
Zeitrhythmen eines Arztes	68
Symbole der Medizin	70
Wahrnehmungsmuster in der medizinischen Versorgung	71
Theorien aus der Praxis	73
Der Patient-Arzt-Würfel	73
Das Eisbergmodell	80
Vier Lebensfelder	93
Wie nehmen Patienten das Gesundheitssystem wahr?	106
Dialog als Prinzip	110
Was ist Dialog?	113
Kommunikationslogiken	115
Die soziale Technologie des Dialogs	
Reflexion	

Kapitel III: Die Wiedergewinnung der Möglichkeit	
Das Patientendialogforum	131
Der Einstieg	
An den Erfahrungen der Teilnehmer ansetzen	135
Die schöpferische Wende	141
Der Weg durch das "Nadelöhr"	142
Der schöpferische Dialog	144
"Wenn nicht wir, wer? – Wenn nicht jetzt, wann?"	147
Auf dem Weg in eine neue Kooperationsarchitektur	150
Die Entstehungsbedingungen	155
Ansetzen am individuellen Wissen der Teilnehmer	157
Vertrauensbildung	158
Die Vereinbarung der Grundprinzipien	159
Sichtbarkeit der Folgen von Handlungen	160
Räumliche und zeitliche Pluralität	161
Die Schaffung einer gemeinsamen Wirklichkeit	162
Der Übergang in einen schöpferischen Dialog	164
Ein neuer Gestaltungsspielraum	165
Kapitel IV: Anatomie einer Transformation i	m
Gesundheitswesen	
Implikationen	171
Literaturverzeichnis	184

Einführung

Die vorliegende Arbeit erzählt die Geschichte einer Veränderung. Sie handelt von Menschen, die aufhören auf Veränderung zu warten oder diese von anderen zu erwarten, sondern stattdessen danach fragen, was ihr Beitrag sein könnte, damit das Bestehende nicht bleibt wie es ist. Viele Menschen kennen wohl das Gefühl, wie ohnmächtig vor einem System zu stehen, dessen Bedingungen das eigene Leben schwer zu machen scheinen. Bürgerinnen¹ fühlen sich von den bürokratischen Strukturen der Politik eingeengt, Konsumenten verstehen die Entscheidungen der Wirtschaft nicht und Patientinnen, Pfleger, Ärztinnen sowie andere Akteure des Gesundheitswesens, das Gegenstand unserer Untersuchung sein wird, sehen sich mit Systembedingungen konfrontiert, deren Reformbedürftigkeit in einem krassen Gegensatz zu ihrer Reformfähigkeit zu stehen scheint, wie es der gesundheitspolitische Interventionismus der letzen Jahre unter Beweis gestellt hat.² Es gibt kaum einen gesellschaftlichen Bereich, in dem nicht das Bedürfnis unter den Akteuren besteht, dass sich die wahrgenommenen Verhältnisse zumindest teilweise ändern. Die Frage ist nur, wer

¹ Wir haben uns gegen den/die BürgerIn entschieden und werden stattdessen ohne Regelmäßigkeit zwischen der männlichen und weiblichen Form wechseln. Um jedem Missverständnis vorzubeugen: Mit der Wahl der jeweiligen Form ist keinerlei Wertung verbunden!

² "Die Ergebnisse der und die Erfahrungen mit der seit 1976 eingeleiteten Politik der globalen Kostendämpfung vermögen nicht zu überzeugen und nicht zu befriedigen. Die Mängel liegen darin, dass die Maßnahmen dieser Politik nicht zu den Wurzeln der Ausgabenüberhänge vorgedrungen sind und die Ursachen der Fehlsteuerungen nicht beseitigt haben. [...] Die Wirkung der Kostendämpfungsgesetze war deshalb jeweils nur von kurzer Dauer. Schon nach wenigen Jahren entstand ständig neuer Handlungsbedarf." (Zipperer, M. (1998): Zur Notwendigkeit der Gesundheitsreform, in: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Übersicht über das Sozialrecht S. 144, Vgl. auch Rosenbrock, R. (1998): Gesundheitspolitik – Einführung und Überblick, Wissenschaftszentrum Berlin (WZB), Arbeitsgruppe Public Health).

dafür verantwortlich ist. Diesen Zusammenhang im Blick formulierte ein Patient in Bezug auf das Gesundheitssystem: "Ich frage jetzt, wer bestimmt das dann, das System? Wer hat das System eingerichtet? Aber es muss doch jemand da sein, der das bestimmt, dass das so ist?"

Wenn Menschen danach fragen, wer für die Bedingungen verantwortlich ist, in denen sie leben, bleibt die Frage nach dem eigenen Beitrag zu eben diesen Bedingungen unumgänglich. Denn Systeme existieren nicht an sich, sondern sie entstehen und entwickeln sich im gesellschaftlichen Zusammenleben von Menschen. Und die Frage, die sich stellt, ist, wie die Bedingungen eines Systems mit den Handlungen der Systemteilnehmerinnen zusammenhängen. Die ökonomischen Restriktionen innerhalb des Gesundheitssystems oder dessen innere Funktionslogik sind also nicht unabhängig von den Handlungsmustern der beteiligten Akteure zu verstehen. Wer – mit seinem Auto im Verkehrsstau stehend – den eigenen Beitrag zum wahrgenommenen Problem nicht bedenkt, wird einer Lösung buchstäblich nur im Schneckentempo näherkommen. Zu erkennen, dass nicht der Stau das Problem, sondern man selbst der Stau ist, ist allerdings nur ein erster Schritt, um die Verhältnisse zu verändern. Ein zweiter besteht in der Thematisierung der unterschiedlichen Perspektiven, die die Systemteilnehmer bezüglich der vorzuschlagenden Lösungsstrategien und damit auch der bestehenden Bilder voneinander haben.

Denn selbst wenn der eigene Beitrag zur Funktionsweise eines Systems gesehen wird, kann er durch das Verhalten anderer Akteure gerechtfertigt werden. Man selbst kann nicht anders, weil die anderen nicht anders wollen. Solange aber andere als Begründung für das eigene Verhalten herhalten müssen, gibt es immer einen Grund, dass alles beim Alten bleibt. Im Gesundheitswesen ist das nicht anders: Selbst wenn die Akteure, seien es Ärzte, Krankenkassen, Politikerinnen oder Patienten, ihren eigenen Beitrag zur Funktionsweise des Gesundheitssystems erkennen, bleibt die Vielzahl der unterschiedlichen Perspektiven und Problemsichten doch eines der größten Hindernisse auf dem Weg zu einer Veränderung der

gegenwärtigen Situation. "Anders formuliert besteht die Schwierigkeit im Umgang der Akteure miteinander darin, dass die den jeweiligen Definitionen zugrundeliegenden Antworten auf das, was wir sind, wofür wir stehen und wohin wir gehen, nicht immer wieder neu thematisiert werden. Dies hat zur Folge, dass die unterschiedlichen Rationalitäten der Medizin, der Ethik, der Ökonomie usw. häufig unvermittelt nebeneinander stehen. Dieses Phänomen wird offensichtlich, wenn es darum geht, konkrete Probleme der Praxis zu lösen. Die verschiedenen Perspektiven auf die Praxis bringen es mit sich, dass in der Regel bereits eine gemeinsame Problembeschreibung, geschweige denn ein gemeinsamer Lösungsansatz, schwierig werden."

In dieser Arbeit, die das Ergebnis eines sechsmonatigen Forschungsprojekts im Gesundheitswesen ist, geht es um die regionale Entwicklung gemeinsamer Problemsichten und Lösungsstrategien. Wir versuchen zu rekonstruieren, wie sich neue Gestaltungsspielräume für die Veränderung wahrgenommener Systemdüsfunktionalitäten öffnen lassen und dabei der Frage nachzugehen, durch welche soziale Technologie⁴ diese Öffnung ermöglicht werden kann. Damit ist die Kernfrage dieser Arbeit benannt. Einen für uns sehr spannenden und in jeder Hinsicht lehrreichen Forschungskontext bildete das Ärztenetzwerk A.N.R. e.V. im hessischen Lahn-Dill-Kreis. Der Verein versucht auf regionaler Ebene – durch die Reformierung der Versorgungsabläufe in der Notfallversorgung – wahrgenommene Mängel von der Basis her zu verändern und über diesen Weg am Aufbau einer neuen Kooperationsarchitektur im Gesundheitssystem

³ Kayser, B./Schwefing, B. (1998): Managed care und HMOs: Lösung für die Finanzkrise der Krankenversicherung?, Bern, S. 16.

⁴ Wir verwenden den Begriff im Sinne von Kunst oder Kunstwerk (griech. *techne*). Bei einer sozialen Technologie handelt es sich um einen sozialen Prozess der Gestaltung von Bedingungen. Worum es nicht geht, ist das Aufstellen von vom "hier und jetzt" abstrahierbaren und von "Zeit und Raum" unabhängigen Regeln.

mitzuwirken. Das Forschungsprojekt, das wir gemeinsam mit Dr. Claus-Otto Scharmer vom Massachusetts Institute of Technology (MIT) in Boston und Dr. Ursula Versteegen von dhs health care systems GmbH durchführen konnten, hatte zum Ziel, den in dieser Arbeit darzustellenden Veränderungsprozess zu unterstützen und damit den Aufbau eines verbesserten Versorgungsprozesses der Notfallversorgung in der Lahn-Dill-Region zu fördern. Für den A.N.R. betreute Herr Dr. Gert Schmidt das Projekt, finanziert wurde es durch die Münchner Unternehmung dhs health care systems GmbH. Die Durchsicht des ersten Manuskriptes besorgten Silke Ehrhardt, Nikola Krücken und Andrea Weber. Tobias Gößling begleitete das Projekt für den Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre und Philosophie der Universität Witten/Herdecke. Allen Beteiligten sei an dieser Stelle herzlich gedankt. Ohne ihr Engagement hätte diese Arbeit nicht entstehen können. Ein ganz besonderer Dank gilt Frau Agnes-Marie Grisebach, in deren wundervollem Haus in Mecklenburg-Vorpommern wir einen idealen Entstehungsort für das Schreiben dieser Arbeit vorfanden und deren liebevollen Ermutigungen maßgeblich zum Gelingen dieser Arbeit beitrugen. Schließlich möchten wir uns bei Herrn Prof. Dr. Birger P. Priddat, dem Dekan der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften an der Universität Witten/Herdecke, herzlich für seine Unterstützung bedanken. Wir nennen Prof. Priddat stellvertretend für die Initiatoren und Macher der Universität Witten/Herdecke, an der wir stets zu Freiheit, Eigeninitiative und Selbstverantwortung ermutigt wurden.

Was den A.N.R. für unser Forschungsvorhaben besonders interessant gemacht hat, ist der Wille, möglichst viele Akteure und damit unterschiedliche Perspektiven am Veränderungsprozess der lokalen Gesundheitsversorgung zu beteiligen und das eigene Tun an den Bedürfnissen der Patienten auszurichten. Im Gegensatz zu anderen Ärzte- und Praxisnetzwerken, die sich auch andernorts verstärkt etablieren, handelt es sich bei den Aktivitäten des A.N.R um einen patientengetriebenen Erneuerungsprozess, um eine Transformation "von unten", die durch die Akteure selbst

vorangetrieben wird.⁵ Der Physiker David Bohm prägte den Satz: "Wenn wir zusammen-denken, können wir unsere gemeinsamen Probleme lösen." Die Anatomie⁶ des Transformationsprozesses, wie wir sie in dieser Arbeit beschreiben werden, ist eine Anatomie des "Zusammen-denkens", so wie es Bohm für die Lösung von gemeinsamen Problemen und die Veränderung sozialer Systeme vorgeschlagen hat. Dabei spielt der Dialogbegriff, wie er u.a. auch von Bohm verwendet wurde, eine zentrale Rolle.

Zunächst werden wir am Beispiel der Notfallversorgung die innere Funktionslogik des derzeitigen Gesundheitssystems und die Perspektiven, die sich für die Ärzte des A.N.R. daraus ergeben haben, entwickeln (Kapitel I). Damit geht es in diesem Kapitel um eine Rekonstruktion eines Status Ouo, wie er sich einem Teil der Akteure – den Ärzten – gegenwärtig darstellt. Zugleich thematisieren wir, wie es innerhalb des A.N.R. zu der Entscheidung kam, die Vereinsaktivitäten verstärkt an den Bedürfnissen der Patientinnen auszurichten, um so einen ersten Schritt auf dem Weg in eine neue Kooperationsform innerhalb des Gesundheitssystems zu gehen. Die Voraussetzung von Kooperation ist, die Perspektiven der Kooperationspartner zu verstehen. Im Rahmen des Forschungsprojekts führten wir deshalb eine sogenannte "Patientendialogstudie" durch (Kapitel II), in der wir mit über 130 Patienten und Bürgerinnen aus der Region über ihre Erfahrungen mit Krankheit, Gesundheit sowie den regionalen Versorgungsabläufen sprachen. Bei diesen Dialoggesprächen handelte es sich um den Versuch, die Probleme im Gesundheitswesen "durch die Augen von Patienten zu sehen", um für den A.N.R. Wissen darüber zu generieren, was ein verändertes System leisten müsste und worauf es dabei aus Patientensicht besonders ankommt. Die Durchführung der Studie fußt auf der Methode des Dialogs. Im Dialog werden Denkgewohnheiten und

⁵ Vgl. Versteegen, U. et al. (1998): Von ärztlicher Selbstverwaltung zu Selbststeuerung – Emergenz einer neuen Kooperationslandschaft im Gesundheitswesen?

⁶ Wir verwenden den Begriff im Sinne von Struktur bzw. Aufbau.

scheinbare Selbstverständlichkeiten der Gesprächspartner in Frage gestellt. Es geht dabei um die Herstellung eines Gesprächsraumes, in dem nicht der Austausch von bereits bekannten Standpunkten im Mittelpunkt steht, sondern die Entwicklung neuer gemeinsamer Ideen, die sich an der Zukunft ausrichten. Zwar handelt es sich hier um eine idealtypische Beschreibung, aber uns geht es darum, bereits hier eine erste Annäherung an die Metapher zu leisten, die wir in der Arbeit noch häufiger benutzen werden: Die Welt durch die Augen anderer zu sehen bedeutet, andere nicht als Objekt wahrzunehmen, sondern gemeinsam mit ihnen aktiv zu erforschen, was die Grundlagen unserer Denkkategorien sind. "Während des Dialogprozesses lernen Menschen, gemeinsam zu denken – nicht nur in dem Sinne, dass sie ein gemeinsames Problem analysieren oder neue Teile eines gemeinsamen Wissens erschaffen, sondern in dem Sinn, dass sie eine kollektive Sensibilität entwickeln, in der die Gedanken, Emotionen und die daraus resultierenden Handlungen nicht einem Individuum allein gehören, sondern allen zusammen."⁷ Die Ergebnisse der Patientendialogstudie wurden von uns im März 1999 auf dem vom A.N.R. veranstalteten "Patientendialogforum" den Gesprächspartnern, Ärztinnen, einigen Krankenkassenfunktionären sowie Vertretern aus Lokalpolitik und Medien vorgestellt. Das Forum sollte eine auf Dialog basierende Plattform schaffen, um einen gemeinsamen regionalen Veränderungsprozess zu initiieren (Kapitel III) und damit letztlich dokumentieren, dass eine Systemtransformation von innen heraus, also durch die beteiligten Akteure selbst, vollzogen werden kann. In einem letzten Teil (Kapitel IV) werden wir auf Implikationen eingehen, die sich für die (Gesundheits-)Politik ergeben, wenn die Akteure eines Systems die Bedingungen, in denen sie leben, selbst gestalten. Außerdem geht es uns um die Frage, ob sich aus der Beschreibung des

⁷ Isaacs, W. (1997): Der Dialog, in: Senge, P. et al. (Hrsg.): Das Fieldbook zur fünften Disziplin, Stuttgart, S. 413.

regionalen Transformationsprozesses ein praktischer Beitrag für die steuerungstheoretische Diskussion ergeben könnte.

Die vorliegende Arbeit unterscheidet sich in mehrfacher Hinsicht von dem Teil wissenschaftlicher Texte, für die Praxis das, "was Musikwissenschaft für die Musik, [...] Kunstwissenschaft und Kunstgeschichte für die Kunst oder Literaturwissenschaft für die Literatur ist." Sie thematisieren die Musik, ohne selbst einen Ton hervorzubringen. Oder sie beschreiben ein Bild, ohne selbst mit Pinsel und Farbe umgehen zu müssen. Dies liegt häufig in der Natur der Sache. Denn nicht immer kommen Wissenschaftler so nah an ihren Forschungsgegenstand heran, dass ihnen etwas anderes übrig bliebe, als abstrakt über ein Thema zu schreiben. Dabei vollzieht sich dann nicht selten das, was man als "Entmündigung der Praxis durch die Theorie" bezeichnen kann.

Wir werden in dieser Arbeit versuchen, selbst ein Bild zu malen, um damit unseren Lesern die Möglichkeit zu bieten, die Transformation, die wir beschreiben, nachzuvollziehen. Es scheint uns aber wichtig, darauf hinzuweisen, "dass es grundsätzlich zwei Formen wissenschaftlicher Erklärungen gibt", wie es Paul Watzlawick formuliert hat: "Die eine beginnt mit der Formulierung einer Theorie und führt dann den Nachweis ihrer Gültigkeit für das Verständnis von Erfahrungstatsachen. Die andere Methode besteht im Vorlegen einer großen Zahl von Beispielen aus verschiedenen Gebieten und versucht auf diese praktische Weise

•

⁸ Pirsig, R. (1992): Lila oder ein Versuch über Moral, Frankfurt, S. 361f.

⁹ "Auf die Theorie folgt die Praxis. So lehrt es die herrschende Lehre. So muss sie es lehren, damit sie herrscht. Denn, wenn die Lehre nicht herrschte, wer würde ihr zuhören? [...] Obwohl sich zeigen lässt, dass allen Hinzufügungen in der Betriebswirtschaftslehre eine entsprechende Änderung in der Unternehmenspraxis vorausgegangen ist, hält die herrschende Betriebswirtschaftslehre an ihrem Ziel fest, der Praxis zu Gestaltungsempfehlungen zu verhelfen." (Kappler, E. (1994): Theorie aus der Praxis – Rekonstruktion als wissenschaftlicher Praxisvollzug der Betriebswirtschaftslehre, in:

aufzuzeigen, welche Struktur diesen scheinbar ganz verschiedenen Beispielen gemeinsam ist und welche Schlussfolgerungen sich daraus ziehen lassen. Bei den beiden Methoden fällt dem Gebrauch von Beispielen also sehr verschiedene Bedeutung zu. In der ersten müssen die Beispiele Beweiskraft haben. In der Zweiten ist ihre Rolle die von Analogien, Metaphern und Veranschaulichungen - sie sollen beschreiben, in leichter verständlicher Sprache übersetzen, doch nicht notwendigerweise auch beweisen. Dieses Vorgehen erlaubt daher den Gebrauch von Exemplifikationen, die nicht im strengen Sinne des Wortes wissenschaftlich zu sein brauchen: wie etwa die Verwendung von Zitaten aus Dichtung und Romanen, von Anekdoten und Witzen und schließlich sogar den Gebrauch rein imaginärer Denkmodelle."10 Wir haben in der vorliegenden Arbeit versucht, die Praxis als Ausgangspunkt für die Theorieentwicklung zu nehmen. Die Praxis, so wie wir sie in den vergangenen Monaten erleben konnten, begegnete uns allerdings nicht in Form von Formeln und abstrakter Theorie, sondern sie war voll von den Geschichten und Alltagserfahrungen unserer Gesprächspartner. Deshalb bestand die Herausforderung für uns darin, diese Alltagserfahrungen in angemessener Form abzubilden und dem Umstand Rechnung zu tragen, dass wir als Verfasser eines wissenschaftlichen Textes nicht die eine Wirklichkeit beschreiben, sondern gewissermaßen eine neue Wirklichkeit schaffen, indem wir einen Text konstruieren. ..This is an interpretive act that occurs with the writing of texts, and as with any form of writing, certain constraints partially determine what is written." Am Prozess der Erschaffung dieser konstruierten Wirklichkeit sind aber nicht nur die Verfasser von Texten beteiligt,

Fischer-Winkelmann, W.-F. (Hrsg.): Das Theorie-Praxis-Problem der Betriebswirtschaftslehre – Tagung der Kommission Wissenschaftstheorie, Wiesbaden, S. 43ff.).

¹⁰ Watzlawick, P. (1976): Wie wirklich ist die Wirklichkeit? Wahn, Täuschung, Verstehen, München, S. 8.

¹¹ Van Maanen, J. (1988): Tales of the field, Chicago, S. 4.

sondern auch die Leser. "Writing is intended as a communicative act between author and reader. Once a manuscript is released and goes public, however, the meanings writers may think they have frozen into print may melt before the eyes of active readers. Meanings are not permanently embedded by an author in the text at the moment of creation. They are woven from the symbolic capacity of a piece of writing and the social context of its reception."¹² Wirklichkeit ist also kein Gegenstand, den man festhalten kann – auch nicht durch das Schreiben eines wissenschaftlichen Textes. Und gewiss ist die von uns geleistete Selektion bereits ein interpretativer Akt, eine Neuerschaffung von Wirklichkeit.

In weiten Teilen dieser Arbeit werden wir mit Originalzitaten von Ärzten und Patienten arbeiten. 13 Dieses Vorgehen ist nicht einer kreativen Faulheit der Verfasser zu verdanken, sondern der wissenschaftlichen Methode unseres Forschungsprojekts, mit der wir versuchen, Theorien aus der Praxis zu generieren und nicht umgekehrt die Praxis an der vorhandenen Theorie zu messen. Die Dialoggespräche mit Patienten und Ärzten bilden daher den Ausgangspunkt für die Theorieentwicklung, die in dieser Arbeit geleistet wird. Aus den Zitaten sind (Alltags-)Theorien entstanden, die ohne den Entstehungszusammenhang der gesprochenen Worte nicht wirklich zu verstehen sind. Die Zitate sind, stärker als bei anderen Texten, integraler Bestandteil dieser Arbeit. Es scheint uns deshalb wichtig, darauf hinzuweisen, dass sich ein Verständnis der Arbeit ohne das aufmerksame Lesen der Zitate nicht einstellen kann. Bei der Gestaltung des Textes haben wir versucht, theoretische Gedanken in die Fußnoten bzw. am Ende eines Kapitels zu platzieren, um auch dem wissenschaftlichen Laien Zugang zu diesem Text zu verschaffen.

¹² Ebenda, S. 25.

¹³ Wir haben diese Zitate durch Kursivdruck hervorgehoben.

Repräsentativ, wie die Regeln der empirischen Sozialforschung dies erfordern würden, sind unsere Ausführungen nicht. Dies hat damit zu tun, dass sich repräsentative Umfragen notwendigerweise am Bestehenden orientieren und letztlich damit nur das dokumentieren können, was es bereits gibt. Die Entwicklung einer neuen Kooperationsarchitektur innerhalb der regionalen Gesundheitsversorgung im Lahn-Dill-Kreis ist allerdings erst im Entstehen begriffen, weshalb wir uns für ein qualitatives Design des Forschungsprojekts entschieden haben, was sich auch in der narrativen Form dieser Arbeit niederschlägt. Wie wir bereits angedeutet haben, orientieren wir uns stark am Begriff des Dialogs. Die Schwierigkeit, mit der wir uns beim Versuch, diese Arbeit ins Werk zu setzen konfrontiert sahen, bestand gleichsam in der Gefahr, monologisch Aussagen über den Dialog treffen zu müssen. Wir haben deshalb versucht, dem gesamten Text eine Form zu geben, die den inhaltlichen Aussagen nicht widerspricht und einen lebendigen Dialog zwischen unseren Leserinnen, dem verwendeten Zitatmaterial sowie den Verfassern ermöglicht. Insofern sind wir auch hier das Wagnis eingegangen, traditionelle Wege der Wissenschaft mitunter zu verlassen. Es ging uns darum, durch die Art und Weise, wie diese Arbeit geschrieben ist, zu transportieren, worüber wir schreiben.

Das, was die Akteure sagen, ist immer näher an der Wirklichkeit – wenn es so etwas gibt – als das, was eine Abstraktion des Gesagten zu leisten im Stande wäre. Durch den prominenten Einbezug der Originalzitate lassen sich zumindest teilweise die "weichen Faktoren", wie Sprachstil und Emotionalität, die aus dem vorhandenen Datenmaterial sprechen, mit in die Analyse einbeziehen. Abweichend vom wissenschaftlichen Standard der Quellenangabe werden wir beim Zitieren von Ärzten und Patienten aus Gründen der Anonymität davon absehen, die Namen der jeweiligen Personen zu nennen.

Vom englischen Schriftsteller Laurence Sterne stammt die Bemerkung: Das Schreiben, richtig betrieben, ist nur eine andere Benennung für Konversation. Ob die Konversation gelingt, hängt nicht zuletzt davon ab, ob die verwendete Sprache, die unserer Leser ist. Das Thema betrifft so ziemlich jeden Leser, seien es Patientinnen, Ärzte, Vertreter der Krankenkassen oder Wissenschaftlerinnen. Mindestens zur ersten Gruppe dürfte jeder schon einmal gehört haben. Da das Gesundheitssystem darüber hinaus ein Spiegel gesellschaftlicher Realitäten ist, kann diese Arbeit für all jene von Bedeutung sein, die sich für die Veränderung gesellschaftlicher Bedingungen interessieren.

Alle Gruppen unterliegen in ihrer Sprache allerdings den Regeln unterschiedlicher Sprachspiele. "Es gibt "zu sagende" Dinge und eine bestimmte Weise, sie zu sagen, etwa die Aussagen des Befehls in den Armeen, des Gebets in den Kirchen, der Bezeichnung in den Schulen, der Erzählung in den Familien, der Frage in den Philosophien, der Leistungsfähigkeit in den Unternehmen [...]."14 Der Unterschied, der zwischen den Sprachspielen der Wissenschaftler und denen von Patientinnen besteht, ist, dass man ausgehend vom einen Sprachspiel nicht auf den Wert und die Existenz des anderen schließen kann, da sich die jeweiligen Aussagen nur aus dem Regelwerk des eigenen Spiels erschließen lassen. 15 Wenn das Prinzip der Beweiskraft von Aussagen Teil des wissenschaftlichen Sprachspiels ist, dann tun sich Wissenschaftler mitunter schwer, wenn versucht wird, in Form einer Narration Theorie zu betreiben. Umgekehrt trifft man nicht wirklich den Lebensnerv von Patienten, wenn man das, was sie in Geschichten verpackt erzählt haben, mit der Sorgfalt eines Wissenschaftlers auszupacken versucht, um es dann in eine andere Form zu bringen, die den Regeln des wissenschaftlichen Sprachspiels genügen. Der Versuch, dennoch mehreren Zielgruppen mit Aufbau und Stil dieser Arbeit gerecht zu werden, hat dazu geführt, dass wir sehr pragmatisch vorgegangen sind. Im Sprachspiel eines Wissenschaftlers

¹⁴ Lyotard, J.-F. (1994): Das Postmoderne Wissen – Ein Bericht, Wien, S. 60f.

¹⁵ Vgl. Lyotard, J.-F. (1994): Das Postmoderne Wissen – Ein Bericht, Wien.

mag dieser Pragmatismus als "postmodern" etikettiert werden. ¹⁶ Wir hoffen jedenfalls, dass sich sowohl Leser aus dem Wissenschaftskontext als auch aus anderen Kontexten von dieser Arbeit einladen lassen, Konversation zu betreiben. Im günstigsten Fall könnte daraus ein Dialog entstehen, der neue Gedanken hervorbringt und dazu beiträgt, die Welt durch die Augen anderer Akteure im Gesundheitssystem sehen zu lernen.

¹⁶ Aus einer Perspektive, die Sprache als einen wichtigen Ausgangspunkt für realitätsbeeinflussende Handlungen betrachtet, sind Sprache und Welt nicht deckungsgleich, so dass der Prozess des Interpretierens wichtiger als die Interpretation wird. Die Erkenntnis liegt nicht in der Wiedergabe einer (letztlich) beliebigen Interpretation, sondern in der Dokumentation ihrer Entstehung. Eine derartige Perspektive wird heute vielfach als "postmodern" bezeichnet, obgleich derartige Denkansätze diese Kategorisierung verbieten.