



Gesundheitsnetz 2025

Innovationen in der Gesundheitsversorgung in Zürich

Die Gesundheitsversorgung in Zürich wird sich in den nächsten 20 Jahren stark entwickeln. Deshalb hat die Stadt im Juli ihr ambitioniertes Vorhaben «Gesundheitsnetz 2025» vorgestellt. Wissenschaftlich begleitet wird der Prozess von Prof. Frank Schulz-Nieswandt, Direktor des Seminars für Sozialpolitik und Dekan der wirtschafts- und sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln. Seine Kernaussage ist, dass ohne einen integrierten Ansatz und die Zusammenarbeit aller Beteiligten eine Bewältigung der anstehenden Aufgaben kaum möglich sein wird.

1. Der große Umbruch: Die Alterung

Die Alterung der Bevölkerung ist ein Europa-weites Phänomen. Gewiss, es gibt Unterschiede. In manchen Ländern (Frankreich und Skandinavien z. B.) ist die Geburtenrate nicht so niedrig wie in Deutschland und Italien; und die Bevöl-

kerung ist unterschiedlich intensiv in die Erwerbsarbeit integriert. Aber die Alterung ist überall ein ausgeprägtes Phänomen, wird bis zur Mitte des 21. Jahrhunderts ihren Höhepunkt erreichen und eine große Herausforderung für Wirtschaft, Gesellschaft, Politik und auch für die Menschen im alltäglichen Umgang miteinander darstellen (Schulz-Nieswandt, 2004a; 2006b).

2. Die versorgungspolitische Ausgangslage

Die Gesundheitsversorgung der Stadt Zürich hat ein hohes Niveau. Dennoch sind große Veränderungen notwendig. Dann kann das hohe Niveau, aber in veränderter Gestalt, gehalten werden. Des Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich hat vor diesem Hintergrund das Thema „Gesundheitsnetz. Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in der Stadt Zürich“ mutig und anspruchsvoll aufgegriffen. Das Leitmotiv ist: Gemeinsam im Verbund der relevanten Akteure und Betroffenen die Herausforderungen gestaltend angehen.

Die Alterung wird im Kern diese Herausforderung prägen. Auch dann, wenn

dieser soziale Wandel keine übermäßig dramatische Inszenierung nahe legt, ist diese Herausforderung überaus ernst zu nehmen. Richtig ist: Altsein bedeutet nicht automatisch Kranksein (Schulz-Nieswandt, 2004b; 2007b). Aber ebenso richtig ist: Mit der Alterung geht ein Wandel im Krankheitspanorama der Bevölkerung einher. Es verschiebt sich das Spektrum der Erkrankungen in der Bevölkerung:

- Chronische Erkrankungen, die nicht heilbar sind, aber Rehabilitationsbedarf anzeigen,
- Einschränkungen im Grad der selbstständigen Lebensführung im Alter und in der Folge auch ausgeprägte Hilfe- und Pflegebedürftigkeiten,
- psychische bzw. kognitive Beeinträchtigungen, Beeinträchtigungen im Hirnleistungsvermögen (vor allem das Demenzproblem) etc.,
- aber insgesamt auch der Rückgang von privaten Bewältigungsressourcen (etwa die sozialen Netzwerke) werden die Zukunft noch stärker prägen als es heute der Fall ist.

Für die Gesundheitsversorgung bedeutet das einen großen Anpassungsbedarf. Lassen wir jedoch einmal die finanzpolitischen Debatten zur Seite. Vieles hängt sicherlich von den Arbeitsmarkt- und Wachstumsbedingungen der Volkswirtschaften ab. Aber das ist hier nicht das Thema. Die zentrale Herausforderung besteht im notwendigen Umbau der Versorgungslandschaften (Schulz-Nieswandt & Kurscheid, 2004; Schulz-Nieswandt, 2006).

Eine tendenziell ältere Bevölkerung braucht andere Strukturen und Formen der gesundheitlichen Versorgung:

- Klinische Medizin, Pflege, ergänzende soziale Dienstleistungen müssen enger aufeinander bezogen werden, ja gerade vertieft und überzeugend ineinander greifen.
- Der Präventionsgedanke erhält an allen Orten des Leistungsgeschehens eine verstärkte Bedeutung.
- Wohnarrangements und die Organisation sozialer Netze werden verstärkt eine zentrale Fragestellung werden.

Die Angebotslandschaft muss sich also an eine demografisch grundlegende ver-

änderte Nachfragelandschaft anpassen. Die zwei Seiten müssen zueinander passen. Das klingt nicht nur plausibel, sondern einfach. Die Forschung, aber im Grunde auch die berufliche Erfahrung vieler Akteure im Gesundheitswesen zeigen jedoch: Es handelt sich um keine triviale Angelegenheit.

3. Soziale Systeme sind keine einfach gestrickte Maschinen ...

Trivial wäre es, wenn das zu gestalten- de System wie eine einfache Maschine funktionieren würde: Man steckt auf der Eingangsseite der Maschine einen Input rein und erhält auf der Ausgangs- seite der Maschine den gewünschten Output – unverzerrt, ohne Verlust, ziel- gerecht. Wie ein Getränkeautomat. Doch so funktionieren komplexe sozi- ale Systeme nicht.

Die innere Apparate der „Maschi- ne“ absorbieren und verarbeiten die In- puts, können blockieren, korrigieren die Programme und verändern die Wir- krichtung. Was dann rauskommt, kann allen Erwartungen der Input-Geber wi- dersprechen.

Veränderung muss moderiert wer- den. Organisationen können sich bewege- n und für Veränderung offen sein. Aber die Unsicherheit, ob man sich mit der Bewegung auch verbessert, scheint ausgeprägt zu sein. Der Ausgang des Prozesses ist eben ungewiss. Oftmals lautet die Handlungsmaxime: Keine Experimente. Veränderungen bergen oftmals Verluste, nicht unbedingt nur Gewinne. Die kritische Frage lautet da- her meist: Gewinne für wen? Die Fra- gen ziehen sodann noch weitere Kreise: Kann man der Veränderung trauen? Ist die Politik ehrlich? Oder verbirgt sich hinter der Maskerade nur ein strategi- sches Verhalten? Ist die Information über die ganze Problematik transparent und fair verteilt?

4. ... und Veränderung ist nicht trivial

Wurde zu Beginn der Ausführungen die globale gesellschaftliche Notwen- digkeit einer Veränderung, einer An- passung des Systems der gesundheitli- chen Versorgung deutlich, so reicht nunmehr diese Position der guten glo-

balen Gründe (Rechtfertigung) nicht aus. Wer sich bewegen, richtig verän- dern soll, muss überzeugt werden: Er braucht Vertrauen in den Prozess der Veränderung, er braucht Vertrauen in die Richtigkeit der Richtung der Ver- änderung, muss überzeugt sein von den Zielmarken. Man kann diesen Fragen aber auch Kontrastfragen entgegen halten: Wieso hat man Angst vor Ver- änderungen? Muss der Aufruf zur Ver- änderung immer als Kränkung ver- standen werden? Bedarf Entwicklung nicht eine zukunftsorientierte Hal- tung? Demnach sollte man nicht zu- rückschauen, sondern vorwärts bli- cken. Das Problem ist also auch ein solches der Psychologie der Verände- rung.

Aber der Kontrast der Wahrneh- mungsperspektiven ist ernst zu nehmen: Jede Veränderung ist oftmals zutiefst Angst-besetzt. Die Zukunft scheint un- klar. Oftmals ist Veränderung auch mit einer Kränkung der Akteure verbunden: Bislang Wert-geschätzte Strukturen, Einrichtungen, Denk- und Arbeitswe- sen sollen aufgegeben werden? War die bisherige Praxis nicht gut? Und wenn der Grund für eine Veränderung einge- sehen wird, bleibt nicht eine andere Re- aktionsweise: Warum trifft der Umbau mich, und nicht die anderen?

Notwendigkeit des Wandels ist also nur die eine Seite der Problematik. Wei- tergehende Fragen schließen sich an. Wie sichert man die Mitwirkung der Betroffenen? Wie steuert man den Über- gang in neue Strukturen?

Die Stadt Zürich ist sich dieses Pro- blems bewusst: Sie will Partner einer Veränderungsbewegung sein. Sie will anschieben und ermöglichen, moderie- ren und kooperieren. Sie will aber nicht den Raum besetzen. Sie will Wettbe- werb und Vielfalt steigern.

5. Zwischenfazit I: Mehr Integrationsversorgung: notwendig, aber kein triviales Projekt

Unseres Erachtens führt der demografi- sche Wandel zur Notwendigkeit eines weitgehenden altersgerechten Umbaus der Versorgungslandschaften. Neue Be- triebsformen, vor allem mehr vernetzte Strukturen werden von einer Bevölke- rung benötigt, die älter wird.

Der Umbau zu integrierter Versor- gung fällt jedoch nicht einfach aus. Wenn der Patient, der angesichts komplexer Bedarfslagen - stellen sie sich eine Mi- schung aus chronischer Erkrankung, Pflegebedürftigkeit und Behinderung so- wie psychosozialen Defiziten vor - inte- grierte Leistungen bedarf, vor allem un- brüchige Pfade über Sektoren, Einrich- tungen und Dienstleistungsarten erfor- dert, so stellen sich (vielleicht in Deutsch- land mehr noch als in der europäischen Nachbarschaft) Aufgaben der Zusam- menarbeit, des Zusammenwirkens, des Ineinandergreifens ein: Wie kommen verschiedene Kostenträger zusammen? Wie arbeiten die Sektoren zusammen? Die vernetzen sich ambulante, teilstati- onäre und stationäre Einrichtungen in- nerhalb der Sektoren und zwischen den Sektoren? Wie kooperieren verschiedene Professionen? Wie werden Angehörige und Netzwerke integriert? Wird die Ver- sorgung wohnortnah geleistet? Ist die Hilfe paternalistisch ausgerichtet? Oder gestaltet sich die Dienstleistungsbezie- hung modern, im gegenseitigen Respekt? Wird die Selbstständigkeit des Patienten gefördert und gestärkt? Läuft Medizin und Pflege als dialogische Kultur der Kommunikation ab? Hat das Manage- ment zugleich die Arbeitsbedingungen der verschiedenen Professionen mit im Blick?

Hier setzen die Projekte in der Stadt Zürich an. Die ausgewählten Projekte zeichnen sich durch herausragende Cha- rakteristika aus. Etwa durch einen

- pflegezentrierten Ansatz, der die Be- gleitung der kranken Menschen und die Vermittlung von Selbstmanagement- kompetenz zum Ziel hat (das Projekt Klinisches Zentrum für integrierte Langzeitbetreuung [ZiL] bzw. das Pro- jekt Spezialisierte integrierte Langzeit- versorgung [SiL] für an Demenz er- krankte und ihre Angehörigen).

- Das Projekt Spezialisierte integrierte Langzeitversorgung (SiL) zeichnet sich durch die Betonung eines professionel- len Schnittstellenmanagements aus und begleitet so die Versorgung chronisch kranker Menschen.

- Die Projekte Ambulantes Medizini- sches Versorgungszentrum (AMVZ) und Koordination Ambulante Notfall- versorgung (KAN) arbeiten an der Überwindung sektoraler Grenzen.

Unseres Erachtens gilt: Die konzeptionelle Qualität der Projekte kann sich auch im internationalen Vergleich sehen lassen.

2005 startete die interne Debatte mit Bedarfsanalysen. 1¾ Jahre dauerte die Konzeptionserarbeitung. Diese verweist auf den tiefen Ernst, von dem das Engagement der Stadt Zürich geprägt ist. Die Initiatoren und ihre Teams haben sich auf einen „langen Atem“, den man zeigen will, verständigt. Die Stadt Zürich hat offensichtlich den notwendigen Mut. Den Weg in innovative Formen integrierter Versorgung zu beschreiten, zeugt nämlich von Mut. Denn selbstverständlich ist dieses Engagement der Stadt Zürich nicht. Hier liegt ein ehrliches und tiefes Interesse an der Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in der Stadt Zürich vor. Und Offenheit ist gefragt.

Die Umsetzung der Projekte wird begleitet von einer Kommunikationsplattform. Damit wird ein Verbund geschaffen, der die Umsetzung reflexiv begleiten soll. Damit dient die Stadt als Katalysator. Die Stadt wird „Ermöglicher“ („Enabler“). Damit wird mehr Wettbewerb und mehr Vielfalt eröffnet.

6. „Stakeholder“-Denken, Win-Win-Situationen und „kulturelle Arbeit der Akteure an sich selbst“

Soll der Wandel in Gang kommen und soll er in einem Klima von Akzeptanz und Mitwirkung getragen werden, so müssen die verschiedenen „Stakeholder“ ins Boot geholt werden. Der Wandel wird zu einer Frage gelingender Kommunikation.

Rechtliche Rahmenbedingungen müssen ausgelotet werden; die ökonomischen Anreize müssen stimmen. Die Ökonomie empfiehlt die Erzielung sog. „Win-Win-Situationen“. Ein Vertrauenskapital muss generiert werden. Aber darüber hinaus müssen die betroffenen Akteure auch eine offene Haltung entwickeln: Zur gelingenden Kommunikation gehört allseitig hinreichend ausgebildete kommunikative Kompetenz. Die Akteure müssen sich in die Rolle der jeweils anderen Akteure versetzen können, Perspektiven müssen wechselseitig einnehmbar sein. Also ist nicht nur eine fachliche Expertise (das Humankapital) gefragt; gefragt ist auch das Sozialkapital:

die Netzwerkfähigkeit, die kommunikationsgetragene Kooperationskompetenz, die Bereitschaft, sich in die Lage der anderen zu versetzen.

Eine gemeinsame Vision muss sich heraus kristallisieren. Das Feld ist zwar voller Interessen, sicherlich auch ausgeprägt materieller Interessen. Denn der Preis der Veränderung kann hoch sein. Die Auslotung und positive Besetzung von Win-Win-Flächen kann daher überaus hilfreich sein. Die ökonomischen Anreize müssen entsprechend gesetzt sein.

Aber in psychologischer Hinsicht muss die Organisationsentwicklung auch als Kulturwandel gesteuert werden (Schulz-Nieswandt, 2004; 2006a): Akteure müssen ihr bisheriges Selbstverständnis lockern, an der eigenen Identität muss gearbeitet werden. Ideen müssen entwickelt werden, Interessen ent-

sprechend gebahnt werden. Die Entwicklung soll Gewinner, nicht Verlierer generieren. Aber man kann sich nicht verändern, indem man in der alten Verfassung der Zustände verbleibt. Diesen Ruck müssen sich die Akteure geben, sie müssen kulturell zu einem Sprung bereit sein.

7. Zwischenfazit II: Bedarfsanalyse ist gut, Management des kulturellen Wandels ist entscheidend

An dieser Stelle wird die Logik der Kölner Begleitforschungs- und Moderationsperspektive¹ überaus deutlich: Das Thema ist nur multi-disziplinär in seiner Komplexität angemessen zu begreifen. Geschieht dies nicht, scheitert der Wandel.



Die Initiatoren und ihre Teams haben sich auf einen „langen Atem“, den man zeigen will, verständigt. Die Stadt Zürich hat offensichtlich den notwendigen Mut.

Der Blick der ökonomischen Effizienz kommt dabei ebenso zur Wirkung wie Fragen des sozialpolitischen Bedarfs und der ethischen Begründung.

Aus deutscher Sicht ist diese wissenschaftliche, aber auch praktische Bewältigung des Wandels besonders brisant: Das System der Gesundheitsversorgung hat trotz eines hohen finanziellen Inputs erhebliche Qualitätsmängel. Die Praxis ist geradezu geprägt von

- ektoralen Trennungen,
- Verschiebepunkte zwischen Kostenträgern,
- Kommunikationsproblemen zwischen den verschiedenen Professionen,
- Paternalismus der Professionen.

Kurzum: Wer aus Deutschland kommt, kann das Klagegedicht desintegrierter Versorgungslandschaften und damit verbundener Ressourcenverschwendung, vor allem aber das Lied vom doppelten Leiden des Patienten (an seiner Krankheit und an den Versorgungsablaufdefiziten) singen.

Die Schlussfolgerung aus diesen Erfahrungen mit Blick auf die gestellte Entwicklungsaufgabe lautet: Es reicht nicht hin, rechtliche Rahmenbedingungen, seien es die gegebenen oder gar veränderte, ins Zentrum zu rücken. Auch reicht es nicht, die ökonomischen Anreize optimal zu setzen, wenngleich es ohne diese Rahmensteuerung nicht gehen wird. Wandel muss als kultureller Wandel mit erheblichen psychologischen Tiefendimensionen begriffen werden.

Denn der Wandel rührt an dem professionellen Selbstverständnis vieler Akteure:

- Neue Arbeitsweisen in neuen Betriebsformen sind gefordert.
- Mehr Teamorientierung und mehr Multi-Disziplinarität sind notwendig,
- mehr Akzente auf Prävention und Rehabilitation müssen gesetzt werden,
- eine gewisse Geriatriisierung aller Bereiche ist erforderlich,
- Pflege und weitere Dienstleistungsberufe sind aufzuwerten.
- Die Professionen müssen sich gegenseitig kommunikativ mehr öffnen.
- Die Medizin muss sich stärker auf die ganzheitlichen Lebenslagen des Alters einstellen.
- Sozialmanagementaufgaben werden wachsen, ebenso die Beratungsbedarfe,

● Schnittstellenmanagement, Passagensteuerung sowie Fallkonferenzen u. a. m. werden vermehrt das klinische Geschehen einbetten.

● Eine noch stärkere Gemeindezentrierung scheint angesichts der Bedeutung von Wohnort- und Netzwerknähe im Alter erforderlich zu sein.

8. Der initialisierende und moderierende Staat

Wir schlussfolgern: Der notwendige Umbau des Systems kann nicht verordnet werden. Er kann nicht gegen und ohne die Akteure bewältigt werden. Sollen Organisationen sich lernfähig erweisen und sich selbstständig weiterentwickeln, so bedürfen sie dennoch einer Initialzündung. Und der Wandel bedarf der Moderation. Nur so wird Organisationsentwicklung einzelner Akteure zu einem Teil einer lernenden Versorgungslandschaft. Das bedeutet keine „Staatsmedizin“.

Es bedeutet keine „Staatsmedizin“, wenn der Staat seine Ressourcen nutzt, um die Veränderung der privaten Akteure zu stimulieren, Anschubfinanzierung bietet, Projekte generiert und zur Umsetzung die betroffenen Akteure ins Boot holt. Er beteiligt sich so an dem Agenda-Setting: Er definiert relevante Zukunftsherausforderungen. Er kann aber auch die Arena eröffnen, in der die Akteure zusammen kommen. Er moderiert dann die weitere Entwicklung. Seine ernsthafte Interessiertheit dokumentiert dieser Staat durch seine Bereitschaft zur Anschubfinanzierung von Projekten. Er kann Infrastrukturen bereit stellen. Er kann so einen angemessenen Rahmen für innovative Projektentwicklung bieten.

Wenn er so auftritt, so hat er wohl Vertrauen verdient. Man sollte sich auf sein Angebot einlassen. Aber die Akteure müssen auch Offenheit, Veränderungsbereitschaft und Kommunikationskompetenz mitbringen. Interessen sind legitim; auch Geld verdienen ist ein legitimes Interesse. Ein Sachziel dürfte aber dominieren: Eine gute Gesundheitsversorgung ist für eine alternde Bevölkerung zu entwickeln. Anders ausgedrückt: Das Angebotssystem muss auf die sich wandelnde Nachfrage umgestellt werden. Der Patient soll nicht „Herumirren“ im System. Er soll sich in seinen

existenziellen Situationen gut aufgehoben fühlen, soll zufrieden sein.

FRANK SCHULZ-NIESWANDT

¹ Das Seminar für Sozialpolitik, unter der Leitung des Direktors Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt, Dekan der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln, insbesondere unter Mitarbeit von Frau Dr. Clarissa Kurscheid, sind einschlägig in der Forschung und in der praktischen Projektbegleitung (Schulz-Nieswandt, 2006b; Schulz-Nieswandt u. a., 2006). Vor allem verkörpern Sie aus Überzeugung einen interdisziplinären Ansatz: Gesundheitsökonomie und -politik, Versorgungsforschung, Epidemiologie, Sozial- und Europarecht (Schulz-Nieswandt, 2005; 2006c; 2007; 2007a), aber auch psychologisch fundierte und anthropologisch orientierte (also auf die Menschen- und Weltbilder hin hinterfragte) Organisationsentwicklung kommen zusammen, um wissenschaftlich fundiert, aber gesellschaftlich verantwortungsvoll sozialen Wandel zu begleiten.

Literaturhinweise

- Schulz-Nieswandt, F. (2004). Neue vertragliche Steuerungen als Beitrag zu einer neuen Medizinkultur. Die Krankenversicherung 56 (10), S. 210-316.
- Schulz-Nieswandt, F. (2004a). Geschlechterverhältnisse, die Rechte der Kinder und Familienpolitik in der Erwerbsarbeitsgesellschaft. Münster: LIT.
- Schulz-Nieswandt, F. (2004b). Altern in einer nicht kalendarisch geordneten Welt. In IFG (Hrsg.). Altern ist anders. Münster: LIT, S. 34-47.
- Schulz-Nieswandt, F. (2005). Soziale Daseinsvorsorge im Lichte der neueren EU-Rechts- und EU-Politikentwicklungen. Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen 28 (1), S. 19-34.
- Schulz-Nieswandt (2006). Integrationsversorgung zwischen Wandel der Betriebsformen und neuer Steuerung. In Braun, G. E. & Schulz-Nieswandt, F. (Hrsg.). Liberalisierung im Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos, S. 47-64.
- Schulz-Nieswandt, F. (2006a). Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung – Wie viel Differenzierung braucht die GKV? Die Krankenversicherung 58 (10), S. 274-277.
- Schulz-Nieswandt, F. (2006b). Sozialpolitik und Alter. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schulz-Nieswandt, F. (2006c). Die Sozialpolitik in der Europäischen Union (II). Trends im Rahmen der föderalistischen Organisation. In Carigiet, E. u. a. (Hrsg.). Wohlstand durch Gerechtigkeit. Deutschland und die Schweiz im sozialpolitischen Vergleich. Zürich: Rotpunktverlag, S. 329-355.
- Schulz-Nieswandt, F. (2007). Public-Private-Partnership im Sozialsektor. Sozialer Fortschritt 56 (3), S. 51-56.
- Schulz-Nieswandt, F. (2007a). Der Vertrag über eine Europäische Verfassung. In Sozialer Fortschritt 56 (5), S. 113-116.
- Schulz-Nieswandt, F. (2007b). Eigensinniges Alter? Das Alter im generationengefüge. In IFG (Hrsg.). Altern ist anders: gelebte Träume – Facetten einer neuen Alter(n)skultur. Hamburg: LIT, S. 222-234.
- Schulz-Nieswandt, F. & Kurscheid, C. (2004). Integrationsversorgung. Münster: LIT.
- Schulz-Nieswandt, F. u. a. (2006). Die Genese des europäischen Sozialbürgers im Lichte der neueren EU-Rechtsentwicklungen. Münster: LIT.