



Kommunikation im medizinischen Alltag: Kunst oder Handwerk?



Tagungsdokumentation vom 3. Juli 2008

Organisation:

Stadt Zürich, Gesundheits- und Umweltdepartement
Stadtspital Waid

Patronat:

Universitäres Institut Alter und Generationen (INAG)
Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG)
Schweizerische Vereinigung für Sozialpolitik (SVSP)

Inhaltsverzeichnis

Programm.....	2
Referentinnen und Referenten.....	3
Tagungsbeschreibung	4
Organisation und Kommunikation – Fragen aus der Praxis.....	5
Wie erleben Patientinnen und Patienten die Kommunikation im Spital? Ein Werkstattbericht	12
Oszillierende Organisationen – kommunikative und kulturelle Herausforderungen Für das Gesundheitswesen	13
Kommunikative Medizin	15
Lösungsorientiertes Patientengespräch	17
Kurzvorstellung SFGG.....	21
Kurzvorstellung SVSP	23
Kurzvorstellung INAG	25

Programm

- 09.30 **Begrüssung, Einleitung**
Erwin Carigiet, Robert Neukomm, Daniel Grob
- 09.45 **Organisation und Kommunikation - Fragen aus der Praxis**
Daniel Grob
- 10.05 **Wie erleben Patientinnen und Patienten die Kommunikation im Spital? Ein Werkstattbericht**
Ellinor von Kauffungen
- 10.50 **Pause**
- 11.10 **Oszillierende Organisationen - kommunikative und kulturelle Herausforderungen für das Gesundheitswesen**
Erwin Carigiet
- 11.30 **Diskussion**
- 12.30 **Mittagessen (Stehlunch)**
- 14.00 **Kommunikative Medizin**
Frank Schulz-Nieswandt
- 14.45 **Pause**
- 15.05 **Lösungsorientiertes Patientengespräch**
Christian Kuhlmann
- 15.50 **Diskussion**
- 17.00 **Abschluss der Tagung**

Moderation

Clarissa Kurscheid

Referentinnen und Referenten

Dr. iur. Erwin Carigiet, Departementssekretär des Gesundheits- und Umweltdepartements der Stadt Zürich, Präsident der Schweizerischen Vereinigung für Sozialpolitik (SVSP)

Dr. med. Daniel Grob, Chefarzt Klinik für Akutgeriatrie, Stadtspital Waid, Zürich, Past-Präsident der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG)

Ellinor von Kauffungen, Journalistin, Moderatorin und Medientrainerin, elkman communications, Rheinau

Dr. Christian Kuhlmann, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dortmund

Dr. Clarissa Kurscheid, Gesundheitsökonomin und Sozialwissenschaftlerin, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Seminar für Sozialpolitik, Universität Köln, Deutschland

Stadtrat Robert Neukomm, Vorsteher des Gesundheits- und Umweltdepartements der Stadt Zürich

Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt, Professor am Seminar für Sozialpolitik, Universität Köln, Deutschland

Tagungsbeschreibung

Kommunikation ist heute in der Gesundheitsversorgung ein Zauberwort. Was steckt hinter diesem Begriff? Verdient die Kommunikation wirklich den überragenden Stellenwert, der ihr im Gesundheitswesen zugeschrieben wird?

Auf der menschlichen Alltagsebene definiert Kommunikation (abgeleitet vom lateinischen „communicare“: teilen, mitteilen, teilnehmen lassen, gemeinsam machen, vereinigen) ein gemeinschaftliches Handeln, in dem Gedanken, Ideen, Wissen, Erkenntnisse, Erlebnisse (mit)geteilt werden und auch neu entstehen. Im weitesten Sinne wird darunter auch das wechselseitige Übermitteln von Daten oder Signalen verstanden. In den technischen Disziplinen wird Kommunikation zumeist als eine Verbindung von Geräten betrachtet, deren Zustände sich infolge dieser Verbindung wechselseitig verändern.

Kommunikation hat damit zwei Gesichter: Einerseits geht es um die Interaktion zwischen einzelnen Menschen, andererseits um das Funktionieren eines irgendwie organisierten Systems. Beide Aspekte sind untrennbar miteinander verbunden. Je komplexer und filigraner ein System ist, desto höhere Anforderungen stellt es an die Kommunikation.

Im 8. Geriatrieforum gehen wir auf einige Aspekte der Kommunikation im Gesundheitswesen näher ein. Ellinor von Kauffungen bringt die Sicht der Patientinnen und Patienten ein und berichtet aus Gesprächen mit Betroffenen. Der Arzt Christian Kuhlmann skizziert einen lösungsorientierten Ansatz in der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten. Über das Verhältnis zwischen organisatorischen Strukturen und Kommunikation und seine Erfahrungen damit im klinischen Alltag spricht Daniel Grob. In Ergänzung zu diesen praxisorientierten Referaten fokussieren Frank Schulz-Nieswandt und Erwin Carigiet auf die systemische Bedeutung der Kommunikation in unserem Gesundheitssystem. Sie präsentieren dazu wissenschaftliche Erkenntnisse und Hintergrundinformationen.

Organisation und Kommunikation – Fragen aus der Praxis

Dr. med. Daniel Grob

Zusammenfassung

Die Kommunikation im Behandlungsteam einer Klinik ist für deren Funktionieren sehr wichtig und bedarf besonderer Beachtung.

Team-Mitarbeitende einer Klinik sind zunehmend spezialisiert; die diversen in einer Klinik zusammenarbeitenden spezialisierten Berufsgruppen tendieren zu autonomem Handeln, was zu erhöhten Anforderungen an die Koordination und Kommunikation führt. Durch elektronische Datenverarbeitung ist es prinzipiell möglich, allen Team-Mitarbeitenden Zugriff zu Daten anderer zu geben. Dies führt letztendlich aber zu einem Informations-Paradoxon: Je mehr Daten in einem Team zur Verfügung stehen, desto geringer ist der Informationsstand des Gesamt-Teams, da aus Ressourcen-Gründen die einzelnen Team-Mitglieder nicht mehr in der Lage sind, Information aktiv einzuholen. Es ist damit zu definieren, welche Informationen Hol- resp. Bringschuld einzelner Mitarbeitender ist. Die Entwicklung und Implementierung eines klinikinternen Kommunikationskonzeptes ist damit eine wichtige Aufgabe der Klinikleitung.

Vorwort

Wenn „Kommunikation“ im Kontext des Spitals thematisiert wird, denkt man zu allererst an die *Interaktion zwischen zwei Menschen* – zum Beispiel zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn oder zwischen Pflegefachperson und PatientIn. Dies ist wohl ein sehr wichtiger Aspekt der Kommunikation im Spital, ebenso wichtig für das Funktionieren einer Klinik ist aber die *Kommunikation im Team*. Erst die Kommunikation im Team schafft die Basis für eine gute Kommunikation mit den PatientInnen.

Der folgende Beitrag geht auf die schwierige Situation der Teamkommunikation in einer modernen Klinik ein.

Grundlagen

Noch vor einigen Jahren gab es kaum Anlass, Kommunikation im Klinik-Team zu thematisieren, geschweige denn zu organisieren. Hauptakteur war der Arzt, welcher eine Krankengeschichte führte und die betreuende Pflegeperson über wichtige Belange informierte. Die Pflegeperson wiederum informierte den Arzt über wichtige Beobachtungen und führte die Pflegedokumentation (sog. Kardex). Die Kommunikation damals verlief in aller Regel mündlich, am Krankenbett, wobei wichtige Inhalte in den jeweiligen Dokumenten (Krankengeschichte resp. Pflegerapport (Kardex) festgehalten wurden. Dieses Kern-Team (Arzt und

Pflegefachfrau) war in der Regel recht stabil, die personellen Fluktuationen im Zeitraum einer üblichen Hospitalisation (1 - 3 Wochen) gering.

Weitere an der Behandlung beteiligte Personen kommunizierten in der Regel ebenfalls mündlich.

Heute besteht in einer Klinik eine völlig veränderte Ausgangslage:

1. Wechselnde Behandlungs-Beteiligungen:

An der Behandlung sind nicht mehr wie früher zwei Hauptpersonen beteiligt, sondern je nach Problem verschiedenste Dienste: ÄrztInnen, Pflegefachpersonen, PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen, Ernährungsberaterinnen, PsychologInnen, pflegerische Fachpersonen z.B. für Hygiene, Diabetesberatung, Wundpflege, Mitglieder des Assessmentteams und des Übergangspflegedienstes, SekretärInnen u.a. Dazu kommen Mitarbeitende aus der Verwaltung (Patientenadministration, Qualitätsbeauftragte) resp. Mitarbeitende aus zugezogenen Diensten wie Röntgen, Labor, Apotheke und konsiliarisch tätige ÄrztInnen.

Es sind somit viel mehr Fachleute am Behandlungsprozess jedes einzelnen Patienten beteiligt, wobei deren Intensität der Mitarbeit sich je nach Patientenproblem und Zeitpunkt stark unterscheidet. Das Behandlungsteam eines einzelnen Patienten verändert sich damit im Laufe der Behandlung oft erheblich, indem einerseits verschiedene Fachleute temporär eine wichtige Bedeutung erlangen und andererseits verschiedene Mitglieder der gleichen Berufsgruppe sich ablösen.

2. „Autonomisierung“ der Berufsgruppen:

Am Behandlungsprozess beteiligte Berufsgruppen (z.B. Pflege, Physiotherapie, Ernährungsberatung, u.a.) haben in den letzten Jahren eine enorme Entwicklung durchgemacht (Stichwort „Akademisierung“) und damit einhergehend eine schärfere Profilierung ihres Berufsbildes definiert. Diese Berufsgruppen definieren heute selber, für was sie zuständig sind und für was nicht, welche Dienstleistungen sie erbringen und welche nicht und v.a. fordern sie eine möglichst hohe Entscheidungs-Autonomie im Alltag. Es existieren auch eigene (Linien)-Führungsstrukturen dieser Dienste, und sie unterliegen betriebswirtschaftlich eigenen Vorgaben im Kontext der Kostenstellenrechnung.

Somit sind nicht nur mehr Berufsgruppen als früher am Behandlungsprozess beteiligt, sondern auch mehr Berufsgruppen, welche möglichst hohe Entscheidungs-Autonomie fordern. Das Berufsbild dieser jeweiligen Berufsgruppen orientiert sich nicht nur am Patientenwohl resp. am Funktionieren einer Klinik, sondern - und dies zunehmend - auch am Funktionieren des eigenen Dienstes und standespolitischen und ökonomischen Erfordernissen.

3. Elektronische Herausforderungen:

Die Entwicklung der elektronischen Datenverarbeitung führte dazu, dass die Patientendokumentation (Krankengeschichte, Kardex der Pflegenden, Notizen anderer Dienste) elektronisch abgelegt wird und damit theoretisch auch von allen jederzeit eingesehen werden kann.

Dies impliziert neue Datenschutzfragen (Wer hat wann Zugriff auf welche Daten?), welche in der Regel über Zugriffskonzepte u.ä. gelöst werden können.

Wichtiger ist aber die heute noch selten gestellte Grundfrage: Inwieweit muss für den einzelnen am Team beteiligten Mitarbeitenden eine Anforderung definiert werden, diese elektronisch abgelegte Information als „Holschuld“ zur Kenntnis zu nehmen resp. inwieweit muss der Verfasser einer Information in die Pflicht genommen werden, diese als „Bringschuld“ an die anderen Team-Mitglieder weiterzugeben ? Wie organisieren wir die Informationsübermittlung in der elektronischen Zeit und wer trägt dafür die Verantwortung? (Näheres dazu unten).

4. Benötigt wird heute ein **Kommunikationskonzept** innerhalb einer Klinik; dieses muss klar definieren, wer welche Informationen beizutragen hat, wer auf welche Informationen zugreifen kann und wer verpflichtet werden muss, bestimmte Informationen aktiv zu vermitteln resp. zur Kenntnis zu nehmen.

Das „Soziale Dilemma“ der Klinikorganisation¹

Der frühere Spitaldirektor Leo Boos beschrieb in seinem Aufsatz die heute alltägliche Situation, dass sich die am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen zunehmend spezialisieren. An der Behandlung beteiligte Spezialisten fordern wie erwähnt eine möglichst hohe Entscheidungsautonomie, da sie ja die Träger spezifischen Know-Hows sind: Sie selber möchten – was auch durchaus sinnvoll sein kann – auf der Basis ihrer Spezialistenkenntnisse möglichst autonom entscheiden, was wann in welcher Intensität getan wird.

Je grösser die Zahl solcher mehr oder weniger autonom agierender Spezialisten am Behandlungsprozess ist, desto enger muss die Kooperation und Koordination sein und umso mehr Ressourcen müssen in diese Kooperations- und Koordinationsarbeit gesteckt werden. Und dies führt zu einem Dilemma:

Die sog. Koordinations- oder Abstimmungskosten trägt der jeweilige Dienst (meist in Form des Einsatzes von Zeitressourcen für Rapporte, schriftliche und mündliche Interaktion usw.); dabei tendiert er dazu, diese zu minimieren, da sie aus seiner sektoriellen Sicht „unproduktiv“ sind.

Minimieren aber alle spezialisierten Dienste einer Klinik ihre Koordinations- und Abstimmungskosten, entstehen (aufgrund der dann fehlenden Integration dieser Dienste in die Klinik) höhere Gesamtkosten, wiederum meist in Form des Einsatzes von Zeitressourcen, da die Koordination ja gewährleistet sein muss und alle Dienste eingesetzt werden wollen. Ansonsten leidet die Qualität der Gesamtbehandlung.

¹ Das Grundkonzept des „Sozialen Dilemmas“ wurde erarbeitet und publiziert von Dr. Leo Boos. Boos Leo: Soziales Dilemma und die Organisation des Krankenhauses. Schriftenreihe der SGGP, Nr. 69 2002.

Zusammenfassend liegt das „soziale Dilemma“ der Klinik-Organisation darin, dass mehr Spezialistentum in den Kliniken zu höheren Anforderungen an die Kooperation und Koordination führt. Die negativen Auswirkungen dieser Spezialisten-Autonomie muss kompensiert werden durch zusätzliche Aufwendungen für Kommunikation und Koordination.

Würden (theoretisch) alle Spezialisten autonom agieren, würde der Behandlungsprozess ineffizient, da keine Koordination bestünde. Im anderen Extrem einer total integrierten Behandlung wären die Integrationskosten ebenfalls maximal hoch und damit der Behandlungsprozess ebenfalls ineffizient. Den Mittelweg zu finden, bei dem die Gesamtkosten möglichst gering sind, ist zum kleinsten Teil eine ökonomische Herausforderung, sondern v.a. eine Herausforderung an die Team-Führung.

Ein Beispiel mag dies illustrieren und gleichzeitig die Bedeutung für die Kommunikation im Team hervorheben:

Angenommen, die spezialisierten PhysiotherapeutInnen oder z.B. SozialarbeiterInnen würden eine sehr enge, auf ihre eigene Dienstleistung bezogene betriebswirtschaftliche Sicht anlegen: Dann würden sie aus ihrer Sicht „unproduktive Kommunikationszeit in der Klinik“ minimieren wollen, z.B. durch Rückzug ihrer Mitarbeitenden aus interdisziplinären Rapporten mit den anderen Diensten oder aus anderen gemeinsamen Aktivitäten wie Visiten. Sie könnten dies damit begründen, dass in der Zeit, in denen sie „unproduktiv“ an Rapporten sitzen, „produktiv“ einzelne PatientInnen behandelt werden könnten. Sie verlagerten damit ihre Abstimmungs- resp. Koordinationskosten auf die anderen Dienste, welche (in unserem Beispiel) die PhysiotherapeutInnen resp. SozialarbeiterInnen aktiv über Änderung von Patientenzuständen informieren müssten, Anmeldeformulare für die Erbringung der entsprechenden Dienstleistungen schreiben oder Behandlungspläne wegen des autonomen Verhaltens dieser beiden Dienste umschreiben.

Kommunikation im Team ist Arbeit und benötigt Ressourcen. Jeder am Behandlungsprozess beteiligte Dienst sollte sich bewusst sein, dass ein Teil seiner Ressourcen für die Koordination und Abstimmung einzusetzen ist. Die Leitung der Klinik hat dafür zu sorgen, dass nicht ein einzelner Dienst seine Koordinations- und Abstimmungskosten auf die anderen Dienste als sog. „Autonomiekosten“ abschieben kann.

Kommunikation im elektronischen Zeitalter

Prinzipiell ist es heute möglich, jedem am Behandlungsprozess Beteiligten unbeschränkt Zugang zu verschaffen zu den elektronischen Notizen der anderen. Ob man dies gestatten soll oder nicht, ist einerseits eine Frage des Datenschutzes aber noch viel mehr eine Frage der Informationsorganisation.

Auch heute noch ist die Meinung zu lesen, dass „die Sicherheit der Patientinnen und Patienten erhöht wird resp. Behandlungsfehler vermieden oder vermindert werden könnten“, wenn einzelne Dienste uneingeschränkten Zugriff auf die ärztliche Krankengeschichte resp. auf die Dokumentationen anderer Dienste erhalten.

Von vielen spezialisierten Diensten wird damit der umfassende Zugriff auf die ärztliche Krankengeschichte gefordert, meist mit dem Argument, die Informationen müssten zugänglich sein für eine effiziente Patientenbehandlung. Aus datenschützerischer Sicht bestehen offensichtlich diesbezüglich keine Bedenken, wenn die an der Behandlung Beteiligten „in einem direkten Behandlungszusammenhang“ stehen.

Auch wenn es aus datenschützerischer Sicht scheinbar kaum Einwände gegen den Zugriff von Mitgliedern anderer Dienste auf die ärztliche Krankengeschichte gibt, so wären doch aus der Sicht der Informationsorganisation einer Klinik solche Prozeduren fatal, da sie zu einem „Informations-Paradoxon“ führen.

Das Informations-Paradoxon

Argumentiert man, dass mit einem umfassenden Zugriff verschiedener Dienste auf die Notizen der jeweilig anderen die Sicherheit der PatientInnen erhöht wird, so müsste man als Umkehrschluss fordern, die entsprechenden Dienste wären *zu verpflichten*, sich über die Notizen der anderen Dienste zu informieren: Die theoretische Möglichkeit des Zugriffs auf Informationen anderer bringt ja noch keine Qualität; sie macht erst Sinn, wenn diese Möglichkeit auch wahrgenommen wird. Dies führte aber dazu, dass die Information von einer Bring- zu einer Holschuld wird: Man müsste einzelne Dienste verpflichten, sich systematisch Informationen beim anderen Dienst zu holen.

Damit entsteht ein deletäres Informations-Paradoxon: Je mehr Mitarbeitende aus verschiedenen Diensten umfassenden Zugriff auf die Notizen der an der Behandlung beteiligten anderen Dienste haben, desto weniger würde dieser Zugriff (aus Ressourcen-Gründen) in Anspruch genommen, da es schlicht nicht möglich ist, alle Informationsquellen zu durchforsten. Die Tatsache, dass aber solche Zugriffe möglich sind, würde einzelne Dienste dazu verleiten, weniger aktiv zu kommunizieren („die andern können ja lesen, wenn sie wollen“). Die Folge wäre eine Verschlechterung resp. eine „Nivellierung nach unten“ der wichtigen Informationen im Team, da sich alle Informationen aktiv beschaffen könnten, aber niemand dies tun würde, um eigene Zeit-Ressourcen zu schonen.

Die Verpflichtung, wichtige Informationen weiterhin aktiv zu kommunizieren, darf nicht unterhöhlt werden durch breite Zugriffsmöglichkeiten in elektronischen Medien, die dann aus Zeitgründen doch nicht wahrgenommen werden.

Wie gelingt es nun, Kommunikation in einer Klinik wirksam zu organisieren? Es bedarf dazu eines Kommunikations-Konzeptes.

Eckpunkte eines zu entwickelnden klinikinternen Kommunikationskonzeptes

Zuständig und verantwortlich für die Erstellung eines Kommunikationskonzeptes ist der/die LeiterIn der Funktionseinheit Klinik, in aller Regel die Chefärztin/der Chefarzt.

Dies ergibt sich aus der Verordnung über die kantonalen Krankenhäuser (Par. 14) wie auch aus dem Reglement über die Organisation des Stadtspitals Waid (Art. 18) – beide Rechtsgrundlagen übertragen dem Chefarzt/der Chefärztin die Verantwortung für die Organisation, Leitung und Kontrolle der ihm/ihr unterstellten Klinik. Ein solches Kommunikationskonzept muss die grundlegenden Standards der Informationsübermittlung in einer Funktionseinheit definieren, an welche sich die beteiligten Dienste zu halten haben, wenn sie Dienstleistungen in dieser Klinik erbringen wollen.

Eckpunkte eines solchen zu entwickelnden Kommunikationskonzeptes sind:

1. **Information innerhalb eines Teams**

ist a) je nach Situation Bring- und/oder Holschuld und b) läuft (vermutlich auch in Zukunft) weiterhin primär mündlich. Die sowohl quantitativ wie qualitativ wichtigste Art der Informationsübermittlung ist die mündliche im Beisein des Patienten/der Patientin am Krankenbett. Formal geschieht dies in praxi auf den Visiten, an denen sich Pflegende und ÄrztInnen beteiligen und die anderen Dienste sich mitbeteiligen. Die Basis-Kommunikation läuft mündlich in den entsprechend bereits vorhandenen Gefässen: Täglich auf den Zimmer- und Kardex-Visiten, wöchentlich am interdisziplinären Rapport (protokolliert durch Sekretärin) und unregelmässig an den Familiengesprächen (protokolliert durch Assistenzarzt/Assistenzärztin).

2. **Jedes an der Behandlung eines spez. Patienten beteiligte Team-Mitglied ist in Bezug auf Kommunikation prinzipiell gleichberechtigt**, dies auch unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Intensität der jeweiligen Betreuung je nach Patienten höchst variabel ist. Eine Sonderstellung hat lediglich der Arzt/die Ärztin inne aufgrund seiner/ihrer Pflicht zur Verordnung des Einsatzes der andern Dienste und aufgrund seiner/ihrer Aufsichtspflichten. Es gibt damit aus dieser Sicht auch kein bezüglich Information generell privilegiertes „Kern-Team“, es sei denn, diese Definition sei bezogen auf die Bedürfnisse eines individuellen Patienten – womit dann jeder individuelle Patient sein eigenes Kernteam hätte².

3. Jede am Behandlungsprozess beteiligte Fachperson führt ihre **eigene Dokumentation**. Diese Dokumentationen werden nach Abschluss der Behandlung zusammengeführt und bilden die sog. „Patientendokumentation“ (früher „Krankengeschichte“). Diese dienstspezifischen Dokumentationen sind nicht a priori umfassend den anderen Team-Mitgliedern zugänglich. Damit bleibt sichergestellt, dass sensible, wichtige, aber für den aktuellen Behandlungsprozess nicht relevante Informationen auf einen kleinen Kreis Informierter beschränkt bleibt³.

² So ist die Bedeutung der Sozialarbeiterin z.B. sehr hoch gegen Ende der Hospitalisation bei PatientInnen, die in eine Institution austreten. Physiotherapeutinnen haben eine sehr hohe Bedeutung bei PatientInnen mit hohen rehabilitativen Bedarfen, um nur zwei Beispiele zu nennen.

³ Beispiel: Eine depressive Patientin vertraut dem Arzt an, ihr Sohn sei wegen Delikten im Gefängnis; diese Information ist wichtig für den Arzt, aber unwichtig für andere Team-Mitglieder, zudem aus Sicht der Patientin (und des Sohnes) sehr sensibel.

4. Jeder am Behandlungsprozess beteiligten Fachperson obliegt die **Verpflichtung, aktiv** die anderen Beteiligten über relevante Sachverhalte **zu informieren**, welche sie in Ausübung ihrer Tätigkeit erfahren hat und bei welchen sie nicht gebunden ist durch ein Geheimhaltungsrecht des Patienten. Die Fachperson entscheidet selber, welche Information sie wem weitergibt resp. für sich behält. (Dies entspricht dem herkömmlichen Kommunikationsmuster aus der vor-elektronischen Zeit).
5. Diese aktive Information geschieht je nach Situation entweder mündlich oder schriftlich in einer eigens dafür entwickelten elektronischen **interdisziplinären Plattform** („IDR-Plattform“). Damit wird transparent und nachvollziehbar, welche Informationen in einem offenen Team-Raum sich befinden und welche Informationen dienst-spezifisch sind. Die einzelnen Team-Mitglieder sind zu *verpflichten*, periodisch die elektronische „IDR-Plattform“ zu konsultieren.
6. Der Patient hat jederzeit das Recht, auf der Geheimhaltung persönlicher Informationen gegenüber andern Team-Mitgliedern zu bestehen, muss allerdings auch auf eventuelle Konsequenzen dieser Geheimhaltung aufmerksam gemacht werden.

Fazit:

Kommunikation in einer Klinik ist kein neues, aber ein zentrales und zunehmend wichtiger werdendes Thema und muss in Zukunft intensiv bearbeitet werden.

Dabei muss das Ziel sein Informationsflüsse so zu organisieren, dass einerseits die Verpflichtung zur aktiven Information nicht dahinfällt und andererseits den datenschützerischen Aspekten Rechnung getragen wird. Jeder am Behandlungsprozess beteiligte Dienst hat gewisse Ressourcen für diese Informationsarbeit bereitzustellen.

Viele Fragen bleiben derzeit noch offen, die Entwicklung der elektronischen Möglichkeiten ist rasant schnell; die Gefahr besteht, dass neue elektronische Möglichkeiten eingeführt werden, ohne ihre Auswirkungen auf die Team-Kommunikation kritisch zu prüfen.

Wie erleben Patientinnen und Patienten die Kommunikation im Spital?

Ein Werkstattbericht

Ellinor von Kauffungen

So unterschiedlich die Patientinnen und Patienten, so unterschiedlich wird auch die Kommunikation im Waidspital wahrgenommen; dies die Bilanz der ausführlichen Gespräche, welche die Referentin mit vier Personen in der Waid geführt hat.

Der Grundtenor dieses - notabene punktuellen und völlig unrepräsentativen Besuchs - ist jedoch sehr positiv: die Kranken oder Verletzten fühlen sich ernst genommen, Untersuchungen, Abläufe und der weitere Behandlungsverlauf werden weitgehend befriedigend erklärt, das Klima ist von gegenseitigem Respekt geprägt, der Umgang familiär.

Bohrt man jedoch etwas tiefer, kommen auch Schwachstellen zutage; dies eher bei jenen Patientinnen, welche längere Zeit (mehrere Wochen) im Spital verbringen und somit den Spitalalltag besser kennenlernen als bei jenen, welche bloss einige Tage im Spital weilen. Die Dankbarkeit, in einer Ausnahmesituation (und das ist der Spitalaufenthalt für die meisten) Linderung oder Heilung zu erleben, lässt gewisse Kommunikationsmängel in den Hintergrund treten.

Zwei Patientinnen erzählen von Vorkommnissen, welche auf einen offenbar nicht optimalen Informationsfluss schliessen lassen und dazu führen, dass die von ihnen geäusserten Wünsche/Informationen innerhalb des Betreuungsteams die zuständigen Adressaten nicht alle erreichen. Zeitmangel ist ein weiterer Punkt, der (z.B. bei den Mahlzeiten und den Vorbereitungen für die Bettruhe) für gewisse Unruhe sorgt und somit auch Auswirkungen auf die Kommunikation hat. Häufiger Personalwechsel, für Betroffene nicht klar ersichtliche Zuständigkeiten sind für alle Interviewten offensichtlich, werden aber verschieden wahrgenommen. Dasselbe gilt für Konflikte und Meinungsverschiedenheiten innerhalb des Personals, die vereinzelt spürbar sind - allerdings in unterschiedlichen Intensitäten.

Fazit: Kommunikation ist ein komplexer Vorgang. Zwischen „Senden“ und „Empfangen“ gibt es mannigfaltige Hürden, bestehend aus Informationsmängeln, Missverständnissen, Fehlinterpretationen und vielem mehr. Diese zu beseitigen ist ein stetiger Prozess, der im Waidspital offenbar ernst genommen wird: davon zeugt nicht zuletzt das 8. Geriatrieforum.

Oszillierende Organisationen – kommunikative und kulturelle Herausforderungen für das Gesundheitswesen

Dr. iur. Erwin Carigiet

Während unter dem Begriff „oszillieren“ allgemein ein mechanisch-physikalisches Schwingen zwischen Polen verstanden wird, bezeichnet er in der neueren Managementlehre (vgl. Peter Littmann/Stephan A. Jansen, Oszillodox. Virtualisierung – die permanente Neuerfindung der Organisation, Klett Cotta 2000 Stuttgart) die bewusste und bewältigbare Gleichzeitigkeit von einander gegensätzlichen Mechanismen oder Paradigmen.

Waren die 90er Jahre in den Unternehmen durch die reine Auslagerung von Randbereichen geprägt, geht es in einer oszillierenden Organisation um die Gleichzeitigkeit

- von Desintegration und Integration (z.B. gleichzeitiges Out- und Insourcing unterschiedlicher Bereiche) und
- von Konkurrenz und Kooperation (gleichzeitig oder nacheinander, je nach Situation bzw. Bedürfnis der Unternehmen)

sowie das Implementieren von Entscheidungsprozessen,

- die unterschiedliche Erfahrungen, Verhaltensweisen, Ansichten und Perspektiven in eine gemeinsame Unternehmenskultur integrieren und
- den Wechsel von der traditionellen Unterscheidung klassischer Organisation zwischen "oben" und "unten" zur Unterscheidung sich vernetzender und virtualisierender Unternehmen zwischen "innen" und "außen" fördern.

Das Oszillieren zwischen paradoxen Strukturen und Anforderungen erweitert das Wissen *und* die Handlungsmöglichkeiten einer Organisation, so dass sie auf komplexe Herausforderungen adäquat reagieren kann.

Das heutige Umfeld im Gesundheitswesen stellt sich bekanntermassen sehr komplex dar. Das Gesundheitswesen ist einerseits einer der bedeutsamen Wirtschaftsfaktoren der Moderne, ja BIG BUSINESS im eigentlichen Sinn des Wortes, geworden und andererseits mit existenziellen Fragen der menschlichen Existenz (Leiden, Hinfälligkeit, Tod) beschäftigt. Ständiger Wechsel oder Gleichzeitigkeit zwischen so unterschiedlichen Anforderungen und Erwartungen, die sich auch in den Organisations- und Finanzierungsstrukturen abbilden (es sei als Beispiel nur auf die unterschiedlichen Finanzierungsmechanismen der Akut- und Langzeitpflege verwiesen), gehören heute für viele AkteurInnen zum Alltag. Jedes (Berufs-) System (Medizin, Pflege, Versicherung, etc.) hat zudem sein eigenes Wissen, seine eigene Erfahrung und Kultur und folgt eigenen Regeln der Kommunikation.

Betrachtet man das (reale) Gesamtsystem als dreidimensionale Realität, dann bilden die AkteurInnen (LeistungsbringerInnen, FinanziererInnen, PatientInnen, Management, Politik)

im System, als Organisationen oder Individuen, ihre Geschichte, ihre Kultur und ihre Standpunkte als eigene (zweidimensionale) Landkarte ihrer spezifischen Interessen ab. Allerdings gilt (Zitat nach Alfred Korzybski und S. I. Hayakawa): „Die Landkarte ist nicht die Landschaft.“ Eine Landkarte sagt nicht alles über das gezeichnete Gelände aus, genauso wie Worte nie die beschriebenen Dinge sind.

Auch im Gesundheitswesen existieren zahlreiche unterschiedliche parallele Realitäten mit unzähligen entsprechenden Landkarten. Zum Beispiel der Umgang mit der „Kostenexplosion der Gesundheitskosten“, also die Beurteilung der Kostenentwicklung: Bei wem liegt hier die Hauptverantwortung? Bei den PatientInnen, den Leistungserbringenden, der Pharmaindustrie oder beim medizinischen Fortschritt?

Die unterschiedlichen Interessenlagen zu kennen – die fremden wie auch die eignen – erlaubt erst das Ausschöpfen aller Handlungsmöglichkeiten, gestattet erst das Oszillieren im unübersichtlichen und mehrdimensionalen Raum. Es geht darüber hinaus auch darum, die Komplexität zu akzeptieren, nicht sie zu reduzieren.

Eine Voraussetzung hierfür ist die „ermöglichende Kommunikation“ bei der es gilt, alle Standpunkte und Interessen zu kennen und zu verstehen und von vornherein grundsätzlich als legitim anzuerkennen, auch wenn sie nicht geteilt werden. Kommunikation wird dabei zum zentralen Instrument, um die zahlreichen Interaktionen so zu gestalten, dass das Produkt mehr wird, als „die Summe seiner Teile“. Integrierte Gesundheitssysteme sind ein wichtiger Schritt in diese Richtung (vgl. die beiden vorangegangenen Geriatrieforen 2006 und 2007).

Wenn über Kommunikation aus den diversen individuellen Landkarten eine neue gemeinsame Landkarte oder sogar ein Relief mit Höhen und Tiefen erschaffen wird, entsteht eine gemeinsame Realität und eine gemeinsame Sprache. Es entsteht ein stabiles Fundament, das auch gewagte Konstrukte zu tragen vermag. Ein Beispiel: KonkurrentInnen schliessen sich für bestimmte Aufgaben zusammen und arbeiten gezielt in Netzwerken zusammen. *Ziel ist dabei, dass die PatientInnen vermehrt zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort in den richtigen Händen sind.* Erfolg definiert sich nicht mehr allein durch die eigene Kernkompetenz, sondern zusätzlich durch die Virtualität der Organisation und ihrer AkteurInnen, also der Fähigkeit, Beziehungen nach innen und aussen zu aktivieren.

Am Beispiel der LeistungserbringerInnen bedeutet dies, dass sie in der Integrierten Gesundheitsversorgung

- nicht mehr länger allein nur LeistungserbringerInnen sind,
- sondern vermehrt zu NetzwerkintegratorInnen von LeistungserbringerInnen, Finanzierenden und PatientInnen werden.

Kommunikative Medizin

Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt

Abgenutztheit und Aktualität einer Problemstellung: Die Kritik an der sprachlosen Medizin und, umgekehrt, die Einforderung einer „sprechenden Medizin“ ist nicht neu; und sie ist so verbreitet, dass sie popularisiert wurde zu einer Art von (technik-skeptischen) Kulturkritik. Aber trotz dieser Gefahr, im Lichte dieser Abgenutztheit der Kritik, die oftmals nur noch Schulterzucken induziert, ist das Thema gesundheitspolitisch aktuell und anthropologisch von tiefer Dramatik.

Zwischen Patienten-Zentriertheit und Schutz der medizinischen Profession vor Überforderung: Das Thema ist jenseits einer solchen populären Medizinkritik angesichts der Burnout- und Suizidalitätsepidemiologie des ärztlichen Berufes nicht nur als Einforderung einer stärkeren/anderen Patientenzentriertheit zu verstehen. Nicht nur müssen die Perspektiven der immer mitbetroffenen Netzwerke (Angehörige) einbezogen werden; sondern der ärztliche Beruf ist vor der gesellschaftlichen und entsprechend internalisierten Selbst-Überforderung zu schützen.

Eine neue „Medizinkultur“: Vor dem Hintergrund der sozio-demographischen und der damit verknüpften epidemiologischen Transition der modernen Gesellschaft bedarf es einer „Medizinkultur“, die sich nosologisch deutlicher fokussiert auf die Schnittbereiche von chronischen Erkrankungen, funktionellen Einschränkungen, Behinderungen, psycho-sozialen Begleitbedarfen und komplementären sozialen Hilfen. Dies ist nur eine andere Umschreibung für die Notwendigkeit integrierter Medizin als Überwindung der vielfachen Fragmentierungen sozialrechtlicher, sektoraler, professioneller und funktionaler Art. Und es scheint evident zu sein, dass eine neue Medizinkultur daher ein Arbeiten am und mit dem personal definierten, ganzen Menschen in neuen Betriebsformen bedarf. Doch ist diese betriebsmorphologische Sicht hier nun nicht das zentrale Thema. Gleichwohl ist die Einsicht validiert, dass für die Herbeiführung neuer Organisationsformen die Schaffung rechtlicher Rahmenbedingungen und ökonomischer Anreizstrukturen eine notwendige Bedingung, aber keine hinreichende Voraussetzung darstellen. Dies verweist professionalisierungstheoretisch auf die kulturellen Wandlungen, die die Handlungssozialisation, also die Formung der professionellen Handlungslogik der Medizin betrifft. Die vielfach analysierte Metaphernsprache der Medizin, die auf das Maschinenbau-Verständnis und auf einen heroischen maskulinen Todesbekämpfung-Mythos verweist, deckt einen kulturellen Code der Medizin auf, der nicht passungsfähig ist zu den Herausforderungen der Alterung der Gesellschaft. Eine tiefverwurzelte und grundlegende Barriere stellt die daraus resultierende inter-professionelle Kommunikations- und Kooperationsproblematik dar.

Team-Orientierung oder Omnipotenz-Modell? Soll der Arzt/die Ärztin nun aber in seiner/ihrer alltäglichen diagnostischen Arbeit den multi-disziplinären Blick praktizieren, so wird er/sie als Einzelperson im Durchschnitt überfordert sein. Der multi-disziplinäre Blick erfordert

eine Team-Orientierung, um so auf der Grundlage eines bio-psycho-sozialen Leitbildmodells medizinische Diagnostik und Therapiewahl, erweitertes (z. B. pflege-zentriertes) Assessment, Social support, empathiegestützte emotionale Unterstützung bis hin zu managerialen Aufgaben der Patientenpfaddefinition zwischen Care und Case Management etc. ganzheitlich zu verknüpfen.

Zentrierung auf die Leiblichkeit des Menschen: Insofern stellt sich die Problematik als eine Frage konkret gelebter Medizinanthropologie. Mit gerontologischem Bezug müßte diese auch eine leiblichkeitsphänomenologische Perspektive einbeziehen, wie sie neuerdings verstärkt pflegeontologisch diskutiert wird.

Die Problematik ist im Lichte dieser fachlichen Ansprüche nüchtern zu betrachten, da die Erfahrung zeigt, dass diese kulturellen Veränderungen in der medizinischen Praxis nicht durch Ausbildungsreformen quasi mechanisch herbei zu führen sind. Die medizinische Praxis ist organisationstheoretisch nicht als triviale Maschine zu verstehen, die man durch exogene Impulse einfach verändern kann.

Die Shared-decision-making-Theorie der Arzt-Patienten-Beziehung soll vor dem Hintergrund dieser komplex verschlungenen Situation unter Aspekten einer philosophischen Anthropologie des dialogischen Personalismus näher diskutiert werden.

Lösungsorientiertes Patientengespräch (GOG – Gesundheitsorientierte Gesprächsführung)

Dr. med. Christian Kuhlmann

Historie: Steve de Shazer und seine Ehefrau Insoo Kim Berg, beide inzwischen verstorben, entwickelten ab Mitte der 70er Jahre in ihrem Kurzzeit-Familien-Therapie-Zentrum in Milwaukee die **lösungs-orientierte Kurztherapie**. De Shazer fand später die Bezeichnung **lösungs-fokussiert** präziser.

Unsere Arbeitsgruppe (www.gog-institut.eu) hat sich nach vielen Fortbildungserfahrungen zur Formulierung **gesundheits-orientiert** entschlossen, da sprachlich Lösungen zu eng an das Lösen von Problemen gebunden sind, was sich als Quelle vieler Verständigungsschwierigkeiten zeigte.

Zentrale Unterschiede zur problem-orientierten Vorgehensweise sind

- die Vorstellung, dass **zwischen einem Problem und seiner Lösung kein Zusammenhang besteht** und es deshalb besser ist, das zu vermehren, was schon besser funktionierte im Ablauf der Probleme oder was bei Abwesenheit der Probleme auftrat (sog. **Ausnahmen**)
- das **frühe Erfragen von Änderungen**, die sich durch die Therapie ergeben würden, wenn sie erfolgreich gewesen wäre, die sog. **Zukunftsprojektion**. **Ohne Ziel gibt es keine Therapie!**
Gemeint sind hier nicht die üblichen Wünsche nach Änderung durch Abwesenheit der Symptome (Angst, Schmerz, Depression wegmachen), sondern die Frage, woran der Patient merken würde, dass die Probleme nicht mehr da wären, was dann anders wäre. – Eine Patientin antwortete: „Da müsste erst ein Wunder geschehen!“ – Daraus wurde die **Wunderfrage** entwickelt als hilfreiche Imagination, was anders wäre, wenn ein Wunder im Schlaf geschehen wäre. – Eine andere Patientin antwortete auf die Wunderfrage: „Dann wäre mein Mann tot!“ I.K. Berg fragte sie dann: „Wenn Ihr Mann tot wäre, was würden Sie dann anderes tun, als Sie jetzt tun?“ Die Patientin beschrieb, dass sie dann ihre Kinder in Texas besuchen würde usw. Nach einiger Zeit kam sie wieder und berichtete von ihrem Besuch der Kinder - obwohl der Mann noch lebte.
- die Arbeitsweise, dass **der Therapeut nur den Kontext schaffen soll, in dem der Patient seine eigene Therapie macht**, also zwischen den Therapiegesprächen. Hierzu dienen insbesondere **Hausaufgaben**, am häufigsten als Skalenfrage.

Das Brügger Modell:

Ab 1984 entwickelte Luc Isebaert am St. Jansspital in Brügge das Brügger Modell (www.korzybski.com), erst in Anlehnung an Milton Erickson, dann ab 1990 in Zusammenarbeit mit Steve de Shazer. Seit 1999 arbeiten wir mit Luc Isebaert zusammen.

Es weist einige **Unterschiede zum Milwaukee-Konzept** auf:

- Im Brügger Modell wird davon ausgegangen, dass die Menschen alte und neue Gewohnheiten haben, gute und schlechte – und dass sie **zwischen diesen Gewohnheiten**

wählen können, wenn sie sich diese gut vorstellen können. Was ich mir nicht vorstellen kann, kann ich nicht wählen.

Der Therapeut hat also die Aufgabe, die Gewohnheiten im Detail nach einem Strukturmodell zu erfragen, das **ein Wechselspiel zwischen den Kognitionen, den Gefühlen, dem Handeln und der Interaktion mit der Umgebung** beschreibt.

- In der Annahme, dass die Menschen besser zurecht kommen wollen und dazu motiviert sind, soll ihnen **die freie Wahl zwischen ihren Gewohnheiten ermöglicht werden**. Die Erfahrung zeigt, dass die Menschen interessiert sind an günstigen Gewohnheiten.
- Bei Gesprächsbeginn schon darauf achten, ob es sich
 1. um ein **Problem** handelt, das durch **Ausnahmen** (Problem war nicht da) definiert ist,
 2. oder um eine **Einschränkung**, bei der eine Lösung nicht vorstellbar ist: Tod des Partners, schwere chronische Erkrankung oder Behinderung
- Die **3 Typisierungen bei Steve de Shazer** (Besucher – Visitor, Klagender – Complainant, Kunde - Customer) sind als Stigmatisierungen (laut Steve de Shazer sein größter Fehler) **aufgegeben worden zu Gunsten von 4 Beziehungsbeschreibungen**, die die Beziehung zwischen Patient und Therapeut erfassen:
 1. in der **unverbindlichen Beziehung** besteht **keine Nachfrage nach Hilfe**, Patient und Therapeut brauchen sich nicht engagieren, der Therapeut sorgt für wert-schätzende Atmosphäre („Darf ich fragen, was Sie beruflich machen?“)
 2. in der **suchenden Beziehung** wollen Patienten **viel Hilfe** vom Therapeuten, **können/wollen aber selbst nichts tun**, so dass alle Ratschläge (i.S. von Tu-Aufträgen) scheitern. Der Therapeut sucht auch da, wo er nichts findet, dass nämlich der Patient die Verantwortung übernimmt.
 3. in der **Consulting-Beziehung** (bei de Shazer nicht vorhanden) will der Patient eine Fachauskunft: „Sagen Sie mir, was ich tun soll.“ Er sucht Hilfe, kann aber seine Ressourcen nicht nutzen.
 4. in der **Experten-Beziehung** treffen sich 2 Experten: der **Patient ist Experte für seine Gewohnheiten als Ressourcen**; der **Therapeut ist Experte im detaillierten Erfragen dieser Gewohnheiten**, s.o. – außerdem fragt er, was damals geholfen hat, diese Gewohnheiten zu tun – und was wieder helfen könnte, das erneut zu tun. Dabei Wahlfreiheit beachten!
- Die **Skalenfrage stellt auf die Gegenwart ein**: sie wird im Brügger Modell schonender behandelt als in den USA.
Wenn ein Patient seinen Zustand einschätzen soll auf einer Skala 0 – 10 (wobei 0 der schlechteste Zustand in den letzten 6 Monaten wäre und 10 ein ausreichender Zustand oder das Ergebnis des Wunders wäre) und er antwortet: „höchstens 2“, würde de Shazer eher fragen, was bei 3 anders wäre als bei 2 und wie er das gemacht hätte.

Im Brügger Modell würde erst genau erkundet, was zwischen 0 und 2 schon drin steckt an Besserung und was ihm helfen könnte, die 2 zu halten. Bei chronischen Patienten würde noch vorsichtiger gefragt: was ihnen helfen könnte, immer wieder nach 2 zu

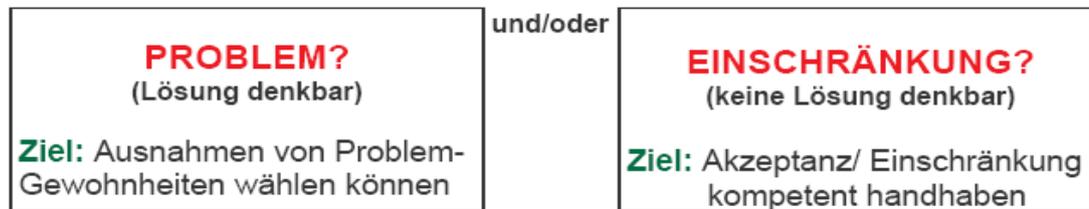
kommen.

- Das **Tagebuch mit den 3 Fragen zum glücklichen Leben** ist für die Menschen besonders nützlich, die eine realistische Zukunftsprojektion nicht denken können, auch nicht beschreiben können, wie sie sein wollen in ihren verschiedenen Rollen.

Alles ist genau beschrieben im **Lehrbuch von Luc Isebaert „Kurzeittherapie – ein praktisches Handbuch“**, 2004, Thieme-Verlag, 29,95 EUR

Das Beiblatt hat sich als Schreibtischvorlage bewährt!

GOG: Patient berichtet Schwierigkeiten



4 BEZIEHUNGSMUSTER:

- 1. Unverbindliche Beziehung** → **Keine Nachfrage nach Hilfe**
 (Pat. sieht keine Schwierigkeiten oder kann sich Hilfe nicht vorstellen)

Kompliment: Alltagsbewältigung würdigen („Unterhaltung über den Zaun“)
Ziel: Erneute Kontakte durch höfliche Beziehung erleichtern
- 2. Suchende Beziehung** → **Nachfrage nach Hilfe, aber keine Bereitschaft zur Mitarbeit**

Typ 1: kann selbst **nichts** machen
 Typ 2: kann selbst **nichts** machen, ein **anderer** soll **helfen**
 Typ 3: kann selbst **nichts** machen, ein **anderer** muss sich **ändern**

Kompliment: Leiden und Nachfrage nach Hilfe würdigen („Wie haben Sie das geschafft, wie ausgehalten? Was hat Ihnen dabei geholfen?“)
Ziel: Zukunftsprojektionen als Allroundfrage, Beobachtungsaufgaben, Distanzierungstechniken
- 3. Consulting-Beziehung** → **Nachfrage nach Hilfe, Pat. kann eigene Ressourcen nicht nutzen, will nur Fachberatung („Sagen Sie mir, was ich tun soll!“)**

Kompliment: Nachfrage nach Hilfe bzw. Information würdigen („Gut, dass Sie gekommen sind!“)
Ziel: Infos geben, sehen, was Pat. damit macht, Tu- Aufgaben und Distanzierungstechniken
- 4. Experten-Beziehung** → **Nachfrage nach Hilfe, Pat. kann eigene Ressourcen nutzen, will selbst etwas tun**

Kompliment: Kompetenz zu wählen würdigen („Wie haben Sie das gemacht?“)
Ziel: Ausnahmen im Detail erfragen und wählbar machen, kompetenten Umgang mit Einschränkungen bestätigen, Distanzierungstechniken



Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie
Société Professionnelle Suisse de Gériatrie
Società Professionale Svizzera di Geriatria

Kurzvorstellung SFGG

Die **Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie SFGG** versteht sich als Vereinigung der in der Schweiz tätigen Fachärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin und Innerer Medizin mit abgeschlossener oder laufender Schwerpunktweiterbildung in Geriatrie (Altersmedizin) und weiterer geriatrisch interessierter Ärztinnen und Ärzte. Sie ist eine Schwestergesellschaft der Schweizerischen Gesellschaft für Gerontologie SGG-SSG.

Die SFGG hat zum Zweck

ein Ort der Begegnung und ein Diskussionsforum für Geriater/Geriaterinnen und die anderen in der Schweiz im Bereiche der Geriatrie tätigen Ärztinnen und Ärzte zu sein;

die Aufgaben im Bereich der Weiterbildungs- und der Fortbildungsordnung der Schweizerischen Ärztesgesellschaft FMH für das Schwerpunktgebiet Geriatrie in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin SGAM und der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin SGIM wahrzunehmen;

sich für eine qualitativ hochstehende Geriatrie einzusetzen und zur Sicherung deren Qualität beizutragen;

die Zusammenarbeit mit den anderen Berufen und Personenkreisen, die sich mit den körperlichen, psychischen und sozialen Vorgängen im Laufe des Alterns befassen, zu pflegen;

die Forschung und Entwicklung im Gebiete der Geriatrie anzuregen und zu unterstützen, und den akademischen Nachwuchs zu fördern;

die Erkenntnisse in der Geriatrie und Gerontologie der Ärzteschaft zugänglich zu machen;

das Verständnis für die Geriatrie und die Gerontologie bei allen Partnern im Gesundheitswesen und in der Öffentlichkeit zu fördern;

für die beruflichen Interessen ihrer Mitglieder unter Berücksichtigung der Anliegen der ganzen Ärzteschaft einzutreten;

sich als ein aktiver und anerkannter Partner der ihr verwandten nationalen und internationalen Organisationen zu betätigen.

Präsidentin der SFGG ist zurzeit Dr. med. Regula Schmitt-Mannhart, Heimärztin am Pflegezentrum Ittigen (BE). Die Geschäftsstelle der SFGG befindet sich an der Schwanengasse 14 in Bern.

8. Zürcher Geriatrieforum Waid, 3. Juli 2008
Kommunikation im medizinischen Alltag: Kunst oder Handwerk?

Geschäftsstelle SFGG•SPSG: Monika Streit-Steiger, 3001 Bern
Tel. 031 311 89 06, Fax 031 311 89 07, E-Mail monika.streit@sgg-ssg.ch

www.sfgg.ch



Schweizerische Vereinigung für Sozialpolitik (SVSP)
Association Suisse de Politique Sociale (ASPS)
Associazione Svizzera per la Politica Sociale (ASPS)

Kurzvorstellung SVSP

In den über 80 Jahren ihres Bestehens hat die SVSP Anstösse zur Entwicklung der Sozialpolitik gegeben, sie begleitet, gefördert, kritisiert und sich dabei selbst gewandelt. Die Konstanten in diesem Wandel können mit fünf Stichwörtern charakterisiert werden:

1. Das Diskussionsforum für die Sozialpolitik

In der Vorkriegsphase, als Sozialpolitik vor allem eine Angelegenheit der Sozialpartner war, war die SVSP die Plattform auf der die Vorstellungen und Argumente in einer sachlichen Atmosphäre diskutiert werden konnten, vor dem Kampf auf der politischen Bühne. Nach dem zweiten Weltkrieg nahm sich der Bund des Auf- und Ausbaus der Sozialversicherungen an, und die SVSP bot sich als Forum der Diskussion zwischen ihm und den Sozialpartnern an. Seit etwa 1980, als die Entwicklung der Sozialpolitik zu stagnieren begann, und erst recht in den neunziger Jahren angesichts der von verschiedenen Seiten proklamierten Krise des Sozialstaates tritt die SVSP mit Tagungen und Publikationen auf und versucht, die verschiedenen Kräfte der Sozialpolitik mit Impulsen und Ideen von ihren vorwiegend defensiven Standpunkten weg an einen Ort zu bewegen, an dem gemeinsam Lösungen für die schwierigen Probleme gefunden werden können.

2. Gesamtschau der Sozialpolitik

Die SVSP hat die Sozialpolitik immer als Ganzes gesehen. Diese Optik hat in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen, denn es zeigt sich, dass die bisherige Praxis der Segmentierung der sozialen Sicherheit keine tragfähigen Lösungen für die absehbaren sozialen Probleme mehr anbieten kann. Es geht darum, die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen sozialen Risiken zu erkennen, zu einer Gesamtschau der Sozialversicherungszweige zu kommen und diese in die Suche nach Lösungen einzubeziehen. Das bedeutet auch, dass Zuständigkeitsgrenzen überschritten werden müssen, da noch auf absehbare Zeit die sozialen Risiken (z.B. Alter, Gesundheit, Existenzsicherung, Arbeit) sowohl rechtlich (ARVG, ALVG, Sozialhilfe usw.) und verwaltungsmässig (BSV, seco,

Departemente der Kantone, Gemeinderessorts usw.) wie auch auf der Seite der Interessenvertreter von unterschiedlichen Strukturen wahrgenommen werden.

3. Verknüpfung von Theorie und Praxis

Die SVSP hat sich immer als Katalysator verstanden und den Dialog zwischen Politik, Verwaltung, Öffentlichkeit und Wissenschaft verstärkt, weil sie der Überzeugung war und ist, dass nur gemeinsame Anstrengungen zu tragfähigen Lösungen führen. Ein Problem, das angeprangert werden muss, ist die vor allem in der Deutschschweiz sehr schwache Basis der Sozialpolitik-Wissenschaft: Es fehlt nach wie vor ein universitäres Institut, das sich kontinuierlich mit Sozialpolitik befassen würde. Nationale Forschungsprogramme sind dafür kein Ersatz.

4. Vorausdenken

Was schon im Zweckartikel angelegt ist, hat die Arbeit der SVSP auch in der näheren Vergangenheit geprägt: 1983 rief die Vereinigung beispielsweise im Rahmen einer Tagung dazu auf, die Perspektiven der Sozialpolitik für das Jahr 2000 zu diskutieren. 1989 hiess ein Tagesthema "Die schweizerische Sozialpolitik im Rahmen der Europäischen Union", 1996 befassten wir uns unter dem Titel "Mehr Föderalismus weniger soziale Sicherheit?" mit den sozialpolitischen Konsequenzen des Finanzausgleichs.

5. Gesamtschweizerisch

Von Anfang an hat sich die SVSP als gesamtschweizerische Organisation verstanden und sich bemüht, die zum Teil unterschiedlichen sozialpolitischen Grundpositionen zur Geltung kommen zu lassen. Die letzten drei Präsidenten waren ein italienisch Bündner, ein Romand und ein Deutschschweizer.

Trotz ihres Alters ist die SVSP hochaktuell. Sie stellt ein Forum für die unvoreingenommene Diskussion sozialpolitischer Fragen zur Verfügung, erarbeitet Unterlagen für die Behandlung wichtiger sozialpolitischer Probleme und informiert die Öffentlichkeit auf unabhängige Weise mittels Tagungen oder Publikationen zu laufenden oder bevorstehenden Entscheidungsprozessen im Bereich der Sozialpolitik.

Schweizerische Vereinigung für Sozialpolitik (SVSP)
Monbijoustrasse 22
Postfach
3000 Bern 14
Tel. 031 326 19 20, Fax 031 326 19 10
www.svsp.ch

Kurzvorstellung INAG



Institut universitaire Âges et Générations
Universitäres Institut Alter und Generationen
Istituto universitario Età e Generazioni
Swiss Institute Ageing and Generation

Universitäres Institut Alter und Generationen

Valérie Hugentobler, collaboratrice scientifique
Institut Universitaire Âges et Générations – INAG
c/o Institut Universitaire Kurt Bösch
Case postale 4176
CH- 1950 Sion
Tél. +41 (0) 27 205 73 00
Fax +41 (0) 27 205 73 01
e-mail : inag@iukb.ch

INAG - im Dienst der Forschung über Generationenbeziehungen

Am 12. Oktober 1998 wurde in Sion das Universitäre Institut 'Alter und Generationen' (INAG) gegründet. Unterstützt wurde die Gründung dieses Instituts einerseits durch den Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung und zwei Universitäten (Basel und Genf). Unterstützung erfolgte andererseits auch durch die Pro Senectute Schweiz, die Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie (SGG), das Universitäre Institut Kurt Bösch, den Kanton Wallis sowie mehrere Persönlichkeiten aus Wissenschaft, Altersarbeit und Politik.

Das INAG versteht sich als Instrument der Kooperation, mit dem Ziel, die Beziehungen zwischen den Generationen in einer rasch wandelnden soziopolitischen Umwelt zu verstehen und zu verbessern. Seine Aufgabe besteht darin, an den Diskussionen über die Zukunftsoptionen zu Beginn des dritten Jahrtausends teilzunehmen.

Information, Austausch, Weiterbildung, Forschung und Kooperation sind die Leitwörter, welche die Aktivitäten des Instituts bestimmen.

Prof. Hermann-Michel Hagmann
Präsident des INAG

Die Ziele des Instituts

Die Ziele

Ausgangspunkt

Allgemeine Zielsetzungen

Die Ziele des Instituts sind die folgenden :

a) Das INAG sichert die Kontinuität von Diskussionen und vertiefte Analysen über die mit Altern und Generationenbeziehungen verbundenen Fragebereichen, und dies in der gesamten Schweiz.

b) In Zusammenarbeit mit den Universitäten und interessierten Fachhochschulen fördert das INAG die Entwicklung der Ausbildung und der angewandten Forschung in den unter a) angeführten Themenbereichen.

c) Gleichzeitig strebt das INAG in seinen Themenbereichen die Diffusion von Informationen im allgemeinen und entsprechender Forschungsergebnisse im speziellen. Dies soll prinzipiell im Rahmen einer engen Zusammenarbeit mit den im Altersbereich tätigen Fachorganisationen und Institutionen durchgeführt werden.

Der formelle Sitz des Vereins ist das universitäre Institut Kurt Bösch in Sion. Die Beziehungen zwischen dem Institut Kurt Bösch und dem INAG werden durch einen Vertrag geregelt.

Ausgangspunkt

Die demographische Alterung der Schweiz wird sich in den nächsten Jahrzehnten beschleunigen. Gleichzeitig führt das Eintreten neuer Generationen ins Alter auch zu neuen Werthaltungen und Vorstellungen zum Altern. Diese Entwicklungen haben bedeutsame sozial-, arbeitsmarkt- und gesundheitspolitische Auswirkungen. Auch die Generationenbeziehungen verändern sich aufgrund demographischer, familialer und sozial-politischer Entwicklungen rasch.

Zur Bewältigung der neuen Entwicklungen von Altern und Generationenbeziehungen sind kontinuierliche wissenschaftliche Analysen und ihre systematische Umsetzung in die Praxis unabdingbar. Die letzten Jahre brachten der gerontologischen Forschung wichtige Impulse. Gefährdet ist jedoch weiterhin die Kontinuität in Lehre, Forschung und Forschungsanwendung. Der wissenschaftliche Austausch zwischen Fachleuten verschiedener Disziplinen sowie der Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis der Altersarbeit erfordern gerade in einem sich rasch verändernden Themenfeld, wie dies das Altern und die Generationenbeziehungen darstellen, immer wieder neue Denkansätze und einen stetigen fachlichen Gedankenaustausch. Ohne eine gezielte Förderung der Kontinuität gerontologischer Arbeiten und Diskussionen gehen bisher erarbeitete Kompetenzen und Kontakte wieder verloren.

Allgemeine Zielsetzungen des INAG

Das INAG strebt an, zusammen mit anderen Partnern aus den Universitäten und der Alterspraxis, fachliche Diskussionen und Analysen von Alters- und Generationenfragen zu garantieren. Damit soll in Zusammenarbeit mit den Universitäten und Fachhochschulen die gerontologische Forschung und Lehre in der Schweiz gesichert und ausgebaut werden. Gleichzeitig soll die Diskussion und Diffusion von Forschungsergebnissen gefördert werden.

Das INAG ist explizit den drei folgenden Grundsätzen verpflichtet :

- a) Förderung von disziplinübergreifenden Austauschbeziehungen und Diskussionen zum Themenbereich Alter und Generationen
- b) Förderung gesamtschweizerischer und sprachübergreifender Perspektiven und Kooperation in der angewandten gerontologischen Forschung und Lehre.
- b) Förderung der Verknüpfung zwischen Grundlagenforschung, angewandter Forschung und professioneller Altersarbeit.

Diese Grundsätze bestimmen Form, Aufbau und Aktivitäten des INAG. Das INAG will bestehende universitäre Strukturen keineswegs duplizieren, sondern sein Ziel ist es, diese zu ergänzen. Deshalb wird der Aufbau eines flexiblen Kooperations- und Kompetenz-Netzwerkes angestrebt.

Aktivitätsschwerpunkte

Die Aktivitätsschwerpunkte des INAG in einer ersten Aufbauphase liegen auf vier Ebenen :

a) Forum

Das INAG bietet eine Plattform für Informationen und Diskussionen zu den Themenbereichen Alter und Generationen. Neben der Organisation gerontologischer Tagungen und interdisziplinärer Workshops ist zu diesem Zweck auch der Aufbau eines umfassenden Informationsdossiers und die Erarbeitung themenspezifischer Arbeitshefte vorgesehen. Damit sollen ForscherInnen, Studierenden, aber auch Fachleuten aus der Praxis theoretische, methodische und praktische Hilfsmittel für ihre gerontologische Weiterarbeit zur Verfügung gestellt werden.

b) Weiterbildung

Das INAG wird sich - in Zusammenarbeit mit den Universitäten - an der gerontologischen Weiterbildung (z.B. Postgraduierten-Programme) beteiligen, sei es durch Mitorganisation von Weiterbildungs-Modulen, sei es durch Bereitstellung von Lerneinheiten usw.

c) Expertisen und Fachberatung

Im Rahmen des INAG sollen fachliche Expertisen entwickelt werden, welche die angewandte gerontologische Forschung und ihre Umsetzung fördern (z.B. Liste wichtiger Forschungsfragen, Beratung bei der Planung von Forschungsvorhaben u.a.). Gleichzeitig sollen auch Expertisen erarbeitet werden, die für Anwender von Interesse sind (z.B. Expertisen über Zukunftsperspektiven, Fachberatung bei der wissenschaftlichen Evaluation von Projekten usw.).

d) Forschung

Das INAG arbeitet und kooperiert bei Forschungsprojekten zu Themenbereichen wie Lebensverläufe, Generationenbeziehungen, Lage und Probleme älterer Menschen, usw... Die wissenschaftliche Direktion und die Mitglieder des Komitees INAG waren an der Erarbeitung verschiedener Forschungsprojekte beteiligt, welche im Rahmen von NFP's, SPP « Zukunft Schweiz » ausgearbeitet wurden. Diese Aktivitäten wurden in Zusammenarbeit mit Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirates INAG und seines Netzwerkes realisiert.