

Interprofessionelle Kooperation im Krankenhaus

1. Problembeschreibungen

Das Krankenhaus ist unter Veränderungsdruck geraten. Dabei dominieren ökonomische Argumente (Kostendruck), es finden sich in dieser Diskussion aber auch Hinweise auf ein verändertes Krankheitsspektrum und auf veränderte bzw. deutlicher artikulierte Patientenbedürfnisse (Kundenorientierung). Schließlich wird in diesem Zusammenhang – das ist der Fokus dieses Beitrags – die interne Organisation des Krankenhauses als Problem thematisiert (vgl. z.B. Henning et al. 1998).

Diese Diskussion ist nicht neu. Sie wurde bereits vor etwa 25 Jahren begonnen (vgl. z.B. Lauer 1976) und schon damals mit ähnlichen Argumenten geführt. Das legt die Vermutung nahe, daß wir es mit einem langfristigen und grundlegenden Veränderungsprozeß zu tun haben, der keineswegs auf das Krankenhaus begrenzt ist, sondern auch andere Organisationen und Institutionen betrifft, insbesondere solche, die wie das Krankenhaus hierarchisch strukturiert sind (vgl. Willke 1995, S. 142ff). Der Reformdruck, dem sich das Krankenhaus ausgesetzt sieht, beschränkt sich nicht auf einzelne Aspekte wie die Krankenhausfinanzierung oder die Einführung eines Qualitätsmanagements, er zielt auf eine tiefgreifende Veränderung der Organisation. Die Organisation ist geprägt durch eine berufsgruppenbezogene Hierarchie und eine wenig ausgeprägte Kooperationskultur (Henning u.a. 1998, Badura 1993). Es spricht einiges dafür, daß diese Merkmale typisch sind für Organisationen, die sich fundamentalen Wandlungsprozessen erfolgreich widersetzen (Willke 1995). Andererseits ist die Entwicklung von Kooperation ein wichtiger Aspekt von organisatorischen Wandlungsprozessen (Hillig 1997).

Das Krankenhaus als Expertenorganisation

Das Konzept der Expertenorganisation (Grossmann et.al. 1997) berücksichtigt den Umstand, daß Krankenhäuser genauso wie Schulen und Hochschulen anders funktionieren als Wirtschaftsunternehmen oder Verwaltungen. Dieses Konzept beschreibt die Spezifika dieser Organisationen mit dem Ziel, auf diesen Typ von Organisationen abgestimmte

Interventionsstrategien im Rahmen von Organisationsberatung und -entwicklung zu erarbeiten.

Generell zeichneten sich demnach Expertenorganisationen durch ihre hohe Abhängigkeit von professionellem Wissen und Können aus, das vor allem von Personen entwickelt, verwaltet und weiterentwickelt werde.

Die Autoren dieses Konzeptes sind der Meinung, daß in Expertenorganisationen die Fachlichkeit, professionelles Wissen und Können im Vordergrund stehe. Professionelle genossen dabei eine vergleichsweise hohe individuelle Autonomie und seien in ihrer Fachlichkeit nur durch Angehörige der eigenen Profession zu kontrollieren. Die Struktur der Organisation folge fachlichen Differenzierungen; Subsysteme wie Abteilungen oder Stationen würden nach fachlichen Kriterien gebildet. Die Wahrnehmung der Gesamtinteressen der Organisation durch die Verwaltung werde von den Professionellen immer mal wieder als widersprüchlich zu ihren fachlich geprägten Interessen wahrgenommen. Management und Leitung würden von fachlich hoch, aber nicht einschlägig in Management qualifizierten Mitarbeitern wahrgenommen. Insgesamt werde dem Organisationsaspekt eine eher geringe Aufmerksamkeit geschenkt. So sei die Expertenorganisation ein geeigneter Kontext für die individuelle Weiterentwicklung von Wissen in Richtung auf mehr Spezialisierung, nicht aber für integrierte, interprofessionell angelegte Lernprozesse über die Grenzen der eigenen Profession und des Subsystems, dem man angehört, hinweg. Interprofessionelle Kooperation werde in der Expertenorganisation Krankenhaus mit ihrer spezifischen Organisationsstruktur und ihren spezifischen Kommunikationsregeln eher behindert als gefördert. Grossmann et al. (1997: 32) sehen in dieser Problemdiagnose einen dringenden Entwicklungsbedarf des Krankenhauses: »Das Wissen der Experten muß auch im notwendigen Maße zum Wissen der Organisation werden, damit sich die Organisation an eine veränderte Umwelt anpassen kann. Hierzu ist es besonders wichtig, den Experten Erfahrungen darüber zu ermöglichen, in welchem Ausmaß die Entwicklung des Systems, in dem sie arbeiten, die Qualität der Arbeit beeinflusst. Im Krankenhaus ist dies beispielsweise sehr offensichtlich. Die Kooperation der verschiedenen Gruppen, deren Behandlungskonzepte und Ausrichtung haben unmittelbare Konsequenzen auf die Qualität der Arbeit. Die Art und Weise, wie die Arbeit organisiert ist, hat Rückwirkung auf die Leistung und die Qualität der Leistung des einzelnen.«

Professionelle seien also in Hinblick auf den Erfolg ihrer Arbeit abhängig von der Organisation, aber Organisationen blieben auch weiterhin in ihrem Operieren abhängig von Wissen und Können, von der Qualifikation ihrer Mitarbeiter.

Betrachtet man die interprofessionelle Kooperation im Krankenhaus vor dem Hintergrund von Organisationsentwicklung, so kann festgestellt werden, daß die Besonderheiten der Expertenorganisation Krankenhaus wenig günstige Rahmenbedingungen für die Etablierung interprofessioneller Kooperationen bietet. Gerade die Professionen, die ihre Leistung in Form einer Klienten- oder Patientenbeziehung erbringen, neigen zu einer Betonung der Individualleistung und zu einer Geringschätzung von Organisation. Immer dann allerdings, wenn solche Leistungen in Kooperation mit anderen erbracht werden, ist die Unterstützungsleistung der Organisation gefordert. Ohne Unterstützung der Organisation kann sich Kooperation nicht etablieren. In vielen Fällen ist die Organisation dazu jedoch nicht in der Lage oder nicht bereit. Sie muß selbst erst entwickelt werden. Andererseits besitzen die Expertenorganisation ein großes Lernpotential und Erfahrung in der kontinuierlichen Weiterentwicklung fachlicher Expertise durch Lernen. Diese Möglichkeiten werden allerdings von Krankenhäusern bisher kaum für die Entwicklung interprofessioneller Kooperation genutzt.

Intervention durch Lehre

Um Ansätze zur Implementierung von kooperativen Arbeits- und Lernformen zu finden, die so angelegt sind, daß sie nicht nur für notwendig erachtete Kompetenzen zur Kooperation mit Mitgliedern anderer Berufsgruppen vermitteln, sondern darüber hinaus auch ein verändertes Problembewußtsein über die Möglichkeiten von Kooperation in den beruflichen Handlungsfeldern schaffen, wurde ein Forschungsprojekt zu interdisziplinären Kooperation für die Bereiche Medizin, Soziale Arbeit und Pflege (MESOP) entwickelt.

Das Forschungsprojekt MESOP¹ verfolgte das Ziel, einen Ansatz zur Intervention in diese Situation zu entwickeln, der außerhalb des Krankenhauses auf der Ebene der Ausbildung der Professionellen in Universitäten und Fachhochschulen ansetzt. Es sollten Lehrangebote entwickelt bzw. weiterentwickelt werden mit dem Ziel, bereits in der Ausbildung die Kompetenzen und das Wissen zu vermitteln, das nötig ist, um eine gegenüber dem Status Quo erweiterte Kooperation zu praktizieren bzw. zu entwickeln. Dabei wurde allen Projektbeteiligten schnell klar, daß es wenig sinnvoll sein würde, »gebrauchsfertige« Konzepte zu entwickeln und auf dem Weg der Lehre weitergeben zu wollen. Vielmehr ergab eine Bestandsaufnahme im Feld², daß einerseits die Unzufriedenheit mit dem Status Quo hinsichtlich interprofessioneller Kooperation bei allen Berufsgruppen groß ist, wenig Hoffnung auf eine Verbesserung der

Situation aus bloßer Absicht und gutem Willen der Beteiligten besteht und schließlich alle eine Veränderung der Situation für notwendig und wünschenswert halten. Deutlich wurde auch, daß die Organisation Krankenhaus mit ihrer hierarchischen und berufsgruppenbezogenen Struktur einschließlich der daraus resultierenden Konflikte innerhalb und zwischen den Berufsgruppen von allen drei befragten Berufsgruppen als Hindernis bei der Entwicklung einer weitergehenden Kooperation angesehen wird. Dieser Befund deckt sich mit dem anderer einschlägiger Untersuchungen (Henning et al. 1998, Garms-Homolova 1996, Grahmann/Gutwetter 1996).

Ein weiteres wichtiges Ergebnis der durchgeführten Fallstudien besteht darin, daß es häufig weniger an den individuellen Fähigkeiten und der Bereitschaft zur Kooperation mangelt als vielmehr an den institutionellen und organisatorischen Bedingungen zur Förderung kooperativer Arbeitsformen. Auf eine kurze Formel gebracht: es fehlt im Gesundheitswesen an kooperativen Handlungs- und Organisationskulturen.

Wir haben uns innerhalb der Projektarbeit darum dagegen entschieden, die besonderen Bedingungen zu fokussieren, wie man sie im Verhältnis der drei Berufsgruppen zueinander, insbesondere im Verhältnis von Pflegenden und Ärzten findet. Denn unserer Meinung nach führt die Konzentration auf diese besonderen Bedingungen in der Regel in die Sackgasse, in der sich die Diskussion um eine bessere Kooperation im Krankenhaus schon sehr lange befindet und aus der sie offenbar auch nicht herausfindet. Es sind nicht so sehr die berufsgruppenspezifischen Besonderheiten, die die Kooperation behindern. Vielmehr haben wir es hier mit kulturspezifischen, teils handlungslogisch, teils erkenntnistheoretisch fundierten tiefsitzenden Überzeugungen zu tun, die alle drei Berufsgruppen gemeinsam haben und die sich als hinderlich bei der Entwicklung kooperativer Formen erweisen.

Zugespitzt formuliert: Die Organisationskultur des Krankenhauses – wie sie sozialisationsbedingt alle ihre Mitglieder, besonders aber Ärzte und Pflegende prägt – ist antikooperativ.

Daraus ergibt sich einigermaßen stringent die Notwendigkeit, an der Organisation zu arbeiten. Bezogen auf das Thema Kooperation bedeutet dies, ein theoretisches Verständnis zu entwerfen, das geeignet ist, sowohl den Status Quo zu beschreiben, als auch ihn zu kritisieren und darüber hinaus einen Ansatzpunkt zur Weiterentwicklung zu bieten.

2. Was ist interprofessionelle Kooperation?

Unsere theoretischen Überlegungen benutzen zwei Quellen: zum einen die vorwiegend wissenschaftstheoretische Diskussion über Interdisziplinarität (bzw. Transdisziplinarität); zum anderen die sozialpsychologische Forschung und Theoriebildung zu Kooperation.

Interdisziplinarität ist ein Problem der Ordnung des Wissens. Es haben sich im Laufe von Jahrhunderten, besonders aber in den letzten hundert Jahren verschiedene wissenschaftliche Disziplinen etabliert, die eigene Wissensbereiche hervorgebracht haben. Diese Disziplinen erscheinen als relativ einheitliche Bereiche, die von anderen mehr oder weniger deutlich abgegrenzt sind. Interdisziplinarität wäre vor diesem Hintergrund der Versuch, die getrennten Wissensbereiche zusammenzubringen. Im Hinblick auf für relevant erklärte Probleme sollen interdisziplinäre Lösungen, also Lösungen, die verschiedene Disziplinen in Zusammenarbeit erarbeiten, geliefert werden. So wird z.B. die Behandlung chronischer Krankheiten als ein Problem definiert, das von der Medizin allein nicht gelöst werden kann, so daß verschiedene Disziplinen zusammenarbeiten sollen, um effektivere oder umfassendere Lösungsperspektiven zu erarbeiten.

Die Zusammenarbeit verschiedener fachlich definierter Berufe kann als Interdisziplinarität aufgefaßt werden, sofern die unterschiedlichen Berufe sich unterschiedlichen Disziplinen zuordnen lassen. Insofern wissenschaftliche Disziplinen nicht nur in Hinsicht auf Forschung in ihrem jeweiligen Bereich, sondern auch im Hinblick auf Ausbildung für bestimmte, fachlich anspruchsvolle Berufe bedeutsam sind; geht es bei der Interdisziplinarität auch um die Überwindung fachlicher Grenzen in der beruflichen Tätigkeit. So sind beispielsweise die chronischen Krankheiten nicht nur ein Forschungsproblem für verschiedene Wissenschaftsdisziplinen, sondern auch ein praktisches Problem unterschiedlicher Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Zur Lösung dieses praktischen Problems können Ärzte, Pflegende, Sozialarbeiter und andere Berufsgruppen interdisziplinär zusammenwirken. Diesen Aspekt der Interdisziplinarität bezeichnen wir als *Interprofessionalität*, weil es um die Beziehungen zwischen verschiedenen Professionen geht.

Bereits in den siebziger Jahren gab es eine breite Diskussion des Interprofessionalitäts- bzw. Interdisziplinaritätsproblems (z.B. Holzhey 1974). Damals wurde Interdisziplinarität vorwiegend erkenntnistheoretisch bzw. erkenntniskritisch betrachtet, während heute ein Ansatz vorherrscht, der dieses Problem praktisch angeht, als Problem der Kooperation von Professionen. Etwas vereinfacht könnte man sagen, daß es in den Siebzigern um Interdisziplinarität als Problem der Wissensordnung ging,

während es heute um Interprofessionalität als Problem der Kooperation geht. Damit hat in der Diskussion eine pragmatische Wende stattgefunden. Interprofessionelle Kooperation scheint die passende Antwort auf eine Entwicklung zu sein, die zu einer Spezialisierung und Fragmentierung von Wissen und seinen Anwendungsbereichen geführt hat.

Die Forderung nach verstärkter Interdisziplinarität vor allem wissenschaftlicher Forschung und Lehre ist eine Reaktion auf die zunehmende Spezialisierung und Differenzierung der Wissenschaften (vgl. Kocka 1987), deren unerwünschte Nebenwirkungen zunehmende Entfernung von der Praxis bzw. Lebenswelt und wachsende Unübersichtlichkeit seien (Mittelstraß 1993, v. Hentig 1971, Ciompi 1997). Angesichts zunehmender Komplexität von Problemlagen (Willke 1995, v. Hentig 1971) sei Spezialisierung des Wissens zwar notwendig, bedürfe aber einer Kompensation durch Zusammenführung verschiedener Spezialisten, also der Interdisziplinarität (Lübbe 1987, Mittelstraß 1993).

In dieser Diskussion werden einige vor allem erkenntnistheoretische Probleme thematisiert, wobei vor allem die mögliche Inkompatibilität verschiedener disziplinärer Weltzugänge bzw. Weltkonstruktionen diskutiert wird (z.B. Kaufmann 1987, zu dem in diesem Zusammenhang wichtigen Inkommensurabilitätsargument: Feyerabend 1976, Kuhn 1979, Lueken 1992). Eine Lösung dieser Probleme allerdings wird weniger grundsätzlich als vielmehr pragmatisch versucht. So wird eine Förderung von Interdisziplinarität durch eine entsprechende Organisation von Forschung und Lehre angestrebt. Die Entwicklung einer dem interdisziplinären Dialog gegenüber offenen Wissenschaftskultur (v. Hentig 1987, Lübbe 1987, Mittelstraß 1993) wird als erster Schritt einer neuen Dynamik des Wissens angesehen, die zur Entwicklung von Transdisziplinarität (Mittelstraß 1993 und 1987, v. Foerster 1993) führen könne:

»Als Forschungsprinzip verbindet die Transdisziplinarität die disziplinär organisierten Wissenschaften mit ihrer wissenschaftlichen Zukunft und zugleich mit einer Lebenswelt ...« (Mittelstraß 1993: 29).

Auf diesem Weg würden die disziplinäre Struktur und die entsprechenden disziplinären Inhalte verändert:

»Transdisziplinäre Forschung ließe die disziplinären Dinge nicht einfach, wie sie sind« (Mittelstraß 1993: 27).

An dieser Stelle, wo der Übergang von einer erkenntnis- bzw. wissenschaftstheoretischen zu einer wissenschafts- und erkenntnispragmatischen Perspektive vollzogen wird, berührt die Interdisziplinaritätsdiskussion die sozialpsychologischen Kooperationstheorien.

Kooperation gilt als ein theoretisch schwer zu fassendes Phänomen (Spieß 1996). Das hat zum einen mit dem Umstand zu tun, daß häufig ein normativer Kooperationsbegriff verwendet wird (Schweitzer 1998), dem zufolge Kooperation sozial positiv und Nichtkooperation negativ bewertet wird. Dieser so normativ gefaßte Begriff verstelle den Blick dafür, daß es unter Umständen sinnvoll und sozial erwünscht sein könne, nicht zu kooperieren. Weiterhin führt diese Verwendung des Begriffs dazu, daß bestimmte Formen von Kooperation gar nicht als Kooperation aufgefaßt werden mit dem Ergebnis, daß z.B. die üblichen Formen von interprofessioneller Kooperation im Krankenhaus nicht als solche betrachtet werden.

Als ein weiteres Hindernis bei der theoretischen Erfassung von Kooperation erweist sich u.E. der Umstand, daß es zum Common-Sense-Verständnis von Kooperation gehört, sie als eine spezifische Form des Handelns anzusehen. Dieses Verständnis wird teilweise auch in der wissenschaftlichen Beschäftigung übernommen. So schreibt Laudel (1999: 31): »Da sich Kooperation zwischen Akteuren vollzieht, erscheint es sinnvoll, sie als spezifische Form von Handlung aufzufassen.« Schweitzer (1998: 26) definiert Kooperation ebenfalls als »Handlung mindestens zweier Parteien«. Im Gegensatz dazu scheint es uns jedoch evident zu sein, daß Kooperation kein spezifischer Handlungstyp ist, da Handeln innerhalb von Kooperationen von Handeln außerhalb von Kooperationen nicht sichtbar verschieden ist. Wenn man von kooperativem Handeln spricht, dann bezeichnet man Handlungen, die auch in nicht kooperativen Kontexten vorkommen. Kooperation ist ein Kontext von Handeln. Das heißt die Unterscheidung von Kooperation und Nicht-Kooperation unterscheidet verschiedene Kontexte oder Kontextbestimmungen.

Damit können wir an Laudels (1998: 32) Unterscheidung von zwei Elementen der Kooperation anknüpfen: »Handlungen, die unmittelbar auf der funktionellen Ebene aufeinander bezogen sind, und Handlungen zur Koordinierung dieses funktionellen Zusammenhangs.« Letztere – so ist aus unserer Sicht zu ergänzen – haben eine wichtige Funktion für die Art und Qualität der Kooperation. Hier kommt es auch zur Aushandlung über Ziele der Kooperation. In der einschlägigen Theorie wird dieser Aspekt unterschiedlich beurteilt. Während in der älteren Literatur (z.B. Piaget 1973) die Notwendigkeit einer Übereinstimmung von Zielen betont wird, findet sich in neueren Arbeiten häufiger die Auffassung, daß wechselseitige Anschlußfähigkeit nicht übereinstimmender Ziele hinreichend sei (Willke 1989, Laudel 1998, Schweitzer 1998).

Kooperation wird zum einen abgegrenzt von Konkurrenz (Spieß 1996), wobei die Übergänge zwischen beiden Formen von Interaktion

als fließend angesehen werden, und zum anderen von Koordination, verstanden als Ausrichtung mehrerer Akteure auf ein Ziel, die von oben oder von außen verordnet werde und keinen Austausch zwischen den Akteuren voraussetze, ihn möglicherweise sogar ausschließe (Schweitzer 1998). Diese beiden Abgrenzungen verweisen unseres Erachtens darauf, daß mit dem Kooperationsbegriff nicht nur traditionell, sondern auch aktuell eine Präferenz für demokratische, nicht durch Hierarchie und Macht geprägte Formen von Interaktionen verbunden wird. Der Kooperationsbegriff ist also ein kritischer Begriff, der neben einer beschreibenden Funktion auch normative Komponenten enthält, in die Vorstellungen über Gerechtigkeit und Reziprozität eingehen (Spieß 1996).

Die Aussicht auf eine gerechte Verteilung von Lasten und Gewinnen wird als eine wichtige Voraussetzung von Kooperation angesehen (Spieß 1996). Demnach ist eine Kooperation mindestens auf Dauer gebunden an die Existenz fairer Bedingungen: »Faire Bedingungen der Kooperation artikulieren einen Begriff der Wechselseitigkeit oder Gegenseitigkeit: alle, die kooperieren, müssen daraus Vorteile ziehen und die gemeinsamen Belastungen in angemessener Form (nach Vergleich anhand eines geeigneten Maßstabs) teilen.« (Rawls 1992: 98)

Neben Fairness und Gerechtigkeit wird Vertrauen als eine weitere Bedingung von Kooperation angesehen (Spieß 1996, Laudel 1999). Vertrauen erscheint insbesondere deswegen als notwendige Bedingung von Kooperation, weil es als ein Mechanismus zur Stabilisierung unsicherer Erwartungen und zur Reduzierung sozialer Komplexität (Rippberger 1998) dazu beiträgt, die letztlich nicht vollständig kalkulierbaren Risiken von Kooperationen aushaltbar zu machen (Laudel 1999).

Kooperation ist – so machen die dargestellten Theoretisierungen deutlich – ein hochkomplexes Geschehen, das in hohem Maße von Abstimmungs- und Aushandlungsprozessen der Beteiligten abhängt, das sensibel gegenüber Störungen durch Vertrauensverlust oder Verletzungen der Fairness und damit wenig kompatibel mit einer hierarchischen Organisation ist. Kooperation braucht Spielräume, um sich zu entwickeln, und bietet möglicherweise auch ein Alternativmodell zur hierarchischen Steuerung (Willke 1995).

Die Entwicklung von Kooperation in einer Organisation wie dem Krankenhaus bedarf einer Entwicklung der Organisation in die skizzierte Richtung. Erst wenn dieser Prozeß in Gang gekommen ist, so vermuten wir, läßt sich interprofessionelle Kooperation über die bereits realisierten eher restriktiven Formen hinaus entwickeln.

Unter Interprofessionalität verstehen wir den Dialog von Angehörigen verschiedener Professionen. In dem Augenblick, in dem ein solcher

Dialog begonnen wird, besteht die Chance, sich der Tatsache bewußt zu werden, daß die eigene Profession nur eine von vielen Denk- und Handlungskulturen ist und daß die Orientierung, die sie bietet, nur eine von mehreren möglichen ist (Foerster 1993). Eine solche Einsicht kann ein Bewußtsein von der Freiheit des Denkens schaffen und Unsicherheit hervorrufen. Sie stört die disziplinär oder professionell geprägte Vermutung, andere Professionen wären entweder wie die eigene strukturiert oder chaotisch und unverständlich. Sie trifft mithin auf all die Vorurteile, die man über andere Professionen und ihre Vertreter pflegen kann, solange man nicht über die Grenzen der eigenen Profession hinaus schaut.

Interprofessionalität entsteht in dem Moment, wo man sich der Perspektivität eigenen professionellen Denkens und Handelns bewußt wird und mithin die Erkenntnis gewinnt, daß andere, sofern sie einer anderen Profession angehören und so von einem anderen Standpunkt beobachten, etwas anderes sehen. Dieses andere wäre demnach nicht falsch oder richtig im Vergleich zum eigenen, sondern eben different. Daraus ergibt sich dann möglicherweise das Interesse am Wissen des anderen und der Versuch zu verstehen, was der andere weiß. Ein interprofessioneller Dialog mit dem Ziel des Verstehens wäre die Realisierung von Interprofessionalität (Foerster 1993). Erkenntnisprozesse, die über die Grenzen der Profession hinausgehen, finden demnach in Kommunikationsprozessen statt. Mit dem Übergang von der Professionalität zur Interprofessionalität ist ein Perspektivenwechsel verbunden vom Blick auf die (gemäß dem eigenen Wissen strukturierte) Welt zum Blick auf den Dialogpartner und seinen Fokus. Interprofessionalität verlangt ein Verstehen des anderen, eine Anforderung, an der sie nicht selten scheitert.

Im Dialog geht es nicht lediglich um ein Verhandeln oder Aushandeln von verschiedenen Perspektiven auf die Welt. Es sind neben verschiedenen Perspektiven verschiedener Beobachterpositionen auch verschiedene Konstruktionen von Wissen, verschiedene Weisen der Wissensproduktion, Erzählungen und Handlungsstrategien im Spiel. Die Situation, die wir im interprofessionellen Dialog vorfinden, scheint manchmal vergleichbar mit dem babylonischen Sprachgewirr. Dabei wird nicht eine Methode gelernt, mit Hilfe derer man verstehen kann, sondern es wird gelernt, etwas zu verstehen: eine Sprache, eine Perspektive, eine Denkweise oder Handlungsstrategie usw.

3. Instrumentelle und dialogische Kooperation

Wir schlagen vor, zwei Formen der Kooperation zu unterscheiden: eine instrumentelle Form und eine dialogische Form. Die instrumentelle Form zeichnet sich dadurch aus, daß sie weitgehend vorgegebenen Zielsetzungen, Interessen und etablierten professionellen Handlungs- und Denkmustern als Mittel der besseren Durchsetzung bzw. Erhaltung dieser Ziele, Interessen und Strategien als Mittel untergeordnet wird (Spieß 1996: 222). Demgegenüber enthält die dialogische Form (Spieß 1995, Antoch 1981) die Erweiterung um einen intendierten, methodisch und organisatorisch abgesicherten gegenseitigen Verstehensprozeß, im Verlaufe dessen es zu einer mindestens vorübergehenden Virtualisierung der vorgegebenen Ziele, Interessen und Muster kommt und sich daran ein auf Kooperation bezogener Lernprozeß der Kooperationspartner anschließen kann. Diese Unterscheidung berücksichtigt zum einen, daß auch die im Krankenhaus übliche und von unseren Interviewpartnern teilweise stark kritisierte Form der Kooperation eine Kooperation ist und als solche funktioniert. Zum anderen verweist diese Unterscheidung auf die von vielen Menschen als notwendig (auch im Interesse der eigenen Bedürfnisse) angesehene Erweiterung von Kooperation. Die verbreitete reduzierte Form wird hier als instrumentell bezeichnet, die erweiterte als dialogisch. Wir haben die auch empirisch zu belegende Vermutung, daß der Übergang von der instrumentellen zur dialogischen Kooperation kritische Schwellen aufweist, die immer wieder betreten, aber nur selten überwunden werden. Hier spielen Konflikte³ eine zentrale Rolle. Sie treten – wie auch in unseren Interviews deutlich wurde – häufig auf, werden aber eher selten in einer für die Beteiligten befriedigenden Weise gelöst. Der Konflikt, der u.E. notwendiger Bestandteil von Kooperation ist, scheint eine typische Form einer solchen Schwelle zu sein.

Betrachtet man Kooperationsprozesse in ihrem Verlauf, stellt man fest, daß kritische Schwellen nicht plötzlich und ein für alle Mal überschritten werden. Man kann hinter solche Schwellen wieder zurückgehen, und man wird in der Regel mehrere Anläufe brauchen, um eine Schwelle zu überschreiten und diesen Übergang mehrmals wiederholen, bis man einigermaßen sicher sich in einer anderen Form der Kooperation bewegt. Kritische Schwellen sind für einen Beobachter häufig leichter zu erkennen als für die Beteiligten.

Soweit das aus den Interviews und aus anderen Informationen ersichtlich ist, scheint die instrumentelle Kooperation im Krankenhaus zu dominieren. Zwar kommt es hier häufig zu Konflikten zwischen Kooperierenden, aber selten zu einer Konfliktlösung, die den Übergang zu

einer dialogischen Kooperation ermöglichen würde. Dies entspricht auch unserer Erfahrung im Forschungsprozeß. Aus unserer Sicht ist der Übergang von der instrumentellen zur dialogischen Kooperation der entscheidende Schritt zu einer Integration von Kooperation in die Expertenorganisation Krankenhaus.

Bei der dialogischen Kooperation der Professionellen geht es um einen Vorgang der Öffnung von professionellen Denk- und Handlungskulturen, Sprachen und Perspektiven in einem Lernprozeß, der auf einem interprofessionellen Dialog basiert.

Diese Öffnung geschieht durch eine Reflexion, die den objektbezogenen Dialog, in dem ein wechselseitiges Bemühen um ein Verständnis des anderen stattfindet, zu überschreiten in eine Reflexion dessen, was da geschieht. Die Frage im objektbezogenen Dialog lautet: Wie kann Verstehen stattfinden, was behindert oder befördert es? Hingegen wird im interprofessionellen Dialog die Frage verfolgt: Wie sieht der andere die Dinge oder Probleme, vor welchem Hintergrund tut er dies, von welchem Standpunkt aus, und wie ist im Unterschied dazu meine Position zu beschreiben?

Es geht um ein Verstehen der Prozesse, die ein Verstehen der anderen Profession ermöglichen. Das schließt ein Verstehen des eigenen Lernens im Dialog ein. Wir nehmen an, daß ein solches Verstehen dialogischer Lernprozesse selbst einen Lernprozeß initiiert, der als Erwerb von Wissen über Verstehen in interprofessionellen Dialogen sich auf professionelle Denk- und Handlungsstrukturen richtet, also auf all das, was in interprofessionellen Dialogen thematisiert wird oder thematisiert werden kann.

Die Aufnahme eines interprofessionellen Dialogs ist – die grundsätzliche Bereitschaft dazu vorausgesetzt – relativ leicht möglich, seine Reichweite ist jedoch in der Regel sehr begrenzt. Der Übergang zu einem Lernen auf der Grundlage eines solchen Dialogs stößt auf immense Schwierigkeiten. Die sind auch verständlich, wenn man sich vor Augen führt, daß ein solches Lernen grundsätzliche Wandlungsvorgänge der eigenen professionellen Orientierungen beinhaltet.

Wir wissen nicht, wenn wir uns auf solche Vorgänge einlassen, wie wir am Ende herauskommen, welche Ergebnisse diese Vorgänge erbringen und wie wir ihren Verlauf so steuern, daß sie in uns genehmen Bahnen verlaufen. Dieses »spezifizierte Nichtwissen« (Mayntz 1999: 35) ist grundsätzlich nur teilweise auflösbar. Es hat einen harten Kern, weil die Lernprozesse in wesentlichen Teilen nicht machbar sind. Eine Orientierung an ihrer Machbarkeit führt regelmäßig zu einem partiellen Scheitern, jedenfalls verglichen mit dem, was man sich von ihnen erwartet. Dieses »nicht wissen, wie man es macht« bezeichnen wir als operationale

Nullstellung, von der wir uns eine heilsame Wirkung versprechen. Heilsam ist sie zunächst deswegen, weil aus ihr heraus Schuldzuweisungen an einzelne Akteure, Institutionen oder Konzepte sich als nutzlos und falsch erweisen. Weiterhin ist sie heilsam in ihrer Wirkung, weil sie Selbstüberschätzung kuriert oder ihr vorbeugt. Sie fördert eine Haltung, die Machtlosigkeit partiell akzeptabel macht und die eigene Verantwortung betont.

Neben dieser heilsamen Wirkung sehen wir in der operationalen Nullstellung auch eine geeignete Ausgangsposition für Erkenntnis- und Lernprozesse. Sie eröffnet erst ein Lern- und Erkenntnisfeld, das für alle Akteure eine »terra incognita« ist, wo es tatsächlich noch etwas zu entdecken gibt.

Die in unserer wissenschaftlichen Tradition fest verankerte Orientierung an der Unterscheidung zwischen dem Machbaren und dem, was nur aus sich heraus entstehen kann, verdeckt die Chance, das Nicht-Machbare, aber gleichwohl Mögliche aktiv, also handelnd zu wagen und bewußt die damit verbundenen Risiken des Scheitern einzugehen.

Alle Übergänge sind riskant und – das zeigt vor allem die praktische Erfahrung – nicht in einem technischen Sinn machbar. Das bedeutet aber auch nicht völlig unvorhersehbar und unbeeinflussbar. Sie sind gestaltbar, wenn auch mit einem relativ hohen Risiko. Wir bewegen uns in einem Zwischenreich risikoreicher Möglichkeiten.

4. Perspektiven: Wandel durch Lernen

Lernen ist ein Bestandteil von Kooperation (Hillig 1997). Das Gelingen oder Misslingen von Kooperationsprozessen im Sinne des Übergangs von einer rein instrumentellen zu einer auch dialogischen Form ist u.a. abhängig davon, ob die Beteiligten in diesem Prozeß lernen. Viele Probleme in Kooperationsprozessen haben damit zu tun, daß die Beteiligten die Lernnotwendigkeit nicht sehen oder nicht motiviert sind zu lernen.

Um die bereits mehrfach angesprochene Lernaufgabe, die sich nach unserer Auffassung für interprofessionelle Kooperationen stellt, genauer zu beschreiben, benutzen wir eine lerntheoretisch begründete Unterscheidung. Ein Lernen, durch das ein Repertoire von Wissen und Können aufgebaut wird, läßt sich unterscheiden von dem Lernen, das zu einer Veränderung des Repertoires führt (Bateson 1981, Engler 1992, Dierkes/Marz 1998, Willke 1999).⁴

Im Lernen als Aufbau eines Repertoires finden sich die klassischen und experimentell gut untersuchten Formen von Konditionierung und

des Lernens durch Versuch und Irrtum. Ebenfalls zu diesem Lerntypus gehört der Ausbau eines Wissens- und Verhaltensrepertoires im Sinne einer schlichten Vermehrung. Es wird etwas dazu gelernt, was man vorher noch nicht wußte oder konnte. Das vorhandene Wissen und Können wird vermehrt oder erweitert.

In dem uns interessierenden Zusammenhang der interprofessionellen Kooperation im Krankenhaus geht es uns nicht um diese Art von Lernen. Es geht nicht darum, Kooperation als eine neue Kompetenz zu erlernen, die dem bereits vorhandenen Wissensrepertoire hinzugefügt würde.

In dem erweiterten Verständnis von Lernen wird der Fall des Umbaus eines Verhaltens- und Wissensrepertoires verbunden mit einem Neuaufbau beschrieben. Dieser Fall eines Umlernens ist der Normalfall bei Erwachsenen, bei Organisationen und Gesellschaften, die ja nicht bei Null wieder anfangen können und die für die Lösung von Problemen oder das Bestehen in neuen Situationen häufig nicht mehr Wissen und Können, sondern anderes Wissen und Können brauchen. Dieses Umlernen ist aber nicht zu vergleichen mit dem Umlernen, das nötig ist, wenn man eine falsche Vorhand beim Tennis korrigieren will. Es geht also nicht nur um eine partielle Korrektur, sondern um eine Neuorganisation des bereits bewährten Repertoires (Simon 1997). Um diese Art von Lernen geht es bei der interprofessionellen Kooperation im Krankenhaus. Schließlich haben wir es hier mit gut ausgebildeten Experten zu tun, die bereits über ein hoch differenziertes Repertoire verfügen. Nicht der Erwerb einer neuen Kompetenz, sondern eine Veränderung professionellen Wissens und Könnens in Richtung auf eine Öffnung der professionellen Grenzen ist das Ziel eines solchen Lernens.

Die Situation, mit der wir es bei Kooperationen zu tun haben, läßt sich so beschreiben: vorhandene Strukturen und Muster werden miteinander konfrontiert, wobei sich ergibt, daß sie so nicht miteinander verträglich sind. Sei es, daß Geltungsansprüche von Wissen und Überzeugungen miteinander in Konkurrenz geraten, sei es, daß Vorstellungen über die gemeinsame Arbeit nicht übereinstimmen, oder schließlich, daß die Erwartungen, die man an den Kooperationspartner hat, von diesem nicht erfüllt werden.

Dann können Strukturen und Muster explizit zum Gegenstand von Reflexions- und Lernprozessen werden. Diese Art Lernen⁵ eröffnet eine den professionellen, organisationalen und möglicherweise auch gesellschaftlichen Kontext einschließende Reflexion, die zur Einsicht in die Kontextgebundenheit des Repertoires führt. Dabei wird deutlich, daß die Richtigkeit der jeweiligen professionellen Überzeugungen, des Wissens und Könnens kontextabhängig ist. Was sich in einem Kontext als richtig

erweist, erscheint in einem anderen Kontext als unpassend oder gar falsch. Die Nachteile eines solchen Konzepts ›Wandel durch Lernen‹ gegenüber den technischen Problemlösungen sind einfach zu benennen: Ein solches Lernen läßt sich weder verlässlich planen, noch sind seine Ergebnisse vorhersehbar. Lernen, so scheint es, setzt ein gewisses Vertrauen und die Gewißheit voraus, sich Experimente leisten zu können. Soweit wir sehen gibt es allerdings keine Alternative zur Entwicklung von dialogischen Formen interprofessioneller Kooperation.

Anmerkungen

- 1 Im Forschungsprojekt *Mesop* ging es u.a. um spezielle Sichtweisen zur interdisziplinären Kooperation. Drei Projektpartner – Medizin, Soziale Arbeit und Pflege – kooperieren miteinander, um innovative Lehrgebote für Studierende zu entwickeln. Das Projekt wurde von drei Hochschulen gemeinsam durchgeführt: Universität Freiburg, Medizinische Fakultät, Abteilung Medizinische Soziologie (Leitung: Prof. Dr. Jürgen von Troschke), Fachhochschule Esslingen, Hochschule für Sozialwesen (Leitung: Prof. Lotte Kaba-Schönstein) und Katholische Fachhochschule Freiburg, Fachbereich Pflege und Institut für Angewandte Forschung, Entwicklung und Weiterbildung (Leitung: Prof. Dr. Jochen Schmerfeld und Prof. Dr. Christoph Steinebach)
Das Ziel dieses Projekts war es, Erkenntnisse für die Studierenden in Lehrangebote zu transferieren, die diese befähigen, den Anforderungen eines zukünftigen Arbeitsfeldes im Hinblick auf interdisziplinäre Kooperation gut vorbereitet zu begegnen.
- 2 Die benötigten Daten haben wir in offenen Interviews, orientiert an der Methode des narrativen Interviews (Schütze 1977), erhoben. Die Wahl des Erhebungsinstruments war geleitet von der Idee, auf allen Ebenen und in allen Phasen des Forschungsprozesses die Fokussierung auf das Thema Kooperation durchzuhalten. So ist das offene Interview geeignet, auch in der Datenerhebung mit unseren Informanten kooperativ zu handeln. Dabei waren wir uns der Tatsache bewußt, daß diese Form der Datenerhebung bereits eine Intervention ins untersuchte Feld darstellt. Durch die Interviews haben wir einen Reflexionsprozeß über Kooperation bei den Befragten (und möglicherweise in deren beruflichen Umfeld) angeregt. Das bedeutet, daß bereits der Forschungsprozeß selbst (und nicht erst der Rücktransfer seiner Ergebnisse ins Feld) eine Art von Anwendungsbezug der Forschung realisiert.
Wir befragten Ärzte, Pflegedienstleiter und Sozialarbeiterinnen im stationären und ambulanten Bereich des Gesundheitswesens in Baden Württemberg anhand eines strukturierten Fragebogens und sammelten entsprechend unserem Forschungsinteresse Informationen zu verschiedenen Themenkomplexen. Diese Informationen dienten für die weitere Forschungsarbeit als Datenbasis. Gefragt haben wir u.a. nach:
 - Erfahrungen mit interdisziplinärer Kooperation,
 - Konfliktlösungsstrategien und Bearbeitungschancen,
 - Ansätzen zur Veränderung z.B. über Ausbildung, Fortbildung und Studium,
 - Wünschen und Visionen zur zukünftigen Gestaltung des Arbeitsbereiches/der Lehrangebote.

- 3 Auf die Erörterung des Konflikts unter Berücksichtigung der Konflikttheorien (z.B. Berkel 1989), die an dieser Stelle nötig wäre zum Verständnis des Übergangs von instrumenteller zur dialogischer Kooperation, verzichten wir mit Rücksicht auf die notwendige Begrenztheit eines solchen Artikels.
- 4 Der hier verwendete Lernbegriff geht auf Bateson 1981 zurück, eine sehr einflußreiche, aber bei näherem Studium auch ziemlich verwirrende bzw. unklare Erörterung eines nicht reduktionistischen Lernverständnisses. Eine ausführliche Diskussion mit dem Versuch einer Klärung wäre nötig, kann aber an dieser Stelle nicht erfolgen.
- 5 Dieses Lernen ist vergleichbar mit Senges »Metanoia« (Senge 1996: 23ff): »Die Bedeutung von »Metanoia« ist identisch mit der tieferen Bedeutung von »Lernen«, denn auch zum Lernen gehört ein fundamentales Umdenken oder eine tiefgreifende Sinnesänderung.« (Senge 1996: 23), vgl. dazu auch: Dierkes/Marz 1998 und Engler 1992: 114ff.

Literatur

- Antoch, A. (1981): Von der Kommunikation zur Kooperation. München
- Badura, B. (1993): Systemgestaltung im Gesundheitswesen: Das Beispiel Krankenhaus. In: Badura, B., Feuerstein, G., Schott, Th. (Hg.): System Krankenhaus. Weinheim, München.
- Bateson, G. (1981): Die logischen Kategorien von Lernen und Kommunikation. In: ders.: Ökologie des Geistes
- Ciampi, L. (1997): Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Göttingen
- Dierkes, M.; Marz, L. (1998): Leitbildzentriertes Organisationslernen und technischer Wandel, Berlin
- Engler, W. (1992): Selbst Bilder, Berlin
- Feyerabend, P. (1976): Wider den Methodenzwang. Frankfurt/M.
- Foerster, H. von (1993): Verstehen verstehen. In: ders.: Wissen und Gewissen. Frankfurt/M.
- Garms-Homolova, V. (1996): Der Arzt entscheidet, die Pflege führt aus? Interprofessionelle Kooperation im Wandel. Berliner Ärzte 33, 3, 11-13
- Grahmann, R.; Gutwetter, A. (1996): Konflikte im Krankenhaus. Bern
- Grossmann, R.; Pellert, A.; Gotwald, V. (1997): Krankenhaus, Schule, Universität: Charakteristika und Optimierungspotentiale. In: Grossmann, R. (Hg.): Besser Billiger Mehr. Wien, New York
- Henning, K.; Isenhardt, I.; Flock, C. (Hg.) (1998): Kooperation im Krankenhaus: Strukturwandel, Kostendruck, Qualitätsansprüche. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- Hentig, H. v. (1971): Interdisziplinarität, Wissenschaftsdidaktik, Wissenschaftspropädeutik. Merkur, Heft 60, 855-871
- Hillig, A. (1997): Die Kooperation als Lernarena in Prozessen fundamentalen Wandels. Bern, Stuttgart, Wien
- Höhlmann, U.; Müller-Mundt, G.; Schulz, B. (1998): Qualität durch Kooperation. Frankfurt/M.
- Holzhey, H. (Hg.) (1974): Interdisziplinär. Basel, Stuttgart
- Kaufmann, F.-X. (1987): Interdisziplinäre Wissenschaftspraxis. Erfahrungen und Kriterien. In: Kocka (1987): Interdisziplinarität: Praxis – Herausforderung – Ideologie. Frankfurt/M.
- Kocka, J. (Hg.) (1987): Interdisziplinarität: Praxis – Herausforderung – Ideologie. Frankfurt/M.

- Kuhn, Th. (1979): Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Zweite revidierte und um das Postskriptum von 1969 ergänzte Auflage. Frankfurt/M.
- Laudel, G. (1999): Interdisziplinäre Forschungsk Kooperation. Berlin
- Lauer, H. (Hg.) (1976): Das therapeutische Team im Krankenhaus. Freiburg i.B.
- Lübbe, H. (1987): Helmut Schelsky und die Interdisziplinarität. Zur Philosophie gegenwärtiger Wissenschaftskultur. In : Kocka (1987): Interdisziplinarität: Praxis – Herausforderung – Ideologie. Frankfurt/M.
- Lueken, G.-L. (1992): Inkommensurabilität als Problem rationalen Argumentierens. Stuttgart-Bad Cannstatt
- Mayntz, R. (1999): Wissenschaft, Politik und die Folgen kognitiver Ungewissheit. In: Gerhards, J., Hitzler, R. (Hg.): Eigenwilligkeit und Rationalität sozialer Prozesse. Festschrift zum 65. Geburtstag von Friedhelm Neidhardt. Opladen, Wiesbaden.
- Mittelstraß, J. (1993): Interdisziplinarität oder Transdisziplinarität? In: L. Hieber (Hg.) (1993): Utopie Wissenschaft. München/Wien
- Piaget, J. (1973): Die Entwicklung des Erkennens III. Stuttgart
- Rawls, J. (1992): Die Idee des politischen Liberalismus. Frankfurt/M.
- Rippberger, T. (1998): Ökonomik des Vertrauens. Tübingen
- Schütze, F. (1977): Die Technik des narrativen Interviews in Interaktionsfeldstudien, Manuskript der Universität Bielefeld, Fakultät für Soziologie. Bielefeld
- Schweitzer, J. (1998): Gelingende Kooperation. Weinheim
- Senge, P. (1996): Die fünfte Disziplin. Stuttgart
- Simon, F.B. (1997): Ent-Lernen – Einige konstruktivistische Grundlagen der Psychotherapie. Familiendynamik 22. Jg., Heft 4, 332-347
- Spieß, E. (1996): Kooperatives Handeln in Organisationen. München und Mering
- Willke, H. (1989): Systemtheorie entwickelter Gesellschaften. Weinheim
- Willke, H. (1995): Systemtheorie III: Steuerungstheorie. Stuttgart, Jena
- Willke, H. (1999): Zum Problem intersystemischer Abstimmung. In: Gerhards/Hitzler 1999