

Das Kreuz mit dem weißen Kittel – oder: Wie man eine patientenorientierte Informationslandschaft für ein Krankenhaus baut

Karsten Wendland

Zentrum für Interdisziplinäre Technikforschung (ZIT),
Technische Universität Darmstadt

Einführung

Projekte mit Krankenhäusern scheinen besonders gut geeignet zu sein, wenn man sich als Informatiker mit Grenzfragen der eigenen Disziplin beschäftigen möchte. Im Spannungsbogen zwischen hoch entwickelter Apparatedizin auf der einen und Orten der Zuwendung auf der anderen Seite findet Projektarbeit in einem Raum traditioneller Ordnungsstrukturen statt. Feudalistisch motivierte Grenzbestimmungen im etablierten „Chefarzt-System“ segmentieren Projektzusammenhänge in Fragmente, Standesbewusstsein hier und Solidarität dort erfordern clevere Vorgehensweisen, wenn ausgerechnet über IT-Projekte Fakten für die *Lebenswelt Krankenhaus* geschaffen werden sollen.

Solange es nun darum geht, IT-Infrastrukturen innerhalb des Krankenhaus-Apparates zu entwickeln und zu etablieren, lassen sich mit normativer Geschäftsprozessmodellierung ex ante und Anpassungsschulungen ex post die meisten Probleme fachlich lösen. Instrumente des *Change Managements* liefern ggf. eine behagliche Begleitmusik, in der sich der Wandel weitgehend unauffällig gestalten lässt.

Soll ein Krankenhaus hingegen „ins Internet gebracht“ werden, bleibt man nicht mit der IT im Haus. Mit der Vernetzung nach draußen tauchen – getriggert durch die Optionen der Informationstechnologie – alte Fragestellungen im Zusammenhang der medialen Ausgestaltbarkeit wieder auf:

Welche Bedeutung hat Selbstdarstellung, welche Rolle spielt Kommunikation, wie steht es mit dem Arzt-Patienten-Verhältnis, etc.

Klären oder Verschleiern?

Nun ist es ein nicht unerheblicher Zustand, dass eben jene Beziehungsrelation zwischen Arzt und Patienten zum einen mit den Möglichkeiten der Informationstechnologie nicht adäquat abgebildet werden kann, zum anderen auch gerade diese Beziehungsgeschichte im Gesundheitswesen zwischen *heißem Eisen* und *Tabu* rangiert.

Für ein ernst gemeintes Internet-Projekt stellt sich demnach die Frage, *wo die Kriterien herkommen sollen, anhand derer im Erarbeitungsprozess Urteile gefällt, Entwurfsentscheidungen getroffen und das Ganze vernünftig gestaltet werden kann.*

Im Projektdesign kann prinzipiell zwischen zwei Alternativen entschieden werden:

a) Die Auslagerung des Jobs an eine Media-Agentur, die vorhandene Materialien aufarbeitet, eigene hinzuproduziert und das Krankenhaus schließlich zwar substanziell oberflächlich, aber visuell in einem „runden Auftritt“ ins Netz bringt. Oder

b) die inhaltliche und strukturelle Ausarbeitung *im eigenen Haus*, bei der *vorhandene Kompetenzen und Potenziale für die Konzeption aufgegriffen werden* und externe Dienstleister lediglich Komponenten in Form von Auftragsarbeit zuliefern.

Der vorliegende Bericht bezieht sich auf ein Projekt der zweiten Kategorie, von dem unter dem Titel „Das Kreuz mit dem weißen Kittel“ auf dem RE-Fachgruppentreffen 2003 in Erlangen berichtet wurde.

Zum Projekt

Das vorgestellte Projekt fand im Rahmen einer Kooperation zwischen den *Kliniken des Main-Taunus-Kreises* und dem *Zentrum für Interdisziplinäre Technikforschung (ZIT)* an der TU Darmstadt statt. Nach Vorgesprächen wurde Anfang 2001 eine gemeinsame Projektleitung etabliert, bestehend aus der Pressesprecherin des Hauses (Publizistin), einem Oberarzt (Chirurg) und dem Verfasser dieses Berichts (Informatiker) in der Rolle der externen Prozessbegleitung. Alle drei brachten fachliche Vorerfahrungen in das Projekt ein.

Im Projektdesign wurden folgende „Geschäftsziele“ festgesetzt:

- Gezielte Selbstdarstellung und Positionierung im Internet (vulgo: Abgrenzung von Anderen)
- Förderung der inhaltlichen Kommunikation mit externen Nutzern
- Unterstützung der hausinternen Kommunikation (im Sinne eines Arbeitsmediums)
- Datenaktualisierung dezentral und selbstorganisiert (Web-Content-Management-System)

Diesen Zielsetzungen lag die Einsicht zugrunde, dass die zentrale Problemstellung im Projekt nicht etwa im Bereich der Informationstechnologie, der Qualität der vorhandenen Datenressourcen oder der Usability liegt. Die zentrale Fragestellung war vielmehr, *wie der Beziehungsaspekt zwischen Anbietern und Adressaten vernünftig aufgegriffen und ausgestaltet werden kann.*

Zur Vorgehensweise

Als Prozessmodell wurde das in Darmstadt erarbeitete Verfahren der *Subjekt-orientierten Softwareentwicklung (SOS-D)* eingesetzt. SOS-D verbindet partizipative Ansätze des Software-Engineerings mit Einsichten und Methoden aus der Berufspädagogik auf dem Hintergrund der *Kritischen Bildungstheorie*. SOS-D zielt darauf ab, den Zusammenhang zwischen den Anforderungen, Erwartungen und Befürchtungen der Anwender auf der einen und den technisch-funktionalen Umsetzungsmöglichkeiten der Realisierer auf der anderen Seite auf Grundlage der *gemeinsam erlebten Lebenswelt der Beteiligten* herzustellen. Dieser Zusammenhang wird *objektiviert* und in zueinander *kohärenten* technischen und alltagssprachlich gefassten Modellen zu moderierten Entscheidungen angeboten.

Der Prozess der Bedarfsbestimmung fand im Kern in Form *qualitativer Leitfadeninterviews* nach dem Konzept der *Themenzentrierten Interaktion (TZI)* statt, die bei Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern der Kliniken aller Berufsgruppen durchgeführt wurden.

Die erarbeiteten Kategorien – im Kern (1) *Qualität der Unterbringung*, (2) *Kompetenzprofil der Ärzte*, (3) *Fachliche Aufklärung* und (4) *Vorbereitung auf Klinikaufenthalt* – wurden jeweils redaktionell separat ausgearbeitet und auf der Ebene des Web-Content-Management-Systems in Form von differenzierten Stylesheets unterlegt. Mehr dazu im Projektbericht (s.u.).

Zur Qualität

Im Vortrag wurden insbesondere *Qualitätsaspekte* vorgestellt und im Plenum diskutiert, die im Projekt deutlich geworden sind bzw. sich bestätigt haben:

1. Im Bereich dieser informationstechnologischen Systeme entsteht *Qualität durch Reduktion*. Dies mag zunächst verwundern, ist jedoch einsichtig über den Komplexitätscharakter halbautomatisierter Web-Infrastrukturen. Anekdotisch wurde im Vortrag ausgeführt, welche zahlreichen endoskopischen Fotos Mediziner voller Begeisterung über die eigenen Erträge ins Internet stellen wollten – bar jeglicher Einsicht in die Empfindsamkeit betroffener Patienten.

2. Ein prinzipieller Schwerpunkt im Projekt lag im Bestreben um *Kriterien-Transparenz* – sowohl innerhalb des interdisziplinären Teams der Projektleitung als auch in der *fachlichen* und *sachlichen* Auseinandersetzungen mit den einzelnen Fachabteilungen. Die ständigen Bemühungen, *vom Gegenstand ausgehend* die jeweiligen unterschiedlichen vorherrschenden Kriterien *in ihrer Differenz deutlich zu machen* und *aufeinander zu beziehen* haben den Prozess zeitlich zwar gestreckt, dafür aber das *Verständnis von der Sache* und die *Gestaltungskompetenz* in den Fachabteilungen (dezentrale Datenpflege!) unmittelbar gefördert.

3. *Qualität entsteht an den Widersprüchen*. Diese Aussage mag quer stehen zu den Paradigmen der In-

formationstechnologie. Mit Blick auf den im Projekt zentralen Beziehungsaspekt und auf dem Hintergrund von *Subjekt- und Bildungstheorie* ist jedoch einsichtig, dass gerade *an den Widersprüchen die intersubjektiven Wundstellen liegen* – und zur *Herausforderung für vernünftige Gestaltungsarbeit* werden. Im Vortrag wurde exemplarisch die Irritation um den „mündigen Patienten“ diskutiert, der sich selbstbestimmt über Stand der Forschung und Behandlungsmethoden informiert, sich aber gleichzeitig in konkreter Situation der medizinischen Autorität ausliefern muss. Ist diese Unterwerfung allerdings eine *freiwillige*, ist sie *die höchste Form der Mündigkeit*. Durch derartige dialektische Betrachtungen der Zusammenhänge wurden *dead-lock-Situationen* im Prozess wieder gängig, vielmehr noch: die Widersprüche zum eigentlichen „Qualitäts-Trigger“.

Zum Schluss

... des Vortrags stellte sich die Frage nach der Quintessenz – „was sollte man im Gepäck haben“, wenn man sich auf derartige Projekte einlässt. Vom status quo lassen sich folgende Voraussetzungen ableiten:

- eine *reflektierte Fach- und Sachkompetenz*, d.h. die Fähigkeit, die eigenen *Kriterien ausweisen* zu können,
- ein humanistisches *Verständnis für Gruppenprozesse*, um das Verstehbare im Prozess auch *verstehen* zu können, sowie
- *Einsicht in den Zusammenhang von Bildung und Herrschaft*, um im Kontext *vernünftig gestalten* zu können.

Projektbericht

<http://www.zit.tu-darmstadt.de/mtk>

Literatur

- Adorno, Theodor W.: *Herr Doktor, das ist schön von Euch*. In: *Minima Moralia*. Suhrkamp 2001
- Bauer, Axel W.: *Der „gute Arzt“*. In: *Universitas* Nr. 686, Hirzel 2003
- Euler, Peter: *Reflektierte Sachkompetenz*. In: *Technologie und Urteilskraft. Zur Neufassung des Bildungsbegriffs*. Beltz 1999
- Gruschka, Andreas: *Funktionalisierung von Mündigkeit*. In: J. Rützel, W. Sesink: *Bildung nach dem Zeitalter der großen Industrie*. Lang 1998
- Rützel, Josef: *Subjektorientierung in der beruflichen Bildung unter den Bedingungen der systemischen Rationalisierung – Näherung aus Sicht der kritischen Bildungstheorie*. In: M. Eckert; J. Rützel: *Didaktische Innovationen: Subjektorientierte Lernsituationen gestalten*. Leuchtturm 1996
- Weber, Dietmar; Wendland, Karsten: *Subjekt-orientierte Softwareentwicklung (SOS-D)*. In: W. Sesink: *Bildung ans Netz*. hessenmedia 2000