

# Die Bedeutung der Humanontogenetik bei der Entwicklung von regionalen Gesundheitsnetzwerken

Biografieforschung – Personalentwicklung –  
Menschenbild – Evaluierung

HANS NEHODA

## Zusammenfassung

Krankheitsverläufe und Gesundungsprozesse orientieren sich nicht an Therapiepauschalen oder Gewinnabsichten der Leistungserbringer, sondern folgen der bio-psycho-sozialen Dynamik des Zeitwesens Mensch. Deswegen ist es sinnvoll und folgerichtig, die Prozesse in regionalen Gesundheitsnetzwerken mit den Grundprinzipien der Humanontogenetik zu verbinden. Dazu gehören die bio-psycho-soziale Diagnostik und interdisziplinäre Therapien, die aus Sicht der Patienten entwickelt und evaluiert werden.

Diese Vorgehensweise kann zu einem Perspektivwechsel führen und die Grundlage für eine inhaltliche Diskussion liefern, die in unserem Gesundheitssystem kaum geführt wird. Eine Diskussion, die erneut den Patienten und die Mitarbeiter in den Mittelpunkt des Geschehens rückt und nicht die wirtschaftlichen Berechnungen, die von nicht übertragbaren ökonomischen Modellen der Industrie ausgehen. Durch die Konzepte der Humanontogenetik kann es gelingen, die Perspektive wieder an den Bedürfnissen und dem Bedarf der Patienten auszurichten und die Therapien zu individualisieren.

Die Konzepte der Humanontogenetik entfalten ihre Bedeutung dadurch, dass sie ganz dem Wesen des Menschen und seinen Entwicklungsmöglichkeiten entsprechen und der Sichtweise Geltung verschaffen, dass das Leben ein kontinuierlicher Prozess ist. Diagnostik und Therapien sollten sich an diesen Prinzipien orientieren und so an einem Menschenbild, das sich auf Humanismus und Ethik beruft.

Der folgende Beitrag schildert die praxisbezogenen Erfahrungen des Autors, der Disziplinen und Berufsgruppen mit den inhaltlichen Impulsen und methodischen Konzepten der Humanontogenetik bekannt machte und diese in bereits abgeschlossene Modellprojekte des Europäischen Sozialfonds und des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie eingebracht hat. Eine Erfolgsgeschichte, die aber auch die Defizite dieser jungen Wissenschaft beleuchtet.

## 1 Vorwort

In den Jahren 2002 bis 2006 erhielt der Autor vom Europäischen Sozialfond den Auftrag, verschiedene Projekte im Gesundheitsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol durchzuführen. Von den Verantwortlichen des Südtiroler Gesundheitswesens wurde dem Autor bald nach Beginn der Projektreihe der Wunsch zugetragen, die Konzeptentwicklung, die Umsetzung und die Evaluierung der Projekte wissenschaftlich begleiten zu lassen. Diesen Wunsch zu erfüllen, erscheint auf den ersten Blick einfach zu sein. Doch weit gefehlt: Es gab und gibt zwar Angebote, die wissenschaftliche Begleitung mit den Methoden des betriebswirtschaftlichen Controllings anzugehen, doch diese Angebote waren den Verantwortlichen und den Teilnehmern der Projekte nicht gut genug. Es stellte sich schnell heraus, dass die Verfahren, die in Industrieunternehmen gut funktionieren, nicht auf die Unternehmen des Gesundheitswesens übertragen werden können. Ein teilnehmender Arzt brachte es auf den Punkt: „Die Therapie von Hilfesuchenden in existentiellen Krisen lässt sich nicht vergleichen mit der Produktion von Autos!“. Diese drastische Formulierung hat etwas absolut Wahres: Die Heilung und Rehabilitation von erkrankten Menschen lässt sich nicht so planen wie die Herstellung eines Industrieproduktes. In der Industrie kann der Materialeinsatz, die Fertigungszeit, die Produktqualität, die einzusetzende Arbeitszeit, können die Fähigkeiten und Fertigkeiten der Arbeiter und das Produktionsende sowie der Preis des Produktes berechnet und etwaige Abweichungen mit einer Genauigkeit von wenigen Promillen bestimmt und für die Effizienzberechnung zukünftiger Produktionen hochgerechnet werden.

Die Situation in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens basiert auf vollkommen anderen Bedingungen: Jede Krankengeschichte ist untrennbar verbunden mit der Biografie und deren zwangsläufigen Brüchen, mit dem Willen auf Gesundung, der bei jedem Hilfesuchenden unterschiedlich ausgeprägt ist, mit dem Vermögen, sich auf die Therapie einzulassen und aktiv daran teilzuhaben, mit den Bedingungen der Umwelt in der Familie, mit Begleiterkrankungen und soziologischen Einflussfaktoren, den Kompetenzen der Mitarbeiter, der Qualität der Diagnose und so weiter.

Die grundlegenden Diskussionen in den Krankenhäusern Meran, Sterzing und Bruneck hatten ein überaus wichtiges Ergebnis, denn wir konnten festlegen, welche Kriterien unbedingte Voraussetzung für die wissenschaftliche Begleitung von Projekten im Gesundheitswesen sein müssen:

- a. Die wissenschaftliche Begleitung soll interdisziplinär ausgerichtet sein.
- b. Die wissenschaftliche Begleitung soll von allen beteiligten Berufsgruppen gleichermaßen anerkannt sein.
- c. Die wissenschaftliche Begleitung soll die Patientenperspektive reflektieren und Orientierungen liefern, inwieweit biografische Prägungen den Krankheitsverlauf / Heilungsprozess beeinflussen.
- d. Die wissenschaftliche Begleitung soll Kennzahlen definieren, die über eine betriebswirtschaftliche Betrachtung hinausgehen.
- e. Die wissenschaftliche Begleitung soll Konzepte liefern, wie die Mitarbeiter idealerweise ausgewählt, weitergebildet und persönlich entwickelt werden sollen.
- f. Die wissenschaftliche Begleitung soll Verfahren entwickeln, wie regionale Gesundheitsnetzwerke die Synergien der beteiligten Fachkräfte und Unternehmen ausschöpft und auswertet, um Innovationen voranzubringen.

Dieser Anforderungskatalog, der 2004 auf einer Klausurtagung der Chefärzte auf Schloß Goldrain im Vinschgau erarbeitet wurde, begleitet seither meine Arbeit als Projektleiter mit dem Ziel, europa- und bundesweit regionale Gesundheitsnetzwerke aufzubauen.

Aus meinem persönlichen Umfeld kannte ich zum damaligen Zeitpunkt nur ein Forschungsprojekt, das meiner Ansicht nach zumindest einige der Kriterien erfüllen konnte: das Institut für Humanontogenetik an der Humboldt-Universität zu Berlin. Tatsächlich kam es zu einer ersten erfolgreichen Zusammenarbeit in Italien und Ergebnissen, die z.B. in der Zeitschrift für Humanontogenetik (Nehoda 2007a, b) gut dokumentiert sind. Der Erfolg gründet sich nicht nur auf die wissenschaftlichen Theorien, die dem Konzept der Humanontogenetik zugrunde liegen, sondern – aus Sicht des Autors – vielmehr auf die inhaltlich-methodische Akzeptanz und praktische Relevanz des Ansatzes, der über die

verschiedenen Berufsgruppen und Disziplinen gleichmäßig stark war und ist. Eine wissenschaftliche Theorie, die so viel Zustimmung, Anerkennung und Hilfe durch alle denkbaren Praktiker erfährt, muss deren Erfahrungen und Bedürfnisse vollständig widerspiegeln.

Nicht verschwiegen werden darf, dass die Humanontogenetik zwar eine breite Basis wissenschaftlicher Theorien und Methoden bereit hält, ihre Theorien jedoch nur wenig in der Praxis erforscht und evaluiert sind. Ein Manko, dass jedoch innerhalb der Projekte, die alle Modellcharakter hatten und haben, eher ein Vorteil war und ist.

Diese positive Einschätzung hat sich seitdem immer wieder bestätigt. In einem regionalen Netzwerkprojekt in Wuppertal (2006-2009) gab es auf Wunsch der Teilnehmer der unterschiedlichsten Disziplinen (Mediziner, Psychologen, Sozialarbeiter, Politiker, Pflegefachkräfte usw.) regelmäßige Impulsreferate des Leiters des Projektes Humanontogenetik. Schon diese Impulsreferate vor jedem Treffen des Lenkungsausschusses haben das Netzwerkprojekt nachhaltig geprägt und die Ziele entscheidend beeinflusst. Zufällig fand der Autor in den Räumen der Assistentin des Sozialdezernenten der Stadt die Grafik, die Prof. Wessel am Tag zuvor bei seinem Impulsvortrag „Lebenslange Entwicklung“ aufgezeichnet hatte und die einen idealtypischen Pfeil einer qualitativ stetig aufsteigenden Kurve zeigt. Die Referentin sagte mir auf Nachfrage, dass dieser Impuls sehr bedeutend für die Diskussion um die Konzepte der Sozialpolitik seien, denn bislang war diese durch das Defizitmodell von Charlotte Bühler geprägt, das verkürzt ausgedrückt aussagt, dass nach der Leistungsphase eine kontinuierliche und unaufhaltsame Abwärtsspirale das individuelle Leben im Alter bestimmt. Deshalb, so war von ihr zu hören, hat die Stadt bisher mehr auf Konzepte gesetzt, Defizite zu begrenzen und den körperlichen Verfall zu verwalten, anstatt Konzepte zu kreieren, die sich mit positiven Aspekten des Alterns und Alters beschäftigen, wie etwa das Erfahrungswissen einzubeziehen, die ästhetischen Kompetenzen in den Konzepten zu nutzen oder die Vorstellung des „homo temporalis“ als Maxime zu definieren und eben nicht die Vorstellung eines Greises, der nichts weiter von der verbleibenden Lebenszeit verlangt, als satt und sauber zu sein.

Diese kleine Anekdote am Rande des Projektes gebe ich gerne weiter, denn sie sagt sehr viel aus über die Wirksamkeit der Humanontogenetik: Sie kann zu einem Perspektivwechsel führen und die Grundlage für eine Diskussion liefern, die in unserem Gesundheitssystem zu wenig geführt wird. Eine Diskussion, die erneut den Patienten und die Mitarbeiter in den Mittelpunkt des Geschehens rückt und nicht die wirtschaftlichen Berechnungen, die von nicht übertragbaren ökonomischen Modellen der Industrie ausgehen.

Wie diese Anekdote auch zeigt, liefern humanontogenetische Erkenntnisse auch handfeste Argumente für die Mitarbeiter der unterschiedlichsten Diszip-

linien, um die Diskussion um unser Gesundheitssystem auch inhaltlich führen zu können. Eine Diskussion, die immer wieder auf dem Fundament von unüberprüfbar Zahlenkolonnen und ungeeigneten Statistiken geführt wird, anstatt über Konzepte zu diskutieren. Damit alle unmittelbar am Therapieprozess Beteiligten diese Diskussion auch substantiell führen können, liefert die Humanontogenetik begründete, nachvollziehbare und theoretisch präzise Argumentationshilfen. Diese Wirkungsweise der Humanontogenetik hat aus meiner Sicht eine ganz besondere Bedeutung, auch deshalb, weil die Methodik ganz dem Wesen des Menschen entspricht und der Sichtweise Geltung verschafft, dass das Leben ein Prozess ist und sich demzufolge die Methode und Theorie auch diesem Wesensgehalt anpassen sollte. Ökonomische – insbesondere disziplinbezogene – Verfahren stoßen zwangsläufig an ihre Grenzen und sind untauglich, weil sie vorgeben, bewerten zu können, was nicht mit ihren Methoden zu bewerten ist.

Es gab noch andere Projekte, die ähnlich positiv verlaufen sind. Auffällig war bei einem abgeschlossenen Projekt am Niederrhein, dass die Inhalte der Humanontogenetik sich nicht für die Durchsetzung wirtschaftlicher Eigeninteressen eignen. Humanontogenetik polarisiert an den Schnittstellen derjenigen Interessen, die ökonomischen Zielen folgen und denjenigen Zielen, die das „Zeitwesen Mensch“ zum Gegenstand haben. Neoliberaler Kapitalismus und Humanontogenetik stehen sich unversöhnlich gegenüber. Ansonsten erfolgreiche Netzwerkkonzepte können an dieser Stelle plötzlich scheitern. Auch diese Erfahrungen hat der Autor machen können.

Die Zusammenarbeit wird im Rahmen eines weiteren Projektes, das sich mit der Entwicklung eines regionalen Ärztenetzwerkes in Bayern beschäftigt, fortgesetzt. In Bayern gibt es ein zukunftsweisendes Vorhaben, das sich zum Ziel gesetzt hat, bio-psycho-soziale Verfahren innerhalb der Diagnostik einzusetzen. Die Elemente dieser Diagnostik sollen unter Bezugnahme auf die Humanontogenetik analysiert und ein praktikables Verfahren soll umgesetzt werden. Außerdem sollen Kennzahlen erarbeitet werden, die über eine betriebswirtschaftliche Betrachtung hinausgehen. Dieses Teilziel ist von sehr großem Nutzen, denn besonders die Kostenträger suchen nach qualitativen Bewertungsverfahren für die von ihnen finanzierten Therapien, die auch die Situation der Patienten reflektieren und andere qualitative Merkmale des Erfolges beinhalten. Bislang gibt es keine erprobten Kennzahlen auf dem Gebiet qualitativer Evaluierungen. Wir betreten also Neuland. Ich bin gespannt, welche Impulse die Humanontogenetik hier setzen kann.

Der folgende Beitrag schildert die Erfahrungen des Autors mit den inhaltlichen Impulsen und methodischen Konzepten, die die Humanontogenetik in abgeschlossenen Modellprojekten des Europäischen Sozialfonds und des

Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie erbracht hat. Eine Erfolgsgeschichte, die aber auch die Defizite dieser jungen Wissenschaft beleuchtet.

Im folgenden Abschnitt möchte ich damit beginnen, die Relevanz der Problematik aufzuzeigen und darzulegen. Ich möchte in gebotener Kürze aufzeigen, dass es sich bei den genannten Zusammenhängen um kein marginales Problem handelt, sondern dass sich im Verhalten und in den tragenden Leitgedanken der Akteure des Gesundheitswesens der Widerspruch des Systems widerspiegelt. Es ist daher zunächst notwendig, die Rahmenbedingungen zu reflektieren, in denen sich die Akteure und von ihnen transportierte Inhalte bewegen oder eindeutiger gesagt: bewegen dürfen.

Anhand der dargelegten Beispiele möchte ich die Relevanz der Humanontogenetik für die Entwicklung regionaler Netzwerke herleiten. Anschließend sind die Handlungsfelder zu beleuchten, in denen die Akteure des Gesundheitswesens üblicherweise agieren. Wichtig ist dieser Schritt deswegen, um die Bedeutung der Inhalte und Methoden der Humanontogenetik transparent zu beschreiben sowie den Nutzen für Patienten und Mitarbeiter zu reflektieren:

- a. Die Dienstleistungen und die Frage, wie die Bedürfnisse und der Bedarf der Patienten ermittelt werden können.
- b. Die Mitarbeiterentwicklung und die Frage, wie die Mitarbeiter die Prozesse beherrschen, ihre Persönlichkeit entwickeln und die Zufriedenheit bei den Patienten erreichen können.
- c. Die Evaluierung der Ergebnisse regionaler Gesundheitsnetzwerke und die Frage, wie die Kennzahlen für den Erfolg qualitativ bemessen werden können.
- d. Die Entwicklung des Menschenbildes in regionalen Gesundheitsnetzwerken und die Bedeutung der Humanontogenetik für eine humane Ausdifferenzierung des Systems und für die Individualisierung der Diagnose und Therapie.

Im folgenden Abschnitt wird zunächst dargestellt, warum regionale Gesundheitsnetzwerke überaus wichtig für das System der Gesundheitsversorgung sind und welche entscheidenden Vorteile besonders die Patienten daraus ziehen können. In diesem Zusammenhang werden auch der Nutzen und die Inhalte der Humanontogenetik thematisiert und dargelegt, warum deren Leitgedanken wichtig und sinnvoll für die wissenschaftliche Begleitung regionaler Gesundheitsnetzwerke sind und was sie von den anderen wissenschaftlichen Verfahren unterscheidet.

## 2 Die Bedeutung von regionalen Gesundheitsnetzwerken

Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik steht unter permanentem Reformdruck, bei gleichzeitiger hoher Komplexität. Bemühungen sind gescheitert, den Reformprozess durch ein rein wirtschaftlich orientiertes Kosten-Nutzen-Management zu leiten. Gescheitert sind auch diejenigen Versuche, das Gesundheitswesen zentralistisch zu lenken und zu verwalten. Dieses Vorgehen hat die flächendeckend agierenden Großunternehmen der Branche bevorteilt, aber auf sehr hohem Niveau übersehen, dass die Versorgung der Patienten in regionalen Strukturen und auf der Basis von regionalen Traditionen verläuft. Wenn man sich die Mühe macht, den Versorgungsprozess aus Sicht eines Patienten und dessen Familie zu beleuchten, so wird sehr schnell und eindeutig klar, dass sich die Hilfesuchenden an den regional vorhandenen, erprobten und gewachsenen Strukturen orientieren (Nehoda 2007b, 10ff.).

Die auf den Grundprinzipien der Ökonomie basierenden Strategien verfehlen den zentralen Gegenstand des Gesundheitswesens: nämlich den Patienten. Die ökonomischen Prinzipien lösen auch das umgürtende Band der Solidarität, das alle Bürger – zumindest in individuellen Krisenzeiten – miteinander verbindet und das bislang jedem normativ zusichert, in gesundheitlichen bzw. existentiellen Krisen nicht allein zu stehen, sondern auf die Hilfe der Gemeinschaft hoffen zu können.

Die wirtschaftlichen oder genauer, die neoliberalen Strategien haben zudem dazu beigetragen, dass die Leistungserbringer sich in Sektoren abgeschottet haben, auch deswegen, um ihre Gewinne ungestörter erwirtschaften und Pfründe effizienter ausschöpfen zu können. Diese neoliberalen Strategien verlaufen im Widerspruch zum Wesen der Therapien und Rehabilitation von Patienten. Lebensverläufe und damit auch Krankheitsverläufe orientieren sich nicht an Gewinnabsichten und Profiten, sondern folgen der bio-psycho-sozialen Dynamik des Zeitwesens Mensch (Wessel 2015, 107ff.). Deswegen ist es folgerichtig, die Prozesse des Gesundheitswesens mit den Grundprinzipien der Humanontogenetik zu verbinden. Dadurch kann es gelingen, die Perspektive wieder an den Bedürfnissen und dem Bedarf der Patienten auszurichten und die Therapien zu individualisieren. Das „Gießkannenprinzip“ der aktuellen Gesundheitspolitik betreibt eine Verschwendung von Ressourcen, und trotzdem kommt es sehr häufig zu Versorgungsbrüchen. Ein Paradox, das sich erst erschließt, wenn man die Therapieverläufe und die Krankheitsgeschichte aus Sicht der Patienten beharrlich evaluiert (Nehoda 2007b, 10ff.; Nehoda 2011, 121ff.). Zu dieser

Evaluierung gehört auch ein Perspektivwechsel, nämlich die Bedeutung regionaler Strukturen und Traditionen zu reflektieren. Die Ergebnisse der Evaluierungen zeigen sehr schnell, dass die Therapien zeitnaher verlaufen, die Abschottung der Leistungserbringer in Sektoren aufgebrochen, dass Versorgungsbrüche und Doppelversorgungen vermieden und die Bedürfnisse der Hilfesuchenden besser befriedigt werden können (Nehoda 2007b, 8ff.). Diese human ausdifferenzierte Form der Evaluierung basiert auf humanontogenetischen Erkenntnissen: etwa zur Biografieforschung oder zum „homo temporalis“ (Wessel 2015, 365-369) und öffnet den Blick auf den „ganzen Menschen“, anstatt ihn buchhalterisch als Kostenfaktor zu entwerfen.

Über 80% aller Kosten im Krankenhaus und in der ambulanten Pflege entfallen auf das Personal. Diese überaus hohe Quote legt es nahe, mit der Ressource „Mitarbeiter“ besonders sorgfältig umzugehen. Die Realität im Gesundheitswesen sieht allerdings vollständig anders aus. Die Belastungen in den Krankenhäusern und ambulanten Diensten sind durch die steigende Arbeitsverdichtung sehr hoch, die Arbeitszeiten sind wenig familienfreundlich, die Vergütung der Arbeitsleistung ist zu gering, die Motivation der Mitarbeiter ist gering und durch eine hohe Fluktuation gut belegt (Nehoda 2011, 121ff.).

Die Manager handeln interessengeleitet (vor allem profitorientiert) und die Berufsgruppen agieren in einem nicht legitimierbaren hierarchischen Gefälle miteinander und in Sektoren abgeschottet. Der starke Kostendruck hat einen großen Anteil Berufsfremder in die Branche geführt und die Reformbemühungen im Personalbereich weiter kompliziert. Gutes und ausgebildetes Personal ist unter diesen Bedingungen schwer zu halten und zu binden. Multinationale und einflussreiche Konzerne dominieren den Gesundheitsmarkt, obwohl die Versorgungswege regional verlaufen und einer traditionell eingespielten Logik folgen (Nehoda 2007c, 67ff.).

Die dargestellten komplexen Zusammenhänge wird niemand ernsthaft in Frage stellen, fast täglich können wir von den Auswirkungen dieser Problemlagen in den öffentlichen Medien beeindruckende Berichte und eindeutige Kommentare lesen. Weniger Beachtung findet jedoch die Tatsache, dass die Reformprozesse von ganz realen Menschen umgesetzt werden müssen: von Medizinern in ihren Fachabteilungen, von Hausärzten und Fachärzten, von den Mitarbeitern der ambulanten Dienste, von Physiotherapeuten, Pflegefachkräften, Psychologen, Sozialarbeitern und Sozialversicherungsfachangestellten der Krankenkassen. Sie alle stellen das Bindeglied zu den Patienten und deren Angehörigen dar. Sie stehen täglich in der Verantwortung für existenzielle Krisen und familiäre Tragödien. Auf welche Art und Weise lösen sie die Verantwortung ein? Was sind die Quellen ihrer Handlungsaktivitäten? Wo finden sie die humanen Leitideen für interdisziplinäre Diagnosen, Therapien und Nachsorge?



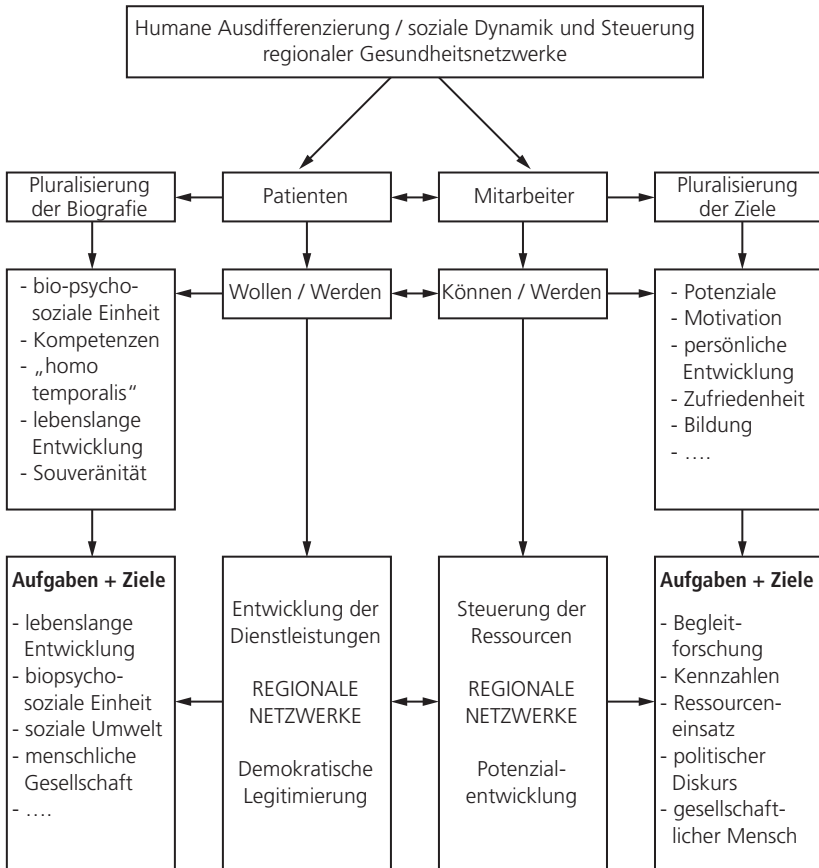
Fallstudienarbeit, Mitarbeiterzufriedenheitsanalysen, Prozessanalysen und zahlreiche Workshops belegen eindeutig: Die beiden Perspektiven sind grundsätzlich miteinander verwoben. Eine Verbesserung der Qualität, die Steigerung der Patientenzufriedenheit, die Erhöhung der Leistungsmotivation kann man erreichen, wenn beide Prozesse aufeinander abgestimmt und die Umsetzungsmaßnahmen synchronisiert werden. Dieses Ergebnis hat auch die humanontogenetisch beeinflusste wissenschaftliche Begleitung der genannten Projekte erbracht. Beide Prozessperspektiven – die der Mitarbeiter und die der Patienten – belegen zudem, dass es eine Grundlage und ein Ziel gibt: den souverän agierenden „ganzen Menschen“.

Die Abbildung 1 veranschaulicht die beiden selektierten Prozesse „humaner Ausdifferenzierung“ in der regionalen Gesundheitsversorgung.

Die Patientenspektive ist natürlicherweise geprägt durch die individuellen Entwicklungsmöglichkeiten innerhalb der Lebensphasen (Wessel 2015, 227ff.). Diagnose und Therapie sollten diese Bedingungen unbedingt berücksichtigen. Diese Orientierung steht im Widerspruch zu den Versuchen der Gesundheitsökonomien, ein „pauschalisiertes Versorgungssystem“ durchzusetzen. Diese Versuche müssen bereits an den ganz fundamentalen Prinzipien menschlicher Existenz scheitern: Zum Beispiel an der Vielfalt und dem Reichtum der Entwicklungsmöglichkeiten des Individuums bis zum Tode. Trotzdem wird die Idee der „Versorgungspauschale“ von den Kostenträgern, Leistungserbringern wie auch von den politischen Entscheidungsträgern weiterhin als Kernziel verfolgt. Über die Gründe und Motive lässt sich trefflich diskutieren. Es liegt auf der Hand, welche interessengeleiteten Argumente dazu dienen, den zweifelhaften Nutzen von Pauschalen zu betonieren.

Für die Mitarbeiter ergibt sich die Situation der Pluralisierung der Ziele. Nicht nur die Versorgung der Patienten gehört zu den Kernaufgaben der Berufsgruppen, sondern darüber hinaus noch weitere Ziele, die eng mit der Ökonomisierung des Gesundheitswesens zusammenhängen: Dokumentation der Leistungen, Einhaltung des Budgets und der Kostenrahmen, Vermarktung der Dienstleistungen, Personalmanagement, Lenkung des Patientenstromes, Einwerbung von Fördermitteln usw.

Hinterlegt man diese divergierenden Ziele mit den Berufsbildern, so ergibt sich schnell eine Unterdeckung an den implizierenden Qualifikationen. Mehr noch: die Auswahl geeigneter Mitarbeiter für die Realisierung der Ziele ist zusätzlich überwiegend hierarchie- als potenzialindiziert. Die Auswahl von Mitarbeitern ist oft sogar rein zufällig (Nehoda 2007a, 42ff.). Mit der Folge: Die Mitarbeiter werden nicht entsprechend ihrer Potenziale – oft sogar ohne ausreichende Fähigkeiten – eingesetzt. Mit dem Ergebnis, dass die Qualität deutlich



**Abb. 1.** Die Dynamik und die Verflechtung der Patienten- und Mitarbeiterperspektive.

hinter den Möglichkeiten zurückbleibt und nicht nur Projekte, sondern auch Personen scheitern.

Damit die Mitarbeiter die divergierenden Ziele erreichen können, sind die Fragen nach dem „Können“ entscheidend und konsequent. Das „Können“ ist jedoch im Wesentlichen eine Frage des Potenzials und nicht der Ressource. Es genügt nicht, die zur Verfügung stehenden Stellen zu besetzen.

Die Aufgabe der Mitarbeiter als Bindeglied zwischen Hilfesuche und Therapie ist evident für das gesamte Gesundheitswesen, denn an dieser Stelle lösen sich das humanistische Prinzip und der Leitgedanke des Grundgesetzes nach Menschenwürde in kaum mehr zu überbietender Dringlichkeit ein.

## 3 Die Aufgaben der Humanontogenetik bei der wissenschaftlichen Begleitung von regionalen Gesundheitsnetzwerken

### 3.1 Einleitende Gedanken

Bio-psycho-soziale Fallstudien zeigen klar und eindeutig den Bedarf an diagnostisch-therapeutischen Verfahren und Assistenzsystemen, die sich an der Prämisse der „lebenslangen Entwicklung“ und „Souveränität“ orientieren (und nicht an Defizitmodellen). Diese Möglichkeit, den Gesundheitsmarkt aus dem Souveränitäts- und Entwicklungsbedürfnis der Patienten heraus zu entwickeln und seinen bio-psycho-sozialen Bedürfnissen zu folgen, wird bislang noch nicht oder zu wenig aufgegriffen (Nehoda 2007a, passim) und ist aus diesem Grunde ein zentraler Gegenstand humanontogenetischer Begleitung bei der Entwicklung regionaler Gesundheitsnetzwerke.

Für die wissenschaftliche Begleitung der intendierten Prozesse gibt es bislang weder Evaluierungsverfahren noch eine Bezugswissenschaft. Die Humanontogenetik könnte die Kennzahlen eines Evaluierungsverfahrens erarbeiten, die den „ganzen Menschen“ zum Gegenstand der Analyse macht. Humanontogenetik kann auch als Bezugswissenschaft eingesetzt werden: Durch ihre interdisziplinäre Ausrichtung (Wessel 2015, 97-105) kann sie alle am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen und Disziplinen verbinden und zu einer gemeinsamen Diskussion über die Bedeutung von Diagnose und Therapien führen.

### 3.2 Die Qualität der Prozesse und die Bedeutung der Evaluierung in regionalen Gesundheitsnetzwerken

Die Qualität der bio-psycho-sozialen Diagnosen und Therapien in regionalen Gesundheitsnetzwerken sind immer auch abhängig von effizienten Prozessen bzw. kontinuierlichen Prozessabläufen (siehe Tabelle 1).

Anders als in industriellen Produktionsunternehmen muss es in den Branchen des Gesundheitswesens jedoch gelingen, die ökonomische Zielsetzung bei gleichzeitiger humanistischer Differenzierung zu erreichen. Die Hauptaufgabe der Prozessanalyse und -optimierung gründet sich deswegen auf eine Anzahl von divergierenden Zielen. Zunächst sind die Schwachstellen der Abläufe zu erkennen und nachhaltig zu beheben. Ziel dieser Phase muss es sein, die

**Tab. 1.** „Qualität des Prozesses im Amputationsnetzwerk Niederrhein aus humanontogenetischer Sicht“ (Ausschnitt). Insgesamt gibt es 14 Prozessschritte, die humanontogenetisch festgelegt sind.

Prozess-ablauf	Inhalt des Prozesses	Instrumente	Beteiligte	Kennzahlen	Sonstiges	Wer bis Wann?
4	Meldung eines möglichen Falles für das Ampunet für Risikopatienten (Eignungsdiagnostik, Multimorbidität und begleitende Therapien)	Interdisziplinäres Screening, bio-psycho-soziale Eignungsdiagnostik	Case-Manager bzw. Ampulotse (ggfs. In Zusammenarbeit mit den Fachkräften der Unternehmen des Ampunet)	Sind die Bedingungen für die Versorgung durch das Ampunet erfüllt?	Die Instrumente „Screening“ bzw. „Bedarfsanalyse“, „bio-psycho-soziale Diagnostik“ sind entwickelt.	Projektteam „Screening“: Das Screening bzw. Die Bedarfsanalyse soll evaluiert werden.  Dr. B., Prof. W, Frau H.
4	Zweitmeinung des Gefäßchirurgen einholen, „denn man kann oft noch was machen“ und eine Amputation verhindern / hinausschieben	Zweitmeinung	Klinikärzte / Case-Manager bzw. Ampulotse	Grad der Amputationsvermeidung bzw. der Hinauszögerung der Amputation	Instrument „Zweitmeinung“ muss noch entwickelt werden	Prof. W.; Dr. G.
4	MRSA-Screening	MRSA – Test	Bei Klinikeintritt	MRSA-Test liegt vor	Evaluierung	
5 prä- oder peri-operativ	Akutphase „Präoperativ“ (Stumpfhöhe)	Die Fachinstrumente der beteiligten Berufsgruppen sollen genutzt werden.	Amputierender Arzt, Orthopädie-techniker	Statusbericht liegt vor		

Qualität der Prozesse konstant zu halten oder zu steigern. Wenn die humanontogenetisch definierten Qualitätsgrade der Prozesse erreicht sind, sind die weiter oben beschriebenen Ziele der Netzwerkbildung – nach berufsübergreifender Zusammenarbeit, nach interdisziplinären Versorgungsmodellen, zur Entwicklung und Realisierung von Innovationen (z.B. Assistenzsysteme für die individuelle Therapie) und Entwicklung der regionalen Märkte – für eine prosperierende Gesundheitswirtschaft und letztlich für ein Clustermanagement mit neuen und interessanten Arbeitsplätzen möglich.

Da eine rein betriebswirtschaftliche Betrachtung der Versorgungsprozesse sowie die Festlegung von ökonomischen Kennzahlen (z. B. festgelegte Aufenthaltsdauer im Krankenhaus, Lohn-Erlös-Verhältnis) aus den beschriebenen Gründen ungenügend bzw. irrelevant für die Zielerreichung sind, wird eine Betrachtung notwendig, die die gegebene Pluralisierung der Ziele sowie die notwendige humane Differenzierung abbilden und in Kennzahlen fassen kann. Es liegt auf der Hand und ist logisch, dass dieser Ansatz aufgrund der Pluralisierung der Ziele interdisziplinär sein und dass die Notwendigkeit der humanen Grundausrichtung regionaler Gesundheitsnetzwerke zum Ziel haben muss, die Ergebnisse der Therapien humanwissenschaftlich zu evaluieren. Interdisziplinarität und eine Evaluierung der Ergebnisse mit Kennzahlen, die über eine betriebswirtschaftliche Betrachtung von Diagnose und Therapien hinausgeht, sind also die wesentlichen Elemente, die bei dem nachhaltigen Aufbau von regionalen Gesundheitsnetzwerken berücksichtigt werden müssen.

Bei der Umsetzung sind mindestens folgende Kriterien relevant, die mit den Zielen unaufhebbar verbunden und die mit Kennzahlen zu unterlegen sind.

- a. Durch die biografische Orientierung der Prozessanalyse wird es möglich, einen patienten-, also auch einen mitarbeiterorientierten Ansatz bei der Erstellung der Diagnose und bei der Bewertung der Therapie zu integrieren.
- b. Durch die Orientierung an dem Konzept der bio-psycho-sozialen Einheit, dem Kompetenz- und Phasenmodell der Humanontogenetik ergeben sich Prozessbetrachtungen, die über eine reine Funktionsanalyse hinausgehen, indem sie z.B. die Möglichkeiten lebenslanger Entwicklung, die Notwendigkeit der „Souveränität“ für das Handeln der Patienten und die Idealvorstellung des „homo temporalis“ in die Prozessbeurteilung einbeziehen (Wessel 2015, 145ff.). Gleiches gilt auch für die Mitarbeiter, die innerhalb regionaler Gesundheitsnetzwerke die bio-psycho-sozialen Diagnosen erstellen und die interdisziplinären Therapien steuern, durchführen und begleiten.
- c. Durch die Berücksichtigung der ‚biopsychosozialen Einheit‘ Mensch wird interdisziplinäres Denken gefördert. Durch die Zusammenarbeit verschiedenster Disziplinen und Berufsgruppen wird es erst möglich, diejenigen Synergien zu schaffen, die für die humane Gesundheitsversorgung der Zukunft überaus notwendig sind.

Die Ergebnisse aus abgeschlossenen regionalen Gesundheitsprojekten ist ebenso verblüffend wie logisch: Wenn die Kompetenzen derjenigen Disziplinen zusammenfließen, die bislang in Sektoren abgeschottet nur ihrer eigenen Logik und eigennützigen Zielen folgten, dann ergeben sich ganz besondere und kreative

Ideen, die es ermöglichen, Innovationen auf der Grundlage von Praxiserfahrungen einzuleiten.

Diese Art der Bewertung der Ziele und der Prozesse in Diagnose und Therapie verabschiedet sich von einer rein quantitativen Analyse, wie sie von den Ergebnis- und Kostenkontrollauswertungen der Betriebswirtschaftslehre bekannt sind (Nehoda 2002, 295ff.). Diese Form der Prozessbewertung ist schon deshalb vollkommen untauglich, weil die Heilungsprozesse der Patienten sich nicht an der kurzfristigen Betrachtungsweise von ökonomischen Zyklen orientieren, sondern ganz ihrer eigenen bio-psycho-sozialen Logik und ihren Entwicklungsmöglichkeiten folgen. Die Methoden und Leitgedanken der Humanontogenetik können aus diesen Gründen einen überaus wichtigen Beitrag zur Entwicklung der regionalen Gesundheitssysteme leisten.

Die Bewertung bzw. Evaluierung von human ausdifferenzierten Prozessen verlangt nach einem Ansatz, der qualitative Messgrößen in den Vordergrund stellt. Prozesse also, die nur mittel- und langfristig wirksam werden können. Dass dieses Verständnis von effizienten Prozessen keine Utopie ist, konnte der Autor in seiner 2002 erschienenen Dissertation über erfolgreiche Führungskräfte nachweisen. Er belegt in einer qualitativen Studie, die über 10 Jahre angelegt war, dass sich nachhaltig erfolgreiche Führungsprozesse, die dem Entwicklungsgedanken folgen, erst nach einigen Jahren als ökonomisch erfolgreich nachweisen lassen. Diejenigen Führungskräfte, die dagegen auf der Grundlage betriebswirtschaftlicher Kennzahlen bewertet und bezahlt wurden, waren nur kurzfristig erfolgreich und zeichneten sich meistens dadurch aus, dass sie das Unternehmen mittelfristig in die Insolvenz geführt haben oder das „sinkende Schiff“ verließen. Dieses Ergebnis zeigt auch, wie zukunftsblind ökonomische Erfolgsbewertungen sein können, deren einziges Credo die Gewinnmaximierung und der Aktienindex ist (Nehoda 2002, 185-229).

### 3.3 Die Bedeutung der Mitarbeiter in regionalen Gesundheitsnetzwerken und die möglichen Aufgaben der Humanontogenetik

Es ist entscheidend, die Potenziale der Mitarbeiter zu fördern und solche Mitarbeiter in das Unternehmen zu holen und langfristig zu binden, die über diejenigen Potenziale verfügen, die für die Entwicklung von regionalen Gesundheitsnetzwerken entscheidend sind (Nehoda 2007a, passim).

Das Thema „Personalentwicklung“ ist ein immer wiederkehrendes Thema, weil es mit Nachhaltigkeit, Qualität und Patientenzufriedenheit korrespondiert. Um ein regionales Gesundheitsnetzwerk erfolgreich aufzubauen, sind ganz besondere Fähigkeiten bei den Mitarbeitern gefragt. Verkürzt kann man zusammenfassen, dass diejenigen Skills relevant werden, die z.B. Kommunikationsfähigkeit, Stresstabilität, Kreativität, Dominanz, Innovationsbereitschaft, Empathie oder Überzeugungsfähigkeit zum Gegenstand haben. Fähigkeiten also, die üblicherweise in den meisten Unternehmen nicht nachgefragt werden. Aus eigener langjähriger Erfahrung als Personalleiter weiß der Autor, dass die Personalauswahl meistens nur die Hard Skills, also die funktionellen Fähigkeiten, berücksichtigt. Dieses Szenario führt dazu, dass die Mitarbeiter wenig gerüstet sind für die Aufgaben, die sie beim Aufbau regionaler Gesundheitsnetzwerke erwarten. Aus diesem Grunde ist es *immer* notwendig, ein Konzept für die begleitende Fort- und Weiterbildung auszuarbeiten, das diese Defizite auffängt und die Mitarbeiter befähigt, die gestellten Aufgaben erfolgreich meistern zu können. Folgende Themen werden relevant: Das didaktisch-pädagogische Konzept für die Erwachsenenbildung, die Potenzialanalysen für die Auswahl, die Studienbriefe für die Qualität, die Förderprogramme für Begabte, die Entlohnungssysteme, die sich an Soft Skills orientieren, für die gerechte Bezahlung, die Personalbindungskonzepte und einige weitere mehr.

Es ist gleichzeitig kritisch festzustellen, dass die allermeisten regionalen Leistungserbringer nicht oder zu wenig in die Mitarbeiterentwicklung investieren. Meistens fehlen die finanziellen Ressourcen oder das Wissen, wie man die Potenziale der Mitarbeiter fördert und nutzt.

Die Chance, dieses Thema trotzdem und grundsätzlich angehen zu können, liegt darin, dass der Aufbau von regionalen Gesundheitsnetzwerken von vielen öffentlichen Stellen (z.B. Europäischer Sozialfond, Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie usw.) finanziell gefördert wird und für die beteiligten Organisationen und Unternehmen keine oder geringe zusätzliche/n Kosten für die Konzeptualisierung und Umsetzung des Themas Personalentwicklung entstehen. Diese große Bedeutung der Personalarbeit macht eine wissenschaftliche Konzeptualisierung und Evaluierung der Personalentwicklung unbedingt notwendig.

In abgeschlossenen Projekten wurden die vorgestellten Themen mit den Methoden und Inhalten der Humanontogenetik wissenschaftlich ausgearbeitet. Es wurden unter anderem Konzepte für eine Fort- und Weiterbildung auf der Grundlage eines Modulsystems entworfen, interdisziplinäre Bildungsinhalte festgelegt und einige Studienbriefe ausgearbeitet. Leider ist bislang kein Konzept vollständig realisiert noch evaluiert worden. Die Personalentwicklung ist ein so

dauerhaftes Thema und entwicklungsbedürftiges Handlungsfeld, dass der Autor eine weitere wissenschaftliche Arbeit zu diesem Thema anregt.

Die Relevanz der Personalentwicklung gewinnt zusätzlich an Bedeutung, da die Branchenbetriebe des Gesundheitswesens sehr personalintensiv sind und dem Thema deshalb mehr Bedeutung zuwachsen müsste als in der investitionsabhängigen Industrie. Die Realität zeigt oft ein anderes Bild: die Krankenhäuser und ambulanten Dienste planen im Pflegebereich mit einem Personalmix, der immer mehr berufsfremdes Personal und Leiharbeiter vorsieht, um Kosten zu minimieren. Diese Form der Personalarbeit ist eine äußerst gefährliche Entwicklung im Medizin- und Pflegebereich, denn die Patientenstruktur hat sich aufgrund der durchgeführten Gesundheitsreformen deutlich verändert. Patienten sind in der Regel alt, multimorbid und demzufolge weitaus therapie- und pflegebedürftiger als noch vor Jahren. Aufgrund der demografischen Entwicklung ist mit einer Verdichtung der beschriebenen Problemlage zu rechnen. Sollen die Mitarbeiter die humanontogenetischen Postulate nach einer „lebenslangen Entwicklung“ und „Souveränität“ realisieren, so ist es umso wichtiger, ein entsprechendes Bildungskonzept sowie Leitlinien bereitzustellen und anzuwenden.

Die beruflichen Anforderungen, die die Ärzte bewältigen müssen und die auf sie zukünftig zwangsläufig zukommen werden, beschreiben ein kaum lösbares Szenario. Auf diese Berufsgruppe kommen Anforderungen zu, auf die sie im Laufe ihres Studiums nicht ausreichend vorbereitet werden: Kommunikationskompetenzen, interdisziplinäres Wissen, Managementkompetenzen, Führungsfähigkeiten, Marketing- und Öffentlichkeitsarbeit, Kenntnisse im Projektmanagement, Kenntnisse im Personal- und Medizinrecht, Kenntnisse in der Anwendung und Entwicklung von Kennzahlen, Evaluierungskompetenzen, Drittmittelakquirierung, Erfahrungen in Prozessoptimierungen und Fähigkeit zur berufsübergreifenden Zusammenarbeit, um nur einige zu nennen.

Ohne fachlich versiertes und motiviertes Personal, kann es Probleme geben, die Qualität bio-psycho-sozialer Prozesse in Diagnostik und Therapie zu verfestigen sowie Konzepte durch- und umzusetzen, die die lebenslange Entwicklung des Menschen als Ziel und die Souveränität des Patienten als Prämisse enthält. Um das Bildungsniveau, die Qualität der Dienstleistungen, die Wirksamkeit von Personalentwicklungsprogrammen, die Zufriedenheit der Patienten und Angehörigen messen zu können, sind Kennzahlen wichtig, die die bio-psycho-soziale Ausrichtung der Diagnostik und Therapien ebenso abbilden wie die Potenziale und die Zufriedenheit der Mitarbeiter. Ein solches Verfahren bzw. Konzept gibt es bislang nicht.



### 3.4 Die Entwicklung individualisierter Therapien als Aufgabe der Humanontogenetik

Die auf humanontogenetischen Theorien aufbauenden Fallstudien bei Patienten zeigen unmissverständlich den Bedarf an neuen und innovativen Gesundheitsdienstleistungen, Verfahren und Produkten, die auf eine individualisierte Therapie abzielen.

Individualisierte Therapien sind aus den unterschiedlichsten Gründen notwendig. Aus Sicht der Patienten bieten diese Therapieformen die Möglichkeit, länger in den „eigenen 4 Wänden“ verbleiben zu können, weil z.B. die Therapien der bio-psycho-sozialen Umwelt und ihren Entwicklungsmöglichkeiten angepasst werden. Aus Sicht der Mediziner bieten sich durch individualisierte Therapien zusätzliche Chancen, den „ganzen Menschen“ zu therapieren und nicht nur die im Vordergrund sichtbare Grunderkrankung. Aus Sicht der Kostenträger werden Kosten eingespart, die dadurch entstehen, dass bislang die Therapien nach dem Gießkannenprinzip und leitlinienbasiert verordnet werden. Die Hoffnung der Kostenträger besteht darin, dass Versorgungsbrüche und Doppelversorgungen vermieden und durch die individualisierte Ausrichtung der Therapie auch Kosten minimiert und Ressourcen geschont werden können.

Durch die berufsübergreifende Zusammenarbeit in regionalen Gesundheitsnetzwerken und durch den Ansatz, den Versorgungsprozess von der Patientenspektive (biografiegeleitet) aus zu steuern, werden nicht nur die Prozesse humaner gestaltet, sondern durch die vielen unterschiedlichen Kompetenzen der regionalen Leistungserbringer entstehen Synergien, die es ermöglichen, sowohl neue Formen an Dienstleistungen (z.B. Lotsendienste) zu kreieren als auch die Anforderungen an Systeme zu formulieren, die die Grundlage für eine individualisierte Therapie sein können (z. B. sogenannte Assistenzsysteme, Altersassistenzsysteme), siehe dazu auch Tabelle 2.

Die nachhaltige Realisierung von individualisierten Therapien und Assistenzsystemen muss die Bedürfnisse der Hilfesuchenden widerspiegeln. Das Beispiel der „Bewegungsschule“ zeigt, dass individualisierte Therapien in regionalen Gesundheitsnetzwerken von allen beteiligten Berufsgruppen und Disziplinen entwickelt, getragen, angewandt und beständig evaluiert werden müssen. Nur so kann ein nachhaltiger Nutzen für die Patienten entstehen. Mit der Theorie und den Methoden der Humanontogenetik konnten aber auch andere Instrumente entwickelt werden, wie z. B. die Bedarfsmeldung für Angebote des Case-Managements, das in Italien umgesetzt wurde und hilft, die „Fälle“ für das Case-Management aus der Masse der Patienten herauszufiltern (siehe Tabelle 3).

**Tab. 2.** „Amputrain – Assistenzsystem für Amputierte“ – die Entwicklung von individualisierten Therapien in regionalen Gesundheitsnetzwerken – auf der Grundlage von Fallstudie und humanontogenetischer Begleitforschung (Ausschnitt)

Entstandene Synergien	1. Phase Ergebnisse	2. Phase Ziele / Umsetzung
Assistenzsysteme für individualisierte Therapien für Amputierte	<b>Konzept:</b> 1. Sensorgestützte Frühmobilisierung 2. sensorgestützte Bewegungsschule für Amputierte* 3. sensorgestützt Bewegungsschule (ambulant / Amputrain)* 4. Baukastensystem für die „Interimprothese“ 5. Amputrain „Seniorenprothese“	<b>Umsetzung / Begleitforschung</b> 1. Sensortechnik 2. Amputrain 3. „Baukastensystem“ für die Interimprothese
Nachhaltigkeit	1. Fallstudien und Versorgungsprozesse 2. Einbeziehen der Kostenträger 3. Kennzahlen des Erfolgs	1. Bio-psycho-soziale Prozesse 2. Evaluierung der Ergebnisse auf der Grundlage humanontogenetischer Erkenntnisse 3. IV-Vertrag 4. Qualitätshandbuch
Wissenschaftliche Begleitung	1. Humboldt- Universität Berlin, Fraunhofer Institut Stuttgart 2. Evaluierung über qualitative Kennzahlen 3. Zertifizierte Fort- und Weiterbildung	1. Kooperationsvertrag 2. Vermarktung des Konzeptes zu der individualisierten Medizin für Amputierte 3. Schutzrechte / Patente auf die individualisierten Therapien 4. Studienbriefe

\*) Das Konzept der „Bewegungsschule“ wurde von der Humanontogenetik eingebracht. Bislang gibt es nur verschiedene Konzepte der „Gehschule“, die insgesamt nur wenig Erfolg für die Amputierten bringen. Ca. 80% aller Amputierten werden zu dauerhaften Pflegefällen. Die Bewegungsschule ist ein Konzept, dass auf den „ganzen Menschen“ ausgerichtet ist und nicht nur auf den Verlust der unteren Extremitäten. Vielmehr verliert der Amputierte seine „innere Mitte“, und zwar sowohl biologisch als auch sozial und psychologisch. Die individualisierte Therapie muss alle Bedingungen des „ganzen Menschen“ therapieren.

Ziele von regionalen Gesundheitsnetzwerken sind die gemeinsame Entwicklung und Umsetzung von bio-psycho-sozialer Diagnostik und individualisierten Therapien. Diese Ziele können die beteiligten Unternehmen erreichen, weil durch die Zusammenarbeit ungenutzte Synergien freigesetzt werden. Es ist ebenso verblüffend wie unverständlich, dass das Fachwissen der einzelnen Berufsgruppen und Disziplinen bislang weitgehend ungenutzt bleibt. Der interdisziplinäre Ansatz der Humanontogenetik und die Ausrichtung auf lebenslange Entwicklungsmöglichkeiten schafft das Fundament, diesen notwendigen Prozess voranzubringen.

**Tab. 3.** „Bedarfsanalyse für das Case-Management“  
(entwickelt für den Sanitätsbetrieb in Meran 2004)

A.	Hat der Patient Angehörige, Freunde oder Nachbarn, die ihm notfalls helfen können?	1	2	3	4	5	6	Wenn 5 oder 6, Problem-beschreibung:
B.	Kann der Patient selbstständig die Einrichtungen der Grundversorgung erreichen?	1	2	3	4	5	6	Wenn 5 oder 6, Hinderungsgründe:
C.	Sucht (*)	1	2	3	4	5	6	Wenn 5 oder 6, welcher Art?
D.	Isolierung / allein stehend	1	2	3	4	5	6	Wenn 5 oder 6, Problem beschreiben:
E.	Behinderung	1	2	3	4	5	6	Wenn ja, welche?
F.	Sozial auffällig	1	2	3	4	5	6	Wenn ja, in welcher Form?
G.	Kann der Patient sich ohne fremde Hilfe in der Wohnung bewegen?	1	2	3	4	5	6	Wenn 5-6, warum?
H.	Hat der Patient ausreichend finanzielle Mittel für die Lebenshaltung? (*)	1	2	3	4	5	6	Wenn 4-6, Problem beschreiben:
I.	Sind die Angehörigen überfordert?	1	2	3	4	5	6	Wenn 4-6, kurze Beschreibung:
J.	Gibt es familiäre Schwierigkeiten?	1	2	3	4	5	6	Wenn 4-6, welche?
K.	Wie ist die psychische Situation des Patienten?	1	2	3	4	5	6	Wenn 4-6, bitte beschreiben:
L.	Braucht die Krankheit eine regelmäßige Kontrolle?	1	2	3	4	5	6	Wenn 4-6, welche?

## 4 Humanontogenetik und die Entwicklung von human-ausdifferenzierten Kennzahlen

### 4.1 Grundsätzliche Überlegungen

In der Vergangenheit ist vielfach der Versuch unternommen worden, die Prozesse im Gesundheitswesen mit Kennzahlen zu beschreiben, die betriebswirtschaftlichem Denken entsprechen. Humane Ausdifferenzierungen der Prozesse wurden dabei ausgeblendet und es fehlen deshalb weitgehend Kennzahlen, die z.B. die „biopsychosoziale Einheit Mensch“ oder das Potenzial der lebenslangen Entwicklung widerspiegeln können. Fallstudien belegen den fatalen Irrtum des wirtschaftlichen Paradigmas, auch im Gesundheitsbereich den größtmöglichen Nutzen mit dem geringsten Aufwand erzielen zu wollen.

Der Protest gegen dieses wirtschaftliche Paradigma formiert sich schon seit längerem (vgl. Unschuld 2005, *passim*), aber daraus ist noch kein Gegenentwurf erwachsen. Das liegt daran, dass für eine humane Ausdifferenzierung der Prozesse im Gesundheitswesen entsprechende ‚humane‘ Kennzahlen generiert werden müssen. Die Entwicklung der Kennzahlen ist aber nicht so einfach, weil es zum Beispiel gelingen muss, qualitative Aspekte in den „Arzt-Patienten-Beziehungen“ oder in den „Vorgesetzten-Mitarbeiter-Beziehungen“ sichtbar und transparent zu machen. Zum anderen fehlt es den Humanwissenschaften an Kennzahlen-Kompetenz, diese Herausforderung der Betriebswirtschaft annehmen zu können.

Die Prozesse im Gesundheitswesen sind generell an den betriebswirtschaftlichen Nutzen und nicht an die humane Ausdifferenzierung gekoppelt. Diese ‚systematische Leugnung‘ des Patientenwillens und -bedarfs führt zwangsläufig dazu, dass sich Innovationen nicht an den Erwartungen und der Zufriedenheit der Patienten orientieren, sondern z. B. an der Effizienz der Lenkung der Patientenströme innerhalb der Versorgungskette.

An Stelle der Lenkung von Patientenströmen müssen Versorgungsformen treten, die die ‚bio-psycho-sozialen‘ Bedürfnisse der Patienten und deren Angehörigen systematisch beschreiben und in ein strategisches Konzept fassen können. Ein solcher Ansatz ist das Case-Management, das die bereits mehrfach beschriebenen Kriterien der Humanontogenetik beinhalten muss (siehe auch Nehoda 2007a, b). Anhand der in regionalen Gesundheitsnetzwerken erzielten Ergebnisse kann nachgewiesen werden, dass Case-Management Prozesse sich an dem Modell der Humanontogenetik orientieren können und sollen, insbesondere an dem hierarchischen System der Kompetenzen sowie an der Ökologie der

Humanontogenese und an dem Leitbild des humanen Entwicklungspotenzials „homo temporalis“.

Der Kernprozess des Case-Managements liegt zweifelsfrei in der humanen Hinwendung an den Hilfesuchenden. Dieser Kernprozess ist für den Erkrankten irreversibel und somit sind zumindest zwei Fragen existenziell und unbedingt zu beantworten. Erstens: wie kann diese Beziehung definiert werden? und zweitens: welche ethischen Implikationen ergeben sich daraus?

## 4.2 Die Entwicklung von qualitativen Kennzahlen über die Inhalte der Humanontogenetik

Verkürzt Zusammengefasst bedarf es nachfolgender Kriterien, damit qualitative Kennzahlen für die Evaluierung regionaler Gesundheitsnetzwerke ausgearbeitet werden können:

### *a. Die Orientierung an dem Potenzial der lebenslangen Entwicklung des Menschen:*

Das humanontogenetische Modell beinhaltet zumindest die Möglichkeit lebenslanger Entwicklung innerhalb des Systems der Kompetenzen (Wessel 2015, 312-314). Daraus ergibt sich der Vorteil, in Entwicklungsphasen denken zu können, die über eine Funktionsbetrachtung hinausgehen, weil sie auf eine individuelle Entwicklung (der Patienten und Mitarbeiter) abzielen. Schließlich beinhaltet die Entwicklungsmöglichkeit des Menschen zum Idealbild des „homo temporalis“ (vgl. Wessel 1998, 34) auch ein ontologisches Ziel.

### *b. Die Betonung der bio-psycho-sozialen Einheit Mensch:*

Der humanontogenetische Methodenansatz betont die „bio-psycho-soziale Einheit Mensch“ (vgl. Tembrock 1987, 576) und fördert damit interdisziplinäres Denken. Dieser methodische Ansatz beinhaltet das Potenzial, über Fachdisziplinen hinaus nach Lösungen zu suchen und damit vorliegender Problemstellung unter verschiedenen Blickwinkeln zu begegnen. Fallstudien – mit den Methoden der Biografieforschung – sind das praktische Instrument, die Erkenntnisse der humanwissenschaftlichen Bezugswissenschaften anzuwenden und zu überprüfen. Sie thematisieren in der Hauptsache den Zusammenhang zwischen den individuellen Bedürfnissen im Heilungsprozess und den Leistungen der regionalen medizinischen, pflegerischen, sozialen und psychologischen Dienste (Nehoda 2007a, passim).

Fallstudien erlauben es allerdings nicht, ganzheitliche bzw. existentielle Aussagen über eine Person zu erhalten. Existentielle Aussagen über eine Person werden erst möglich, wenn der Zusammenhang mit der Biografie – das Gewordensein – des Menschen sichtbar wird.

## 5 Das Menschenbild innerhalb regionaler Gesundheitsnetzwerke und die Bedeutung der Humanontogenetik

Der Autor hat, wie schon mehrfach erwähnt, verschiedene regionale Netzwerke in Italien und in Teilen des Bundesgebietes aufgebaut. Um den Status der jeweiligen Region ausdifferenzieren und bewerten zu können, wurde dem tatsächlichen Auf- und Ausbau regelmäßig eine IST-Analyse vorgeschaltet. Diese IST-Analyse erbrachte auch immer die notwendigen Daten, um z.B. den Bildungsstand der Mitarbeiter der beteiligten Unternehmen zu dokumentieren oder die Schwachstellen bei den Patientenaufnahmen in Krankenhäusern nachzuweisen (z.B. mehrfache Diagnosen). Zumindest ein Ergebnis der vorgeschalteten IST-Analyse war und ist ziemlich unerwartet in den Fokus gerückt und macht es seitdem notwendig, die Motivation näher zu beleuchten, die die Akteure – also die Unternehmen, Disziplinen und Berufsgruppen – antreibt, viel Zeit und Ressourcen zu investieren, Konflikte einzugehen und finanzielle Wagnisse zu tragen.

Im allerersten Projekt des Autors zum Aufbau von regionalen Gesundheitsnetzwerken in Südtirol ergab die IST-Analyse, dass das Gesundheitswesen ohne die Strukturen von Krankenkassen entwickelt, gesteuert und evaluiert wird. Die Krankenkassen wurden Mitte der 1980er von der sozialistischen Regierung Prodi aufgelöst und die Immobilien als Sozialstationen ausgebaut. Der Autor hat zunächst gar nicht verstehen können, wie ein Gesundheitssystem „überleben“ kann, das nicht verwaltet wird. Doch die IST-Analyse erbrachte eine sehr hohe Effizienz der Therapien und eine sehr hohe Innovationsbereitschaft, die verbunden ist mit kurzen Entscheidungswegen. In Südtirol wird das Gesundheitswesen von regionalen Sanitätsbetrieben – das sind Verbände von regional tätigen Krankenhäusern, Hausärzten und ambulanten Diensten – betrieben. Mit anderen Worten, die Probleme der gesundheitlichen Versorgung können unmittelbar behoben werden, wenn sie in diesen Strukturen sichtbar werden. Die beteiligten Disziplinen, Berufsgruppen und Strukturen können dann

gemeinsam ein Konzept ausarbeiten und umsetzen, ohne das es einer Genehmigung durch die Kostenträger (z.B. Eingliederung in die Regelversorgung) bedarf. Die Konzepte werden dem Landesrat für Gesundheit bzw. durch die angeschlossenen Referate bearbeitet und genehmigt.

Darüber hinaus gibt es in Südtirol nur eine „einklassige“ (und erstklassige) Gesundheitsversorgung, u.a. weil das System über die Mehrwertsteuer finanziert wird, was z.B. auch zu einer gerechten Verteilung der Belastungen der Bürger führt. Weil die ambulanten Dienste auch zu dem Sanitätsbetrieb gehören, gibt es keinen Wettbewerb der Dienstleister untereinander und keine Versuche, Patientenströme zu leiten. Die Hausärzte sind ebenfalls Angestellte des Sanitätsbetriebes und verfolgen das Ziel bzw. haben die Aufgabe, die Patienten sozialmedizinisch zu versorgen. Alle Befunde (Röntgen, Blutbild, Ultraschall usw.) werden auf den Polyambulanzen der Krankenhäuser erhoben, was unter anderem auch den Vorteil hat, dass alle Diagnosedaten bei der Patientenaufnahme und zur Vorbereitung auf operative Eingriffe vorliegen.

Die IST-Analyse erbrachte, dass es in Südtirol unbedingt erforderlich ist, die unterschiedlichen Traditionen der beteiligten Berufsgruppen und Disziplinen zusammenwachsen zu lassen. Es stellte sich heraus, dass selbst in dieser vergleichsweise kleinen autonomen Region in Italien, die Traditionen, die die Zusammenarbeit der Disziplinen und Berufsgruppen prägen, in den einzelnen Tälern (Vinschgau, Pustertal, Burggrafenamt usw.) unterschiedlich sind und einer besonderen Beachtung bedürfen. Ohne Berücksichtigung dieser gewachsenen Traditionen, können keine Innovationen durchgesetzt werden.

Das Gesundheitssystem in Südtirol zeichnet sich besonders dadurch aus, dass keine ökonomischen Märkte neu erschlossen, Arbeitslosigkeit bekämpft, Marktanteile erhöht oder Umsätze gesteigert werden müssen. Das Gesundheitssystem ist vollkommen von der Profitgier ökonomisch agierender Unternehmen befreit. Es gibt wenige Ausnahmen, die das System etwas stören, aber nicht belasten (z.B. der Großhandel der Apotheken, die Sanitätshäuser).

Die Themen und Inhalte der Humanontogenetik haben in Südtirol dazu beigetragen, die Prozesse der regionalen Gesundheitsversorgung dem Bedarf der Patienten anzupassen, die Diagnostik zu verschlanken (eine gemeinsame bio-psycho-soziale Diagnostik für alle Disziplinen und Berufsgruppen, anstatt bis zu 5 Diagnosen im Aufnahme- und Behandlungsprozess) und Theorien für die Fallstudienarbeit (z.B. über das System der Kompetenzen) bereitzustellen (Nehoda 2007a).

Die IST-Analysen von Regionen in Deutschland ergeben ein ganz anderes Bild. Die Versorgungssituation in den einzelnen Regionen Deutschlands ist geprägt durch ökonomische Marktmechanismen und einem ständig wach-

senden Verdrängungswettbewerb, der durch die Krankenkassen reguliert werden soll. Dabei verwalten die Krankenkassen lediglich die Ressourcen, haben aber keinen Einfluss auf die Entwicklung der Qualitäten, auf die Effizienz noch auf den Patientennutzen. Die IST-Analysen, die u.a. mit den Methoden der Fallstudien durchgeführt wurden, erbrachten in den durchgeführten Projekten ein sehr defizitäres Bild. Von dem eingesetzten jährlichen Gesundheitsbudget von ca. 220 Milliarden Euro kommt bei den Patienten wenig an. Ihre Situation ist von Mangel, Unterversorgung, langen Wartezeiten, jahrelangen Leidenszeiten und Fehldiagnosen bestimmt und kann gut durch die Fallstudien dokumentiert werden.

Aussagen, wo das zur Verfügung stehende Budget hinfließt, lassen sich nicht genau bestimmen. Dazu sind die Strukturen des Gesundheitswesens in Deutschland zu intransparent und die Sektoren zu abgeschottet. Die IST-Analyse in den Gesundheitsregionen, die zu Netzwerken ausgebaut wurden, ergab jedoch, dass viele ambulante Leistungserbringer mit den unterschiedlichsten Methoden versuchten, die Patientenströme in ihr Unternehmen zu leiten und dafür z.B. kostenloses Personal zur Verfügung stellten oder mit ihrem Personal an Alten- und Pflegeeinrichtungen Diagnosen und Therapien durchführten, die die Einrichtungen mit dem eigenen – berufsfremden Personal – gar nicht durchführen konnten. Entscheidungsträgern wurde z. B. der Eintritt zu VIP-Logen in Bundesligastadien zur Verfügung gestellt, Freizeitevents mit Geländefahrzeugen oder kostenlose Räumlichkeiten für medizinische Praxen angeboten. Diese Beispiele können weiter fortgeführt und ergänzt werden, so dass eine Situation sichtbar wird, die die regionale Gesundheitsversorgung als einen Prozess bzw. System von Profitinteressen und Manipulationen darstellt. Die Leitbilder sind inhaltlich somit völlig andere, als die, die zuvor für Regionen Südtirols dargestellt werden konnten.

Diese prekäre Ausgangslage und extreme ökonomische Fokussierung macht es sehr schwer, die defizitären Prozesse zu verbessern, die Patientenperspektive wieder in das Bewusstsein der Diagnostiker und Therapeuten zu rücken und das Fundament für eine gemeinsame Strategie zu legen, das tragfähig ist, um die Ziele nachhaltig umsetzen zu können. Der Autor möchte nicht abstreiten, dass Ärzte, Psychologen und andere Fachkräfte versuchen, ihre Therapien human zu gestalten. Doch dieser Gestaltungswille ist rein zufällig und wird nicht vom System befördert oder unterstützt (über die Motive der unterschiedlichen Einsatzbereitschaft der Ärzte hat der Autor im Krankenhaus in Meran geforscht und der dortigen Leitung eine Studie vorgelegt, die eben diesen Zusammenhang eindrucksvoll belegt).



**Tab. 4.** Die wesentlichen Ergebnisse von Fallstudien und die Bedeutung für die Formulierung der Menschenbilder durch die Humanontogenetik (Ausschnitt).

Ergebnisse der Fallstudien	Relevanz	Bezug zur Humanontogenetik	Relevanz für regionale Gesundheitsnetzwerke
Fehlende Interdisziplinarität bei Diagnostik und Therapie	100 %	Interdisziplinarität, Berufsübergreifende Zusammenarbeit, biopsychosoziale Einheit, Vielfalt und Reichtum der Entwicklung	Begründung der interdisziplinären Diagnostik und Therapie; Überwindung der Sektoren; Nutzung der Synergien und Innovationsimpulse der Netzwerke usw.
Einbeziehung des sozialen Umfeldes in Diagnostik und Therapie	95 %	Ökologie der Humanontogenese	Grundlage des Konzeptes für das Case-Management, Kriterien des Lotsendienstes für Angehörige.
Berücksichtigung des „ganzen Menschen“	100 %	Das System der Kompetenzen, das Konzept der lebenslangen Entwicklung des „homo temporalis“, das Konzept der Phasen; die Souveränität des Individuums, der „alte“ Mensch	Begründung einer Diagnose und Therapie, die auf den ganzen Menschen abzielt; Konzept einer „Bewegungstherapie“ für Amputierte (anstatt Gehschule); Therapie und Rehabilitation, die auf die soziale Integration ausgerichtet ist.

Die Aufgabenstellung der Humanontogenetik ist unter diesen Bedingungen ungleich schwieriger und wahrscheinlich nur einzulösen, wenn es gelingt, ihre Inhalte mit dem Erfolg des Konzeptes zu verbinden und sichtbar zu machen. An dieser Stelle wird deutlich, wie wichtig eine wissenschaftliche Begleitung der gesamten Entwicklungsarbeit regionaler Gesundheitsnetzwerke (von der IST-Analyse über die Konzeptualisierung bis zur Umsetzung) ist und nicht nur eine Evaluierung der Ergebnisse.

Der Autor und die beteiligten Mitarbeiter des Projekts Humanontogenetik haben innerhalb der Projekte verschiedene Verfahren entwickelt und mit unterschiedlichem Erfolg eingesetzt. Ohne die Tiefe der Verfahren beschreiben zu müssen, kann die Aussage getroffen werden, dass die Inhalte und die daraus resultierenden Konsequenzen impulsgebend und entscheidend für den Prozess der Netzworfbildung sind (siehe auch die Darstellung in der Einleitung). Leider lassen sich die sehr guten Überlegungen und wissenschaftlich belegbaren Theorien nicht so umsetzen, wie es eigentlich notwendig wäre. Es fehlen die notwendigen Instrumente, die es ermöglichen, die gesetzten Theorien in die Realität umsetzen zu können. Bislang konnten z.B. keine qualitativen Kennzahlen ausgearbeitet und angewandt werden, die die Diagnosen und Therapien bewerten, die Patientenzufriedenheit definieren oder die Qualität der Zusammenarbeit der Berufsgruppen dokumentieren können. Es ist noch nicht gelungen, die Gewich-

tung des bio-psycho-sozialen Ansatzes zu operationalisieren und zu definieren, wie z.B. Amputationen auf die Kompetenzen wirken und welche Auswirkungen sie auf die Entwicklungsmöglichkeiten der Betroffenen haben.

Da die Humanontogenetik aus den beschriebenen Gründen eine sehr hohe Relevanz für die Bildung von regionalen Gesundheitsnetzwerken hat, wäre es für die Beteiligten äußerst negativ, wenn die Anforderungen an die Umsetzung der Theorie nicht erreicht werden (siehe auch Tabelle 4). Auch deshalb, weil es weder ein interdisziplinäres wissenschaftliches Verfahren noch eine Theorie gibt, die so offen für die unterschiedlichen Disziplinen und beteiligten Berufsgruppen ist, wie die Humanontogenetik.

## 6 Soziale Dynamiken in regionalen Gesundheitsnetzwerken und Humanontogenetik

Der Aufbau von regionalen Gesundheitsnetzwerken unterliegt „sozialen Dynamiken“, die bislang nicht ausreichend genug erforscht sind. In den Netzwerken treffen wirtschaftlich agierende Unternehmen auf caritative und sozial ausgerichtete Organisationen und Berufsgruppen. Die divergierenden Ziele führen zu wiederkehrenden und latenten Konflikten, die nicht selten auf persönlicher Ebene ausgetragen werden und die Dimension der Unversöhnlichkeit annehmen. Zusätzlicher Sprengstoff entsteht dadurch, dass der Aufbau von regionalen Gesundheitsnetzwerken einer grundsätzlich anderen Logik und anderen Zielen folgt, als der mit einer pauschalisierten Versorgung nach dem Gießkannenprinzip, die mit der Lenkung von Patientenströmen gekoppelt ist. Die Lenkung der Patientenströme ist für rein wirtschaftlich agierende Unternehmen der Branche eine seit Langem gelebte und bevorzugte Strategie: Um maximale Gewinne in der Branche erwirtschaften zu können, ist es entscheidend, Zugang zu den Patienten zu erhalten. Regionale Gesundheitsnetzwerke bieten ideale Voraussetzungen für eine solche ökonomische Strategie. In diesem Sinne hoffen einige der Netzwerkpartner auf die Lenkung der Patienten in ihre Unternehmen.

Diese Strategie ist besonders für diejenigen Unternehmen der Branche relevant, die von einer hohen Dichte an Mitbewerbern und demzufolge von den Folgen eines Verdrängungsmarktes betroffen sind. Auffällig ist auch, dass diese Unternehmen (fast) ein reines Verkaufsgeschäft betreiben und wenig Beratung

und Unterstützung für die Patienten bieten. Die Fokussierung auf den Verkauf von Produkten macht diese Unternehmen noch anfälliger für Konkurrenten.

Die Fördergeber für den Aufbau von regionalen Gesundheitsnetzwerken des Bundes und der Länder sind sich dieser Situation durchaus bewusst und versuchen diesem Konflikt dadurch zu entgehen, indem sie sogenannte „neutrale Intermediäre“ als Projektleiter einsetzen. Die persönliche Erfahrung des Autors zeigt, dass eine einzelne Person solche Konflikte weder beeinflussen noch aufarbeiten kann. Die Lösung eines solchen tiefgreifenden Konfliktes ist nur inhaltlich, also über die Methoden und Inhalte wissenschaftlicher Erkenntnisse und Verfahren, möglich und demzufolge eine Herausforderung für die Humanontogenetik. Kann die Humanontogenetik bei der Lösung dieser tiefgreifenden Konflikte assistieren?

Spätestens bei der Umsetzung der entwickelten Konzepte treffen zumindest 2 unversöhnliche Ziele aufeinander. Plakativ zusammengefasst sind das:

- a. die wirtschaftlichen Interessen nach Gewinnmaximierung und Erweiterung der Marktanteile und
- b. die Ausrichtung des Gesundheitsnetzwerkes auf ein humanes Menschenbild, und zwar sowohl für die Hilfesuchenden als auch für die Therapeuten.

## 7 Die Souveränität des Individuums und die Entwicklung einer humanen Gesellschaft

Als abschließende Überlegungen möchte ich einige Ausblicke formulieren, die wenig bedacht werden, doch unbedingt notwendig sind.

Die Elemente der Humanontogenetik korrespondieren mit einem zutiefst humanistischen Menschenbild. Dieses Menschenbild steht im völligen Kontrast zu der wirtschaftlichen Perspektive, die z. B. den Patienten als Ausgangspunkt wirtschaftlicher Interessen sieht. Da diese Perspektive zusätzlich zu Mangelversorgungen, unnötigem Leiden, Verschwendung der Ressourcen und zu Zuständen führt, die nicht mehr menschenwürdig sind, kommt einem Perspektivwandel eine sehr große gesellschaftspolitische Bedeutung zu.

Besonders älter werdende und alte Menschen werden um ihre Zukunft betrogen, wenn weiterhin die Auffassung zählt, es würde vollkommen ausreichen, sie im letzten Lebensabschnitt *satt und sauber* zu halten. Die Wirklichkeit der Älteren und Alten sieht ganz anders aus und beinhaltet die Möglichkeit

vielfältiger Entwicklung (Wessel 2015, 303-306). In einer Gesellschaft, die den Anspruch auf humane Lebensgestaltung erhebt und im Grundgesetz verankert, müssen Konzepte Wirklichkeit werden, die diesen Anspruch auch einzulösen vermögen.

Die Bedeutung der Humanontogenetik ist vor dem Hintergrund der humanen Entwicklung dieser Gesellschaft evident. „Menschenbild und Ethik“ sind notwendig, weil gesellschaftliche Werte zur Disposition stehen und die traditionellen Menschenbilder (z.B. der Kirchen) ständig an Einfluss verlieren. Humanontogenetik kann dieses Vakuum füllen. Über diesen Zusammenhang könnte und müsste gesondert reflektiert werden, aber der Zusammenhang besteht durchaus, weil die Theorien der Humanontogenetik auch darauf ausgelegt sind, die „Welt zu entzaubern“ und von Vorstellungen zu befreien, die zu einer Unmündigkeit und zum Verlust der Souveränität führen, ohne gleichzeitig auf den Sinngehalt für das Leben der Einzelnen verzichten zu müssen.

Die Werte haben sich subjektiviert und einem Relativismus den Platz überlassen, der persönliche Verantwortung leugnet und der Beliebigkeit einen Raum schafft, der im Gesundheitswesen problematisch und gefährlich sein kann. So könnte auch der Wahlspruch der Aufklärung zu einer neuen Bedeutung, wenn nicht gar zu einem Leitprinzip gelangen: „Aufklärung ist der Ausgang des Menschen aus seiner selbst verschuldeten Unmündigkeit. Unmündigkeit ist das Unvermögen, sich seines Verstandes ohne Leitung eines anderen zu bedienen. Selbstverschuldet ist diese Unmündigkeit, wenn die Ursache derselben nicht am Mangel des Verstandes, sondern der Entschließung und des Mutes liegt, sich seiner ohne Leitung eines anderen zu bedienen. [...] Habe Mut, dich deines eigenen Verstandes zu bedienen! ist also der Wahlspruch der Aufklärung“ (Kant 1784/1976, 55).

Die Plausibilität dieser Gedanken wird noch eindringlicher, wenn es gelingt, das Prinzip der Aufklärung mit einem zusätzlichen ethischen Konzept zu verknüpfen. Hermann Ley verweist auf die Notwendigkeit, den Leitspruch der Aufklärung mit den Prinzipien des Humanismus zu verbinden. Ziel muss es sein, Kants Gedanken mit der „realen Verwirklichung humanistischer Sittlichkeit“ und „humanistischen Moral“ (Ley 1966, 20) zu verbinden. Das Ergebnis seiner historischen Analyse der Aufklärung – im Übrigen eine bemerkenswerte Kulturgeschichte ihres Wesens – fasst er in grundlegenden Gedanken zusammen, die ihre Aktualität nicht verloren haben. Die grundlegende Bedeutung für die Individuen erkennt er in der Möglichkeit zur persönlichen Entfaltung ihrer Potenziale: „In ihr reift der gesellschaftliche Mensch und die menschliche Gesellschaft“ (Ley 1966, 44). Während er den Sinn und Nutzen der Aufklärung für die Gesellschaft in dem Solidaritätsaspekt der Ethik und der Entwicklung der indivi-

duellen Potenziale sieht: „Der praktische Geist der Aufklärung verlangt gelebten Humanismus, der sich aus möglichem Dialog zu gemeinsamem Handeln zu finden vermag.“ (Ebd., 44).

Das schon mehrfach zitierte Buch von Karl-Friedrich Wessel definiert die Wirklichkeit des Individuums im gesellschaftlichen Reproduktionsprozess über ein zentrales Zitat von Karl Marx. Der Reichtum einer Gesellschaft erschließt sich, wenn die „freie Entwicklung eines jeden die Bedingung für die freie Entwicklung aller ist“ (Marx, Engels 1848/1959, 482).

Beide Postulate können sowohl die Entwicklung von regionalen Gesundheitsnetzwerken bereichern als auch helfen, das Therapieziel human auszdifferenzieren. Es besteht großer Entwicklungsbedarf für die menschliche Gesellschaft wie für den gesellschaftlichen Menschen. In diesem Prozess liegt sowohl eine große Chance für die Humanontogenetik als auch für regionale Gesundheitsnetzwerke.

## Literatur

- Alheit, Peter** 1995. Biographizität als Lernpotenzial: Konzeptionelle Überlegungen zum Biographischen Ansatz in der Erwachsenenbildung. In: **Krüger, H.-H. & Marotzki, W.** (Hrsg.). *Erziehungswissenschaftliche Biographieforschung*. Verlag Leske & Budrich, Opladen: 290-332.
- Ecarius, Jutta** 1998. Biographie, Lernen und Gesellschaft. Erziehungswissenschaftliche Überlegungen zu biographischem Lernen in sozialen Kontexten. In: **Bohnsack, R. & Marotzki, W.** (Hrsg.). *Biographieforschung und Kulturanalyse. Transdisziplinäre Zugänge qualitativer Forschung*. Verlag Leske & Budrich, Opladen: 132-157.
- Kant, Immanuel** [1784] 1976. *Prolegomena zu einer jeden künftigen Metaphysik, die als Wissenschaft wird auftreten können*. Verlag von Felix Meiner, Hamburg: 200 S.
- Körber, Klaus** 1989. Zur Antinomie von politisch-kultureller und arbeitsbezogener Bildung in der Erwachsenenbildung. In: Universität Bremen (Hrsg.). *Bildung in der Arbeitsgesellschaft. Zum Spannungsverhältnis von Arbeit und Bildung heute. Dokumentation des 10. Bremer Wissenschaftsforums vom 11. bis 13. Oktober 1988*. Bremen: 126-151.
- Ley, Hermann** 1966. *Geschichte der Aufklärung und des Atheismus, Band 1*. VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften, Berlin: 570 S.
- Marotzki, Winfried** 1995. Forschungsmethoden der erziehungswissenschaftlichen Biographieforschung. In: **Krüger, H.-H. & Marotzki, W.** (Hrsg.). *Erziehungswissenschaftliche Biographieforschung*. Verlag Leske & Budrich, Opladen: 59-87.

- Marx, Karl & Engels, Friedrich** [1848] 1959. Manifest der Kommunistischen Partei. In: *Marx Engels Werke, Bd. 4*. Dietz Verlag, Berlin: 459-493.
- Milgram, Stanley** 1982. *Das Milgram-Experiment. Zur Gehorsamkeitsbereitschaft gegenüber Autorität*. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg: 256 S.
- Nehoda, Hans** 2002. *Ethik bei Führungskräften. Ein Ost-West-Vergleich*. Shaker Verlag, Aachen: 375 S.
- Nehoda, Hans** (unter Mitwirkung von **Rosa Unterthiner**) 2007a. Verbesserung der Ablauforganisation auf der Polyambulanz eines Krankenhauses in Südtirol – Prozessanalyse, operativer Plan, Evaluierung. *Zeitschrift für Humanontogenetik* **10**(1): 33-66.
- Nehoda, Hans** (unter Mitwirkung von **Astrid Graif, Valentina Oilotto & Elisabeth Ratschiller**) 2007b. Case-Management: Möglichkeiten und Chancen biografischer Methoden – Zur Notwendigkeit einer verbindlichen Ethik bei der medizinischen und pflegerischen Versorgung der Patienten. *Zeitschrift für Humanontogenetik* **10**(1): 7-32.
- Nehoda, Hans & Hertkorn-Ketterer, Bettina** 2007c. Netzwerkbildung: Menschenbild, Patientenversorgung und Gesundheitspolitik – Innovative Ansätze zukunftsorientierter Dienstleistungen im Gesundheitswesen. *Zeitschrift für Humanontogenetik* **10**(1): 67-86.
- Nehoda, Hans** 2011. Soziale Dynamik und Steuerung ausgewählter Prozesse im Gesundheitswesen. In: **Wessel, K.-F., Scupin, O., Diesner, T. & Schulz, J.** (Hrsg.). *Die Dynamik der Pflegewelt*. (Berliner Studien zur Wissenschaftsphilosophie und Humanontogenetik, Band 27) USP Publishing / Kleine Verlag, Grünwald: 121-155.
- Tembrock, Günter** 1987. Verhaltensbiologie und Humanwissenschaften. *Wissenschaftliche Zeitschrift der Humboldt-Universität zu Berlin, Mathematisch-Naturwissenschaftliche Reihe* **26**(7): 574-581.
- Tillich, Paul** 1982. Sein und Sinn. Zwei Schriften zur Ontologie. In: *Gesammelte Werke, Band XI*, hrsg. von **Renate Albrecht**, 3. Aufl. Evangelisches Verlagswerk, Frankfurt/M.: 240 S.
- Unschuld, Paul U.** 2005. *Der Arzt als Fremdling in der Medizin? Standortbestimmung*. W. Zuckschwerdt Verlag, München, Wien, New York: 140 S.
- Wessel, Karl-Friedrich** 2015. *Der ganze Mensch. Eine Einführung in die Humanontogenetik*. Logos Verlag, Berlin: 708 S.
- Wessel, Karl-Friedrich** 1998. Humanontogenetik – neue Überlegungen zu alten Fragen. *Zeitschrift für Humanontogenetik* **1**(1): 17-40.
- Wessel, Karl-Friedrich** 2002. Die Humanontogenetik: ihr Gegenstand, ihr Ziel. *Zeitschrift für Humanontogenetik* **5**(1): 9-16.
- Wessel, Karl-Friedrich** 2010. Die Wissenschaft der Selbstpflege aus der Perspektive der Humanontogenetik. In: **Wessel, K.-F., Scupin, O., Diesner, T., Schulz, J. & Bekel, G.** (Hrsg.). *Die Ordnung der Pflegewelt*. (Berliner Studien zur Wissenschaftsphilosophie & Humanontogenetik, Band 24) Kleine Verlag, Bielefeld: 143-151.