

trägt demnach mehr zum Unternehmenserfolg bei, wenn folgende vier Faktoren vorhanden sind:

1. Förderung einer Fehlerkultur
2. Berücksichtigung der Ängste der Mitarbeitenden und Führungskräfte
3. Ausreichende Qualifizierung in agilen Methoden und
4. Ausreichend Räume für agiles Arbeiten.

Darüber hinaus ist die Transformation zur Agilität in denjenigen Unternehmen fortgeschrittener, die

5. ein klares Commitment der Entscheidungsträger haben und
6. den Kick-off Face-to-Face machen.

Damit gibt die Studie klare Empfehlungen für Unternehmen, wie agile Teams erfolgreich implementiert werden können.

Prof. Dr. Renate Osterchrist, Hochschule München,
renate.osterchrist@hm.edu

Ist eine Patient Journey planbar?

Überall wird von Customer Journey geredet: Eine Customer Journey ist eine grafische Darstellung der Entscheidungen («Touchpoints») von Konsument:innen entlang ihres Kaufprozesses. Im Gesundheitswesen, insbesondere in Krankenhäusern wird die Customer Journey in eine Patient Journey umgewandelt. Die «Touchpoints» oder Berührungspunkte sind Entscheidungssituationen des Patienten. Positiv gesehen, erlaubt die Patient Journey eine Horizonterweiterung von der punktuellen Interaktion zu vorgelagerten und nachgelagerten Entscheidungen seiner Situation. Negativ bewertet, gaukelt die Patient Journey Entscheidungsketten vor, die nahtlos und bruchlos ineinander übergehen. Empirisch beobachtet, gibt es für diese nahtlosen Entscheidungsketten keinerlei Evidenz, wie dieser Beitrag skizzenhaft zeigen kann. Dennoch bietet die Patient Journey Möglichkeiten.

Empirisch gesehen sind alle Behandlungsprozesse im Krankenhaus grundsätzlich entscheidungsoffene Prozesse. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die Behandlungsprozesse einerseits organisationsspezifisch und andererseits gesellschaftlich gestaltet sind. Das bedeutet, dass die einzelnen Behandlungsschritte letztlich nicht ganz so entscheidungsoffen sind. Betrachten wir mal nur die Sprechstunde, so lässt sich beobachten, dass die Interaktion zwischen Arzt und Patient beiden Akteuren erlaubt, einerseits (medizinische) Ungewissheiten zu meistern und andererseits die gleiche Interaktion auch wieder neue Mehrdeutigkeiten eröffnet, etwa wenn Bilder für einen der Akteure entstehen, die im Widerspruch zu den Rollenerwartungen stehen. Der Arzt bzw. die Ärztin kann sich nie ganz sicher sein, dass sich der Patient bzw. die Patientin an die Abmachungen hält, wie es aus ärztlicher Sicht notwendig wäre. Der Patient wiederum kann sich auch nicht sicher sein, ob all die empfohlenen medizinischen Maßnahmen wirklich seiner Gesundheit oder nicht eher Geld- oder Wirtschaftsinteressen dienen. Darüber hinaus bewegen sich die Interaktionen nicht in einem isolierten, losgelösten Raum, sondern in Kontexten von Recht («Patient hat ein Recht auf vollständige Informationen»), Wirtschaft («mit welchen Ressourcen kann die Patientin behandelt werden?»), Politik («Patient soll mehr Selbstverantwortung für seine Gesundheit übernehmen») und von Medizin («Die Diagnose zeichnet eine bestimmte Therapie vor»).

Also: Den Entscheidungen («Touchpoints») in der Patient Journey liegen eine Vielzahl von kontingenten Entscheidungsoptionen zugrunde und beide Akteure – Arzt und Patient – kommunizieren in einer polykontextuellen Umwelt. Sowohl Kontingenz als auch Polykontextualität wird bei der Patient Journey komplett rausgefiltert.

Die Arzt-Patienten-Interaktionen, welche unter vielfältigen medizinischen,

rechtlichen, politischen, sozialen Ungewissheiten ablaufen, können verglichen werden mit Interaktionen zwischen Schachspielende. Genauso wie Ärztin und Patientin können Schachspielende nie sicher sein, wie ihre Gegenspielenden reagieren. In jedem Augenblick müssen Schachspielende achtsam nicht nur auf die Gegenspielenden sein, sondern auch auf sich selbst. Geplante Inszenierungen spielen eine ebenso große Rolle in der Interaktion des Schachspiels, wie spontanes Reagieren auf überraschende Züge des Gegenspielers oder der Gegenspielerin (doppelte Kontingenz). Der Laie nimmt meist an, dass Großmeister:innen sich im Schachspiel eine Strategie ausdenken, mehrere Spielzüge im Voraus planen und vergangene Spielzüge im Gedächtnis behalten können. Empirisch gesehen, sieht es anders aus: Der Soziologe Eric Leifer wollte Anfang der 1980er Jahre genau wissen, was Schach-Großmeister besser machen als durchschnittliche Schachspielende (1991, *Actors as Observers*). Leifer hat herausgefunden, dass Großmeister weder 20 Züge vorausplanen noch wissen, wie die letzten 20 Züge waren. Sie haben genau einen Zug im Blick: Den nächsten Zug, den sie machen. Nicht mehr und nicht weniger. Leifer hat sich dann gefragt, was genau die Motive für ein solches Verhalten sind. Er hat herausgefunden, dass die Schachspielenden bei jedem Spielzug die größtmögliche Varietät an Gestaltungsmöglichkeiten erhalten möchten; und sehr wichtig: sowohl für sich als auch für den Gegner. Dieses Verhalten ermöglicht es, die Spielzüge immer in einer Ambivalenz zu halten, mit dem Zweck der größtmöglichen Varianz von künftigen Entscheidungsoptionen unter Ungewissheitsbedingungen. Einige Jahre nach der Publikation von «Actors as Observers» werden Leifers Erkenntnisse durch Schachgroßmeister wie Garri Kasparow (2007, *Strategie und die Kunst zu leben*) bestätigt. Entscheidungsoptionen in einer bestimmten Schwebelage zu halten, um nach der Entscheidung bei Bedarf

auf andere Entscheidungsoptionen zurückgreifen zu können, genau hier sind sich Schachspielende, Ärzt:innen und Patient:innen sehr nahe.

Also: Sowohl Ärzt:innen als auch Patient:innen als auch Schachspielende haben nur die konkret nächste Entscheidung vor sich und versuchen diese mit der vorgängigen, letzten Entscheidung zu verbinden. Daraus lässt sich keinerlei Planbarkeit in einer Patient Journey empirisch gesehen ableiten. Gerade das Gegenteil können wir beobachten: hochgradig situatives Entscheiden, weil nie genau klar ist, welche Auswirkungen eine Entscheidung nach sich ziehen kann («Spricht der Körper auf die Therapie an?»).

Erweitern wir den Blick von der Arzt-Patienten-Interaktion auf die ganze Patient Journey innerhalb eines Krankenhauses. Interaktionen mit dem Empfang, mit Krankenpflegenden, mit anderen Mitarbeitenden eines Krankenhauses oder mit anderen Patient:innen haben grundsätzlich gewisse Freiheitsgrade in der Gestaltung der Interaktion, sind jedoch ei-

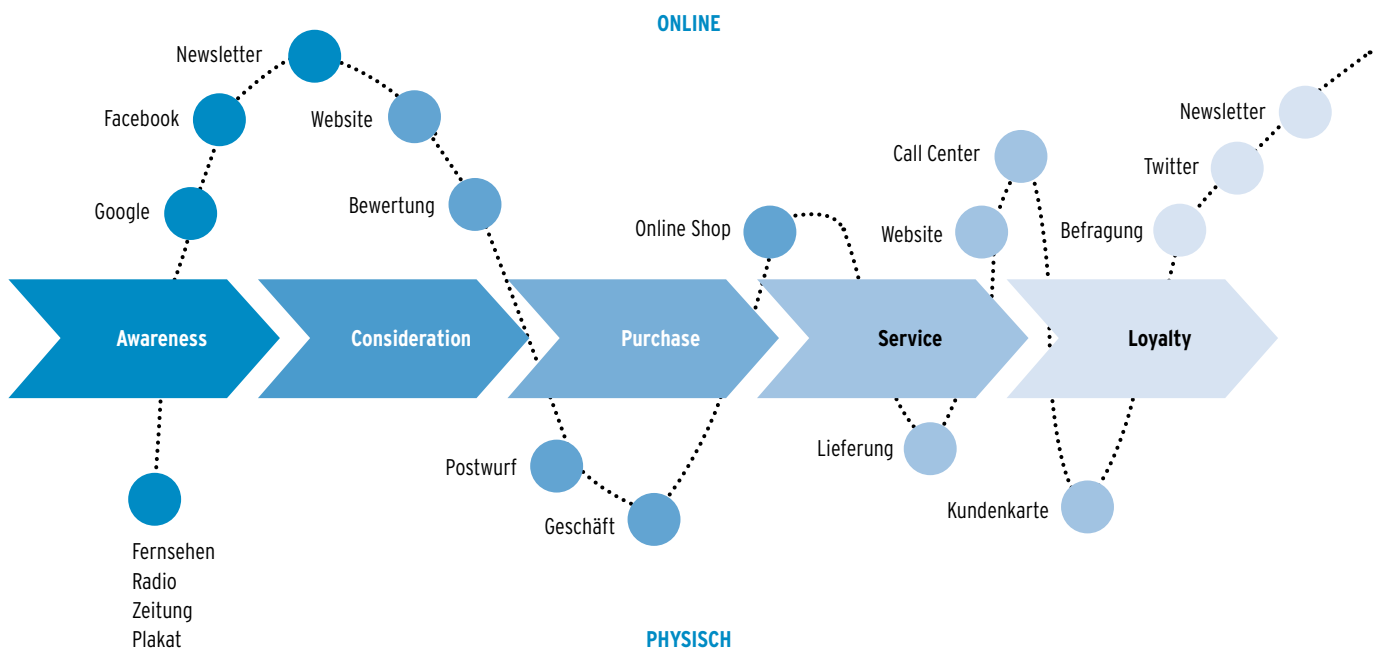
nerseits organisatorisch (Krankenhaus) und andererseits gesellschaftlich eingelagert. Zu vermuten ist auch in diesen Interaktionen, dass Ungewissheiten beruhigt werden können und gleichzeitig durch kognitive Dissonanzen neue Mehrdeutigkeiten entstehen können. Dazu referenzieren sich auch diese Interaktionen an verschiedenen Kontexten wie Recht, Wirtschaft, Politik und Medizin. Allgemein können wir annehmen, dass in jeder Entscheidungssequenz eine Vielzahl von Entscheidungsoptionen offen steht. Zudem ist anzunehmen, dass in einer Patientenreise je nach Entscheidungssituation eine Hauptreferenz dominiert und daneben Nebenreferenzen mitgeführt werden. Gleichzeitig wie es in der Sprechstunde beim Untersuchen um medizinische Referenzen geht, so sind die anderen Referenzen (ökonomische, rechtliche, etc.) nicht ausgeschaltet, sondern rücken einfach nicht ins Zentrum der stattfindenden Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Über die ganze Patient Journey überlagern sich die Referenzen (oder Codes), lösen sich gegen-

seitig ab, widersprechen sich, ergänzen sich und eröffnen (oder verunmöglichen) Anschlusskommunikationen und Anschlussentscheidungen. Niklas Luhmann hat darauf hingewiesen, dass die Referenzen oder Codes nur dann gelten, sofern sie angesprochen werden (1986, Ökologische Kommunikation, S. 79f). Wenn sie nicht angesprochen werden, dann gelten sie nicht, was jedoch bedeutet, dass sie als «Schattenreferenzen» oder «Schattencodes» implizit mitgeführt werden und zu Diskrepanzen in den Rollenerwartungen führen können.

Also: Die Polykontextualität bei Entscheidungen von Patienten ist innerhalb des Krankenhauses mit unterschiedlichen Akteuren gegeben, kommt aber in der Patient Journey nicht vor.

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass die Patient Journey weder planbar noch als gradlinige Entscheidungskurve empirisch evident ist. Die Patient Journey als einfache, bruchlose Linie mit nahtlosen Entscheidungs-«Touchpoints» dargestellt, kann nur den unwahrscheinlichsten Fall einer linearen

Abbildung 1
Customer Journey mit Touchpoints (Quelle: digitalsociety.at)



Entscheidungskette abbilden, die alle Kontexturen rausfiltert mit Ausnahme des Patientennutzens («Patient als nutzenmaximierender Kunde»). Somit lässt sich die Patient Journey in eine Reihe von betriebswirtschaftlichen Modellen zuordnen, welche die Tradition von Gary Becker (1982, Der ökonomische Ansatz zur Erklärung menschlichen Verhaltens) fortsetzen. Die Patient Journey in der vorgestellten Form stellt Patient:innen-Entscheidungen unter Nutzenmaximierungsannahme und Annahme vollständiger Information. Dies ermöglicht zwar Forschungen über die Frage, ob sich bestimmte Nutzenmuster des Patientenverhaltens in Krankenhäusern ergeben, sind jedoch an die Bedingung von vollständiger Information gebunden. Aus einem gesellschaftlichen oder soziologischen Blickwinkel wird deutlich, dass Entscheidungen von Patient:innen immer komplex sind, weil in ihr körperliche, psychische, ökonomische, rechtliche und soziale Determinanten unauflösbar zusammentreffen. Somit bleibt die beschriebene Patient Journey ein ökonomischer Spezialfall. Sie könnte sinnvollerweise um alle rausgefilterten Determinanten erweitert werden und würde neue Erkenntnisse über das komplexe Patientenverhalten zu Tage bringen.

Raymond Dettwiler, forscht über Patientenverhalten und Konsumierendenverhalten, Hochschule für Wirtschaft, FHNW, Olten/Schweiz, raymond.dettwiler@fhnw.ch

Wie funktionieren Fake News?

Fakeness hat Konjunktur. Sicher haben die sozialen Medien zu der Vorstellung beigetragen, dass auch eine gefälschte Wirklichkeit schnell zur wirklichen Wirklichkeit werden kann. Eine 2017 veröffentlichte Studie geht dem Begriff der Fake News auf den Grund und untersucht dessen Verwendung in 34 wissenschaftlichen Artikeln zwischen 2003 und 2017.

Aus der Prüfung der Fake News-Definitionen in akademischen Publikationen entwickeln die Autoren (Tandoc et al 2017) ein Modell, um verschiedene Typen von Fake News einzuordnen. Die erste Dimension des Modells, Faktizität, bezieht sich auf den Grad, in dem Fake News sich auf Fakten beziehen. Satire basiert z. B. auf Tatsachen, präsentiert diese aber in abweichender Form, während Parodien und erfundene Nachrichten einen breiten sozialen Kontext als Grundlage nehmen, in dem sie fiktionale Geschichten gestalten. Werbung nutzt zwar Fakten, allerdings einseitig, wohingegen Erfindungen jeder faktischen Basis entbehren.

Die zweite Dimension, die unmittelbare Absicht des Autors, bezieht sich auf den Grad, in dem der Schöpfer der Fake News beabsichtigt, in die Irre zu führen. Nachrichten-Satiren und Parodien nutzen einen gewissen Grad von gegenseitig verstandener Realitäts-Aufhebung, damit sie funktionieren. Diese Typen von Fake News gehen offen damit um, dass sie nicht echte Nachrichten sind – Grundlage dafür, dass der beabsichtigte Humor wirkt. Im Gegensatz dazu beabsichtigen die Autoren von Erfindungen und Manipulationen die Empfänger zu täuschen, ohne jeden Disclaimer. Ob das Ziel hier ist, Menschen zu desinformieren oder Klicks für Werbe-Einnahmen zu generieren – erreicht wird es durch die Absicht, Menschen darüber zu täuschen, dass die Fake News, die sie sehen, real sind.

Daraus ergibt sich eine Typologie von vier generellen Typen von Fake News-Definitionen aus der Literatur.

Die Meta-Studie soll ein Ausgangspunkt sein, um zu klären, was in gegenwärtigen Diskussionen überhaupt mit Fake News gemeint ist. Zahlreiche Definitionen scheinen sich nämlich auf den dritten Quadranten zu fokussieren, also auf Erfindungen mit niedriger Faktizität und hoher direkter Täuschungsabsicht.

Dies betont den Unterschied zwischen der Verwendung der Bezeichnung für erfundenen Inhalt und für zutreffende Berichterstattung eines Vorfalls, der unschmeichelhafte Eigenschaften einer bestimmten Gruppe oder Persönlichkeit darstellt. Manche Gruppen setzen den Begriff ein, um Erläuterungen, denen sie nicht zustimmen, als Fake News abzutun. Allerdings macht das Vorhandensein einer Meinung einen Beitrag nicht automatisch zu Fake News.

Ein wichtiger Faktor ist gemäß der Autoren die Rolle des Publikums. Während Nachrichten von Journalisten erstellt werden, scheint es, dass Fake News vom Publikum mit-konstruiert werden, da der Grad der Fälschung stark davon abhängt, ob das Publikum den Fake als real wahrnimmt. Erst wenn die Empfänger sie als reale Nachrichten missverstehen, können Fake News mit journalistischer Legitimität spielen. Das ist vor allem im Kontext der sozialen Medien wichtig, wo Informationen ausgetauscht und Meinungen verhandelt und geteilt werden.

Tandoc Jr., E. C., Wei Lim, Z. & Ling, R. (2017)

Defining «Fake News»: A typology of scholarly definitions, Digital Journalism 6(3): S. 1-17.

Abbildung 1

Eine Typologie von Fake News Definitionen (aus Edson C. Tandoc et al 2017, S. 12)

| Grad der Faktizität | Direkte Täuschungsabsicht des Autors | |
|---------------------|--|---------------------|
| | hoch | niedrig |
| hoch | Einheimische Werbung Propaganda Manipulation | Nachrichten-Satire |
| niedrig | Erfindung | Nachrichten-Parodie |