

Kooperation im Gesundheitswesen

Integrierte Versorgung durch Genossenschaften

Die aktuelle Situation im Gesundheitswesen erfordert neue Wege in der Patientenversorgung. Durch Kooperationen von Leistungserbringern sollen Ineffizienzen in der Gesundheitsversorgung überwunden werden. Das Ziel solch einer „Bündelung der Leistungsanbieter“ ist ein kontinuierlicher Versorgungsprozess, durch den Fehl- und Doppeluntersuchungen, aber auch die Unterversorgung von Patienten vermieden werden.

Gesundheitsnetzwerke

Ein solches Kooperationskonzept ist die Integrierte Versorgung, wie sie in den §§ 140a-e des Sozialgesetzbuchs (SGB)V beschrieben wird. Im Allgemeinen wird unter einer Integrierten Versorgung ein Gesundheitsnetzwerk verstanden. Ein Beispiel hierfür ist ein Ärztehaus, in dem etwa Haus- und Fachärzte, medizinische Leistungserbringer aus dem ambulanten und stationären Bereich sowie Apotheken zusammenarbeiten. Die Netzwerkpartner orientieren sich am gesamten Versorgungsprozess, um eine auf den Patienten abgestimmte, kontinuierliche Gesundheitsversorgung anbieten zu können. Im Netzwerk werden die Leistungserbringer arbeitsteilig in einer gemeinsamen Wertschöpfungskette integriert, so dass sich jeder Einzelne auf seine Aufgaben konzentrieren kann.

Eine Integrierte Versorgung soll nicht nur die Kassen entlasten, sondern auch dem Patienten dienen. Es geht folglich darum, das Kosten-Nutzen-Verhältnis zu optimieren. Experten gehen davon aus,

dass durch die Einführung einer Integrierten Versorgung bis zu 20 Prozent der anfallenden Kosten eingespart werden können. Zugleich kann hiermit aber auch die Qualität der Leistungen gesichert oder sogar gesteigert werden.

Vom Gesetzgeber werden keine detaillierten Steuerungsansätze vorgegeben, was den Leistungserbringern große Freiheiten bei der Gestaltung solcher Netzwerke einräumt. Umso wichtiger ist es, erfolgskritische Faktoren für „Gesundheitsnetze“ zu erkennen. Hierzu zählen u. a. die Koordination der Netzwerkteilnehmer, deren Information und Kommunikation sowie die Patientenintegration. Diese Faktoren werden kurz erläutert.

Erfolgskritische Faktoren

Besonders erfolgskritisch für eine Integrierte Versorgung ist die Koordination der Netzwerkteilnehmer. Es kann zwischen einer zentralen und einer dezentralen Koordination unterschieden werden. Bei einer zentralen Koordination

sind die Entscheidungskompetenzen und Behandlungspfade fest vorgegeben. Sie eignet sich daher besonders bei indikationsspezifischen Versorgungsaufträgen, da diese im Behandlungsablauf kaum variieren. Aufgrund der stabilen Beziehungen im Netzwerk und den klar definierten Versorgungsabschnitten können Skalen- und Lernkurveneffekte realisiert werden, was die gewünschte Kostensenkung ermöglicht. Bei einer dezentralen Koordination können hingegen innovative Behandlungsprozesse gestaltet werden, die eine spezifisch auf die Patienten zugeschnittene Versorgung erfordern. Beispielsweise kann ein Hausarzt den Versorgungsauftrag eines Patienten entgegennehmen und seine Partner – individuell auf die Versorgung des Patienten abgestimmt – aussuchen. Der Fokus liegt in diesem Fall nicht auf der Kostenreduktion, sondern auf der Patientenorientierung.

Für beide Koordinationsformen bieten sich Genossenschaften an, da sie sowohl zentrale als auch dezentrale Eigen-

Information



Mehr zum Thema Genossenschaften im Gesundheitswesen erfahren Sie in der Studie „Genossenschaften als Chance für die Entwicklung der Integrierten Versorgung im Gesundheitswesen“. Die Studie steht unter www.neuegenossenschaften.de zum Download bereit.



schaften aufweisen. Besonders vorteilhaft ist die Gründung einer Genossenschaft, wenn die Interessen von vielen, gleichberechtigten und wirtschaftlich vergleichbaren Partnern gebündelt werden sollen.

Eng mit der Koordination verbunden sind die Erfolgsfaktoren Information und Kommunikation. Erst eine hinreichende Kommunikation über alle arbeitsteiligen Prozesse hinweg ermöglicht die effiziente Koordination im Netzwerk. Die Leistungserbringer benötigen die relevanten Informationen, um eine prozess- und somit patientenorientierte Versorgung durchführen zu können. Hierzu zählen Informationen über Patienten, Behandlungsschritte und Krankheiten. Es muss folglich die Transparenz von Behandlungsdaten und Versorgungsprozessen geschaffen werden. Hierfür sind Informations- und Kommunikationssysteme erforderlich, die eine behandlungsübergreifende Wissensteilung sicherstellen. Dabei ist die Informationstechnik – speziell an den Schnittstellen zwischen den Prozessschritten – von entscheidender Bedeutung. Sie ist damit ein weiterer Baustein für eine bedarfsgerechte und kostengünstige Gesundheitsversorgung.

Ein dritter Erfolgsfaktor ist die Patientenintegration – also die Mitwirkung des Patienten bei dem Erstellungsprozess

der Gesundheitsdienstleistung. Mit solch einem „Patienten-Empowerment“ ist in erster Linie der Wissensaustausch, aber auch die aktive Teilnahme am Versorgungsprozess gemeint. Dieser Faktor wurde bislang viel zu wenig beachtet. Durch mehr Transparenz in der Erstellung der Gesundheitsdienstleistung können die Patienten zu einer effizienten „Mitarbeit“ motiviert werden.

Die beschriebenen erfolgskritischen Faktoren bestimmen darüber, ob eine qualitativ hochwertige und kostengünstige Gesundheitsdienstleistung erstellt werden kann. Dabei ist es besonders wichtig, dass die grundlegenden Zielsetzungen einer Integrierten Versorgung definiert und operationalisiert werden – nicht zuletzt auch deshalb, damit die Kosten der Leistungserstellung und der Heilungserfolg überprüft werden können.

Qualitätssicherung

Bei der Qualitätssicherung der Gesundheitsleistung wird zwischen internen und externen Faktoren unterschieden. Die externe Qualitätssicherung einer Integrierten Versorgung wird bspw. durch die Vorschriften des SGB V oder des GenG sichergestellt. Unter der internen Qualitätssicherung sind solche Verfahren zu verstehen, die von den Leistungserbringern entwickelt wurden, um

insbesondere die Struktur- und die Prozessqualität zu verbessern. Im Hinblick auf die Strukturqualität sind die organisatorischen und persönlichen Voraussetzungen der Leistungserbringer zu überprüfen. Die kooperative Prozessqualität, d.h. die Qualität der Durchführung der Leistungserbringung am Patienten, wird u. a. durch klinische Behandlungsrichtlinien, Standards, Positivlisten und Zweitdiagnosen sichergestellt.

Die kooperative Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen in Form der Integrierten Versorgung kann insgesamt erheblich zur Qualitätssicherung und Kostendämpfung im Gesundheitswesen beitragen. Voraussetzung für letzteres ist allerdings, dass den Integrierten Versorgungsnetzen auch die Budgetverantwortung übertragen wird.

Potential von Genossenschaften

In einer Studie des DGRV wird festgestellt, dass die bisherigen genossenschaftlichen Lösungsansätze im Gesundheitswesen kaum am ganzheitlichen Modell der Integrierten Versorgung ausgerichtet sind. Allein mit einem gemeinsamen Einkauf wird jedoch nicht das ganze Potential von Genossenschaften ausgeschöpft. Genossenschaften können viel mehr. Es sind Modelle denkbar, die eine systematische Optimierung gesamter Versorgungsketten durch enge Kooperation aller Beteiligten ermöglichen. Mit solch einer genossenschaftlichen Organisationsform lassen sich die wesentlichen Zielsetzungen der Integrierten Versorgung erreichen: die Bündelung der Leistungserbringung sowie die Bündelung der Leistungs-, Finanzierungs- und Vergütungsverantwortung in einer Hand. Dabei stehen der Patient und die Versorgungsqualität stets im Mittelpunkt.

Ein Gastbeitrag von **Stefanie Franz**
Institut für Genossenschaftswesen
Westfälische Wilhelms-Universität
Münster