

Welche Steuerungsinstrumente braucht ein Netz im Gesundheitswesen?

Vernetzungen von Unternehmen gehören heute in der Wirtschaft zum Alltag. Auch im Gesundheitswesen wird der Ruf nach Vernetzung der Leistungsanbieter immer lauter. Dies nicht nur weil Experten in einer besseren Integration ein beachtliches Rationalisierungspotenzial sehen, sondern auch weil die Patienten eine ganzheitliche, umfassende Betreuung wünschen. Allerdings liegen die theoretischen Ansätze zur Steuerung von heterarchischen Netzwerken noch in den Anfängen. Ein derartiges Management muss sich im Gesundheitswesen erst noch entwickeln.

Bernhard J. Güntert

Vernetzungen unterschiedlicher Unternehmen sind in der Wirtschaft immer häufiger zu finden. Gründe dafür sind der Wandel vom Verkäufer- zum Käufermarkt, die immer komplexeren Produkte und Dienstleistungen, die physische Desintegration von Produktionspro-

zessen aufgrund der Globalisierung und die Nutzung komparativer Kostenvorteile. Aber auch der Trend, sich wieder auf die eigenen Kernprozesse zu konzentrieren und strategische Erfolgspotenziale aufzubauen sowie die neuen Informationstechnologien erfordern und ermöglichen vernetzte unternehmerische Aktions- und Organisationsmuster [1]. Traditionelle Unternehmensstrukturen und -grenzen lösen sich zunehmend in Richtung hybrider Verbindungen mit externen Partnern auf [2]. Unternehmen werden damit Teil der so genannten Networked Economy [3], das heisst, sie gehören oft verschiedenen Netzwerken an. Dadurch entstehen vielfältige gegenseitige Abhängigkeiten und Verbindungen, die sowohl negative (Abhängigkeiten) wie auch positive (Synergieeffekte) Auswirkungen haben können [2]. Die traditionelle Konzeption von Unternehmung, Konkurrent, Zulieferer und Kunde löst sich auf. Mehrere Rollen werden zum Nutzen aller Beteiligten kombiniert [4]. Da in diesen Formen kaum hierarchische Strukturen entstehen, sehen wir uns in der Betriebswirtschaftslehre mit einem Theoriedefizit konfrontiert, basieren traditionelle Organisations- und Managementansätze doch stark auf hierarchischen Systemvorstellungen.

Vernetzung im Gesundheitswesen

In den vergangenen Jahren wurde auch im Gesundheitswesen die Vernetzung der verschiedenen Leistungsanbieter gefordert. In Deutschland etwa wurde bereits im GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 die gesetzliche Grundlage gelegt, anfänglich jedoch ohne grosses Interesse der



Bernhard J. Güntert

Health Professionals und ohne konkrete Umsetzungserfolge. Erst mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG 2004) und den damit verbundenen finanziellen Anreizen aus dem Risiko-Strukturausgleich ist das Interesse an krankheitsgruppenbezogenen, integrierten Versorgungskonzepten gestiegen, wie die rasch wachsende Anzahl der bewilligten und akkreditierten Modellversuche zeigt.

Auf eine klare Definition der integrierten Versorgung hat der deutsche Gesetzgeber allerdings verzichtet. Man versteht darunter jedoch idealerweise [5,6,7]:

- Eine an den Bedürfnissen der Patienten orientierte, sektoren- und facharztübergreifende Versorgung unter Einbeziehung von Kliniken, niedergelassenen Allgemein- und Fachärzten, Pflegediensten, ambulanten und stationärer Rehabilitation sowie mit Therapeuten und Apotheken.

- Versorgungsmodelle, welche die Optimierung der Patientenkarrieren über mindestens zwei aufeinander-

folgende Versorgungsstufen im Fokus haben.

■ Netzwerke, in denen nicht nur eine grosse Kooperationsbereitschaft aller Beteiligten zu finden ist, sondern auch ein gut funktionierender Datenaustausch (möglichst mittels elektronischer Patientenakte) sowie evidenzbasierte und breit akzeptierte Behandlungsleitfäden für die jeweiligen Krankheitsgruppen.

■ Netzwerke, die ihre Mitglieder intern vertraglich binden und sich nach aussen gegenüber einer Krankenkasse vertraglich verpflichten, erkrankte Versicherte in einer Region entsprechend definierter Versorgungsmuster zu betreuen.

Die Rahmenbedingungen erschweren Vernetzungen

Die Ausrichtung auf die gemeinsame und ganzheitliche Betreuung von Patienten, das heisst auf die Optimierung der Patientenkarriere als Ganzes und nicht einzelner Patientenepisoden (wie stationärer Aufenthalt, ambulante Behandlung) [8], stellt für das Management eine grosse Herausforderung dar. Diese Sichtweise widerspricht teilweise dem in den letzten Jahren durch neue Entgeltssysteme (zum Beispiel gedeckelte Budgets, Diagnosis Related Groups [DRG], Tarife) geförderten betriebswirtschaftlichen Denk- und Handlungsmuster. Aufgrund der immer engeren wirtschaftlichen Rahmenbedingungen sind die verschiedenen Leistungsanbieter gezwungen, zunehmend wirtschaftliche Ziele zu verfolgen und eigenwirtschaftlich ihr Überleben sicherzustellen. Damit rückt die Patientenkarriere beziehungsweise der Netzwerkgedanke aus dem Blickfeld der einzelnen Leistungsanbieter.

Die grössten Herausforderungen für Netzwerke ergeben sich aus der Tatsache, dass an integrierten Versorgungssystemen immer mehrere rechtlich und wirtschaftlich unabhängige Leistungsanbieter beteiligt sind. Je nach Konzept führt die Vernetzung auch nicht zu einer generellen Integration der Versorgung (wie etwa in HMO's und MCO's), sondern beschränkt sich auf spezielle Patientengruppen (zum Beispiel inte-

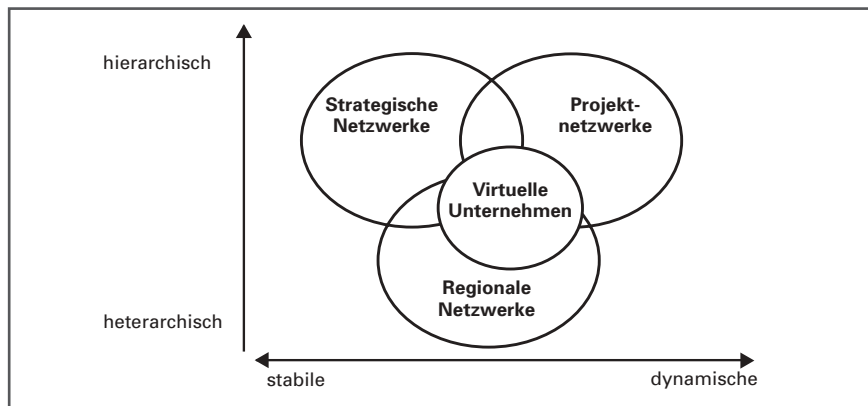


Abbildung 1: Netzwerktypologien (Sydow 2003)

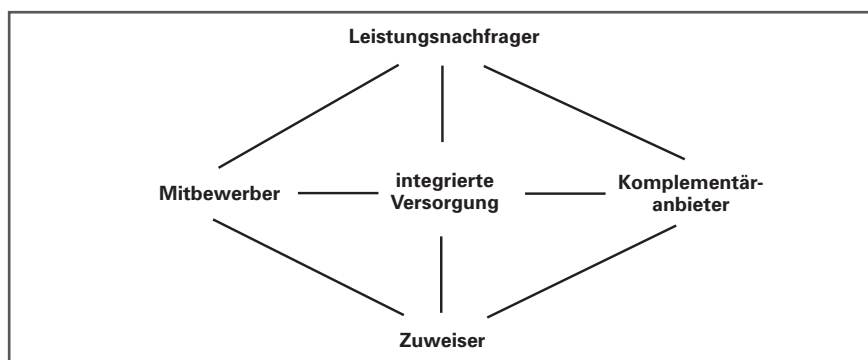


Abbildung 2: Rollenmodell in Netzwerken (nach Brandenburger/Nalebuff 1999)

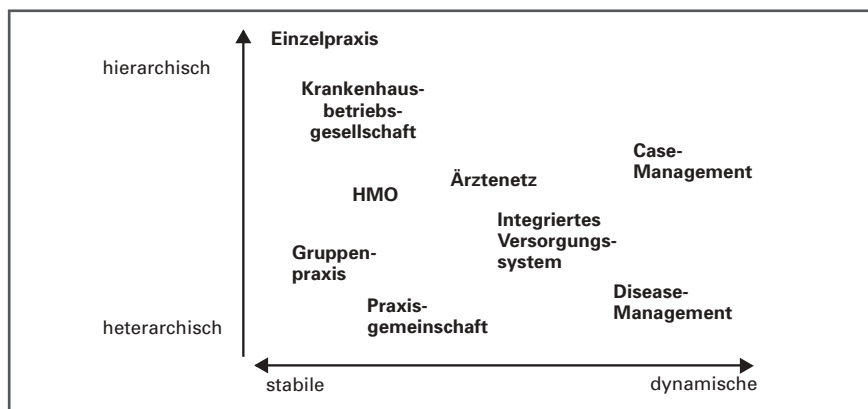


Abbildung 3: Netzwerktypologien im Gesundheitswesen

grierte Betreuung für Diabetes- oder Onkologieklienten) und damit nur auf einen kleinen Teil aller von ihnen betreuten Patienten. Die einzelnen Leistungsanbieter können somit verschiedenen integrierten Versorgungssystemen angehören. Daher ist die Vernetzung aus organisatorischer Sicht eher lose. In der Netzwerkforschung bezeichnet man derartige Zusammenschlüsse daher als heterarchisch und – trotz vertraglicher

Bindung – dynamisch [8,9]. Die Steuerung heterarchischer Netze ist problematisch (siehe *Abbildung 1*). Gemeinsame hierarchische Strukturen, die zu einem gewissen Mass an Kooperation zwingen, fehlen weitgehend. Die Vernetzung erfolgt weniger über organisatorisch-strukturelle Massnahmen, sondern mehr über professionell akzeptierte Behandlungsleitfäden (Guidelines), über Informations- und Kommunikations-

möglichkeiten und über finanzielle Anreize. Diese können allerdings den eigenwirtschaftlichen Zielen entgegenlaufen. Wie wenig tragfähig und effektiv derartige Vernetzungen sein können, haben denn auch Erfahrungen mit verschiedenen Ärztenetzen gezeigt.

Inhaltliche Anforderungen an die Steuerung

Aufgrund dieser Ausführungen lassen sich folgende inhaltliche Anforderungen an das Management integrierter Versorgungsnetze ableiten [10]:

■ Bereits bei Etablierung von integrierten Versorgungssystemen gilt es, mit den beteiligten Leistungserbringern ihre bisherigen berufs- und institutionsspezifischen Verhaltensweisen zu überdenken und eine neue gemeinsame Prozessorientierung zu erarbeiten, in deren Mittelpunkt die Patientenkarrieren stehen. Dazu werden gemeinsame Wert- und Zielvorstellungen für die Behandlung und Betreuung entwickelt.

■ Die Patientenversorgung unter Einbeziehung von Kliniken, niedergelassenen Allgemein- und Fachärzten, Pflegediensten, ambulanter und stationärer Rehabilitation sowie Apotheken, die in einem Netzwerk zusammengeschlossen sind, orientiert sich an den konkreten Bedürfnissen der Patienten. Gleichzeitig schafft sie für die Leistungsanbieter kurzfristig spürbare Mehrwerte und damit eine Netzwerkidentität, die zu einer aktiven Mitarbeit verpflichtet.

■ Die Akzeptanz der Netzwerke in integrierten Versorgungssystemen beruht nicht nur auf finanziellen Anreizen, sie entspricht auch dem professionellen Verständnis der Health Professionals und schränkt die Arbeit am und mit dem Patienten nur in einem gegenseitig akzeptierten Ausmass ein.

■ Die Mehrwerte für die beteiligten Health Professionals wirken sich idealerweise sowohl auf die Kerntätigkeit am Patienten (verbesserte Diagnose- und Therapiesicherheit, verbesserte Wirtschaftlichkeit usw.) aus wie auch auf patientenferne, administrative Tätigkeiten (raschere, vollständigere und sicherere Informationen, Erleichterung

bei administrativen Prozessen usw.). Ein zusätzlicher administrativer Aufwand durch die Vernetzung ist auf jeden Fall zu vermeiden.

■ Die erzielten Mehrwerte erhebt und kommuniziert das Netzwerkmanagement. Ein derartiges Feedback ist eine Voraussetzung für die Weiterentwicklung des Netzwerks.

■ Ein neues Rollenverständnis der einzelnen Leistungsanbieter eines Netzwerkes ist notwendig. Sie können als behandelnder Arzt selbst tätig sein und damit in Konkurrenz zu anderen Leistungsanbietern stehen. Wer über spezielle Kenntnisse und Technologien verfügt, kann jedoch als Komplementäranbieter oder konsularärztlich tätig sein (siehe *Abbildung 2*) [4].

■ Das Netzwerkmanagement schafft den Ausgleich zwischen der Selbstständigkeit der verschiedenen Leistungsanbieter und den gemeinsamen Prozessen.

■ Die Nutzung geeigneter Informations- und Kommunikationssysteme wird gefördert. Von Bedeutung sind Informationstechnologien wie Telemedizin und E-Health, Grid-Technologien und so weiter [11]. Informationstechnologien aufzubauen allein genügt nicht, die Mitarbeiter der beteiligten Institutionen müssen geschult und die Anwendungen laufend weiterentwickelt werden.

Diese Anforderungen sind nicht leicht zu erfüllen und erfordern – da integrierte Versorgungsnetze häufig fast basisdemokratische Strukturen aufweisen – ein differenziertes Vorgehen. Es gibt kaum hierarchische Strukturen, welche die Netzwerkführung unterstützen. Führungskompetenz und -verantwortung sind dezentralisiert. Darin unterscheidet sich das Management eines integrierten Versorgungsnetzes vom Management in Managed Care-Einrichtungen (siehe *Abbildung 3*)

Mit einer rein virtuellen Integration von Versorgungsleistungen [12], das heisst einem rein heterarchischen Netz, dürften die Potenziale der Integration kaum ausgeschöpft werden. Stärker ausgeprägte Hierarchien dürften sich unter den gegebenen Rahmenbedingungen erst im Verlaufe der Zeit entwickeln, wenn der

Mehrwert nicht nur für die Patienten, sondern auch für die einzelnen Leistungsanbieter spürbar wird und damit das Interesse an einer stärkeren Kooperation wächst. ■

Autor:

**Univ.-Prof. Dr.oec./MBA
Bernhard J. Güntert**

Vizedirektor und Institutsvorstand
Private Universität für
Gesundheitswissenschaften,
Medizinische Informatik
und Technik (UMIT)
A-6060 Hall in Tirol
E-Mail: bernhard.guentert@umit.at
Website: www.umit.at

Literatur:

1. Fleisch E: Das Netzwerkunternehmen, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2001.
2. Picot A, Reichwald R, Wigand R: Die grenzenlose Unternehmung, Gabler Verlag, München 2003.
3. Shapiro C, Varian HR: Information Rules: a strategic guide to the network economy, Harvard Business School Press, Boston 1999.
4. Brandenburger A, Nalebuff B: Co-opetition, Currency Doubleday, New York 1996.
5. Carels J, Pirk O: Springer Wörterbuch: Gesundheitswesen, Springer Verlag Berlin-Heidelberg 2005.
6. Mühlbacher A: Integrierte Versorgung – Management und Organisation, Verlag Hans Huber, Bern 2002.
7. Schwiedernoch A, Özyurt E: Integrierte Versorgung – ein Managed Care-Ansatz für Deutschland, Projektarbeit Mibeg-Institut Köln 2004.
8. Güntert BJ: Integration und Kooperation im Gesundheitswesen – ein Plädoyer für patientenorientierte Strukturen und Verhaltensweisen. In: Holzer E, Hauke E (Hrsg.): Gesundheitswesen – vom Heute ins Morgen, WUV Universitätsverlag, Wien 2004; 100–109.
9. Sydow J (Hrsg.): Management von Netzwerkorganisationen, Gabler Verlag, Wiesbaden 2003.
10. Güntert BJ: Integrierte Versorgung: Change Management in Netzwerken. In: Busse R et al. (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen, Springer Verlag Berlin 2006.
11. Rienhoff O, Seht D, Hamer B: Chancen für eine integrierte Infrastruktur – Grids, Kompetenznetze, Gesundheitstelematik, in: Deutsches Ärzteblatt 2004; 101; A 1791–1797 (Heft 25).
12. Mühlbacher A: Die Organisation der «virtuellen» Integration von Versorgungsleistungen durch Unternehmensnetzwerke der Integrierten Versorgung, in: Henke KD et al. (Hrsg.): Integrierte Versorgung und neue Vergütungsformen in Deutschland, Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2004; 75–114.