

Gemeinsam mehr und Neues schaffen

Versorgungsketten als Chance und Herausforderung im Gesundheitswesen!

Text: Christoph Minnig

Die Idee der Versorgungskette wird in der Theorie oft und intensiv diskutiert. Trotzdem muss festgestellt werden, dass integrierte und aufeinander abgestimmte Versorgungssysteme oder Versorgungsketten in der Praxis des Gesundheitswesens immer noch die Ausnahme darstellen. In diesem Beitrag steht einerseits zur Diskussion, welche Hindernisse einer vermehrten Verwendung entgegenstehen und andererseits, welche Herausforderungen sich daraus für Organisationen und Management ergeben können.

Die Motivation zur vermehrten Zusammenarbeit und zum Aufbau von Versorgungsketten liegt im Versuch begründet, Schnittstellen zu eliminieren, oder in der Einsicht, alleine nicht weiter zu kommen (Roehl und Rollwagen, 2005) oder sie ist getragen von der Hoffnung, gemeinsam mehr oder Neues zu schaffen (Lichtenthaler, 2011). Das heisst, die Ideen gründen letztendlich in der Erwartung, gemeinsam Resultate zu erreichen, zu welchen die einzelnen Organisationen – bezogen u.a. auf Ausgestaltung, Qualität, Kosten, Innovation – nicht oder nur schwerlich alleine in der Lage wären.

In Bezug auf das Gesundheitswesen lassen sich neben diesen eher allgemeinen Begründungen weitere und spezifischere Aspekte anfügen. So verweisen Amelung, Sydow und Windeler (2009) unter anderen auf drei zentrale Aspekte:

- Sie unterstreichen die Tatsache, dass wir in Zukunft vermehrt mit komplexen, chronischen Erkrankungen konfrontiert sind, welche mit kooperativen Ansätzen (bzw. Versorgungsketten) gezielter und wirksamer gelöst werden können.
- Sie verweisen weiter auf den rasanten Fortschritt, den grossen Wissenszuwachs und auf eine damit verbundene zunehmende Spezialisierung. Wollen wir diese Aspekte gezielter nutzen, müssen wir auch hier vermehrt mit kooperativen Konzepten reagieren.
- In Zukunft wird es nicht mehr ausreichen, PatientInnen bloss gesund zu machen. Aufgaben wie die Vorsorge oder Prävention sowie die Unterstützung der PatientInnen ihrem sozialen Umfeld und im Umgang mit ihrer

Krankheit werden zunehmend wichtiger und müssen Eingang finden in unser Denken und Handeln.

Diese Herausforderungen lassen sich nur schwerlich ohne organisationsübergreifende Systeme bewältigen. Somit ist es denn auch nicht überraschend, dass Olmsted Teisberg (2008) in ihrer Analyse des schweizerischen Gesundheitswesens zu einer vermehrt an langfristigen Behandlungsketten ausgerichtete Sicht- und Handlungsweise rät. «Soll das Gesundheitssystem wirksamer, zweckmässiger und wirtschaftlicher funktionieren, muss eine Versorgung nach Krankheitsbildern organisiert werden. Diese Neustrukturierung nach Diagnosen über den ganzen Behandlungszyklus hinweg kann die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung massiv verbessern. Integrierte Arztpraxen und Behandlungszentren bieten den vollen Umfang an medizinischem Fachwissen, technischen Fähigkeiten und Zusatzdienstleistungen, die für die Behandlung eines Krankheitsbildes nötig sind» (Olmsted Teisberg, 2008: 3f.).

Ein Vorschlag, welcher bis heute nur in einigen wenigen Bereichen aufgegriffen worden ist. Grossmehrheitlich arbeiten wir im Gesundheitswesen weiter in historisch gewachsenen Strukturen und tun uns offenkundig sehr schwer damit, neue, integrierte Systeme zu entwickeln, aufzubauen und zu implementieren. Wir begnügen uns meist damit, zusätzliche Informations- und Koordinationsstellen zu schaffen, um die erkannten Probleme zumindest ansatzweise aufzufangen, nicht aber diese letztendlich zu lösen oder daraus erkennbare Chancen zu ergreifen und Neues zu realisieren.

Was die Beteiligten von Versorgungsketten fordert

Die Arbeit in Versorgungsketten verlangt einerseits eine Bereitschaft, das jeweils «andere Referenzsystem kennen zu lernen und nachvollziehen zu können, ohne dieses andere Referenzsystem selbst übernehmen zu müssen und ohne das eigene gegen das andere Referenzsystem ausspielen und das andere geringer zu schätzen» (Rüegg-Stürm, Tuckermann, Bucher, Merz und von Arx, 2009: 184).

Andererseits fordert diese Arbeitsweise eine grosse Offenheit, Lernbereitschaft und Lernfähigkeit, resp. eine Veränderungsbereitschaft und Veränderungsfähigkeit aller Beteiligten Personen und Organisationen (Minnig und Schneider, 2010). Rüegg-Stürm, Tuckermann, Bucher, Merz und von Arx (2009) weisen dabei in Bezug auf das Gesundheitswesen auf grosse Herausforderungen und oft erschwerende Aspekte hin:

- Eine vermehrte Zusammenarbeit kann die gelebte Praxis destabilisieren und teilweise auch gefährden. Es wird beispielsweise erkennbar, dass konkrete Ziele anders und eventuell sinnvoller erreicht werden können.

Christoph Minnig

ist Professor für Organizational Behavior an der Hochschule für Wirtschaft der Fachhochschule Nordwestschweiz.





- Zweitens kann die sogenannte Professionsidentität gefährdet werden. Einerseits weil sich im Kooperationsdiskurs oder im gelebten Kooperationsalltag die Professionsgrenzen verschieben oder weil innerhalb der einzelnen Profession geltende Grundannahmen kritisch hinterfragt oder gar in Frage gestellt werden.
- Drittens schaffen kooperative Nähe und Interaktion eine gesteigerte Transparenz zwischen beteiligten Organisationen. Dieser vermehrte Austausch kann dazu beitragen, dass Organisationen sich konfrontiert sehen mit neuen und andersartigen Handlungsweisen und einen Druck verspüren, diese auch zu übernehmen.
- Viertens kann gesteigerte Zusammenarbeit neue Möglichkeiten und Chancen eröffnen. Sie führt somit oft zu klareren Rollenverteilungen, Verbindlichkeiten, zu mehr Restriktionen und damit gleichzeitig zu mehr Sicherheit und Vorhersehbarkeit.
- Fünftens können kooperative Modelle der Zusammenarbeit bestehende und gesicherte Machtsystem aufbrechen, grundlegend in Frage stellen und teilweise auch neue Machtverteilungen heraufbeschwören.

Darüber hinaus kann eine intensivere institutionsübergreifende Zusammenarbeit auch die Identität und die Autonomie der beteiligten Organisationen radikal in Frage stellen (Hatch und Schulz, 1997). Wir können kooperative Ideen in einem ersten Schritt lediglich als eine Vernetzung unabhängiger Einheiten verstehen, wie von Abteilungen, Bereichen oder eben ganzen Organisationen. In einem zweiten Schritt und in einer dramatischeren Ausgestaltung kann es durchaus zu einer radikalen organisatorischen Neugestaltung kommen. Uns darf nicht die Frage interessieren, ob Organisationen historisch fähig waren, Probleme zu lösen, sondern ob sich diese Gebilde für die zukünftigen Fragestellungen und Herausforderungen als tauglich erweisen. Die Legitimierung von Organisationen und ihrer Ausgestaltung liegt immer im Morgen und nie im Gestern (Minnig, 2013).

Warum letztendlich auch das Managementverständnis in Frage gestellt wird

Die Verantwortungsträger und Schlüsselpersonen – sowohl bezogen auf operative wie strategische Fragen –

müssen in der Zukunft über ein vertieftes, gemeinsam entwickeltes und etabliertes interaktives Organisationsverständnis verfügen und somit vermehrt fähig und willens sein:

- in kooperativen Ansätzen zu denken und zu handeln sowie Lern- beziehungsweise Entwicklungsprozesse über die Institution hinaus aufzubauen.
- die Verbindung zwischen Organisation und Umfeld aktiv, offen und sachbezogen zu reflektieren und, falls notwendig, mit organisationsübergreifenden Prozessmodellen zu arbeiten.
- Beziehungen zu wichtigen Partnern (Individuen und Institutionen) bewusst und reflektiert, zu initiieren, aufzubauen, zu festigen und auch wieder aufzulösen.
- verschiedene Hierarchieformen zuzulassen (Hierarchie und Heterarchie), das heisst, Probleme auf jenen Ebenen lösen zu lassen, auf denen sie auftreten (Minnig und Bühler, 2004).
- grundsätzlich neue Zusammenarbeitsformen als Möglichkeit zu verstehen und sich über die eigenen althergebrachten Grenzen hinaus weiterzuentwickeln.

Viele Verantwortliche im Gesundheitswesen – und wohl nicht nur in diesem Bereich – werden sich intensiv mit der Fragestellung auseinandersetzen müssen, in welchen Bereichen autonome Entscheidungen und Handlungen (weiterhin) möglich, sinnvoll und auch tragfähig sind. Oder aber in welchen Handlungsbereichen sich Versorgungsketten mit Blick auf Qualität, Kosten, Innovationskraft oder in Bezug auf die Versorgungssicherheit langfristig vermehrt aufdrängen (Schneider, Minnig und Freiburghaus, 2007).

Literatur

Amelung Volker E., Sydow Jörg und Windeler Arnold (2009). Vernetzung im Gesundheitswesen – Wettbewerb und Kooperation, Stuttgart: Kohlhammer.

Hatch Mary Jo und Schulz Majken (1997), Relations between organizational culture, identity and image, in: *European Journal of Marketing*, 31 (5/6), 356–265

Lichtenthaler Ulrich (2011). Open innovation. Past research, current debates, and future directions, in: *Academy of Management Perspectives*. 25(1), S. 75–93.

Minnig Christoph (2013). Eine Organisationsdiskussion im Lichte der Social-Impact-Modell-Logik, in: B. Uebelhart & P. Zängel (Hg.), *Praxisbuch zum Social-Impact-Modell*, Baden-Baden: Nomos, Seiten 115–136.

Minnig Christoph und Bühler-Rogger Sybille (2004). Die Idee der lernenden Organisation als Denkansatz zur Ausgestaltung einer eigenständigeren Corporate Governance-Diskussion im Nonprofit Bereich, in: Voggensperger R. u. a. (Hg.): *Gutes besser tun*, Bern: Haupt Verlag, Seiten 237–254.

Minnig Christoph und Jürg Schneider (2010). Interinstitutionelle Lern- und Strategieprozesse – eine wachsende Herausforderung im Nonprofitbereich, in: L. Theuvsen, R. Schauer & M. Gmür (Hg.): *Stakeholder-Management in Nonprofit-Organisationen – Theoretische Grundlagen, empirische Ergebnisse und praktische Ausgestaltungen*, Linz: Trauner-verlag, Seiten 329–340.

Olmsted Teisberg Elizabeth (2008). *Nutzenorientierter Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitswesen: Möglichkeiten und Chancen*. Zürich: Economiesuisse.

Roehl Heiko und Rollwagen Ingo (2005). Organisationale Gestaltung als Gestaltung von Kooperation, in: J. Aderhold J., M. Meyer & R. Wetzel (Hg.): *Modernes Netzwerkmanagement: Anforderungen – Konzepte – Anwendungsfelder* Wiesbaden, New York: Gabler, Seiten 172–192.

Schneider Jürg, Minnig Christoph und Freiburghaus Markus (2007). *Strategische Führung von Nonprofit Organisationen*, Bern: Haupt UTB.