

## Voraussetzungen einer integrierten Gesundheitsversorgung\*

# Das Unwahrscheinliche managen

Die integrierte Gesundheitsversorgung gilt als eine Möglichkeit, den aktuellen Herausforderungen des Gesundheitswesens zu begegnen. Der Beitrag erörtert, warum sie eine höchst unwahrscheinliche Errungenschaft darstellt. Und was dennoch getan werden könnte, um die Wahrscheinlichkeit ihres Gelingens zu erhöhen.

Matthias Mitterlechner<sup>a</sup>,  
Johannes Rüegg-Stürm<sup>b</sup>,  
Harald Tuckermann<sup>c</sup>

a Dr. oec. HSG, Habilitand und Co-Leiter Forschungsprogramm HealthCare Excellence, Institut für Systemisches Management und Public Governance an der Universität St. Gallen (IMP-HSG)

b Prof. Dr. oec., Direktor des Instituts für Systemisches Management und Public Governance an der Universität St. Gallen

c Dr. oec. HSG, Habilitand und Co-Leiter Forschungsprogramm HealthCare Excellence, Institut für Systemisches Management und Public Governance an der Universität St. Gallen (IMP-HSG)

\* Der erste Beitrag der Autoren zu diesem Thema ist erschienen in Ausgabe 26/2013, S. 1042. [www.saez.ch](http://www.saez.ch) → Archiv → 2013 → 26.

Korrespondenz:  
Prof. Dr. oec.  
Johannes Rüegg-Stürm  
Institut für  
Systemisches Management und  
Public Governance  
Dufourstrasse 40a  
CH-9000 St. Gallen  
Tel. 071 224 23 23  
Fax 071 224 25 36  
[johannes.rueegg\[at\]unisg.ch](mailto:johannes.rueegg[at]unisg.ch)  
[www.hce.imp.unisg.ch](http://www.hce.imp.unisg.ch)  
[www.healthcaremanagement.ch](http://www.healthcaremanagement.ch)

## Die Unwahrscheinlichkeit integrierter Versorgungsnetzwerke

Unter integrierter Gesundheitsversorgung verstehen wir die Idee, dass Leistungserbringer aus unterschiedlichen Professionsgemeinschaften organisationsübergreifend in Netzwerken kooperieren. Die Vernetzung trägt zu einer besseren und wirtschaftlicheren Patientenversorgung bei, indem Expertise gebündelt, Schnittstellen optimiert und Doppelarbeiten reduziert werden. In der vorangegangenen Ausgabe haben wir analysiert, weshalb die integrierte Versorgung eine höchst unwahrscheinliche Errungenschaft darstellt\*. Zunächst ist es unwahrscheinlich, dass das Thema inter-organisationale Kooperationen die Leistungserbringer erreicht, d.h. bei diesen im Zentrum der Aufmerksamkeit steht. Aufgrund der Fragilität und Ungewissheit ihrer Wertschöpfung ist ihre Aufmerksamkeit in erster Linie auf die Stabilisierung der unmittelbaren Arzt-Pflege-Patienten-Interaktion gerichtet und weniger auf Fragen einer organisationsübergreifenden Gestaltung des Wertschöpfungsprozesses. Selbst wenn es den Leistungserbringern gelingt, ihre Aufmerksamkeit in die Richtung einer inter-organisationalen Kooperation zu erweitern, ist es unwahrscheinlich, dass sich die am Netzwerk beteiligten Professionsgruppen verstehen. Im Zuge ihrer Ausdifferenzierung haben sie hochspezifische Semantiken, Werkzeuge, Entscheidungskriterien und Erfolgsvorstellungen entwickelt – kollektive Praktiken, die nur noch mit grossen kommunikativen Anstrengungen wieder integrierbar sind. Und schliesslich ist es unwahrscheinlich, dass sich die Professionen und Patienten mit aller Verbindlichkeit für eine Kooperation im Netzwerk engagieren. Kooperationen im Netzwerk schränken wahrgenommene Wahlfreiheiten ein und erzeugen eine sachliche und soziale Komplexität, die für die Beteiligten nur schwer zu bewältigen ist. In diesem Beitrag skizzieren wir Möglichkeiten, wie wir diesen drei Unwahrscheinlichkeiten begegnen und sie ein Stück weit wahrscheinlicher machen können.

## Gérer l'improbable: conditions pour l'implantation des soins intégrés

Dans un précédent article, nous avons analysé pourquoi l'implantation des soins intégrés semblait peu probable. Ce deuxième article tente d'esquisser des pistes sur la manière de rendre les soins intégrés plus vraisemblables. Pour cela, il faut tout d'abord que les fournisseurs de prestations adoptent de nouvelles pratiques stratégiques en matière d'inspection. L'enjeu principal étant de poursuivre une réflexion continue sur le processus de création de valeurs et sur le repositionnement de ce processus dans un environnement de la santé en pleine mutation, sans perdre de vue l'attention portée à la relation médecin-patient. Si deux ou plusieurs fournisseurs de prestations décident de coopérer sur la base d'un positionnement stratégique commun, la question se pose de savoir comment préciser le lien communicatif entre tous les groupes professionnels impliqués dans le réseau. C'est précisément là qu'il faudra porter une attention particulière à l'orchestration des processus de décision supra-organisationnels. Au final, les réseaux de soins intégrés ne pourront exister que si tous les partenaires s'engagent avec sérieux en faveur de la coopération. Avec sérieux implique de définir et de respecter des règles communes pour une répartition équitable des fruits de cette coopération qui, elle, devra se dérouler d'égal à égal.

### Vernetzung beginnt in den einzelnen Organisationen

Appelle an die Notwendigkeit der integrierten Versorgung sind für die Leistungserbringer nicht mehr als Irritationen. Sie stossen auf wenig Resonanz, sofern sie nicht Teil eines ausdifferenzierten Kommunikationsprozesses werden, in dem die Leistungserbringer grundlegende Fragen zu Entwicklungen im Umfeld und zu den Stärken und Grenzen des eigenen Wertschöpfungsprozesses periodisch, bereichsübergreifend und unabhängig vom operativen Alltag thematisieren können. Die Beobachtung des eigenen Wertschöpfungsprozesses ist allerdings anspruchsvoll, da sie traditionell kaum im Zentrum der Aufmerksamkeit steht [1]. Damit beruht eine gelingende integrierte Versorgung zunächst auf stabilen, wiederkehrenden strategischen Selbstbeobachtungsprozessen innerhalb der Leistungserbringer.

Kommunikationsformen dafür benötigt werden, und 4. welche Praktiken der Führung und Zusammenarbeit für eine wirksame Leistungserstellung und Vermarktung erforderlich sind. Sobald diese Fragen zur Strategie geklärt sind, ist es sinnvoll, sich 5. über Kooperationsthemen und -partner im Netzwerkverbund Gedanken zu machen. Der Mehrwert eines Netzwerks liegt darin, jene Angebotselemente, auf die man in der eigenen Wertschöpfung bewusst verzichtet, in Kooperation mit Partnern zu erbringen. Abbildung 1 fasst diese Grundfragen einer strategischen Positionierungsarbeit von Gesundheitsorganisationen zusammen.

Eine fortlaufende strategische Positionierungsarbeit wird für die Leistungserbringer damit zu einer unverzichtbaren Voraussetzung, um entscheiden zu können, in welchen Feldern kooperiert werden soll und in welchen nicht. Aus übergeordneter Perspek-

## Die integrierte Versorgung ist auf neue Praktiken der strategischen Selbstreflexion innerhalb der Leistungserbringer angewiesen.

Inhaltlich geht es für die Leistungserbringer in diesen Selbstbeobachtungsprozessen um eine reflektierte Positionierung und Profilierung ihres Angebots in einer sich dynamisch verändernden Versorgungslandschaft. In der Positionierungsarbeit werden die Fragen adressiert, 1. wie sich die Erwartungen wichtiger Anspruchsgruppen verändern, 2. welche Patienten mit welchen Leistungen bedient werden sollen, 3. welche Standorte, Vermarktungs- und

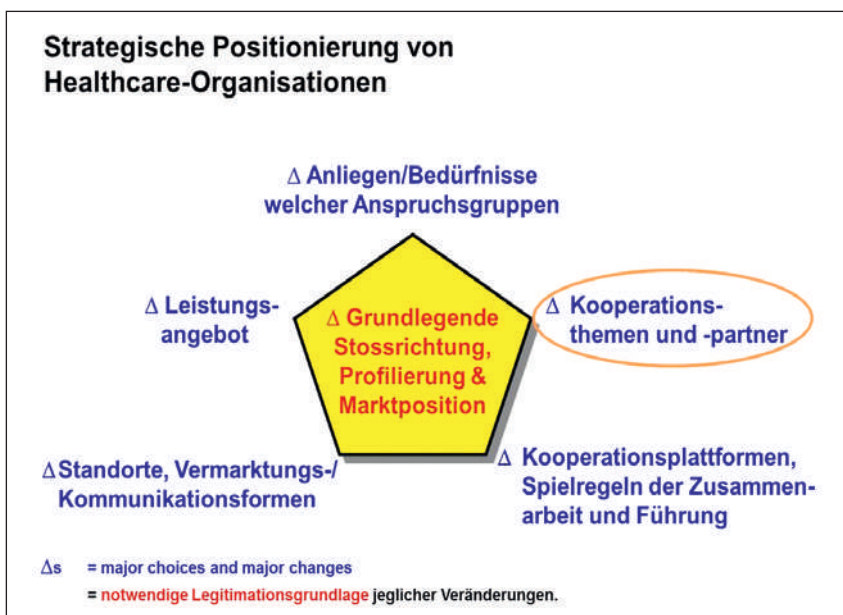
operative ist die Entstehung und Entwicklung neuer Versorgungsmodelle damit auf spezifische Praktiken einer bereichsübergreifenden, strategischen Selbstreflexion innerhalb der Gesundheitsorganisationen angewiesen.

### Orchestrierung organisationsübergreifender Entscheidungsprozesse über die Zeit

Entschliessen sich zwei oder mehrere Leistungserbringer auf der Grundlage ihrer strategischen Positionierungsarbeit zu einer Kooperation in einem Versorgungsnetzwerk, stellt sich die Frage, wie die beteiligten Professionsgemeinschaften organisationsübergreifend ins Gespräch kommen, sich trotz aller Unterschiedlichkeit auf eine patientenzentrierte Wertschöpfung verständigen können und die aufkommenden Themen («Issues») des Netzwerks fortlaufend entscheiden können. Voraussetzung für eine gelingende «Kopplung» von Professionsgemeinschaften ist eine sorgfältig aufgebaute Entscheidungsarchitektur auf der Makro- und Mikro-Ebene (siehe dazu auch [1]). Auf der Makro-Ebene geht es um eine Institutionalisierung von Entscheidungsplattformen über die Dauer der Zusammenarbeit im Netzwerk. Hier wird spezifiziert, wie das Versorgungsnetzwerk im Ganzen und in Teilprojekten über die Zeit geführt wird. Wichtige Gestaltungsdimensionen auf der Makro-Ebene sind die Zuordnung von Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten auf unterschiedliche Gremien, die Spezifikation des zeitlichen Rhythmus und der Teilnahmekriterien für diese Gremien sowie die Definition, wie die Gremien kommunikativ vernetzt sind. Neben der Ma-

Abbildung 1

Analysefelder einer strategischen Positionierungsarbeit in Gesundheitsorganisationen.



kro-Ebene spielt die Mikro-Ebene eine entscheidende Rolle für eine erfolgreiche inter-organisatorische Entscheidungsfindung. Im Unterschied zur Makro-Ebene bezieht sich die Mikro-Ebene auf die Ausgestaltung einzelner Entscheidungsplattformen. Dazu zählen die Definition einer Agenda sowie die Vorbereitung, Strukturierung, Moderation und protokollarische Aufbereitung eines Arbeitstreffens. In diesen Kontaktsituationen wird die Realität und Struktur eines integrierten Versorgungsnetzwerks in einem Kommunikationsprozess zwischen den beteiligten Professionsgruppen konstruiert und weiterentwickelt. In diesem Prozess entsteht und verändert sich das Netzwerk durch einen achtsam konstruierten, lösungsorientierten Dialog: Fragen stellen, Meinungen zuhören, Unterschiede zwischen den Professionen ernst nehmen und fallspezifisch nach Lösungen suchen, bilden kommunikative Voraussetzungen, die aus der Situation heraus integrierte Versorgungsmodelle ermöglichen oder verhindern. Integrierte Versorgungsnetzwerke sind damit das Ergebnis sorgfältig orchestrierter Entscheidungsprozesse über die Zeit auf der Makro- und Mikro-Ebene. Der Netzwerkführung kommt in diesem Prozess die Aufgabe zu, übergeordnete Strukturen für den Entscheidungsbedarf in einem Netzwerk anzulegen und einzelne Entscheidungsplattformen trotz aller Unterschiedlichkeit zwischen den beteiligten Professionen lösungsorientiert auszugestalten.

#### **Faire Verteilung der Kooperationserträge und -kosten zwischen Partnern auf Augenhöhe**

Integrierte Versorgungsnetze gelingen nur, wenn sich die beteiligten Partner langfristig und verbindlich für die Zusammenarbeit engagieren. Verbindlichkeit setzt voraus, dass gemeinsam Spielregeln für eine faire Verteilung der Aufwände und Erträge der Zusammenarbeit definiert werden, und dass die Zusammenarbeit in einer Haltung auf Augenhöhe stattfindet.

Integrierte Versorgungsnetze sind mit Aufwänden und Erträgen verbunden. Zu den Aufwänden zählen die Einbusse von Autonomie, die Einschränkung von Wahlfreiheiten, langfristige Abhängigkeiten, gegenseitige Transparenz, und ein erhöhter Abstimmungsbedarf. Zu den Erträgen gehören die Bündelung von Expertise, die Optimierung von Schnittstellen, die Reduktion von Doppelarbeiten und eine durchgängige Patientenversorgung aus einer Hand. Aus Sicht der Netzwerkpartner inklusive Patienten setzt Kooperation voraus, dass die Erträge höher als die Aufwendungen sind, und dass die «Früchte» der Zusammenarbeit auf der Basis fairer Spielregeln verteilt werden [2]. Gibt es an dieser Stelle systematisch Ungleichgewichte, und werden einzelne Partner immer wieder benachteiligt, setzt sich rasch eine Spirale von Misstrauen in Gang, wel-

che die Verbindlichkeit für die Zusammenarbeit im Netzwerk nachhaltig destabilisiert [3].

Im Gegensatz zur fragmentierten Versorgung liegt das grosse Potential der integrierten Versorgung in seiner gesteigerten Eigenkomplexität. Durch die erhöhte Komplexität eines koordinierten Netzwerks können komplexe, oftmals chronische Erkrankungen oder unerwartete Behandlungsverläufe früher erkannt und interdisziplinär therapiert werden. Die Ausschöpfung dieses Potentials bedingt allerdings einen besonderen Umgang zwischen den beteiligten Professionsgruppen, den wir als «Kommunikation in einer Haltung auf Augenhöhe» beschreiben möchten. Kommunikation auf Augenhöhe beginnt mit der Vorstellung, dass medizinische Wertschöpfung mit Unsicherheit behaftet ist, einzelne Krankheitsbilder mehrdeutige Diagnosen zulassen und Therapien überraschende Verläufe nehmen können. Aus diesen Gründen wird in der laufenden interprofessionellen Interaktion erwartet, Unwissenheit zu akzeptieren, nach Unterstützung zu fragen, Hilfe zu leisten, vorausschauend zu kommunizieren, vage Vermutungen zu äussern, alternatives Wissen zu mobilisieren, Hierarchie zurückzustellen und Perspektivenvielfalt zu würdigen [4]. Hinzu kommt die Erwartung, Abmachungen verlässlich einzuhalten und Situationen nicht opportunistisch auszunützen. Diese kommunikativen Anforderungen gelten auch für die Interaktion mit Patienten, die sich zunehmend als mündige Partner verstehen und im Sinne eines «shared decision making» ihren Behandlungsverlauf mitgestalten möchten [5]. Es ist eine besondere Haltung gefordert, die ein «Sowohl-als-auch» und nicht nur ein «Entweder-oder» zulässt, und die Komplexität akzeptiert und nicht reduziert [6]. Nur so kann die integrierte Versorgung ihr wichtigstes Potential, ihre gesteigerte Eigenkomplexität, voll ausspielen.

#### **Fazit**

Wir sind mit der Annahme gestartet, dass die integrierte Versorgung trotz gutgemeinter Appelle eine eher unwahrscheinliche Leistung darstellt. Dieser zweite Beitrag zielte darauf ab, einige Voraussetzungen zu skizzieren, unter denen die integrierte Versorgung ein Stück weit wahrscheinlicher gemacht werden könnte. Zunächst ist die integrierte Versorgung auf neue Praktiken der strategischen Selbstreflexion innerhalb der Leistungserbringer angewiesen. Die grosse Herausforderung besteht darin, die unmittelbare Aufmerksamkeit auf die Arzt-Patienten-Interaktion mit einer fortlaufenden Reflexion und Neupositionierung des eigenen Wertschöpfungsprozesses in einer sich permanent verändernden Versorgungslandschaft zu ergänzen. Entschliessen sich zwei oder mehrere Leistungserbringer aufgrund strategischer Positionierungsentscheide zu einer organisationsübergreifenden Kooperation, stellt sich die Frage,

**Tabelle 1**  
Voraussetzungen einer integrierten Versorgung.

Unwahrscheinlichkeiten der integrierten Versorgung	Herausforderungen der integrierten Versorgung	Voraussetzungen für eine integrierte Versorgung
<b>Erreichen</b>	Hohe Aufmerksamkeit der Leistungserbringer auf die unmittelbare Arzt-Patienten-Interaktion, um Unsicherheit zu bewältigen	Institutionalisierung einer laufenden Reflexion über die Einbettung des eigenen Wertschöpfungsprozesses in eine übergeordnete Versorgungslandschaft
<b>Verstehen</b>	Re-Integration der hochausdifferenzierten kollektiven Praktiken der an einem Netzwerk beteiligten Professionen	Achtsame Orchestrierung organisationsübergreifender Entscheidungsprozesse auf der Makro- und Mikro-Ebene
<b>Verbindlichkeit schaffen</b>	Einschränkungen wahrgenommener Wahlfreiheiten und Komplexitätszunahmen in sachlicher und sozialer Hinsicht	Definition von Spielregeln für eine faire Verteilung der Aufwände und Erträge der Zusammenarbeit und Kommunikation in einer Haltung auf Augenhöhe

wie die kommunikative «Kopplung» der am Netzwerk beteiligten Professionsgruppen gestaltet werden kann. An dieser Stelle empfiehlt es sich, grosses Augenmerk auf die achtsame Orchestrierung organisationsübergreifender Entscheidungsprozesse auf der Makro- und Mikro-Ebene zu legen. Schliesslich können integrierte Versorgungsnetzwerke nur dann gelingen, wenn sich sämtliche Partner mit Verbindlichkeit für die Kooperation engagieren. Verbindlichkeit setzt voraus, dass gemeinsam Spielregeln für eine faire Verteilung der Früchte der Zusammenarbeit entwickelt und eingehalten werden, und dass die Zusammenarbeit in einer Haltung auf Augenhöhe stattfindet. Tabelle 1 fasst die Argumentation dieses Beitrags zusammen.

Diese Analyse impliziert, dass integrierte Versorgungsmodelle nicht «von oben» verordnet werden können, beispielsweise durch gesundheitspolitische Vorlagen oder die Einführung von Anreizsystemen. In Bezug auf Anreizsysteme gilt es aus unserer Sicht eher, bestehende «Dis-Incentives» zu eliminieren, die kooperationsbereite Akteure bestrafen. Denn grundsätzlich ergeben sich integrierte Versorgungsnetze aus reflexionsbereiten Institutionen mit gleichgelagerten Visionen über Professions- und Branchengrenzen hinweg [7]. Dahinter steht ein nur begrenzt steuerbarer, organisationsübergreifender Kulturentwicklungsprozess, der auf Selbstreflexion, achtsamer Kommunikation und respektvoller Kollegialität zwischen Professionen und Patienten gründet.

#### Literatur

- 1 Rüegg-Stürm J, Tuckermann H. Warum immer mehr «Administration»? Wege aus der «Administrationsfalle». Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(7):271–5.
- 2 Theurl T. Kooperative Governancestrukturen. Arbeitspapiere des Instituts für Genossenschaftswesen der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. 2005.
- 3 Wimmer R. Von der Hierarchie zum internen Netzwerk. Hernsteiner. 1997;2:14–20.
- 4 Weick KE. Impermanent systems and medical errors: Variety mitigates adversity. In: Weick KE (Hrsg.). Making sense of the organization: The impermanent organization. Chichester: John Wiley & Sons; 2009. S. 157–72.
- 5 Sottas B, Brügger S. Ansprechstrukturen: Perspektivenwechsel und Grenzverschiebungen in der Grundversorgung. Zürich: Careum; 2012.
- 6 Carigiet E. Die Landkarte ist nicht die Landschaft. Care Management. 2011;4(6):32–3.
- 7 Fuchs B. Es ist ein Geben und Nehmen. Care Management. 2011;4(3):9–10.

#### Interaktiver Artikel



Wollen Sie diesen Artikel kommentieren? Nutzen Sie dafür die Kommentarfunktion in der Online-Version oder sehen Sie nach, was Ihre Kolleginnen und Kollegen bereits geschrieben haben:  
[www.saez.ch/aktuelle-ausgabe/interaktive-beitraege/](http://www.saez.ch/aktuelle-ausgabe/interaktive-beitraege/)