

Chancen und Risiken genossenschaftlicher Leistungserbringung im Gesundheitssektor

Klaus-Dirk Henke/Beatrice Podtschaske

I. Ausgangslage – Derzeitige Leistungserbringung im Gesundheitssektor

„Gesundheit“ ist allgegenwärtig und durchdringt alle Lebensbereiche. Dies spiegelt sich auch in den gewachsenen und überlieferten Organisationsformen und -strukturen im Gesundheitssektor wider. Die Begriffsvielfalt zur Beschreibung des Gesundheitssektors aus funktionaler und institutioneller Sicht ist ein zusätzlicher Indikator der umfassenden Verbreitung und der Perspektivenvielfalt des Begriffs „Gesundheit“.¹ Er lässt sich nicht allein durch Anbieter und Nachfrager eines Marktes beschreiben, sondern nur durch das Wechselspiel der Beteiligten im privaten und öffentlichen Bereich sowie in der Selbstverwaltung.

REISS stellt hierzu fest, dass „die unterschiedlichen Aufgaben und Notwendigkeiten der Patienten, Versicherten (Beitragszahler), und Bürger, Leistungserbringer (Ärzte, Krankenhäuser, Apotheker, andere Gesundheitsberufe), Entwickler und Hersteller (Industrie, Unternehmen), akademischen und anderen öffentlichen Forscher, Krankenversicherungen (gesetzlich und privat), Selbstverwaltung, Gesundheitspolitik, Forschung, Bildung, Wirtschaft, Arbeitsmarkt, Familien, Sozial, Verbraucherschutz, Umwelt, Finanzpolitik, Behörden (Marktzulassung und Überwachung) eine wichtige Rolle“² spielen. Es existieren also viele verschiedene Anspruchsgruppen mit Partikularinteressen, die auf die Gestaltung von Versorgungs- und Organisationsformen Einfluss

1 S. hierzu im Einzelnen Schwartz, Gesundheit und Wohlbefinden, in: Bührlen/Hegemann/Henke/Kloepfer/Reiß/Ders. (Hrsg.), *Gesundheit neu denken. Fragen und Antworten an das Gesundheitssystem von morgen*, 2013, S. 11 ff.

2 Reiß, Vorwort, in: Bührlen/Hegemann/Henke/Kloepfer/Ders./Schwartz. (Hrsg.), *Gesundheit* (Fn. 1), S. 1 f.

nehmen. Vor diesem Hintergrund zeigt sich, wie schwer es ist, die häufig kritisierte Fragmentierung und das „Silodenken“ im Gesundheitswesen zu überwinden.

Die Reformen im Gesundheitswesen in den letzten Jahren und ein sich wandelndes Verständnis von Gesundheit in der Bevölkerung insgesamt haben zu einer veränderten Betrachtungsweise und zu einem neuen Verständnis von Gesundheit geführt. Sie wird zunehmend als ein Produktionsfaktor und nicht länger als ein reiner Kostenfaktor aufgefasst. Nicht der Ressourcenaufwand, sondern die Qualität und das Ergebnis der Gesundheitsversorgung stehen mehr und mehr im Vordergrund. Eine gesunde Bevölkerung bedeutet Lebensqualität, Wachstum, und Beschäftigung. Die Gesundheitsausgaben stellen demzufolge eine Investition in das Humankapital (Gesundheit und Bildung) eines Landes dar und werden nicht länger primär als bloße Konsumausgaben gesehen. Dabei wird das Gesundheitswesen oft auch als Industrie- bzw. Wirtschaftszweig und nicht länger als undefinierter Ausgabebereich betrachtet.³

Die folgende Tabelle 1 stellt das neue Verständnis von „Gesundheit“ dem alten Verständnis gegenüber.

Neues Verständnis von Gesundheit	Altes Verständnis von Gesundheit
Qualität und Ergebnis	Inputorientierung
Wachstum, Lebensqualität und Beschäftigung (neue Berufe)	Kostenfaktor zu oft im Vordergrund
Investitionen in das Humankapital (Gesundheit und Bildung)	Konsumausgaben
Gesundheit in allen Lebensbereichen und lebenslang im Mittelpunkt	Fragmentierung, Silodenken zu sehr im Mittelpunkt und ohne Problemlösung
Gesundheitswirtschaft als Industriezweig begreifen	Gesundheitswesen bleibt quantitativ undefiniert
Zweiter Gesundheitsmarkt als Bestandteil der persönlichen Lebensführung	Öffentliche Finanzierung (Pflichtbeiträge) zu stark betont

Tabelle 1: *Gesundheit neu denken.*

Quelle: *In Anlehnung an Henke 2013, S. 65.*

3 Vgl. Henke, Gesundheitswirtschaft einschließlich Finanzierung, in: Bührlen/Hegemann/Ders./Kloepfer/Reiß/Schwartz. (Hrsg.), *Gesundheit* (Fn. 1), S. 63 ff.

Ein wichtiges Merkmal von Gesundheitsdienstleistungen besteht darin, dass diese in aller Regel personenbezogen, also individuell erbracht werden. Daher gilt es, die erforderlichen Gesundheitsleistungen nach Möglichkeit regional und bedarfsgerecht zu organisieren. Eine kostengünstige Gesundheitsversorgung erfordert, dass immer vorhandene Wirtschaftlichkeitspotenziale mobilisiert werden, um zukünftig insbesondere ältere Menschen angemessen, also ganzheitlich, funktional und persönlich zu versorgen.

Entwicklungen wie der sogenannte „Zweite Gesundheitsmarkt“, in dem private Ausgaben zur Erhaltung der persönlichen Gesundheit getätigt werden, rücken ebenfalls in den Fokus und sorgen für eine Verschiebung von der rein öffentlichen Finanzierung von Krankheitskosten hin zu einer auch privat getragenen, präventiven Finanzierung von Gesundheit. Diese privaten Ausgaben zählen zu den Kosten der persönlichen Lebensführung.

II. Gesundheitsversorgung nachhaltig sichern – Zukunft gemeinsam gestalten

Demografische Veränderungen stellen unsere Gesellschaft vor die Herausforderung, die sich öffnende Schere zwischen sinkenden Ressourcen (z. B. die rückläufige Zahl der Erwerbspersonen) einerseits und dem steigendem Bedarf mit steigenden Ansprüchen andererseits wieder zu schließen. Die zunehmende Landflucht erschwert insbesondere den Erhalt einer qualitativ hochwertigen regionalen Versorgung der älter werdenden Bevölkerung im ländlichen Raum, so dass sich die Frage stellt, wie der Wunsch nach zusätzlichen gesunden Lebensjahren und einer ganzheitlichen, individuellen und regionalen Versorgung erfüllt werden kann. Innovative Konzepte für eine bedarfsgerechte und kostengünstige Gesundheitsversorgung sind dazu unverzichtbar⁴.

Um diese erkennbare Lücke zu schließen, scheint das aktive Einbinden der Bürger ein vielversprechender Lösungsansatz zu sein. Es gilt, gemeinsam mit dem Bürger, also den Versicherten bzw. Patienten und ihren Angehörigen, die zukünftige Gesundheitsversorgung einvernehmlich zu gestalten. Die Herausforderung besteht darin, deren

4 S. hierzu im Einzelnen *Bundesministerium der Finanzen* (Hrsg.), Finanzpolitische Herausforderungen des demografischen Wandels im föderativen System. Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates beim Bundesministerium der Finanzen, 2013, S. 34 f.; s. auch das vom Spitzenverband der GKV geförderte Modellprojekt „Leben mit Familienanschluss“. Es läuft vom April 2013 bis Ende 2015 in fünf neuen Bundesländern und Berlin.

individuelles Engagement zu wecken und dauerhaft zu sichern. Vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven können auch durch ein sogenanntes „Empowerment“, also durch noch mehr Mündigkeit der Bürger, aktiviert werden. Eine Stärkung der Autonomie, mehr Selbstverantwortung und nachbarschaftliches Engagement könnten für mehr Therapietreue, eine bessere psychosoziale Gesundheit und für ein steigendes Gesundheitsbewusstsein sorgen. Die transsektorale Kooperation, nicht nur zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern, sondern auch zwischen diesen und den sozialen Netzwerken der Patienten, könnte Synergie- und Skaleneffekte in der Gesundheits- und Sozialversorgung bewirken und so nicht nur zu einer besseren Versorgung, sondern gleichzeitig zu einer Effizienzsteigerung beitragen. Voraussetzung einer gelingenden Kooperation ist jedoch mehr Transparenz, die in vielen Fällen erst durch eine entsprechende technische Vernetzung ermöglicht wird; sie fördert die Qualität und senkt die Kosten.⁵

III. Vertrauen und Kooperation schaffen mit der eingetragenen Genossenschaft

Vor diesem Hintergrund scheint die eingetragene Genossenschaft mit ihren Vertrauensvorteilen ein geeignetes Instrument zu sein. Sie ist charakterisiert durch das Prinzip der Selbsthilfe. Gegensätzlich zu sonstigen erwerbswirtschaftlichen Unternehmen steht nicht die Gewinnmaximierung im Vordergrund, sondern die Förderung ihrer Mitglieder. Diese können sich auf ihre eigenen Kernkompetenzen konzentrieren, indem sie durch den Genossenschaftsbetrieb von anderen Aufgaben entlastet werden. Um individuelle Lösungen am Markt anzubieten, können die Mitglieder miteinander kooperieren und ihre Kompetenzen bündeln. Die so geschaffenen Mehrwerte kommen den Mitgliedern zugute. Die nicht nur empfundene Verteilungsgerechtigkeit wirkt kooperationsförderlich und motivierend.⁶ Die genossen-

5 S. hierzu ausführlich *Henke/Friesdorf/Bungenstock/Podtschaske*, Mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen durch genossenschaftliche Kooperationen, 1. Aufl. 2008; *Bungenstock/Podtschaske*, Qualität, Vielfalt und Effizienz – Bestehende und visionäre Formen genossenschaftlicher Zusammenarbeit in Gesundheitsmärkten, in: Allgeier (Hrsg.), *Solidarität, Flexibilität, Selbsthilfe. Zur Modernität der Genossenschaftsidee*, 1. Aufl. 2011.

6 Vgl. *Podtschaske/Eilermann/Friesdorf*, Kooperationen im Gesundheitswesen - Die Genossenschaft als Chance für nachhaltige Wirtschaftlichkeit, in: Clases (Hrsg.), *Kooperation konkret! 14. Fachtagung der Gesellschaft für Angewandte Wirtschaftspsychologie*, 2008, S. 259 ff. (262 f.).

schaftlichen Prinzipien sorgen für Einigkeit in der Verteilung und zur Bildung von gegenseitigem Vertrauen. Hierzu gehören:

Demokratische Mitbestimmung: Jedes Mitglied hat eine Stimme unabhängig von der Höhe seiner Einlage, feindliche Übernahmen sind nahezu ausgeschlossen.

- Kooperativer Individualismus: Durch den Beitritt in die Genossenschaft wird der eigene Geschäftsbetrieb und die individuelle Lebensgestaltung nicht aufgegeben – die Unabhängigkeit aller Mitglieder bleibt erhalten.
- Offene Mitgliederzahl: Einfacher Ein- und Austritt durch schriftliche Erklärung – ausscheidende Mitglieder haben grundsätzlich nur Anspruch auf die von ihnen eingezahlten Geschäftsanteile.
- Haftungsbeschränkung: Mitglieder haften nur mit ihren Genossenschaftsanteilen, nicht jedoch mit ihrem eigenen Vermögen.
- Selbstverwaltung: Mitglieder des Vorstands und Aufsichtsrats müssen der Genossenschaft angehören.
- Unabhängige Prüfung: Regelmäßige Begutachtung der ordnungsgemäßen Geschäftsführung im Interesse der Mitglieder durch einen unabhängigen Genossenschaftsverband.
- Identitätsprinzip: Die Personalunion verschiedener Anspruchsgruppen sorgt für Interessenharmonisierung (z. B. zwischen Kapitalgeber und Kunden bei Einkaufsgenossenschaften, zwischen Kapitalgeber und Lieferanten bei Produktionsgenossenschaften oder zwischen dem Kapitalgeber und den Beschäftigten bei Fördergenossenschaften).

Fraglich ist, wie sich diese Vorteile einer Genossenschaft realisieren lassen. Eine mögliche Barriere könnte die Unwissenheit über eingetragene Genossenschaften und deren Funktionsweise sein. Ebenso könnte trotz der bekannten Volksbanken, der Wohnungsbaugenossenschaften und der Einkaufsgenossenschaften (Edeka, Rewe) ein negatives Image eine mögliche Barriere darstellen.⁷ Auch ein fehlendes Interesse und mangelndes Engagement seitens der Bürger als potenzielle Mitglieder

⁷ Alscher/Priller, Zu Neugründungen von Genossenschaften in Deutschland 2000–2006 – eine Analyse zu den Ressourcen und Potentialen. Studie des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung, 2007, S. 11 ff., im Internet abrufbar URL: http://www.b-b-e.de/uploads/media/n11707_neu_genoss_00-06.pdf, abgerufen am 8. Mai 2014.

bzw. Genossen stellen kritische Erfolgsfaktoren dar. Da die Genossenschaft einem „Stakeholder Value“ anstatt einem „Shareholder Value“ Ansatz folgt, erscheint sie auch als Kapitalanlage unattraktiv zu sein. Jedoch könnte dies durch eine hohe Mitgliederanzahl kompensiert werden. Allerdings nimmt mit steigender Mitgliederanzahl auch der Einfluss des Einzelnen ab, wodurch das Prinzip der Mitbestimmung und Einflussnahme an Bedeutung verlieren kann.

Hinzu kommt, dass die Genossenschaft im Wettbewerb mit anderen Rechtsformen, wie z.B. Stiftungen, Vereinen, einer GmbH, den Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit, einer AG oder einer Gesellschaft des bürgerlichen Rechts steht. Inwieweit sich die eingetragene Genossenschaft gegen diese Alternativen behaupten kann, muss nicht nur der Rechtsformvergleich zeigen, sondern sich letztlich im Wettbewerb entwickeln.⁸ Insgesamt ergibt sich für genossenschaftliche Kooperation ein hoher Aufwand am Anfang, bevor sich ein Nutzen für alle Mitglieder realisieren lässt.⁹ Möglichen rechtlichen Barrieren¹⁰ stehen aber auch Freiräume gegenüber. Die Gründung einer eingetragenen Genossenschaft „Gesundes Altern“ könnte ein solches Konzept sein, das mit nachbarschaftlicher Hilfe angesichts der demografischen Herausforderungen und dem Wandel im Krankheitsgeschehen an Bedeutung gewinnt.¹¹

IV. Konkrete Beispiele für Gesundheitsgenossenschaften

Im Gesundheitssektor existieren bereits zahlreiche Beispiele genossenschaftlicher Kooperation. Sie konzentrieren sich in der Regel auf ausgewählte Bereiche und Teilmärkte der Wertschöpfung in der Gesundheitsproduktion. Beispiele sind Einkaufs- und Dienstleistungsgenossenschaften (z. B. P. E. G. Einkaufs- und Betriebsgenossenschaft eG, www.peg-einkauf.de), Leistungsanbietergenossenschaften

8 S. zum Rechtsformvergleich *Henke*, Zur Dualität von GKV und PKV, Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, 227/5+6, 2007, S. 502 ff.

9 Dies gilt insbesondere für sogenannte Sozialgenossenschaften, die häufig mit dem Zweck gegründet wurden, mit der geschaffenen (Dienst-)Leistung ein Marktdefizit zu schließen. In einer bei den Prüfungsverbänden durchgeführten Umfrage vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung in den Jahren 2006/2007 wird u. a. der hohe Aufwand im Gründungs- und Prüfungsverfahren als Barriere genossenschaftlicher Unternehmensgründung genannt. Vgl. *Alscher/Priller*, Neugründungen (Fn. 7), S. 12 ff.

10 Zum Beispiel ist gemäß § 7 Abs. 1 VAG die Genossenschaft als Rechtsform für die gesetzlichen Krankenversicherungen zurzeit nicht erlaubt.

11 S. hierzu auch *Scherf*, Altersreise – Wie wir alt sein wollen, 2013.

(z. B. Qualität und Effizienz eG, www.que-nuernberg.de), die Konsum- bzw. Bürgergenossenschaft (z. B. Krankenpflegeverein Salzhäusen eG, www.krankenhaus-salzhäusen.de) und die Krankenversicherungsgenossenschaft (z. B. KPT/CPT Versicherungsgruppe in der Schweiz, www.kpt.ch).¹²

Obwohl zahlreiche Studien den potenziellen Mehrwert von ganzheitlicher, integrierter Versorgung, insbesondere in genossenschaftlicher Rechtsform, aufzeigen¹³, existieren sie in der Praxis bisher nur selten. Um solche Versorgungsmodelle mit genossenschaftlicher Rechtsform auf den Weg zu bringen, ist eine Vernetzung mit allen relevanten Akteuren (s. o. unter I) nötig. Zur Überführung von Projekten und Konzepten in Geschäftsmodelle und in tragfähige Finanzierungsansätze ist ein Dialogprozess mit vielen Akteuren erforderlich. Dazu gehören u. a.:

- Versicherte der verschiedenen Altersgruppen (also alle Bewohner) in den unterschiedlichen Regionen (Stadt/Land) bzw. Patienten und ihre Angehörigen,
- Gemeindevertreter,
- Leistungsanbieter (ambulant/stationär),
- Wohnungs- bzw. Hauseigentümer und Mieter,
- Wohnungsbau- bzw. Wohnungsverwaltungsunternehmen,
- Sozialdienste und Sozialarbeiter,
- PKV und GKV als Versicherer,
- Unternehmer der mittelständischen Wirtschaft und
- Selbsthilfegruppen.

In diesem weiten Umfeld gilt es, von erfolgreichen Pilotprojekten zu lernen (z. B. Gesundes Kinzigtal GmbH), die Ent- und Rekommunalisierung zu thematisieren, neue Finanzierungswege innerhalb und außerhalb der Sozialversicherung zu finden, Genossenschaften als Dorfgemeinschaft, im Wohnviertel und als Stadtteilmodell sowie Genossenschaften mit Vereinen und Kommunen in einer Trägerschaft zu gründen.

12 S. hierzu ausführlich *Henke/Friesdorf/Marsolek*, Genossenschaften als Chance für die Entwicklung der Integrierten Versorgung im Gesundheitswesen, 2. Aufl. 2005, S. 60 ff.; *Pflüger*, Chancen und Grenzen der eingetragenen Genossenschaft im Gesundheitssektor, 2006, 48 ff.; *Henke*, Mehr Qualität (Fn. 5), S. 38 ff. sowie *Podtschaske/Eilermann/Friesdorf*, Kooperationen (Fn. 6), S. 259 ff.

13 *Ebenda*.

Die Abbildung 1 gibt im Kontext von Managementgesellschaften weitere Hinweise auf die Implementierung von Ideen für neuartige Kooperationsmodelle.

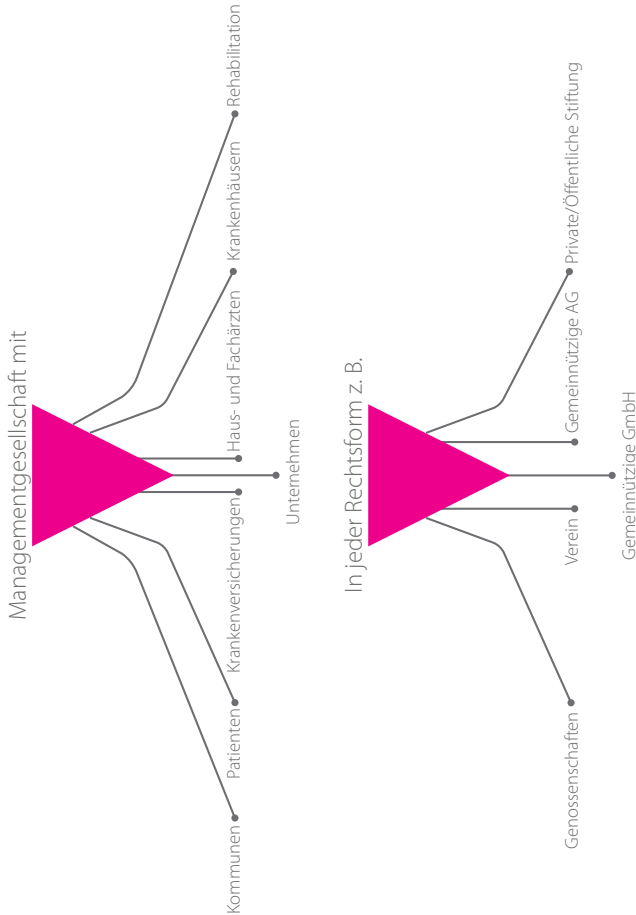


Abbildung 1: Managementgesellschaft zur Realisierung von Kooperationsvorteilen.
Quelle: Eigene Darstellung.

Um die beschriebenen Chancen bzw. Potenziale zu erschließen braucht es Pilotprojekte, die entsprechend professionell zu evaluieren sind und aus denen dann gelernt werden kann. Bei Erfolg ist dann eine Übertragung auf andere Regionen denkbar.

Im Kontext der Gesundheitsversorgung steht sicherlich der private Haushalt als erster Gesundheitsstandort im Mittelpunkt einer genossenschaftlichen Leistungserbringung. Mittel sollten möglichst lange Zeit in die ambulante Versorgung fließen, d.h. so wenig wie möglich in die stationäre Behandlung. Auch bezüglich der Renditeorientierung müssen neue Wege, z. B. in Kooperation mit dem bestehenden Versicherungsschutz, gefunden werden.¹⁴

V. Eine Vision zum Abschluss

Visionär erscheint in diesem Kontext, die Gesetzlichen Krankenversicherungen in eine eingetragene Genossenschaft umzuwandeln. Die AOK oder die Techniker Krankenkasse stünden dann als eingetragene Genossenschaften im Wettbewerb miteinander. Auch die privaten Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit der PKV würden in diesen genossenschaftlichen Kontext gut passen.

Die derzeit Versicherten würden Genossen und bekämen u. a. Zugang zu „Best-Practice-Modellen“ („Preferred provider“) und anderen Sonderleistungen. Das Wirtschaftlichkeitsprinzip stünde im Vordergrund und Gewinn würde rückvergütet (Boni) und/oder investiert. Die (Zusatz-) Prämien würden zu den wichtigsten Parametern des Wettbewerbs. So wie heute Edeka oder Rewe miteinander konkurrieren, stünden dann verschiedene Krankenkassen im genossenschaftlichen Wettbewerb. Gesundheits- und Sozialgenossenschaften¹⁵ wären eine Antwort auf die demografischen Herausforderungen. Bürger und Kommunen könnten sich zu einer Genossenschaft zusammenfinden. Der Staat bliebe Gewährsträger und Aufsichtsorgan zur Überprüfung der Sozialverträglichkeit.

Der Autor *Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke* ist Professor für die Bereiche der Gesundheitsökonomie, Sozialen Sicherung, Europäischen Integration sowie für finanzwissenschaftliche Fragestellungen an der TU Berlin.

14 S. hierzu im Einzelnen *Fachinger/Henke* (Hrsg.), *Der private Haushalt als Gesundheitsstandort. Theoretische und empirische Analysen*, 2010.

15 Vgl. *Schulz-Nieswand*, *Senioren-genossenschaften. Gebilde der Gegenseitigkeitshilfe. Bedeutung und Entwicklungs- und Förderprobleme im morphologischen Vergleich zu Gesundheitsselbsthilfegruppen*, 2008 (unveröffentlichtes Manuskript), zitiert nach *Schmale*, „Wir helfen uns selbst“, *Genossenschaftsblatt* Heft 1, 2010, S. 8; s. hierzu auch die Beilage der *Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung* vom 7. Juli 2013 zum Thema „Genossenschaften – Werte im Wandel. Neue Geschäfte nach altem Modell, B1–4.“