

HEFT VI

NETZWERKE ERFOLGREICH AUFBAUEN

PraxisWissen Schriftenreihe zur Theorie und Praxis in neuen Versorgungsformen



DR. UPPENKAMP, BERLIN-CHEMIE

FR. EBLE, BERLIN-CHEMIE

DR. RYBAK, EHLERS & EHLERS

HR. FRIELINGS DORF, FRIELINGS DORF CONSULT GMBH

HR. ELIGEHAUSEN, ELIGEHAUSEN KOMMUNIKATION



Vorwort

Alle profitieren vom kollegialen Austausch
und von professionellen Angestellten im
Netzmanagement.

DR. REINHARD UPPENKAMP

Warum interessiert sich ein Pharmaunternehmen für Praxisnetze? Unsere Kunden sind Ärzte und die profitieren von den Netzen. Grund genug für uns, sie zu fördern und zu unterstützen.

Die Versorgung von chronisch Kranken wurde durch Disease Management Programme und Integrierte Versorgung in den letzten Jahren wesentlich verbessert. Abstimmungen zwischen Haus- und Fachärzten gehören heute viel mehr zum Standard als noch vor wenigen Jahren. Patientinnen und Patienten profitieren davon, weil ihre Versorgung häufiger den aktuellen Leitlinien und damit dem medizinischen Standard entspricht. Im Idealfall liegen Behandlungspfade vor, die alle Sektoren integrieren, für guten Informationsfluss sorgen und Schnittstellenmanagement betreiben.

Bei der Behandlung der chronischen Volkskrankheiten Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen geht es darum, die richtigen Patienten mit innovativen Medikamenten zu versorgen, um einen möglichst guten Behandlungserfolg zu erzielen. Genau dafür können Behandlungspfade und die damit verbundenen Absprachen sorgen. Wer soll aus welchen Gründen welche Medikamente erhalten, um insgesamt eine wirtschaftliche, aber eben auch eine medizinisch gute Behandlung zu gewährleisten. Bei der Organisation solcher Prozesse sind Praxen im Vorteil, die Teil einer Gemeinschaft sind und das Wissen der Gemeinschaft nutzen.

Immer komplexere Anforderungen in den nicht-medizinischen Bereichen müssen von den niedergelassenen Medizinern bewältigt werden – warum sollte man sich dem allein aussetzen? In Teams können Aufgaben verteilt werden und die jeweiligen besonderen Kenntnisse der Mitglieder eingesetzt werden. Nicht anders verhält es sich in Netzen: Alle profitieren vom kollegialen Austausch und von professionellen Angestellten im Netzmanagement.

Der demographische Wandel trifft nicht nur die Patientinnen und Patienten – er betrifft auch die Ärzte. Bei mangelndem Nachwuchs entsteht eine neue Form der Konkurrenz zwischen den Praxen – nicht mehr um Abwerben von Patienten geht es, davon gibt es genug, sondern um Profil und Wert der Praxis für den Verkauf. Von einem starken Netz profitieren die beteiligten Praxen und heben sich auch in ländlichen Regionen mit guten wirtschaftlichen Aussichten hervor.

Berlin-Chemie als Versorger im Bereich Diabetes und Herz-Kreislauf sieht sich als Versorgungsdienstleister. Wir verkaufen nicht nur Medikamente, sondern auch Know-how, sie einzusetzen, sie optimal zu nutzen und die Rahmenbedingungen dafür zu schaffen. Dieses Heft soll Sie dabei unterstützen.

Inhalt

1

- 04 **EINLEITUNG**
Praxisnetze – Grundlage
für gutes Versorgungsmanagement

2

- 11 **RECHTLICHE GRUNDLAGEN**
Zur Gründung von Praxisnetzen –
Überlegungen zu Inhalten und Strukturen

3

- 26 **STEUERLICHE GRUNDLAGEN**
Steuerliche Rahmenbedingungen
innovativer Versorgungsformen

4

- 27 **BETRIEBSWIRTSCHAFTLICHE GRUNDLAGEN**
Was gilt es bei der
Netzgründung zu beachten?

5

- 39 **KOMMUNIKATIVE GRUNDLAGEN**
Kommunikation als Erfolgsfaktor
der Integrierten Versorgung

- 55 **PRODUKTÜBERSICHT**

1

Kapitel

EINLEITUNG



Susanne Eble

Diplom-Ökonomin / Medizin (FH)
Leitung Gesundheitsmanagement BERLIN-CHEMIE AG
Stellvertretende Vorstandsvorsitzende
im Bundesverband Managed Care

Praxisnetze – Grundlage für gutes Versorgungsmanagement

Der Trend zur Gründung von Praxisnetzen ist ungebrochen – kein Wunder, Kooperationen sind ein Schlüssel zum Erfolg für Einzelpraxen.

VERNETZUNG ALS ERFOLGSFAKTOR

Die Anforderungen an Praxen werden immer größer – nicht nur im Bereich der Medizin, auch und gerade bei den betriebswirtschaftlichen, rechtlichen und organisatorischen Fragen warten Herausforderungen auf jeden Praxisgründer oder -inhaber. Wie viele andere Bereiche der Gesellschaft professionalisieren sich Arztpraxen. Kein Handwerksbetrieb kommt heute mehr ohne elektronische Buchführung aus, kein Verein ohne Steuerberater, für jede Branche gibt es spezielle Beratungsangebote. All diese Herausforderungen zu meistern, ist eine Aufgabe, die viele junge Mediziner vom Schritt in die eigene Praxis abhält.

So wenig, wie ein Handwerker ohne Hilfe der Innung, ein neues Unternehmen ohne Berater auskommen muss, muss der Praxisgründer oder -inhaber heute all diese Probleme allein bewältigen. Er kann sich nicht nur professionellen Beistand zu allen Fragen holen, er kann auch mit anderen in einem Praxisnetz zusammenarbeiten. Dort profitieren Kolleginnen und Kollegen von den Erfahrungen der anderen, kann auf gemeinsame Marketingstrategien zurückgegriffen werden und vieles andere mehr – man kann Synergieeffekte nutzen.

SYNERGIEEFFEKTE NUTZEN

Ein Praxisnetz mit Netzmanagement nimmt Einzelpraxen Entscheidungen ab – soweit dem Management das im Netz zugestanden wird. Dabei kann es zum Beispiel um die Einschätzung von Selektivvertragsangeboten der Kassen gehen: Lohnt es sich betriebswirtschaftlich oder bei welchen Rahmenbedingungen, Patientenzahlen, Ausstattungen etc. ist es sinnvoll, teilzunehmen. Betriebswirtschaftliches Know-how, wie Prozesskostenrechnung, das im Netzmanagement vorhanden ist, kann so allen Praxen zur Verfügung gestellt werden. Der Netzmanager kann auch Beratungsfunktionen für die Praxen übernehmen, die sonst teuer bei entsprechenden Firmen eingekauft werden müssen.

Ebenso verhält es sich mit Rechtsbeistand – einer reicht. Angebotene Verträge können zentral geprüft werden, jeder Teilnehmer profitiert.

Ein gemeinsamer Auftritt nach außen steht bei den Patienten für Qualität der Versorgung. Arbeiten alle Praxen nach gewissen Mindeststandards, haben sie gar ein gemeinsames Netz-QM, können sich die Patientinnen und Patienten auf Qualität verlassen und lassen sich gern innerhalb des Netzes überweisen. Das wird insbesondere dann interessant, wenn auch gemeinsame Medizin betrieben wird.

INTEGRIERTE BEHANDLUNGSPFADE

Praxisnetze sollten nicht nur betriebswirtschaftlichen Zielen dienen, sondern auch medizinischen. Gerade für die Versorgung von chronischen Krankheitsbildern, die eine Abstimmung zwischen Haus- und Fachärzten erfordern, sind integrierte Behandlungspfade sinnvoll. In Kerngruppen bearbeiten die beteiligten Arztgruppen den Standard-Behandlungsweg, sprechen über Schnittstellen, Informationsfluss, Behandlungsschemata und Beteiligung der Arztgruppen zum jeweils richtigen Zeitpunkt. Leitliniengerechte Behandlung sollte die Grundlage solcher Festlegungen sein. Patienten gewinnen so bei allen beteiligten Ärzten Sicherheit: Sie werden leitliniengerecht behandelt, die verschiedenen Ärzte wissen um die Behandlungsgrundsätze der anderen, ja sie verfolgen sogar alle die gleichen Behandlungsziele. Die Informationen über die Untersuchungen, über Begleiterkrankungen und Medikation sollte den beteiligten Ärzten zugänglich sein und somit die abgestimmte Behandlung ermöglichen.

Praxisnetze sichern damit medizinische Qualität zum Wohle der Patientinnen und Patienten. Auch für die Ärzte ist die abgestimmte Zusammenarbeit von Vorteil: Statt bei jedem einzelnen Patienten haben sie die Behandlungsunterschiede einmal grundsätzlich geklärt. Gerade der Informationsfluss kann in Behandlungspfaden gut organisiert werden: Welche Untersuchungen sollen schon vor der Überweisung zum Facharzt stattgefunden haben, in welcher Qualität und welche Informationen werden mitgegeben oder auf anderem Weg zur Verfügung gestellt. Fortan sollten die Behandlungsfälle diesem Standard verlässlich folgen.

MANAGED-CARE-ANSÄTZE NUTZEN

Behandlungserfolge lassen sich oft durch regelmäßige professionelle nichtärztliche Begleitung, Versorgung zu Hause durch entsprechende Unterstützung sichern – es gibt viele konkrete Ansätze von Managed Care. Gemeint ist damit alles, was koordinierte Zusammenarbeit von nichtärztlichen Leistungserbringern mit den Ärzten im Sinne einer guten Gesamtbehandlung umfasst.

Beim Abschluss von Selektivverträgen werden gesetzliche Krankenkassen in Zukunft noch stärker darauf drängen, Instrumente zu vereinbaren, die den Weg zum Behandlungserfolg begleiten. In der Konzeption des Versorgungsmodells, aber vor allem in der Implementierung der Managed-Care-Instrumente, kann die Industrie als Partner unterstützen, zumal sie einen direkten Zugang zu den Leistungserbringern aufweisen kann.

Während sie heute als Kooperationspartner beispielsweise mit der Moderation von indikationsbezogenen Behandlungspfaden unterstützt, kann die Industrie ab 2011 nach Verabschiedung des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) als originärer Vertragspartner ganze Leistungskomplexe übernehmen und sich somit vor allem auf der Ebene der Strukturqualität, aber auch der Prozessqualität aktiv einbringen. Im Rahmen von Risk- oder Costshare-Modellen (§ 130c SGB V [neu], ggf. i.V.m. § 140a ff. SGB V) können Kassen die Arzneimittelrabatte z. B. für qualitätsorientierte Vergütungsmodelle (pay-for-performance) nutzen und somit Anreize bei den Leistungserbringern setzen. Denkbar ist auch, einen Teil der Rabatte in einen strukturellen Aufbau zu investieren (Ausbildung von Case-Managern), die eine langfristige Versorgungsoptimierung bei gleichzeitiger Kostenreduktion sicherstellen können.

Entsprechende Fachkräfte sind nur in einem Netz sinnvoll einzusetzen. Sie können zentral Aufgaben übernehmen, die allen Ärzten zugute kommen und die Umsetzung solcher Vertragskonzepte ermöglichen.

PRÄVENTION AUSBAUEN

Jeder weiß es, trotzdem tun es immer noch viel zu wenige: Prävention ist besser als Kuration. Krankenkassen unterstützen entsprechende Kurse, die Angebote sind vielfältig, aber noch lange nicht erschöpfend eingesetzt. Zu einem Praxisnetz sollte auch ein Präventionszentrum gehören, das zentral Angebote in den klassischen Bereichen der Prävention bietet: Ernährungsberatung, Bewegungsangebote, Stressabbau und Rauchentwöhnung. Ärzte sind die idealen Ansprechpartner, um zum Beispiel Bewegungsmuffel zum Kurs zu bewegen – der erhöhte Blutdruck oder andere Warnzeichen können die richtige Motivation bieten, endlich mit alten Gewohnheiten zu brechen. Wichtig sind vor allem die richtige Ansprache und die unmittelbare Verfügbarkeit von Kursen, um den erreichten Schwung zu nutzen. Eine Praxis hat dafür nicht genug Potenzial, alle Praxen zusammen können einen ständigen Kursbetrieb aufrechterhalten.

AKTUELLE POLITISCHE LAGE

Mit dem AMNOG wurde die Vertragslandschaft der Rabattverträge, insbesondere im Zusammenhang mit integrierten Versorgungsverträgen, neu gestaltet. Über die bekannten Vertragsmöglichkeiten zwischen Industrie und Krankenkassen (Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V) hinaus können weitere Verträge geschlossen werden. Im Nachgang zu den zentralen Rabattverhandlungen zwischen GKV-Spitzenverband und der Industrie (§ 130b SGB V [neu]) entstehen weitere, dezentrale Vertragsoptionen zwischen Industrie und einzelnen Krankenkassen und deren Verbänden (§ 130c SGB V [neu]).

Darüber hinaus sind Arzneimittelhersteller als originärer Vertragspartner in Integrationsverträgen nach § 140a ff. SGB V (neu) vorgesehen. Es entstehen potenzielle neue Vertragspartnerschaften.

NEUE VERTRAGSPARTNERSCHAFTEN

Zur Integrierten Versorgung mit abgestimmten Behandlungspfaden gehört auch, dass eine gemeinsame Positivliste bei den Arzneimitteln erarbeitet wird. Bislang durchkreuzten die Rabattverträge der Kassen, die in der Apotheke ausgetauscht wurden, häufig solche Ansätze. Mit dem neu gestalteten § 140b SGB V können nun auch Hersteller pharmazeutischer Produkte und Medizingerätehersteller in die Vertragsgestaltung unmittelbar einbezogen werden.

Für die neuen Vertragsideen ist neben der Kreativität eine ordentliche Portion Mut und Innovationswillen aller gefragt, um entsprechende Vertragsoptionen auszugestalten. Andererseits werden Finanzsituation und wirtschaftlicher Druck im Gesundheitswesen die Akteure zwingen, neue Pfade zu betreten.

Mit der Erweiterung potenzieller Vertragspartner in Integrationsverträgen kann eine Krankenkasse die Industrie nicht nur als Arzneimittellieferant vorsehen, sondern aktiv in Versorgungsmodelle einbinden – und sie auf den gemeinsamen Erfolg verpflichten.

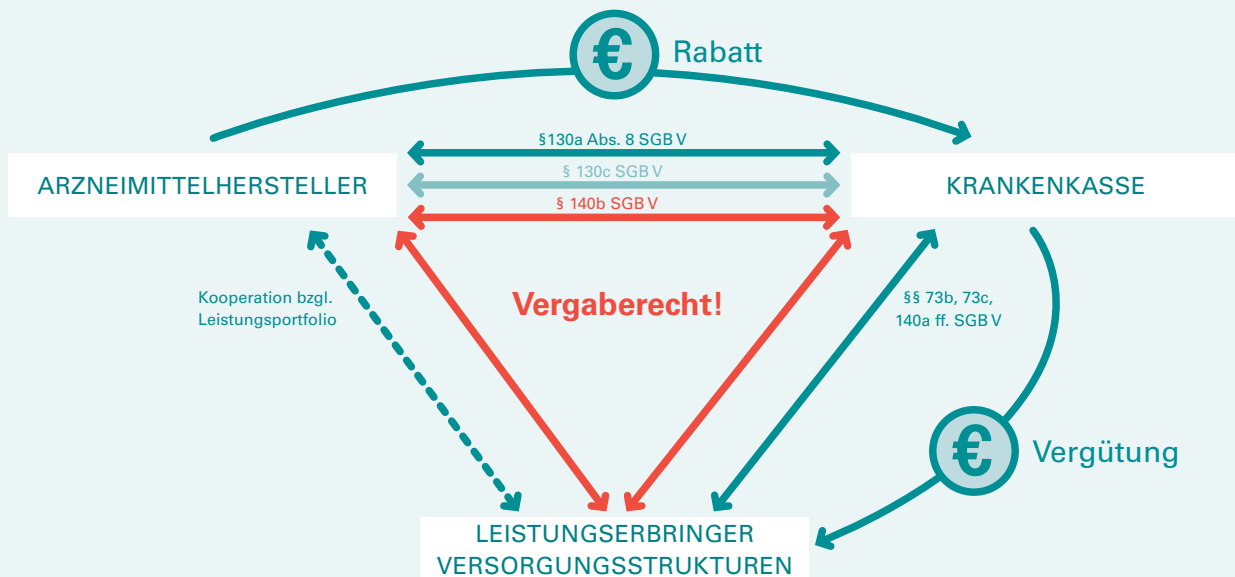


Abb. 1: Vertragsbeziehungen, eigene Darstellung

MÖGLICHE ROLLE DER INDUSTRIE IM BEREICH VERSORGUNGSMANAGEMENT

Um Versorgung zu optimieren, benötigt es meist Verbesserungen auf der Prozessebene. Veränderungen im Bereich der Prozessqualität benötigen neben dem Konzept vor allem Kommunikation und Controlling. Hier kann die Industrie ihre spezifischen Kompetenzen einbringen. So ist die Rolle der Industrie nicht, Patienten zu Hause aufzusuchen, um beispielsweise Medikation oder Anwendung von Medizinprodukten zu erklären. Sie kann besser Strukturen schaffen, die den Prozess dauerhaft beeinflussen. Dazu gehört zum Beispiel die Aus- und Weiterbildung von Personal in medizinischen und organisatorischen Fragen oder die Kommunikation des Versorgungsmodells zu den Leistungserbringern. Ebenso kann sie Unterstützung in Managementfunktionen bereitstellen und einen Beitrag zur Versorgungsforschung leisten.

Mit den neuen Vertragsoptionen kann erstmals die dafür notwendige Transparenz und Verbindlichkeit geschaffen werden. An die Stelle von nicht einsehbaren Vereinbarungen tritt ein gemeinsamer Vertrag, in dem die Rechte und Pflichten niedergelegt sind. Die Aufgaben der Pharmaindustrie sind dann genau beschrieben und können transparent kommuniziert werden.

AUS SICHT DER INDUSTRIE

Pharmazeutische Unternehmen haben selbstverständlich ein Interesse daran, ihre Produkte zu verkaufen. Ein verantwortungsvoller Umgang mit dem Gesundheitssystem heißt dabei nicht Verkauf um jeden Preis, sondern gezielter Umsatz, dort wo er für alle Beteiligten sinnvoll ist.

So sollen die Präparate wirklich dort eingesetzt werden, wo sie erstens sinnvoll sind, ihren Nutzen entfalten können, und zweitens, wo sie auch genommen werden und nicht im Arztschränkchen verfallen. Als Versorgungsdienstleister muss es der pharmazeutischen Industrie auch darum gehen, das Umfeld ihrer Produkte zu kennen und zu gestalten. Das kann in begleitenden Sportprogrammen, besonderer Compliance-Förderung oder anderen Dienstleistungen geleistet werden, die im Rahmen von Versorgungsverträgen organisiert werden.

Für die Versorgung von Diabetikern ist zum Beispiel der Umgang mit den Produkten zu Hause entscheidend für den Behandlungserfolg. Also müssen die Schulungsmaterialien darauf abgestimmt sein, wie die Verrichtungen des Messens und Spritzens zu Hause vor sich gehen sollen. Die Industrie lässt sich einbinden, wenn es darum geht, die Patienten so lange wie möglich nicht nur in der Häuslichkeit, sondern auch selbstständig zu versorgen. Bei nachlassender Geschicklichkeit braucht es vielleicht noch eine Schulung mehr oder eine Anleitung zu Hause, sonst droht die häusliche Krankenpflege als teure und stetig ansteigende Leistungsform. Will ein Arztnetz diese Kosten senken, braucht es nicht nur Insulinpräparate und Menschen, die die Anleitung zu Hause übernehmen – es braucht auch geeignetes Schulungsmaterial und Schulungskompetenz. Vor allem können diese Patienten nicht wechselnden Insulinpens ausgesetzt werden, das wird ihre Fähigkeit, sich zu Hause zu versorgen, schnell verringern. Ein gemeinsamer IV-Vertrag kann die abgestimmten Produkte nutzen und für die Kasse gleichzeitig die Sicherheit herstellen, dass keine Leistungsausweitung zu ihren Lasten erfolgt und die Produkte nicht teurer sind als die vergleichbaren. Mit dem stetigen und sicheren Absatz hat die pharmazeutische Industrie auch ihren Teil am Win-win-Kuchen.

Die Beteiligung der Industrie bietet für viele Projekte überhaupt erst die Chance, umgesetzt zu werden. Viele scheitern vor der Umsetzung, weil die notwendigen Investitionen nicht aufgebracht werden können. Eine professionelle Patientenakte, mit der fach- und sektorübergreifend gearbeitet werden kann, finanziert sich nicht aus der „Portokasse“. Für längerfristige Projekte mit den richtigen Rahmenbedingungen können Unternehmen der geeignete Partner sein, um Investitionen vorzufinanzieren oder eine Anschubphase zu überbrücken. Die Vorfinanzierung von Versorgungsprojekten ist sicherlich Zukunftsmusik und bedarf einer hohen Transparenz gegenüber der Krankenkassen und einem hohen Maß an Verbindlichkeit in den Leistungserbringerstrukturen. Alles ist eine Frage der transparenten Vertragsgestaltung und der Fähigkeit, die Projekte zu finden, die für alle Beteiligten lohnend sind. Damit solche Konzepte in Zukunft umgesetzt werden, braucht es aufseiten der Krankenkassen Mut zu innovativen Versorgungsmodellen mit der Industrie als Vertragspartner. Aufseiten der Leistungserbringer ist es die Verbindlichkeit, Absprachen und Vertragsinhalte umzusetzen und aufseiten der Industrie muss ein verantwortungsvoller und sensibler Umgang mit der neuen Rolle als IV-Vertragspartner und Versorgungsdienstleister erfolgen.

KARTELLRECHT

Mit dem AMNOG werden Änderungen zur Wirksamkeit des Kartellrechts im Gesundheitswesen wirksam. Der Bundesgesetzgeber stärkt die Wirkung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen für weite Teile des Gesundheitswesens. Ausgenommen sind die Verträge, für die es eine gesetzliche Verpflichtung gibt (Gesamtverträge, Hausarztverträge). Verträge, die geschlossen werden können, unterliegen den Regelungen des Kartellverbots. Bislang genossen Integrierte Versorgungsverträge bezüglich der Ausschreibungspflicht noch einen Sonderstatus insofern, dass sie aufgrund ihres Dienstleistungscharakters nicht nach harten, formellen Vergabekriterien ausgeschrieben werden mussten – den verlieren sie hiermit. Dies ändert sich spätestens dann, wenn die Lieferung von Arzneimitteln und/oder Medizinprodukten mit entsprechender Lenkungs- und Steuerungswirkung Bestandteil des Vertrages ist.

Das Zuvorkommen der Bundesregierung im Gesundheitswesen, das europäische Recht stärker zu Geltung zu bringen – das sonst in den nächsten Jahren von Europa aus durchgesetzt würde, wie die Experten meinen –, wird auch als Lex AOK bezeichnet. Die Marktmacht, die bei den gemeinsamen AOK-Ausschreibungen zutage trat, soll zugunsten von Anbietervielfalt eingeschränkt werden. Möglicherweise macht dieser Ansatz aber mehr kaputt, als er Wettbewerb fördert. Ausschreibungen in der Integrierten Versorgung sind ungewohnt oder gar lästig. Bei den Krankenkassen könnte das zu noch mehr Zurückhaltung in diesem Bereich führen.

Dienstleistungsverträge können mit einem Verhandlungsverfahren ausgeschrieben werden. Es geht ja in erster Linie um Transparenz für die Anbieter. Die nächsten Jahre werden weitere Klarheit über die Spielregeln mit sich bringen. Eventuellen Klägern lässt sich mit der Veröffentlichung der Absicht, einen Vertrag zu schließen, und der Bitte um Anzeige, wer daran Interesse habe, schon viel Wind aus den Segeln nehmen.

VERBINDLICHKEIT SCHAFFEN

Neue Versorgungsmodelle lassen sich nur schwer mit „Null- oder Low-cost-Budgets“ einführen. Der Gedanke der Anschubfinanzierung war schon der richtige Ansatz. Die Basis der Investoren kann aber durchaus verbreitert werden – z. B. wenn die Industrie als Vertragspartner agiert, könnte sie mit einer Art Anschubfinanzierung in Vorleistung gehen. Je mehr Fremdkapital in Versorgungsmodelle investiert wird, desto wichtiger ist eine Verlässlichkeit und Verbindlichkeit der Vertragspartner, allen voran der Leistungserbringer. Das ist der Kern moderner Verträge. Es müssen verlässliche Zahlen vorgelegt werden, um die vereinbarten Maßnahmen zu kontrollieren, insbesondere dann, wenn Störungen in der Vertragsumsetzung auftauchen und nachgesteuert werden muss. Sobald Fremdkapital zur Vorfinanzierung eingeflossen ist, müssen im Gegenzug auch Sanktionsmaßnahmen vereinbart werden, die bei wiederholten Verstößen oder Unterlassungen greifen. Werden diese Verträge in gemeinsamen Gremien gesteuert, sind zu jeder Zeit die nötige Transparenz und das kontinuierliche Monitoring gewährleistet.

Verbindlichkeit benötigt zu allererst vertrauensvolle Kommunikation in der Kooperation selbst. Das ist eine Herausforderung für die sich bisher als Einzelkämpfer verstehenden Ärzte. Die Vorteile von Praxisnetzen sind enorm – die gewonnene Zeit durch Entlastung bei betriebswirtschaftlichen und rechtlichen Fragen kann in die gemeinsame Kommunikation gesteckt werden. Das dient auch dem medizinischen Austausch und mit Sicherheit der Arbeitszufriedenheit. Eine Praxis, die in ein funktionierendes Netz eingebunden ist, ist nicht zuletzt auch mehr wert – Praxisnetze also eine Investition in die Zukunft.

RECHTLICHE GRUNDLAGEN



Dr. jur. Christan Rybak

Rechtsanwalt und Wirtschaftsjurist

Partner der Rechtsanwaltssozietät Ehlers, Ehlers & Partner

Lehrbeauftragter der Universität Witten/Herdecke

Dozent an der School of Tax and Business Law der Universität Münster

Zur Gründung von Praxisnetzen – Überlegungen zu Inhalten und Strukturen

A. AUSGANGSSITUATION

Nicht erst seit den jüngsten Gesundheitsreformen steht fest, dass den aktuellen und künftigen Herausforderungen nicht durch das Festhalten an überkommenen Strukturen begegnet werden kann. Das deutsche Gesundheitssystem steht im Umbruch und die damit zusammenhängenden Umgestaltungsprozesse werden noch lange Zeit in Anspruch nehmen. Neben der erheblichen Ökonomisierung des Gesundheitswesens erhöht auch die stark zunehmende Regeldichte den Handlungsdruck auf alle beteiligten Akteure. Dies ist auch eine Folge des zunehmenden ökonomischen Drucks, der auf dem Gesamtsystem lastet. Neben der steigenden Lebenserwartung der Bevölkerung dürfte hierbei natürlich auch der medizinisch-technische Fortschritt eine wesentliche Ursache darstellen.

Dabei ist von Bedeutung, dass gerade im Rahmen der jüngsten Reformen dem Aspekt des Wettbewerbs eine zunehmende Rolle beigemessen wurde. Zugleich kann dabei immer wieder die Tendenz zu einer erheblichen Aufweichung der bisher streng getrennten Sektoren erkannt werden, die letztlich dazu führt, dass die ambulante und stationäre Versorgung immer stärker ineinander übergehen (werden).

Vor allem auch im ambulanten Sektor führt dies zu erhöhten strategischen Herausforderungen. Hinzu kommt dabei, dass sich die allgemeinen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für alle Akteure im Gesundheitswesen drastisch verändert haben. So wird

von ihnen einerseits abverlangt, die Qualität der Leistungen stetig zu erhöhen. Auf der anderen Seite aber sind sie immer mehr auch wirtschaftlichen Zwängen unterworfen, die sowohl auf die Einnahmen- als auch die Erlösseite Auswirkungen haben. Fest steht allerdings auch, dass nur ein funktionierender Wettbewerb im Gesundheitswesen grundlegende Voraussetzung für die Beseitigung unwirtschaftlicher Versorgungsstrukturen sein kann. Er ist ein wesentlicher Innovationsmotor, der dazu beiträgt, dass sich alle Beteiligten im Gesundheitswesen ständig um die Sicherung und Verbesserung des Qualitätsstandards bemühen. Einhergehend mit dem zunehmenden ökonomischen Druck führt dies jedoch auch dazu, dass gerade Ärzte verstärkt neue Wege beschreiten müssen, um den wachsenden Herausforderungen effektiv begegnen zu können. Vor diesem Hintergrund ist es erklärlich, dass die Schaffung von sogenannten Praxisnetzen sich insbesondere in der jüngeren Vergangenheit zunehmender Beliebtheit erfreut hat. Leitbild solcher Verbünde ist dabei vor allem der Zusammenschluss von selbstständigen Einzelpraxen, um die interkollegiale Zusammenarbeit zu verbessern und im Regelfall auch eine Ausweitung des individuellen Patientenstamms zu ermöglichen. Häufig wird hierdurch die Schaffung einer integrativen medizinischen Versorgung der Patienten angestrebt. In jedem Falle aber sollen vorhandene medizinische Kapazitäten zielgerichteter genutzt werden können, was letztendlich eine bessere Koordination der ärztlichen Leistungen voraussetzt. Effekt dieser Koordination soll in erster Linie eine Sicherung bzw. Steigerung der Qualität der ärztlichen Leistungen bei gleichzeitiger Ver-

besserung der Wirtschaftlichkeit der medizinischen Leistungen sein. Dies wird vor allem dadurch erreicht, dass unnötige Mehrfachdiagnostik und Mehrfachtherapien nach Möglichkeit vermieden und stationäre Klinikleistungen soweit wie möglich reduziert werden können. Nicht selten wurden aus diesem Grund in der Vergangenheit die Gründung von Praxisnetzen von Krankenkassen und Krankenkassenverbänden initiiert, die sich damit vor allem eine Optimierung der ambulanten Versorgung im Hinblick auf Qualität, Effizienz und Nachhaltigkeit erhofft haben.

B. BEGRIFFLICHKEITEN

Eine allgemein gültige Begriffsbestimmung im Sinne einer gesetzlichen Definition gibt es letztlich nicht, wenngleich der Begriff des Praxisverbundes bzw. Praxisnetzes in verschiedenen gesetzlichen Normen verankert ist. Nicht selten führt dies zu erheblicher Verunsicherung der Beteiligten, da häufig nicht klar ist, welcher rechtliche Rahmen für die konkret gewählte Kooperationsform tatsächlich anwendbar ist. Ausgangspunkt der Betrachtung ist dabei allerdings § 23d Abs. 1 Musterberufsordnung für Ärzte (MBO-Ä) der den Begriff des Praxisverbunds wie folgt definiert:

„(1) Ärztinnen und Ärzte dürfen, auch ohne sich zu einer Berufsausübungsgemeinschaft zusammenzuschließen, eine Kooperation verabreden (Praxisverbund), welche auf die Erfüllung eines durch gemeinsame oder gleichgerichtete Maßnahmen bestimmten Versorgungsauftrags oder auf eine andere Form der Zusammenarbeit zur Patientenversorgung, z. B. auf dem Felde der Qualitätssicherung oder Versorgungsbereitschaft, gerichtet ist. Die Teilnahme soll allen dazu bereiten Ärztinnen und Ärzten ermöglicht werden; soll die Möglichkeit zur Teilnahme beschränkt werden, z. B. durch räumliche oder qualitative Kriterien, müssen die dafür maßgeblichen Kriterien für den Versorgungsauftrag notwendig und nicht diskriminierend sein und der Ärztekammer gegenüber offengelegt werden. Ärztinnen und Ärzte in einer zulässigen Kooperation dürfen die medizinisch gebotene oder von der Patientin oder dem Patienten gewünschte Überweisung an nicht dem Verbund zugehörige Ärztinnen und Ärzte nicht behindern.“

Gemäß § 23d Abs. 3 MBO-Ä können zudem unter Berücksichtigung weiterer berufsrechtlicher Vorgaben auch Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationskliniken und Angehörige anderer Gesundheitsberufe einem Praxisverbund beitreten.

In sozialrechtlicher Hinsicht ist vor allem § 73a Abs. 1 SGB V von Interesse, der den Begriff der vernetzten Praxen verwendet. Die Vorschrift geht dabei davon aus, dass in vertragsarztrechtlicher Hinsicht vernetzte Praxen eine Möglichkeit sind, mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Versorgungs- und Vergütungsstrukturen zu vereinbaren, die dem Verbund die Verantwortung für die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgungen sowie der ärztlich verordneten oder veranlassten Leistungen insgesamt oder für inhaltlich definierte Teilbereiche überträgt. Dabei kann für die dort festgelegten Leistungen ein Budget vereinbart werden.

Damit zeigt sich allerdings zugleich auch, dass die Begriffe Praxisverbund und Praxisnetz nicht grundsätzlich deckungsgleich sein müssen, wenngleich sie zu meist synonym verwandt werden. Aufgrund der berufsrechtlichen Dimension solcher Kooperationsformen soll nachfolgend hingegen vom Begriff des Praxisverbundes ausgegangen werden, wenngleich damit keine besondere Wertung des Begriffs verbunden ist.

C. RECHTLICHE ANFORDERUNGEN IM ÜBERBLICK

Der Praxisverbund ist Organisationsgemeinschaft, nicht aber eine Form der Berufsausübungsgemeinschaft im engeren Sinne. Dies resultiert letztlich aus der Tatsache, dass sich zwar im Rahmen des Verbundes Vertragsärzte zusammenschließen, um durch abgestimmte Maßnahmen die Untersuchungs- und Behandlungsqualität zu sichern und damit auch Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben. Eine gemeinsame ärztliche Leistungserbringung gegenüber dem Patienten ist aber weder Sinn eines Praxisverbundes, noch wäre dies nach gängigem Verständnis im Rahmen der derzeit geltenden rechtlichen Möglichkeiten zulässig. Das schließt allerdings nicht aus, dass der Praxisverbund die Vorstufe für engere gesellschaftsrechtliche Bindungen zwischen den beteiligten Praxen sein kann.

Die Gründung eines Praxisverbundes kann ebenso wenig wie der Betrieb desselben im rechtsfreien Raum erfolgen. Derartige Strukturen werden von einer Vielzahl rechtlicher Determinanten beeinflusst, von denen insbesondere die berufsrechtlichen und vertragsarztrechtlichen Anforderungen, daneben aber auch gesellschaftsrechtliche Aspekte von besonderem Interesse sind.

Zu beachten sind insbesondere:

- Berufsrechtliche Anforderungen
- Vertragsarzt-/sozialrechtliche Anforderungen
- Gesellschaftsrechtliche Anforderungen
- Sonstige Anforderungen (Wettbewerbsrecht etc.)

I. BERUFSRECHTLICHE ANFORDERUNGEN

Die allgemeinen berufsrechtlichen Anforderungen an den Praxisverbund werden durch die Vorschrift des § 23d MBO-Ä geregelt. Zugleich werden hierdurch auch die wesentlichen Aspekte, die für den Praxisverbund im Sinne der berufsrechtlichen Dimension maßgeblich sind, festgelegt. Im Einzelnen sind dies:

- Zusammenschluss von Ärztinnen und Ärzten ohne zugleich Berufsausübungsgemeinschaft zu sein.
- Erfüllung eines durch gemeinsame oder gleichgerichtete Maßnahmen bestimmten Versorgungsauftrags oder auf eine andere Form der Zusammenarbeit zur Patientenversorgung (z.B. Qualitätssicherung etc.) gerichtet.

Grundsätzlich kann dabei der Arzt Mitglied in mehreren Praxisnetzen sein. Zugleich beinhaltet § 23d MBO-Ä jedoch auch wichtige Kriterien, die für die Rechtmäßigkeit eines Praxisverbundes von essenzieller Bedeutung sind:

1. Schriftform

Gemäß § 23d Abs. 2 MBO-Ä müssen die Bedingungen der Kooperation in einem schriftlichen Vertrag niedergelegt werden. Dieser Vertrag ist grundsätzlich der zuständigen Ärztekammer vorzulegen. Eine schriftliche Genehmigung durch die Ärztekammer ist dagegen nicht vorgesehen.

2. Gewährleistung der Selbstständigkeit der Verbundärzte

Grundsätzlich muss sichergestellt sein, dass die am Praxisverbund beteiligten Ärzte selbstständig und eigenverantwortlich ihre Praxis am Sitz des Praxissitzes ausüben. Insbesondere darf die medizinisch gebotene oder vom Patienten selbst gewünschte Überweisung an einen nicht dem Verbund zugehörigen Arzt nicht behindert werden. Das Patientenrecht auf freie Arztwahl ist somit in jedem Falle zu gewährleisten. Damit korrespondiert umgekehrt das Recht des einzelnen Arztes, auch andere Ärzte – beispielsweise als

Konsiliarärzte oder auch als mitbehandelnde Ärzte – heranziehen zu können, selbst wenn diese anderen Ärzte nicht dem Verbund angehören.

3. Diskriminierungsfreier Zugang

Die Mitgliedschaft in einem Praxisverbund muss grundsätzlich allen interessierten Ärzten offen stehen. Zwar geht § 23d Abs. 1 MBO-Ä davon aus, dass die Teilnahme allen dazu bereiten Ärztinnen und Ärzten ermöglicht werden „soll“. Dies ist allerdings nicht dahingehend zu verstehen, dass die Teilnahme an dem Verbund letztlich allein vom Willen der Gründungsgesellschafter abhängig ist. Vielmehr ist die Regelung so zu interpretieren, dass allen Ärzten der Beitritt ermöglicht werden muss, sofern sie dies wünschen. Eine Beschränkung der Beitrittsmöglichkeit ist dagegen nur für die Fälle zulässig, in denen die maßgeblichen Kriterien (räumlich oder auch qualitativ) für den besonderen Versorgungsauftrag des Verbundes notwendig sind und grundsätzlich nicht diskriminierend sind. Zudem müssen diese Kriterien – ebenso wie die sonstigen vertraglichen Regelungen – der Ärztekammer offen gelegt werden. Sinn dieser Regelung ist, dass der Praxisverbund keine abgeschlossene und nur den Mitgliedern der Kooperation offen stehende Einrichtung ist. Die Entstehung von sogenannten „closed shops“ soll damit in jedem Falle vermieden werden.

Im Übrigen finden natürlich auch die sonstigen berufsrechtlichen Vorschriften (Regelungen über Honorarforderungen, Zweigpraxis, Werbeverbote etc.) uneingeschränkt auf die Zusammenarbeit in einem Praxisverbund Anwendung. Die Zugehörigkeit zu einem Praxisverbund kann zudem gemäß § 18a Abs. 3 MBO-Ä durch Hinzufügung des Namens des Verbundes angekündigt werden.

II. VERTRAGSARZTRECHTLICHE ANFORDERUNGEN

Zur Förderung von Ärzteverbänden unter niedergelassenen Ärzten hat der Gesetzgeber im Wesentlichen zwei rechtliche Grundlagen im SGB V geschaffen. In diesem Zusammenhang ist allerdings wiederum eine

Vielzahl von Gestaltungsvarianten möglich, die von der bloßen Schaffung einer Einkaufsgemeinschaft über die gemeinsame Nutzung von Geräten oder der Festlegung einheitlicher Qualitätsstandards bis hin zu sehr festen Strukturen führen können.

1. Praxisnetze als Strukturverträge (§ 73a SGB V)

Bezieht sich die Tätigkeit eines Praxisverbundes auf die vertragsärztliche Versorgung, so ist es grundsätzlich möglich, dass die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung sowie der ärztlich verordneten oder veranlassenden Leistungen auf den Verbund übergeht, sofern die jeweilige Kassenärztlichen Vereinigung mit den Verbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen in den Strukturverträgen nach § 83 SGB V entsprechende Versorgungs- und Vergütungsstrukturen vereinbart hat. Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen bleibt hiervon allerdings grundsätzlich unberührt.

In sozialrechtlicher Hinsicht basiert somit das Modell der Praxisnetze bzw. der Praxisverbünde auf einer Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten, die sich nach den Vorgaben des Strukturvertrages mehr oder weniger lose zusammenschließen. Solche Vorgaben können dabei insbesondere sein:

- Qualifikation der teilnehmenden Ärzte
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung
- Erweiterte Präsenz- und Dokumentationspflichten
- Vorgaben zur Kommunikation und Kooperation der Teilnehmer
- Rahmenvorgaben für Arzneimittel etc.

Entscheidet sich in diesem Falle der Versicherte freiwillig für die Behandlung durch ein derartiges Versorgungssystem, übernimmt der Praxisverbund letztlich die Verantwortung für die fachübergreifende medizinische Betreuung insgesamt oder auch nur für bestimmte Teilbereiche daraus. Von Bedeutung ist dies hier deshalb, weil für die Leistungen des Praxisverbundes die Bildung von Finanzierungsbudgets ver-

einbart werden kann und dabei beispielsweise das Honorar auf der Basis von Fallpauschalen verteilt werden kann.

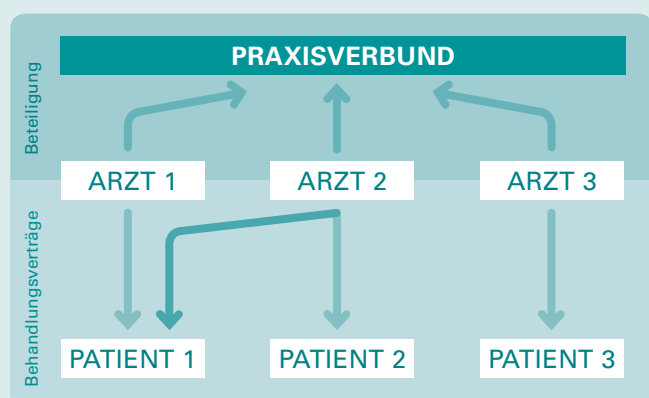
2. Praxisnetze als Modellvorhaben (§§ 63 ff. SGB V)

Im Rahmen von Modellvorhaben ist es den Krankenkassen möglich, Direktverträge mit den einzelnen vernetzten Ärzten über die Versorgung von Versicherten abzuschließen. Auch Kassenärztliche Vereinigungen können solche Modellvorhaben mit den Krankenkassen vereinbaren. Ausweislich des insoweit eindeutigen Gesetzeswortlauts ist das Ziel derartiger Vorhaben die Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringer (§ 63 Abs. 1 SGB V). Dabei können sogar Regelungen im Hinblick auf die Vergütung für solche Leistungen getroffen werden, die keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Modellvorhaben sind im Regelfall auf längstens acht Jahre zu befristen.

III. SONSTIGES

Die berufsrechtlichen und sozialrechtlichen Aspekte sind naturgemäß nur ein Ausschnitt der gesamten rechtlichen Regelungen, die im Rahmen der Gründung eines Praxisnetzes zu beachten sind. Insbesondere in werberechtlicher Hinsicht (UWG, HWG) ist strikt auf die Konformität der Tätigkeit des Verbundes mit den jeweils einschlägigen Regelungen zu achten. Von Interesse ist dabei auch, dass die Frage des diskriminierungsfreien Zugangs zu einem Praxisverbund nicht nur eine Angelegenheit des Berufsrechts ist. Vielmehr ist anerkannt, dass beispielsweise auch auf der Grundlage zivilrechtlicher Anspruchsgrundlagen ein Anspruch auf Zugang zu einem Verbund durch einen möglicherweise abgelehnten Arzt geltend gemacht werden kann. Die Ablehnung eines Vertragsarztes, der die Anforderungen an die Mitgliedschaft in einem Praxisverbund grundsätzlich erfüllt, kann zudem gegen § 1 UWG verstoßen, sodass in diesem Falle auch das wettbewerbsrechtliche Sanktionsinstrumentarium greifen kann.

Interessant wird in Zukunft zudem sein, welche Auswirkungen das Wettbewerbsrecht auf die Bildung von Praxisverbünden haben wird. Schon nach bisheriger Rechtslage unterlagen Zusammenschlüsse von Ärzten sowohl dem Wettbewerbsrecht im engeren Sinne (UWG, HWG etc.) als auch den Bestimmungen des Kartellrechts, sofern dies etwa aufgrund der Größe des jeweiligen Verbundes einschlägig war. Die Beziehungen der Krankenkassen zu den einzelnen Leistungserbringern waren dagegen im Wesentlichen durch das SGB V geregelt, wenngleich dieser Grundsatz im Zuge der letzten Reformen zunehmend infrage gestellt worden ist. Infolge der weitreichenden Änderungen durch das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) aber finden künftig nicht mehr nur das allgemeine Missbrauchsverbot gemäß §§ 19 ff. GWB sowie die Vergaberegeln gemäß §§ 97 ff. GWB Anwendung, sondern vielmehr auch das allgemeine Kartellverbot (Verbot wettbewerbsbeschränkender Vereinbarungen), das in den §§ 1 ff. GWB niedergelegt ist. Gerade die in der Praxis häufig vorkommenden Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Praxisverbünden werden sich daher ggf. auch hieran messen lassen müssen, wenngleich in der praktischen Umsetzung dieser Regelung noch Vieles ungeklärt ist.



D. GESTALTUNGSVARIANTEN IN STRUKTURELLER HINSICHT/RECHTSFORMWAHL

I. VORÜBERLEGUNGEN

Praxisnetze werden aus unterschiedlicher Motivation heraus gegründet – die mit ihnen verbundenen Ziele variieren in der Praxis sehr stark. In der Konsequenz haben sich deshalb viele, unterschiedlich ausgeprägte Vernetzungen zwischen niedergelassenen Ärzten herausgebildet. Die Gestaltungsvarianten reichen dabei von einer losen Zusammenarbeit bis hin zu stark durchorganisierten Netzen, die letztlich bereits den Charakter eines Gesundheitsunternehmens aufweisen (können).

Ausgangspunkt der Festlegung der konkreten Gesellschaftsform muss letztendlich der mit der jeweiligen Gesellschaft verfolgte Zweck, der geplante Umfang und die Frage der gewünschten Flexibilität der Gesellschaft bzw. der ihr zugrunde zu legenden Rechtsform sein. Von Bedeutung ist dabei vor allem auch, welche Rechtsbeziehungen zwischen den Ärzten untereinander bestehen sollen und welche Beziehungen zwischen Arzt und Netzwerk einerseits und den Patienten andererseits bestehen sollen bzw. rechtlich können.

1. Rechtsbeziehungen der Ärzte untereinander

Es konnte bereits festgehalten werden, dass der Praxisverbund keine Berufsausübungs-, sondern vielmehr lediglich eine Organisationsgemeinschaft darstellt. Sinn des Zusammenschlusses ist es, durch abgestimmte Maßnahmen die Steigerung bzw. Sicherung der Untersuchungs- und Behandlungsqualität zu gewährleisten und damit auch den Geboten wirtschaftlichen Handelns Rechnung zu tragen. Die gemeinsame ärztliche Leistungserbringung gegenüber den Patienten ist allerdings grundsätzlich nicht Zweck der zu gründenden Gesellschaft.

2. Rechtsbeziehungen zu den Patienten

Aus dem Vorgesagten folgt zugleich, dass die eigentliche Behandlungstätigkeit bei den jeweiligen Einzelpraxen verbleibt. Der Patient schließt demzufolge den Behandlungsvertrag nicht mit dem Praxisverbund, sondern vielmehr mit seinem persönlichen Arzt. Daraus folgt, dass für die Frage der Wahl der richtigen Gesellschaftsform die Partnerschaftsgesellschaft von vornherein ausscheiden muss, da die Gesellschafter ihren Beruf nicht in der Gesellschaft ausüben.

II. DIE FESTLEGUNG DER RECHTSFORM

Die in der Praxis gebräuchlichsten Gesellschaftsformen sind neben der GbR (Gesellschaft bürgerlichen Rechts), die Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) sowie der eingetragene Verein (e.V.). Häufig bedienen sich Praxisverbünde zur organisatorischen Umsetzung einer separaten Betriebsgesellschaft, die dann zumeist in Form einer GmbH organisiert wird. Bei der Gründung eines Praxisnetzes in der Rechtsform einer Aktiengesellschaft ist vor allem problematisch, dass hier – bedingt durch aktienrechtliche Vorschriften – ein Mindestgrundkapital in Höhe von 50.000 Euro erforderlich ist. Insofern erweist sich diese Gesellschaftsform gerade in der Gründungsphase eines Praxisverbundes in den allermeisten Fällen als ungeeignet.

Vor der Festlegung auf eine bestimmte Rechtsform müssen daher insbesondere die strategische Ausrichtung, allerdings auch der quantitative und qualitative Umfang des Netzes eindeutig festgelegt werden, da hiervon letztlich die Auswahl der sinnvollsten Rechtsform abhängt. Insofern sollten vor Gründung eines Netzes folgende Aspekte diskutiert werden:

- Zu erwartende Mitgliederzahl im Netz
- Teilnehmerkreis (sind ausschließlich Ärzte am Netz beteiligt?)
- Mögliche Beteiligung einer Klinik
- Mögliche Beteiligung einer Laborgemeinschaft oder Ähnlichem
- Ausrichtung der Gesellschaft auf wirtschaftliche/nichtwirtschaftliche Zwecke

Gerade der letztgenannte Punkt zeigt, dass sich die Wahl des eingetragenen Vereins in der Praxis häufig als nicht zielführend erweist, wenngleich sich eine Vielzahl von Praxisverbünden für diese Rechtsform bereits entschieden haben. Problematisch hieran ist nämlich, dass für die Aufrechterhaltung des Status als e.V. die nichtwirtschaftliche Tätigkeit zwingend erforderlich ist.

Das allerdings steht häufig bei Gründung eines entsprechenden Praxisverbundes noch nicht fest, sodass hier ggf. im weiteren Verlauf die Notwendigkeit eines Rechtsformwechsels zwingend entsteht. Um dies zu vermeiden empfiehlt es sich in vielen Fällen, von vornherein entweder auf eine GbR oder auf eine GmbH zurück zu greifen, um eine gewisse Flexibilität von vornherein zu gewährleisten. Insofern sollen nachfolgend beide Gesellschaftsformen kurz näher dargestellt werden.

1. Die Gesellschaft bürgerlichen Rechts

Die Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR), oft auch nur als BGB-Gesellschaft bezeichnet, ist die Grundform der Personengesellschaften. Ihre rechtliche Grundlage findet sie vor allem in den §§ 705 ff. BGB. Die Gründung der Gesellschaft beruht letztlich allein auf Vertrag und setzt voraus, dass sich die Gesellschafter darin verpflichten, gegenseitig die Erreichung eines gemeinsamen Zwecks in der durch den Vertrag bestimmten Weise zu fördern, insbesondere die vereinbarten Beiträge zu leisten (vgl. § 705 BGB).

Wesentliche Aspekte der GbR sind damit:

- gemeinsamer Zweck
- Gesellschaftsvertrag
- Förderungspflicht

Die GbR gilt nicht als eigenständige juristische Person, sondern letztlich nur als Personenvereinigung. Sie verfügt insofern auch nur über eine beschränkte Rechtsfähigkeit, was allerdings nicht heißt, dass sie im Rechtsverkehr weniger handlungsfähig wäre. Insbesondere ist sie nämlich berechtigt, selbst Verträge abzuschließen oder auch gesetzliche Ansprüche geltend zu machen, obwohl sie keine eigenständige Rechtspersönlichkeit aufweist.

Die Gründung einer GbR empfiehlt sich vor allem deshalb, weil dies mit vergleichsweise wenig bürokratischem Aufwand betrieben werden kann und zugleich ein Wechsel der Gesellschafter aufgrund der fehlenden Pflicht zur notariellen Beurkundung leicht möglich ist.

Zweck des Verbundes ist in aller Regel die Optimierung bestehender ambulanter Versorgungsstrukturen, wobei die Steigerung von Qualität, Effizienz und Effektivität unter Berücksichtigung der Grundsätze von Humanität und Zweckmäßigkeit im Vordergrund steht. Ebenso wie die GbR als solche in der Praxis vielgestaltige Ausprägungen aufweist, so ist die Zahl der mit ihr verbundenen Zwecke nahezu unüberschaubar. Insofern ist bereits bei Gründung der Gesellschaft genau festzulegen, welche Zielsetzung die Gesellschaft überhaupt verfolgen soll und auf welche Art und Weise dies durch die Beiträge der Gesellschafter erreicht werden kann. Die Erreichung des gemeinsamen Zwecks ist im Vertrag für alle Beteiligten verbindlich festzulegen und von jedem einzelnen Gesellschafter zu fördern.

Problematisch ist jedoch, dass die GbR mit einem weitreichenden Haftungsrisiko verbunden ist, da hier – anders als bei der GmbH – im Grundsatz nicht nur auf das „Gesellschaftsvermögen“ zurückgegriffen werden kann, sondern vielmehr auch jeder einzelne Gesellschafter der Gesellschaft in Anspruch genommen werden kann. Eine Begrenzung der Haftung gegenüber Dritten ist grundsätzlich nicht von vornherein möglich. So ist etwa eine Haftungseinschränkung nicht durch einen bloßen Zusatz „mit beschränkter Haftung“ zu realisieren, da eine „GbRmbH“ dem deutschen Recht bislang fremd ist. Auch eine im Gesellschaftsvertrag vorgesehene Haftungsbegren-

zungsregelung ist Dritten gegenüber grundsätzlich nicht wirksam, sodass eine Begrenzung der Haftung nur aufgrund individueller Abrede zwischen der GbR bzw. ihren einzelnen Gesellschaftern und dem Dritten möglich ist, was in der Praxis häufig eine kaum lösbare Aufgabe darstellen dürfte. Insofern verbleibt es bei dem Grundsatz, dass für die im Namen der GbR begründeten Verpflichtungen auch die Gesellschafter persönlich haften, sofern keine individualvertragliche Vereinbarung einen Haftungsausschluss vorsieht.

2. GmbH

Die Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) ist eine Kapitalgesellschaft mit eigener Rechtspersönlichkeit. Für ihre Verbindlichkeiten haftet, sofern keine Sondertatbestände dazu treten, grundsätzlich nur das Gesellschaftsvermögen.

Die GmbH kann sowohl von juristischen als auch natürlichen Personen gegründet werden und bedarf zu ihrer Errichtung eines Gesellschaftsvertrages (Satzung), der notariell beurkundet werden muss. Genau hierin liegt jedoch auch einer der Nachteile der GmbH, da diese in der Praxis vor allem bei häufigem Mitgliederwechsel wegen der Pflicht zur notariellen Beurkundung und Eintragung in das Handelsregister regelmäßig nur wenig flexibel ist. Zudem muss das Stammkapital der Gesellschaft mindestens 25.000 Euro betragen. Gerade bei sehr kleinen Praxisverbünden, die mit einem vergleichsweise geringen organisatorischen und finanziellen Aufwand verbunden sind, dürfte dieser Aspekt ebenfalls nicht zu vernachlässigen sein. Allerdings ist zum 01.11.2008 die sogenannte Unternehmergesellschaft (haftungsbeschränkt) geschaffen worden, die in der Umgangssprache weithin als Mini-GmbH bekannt geworden ist. Letztlich handelt es sich hier um eine GmbH mit erheblich reduziertem Stammkapital, für die allerdings einige Sonderregelungen gelten. Zu beachten ist weiterhin, dass die GmbH umfangreichen Buchführungs- und Publizitätspflichten unterliegt, deren Verletzung mit erheblichen Geldbußen sanktioniert werden kann.

3. Weitere Rechtsformen

Natürlich ist mit den vorstehenden Erläuterungen der Kreis der in Betracht zu ziehenden Rechtsformen keineswegs erschöpft. So hat sich in der Praxis – je nach den individuellen Bedürfnissen der Gesellschafter – eine Vielzahl verschiedener Ausprägungen von Praxisverbünden entwickelt. Neben den bereits bespro-

chenen Formen sind beispielsweise auch die GmbH & Co. KG oder auch die Genossenschaft zu beobachten, wobei Erstere einen erhöhten Gründungsaufwand aufweist, aufgrund ihrer Doppelstruktur allerdings auch einige Vorteile, insbesondere in steuerrechtlicher Hinsicht, aufweisen kann. Der besseren Übersicht halber sollen nachfolgend einige der infrage kommenden Rechtsformen überblicksartig dargestellt werden:

	NICHTWIRTSCHAFTLICHER VEREIN (E.V.)	GBR	GMBH	AG/ „KLEINE AG“	GENOSSENSCHAFT
Gründung	Satzung; Eintragung im Vereinsregister; Bestellung Vorstand	(auch) formlos möglich	Notarielle Beurkundung des Gesellschaftsvertrags/Eintragung im Handelsregister; Bestellung Geschäftsführer	Notarielle Beurkundung des Gesellschaftsvertrags/Eintragung im Handelsregister; Bestellung Vorstand, Aufsichtsrat	Satzung/Wahl von Vorstand und Aufsichtsrat/Beitritt Prüfverband/Eintragung im Genossenschaftsregister
Gründer (Minimum)	7	2	1	1	3
Leitung	Vorstand	Grds. Gesellschafter	Geschäftsführer	Vorstand (Überwachung durch Aufsichtsrat)	Vorstand (Überwachung durch Aufsichtsrat)
Mindestkapital	nein	nein	€ 25.000 (Unternehmergesellschaft: 1 €)	€ 50.000	Möglich, aber nicht zwingend
Haftung	Vereinsvermögen	Gesellschafter (unbeschränkt)	Gesellschaftsvermögen	Gesellschaftsvermögen	Genossenschaftsvermögen/ggf. Nachschusspflicht
Buchführungs-/ Publizitätspflichten	nein	nein	ja	ja	ja

E. INHALTLICHE AUSGESTALTUNG/ GESELLSCHAFTSVERTRAG

I. GRUNDSATZ

Eine genaue Planung und detaillierte Festlegung der Ziele und Strukturen eines Netzes sind für dessen Erfolg unerlässlich. Dabei geht es nicht nur um die Wahl der richtigen Rechtsform, sondern vielmehr auch um die Frage der inhaltlichen Ausgestaltung, welche Ziele mit dem Netz verbunden sind und auf welchem Wege diese erreicht werden sollen. Nur wenn die essenziellen Fragen, die die Struktur und die Inhalte des Netzes betreffen, vollumfänglich beantwortet sind, kann eine verlässliche Grundlage für den nachhaltigen Betrieb des Netzes bzw. des Praxisverbundes gelegt werden.

II. WESENTLICHE GESICHTSPUNKTE

Für den erfolgreichen Start eines Praxisverbundes sollten insbesondere folgende wesentliche Aspekte definiert bzw. diskutiert werden, um die Voraussetzung für die Schaffung eines effektiven Verbundes zu schaffen:

- Analyse der Ausgangssituation
- Ziele
- Inhalte
- Bestandteile
- Kooperations- und Vertragspartner
- Festlegung besonderer Versorgungsformen
- Konzeptentwicklung und Festlegung
- Qualitätsmanagement
- Mitglieder
- Finanzielle Aspekte
- Kommunikationsstrategie
- Netzstruktur/Gesellschaftsvertrag im engeren Sinne

Im Einzelnen gilt hierbei Folgendes:

1. Analyse der Ausgangssituation

Die Gründung eines Praxisverbundes birgt nicht nur erhebliche Chancen, sondern ist auf der anderen Seite natürlich auch mit dem umfassenden Einsatz sowohl personeller als auch finanzieller Ressourcen verbunden. Um die vorhandenen Mittel überhaupt sinnvoll und sachgerecht einsetzen zu können, zugleich aber auch Wege und Lösungen für die richtige Struktur zu erhalten, ist eine genaue Analyse der Ausgangssituation unerlässlich. Folgende Aspekte können dabei u. a. von Interesse sein:

- Versorgungsbedarf in der Region
- Angebot in der Region durch Haus- und Fachärzte, ambulante Einrichtungen, soziale Einrichtungen und Krankenhäuser
- Altersstruktur und sonstige, die Versorgung der Patienten bestimmenden Faktoren

Daneben sind aber die Existenz besonderer Versorgungsformen (bzw. die Möglichkeit der Etablierung derselben), das Bestehen von Selektivverträgen bzw. die Bereitschaft von Krankenkassen, auf regionaler Ebene die Schaffung von entsprechenden Praxisverbünden zu unterstützen, von erheblicher Bedeutung. Ausgangspunkt aller Überlegungen muss jedoch sein, ob und in welchem Umfang überhaupt ein Bedarf für die Schaffung eines Praxisverbundes besteht und worin die Vorteile einer solchen Struktur im konkreten Fall zu sehen sind.

2. Ziele

Am Anfang der Überlegungen muss nach dem Vorgesagten letztlich auch die Frage stehen, welche Ziele mit der Schaffung des Praxisverbundes erreicht werden sollen. Dabei ist – ausgehend von der Analyse der Ausgangssituation – zu klären, welche Probleme im Rahmen der aktuellen Versorgung durch die Schaffung des Praxisverbundes zu lösen sind und woraus diese Probleme letztendlich resultieren. Nur die genaue Kenntnis der Ursachen lässt letztlich auch ein schlüssiges und vor allem erreichbares bzw. umsetzbares Ziel definieren.

3. Inhalte

Von Bedeutung ist schließlich auch, welche Inhalte der Verbund tatsächlich aufweisen soll. Die Gestaltungsvarianten sind diesbezüglich vielfältig, wobei stets darauf zu achten ist, dass die gesetzten Ziele auch erreichbar und die geplanten Inhalte und Bestandteile gerade auch in der Anfangsphase tatsächlich umsetzbar sind. Zu große und komplexe Strukturen führen nicht selten in der Gründungs- bzw. Anlaufphase eines Verbundes zu dessen Scheitern, weil die geplanten Bestandteile des Verbundes in der Praxis häufig in der zunächst beabsichtigten Form nicht umsetzbar sind. Vor diesem Hintergrund ist vor allem zu klären, welche Bestandteile des Netzes für einen sinnvollen Betrieb und damit zur Zielerreichung tatsächlich notwendig sind. Dies gilt zum einen für organisatorische Aspekte, zum anderen aber auch im Hinblick auf die mit den zu schaffenden Strukturen verbundenen Synergievorteile. Dabei ist es häufig hilfreich, nicht nur die einzelnen Bestandteile des Verbundes als solche zu definieren, sondern vielmehr auch eine Priorisierung der einzelnen Aspekte vorzunehmen. Auch in zeitlicher Hinsicht sollte hier eine genaue Planung erfolgen, wann und in welchem Umfang welcher Bestandteil des Netzes realisiert werden soll.

4. Kooperations- und Vertragspartner

Zu klären ist auch, ob der Verbund weitgehend autonom operieren oder ob er sich in die Struktur anderer Verbünde oder anderer Anbieter einfügen soll. Gerade der Aspekt der Auswahl des richtigen Kooperationspartners ist häufig von großer Wichtigkeit, um effektive Strukturen und vor allem attraktive Leistungsangebote überhaupt erst zur Verfügung stellen zu können. Bei der Wahl der richtigen Kooperations- bzw. Vertragspartner ist zudem zu berücksichtigen, ob und in welchem Umfang auch neue Vergütungsstrukturen geschaffen werden sollen. Insofern ist bereits die frühzeitige Aufnahme zu den infrage kommenden Kostenträgern empfehlenswert. Dies gilt auch dann, wenn mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereini-

gung eine entsprechende Vereinbarung getroffen werden soll. Dabei ist bereits im Vorfeld zu klären,

- welche Praxen in welchem Umfang am Praxisverbund teilnehmen sollen,
- in welcher Höhe ein Budget bzw. die jeweiligen Fallpauschalen notwendig sind,
- in welchem Umfang Versorgungsleistungen notwendig sind bzw. erbracht werden müssen,
- wie mit Fallzahlzuwächsen bzw. Budgetänderungen zu verfahren ist.

Von erheblicher Bedeutung sind dabei zudem auch die Aspekte der Abrechnung und Qualitätssicherung (siehe unten) sowie Fragen der Wirtschaftlichkeit einschließlich entsprechender Prüfverfahren.

Der Ausgestaltung dieser Bausteine sind naturgemäß kaum Grenzen gesetzt. So sind in der Praxis kleinere Aktivitäten wie beispielsweise die Schaffung eines Patientenbegleitbriefes bis hin zur Schaffung von großen Strukturen wie etwa die Bildung von Einkaufsgemeinschaften, Mitarbeiter- und Gerätepools oder auch Netzleitstellen bzw. Anlaufpraxen zu verzeichnen. Auch die Fragen der Regelung des Notdienstes oder etwa der elektronischen Vernetzung der einzelnen Praxen sind häufig (unverzichtbare) Bestandteile von Praxisverbünden.

5. Qualitätsmanagement

Der Definierung der Ziele und der Umsetzung dieser in entsprechenden Strukturen muss natürlich auch eine umfassende Überwachung der Zielerreichung korrespondieren. Insofern muss systematisch überprüft werden, ob zwischen den angestrebten Zielen und den tatsächlich erreichten Resultaten Unterschiede bestehen, sodass ggf. eine Nachjustierung des Verbundes notwendig wird. Dies schließt natürlich auch eine genaue Ursachenanalyse etwaiger Abweichungen ein.

Qualitätsmanagement heißt dabei insofern nicht nur, dass die Qualität der Versorgungsprozesse im Netz als solche ständig überprüft und sichergestellt wird, sondern auch die Funktionsfähigkeit des Netzes auf dem zuvor definierten Niveau ständig aufrechterhalten, überprüft und weiterentwickelt wird. Insofern sollte von Anfang an diskutiert werden, wie ein solches Qualitätsmanagement sowohl in sachlicher als auch personeller Hinsicht umzusetzen ist. Dabei können beispielsweise Anreize für die Einhaltung bestimmter Standards geschaffen werden. Auch ist grundsätzlich zu überlegen, ob eine zentrale Anlaufstelle, beispielsweise in Form eines Qualitätssicherungsbeauftragten, eingerichtet werden soll.

6. Mitglieder

Der Erfolg eines Verbundes hängt in erster Linie von den in ihm tätigen Mitgliedern, also den beteiligten Praxen ab. Insofern müssen Netzgröße und Netzstruktur auf die Bedürfnisse der Mitglieder abgestimmt werden. Vor allem die Frage qualitativer Auswahlkriterien ist hierbei ein wesentlicher Aspekt, der auch in berufsrechtlicher Hinsicht von Bedeutung ist (vgl. oben). So ist die genaue Festlegung von Qualifikationsmerkmalen bzw. der personellen und technischen Ausstattung der teilnehmenden Praxen von essenzieller Bedeutung, um die selbst gesteckten Ziele des Verbundes auch tatsächlich erreichen zu können.

Besonderes Augenmerk ist dabei allerdings auch auf die netzinternen Vereinbarungen zu richten. Gerade die verbindliche Festlegung von Regeln und Verhaltensstandards ist für einen einheitlichen Außenauftritt des Verbundes unerlässlich. Dabei sollte zudem auch geprüft werden, wie die Einhaltung der aufgestellten Regeln tatsächlich überprüft werden kann bzw. wie netzintern bestimmte Regelverstöße geahndet werden sollen.

7. Finanzen

Vor allem die finanziellen Aspekte sind es, die ungeachtet aller Qualitätsbestrebungen nicht vernachlässigt werden dürfen. So stellt sich zunächst die Frage, ob und in welchem Umfang finanzielle Verpflichtungen der einzelnen Mitglieder aufgebracht werden sollen. Dabei ist insbesondere von Interesse, ob der Betrieb des Netzes beispielsweise (auch) durch laufende Beiträge finanziert werden soll. Ein genauer Geschäfts- und Finanzierungsplan ist hierbei unerlässlich. Vor allem in der Gründungsphase des Verbundes ist genau zu prüfen, wie hoch der Investitionsbedarf zunächst ausfällt und welche Leistungen auch künftig und fortlaufend finanziert werden müssen. Dabei kann zudem geprüft werden, welche weiteren Finanzierungsquellen neben den eigentlichen Beiträgen der Gesellschafter erschlossen werden können. Auch die Frage der Gewinn- und Verlustaufteilung bzw. der steuerrechtlichen Beratung ist bereits im Vorfeld zwingend zu klären.

8. Netzstruktur

Die sorgfältige Analyse und Klärung der vorstehenden Fragen mündet letztlich in der Aufstellung des Konzepts und dabei in die Wahl der richtigen Rechtsform bzw. der konkreten Ausgestaltung des Gesellschaftsvertrages. Gerade die Vertragsgestaltung birgt jedoch im Einzelfall erhebliche Fehlerquellen, die Grundlage für künftige Auseinandersetzungen sein können.

Dies gilt in besonderem Maße dann, wenn der Verbund in Form einer GbR organisiert werden soll. Folgende Aspekte sind daher bei der Ausgestaltung des Gesellschaftsvertrages und bei der Festlegung der finalen Struktur besonders zu berücksichtigen:

- Festlegung des Gesellschaftszwecks
- Konkretisierung der einzelnen Gesellschafterpflichten einschließlich Treue- und Förderpflichten
- Ausgestaltung der Erbringung von Einlagen und Dienstleistungen
- Hervorhebung der strikten Unabhängigkeit der einzelnen Praxen im Hinblick auf die Behandlung der Patienten
- Regelungen zur Geschäftsführung und Vertretung
- Rechte und Pflichten der Gesellschafterversammlung einschließlich Bestimmungen zu den jeweiligen Mehrheitsverhältnissen
- Regelungen zur Aufnahme neuer Gesellschafter bzw. zum Ausschluss einzelner Ärzte
- Bestimmungen zur Auflösung der Gesellschaft

a) Leistungen der Gesellschafter

Der Gesellschaftsvertrag bedarf in jedem Falle eindeutiger Regelungen im Hinblick auf die einzelnen Leistungen der Gesellschafter. Dabei empfiehlt sich die explizite Herausstellung, dass sich die Gesellschafter zu enger kollegialer und kooperativer Zusammenarbeit und Kommunikation verpflichten. Zudem sind eindeutige und genaue Regelungen im Hinblick auf die Leistung finanzieller Beiträge zur Verwirklichung des Gesellschaftszwecks in den Gesellschaftsvertrag aufzunehmen, wobei als Orientierungspunkt regelmäßig das Kostendeckungsprinzip gelten dürfte.

b) Aufnahme neuer Gesellschafter

Die Größe von Praxisverbünden ist letztlich nicht rechtlich reglementiert und wird allein durch Zweckmäßigkeitserwägungen begrenzt. Vor allem aber die Tatsache, dass prinzipiell jedem, der die Qualitätsanforderungen des Praxisverbundes erfüllt, der Zugang zu gewähren ist (vgl. oben), führt in der Praxis sehr häufig dazu, dass auch zu späteren Zeitpunkten weitere Partner dem Verbund beitreten können. Insofern sollten jedoch bereits im Gesellschaftsvertrag Regelungen getroffen werden, die die Aufnahme neuer Gesellschafter nicht übermäßig erschweren oder sogar zur Handlungsunfähigkeit der Gesellschaft im Falle von Meinungsverschiedenheiten führen können.

c) Organe des Verbundes/Regelungen zur Geschäftsführung und Vertretung

Wesentliches Organ eines jeden Praxisverbundes ist letztendlich die Gesellschafterversammlung, da auf dieser Ebene die wesentliche Willensbildung der einzelnen Gesellschafter stattfinden dürfte. In Abhängigkeit von der konkret gewählten Rechtsform können daneben weitere Organe treten, wobei dies letztlich natürlich auch von der Größe des jeweiligen Praxisverbundes abhängig ist. Geht man vom Praxisverbund in Form einer GbR aus, so sollte neben der Gesellschafterversammlung zweckmäßigerweise auch ein Vorstand installiert werden. Vom gesetzlichen Leitbild des Bürgerlichen Gesetzbuches ist dabei die Vertretungsmacht nach außen an die Geschäftsführungsbefugnis geknüpft, wenngleich im Gesellschaftsvertrag auch anders lautende Regelungen vorgesehen sein können. Handelt es sich dagegen um eine GmbH, so ist die Geschäftsführung zwingend einem oder mehreren Geschäftsführern zu übertragen. Im Falle von sehr großen Strukturen empfehlen sich daneben noch weitere Organe, wie etwa die Einrichtung eines Aufsichtsrates. Im Einzelnen hängt die konkrete Ausgestaltung der Gesellschaft vor allem von Zweckmäßigkeitsgesichtspunkten, aber auch von den mit dem Verbund verfolgten Zielsetzungen ab und ist daher immer an den besonderen Erfordernissen des

Einzelfalls auszurichten. In jedem Falle ist dabei sicherzustellen, dass die Rechte jedes Einzelnen in hinreichendem Maße sichergestellt sind, ohne dass die Gesellschaft dabei zugleich handlungsunfähig durch zu viele Partikularinteressen wird. Insofern empfiehlt sich im Falle der GbR beispielsweise eine Regelung, nach der eine Einberufung der Gesellschafterversammlung zwingend erforderlich ist, wenn sie von mindestens 25 % der stimmberechtigten Gesellschafter verlangt wird. Wie die Beschlussfassung im Einzelnen ausgestaltet wird, ist weitgehend der Vereinbarung zwischen den Gesellschaftern überlassen.

In jedem Falle sollte – sofern der Praxisverbund in der Form einer GbR organisiert ist – eine Regelung dahingehend aufgenommen werden, wie mit unter Umständen fehlerhaften Gesellschafterbeschlüssen umzugehen ist. Insbesondere eine Frage der „Anfechtung“ derartiger Beschlüsse sollte zwingend geregelt werden. So empfiehlt sich beispielsweise eine Festlegung, dass Beschlüsse nach Ablauf einer Frist von einem Monat seit Beschlussfassung „bestandskräftig“ werden, das heißt, dass sie ab diesem Zeitpunkt nicht mehr mit rechtlichen Mitteln angegriffen werden können. Auch sollte bei der Frage der Ausübung der Stimmrechte darauf geachtet werden, dass durch schriftliche Bevollmächtigung die Ausübung des Stimmrechts auf einen anderen Gesellschafter übertragen werden kann. Gerade im Falle sehr großer Gesellschaften ist hierdurch sichergestellt, dass die Wahrung der eigenen Rechte sichergestellt ist.

Die Regelungen über die Gesellschafterversammlung sollten neben anderen Aspekten auch die folgenden Punkte beinhalten:

- Beschlussfassung innerhalb der Gesellschafterversammlung regelmäßig mit einfacher Mehrheit der anwesenden Gesellschafter, sofern nicht außerordentlich wichtige Aspekte der Gesellschaft betroffen sind
- Regelmäßige Durchführung der ordentlichen Gesellschafterversammlung, (mindestens einmal jährlich)
- Rechtzeitige Einberufung der Gesellschafterversammlung unter Angabe der zu behandelnden Tagesordnungspunkte
- Anfertigung einer Niederschrift über die gefassten Beschlüsse

d) Regelungen über die Auflösung der Gesellschaft

Vor allem (aber nicht nur) dann, wenn der Praxisverbund als GbR organisiert ist, empfehlen sich weitreichende und detaillierte Regelungen für den Fall, dass ein Gesellschafter die Kündigung erklärt. Dem gesetzlichen Leitbild der GbR nach führt nämlich die Kündigung eines Gesellschafters zur Auflösung der Gesellschaft. Insofern empfiehlt es sich, für den Fall der Kündigung eine sogenannte Fortsetzungsklausel zu vereinbaren, sodass die Gesellschaft auch ohne den ausscheidenden Gesellschafter fortgeführt werden kann.

F. SCHLUSSBEMERKUNG

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass bei der Gestaltung von Praxisverbünden eine Vielzahl von wirtschaftlichen und rechtlichen Aspekten zu berücksichtigen ist, die auf den ersten Blick vielleicht nicht immer einsichtig erscheinen mögen. Vor diesem Hintergrund empfiehlt es sich in jedem Falle, nicht nur bei der Gründung, sondern bereits auch in der frühen Konzeptionsphase eines Praxisverbundes, umfassende Rechtsberatung einzuholen, um die Gesellschaft nicht nur an den Gesichtspunkten Effizienz und Zweckmäßigkeit auszurichten, sondern vielmehr von vornherein mögliche Konfliktpotenziale zu vermeiden und der Gesellschaft somit langfristig zum Erfolg zu verhelfen.

STEUERLICHE GRUNDLAGEN

Steuerliche Rahmenbedingungen innovativer Versorgungsformen

Dipl.-Kfm. Wilfried Bridts

Vor dem Hintergrund der neuen gesetzlichen Regelungen im Gesundheitswesen erbringen zahlreiche Ärzte ihre Leistungen in steigendem Umfang im Rahmen von Netzwerkzusammenschlüssen, die in unterschiedlichen Rechtsformen organisiert sein können. Dies hat für die Beteiligten jedoch zahlreiche Auswirkungen auf ihre steuerliche Veranlagung.

ÜBERSICHT ÜBER DIE INHALTE DES BEITRAGES, DER IM HEFT REGIONALE VERSORGUNGSKONZEPTE ERSCIENEN IST

Einleitung

Einkommensteuer für Ärzte

Gewerbesteuer

Umsatzsteuer

- Steuern bei Gemeinschaftspraxen
- Steuern bei Organisationsgemeinschaften innerhalb des Netzes
- Steuern mit einer Managementgesellschaft
- Steuerliche Aspekte bei einer Management-GbR
- Steuerliche Aspekte bei einer Management-GmbH
- Steuerliche Aspekte bei einer Management-Genossenschaft
- Das Ärztenetz mit Sonderverträgen mit den Krankenkassen

Steuerliche Probleme im Zusammenhang mit der Integrierten Versorgung:

Systematischer Überblick

- Integrierte Versorgung und Problembereiche bei der Umsatzsteuer
- IV und die Umsatzsteuerbefreiung der ärztlichen Leistungen
- IV und Umsatzsteuerprobleme bei Zwischenschaltung einer Managementgesellschaft
- IV und Problembereiche bei der Gewerbesteuer

Schlussbemerkungen

Wenn Sie Interesse an diesem Beitrag und dem Heft „Regionale Versorgungskonzepte“ haben, kontaktieren Sie uns:

Berlin-Chemie AG
Abteilung Gesundheitsmanagement
Glienicker Weg 125
12489 Berlin
Tel: 030-6707-2193
Fax: 030-6707-2103
gesundheitsmanagement@berlin-chemie.de

BETRIEBSWIRTSCHAFTLICHE GRUNDLAGEN



Oliver Frielingsdorf

Diplom-Ingenieur
Geschäftsführer der Frielingsdorf Consult GmbH



Stefan Hoch

Diplom-Kaufmann
Consultant im Bereich Unternehmensberatung für betriebswirtschaftliche Praxisführung bei Frielingsdorf Consult GmbH

Was gilt es bei der Netzgründung zu beachten?

Der Schaffung einer geeigneten Struktur eines Netzes kommt eine besondere Bedeutung zu, da mit dieser die grundsätzlichen Möglichkeiten der Netzentwicklung bereits in der Aufbauphase festgelegt werden. Die Netzstruktur umfasst Regelungen für die Aufbau- und Ablauforganisation in einem Netz. Es geht hierbei also um die Festlegung, wie ein Netz funktionieren soll.

Nachfolgend werden folgende Fragen betrachtet:

- Welche Voraussetzungen müssen zur erfolgreichen Gründung eines Netzes gegeben sein?
- Welche Aufgaben gibt es im Netz und wer ist dafür zuständig?
- Welche Finanzierungsmöglichkeiten gibt es für Netze?
- Welche Bedeutung hat die Vergütung innerhalb eines Netzes?
- Inwieweit kann ein gemeinsames Datenmanagement helfen, Ziele des Netzes zu unterstützen?

Grundsätzlich ist beim Aufbau eines Netzes zu beachten, dass bereits mit der Wahl der Rechtsform die ersten Weichen für die Entfaltung der Netzstruktur gestellt werden. Aus diesem Grund müssen Überlegungen zur Wahl der Rechtsform und zur Ausgestaltung der Netzstruktur grundsätzlich parallel erfolgen. Hier wird jedoch nur die Netzstruktur im engeren Sinne betrachtet.

1. ERFOLGSVORAUSSETZUNGEN FÜR DIE NETZGRÜNDUNG

Überlegungen zur Gründung eines Netzes beginnen grundsätzlich mit einem (kleineren) Personenkreis, der sich zusammengefunden und der ein gemeinsames Ziel identifiziert hat. An die Gründung eines Netzes wird von diesem Personenkreis die Erwartung gestellt, eine Struktur zu schaffen, die hilft, die Beteiligten (z. B. autonome Ärzte und deren Praxen) über ausgewählte Themen und Projekte zusammenzuführen, um somit das gemeinsame Ziel erreichen zu können.

Beispiel: Im Rahmen eines unverbindlichen Stammtisches treffen sich regelmäßig je ein niedergelassener Nervenarzt, zwei Neurologen und ein Psychiater einer Region. Diese beklagen schleichende Honorareinbußen im Bereich der Gesetzlichen Krankenkasse (GKV) durch das sich laufend ändernde Vergütungssystem und durch allgemeine Strukturänderungen. Da die einzelnen Arztpraxen bisher autonom agieren, einigen sich die Ärzte des Stammtisches darauf, ein Netz zu gründen. Das Netz soll das Ziel haben, durch den Zusammenschluss die vorhandenen Potenziale der einzelnen Praxen zu bündeln und dadurch alternative Einnahmequellen erschließen zu können.

FESTLEGEN DER NETZZIELE

Ziele von Netzen können sehr unterschiedlich sein. Originär waren Arztnetze Zusammenschlüsse, die sich vor allem auf ein gemeinsames Marketing bezogen. Dazu gehören beispielsweise ein gemeinsames Logo, eine gemeinsame Internetseite und Flyer, gemeinsamer Einkauf und – zumindest im Privatbereich – eine gemeinsame Patientenansprache.

Auch gemeinsame medizinische Ziele, wie die Optimierung der regionalen ärztlichen Versorgungsqualität, finden sich schon lange in Arztnetzen wieder. Mit der Wandlung des deutschen Gesundheitssystems haben diese Ziele jedoch einen neuen Charakter erhalten. Marktbeobachtungen zeigen, dass in den meisten deutschen Arztnetzen drei Primärziele fest verankert sind:

- **Medizinische und organisatorische Ziele:**
Sicherung und ggf. Verbesserung der regionalen Versorgungsqualität durch abgestimmte Leistungserbringung im Netz.
- **Strategische Ziele:**
Ausbau der Stellung im regionalen Markt.
- **Monetäre Ziele:**
Verbesserung bzw. Erhalt der (ärztlichen) Vergütung.

Bevor ein Netz gegründet wird, sollte sich die (ärztliche) Kernzelle im Klaren darüber sein, was mit dem Netz überhaupt erreicht werden soll, also welche Ziele verfolgt werden. Bereits im Vorfeld lässt sich im Groben ableiten, welche Maßnahmen zur Erreichung der Ziele erforderlich sein werden. Der Umfang und die Komplexität des Maßnahmenkataloges können der Kernzelle als Anhaltspunkt dienen, um abzuleiten, welche Netzstruktur erforderlich ist.

Beispiel: Der Stammtisch möchte das Netz gründen, um alternative Einnahmequellen erschließen zu können (Ziel). Als Maßnahme ist dazu aus Sicht der Ärzte erforderlich, dass Direktverträge mit Kostenträgern abgeschlossen werden. Dazu sollen u.a. Behandlungen standardisiert, aufeinander abgestimmt und Möglichkeiten der Einsparungen für Kostenträger abgeleitet werden. Die Aufgaben sollen unter den Netzmitgliedern aufgeteilt werden. Innerhalb des Netzes soll es jedoch eine zentrale Stelle geben, die übergeordnete Aufgaben übernimmt und die Aktivitäten innerhalb und außerhalb des Netzes leitet. Die Ärzte sind sich einig, dass es für die übergeordnete Koordination und Leitung einen Vorstand geben muss. Weiterhin legen die Ärzte fest, dass die Konzeptentwicklungen idealerweise über Arbeitsgruppen erfolgen.

NETZSTRUKTUR FESTLEGEN

Es ist sinnvoll, die Grundstruktur eines Netzes durch die ärztliche Kernzelle festlegen zu lassen, bevor das Netz gegründet wird und sich weitere Personen oder Institutionen anschließen. Erfahrungen zeigen, dass in einer kleinen Gruppe weniger Schnittstellen vorhanden sind und Entscheidungen, insbesondere für die Netzstruktur, schneller getroffen werden können. Da eine ärztliche Kernzelle eines Netzes (z. B. 5 bis 10 Personen) aufgrund der geringen Personenzahl häufig die Netzziele nicht alleine umsetzen kann, muss im Vorfeld festgelegt werden, welche Personengruppen zur Unterstützung der Netzziele in das Netz aufgenommen werden müssen. Folgende Fragestellungen können zur Festlegung der infrage kommenden Netzmitglieder helfen:

- Welche Fachgruppen sollen aufgenommen werden?
- Müssen die Netzmitglieder bestimmte Qualifikationen haben?
- Ist das Netz auf eine bestimmte Region beschränkt?
- Gibt es eine Mindest- und eine Maximalanzahl von Mitgliedern?
- Welche weiteren Voraussetzungen müssen gegeben sein, damit eine Mitgliedschaft möglich ist? Gibt es ggf. weitere Ausschlusskriterien?

Beispiel: Die Ärzte des Stammtisches einigen sich darauf, dass zunächst niedergelassene Nervenärzte, Neurologen und Psychiater Mitglieder des Netzes werden können. Das Netz soll regional auf die drei umliegenden Landkreise beschränkt werden, weil damit vermutlich eine ausreichende, aber immer noch überschaubare Größe abgedeckt werden kann. Hinzu kommt, dass in den anderen benachbarten Landkreisen teilweise ähnliche Netze schon vorhanden sind, denen man sich aber nicht anschließen möchte. Ob auch fachgruppengleiche Krankenhausärzte Mitglieder sein dürfen, wollen die Netzärzte zu einem späteren Zeitpunkt entscheiden. Die Einbindung von weiteren Partnern und Förderern (z. B. aus der Pharmabranche) soll in jedem Fall erfolgen, jedoch erst, wenn das Netz in seiner Grundstruktur aufgebaut ist.

TRITTBRETTFAHRER-PROBLEM

Ein Problem im Zusammenhang mit der Gründung von Netzen ist häufig, dass sich Personen anschließen, die von vornherein nicht beabsichtigen, im Netz mitzuarbeiten. Die Mitgliedschaft wird von diesen Teilnehmern als Sicherheit angesehen, im Erfolgsfall an den Ergebnissen des Netzes partizipieren zu können. Eine Teilnahme solcher „Trittbrettfahrer“ am Netz kann meist nicht verhindert werden und findet sich in jedem Netz.

Wird jedoch die Anzahl der Trittbrettfahrer gegenüber den aktiven Mitgliedern zu groß, kann der gesamte Bestand des Netzes gefährdet werden, weil die Zielerreichung ausgebremst wird. Möglichkeiten, dies im Vorfeld zu verhindern, sind definierte Einstiegs- und Ausschlusskriterien.

Beispiel: Das Trittbrettfahrer-Problem ist der Kerngruppe bekannt. Als Einstiegs Kriterium wird deshalb festgelegt, dass mit einer neuen Mitgliedschaft ein Einstiegs geld in Höhe von 500 Euro und jeden Monat ein Mitgliedsbeitrag in Höhe von 100 Euro gezahlt werden muss. Die Gruppe hofft, dass dadurch nur Personen am Netz teilnehmen, die sich mit dem Netz identifizieren können und sich für den gemeinsamen Erfolg einsetzen werden. Weiterhin überlegen die Mitglieder, eine regelmäßige Übersicht zu erstellen, an der erkennbar ist, welches Mitglied sich an welchen Aktivitäten beteiligt hat. Ein Mitglied, das zwei Jahre hintereinander keine Netzaktivität wahrgenommen hat, kann ausgeschlossen werden.

WERTEKODEX VERABSCHIEDEN

In vielen Praxisnetzen fällt je nach Netzausrichtung auf, dass das Netz ein heterogener Zusammenschluss von ganz unterschiedlichen Mitgliedern ist. Dies ist plausibel, da die meisten ärztlichen Praxen in hohem Maße individuell geprägt sind. Grundsätzlich gilt, dass die Gemeinschaft der Netzmitglieder umso homogener ist, je eingegrenzter der Fachgruppen- und der regionale Bereich sind. Der Grad der Homogenität in einem Netz bestimmt entscheidend, ob Schnittstellenprobleme entstehen, die ggf. die Zielerreichung negativ beeinflussen. Schnittstellenprobleme können z. B. dadurch entstehen, dass die einzelnen Mitgliedspraxen unterschiedliche Auffassungen in Bezug auf bestimmte Vorgehensweisen (strategisch, organisatorisch oder medizinisch) haben.

Bei der Netzgründung sollte darauf geachtet werden, dass Schnittstellen identifiziert und Maßnahmen ergriffen werden, mit denen vorhersehbaren Reibungsverlusten an diesen Schnittstellen vorzubeugen ist. In der Praxis werden kritische Schnittstellen regelmäßig erst im Laufe der Zeit identifiziert, weil die Netzentwicklung dynamisch ist, um auf Umweltveränderungen reagieren zu können.

Beispiel: Nachdem die ärztliche Kernzelle des ursprünglichen Stammtisches einzelne fachgruppengleiche Ärzte aus der festgelegten Region angesprochen hat, haben sich der Gruppe mittlerweile 20 weitere Ärzte angeschlossen. Bei einem ersten Treffen wird deutlich, dass nicht klar ist, welche Regelungen für die grundsätzliche kollegiale Zusammenarbeit untereinander zu beachten sind. Mit der Gründung des Netzes beschließen die Mitglieder, einen gemeinsamen Wertekodex zu entwickeln, der Regelungen für das Verhalten innerhalb des Netzes und gegenüber Externen enthalten soll.

NETZ-FÜHRUNG BESETZEN

Eine wichtige Voraussetzung für die Netzgründung ist, dass von der Gruppe die personelle Besetzung der Netz-Führung (je nach Rechtsform Vorstand oder Geschäftsführer) festgelegt wird. Dabei ist darauf zu achten, dass die Netzführung folgende Eigenschaften mitbringen sollte:

- Fähigkeit und Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen
- Bereitschaft zu erhöhtem Arbeitseinsatz
- Fähigkeit zur Gruppenführung
- Durchsetzungsvermögen
- Diplomatisches Geschick
- Konsequente Zielorientierung
- Verhandlungsstärke
- Anerkennung in der Gruppe (Vorbildfunktion)
- Überblick und Koordination

Beispiel: Die Gruppe ist sich einig, dass aus dem Kreise der drei Initiatoren des Netzes die Führung besetzt werden soll, da diese insgesamt alle entsprechenden Eigenschaften abdecken und sich zur Übernahme dieser Aufgabe bereit erklären. Im Rahmen einer Netzgründungsveranstaltung sollen zwei der drei Initiatoren offiziell zum Vorstand und dessen Stellvertreter gewählt werden.

KOMMUNIKATION IM NETZ

Grundlegend für das Funktionieren des Netzes ist, dass die Mitglieder sich darauf verständigen, wie die Kommunikation untereinander erfolgt. Grundsätzlich kommen persönliche Treffen oder Telefon, Fax und E-Mail als Kommunikationsmedien infrage. Je nach Art des Kommunikationserfordernisses können diese Möglichkeiten unterschiedlich zum Einsatz kommen.

Beispiel: Die Mitglieder stimmen darüber ab, dass Vorstandssitzungen und Mitgliederversammlungen persönlich erfolgen, wobei die Termine frühzeitig festgelegt werden, sodass alle Mitglieder die jeweiligen Termine einplanen können. Reine einseitige Informationen (z. B. Terminbekanntgaben) sollen grundsätzlich per E-Mail verbreitet werden, da dieses Kommunikationsmedium von allen Mitgliedern genutzt wird und keine zusätzlichen Kosten verursacht. Arbeitsgruppentreffen sollen persönlich und Abstimmungen zwischen den Arbeitsgruppentreffen per E-Mail und telefonisch erfolgen.

MOTIVATION SCHAFFEN

Eine wichtige Erfolgsvoraussetzung zur Gründung eines Netzes ist, dass sich die beteiligten Mitglieder im Netz wiederfinden und sich mit dem Netz identifizieren können. Neben den Zielen und Werten des Netzes (s. o.) gehört dazu, dass die Netzarbeit nicht zur Belastung wird, sondern motiviert.

Insbesondere in der Aufbauphase eines Netzes stehen i. d. R. keine finanziellen Mittel zur Verfügung, um aktiven Netzmitgliedern deren Aufwand zu vergüten. Hinzu kommt, dass die Netzarbeit neben der originären Praxistätigkeit erfolgt, sodass nur eine eingeschränkte Zeit für die Netzarbeit zur Verfügung steht. Aus diesem Grund sollten die ersten Projektaufgaben in einem Netz überschaubar sein und in einer absehbaren sowie festgelegten Zeit erledigt werden können.

Bei erfolgreichem Abschluss eines (Teil-)Projektes sollte dies den gesamten Mitgliedern kommuniziert werden, sodass diese erfahren, dass die Netzentwicklung voranschreitet und die Mitglieder, die sich um die Erledigung der Aufgabe gekümmert haben, Anerkennung erhalten.

Beispiel: Da das Netz zum Ziel hat, die Potenziale der Netzmitglieder zu bündeln und einen Kassenvertrag abzuschließen, beschließt die Gruppe, zunächst einmal den Status aller Praxen zu erheben. Dazu werden zwei Mitglieder gebeten, einen Fragebogen zur Statuserhebung zu erstellen, an die Praxen zu verteilen und die Ergebnisse zusammenzustellen. Bei der Ergebniszusammenstellung wird u. a. festgestellt, dass 80 % der Praxen ein netzinternes Treffen für die leitenden Arzthelferinnen wünschen, damit auch diese das Netz vorantreiben können. Auch aus den anderen Ergebnissen ergeben sich einzelne Maßnahmen. Die Ergebnisse und die damit verbundenen Maßnahmen möchte der Vorstand unter Benennung und Dank an die beiden Projektleiter allen Mitgliedern per E-Mail zur Verfügung stellen.

ZUSAMMENFASSUNG

Anhand der nachfolgend aufgeführten Checkliste können die grundsätzlichen Erfolgsvoraussetzungen für die Netzgründung noch einmal kurz überprüft werden:

- Welche Ziele soll das Netz verfolgen und welche Maßnahmen werden dazu vermutlich erforderlich sein?
- Wer soll/kann Netzmitglied werden?
- Gibt es Schnittstellen im Netz, die die Zielerreichung negativ beeinflussen? Wenn ja, können diese durch Regelungen behoben oder minimiert werden?
- Wer übernimmt die Führung des Netzes?
- Wie erfolgt die Kommunikation im Netz?
- Wie wird die Motivation zur Durchführung der ersten Netzaktivitäten festgelegt?

2. NETZFUNKTIONÄRE UND AUFGABENVERTEILUNG

Unabhängig von der Rechtsform eines Netzes gibt es in den meisten Netzen eine klar strukturierte Aufgabenverteilung. Dies ist sinnvoll, da die Zielerreichung in einem Netz oft nicht einfach ist. Zum einen ist das Netz nicht das Hauptgeschäftsfeld der Mitglieder, zum anderen sind die Netzmitglieder teilweise sehr unterschiedlich. Dies erhöht den Grad der Komplexität eines Netzes, was eine klar strukturierte Aufgabenverteilung im Netz erforderlich macht, um die Netzziele erreichen zu können.

Die Verteilung der Aufgaben erfolgt meist auf einzelne, manchmal aber auch auf mehrere Personen des Netzes, die die Verantwortung haben, die jeweilige Aufgabe zu erledigen. Die Übernahme einer Aufgabe im Netz erfolgt freiwillig, jedoch sollte sich die Bestimmung des Verantwortlichen an dessen individuellen Kompetenzen orientieren. So ist beispielsweise nicht jedes Netzmitglied geeignet, die Funktion des Vorstandes oder Geschäftsführers zu übernehmen.

Hinsichtlich der Aufgaben ist zu unterscheiden, dass es Aufgaben gibt, die dauerhaft, und solche, die nur zeitweise im Netz bestehen. Die dauerhaften Aufgaben resultieren aus Funktionen, die sich aus der rechtlichen und organisatorischen Struktur des Netzes ergeben. Diese Funktionen müssen personell dauerhaft besetzt sein. Dazu zählen zum Beispiel:

VORSTANDSVORSITZ/ GESCHÄFTSFÜHRUNG UND VERTRETUNG

Der Vorstand oder Geschäftsführer sowie dessen Vertreter sind für die Leitung des Netzes und in diesem Zusammenhang für übergeordnete Entscheidungen zuständig. Die Netzleitung wird, je nach Rechtsform, meist für längere Zeit von den Mitgliedern bestimmt.

Für Netze, die in Form von Vereinen oder Genossenschaften gegründet sind, ist zu berücksichtigen, dass die Netzleitung (hier Vorstand) aus dem Kreise der Mitglieder kommt. Demgegenüber kann für Netze, die in anderen Rechtsformen bestehen (z. B. Personen- oder Kapitalgesellschaften) die Netzleitung (hier Geschäftsführung) auch aus externen Personen, also Personen, die nicht gleichzeitig Mitglieder sind, bestehen.

MANAGEMENT

Es ist möglich, dass der Netzleitung ein gesondertes Management als Stabstelle zur Verfügung steht. Das Management berät die Netzleitung hinsichtlich Netzentwicklung und Entscheidungen und übernimmt die Ausführung von Aufgaben im direkten Auftrag der Netzleitung. Das Management kann aus einer externen Person oder einer Institution bestehen, die nicht Mitglieder des Netzes sind. Beobachtungen zeigen, dass für das Netzmanagement meist Betriebswirte abgestellt werden, die Erfahrung im Bereich des Netzmanagements haben.

KASSENWART

Insbesondere bei Netzen in der Form von Vereinen und Genossenschaften findet sich die Funktion des Kassenwartes. Der Kassenwart ist zuständig für die Finanzmittel des Netzes und deren Verwendung. In diesem Zusammenhang trägt der Kassenwart Verantwortung für die korrekte Dokumentation und steht dazu in einem engen Kontakt zum betreuenden Steuerberater, der in seinem Auftrag tätig wird.

NETZSEKRETARIAT

Das Netzsekretariat kümmert sich um die allgemeine Verwaltung und den Back-Office-Bereich des Netzes. Diese Funktion wird umso wichtiger, je größer, komplexer und ausgereifter das Netz ist. Ähnlich wie beim Management zeigen Marktbeobachtungen, dass häufig für das Netzsekretariat keine eigenen Personen über das Netz angestellt werden, sondern dass diese Funktion an externe Unternehmen ausgelagert wird, die in diesem Bereich Erfahrung haben.

FORTBILDUNG UND QUALITÄTSMANAGEMENT

Um die Netzmitglieder auf einen möglichst einheitlichen Wissens- und Strukturstand in den angeschlossenen Praxen zu bringen, wird in vielen Netzen eine Person aus dem Kreise der Mitglieder bestellt, die sich um Fortbildungen und Qualitätsmanagement kümmert. Dies hilft, die Netzmitglieder zu homogenisieren.

DIALOGPARTNER(IN)

Um die Identifikation der angeschlossenen Mitgliedspraxen im Netz zu unterstützen, setzen einige Netze auf die Einrichtung der Funktion „Dialogpartner(in)“. In den Mitgliedspraxen wird dazu jeweils eine Arzthelferin bestimmt, die zentrale Ansprechpartnerin für Netzangelegenheiten in der Praxis ist. Darüber soll sichergestellt werden, dass das Netz auch auf der operativen Ebene funktioniert.

Neben den oben aufgeführten dauerhaften Funktionen im Netz gibt es auch Funktionen, die lediglich für eine bestimmte Zeit, nämlich bis zur Erledigung der Aufgabe, bestehen. Solche Aufgaben resultieren aus Projekten, wie z. B. „Definition eines Behandlungspfades“ für eine bestimmte Indikation. Projekte werden entweder von einer oder mehreren Personen durchgeführt. Sind mit der Durchführung eines Projektes mehrere Personen betreut, handelt es sich um eine so genannte Arbeitsgruppe. In einem solchen Projekt hat es sich bewährt, wenn eine Person aus der Arbeitsgruppe als Projektleiter bestellt wird. Dieser hat die Funktion, die Aufgaben innerhalb der Gruppe zu koordinieren.

3. NETZFINANZIERUNG

Bereits in der Aufbauphase eines Netzes sollte es einen klaren Plan zur Netzfinanzierung geben. Da sich Netze von ihrer ursprünglichen Funktion als reine Marketingverbünde immer mehr zu eigenständig funktionierenden Wirtschaftsunternehmungen hin bewegen, spielt die Finanzierung für den dauerhaften Bestand eines Netzes eine entscheidende Rolle. In Netzen werden heute Aufgaben gestellt, die den Verbrauch von finanziellen Mitteln als Investition für die Zielerreichung verursachen.

Beispiel: Ein Netz hat sich zum Ziel gesetzt, einen Kassenvertrag abzuschließen. Dazu möchte das Netz zunächst über eine Patientenbefragung herausfinden, welches Thema aus Sicht der Patienten geeignet ist und bei dem sich die Patienten auch in einen Vertrag einschreiben würden. Für die Durchführung der Patientenbefragung erwirbt das Netz eine Software, die einen geeigneten Fragebogen enthält und über die die Auswertung erfolgen kann.

Bei der Finanzierung eines Netzes können folgende Einnahmequellen unterschieden werden:

EINSTIEGS- UND MITGLIEDERBEITRÄGE

Einstiegs- und Mitgliederbeiträge, besonders bei Vereinen und Genossenschaften, sind klassische Finanzierungsmöglichkeiten eines Netzes.

In der Praxis zeigt sich, dass Beiträge eine erhebliche Steuerungsfunktion im Netz verursachen können. Je nach festgelegter Höhe der Beiträge werden nur solche Personen Mitglieder des Netzes, die sich mit dem Netz identifizieren können. Dadurch kann die Anzahl der inaktiven Mitglieder im Netz (so genannte „Trittbrettfahrer“) verringert werden.

SPONSORING

Je nach Ziel, Größe und Funktionsfähigkeit des Netzes, kann dieses für Unternehmen und Institutionen interessant sein, die für ihre eigenen Ziele eine Zusammenarbeit mit dem Netz als förderlich betrachten. Dazu zählen z. B. Pharmaunternehmen, Unternehmen des Heil- und Hilfsmittelbereichs, Krankenhäuser und Kliniken, Therapieeinrichtungen, Lieferanten etc.

Sofern das Netz diesen Interessenten keine unmittelbare und volle Netz-Mitgliedschaft anbieten möchte oder kann, besteht die Möglichkeit, diese als Partner oder Förderer aufzunehmen. In beiden Fällen wird das Netz durch Sponsorengelder unterstützt. Förderer haben hingegen eine engere Anbindung an das Netz, weil diese das Netz regelmäßig (z. B. monatsweise) finanziell unterstützen. In diesem Zusammenhang wird der Förderer auch häufig als Fördermitglied bezeichnet. So erhalten Förderer in der Praxis häufig auch das Recht, an Mitgliederversammlungen und ähnlichen Netzaktivitäten teilzunehmen. Sie haben dabei jedoch i. d. R. keine Entscheidungskompetenzen. Partner hingegen unterstützen das Netz sporadisch (z. B. Anmietung einer Standfläche bei einer Fortbildungsveranstaltung des Netzes) oder gewähren dem Netz und seinen Mitgliedern günstigere Konditionen als üblich (z. B. reduzierter Stundensatz eines Partner-Steuerberaters).

Die Möglichkeiten des Sponsorings sind sehr vielfältig. Netze, die Firmen und Institutionen eine Partnerschaft oder Fördermitgliedschaft anbieten möchten, sollten im Vorfeld prüfen, für wen dies interessant sein könnte, und einen Leistungskatalog mit festen Preisen definieren.

Beispiel: Ein Pharmaunternehmen möchte eine Fördermitgliedschaft bei einem Netz haben. Das Netz bietet dem Pharmaunternehmen an, dass das Logo des Unternehmens auf der Internetseite des Netzes fest eingebunden wird. Dafür zahlt das Unternehmen monatlich einen Betrag von 300 Euro an das Netz.

FINANZIERUNG AUS NETZARBEIT

Ist ein Netz erfolgreich aufgestellt, wird ggf. die Möglichkeit geschaffen, dass sich das Netz selber aus den Aktivitäten im Netz finanziert.

Beispiel: Ein erfolgreich arbeitendes Netz hat einen Direktvertrag mit einer großen Krankenkasse abgeschlossen. Das Netz hat sich bereit erklärt, den Vertrag zu verwalten und die Abrechnung zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer selber vorzunehmen. Das Netz berechnet (ähnlich, wie die Abrechnungsstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen) für die Vertragsverwaltung eine Gebühr und erzielt so im Jahr zusätzliche Einnahmen in Höhe von 10.000 Euro.

4. VERGÜTUNG VON NETZAKTIVITÄTEN ALS ANREIZINSTRUMENT

Insbesondere bei jungen Netzen zeigt sich, dass die Bereitschaft zur Übernahme von Aufgaben und grundsätzlichen Aktivitäten im Netz tendenziell zunächst hoch ist und dann im Laufe der Zeit abnimmt, sofern das Netz keine entsprechenden Gegenmaßnahmen einleitet. Für eine Abnahme der Aktivitäten in einem Netz gibt es verschiedene Ursachen. Besonders bedeutsam ist jedoch, dass bei Gründung eines Netzes Motivation und Erwartungen der Mitglieder zunächst hoch sind.

Eine positive Erwartungshaltung und die Lust auf Neues rufen entsprechendes Engagement hervor. Im Laufe der Zeit wird den Mitgliedern jedoch klar, dass die Ziele eines Netzes häufig nur schrittweise zu erreichen sind und dies entsprechende Zeit erfordert. Mit steigender Anforderung an die Netzarbeit wird diese zeitlich intensiver und kann auch die übliche Praxiszeit beschneiden. Erwartungshaltung und Engagement nehmen ab.

Der Vorstand eines Netzes sollte sich bereits frühzeitig mit einer möglichen Abnahme der Motivation der Netzmitglieder auseinandersetzen und überlegen, welche Maßnahmen ergriffen werden können, um dies zu verhindern. Erfahrungsgemäß ist es erforderlich, dass die Mitglieder für ihre Aktivitäten im Netz belohnt werden, indem sie eine Vergütung für ihren Aufwand erhalten. Voraussetzung dafür ist, dass das Netz entsprechende Finanzmittel bereitstellen kann (vgl. Vorkapitel).

Beispiel: Mittlerweile besteht schon seit drei Jahren ein Netz mit 30 Mitgliedern. Das Netz hat die Finanzierung über Mitgliederbeiträge und Partner-Sponsoring sichergestellt. Dem Vorstand des Netzes fällt auf, dass sich zwischenzeitlich immer nur die gleichen Personen an den Netzaktivitäten beteiligen. Alleine bei der letzten Mitgliederversammlung gab es lediglich eine Teilnahmequote von 40 %. Von den fehlenden Mitgliedern waren insgesamt zwei Personen entschuldigt. Die anderen Personen fehlten unentschuldigt. Auf einer außerordentlichen Mitgliederversammlung wird nun von den anwesenden Mitgliedern beschlossen, dass eine Vergütung für Aktivitäten im Netz eingeführt werden soll. Hierdurch soll die Motivation zum Mitmachen erhöht werden. Verschiedene Modelle werden diskutiert. Man einigt sich auf einen Stundensatz in Höhe von 50 Euro. Um sicherzustellen, dass das Vergütungsmodell nicht missbraucht wird, wird vom Netz eine gegenseitige Kontrolle eingerichtet.

5. DATENMANAGEMENT

Datenmanagement spielt für Netze, deren Ziel in einer gemeinsamen und aufeinander abgestimmten Behandlung von Patienten liegt, eine immer wichtigere Rolle. Erforderlich ist ein netzweites Datenmanagement, wenn Selektivverträge mit Krankenkassen abgeschlossen werden sollen. Zum einen fordern dies die Krankenkassen, zum anderen bietet ein gemeinsames Datenmanagement die Möglichkeit zum eigenen Netz-Controlling.

Jede Arztpraxis besitzt – unabhängig vom Netz – eine erhebliche Menge an Bestandsdaten. Dazu zählen z. B. quartalsweise erhobene Behandlungs- und Verordnungsdaten. Die Daten liegen in den einzelnen Praxisverwaltungssystemen brach und können für das Netz gehoben werden. Dies erfolgt durch eine Aggregation der Daten, für die es unterschiedliche Möglichkeiten gibt. Voraussetzung ist jedoch, dass die Daten pseudonymisiert werden. Dies bedeutet zunächst, dass aus datenschutzrechtlichen Gründen personen- bzw. patientenbezogene Daten so verschlüsselt werden, dass eine Rückverfolgung nicht mehr möglich ist. Der Patient selber kann damit nicht mehr identifiziert werden (so genannte Anonymisierung). Gleichzeitig erfolgt die Verschlüsselung in den einzelnen Praxen nach einem Schema, bei dem Patienten, die in mehreren Praxen parallel behandelt wurden, eine eindeutige Kennung erhalten. Dies bedeutet, dass im Rahmen der Datenauswertung gesehen werden kann, wie der Weg eines Patienten im Netz ist, jedoch nicht gesehen werden kann, wer der jeweilige Patient ist (so genannte Pseudonymisierung).

Mithilfe pseudonymisierter Daten aller Netzpraxen ist es möglich, Verhandlungen mit bestimmten Krankenkassen vorzubereiten. So kann es für das Netz vor Ansprache einer Krankenkasse strategisch interessant sein zu sehen, wie viele Patienten einer Krankenkasse im Netz behandelt wurden. Auch Selektionen nach Diagnosen etc. sind möglich.

Über das Management und die Interpretation bestehender Daten kann genau geprüft werden, welche Ansatzpunkte für einen möglichen Vertrag mit der Krankenkasse bestehen. Den Krankenkassen selber ist es i. d. R. nicht möglich, eine solche Datenauswertung für ein Netz vorzunehmen.

Neben dem oben beschriebenen retrospektiven Datenmanagement gibt es auch die Möglichkeit, ein gemeinsames Datenmanagement in Bezug auf die gemeinsame Patientenbehandlung zu nutzen (netzweite Patientenakte). Im Zuge des Datenmanagements können dann auch Befundberichte unter den Netzärzten schnell ausgetauscht werden. Weiterhin können Patientenpfade abgelegt werden und ein Zusammenschluss mit dem Datenverwaltungssystem eines Krankenhauses ist möglich.

In Bezug auf die technischen Lösungen des Datenmanagements in einem Netz gibt es verschiedene Möglichkeiten, wenngleich es bisher noch keine Ideallösung gibt. Beim retrospektiven Datenmanagement müssen lediglich die Bestandsdaten aggregiert wer-

den. Dazu gibt es verschiedene Unternehmen, die dies anbieten.

Für die Einrichtung einer alltagstauglichen gemeinsamen Patientenakte gibt es zum einen die Lösung, ein einheitliches Praxisverwaltungssystem für alle Netzpraxen anzuschaffen. Diese Lösung wird von vielen Netzen verworfen, weil dafür hohe Investitionen erforderlich sind, die die Netzpraxen nicht bereit sind zu tätigen. Eine andere Möglichkeit ist, Zusatzmodule einzusetzen. Es gibt Netze, die den Einsatz eines USB-Sticks nutzen, den der Patient mit sich führen muss und auf dem beispielsweise Befundberichte etc. gespeichert werden können. Mit solchen Lösungen entsteht jedoch immer ein Mehraufwand für die Praxen, da die Daten sowohl in das normale Praxisverwaltungssystem, als auch auf den separaten Netz-Datenträger gespeichert werden müssen.

Zum heutigen Zeitpunkt ist zu empfehlen, die Entwicklung neuer Lösungsmöglichkeiten, die kostengünstiger als die bisherigen sind, abzuwarten und so lange ausschließlich ein retrospektives Datenmanagement vorzunehmen.

Abbildung: Netz-Datenauswertung zur Indikation „Rückenschmerz“

RÜCKENSCHMERZ

Art der Rückenschmerzen	Anzahl der Patienten
Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	1.645
Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	573
Gesamtergebnis	2.218
Datenauswertung	
Verordnung 2008 gesamt	3.501.515,18 €
Verordnung 2008 pro Patient	1.578,68 €
AU gesamt 2008	2.353
AU-Tage pro Patient in 2008	1,06
KH gesamt 2008	134
Einweisungsrate pro Patient in 2008	6,04 %
Hausarztbesuche 2008 gesamt	13.369
Hausarztbesuche 2008 pro Patient	6,03
Facharztbesuche 2008 gesamt	9.669
Facharztbesuche 2008 pro Patient	4,36

KOMMUNIKATIVE GRUNDLAGEN



Siegmur Eligehausen

Journalist und Kommunikations- und Medienberater für Unternehmen der Gesundheitsbranche
Studium der Germanistik, Sozial- und Politikwissenschaften sowie Philosophie
Inhaber der Agentur Eligehausen Kommunikation in Hamburg

Kommunikation als Erfolgsfaktor der Integrierten Versorgung

Seit Januar 2011 gilt ein Beitragssatz für GKV-Versicherte von einheitlich 15,5 Prozent. Eine nicht unwichtige Ausnahme: Die Kassen können (und müssen) Zusatzbeiträge erheben, wenn sie mit den Beiträgen nicht auskommen. Damit gewinnt der Wettbewerb unter den Krankenkassen eine neue Dimension: Wer wirtschaftlich arbeitet, den besten Service und die attraktivsten Leistungspakete bietet sowie über die innovativsten Konzepte verfügt, wird im Konkurrenzkampf um die meisten Versicherten gewinnen. Dieser erhöhte Wettbewerbsdruck wirkt sich auch auf Gesundheitsanbieter und ihre Gesundheitsnetzwerke aus, die beispielsweise durch interessante IV-Verträge punkten können. Doch auch das beste Gesundheitsnetzwerk wird im zunehmenden Wettbewerb auf dem Gesundheitsmarkt langfristig nur dann bestehen, wenn es erfolgreich kommuniziert, Patienten gewinnt und Partner bindet.

VORBEMERKUNG

Integrierte Versorgung ist ein Zukunftsmodell, darüber seien sich viele einig, berichtete die Ärzte Zeitung in diversen Beiträgen Ende 2010. So will Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler ambulant und stationär besser verzahnen. Nach seiner Ansicht sollen Patienten künftig stärker sektorenübergreifend behandelt werden, als dies bisher der Fall sei. Zwar sei die Idee „nicht neu“, aber bisher seien alle Versuche, ambulant und stationär besser zu verzahnen, „suboptimal“ verlaufen, sagte Rösler anlässlich einer Handelsblatt-Tagung in Berlin. Auch die privaten Krankenversicherungen wollen diesen Weg stärker gehen.

An direkten Verträgen zwischen privaten Krankenversicherungen und Ärzten führe kein Weg vorbei. Auch der Aufbau von Zahnarzt- und Arztnetzen ist für Dr. Hans Josef Pick, Vorstand der Deutschen Krankenversicherung (DKV) ein wichtiges Element der von der DKV verfolgten Verzahnung von Versorgung und Versicherung. „Hier sehe ich für unser Haus noch weitere Ausbaumöglichkeiten“, erläuterte Pick in der Ärzte Zeitung. Dabei setze die PKV auf die Zusammenarbeit mit qualitätsorientierten Leistungsanbietern.

Unter der Überschrift „Gezielte Betreuung für teure Patienten. Kassen und Private wollen mit verbesserter Versorgung die Kosten senken“ berichtet die Financial Times Deutschland in ihrer Krankenversicherungs-Beilage vom 21. Dezember 2010 über das Hochkostenmanagement. „Das ist ein Thema, mit dem sich alle gesetzlichen Krankenkassen beschäftigen müssen“, sagt Dr. med. Karl Liese, Geschäftsführer der Beratungsfirma B-Lue Management Consulting. Die neuen Rahmenbedingungen für die Kassen haben den Handlungsdruck erhöht. „Jetzt schlagen sie bei den einzelnen Kassen voll durch“, sagt Liese. Das Hochkostenfallmanagement eigne sich gut für Versicherte mit schweren chronischen Erkrankungen und für Patienten, die eine Intensivpflege benötigen, etwa Unfallopfer mit Schädel-Hirn-Trauma oder Frühgeborene, sagt Mediziner Liese. Die Intensivpflege kostet nach seinen Angaben im Schnitt 130.000 bis 160.000 Euro im Jahr. „Wenn eine Kasse 200 oder mehr solcher Fälle hat, macht es Sinn, ein individuelles Fallmanagement aufzubauen.“

Aufgrund des medizinischen Fortschritts nehme die Zahl der Intensivpflegefälle pro Jahr zu – häufig sind das Patienten, die vor einigen Jahren ihre Krankheit oder ihren Unfall nicht überlebt hätten. Als Beispiele werden in dem FTD-Artikel die Hallesche Krankenversicherung, die AOK Hessen und die Vereinigte IKK mit ihren jeweiligen Hochkostenmanagement-Programmen genannt.

AUSGANGSLAGE

Stagnation bzw. leichter Rückgang, so kann die Situation der IV-Verträge Anfang 2011 beschrieben werden. Ein Grund: Überprüfung des Nutzens und Gelingens durch die Krankenkassen und infolge dessen Kündigung von Verträgen vor dem Hintergrund des Gesundheitsfonds. Ein grundsätzliches allgemeines Problem ist sicherlich, dass die kritische Masse weder für die Angebots- noch für die Nachfrageseite erreicht wird. Als Schwachpunkt kommt sicherlich weiter hinzu, die gewisse Zurückhaltung bei Patienten. Gründe hierfür sind sicherlich Schwächen der Patientenkommunikation und Vermarktung der IV-Netze, die insbesondere sowohl bei den Krankenkassen als auch in der Arztpraxis, die für den Patientenerstkontakt zuständig ist, festzustellen sind. Eine nichtrepräsentative Erhebung der Agentur des Verfassers im Vorfeld des KommGe, des Kommunikationskongresses der Gesundheitswirtschaft, hat in 2010 ergeben: Nur wenige Krankenkassen bewerben ihre IV-Verträge offen-siv und in allen ihren Medien. In etlichen Kommunikationsinstrumenten wird so beispielsweise auf den wirtschaftlichen Nutzen der Integrierten Versorgung abgehoben, statt auf die verbesserte Versorgung der Versicherten und Patienten. Von rund 50 Medizinischen Versorgungszentren in Hamburg und umliegenden Bundesländern, die IV-Verträge abgeschlossen haben, besitzen nur knapp die Hälfte eine Internetpräsenz, die wenig mehr Informationen als Namen, Anschrift, Öffnungszeiten und Telefonnummer bereithält, von der Darstellung der IV-Verträge und – Leistungen gar nicht zu sprechen. Wie also sollen die Versicherten und Patienten die Integrierte Versorgung verstärkt annehmen, wenn sie darüber und von den Angeboten wenig erfahren bzw. den persönlichen Nutzen darin nicht erkennen können?

So verwundert es nicht weiter, dass die Vorteile und Nutzen für Patienten und Versicherte in den Tagesmedien selten eine Rolle spielen, es dreht sich eher um die Kooperationen selbst, die die Akteure vermitteln. Auch die Kassenzeitschriften bilden da selten eine Ausnahme, es findet eine geringe „Bewerbung“ der eigenen Verträge statt, so überraschen auch nicht die Überschriften „Rabattverträge abgeschlossen“. Die Kommunikation der Integrierten Versorgung ist Vertragssache. Es bedarf der festen Regeln und Absprachen in der Kommunikation, so beispielsweise Budget, gemeinsames Erscheinungsbild (Marketing), Kommunikation mit Patienten in der Praxis, der Klinik und der Reha, aber auch bei den beteiligten Partnern, den Krankenkassen und Firmen. Die Absprachen betreffen daneben aber auch die Fragen der Veröffentlichungen, eigener Publikationen, Pressetermine und Krisenkommunikation des gesamten Netzes.

BEISPIELE FÜR DIE ERFOLGREICHE KOMMUNIKATION VON GESUNDHEITSNETZEN

In einer Pressemitteilung von Ende 2008 teilte die Debeka, Deutschlands größte private Krankenversicherung mit, dass sie das erste Privatärztliche Herznetz Deutschlands gestartet und einen Vertrag mit den Krankenhäusern des Albertinen-Diakoniewerkes in Hamburg unterzeichnet hat. Mit dabei ist die Firma PHTS Telemedizin, die bereits die Debeka-Versicherten mit telemedizinischen Leistungen versorgt. Roland Weber, Debeka-Vorstandsmitglied, erklärte dazu:

„Wir wollen mit dem Privatärztlichen Herznetz auch für das Gesundheitswesen insgesamt Möglichkeiten aufzeigen, die Versorgungsqualität für Patienten zu verbessern. Die Struktur des Herznetzes sowie die Einbeziehung der telemedizinischen Versorgung und die Zusammenarbeit mit qualitätsorientierten Partnern wird hierzu beitragen.“

Das erste Privatärztliche Herznetz nutzt die Erfahrungen, die insbesondere das Albertinen-Diakoniewerk mit anderen erfolgreichen Projekten gesammelt hat. Dazu gehören das Norddeutsche Herznetz und das Norddeutsche Orthopädienetz, beide Netze sind wesentlich auf Initiative des Albertinen-Diakoniewerkes entstanden. Organisiert werden sie von einer seiner Tochtergesellschaften, der GSB Deutsche Gesundheitssystemberatung GmbH. Die Ziele formuliert ihr Geschäftsführer, Andreas Reinert, so:

„Unser Geschäftsmodell ist es, sektorenübergreifende Versorgungsmodelle mit leitlinientreuen Behandlungspfaden zur Optimierung der medizinischen Prozesse zu entwickeln, umzusetzen und zu betreiben. Dabei wollen wir eine Evidenz-, Effizienz- und Effektivitätssteigerung im Rahmen einer Win-win-Situation für die Partner der Versorgungsmodelle erzielen. Es geht um die Bildung von hochwertigen medizinischen Versorgungsprodukten und -marken zum Wohle des Patienten.“

Das Norddeutsche Herznetz hat etwa 5.000 Patienten und stellt eine breite Kooperation vieler Partner aus dem Klinik- und Krankenkassenbereich dar. Mitglieder sind: Barmer Ersatzkasse, IKK Innungskrankenkasse Hamburg, HEK Hanseatische Krankenkasse, Partnerapotheken, TK Techniker Krankenkasse, Praxisnetz Süderelbe, Gesundheitsnetz Region Wedel, Ärztenetz Hamburg Nordwest, Hamburger Gesundheitszentrum, Ärztenetz Schleswig-Holstein eG, Gesundheitsnetz Elmshorn, Albertinen Krankenhaus, Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus gGmbH, Curschmann-Klinik, Kath. Marienkrankenhaus gGmbH, Ostseeklinik Schönberg-Holm, Herz-Reha Hamburg, Kompass Klinik Kiel, Berlin-Chemie AG, Medtronic GmbH, Astra Zeneca GmbH, Linde Gas Therapeutics GmbH & Co KG, Landesarbeitsgemeinschaft Herz und Kreislauf in Schleswig-Holstein e. V. und Herz in Form.

Sowohl das Norddeutsche Herznetz als auch das Norddeutsche Orthopädienetz verfügen über eine Reihe von Marketing- und Informations-Tools zur Kommunikation unter den Mitarbeitern, den Mitgliedern und mit Patienten. So erscheint drei- bis viermal jährlich die Herzzeitung bzw. die Orthopädiezeitung,

es stehen ferner Videos, Service-Telefone, Telefonsprechstunden, Sportangebote in Herzgruppen, Broschüren des Netzes und der Krankenkassen zur Verfügung. Übergeordnet führt das Albertinen-Diakoniewerk den IV-Kongress zum wiederholten Male durch, zu dem rund 500 Personen aus dem Expertenkreis kommen und Fragen der Integrierten Versorgung und des Gesundheitsnetz-Managements diskutieren.

Ein weiteres Beispiel für ein regionales Gesundheitsnetzwerk ist das Projekt Gesundes Kinzigtal GmbH, das auf die komplette Gesundheitsversorgung einer Region zielt. Betreiber und Treiber des Gesundheitsnetzes sind die AOK im Kinzigtal und die Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK). Anfang 2006 wurde dort ein Kooperationsvertrag zur Integrierten Versorgung geschlossen. Seit 2007 können sich auch Versicherte der LKK bei Gesundes Kinzigtal einschreiben. Der Vertrag läuft bis Ende 2014 und soll allen Versicherten der beiden Krankenkassen eine verbesserte Gesundheitsversorgung ermöglichen. Ende Oktober 2008 waren mehr als 4.000 Versicherte eingeschrieben, über die mit Gesundes Kinzigtal verbundenen Leistungspartner werden durchschnittlich rund 15.000 Versicherte haus- und fachärztlich erreicht. Das sind zwei Drittel aller Versicherten der beiden Krankenkassen. Gesundes Kinzigtal betreibt ein intensives Marketing über Internet, Flyer und Broschüren, auch ein Sommerfest mit viel politischer Prominenz fand große öffentliche Beachtung.

Aber auch andere Netze wie beispielsweise prosper/pro gesund, initiiert und betrieben von der Knappschaft, berichten von Erfolgen: Gedeiht die Netzarbeit, gewinnen Ärzte, Patienten und Kassen. So nehmen rund 200.000 Versicherte und 2.000 Ärzte an der IV-Versorgung teil. Bei einer Behandlung innerhalb des Gesundheitsnetzes ist der Versicherte von der Praxisgebühr befreit, rund 140 Euro spart der Versicherte durchschnittlich im Jahr. Nach Informationen der Knappschaft zeigen sich 97 Prozent der prosper- und proGesund-Versicherten zufrieden oder sehr zufrieden mit der IV-Versorgung. Integrierte Versorgung im Ärztenetz, das funktioniert, so zumindest lautet auch das Fazit des Netzes prosper Lausitz. Nach drei Jahren sind dort 30.000 Versicherte und 275 Ärzte eingeschrieben.

EINE PATIENTENSCHULUNG LOHNT SICH

„Eine Patientenschulung zu Selektivverträgen lohnt sich“, unter dieser Überschrift berichtet die Ärzte Zeitung Anfang Dezember 2010 über die Informationsarbeit einer Kardiologenpraxis in Baden-Württemberg. Hausarztverträge gebe es schon einige, jetzt kämen aber die ersten Facharztverträge hinzu. Doch wie informieren Ärzte und ihre Vertragspartner von Krankenkassenseite ihre Patienten und Versicherte über die Vorteile der Selektivverträge, damit diese sich auch in den Vertrag einschreiben? Eine Kardiologenpraxis in Ludwigsburg hatte eine zündende Idee: Die Praxis, in der fünf Ärzte gemeinschaftlich arbeiten, lud ihre 1.000 AOK-Patienten zu einer einmaligen Schulung ein. Dabei gibt es seit Ende 2009 in Baden-Württemberg einen Facharztvertrag mit der AOK. Niedergelassene Kardiologen, Fachinternisten und Versicherte der AOK können sich in diesen Vertrag einschreiben. „Jeden AOK-Patienten einzeln in der Praxis auf den Vertrag aufmerksam machen, das hätte einfach zu viel Zeit in Anspruch genommen“, so Dr. Ralph Bosch, einer der Kardiologen der Ludwigsburger Praxis. „So haben wir unsere etwa 1.000 AOK-Patienten angeschrieben und sie zu einer Informationsveranstaltung eingeladen“. Organisiert hat die Kardiologenpraxis die Veranstaltung gemeinsam mit der lokalen AOK in Ludwigsburg. Diese hat die Räume zur Verfügung gestellt. Auch das Programm und den Vertrag hat die Praxis gemeinsam mit der AOK erarbeitet, die zudem die Kosten für Versand und Druck übernommen hat. Die Ärzte haben vier Stunden den Vertrag vorgestellt. „Wir hatten die Patienten zu unterschiedlichen Zeiten eingeladen, sodass immer nur eine kleine Gruppe von Patienten den Vertrag zehn Minuten anhörte. Die Patienten konnten sich an Infoständen weiter informieren. 600 Patienten sind gekommen, davon haben sich 380 gleich vor Ort eingeschrieben, mittlerweile sind es 750 AOK-Patienten.“ Von den Patienten kam überwiegend Zustimmung. Inzwischen haben auch andere Praxen ähnliche Veranstaltungen durchgeführt.

KOMMUNIKATION ALS FESTER BESTANDTEIL VON GESUNDHEITSNETZEN

Der Aspekt der Kommunikation, und dazu gehören Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Marketingmaßnahmen und Krisenkommunikation, wird in Gesundheitsnetzen häufig vergessen oder noch zu wenig ernst genommen. Wenn Gesundheitsnetzwerke erfolgreich sein wollen, benötigen sie aber klare Kommunikationsziele und -regeln. Diese müssen vor dem Start vertraglich zwischen den Partnern festgelegt werden, das vermeidet Irritationen und Probleme im anschließenden Echtbetrieb. Ein derartiger Vertragspassus sollte folgende Punkte beinhalten:

- Wie und mit welchen Mitteln soll kommuniziert werden?
- Was wird wann und von wem nach außen kommuniziert?
- Welche Absprachen sind etwa bei der Herausgabe einer Pressemitteilung bzw. bei der Durchführung einer Pressekonferenz zu treffen?
- Wie sehen Logo, Erscheinungsbild, Internetauftritt etc. aus? Wer kümmert sich darum? Wie werden die Publikationsmittel finanziert?
- Wie soll das Krisenkommunikationssystem aussehen? Dies setzt ein Frühwarn- und Meldesystem zwischen den beteiligten Partnern voraus, um im Falle einer Krise bestmöglich Schaden vom Gesundheitsnetzwerk abzuwehren.

Im Allgemeinen folgen die Regularien der Kommunikation und des Marketings denen eines normalen Gesundheitsunternehmens.

WIE KOMMUNIZIEREN GESUNDHEITSNETZE?

Gesundheitsnetze bieten ihre Dienstleistungen in neuen Zusammenhängen an. Die angebotenen Dienstleistungen, sofern es sich um medizinische Leistungen handelt, sind in der Regel auf dem Markt in sektorspezifischer Angebotsform vorhanden, aber in der neuen Konstellation noch nicht im Markt etabliert. Um erfolgreich zu sein, müssen die Anbieter ihre Kundschaft erreichen und öffentlich wahrgenommen werden. Die Kommunikation von Gesundheitsnetzen sollte sich deshalb ehrgeizige Ziele setzen, sie sollte

offen und offensiv aufgestellt sein, zumindest in der Startphase. In der Folge ist es sinnvoll, interne und externe Netzwerke zu knüpfen. Sodann konzentrieren sich die Kommunikationsbemühungen auf feste Mediennetzwerke, die mit Informationen, insbesondere mit Erfolgen, Neuerungen und Personengeschichten versorgt werden. Auch regelmäßige öffentliche Gesundheitsveranstaltungen, die gemeinsam mit Medien durchgeführt werden, können sehr öffentlichkeitswirksame Effekte erzielen.

Die schwierigste Aufgabe besteht wohl in der Kommunikation mit den Versicherten und Patienten. Denn ihnen gegenüber gilt es, die Botschaften, für die das Gesundheitsnetz stehen will und kann, zu definieren und zu kommunizieren: Warum sollten die Patienten das Gesundheitsnetz in Anspruch nehmen? Worin bestehen die Vorteile gegenüber den Angeboten der Mitbewerber bzw. gegenüber herkömmlichen Behandlungen? Dies muss in einfache, nachvollziehbare Botschaften übersetzt und kommuniziert werden. Die Erfahrung zeigt, dass eine regelmäßige Kommunikation mit den Zielgruppen, beispielsweise über eigene Zeitungen, die Leistung und den Service, den die Mitarbeiter des Netzes vollbringen, wirkungsvoll unterstützen kann. Die interne Kommunikation im Gesundheitsnetz – von der Information im Intranet oder eigenen Seiten im Internet, per E-Mail oder über einen gedruckten Newsletter – gehört ebenso dazu wie Schulungen, Arbeitstreffen, Symposien o. ä.

PARTNER MIT KOMMUNIKATIONSERFAHRUNG SIND IM VORTEIL

Die noch immer vorhandene Auffassung von nicht wenigen Medizinern, „es reicht, wenn ich gute Medizin mache“, wird in Zukunft auch im PR-Wettbewerb der Gesundheitsnetze nicht erfolgreich sein. Wer sich zuletzt bewegt, hat verloren. Diejenigen Mediziner, die sich gemeinsam mit ihren Führungskräften und den Presseverantwortlichen auf eine offene und offensiv Kommunikationsstrategie für das Gesundheitsnetz verständigen, werden die Früchte ernten. Sie werden öffentlich besser wahrgenommen und machen mehr Patienten auf sich aufmerksam. Aktive PR wird ein Erfolgsfaktor für Gesundheitsdienstleis-

ter, deshalb haben Gesundheitsnetze mit Partnern, die bereits über Kommunikationserfahrung verfügen, bessere Voraussetzungen. Kleine Krankenhäuser und Einzelpraxen, die über weniger Finanzmittel verfügen oder die Notwendigkeit, Werbung und Kommunikation zu betreiben, noch nicht sehen, drohen im PR-Wettbewerb zu unterliegen. Nach wie vor stellt die Einweiser- und Patientenkommunikation Krankenhäuser und Gesundheitsnetze vor größte Probleme. Dazu gehört es auch, die Ärzte nachhaltig für eine aktive Beteiligung an den internen und externen Kommunikationsmaßnahmen zu gewinnen.

„BESSER SEIN“ FÜR DEN PATIENTEN – BOTSCHAFTEN EINES GESUNDHEITSNETZES

Ein Gesundheitsnetz muss besser sein und einen höheren Nutzen für den Patienten haben als herkömmliche Behandlungsformen! Und das müssen alle wissen: die Gesundheitspartner, die Krankenkassen, das Umfeld und die Öffentlichkeit sowie natürlich die Medien, die darüber berichten sollen. Dazu gehören wiederholte öffentliche Aussagen, die mit den Erfahrungen der Patienten und der Praxis der Mitarbeiter möglichst deckungsgleich sein sollten. Solche positiven Botschaften können beispielsweise auf den folgenden Aussagen basieren: Wir bieten ...

- gesicherte medizinische Versorgungsqualität
- qualifiziertes und ständig weitergebildetes Personal
- neueste medizinisch-technische Innovationen
- neueste Diagnose- und Therapiemethoden
- bessere und schnellere Abläufe
- bessere bauliche Voraussetzungen
- kürzere Wartezeiten und hohe Termintreue
- umfassende Information, Aufklärung und Kommunikation
- hervorragenden Service und gute Unterbringung
- mehr Zuwendung, Menschlichkeit und Freundlichkeit
- mehr Zeit zum Gespräch und/oder mehr Personal, insbesondere Ärzte zum Anfassen
- neue Aufgaben für die Beteiligten

Kliniken kommunizieren – mehr oder weniger erfolgreich – ihre Leistungen, ihre Produkte, ihre „Köpfe“, ihr Tun nach innen und außen. Bei Krankenkassen verhält es sich ebenso, wobei die Höhe des Beitragssatzes für eine große Versicherungsgruppe jahrelang eine bedeutende Rolle spielte. Andere Krankenkassen bewarben ihren Service und besondere Bestandteile des angebotenen Versicherungspakets. Privatversicherungen warben mit Chefarztbehandlung, kürzeren Wartezeiten, Vorzugsbehandlung durch die Gesundheitsanbieter und die Übernahme von fast allen Gesundheitskosten.

Die niedergelassenen Ärzte, also die Arztpraxen, betreiben Werbung in geringerem Umfang, und das erst seit Kurzem. Sie wollen durch Leistung, Wohnortnähe, kurze Wartezeiten, Service und persönliche Ansprache sowie freundliches Personal und vor allem durch eigene ärztliche Behandlung überzeugen. Ferner wollen sie durch Empfehlung von weiterbehandelnden Ärzten, Therapeuten und Kliniken sowie durch die Überweisung der Patienten an diese ihre Kompetenz aufzeigen. Ihre Kommunikation beruht im Wesentlichen auf dem Gespräch und dem gesprochenen Wort, gegebenenfalls werden Flyer und Broschüren von weiterbehandelnden Gesundheitsanbietern angeboten. Die Kommunikation zwischen den Mitarbeitern und den beteiligten Anbietern ist eingeschränkt, allenfalls sprechen die Experten miteinander. Auch die Kommunikation mit dem Patienten bzw. dem Versicherten ist auf das Kerngeschäft des Arztes, auf die Zeit der Behandlung in der Arztpraxis, der Facharztpraxis, der Klinik, auf den Kontakt mit der Krankenkasse, der Reha, der ambulanten Pflege usw. beschränkt. Eine vernetzte Kommunikation rund um die Erkrankung des Patienten findet im alten System nicht statt. Das heißt, wenn der Patient die Klinik nach einer erfolgreichen Behandlung verlassen hat, erfährt der Krankenhausarzt in der Regel nicht mehr, was aus dem Patienten geworden ist, ob die Behandlung tatsächlich erfolgreich war, wie es ihm geht, ob er zufrieden war oder was ihn gestört hat.

Gesundheitsnetze verändern diese starre Gesundheitswelt. Einerseits kommunizieren mehrere Beteiligte ein gemeinsames Medizin-Produkt, an dem jeder seinen Anteil zum Gelingen hat. Sie geben ein gemeinsames Versprechen für den Erfolg. Sie empfehlen ihr Gesundheitsnetz gegenüber klassischen Angeboten oder konkurrierenden Netzen. Andererseits geben die Akteure ihre Selbstständigkeit und ihre weiteren Aktivitäten, beispielsweise in anderen Fachrichtungen, mit weiteren Netzen oder mit anderen Anbietern nicht auf. Auch die beteiligten Akteure aus der Industrie müssen ihren Teil der gemeinsamen Kommunikation schultern und von sich aus für das Netz werben.

DAS GESUNDHEITSNETZ INTERN KOMMUNIZIEREN

Grundbedingung für ein Gesundheitsnetz ist, dass sich die Partner in der Sache einig sein müssen. Das Fundament dafür bildet ein stimmiges Konzept, das die Mitarbeiter, die Nutzer sowie die Öffentlichkeit überzeugen muss. Für das Gelingen eines Gesundheitsnetzes reicht es also nicht aus, dass die Führungspersönlichkeiten bzw. das Management davon überzeugt ist, das Richtige zu tun – es muss auch Überzeugungsarbeit geleistet werden. Am Anfang ist ein solches Netz das Werk von wenigen, die eine Idee und ein Konzept entwickeln. Ein gelungenes Netz, das erfolgreich arbeitet, ist aber die Sache vieler, die zum Gelingen beitragen. Und damit sie dies tun, müssen die Beteiligten überzeugt werden. Damit kommt unweigerlich die Kommunikation ins Spiel. Sie erklärt mit geeigneten Mitteln und Instrumenten, warum das Gesundheitsnetz gebraucht wird, welche Rahmenbedingungen es dafür gibt, welche Folgen es hat, was es für die Beteiligten bedeutet und schließlich, was jeder Einzelne tun kann und muss, damit das Netz erfolgreich ist.

GESUNDHEITSNETZE KOMMUNIZIEREN MIT IHREN ZIELGRUPPEN

Neben der Kommunikation mit den internen Zielgruppen, wie Mitarbeiter, Führungskräfte, Personalräte und Eigentümer, kommt es darauf an, mit den externen Zielgruppen zu kommunizieren. Ein Newsletter, gedruckt oder per E-Mail verschickt, kann sich wirksam an die Gesundheitspartner und Akteure der Gesundheitsbranche wenden und über die Aktivitäten des jeweiligen Gesundheitsnetzes berichten. Dabei können die Ereignisse, die bereits intern veröffentlicht wurden, Anstoß für Artikel und Meldungen sein.

Es geht im Wesentlichen darum, zielgruppenspezifisch zu kommunizieren und die Öffentlichkeit beständig zu informieren. Veranstaltungen zu Beginn oder zum Ende eines Jahres eignen sich dazu, Themen zu setzen und mit den Partnern in einen Dialog über künftige Ziele zu treten. Neben der klassischen Presse- und Öffentlichkeitsarbeit empfiehlt es sich, Journalisten zu Gesprächen, eigenen Seminaren (nur bei wichtigen Themen) und Fachvorträgen einzuladen. Zum Networking mit wichtigen Medienvertretern gehört auch, dass sich Führungskräfte mindestens einmal jährlich mit ihnen unter wenigen Augen treffen. Dabei können Themen angesprochen und vorgeschlagen sowie gemeinsame Projekte verabredet werden. Journalisten wollen natürlich Exklusivberichte angeboten bekommen. Wichtig ist dabei, die unterschiedlichen Interessen der jeweiligen Journalisten zu berücksichtigen und nur Vorschläge zu unterbreiten, die das Medium tatsächlich interessieren könnte. Abzurufen ist davon, sich nur auf ein oder zwei Medien zu konzentrieren. Man benötigt also eine sehr medien-spezifische Pressestrategie und für jedes Medium ein sehr spezielles Vorgehen.

Was für die Tageszeitungen gilt, lässt sich auch auf die Fachmedien übertragen. Es bringt wenig, Themen mit der Gießkanne über die Fachzeitschriften auszugießen und anzupreisen. Jedes Thema findet in der Regel nur einmal in der Fachwelt Beachtung, denn warum sollte Fachzeitschrift B einen Beitrag zu einem Thema veröffentlichen, das Fachzeitschrift A bereits vor drei Monaten abgehandelt hat. Jedes Fachmedium hat besondere Themenschwerpunkte. Das eine ist ein Autorenblatt, das andere von eigenen Journalisten verfasst. Will die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit erfolgreich sein, muss sie Themen identifizieren, konzipieren und für die jeweiligen Medien und Medienbereiche aufbereiten und anbieten können.

Ein Gesundheitsnetz sollte ebenso die Kontakte zur Politik und zu den Parteien pflegen. Dazu gehört auch, die Repräsentanten regelmäßig zu informieren, sie zu Veranstaltungen einzuladen und sich mit ihnen zwanglos zu treffen, um sich auszutauschen. Politik-Kommunikation steht immer in Abhängigkeit der Bedeutung des eigenen Gesundheitsnetzes und der Anlässe, die angeboten werden können. Dabei sollten sich die Repräsentanten des Netzes vor Selbstüberschätzung hüten. Das Interesse der Politik steigt aber mit dem Erfolg des Gesundheitsnetzes, der Bedeutung der beteiligten Partner und der Möglichkeit der Politiker, sich öffentlich positiv zu präsentieren. Die sogenannte Umfeldkommunikation braucht Zeit und basiert auf einer klugen Netzworkebildung aller Akteure nach außen. Und sie schafft viele Plattformen und Beteiligte.

ÖFFENTLICHKEITSARBEIT – DIE DIPLOMATIE DES GESUNDHEITSNETZES

Die Kommunikation spielt bei Gesundheitsnetzen eine besonders wichtige Rolle. Sie ist das Sprachrohr aller beteiligten Partner, sie erklärt die Pläne, Inhalte, Abläufe und die Umsetzung. Ist die Grundsatzentscheidung für ein Gesundheitsnetzwerk gefallen, müssen auch die einzelnen Schritte und die stufenweise Umsetzung kommunikativ begleitet werden. Nur so lassen sich Öffentlichkeit und Mitarbeiter anhaltend einbinden. Ein Problem darf bei Gesundheitsnetzen allerdings nicht verschwiegen werden: Viele Partner haben keine entwickelte Kommunikationsstrategie bzw. beschäftigen keine Kommunikationsexperten. Öffentlichkeitsarbeit wird bei ihnen, wenn überhaupt, nebenbei von der Verwaltung oder von den Ärzten selbst gemacht. Zuweilen werden Beratungsunternehmen oder PR-Agenturen als Sprachrohre beauftragt, was von der Sache her durchaus sinnvoll ist. Eine wesentliche Voraussetzung für das Gelingen der Gesundheitsnetzwerk-Kommunikation nach innen und außen besteht aber nicht nur in der detaillierten Kenntnis der Abläufe und der Partner, sondern auch in der dauerhaften Einbindung derselben in die Kooperation.

GESUNDHEITSNETZE BRAUCHEN MENSCHEN

In einem Gesundheitsnetz gibt es aus Sicht der Kommunikation „Köpfe“, Ärzte und Spezialisten, „Architekten“ und viele Akteure. Die „Köpfe“, also die Manager und Führungskräfte, sind in der Gesundheitszene meist bekannt, seltener jedoch in der Öffentlichkeit. Sie sind die Vordenker und Visionäre. Zugleich geben sie dem Unternehmen Gesundheitsnetz ein Gesicht. Nutzt ein Gesundheitsnetz die zur Verfügung stehenden Potenziale in Form ihrer Köpfe und Gesichter, so lässt sich die Außenwirkung in Medien und Öffentlichkeit ohne größeren Aufwand multiplizieren. Stehen diese Persönlichkeiten aktiv hinter dem Netz, kann es wohl nicht schlecht sein, so die Interpretation der Außenstehenden. Die Ärzte und Experten des Netzes sind die Repräsentanten gegenüber den Kunden. Sie stehen für hervorragende Gesundheitsleistungen und bilden mit ihren Mitarbeitern und ihrem Produkt die „Marke“ des Netzwerkes.

Gleichzeitig sind sie aktive Partner der Kommunikation. Die „Architekten“ leisten das Projektmanagement des Netzwerkes im Tagesgeschäft. Sie müssen selbst gut vernetzt sein, den Markt kennen, wissen, wie das „Doing“ funktioniert. Sie bereiten den konkreten Weg und kooperieren mit den Experten. Die „Akteure“, also die weiteren Mitarbeiter, stehen in direktem Dialog und Kontakt mit dem wichtigsten Kunden, dem Patienten. Sie leben die Verträge, erfüllen die Ansprüche und Erwartungen der Patienten im engen, täglichen Kontakt, sorgen für guten Service, sind Ansprechpartner der Patienten, vernetzen die unterschiedlichen Philosophien und Identitäten. Ohne sie geht im Netzwerk überhaupt nichts. Deshalb sollten die Mitarbeiter gut informiert und motiviert sein und Spaß an der Arbeit haben. Ein gutes Gesundheitsnetz zeichnet sich durch innovative Ideen, Konzepte und Strategien aus. Es betreibt Lobbyarbeit, Umfeldentwicklung, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Qualitäts- und Risikomanagement sowie Krisen- und Konfliktmanagement. Außerdem achtet es auf ein laufendes Controlling seiner Kommunikationsmaßnahmen.

ROLLE DER FÜHRUNGSKRÄFTE IN DER KOMMUNIKATION

Die Führungskräfte des Gesundheitsnetzes sind wichtige Repräsentanten nach innen und außen. Sie stehen für Qualität, Innovation und Wirtschaftlichkeit, sie führen ihre Mitarbeiter und fördern die Identifikation mit den Aufgaben und Zielen des Gesundheitsnetzes. Darüber hinaus sind sie auf verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen präsent. Hinzu kommt, dass sie als Themengeber fungieren und zugleich Akteure der Netzwerk-Kommunikation sind. Deshalb ist dringend zu empfehlen, dass sich die Führungskräfte des Netzes, quasi die „Marke“, eng mit den Kommunikationsverantwortlichen oder der beauftragten externen Agentur vernetzen. Diese besitzen in der Regel sehr gute Kontakte zu den Medien und wissen, wie die Medien „ticken“. Sie kennen die Tipps und Tricks, die im Umgang mit Journalisten wichtig und entscheidend sind. Die PR-Profis haben die Aufgabe, die „Gesichter“ des Netzwerkes bei aktuellen Anlässen zu unterstützen und „holen raus“, was möglich ist. Und in Krisensituationen sind sie das Sprachrohr, um Schaden vom Gesundheitsnetz und seinen Akteuren fernzuhalten.

Damit das Netz mit „einer Stimme“ sprechen kann, laufen die Pressekontakte über die Presseverantwortlichen. Diese planen und steuern auch die gemeinsamen Medienauftritte in Absprache mit den Führungskräften des Netzes. Fehlgeleitete Journalistenanfragen sollten dabei an die Pressestelle des Netzes weitergegeben werden, um vor bösen Überraschungen im Erstkontakt geschützt zu sein. Die Presseverantwortlichen vermitteln auch Interviewwünsche und Rechercheanfragen der Medien. PR-Profis und Medizin-Experten bilden ein Team. Wie können die Führungskräfte die Kommunikation unterstützen? Sie sollten dafür sorgen, dass in ihren regelmäßigen Teamsitzungen mindestens einmal monatlich über Presse- und Öffentlichkeitsarbeit gesprochen wird. Themenbereiche können dabei sein:

- aktuelle Beschwerden
- Schadensfälle
- Themen für Mitarbeiterinfo oder Patientenzeitung
- Neuigkeiten von Kongressen
- Ehrenämter, Preise, Auszeichnungen
- neue Therapien, neue Geräte
- personelle Veränderungen und Jubiläen
- Behandlung von VIPs
- Erstellung von Flyern und Broschüren
- Medienkooperationen
- Veranstaltungen

Das hilft einer offensiven Presse- und Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen eines Gesundheitsnetzes, weil es einen Überblick ermöglicht. Themen werden zusammengetragen, die schließlich strukturiert und koordiniert nach außen getragen werden können. Für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit sind Strategie und Planung wichtige Voraussetzungen für erfolgreiches Handeln.

Eine besondere Rolle für die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit spielt außerdem das Sekretariat, denn es ist vielfach die Visitenkarte gegenüber Patienten, Mitarbeitern, Geschäftspartnern und Journalisten. Die Sekretärinnen koordinieren Publikationen in der jeweiligen Abteilung, planen Termine der Führungskräfte und haben den Überblick. Deshalb sind sie über die Kommunikation und ihre Maßnahmen zu informieren und möglichst eng einzubeziehen.

Sie können helfen, die Themen für die Pressearbeit voranzubringen und unterstützen bei Veranstaltungen für Einweiser, Patienten und Partner. Für gute interne Netzwerke und für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit sind sie unverzichtbare Akteure.

Vielfach entsteht die Frage, wer soll die Kommunikationsarbeit leisten: interne oder externe Spezialisten. Grundsätzlich ist sicherlich beides möglich, dafür gibt es Gründe vor Ort und entsprechende Erfahrungen. Natürlich steht eine solche Entscheidung im Zusammenhang mit den Akteuren, dem Netzwerk selbst sowie den zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen. Denkbar ist auch eine Mischform, bestehend aus einer kleinen Arbeitsgruppe unter Einbeziehung der Pressestellen der beteiligten Unternehmen plus einer externen Agentur, die für das Tagesgeschäft sorgt. Liegt das Netzwerk-Management in Händen eines professionellen Betreibers, so kann vieles dafür sprechen, dass ihm auch die Kommunikationsaufgaben übertragen werden.

GESUNDHEIT UND KUNDENSERVICE – EIN THEMA FÜR MEDIEN UND ANDERE PARTNER

Viele Medien haben dem steigenden Interesse vieler Menschen und der wachsenden Nachfrage einer älter werdenden Gesellschaft bereits Rechnung getragen. Im Interesse ihrer Leser, Hörer und Zuschauer sehen die Redaktionen ihre Aufgabe auch im Servicebereich. Ärzte-Rankings, Klinik-Vergleiche, aber auch erste Vergleiche von Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten sind Gegenstand medialer Berichterstattung. Vielfältige Medien-Kooperationen zwischen Zeitungen und Kliniken sowie Gesundheitsanbietern bzw. zwischen Zeitungen, Radio- und TV-Sendern sind entstanden. Die beteiligten Gesundheitsdienstleister haben begriffen, dass Presseberichte die Reichweite und Glaubwürdigkeit ihrer eigenen Kommunikationsaktivitäten erhöhen und in der Öffentlichkeit positive Wirkung zeigen.

GESUNDHEITSNETZ UND MEDIEN

Ein Gesundheitsnetz agiert offensiv und offen gegenüber den Medien und sucht nach Möglichkeiten für Kooperationen. Sich als Opfer der Medien zu verstehen, lähmt die Beteiligten und lässt Chancen für eine breite positive Außenwirkung außer Acht. Gesundheitsnetze gestalten ihre Kommunikationsaktivitäten aktiv und geplant. Um andererseits nicht von Medien abhängig zu sein, brauchen sie eigene Instrumente, um die Öffentlichkeit zu informieren. Das können Zeitungen, Flyer oder Broschüren sein ebenso wie ein nutzerfreundlicher Internetauftritt und natürlich Veranstaltungen. Professionelle Presse- und Öffentlichkeitsarbeit von Gesundheitsnetzen nutzt dabei alle ihr zur Verfügung stehenden Instrumente wie: Pressemitteilung, Pressekonferenz, Interview, Hintergrundgespräch, Internet, Medienkooperation, Newsletter für verschiedene Zielgruppen (Patienten, Kunden, Gesundheitspartner, Partner der Gesundheitswirtschaft), Mitarbeiter-Infos, Fachkommunikation für medizinische, gesellschaftliche und Managementthemen.

BEISPIELE FÜR MEDIEN-KOOPERATIONEN

Journalisten und Medien suchen nach Gesundheits- und Medizinthemen, die sie möglichst exklusiv präsentieren können. In diesem Bereich haben auch Gesundheitsnetzwerke einiges zu bieten, was viele Leser, Zuhörer und Zuschauer interessiert: Berichte über neue Therapien und Medizintechniken sowie Geschichten von Mitarbeitern und Patienten, sofern diese mit einer Berichterstattung über sie einverstanden sind.

Gegenüber einer Anzeige in einer Zeitung überzeugen Berichte in den Medien durch eine höhere Glaubwürdigkeit. Sie sind eben von neutraler, d. h. von redaktioneller Seite für gut befunden worden. Viele Medien haben Interesse an einer engeren Zusammenarbeit – in Form von Sprechstunden, Veranstaltungen, Serien oder Sonderpublikationen – selbstverständlich unter Wahrung ihrer redaktionellen Unabhängigkeit. Diese Möglichkeit sollten Gesundheitsnetze nutzen, denn sie erlangen damit eine größere Reichweite und eine gezieltere Platzierung ihrer Themen. Für die an einer Medienkooperation beteiligten Akteure ergibt sich neben dem Imagegewinn eine bessere Kundenbindung, die in der Regel auch zu einer höheren Nachfrage nach den Gesundheitsdienstleistungen bei Patienten führt. Und nicht zu vergessen: Eine Medienkooperation schafft einen intensiveren Kontakt mit den beteiligten Medien und möglicherweise auch ein „offeneres Ohr“, zumindest aber mehr Fairness, bei eigenen Krisen.

Gute Beispiele für erfolgreiche Medienkooperationen sind die Veranstaltungsreihen Hamburger Gesundheitsforum, Medizin hautnah und Unternehmen Gesundheit.

Weitere Medienkooperationen werden von vielen Kliniken auf dem Gebiet der Printmedien betrieben. Das Universitätsklinikum Münster kooperiert mit den Westfälischen Nachrichten (WN), die eine vierteljährlich erscheinende Beilage „forschen und heilen“ in einer Auflage von mehr als 140.000 Exemplaren verbreiten.

Die Universitätsklinik Leipzig unterhält eine Kooperation mit der Leipziger Volkszeitung. 14-täglich erscheint eine Patientenzeitung, die von der LVZ erstellt und im Uniklinikum verteilt wird. Darüber hinaus gibt es auch interessante Kooperationen mit Wochenblättern, beispielsweise arbeitet die Wochenzeitung „Hallo“ mit dem UK Münster zusammen. Diese Zusammenarbeit, bei der Mediziner zu populären Gesundheitsthemen schreiben, firmiert als feste Rubrik unter einem eigenen Logo.

Auch Gesundheitsnetze sollten die Möglichkeiten nutzen, in bereits bestehende Medienkooperationen einzusteigen oder eigene zu initiieren. Für hauptsächlich auf der lokalen Ebene aktive Gesundheitsnetze empfehlen sich durchaus Formen festerer Zusammenarbeit mit den jeweiligen kostenlosen Wochenblättern.

DAS GESUNDHEITSNETZ PRÄSENTIERT SICH: NEUJAHRSEMPFANG UND ANDERE PLATTFORMEN

Ein Gesundheitsnetz braucht Veranstaltungsplattformen, um sich zu präsentieren und um die Netzwerkaktivitäten auszuweiten. Die Teilnahme an geeigneten Kongressen empfiehlt sich ebenfalls. Eine gute öffentliche Präsentation entfaltet ihre positive Wirkung nicht nur nach außen, sondern auch nach innen, an die Mitarbeiter gerichtet. Bei allen Veranstaltungsaktivitäten geht es darum, viele Unterstützer für das eigene Tun zu finden und Zustimmung zu bekommen. Ein Neujahrsempfang ist beispielsweise eine gute Gelegenheit, um Vertreter der lokalen bzw. Landespolitik, Gesundheitspolitiker, Gesundheitspartner, Zulieferer und Gesundheitswirtschaft, Förderer und Freunde, wichtige Personen des öffentlichen Lebens und Journalisten zu erreichen. Dabei sollte die Veranstaltung hochkarätig besetzt sein, um ein Zeichen zu setzen, das der Bedeutung der Veranstalter entspricht. Auch die Wahl der Lokalität sollte mit Bedacht gewählt sein. Nach einer kurzen Begrüßung der Gäste und einer Bilanz durch einen „Kopf“, ein „Gesicht“ des Gesundheitsnetzes sollten maximal ein oder zwei Grußworte folgen. Im Zentrum eines Neujahrsempfangs kann ein Fachvortrag eines renommierten Gesundheitsökonomen oder eines einflussreichen Politikers stehen, der nicht überall zu sehen oder zu hören

ist. Der Nutzen liegt sicherlich im Imagegewinn und im Networking, gleichzeitig kann das Gesundheitsnetz Selbstbewusstsein und Kompetenz zeigen. Ferner besteht Gelegenheit, strategische Jahresthemen zu verankern.

KOMMUNIKATION VON KRISEN UND BESONDEREN VORKOMMNISSEN

Jede Krise fängt einmal klein an. Auch Gesundheitsnetze sind vor Fehlern nicht gefeit. Überall dort, wo Menschen arbeiten, passieren Fehler. Die Krisenkommunikation ist die Königsdisziplin innerhalb der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Sie ist wichtig, aber nicht einfach und braucht feste Strukturen wie etwa Melde- und Informationssysteme vor und nach der Krise. Die Partner des Gesundheitsnetzes sollten sich im Falle größerer Krisen gegenseitig informieren und ggf. über geeignete Maßnahmen beraten. Auf der Ebene der Presseverantwortlichen sind regelmäßiger Informationsfluss und Besprechungen ratsam.

Unter besonderen Vorkommnissen ist zu verstehen:

Außergewöhnliche Ereignisse, die wesentliche innerbetriebliche Auswirkungen haben können oder unter Umständen die Leistungsfähigkeit des Unternehmens maßgeblich beeinträchtigen, die erhebliche Schäden verursachen, die polizeiliche oder staatsanwaltliche Ermittlungen auslösen oder durch die mit Medienberichterstattung zu rechnen ist.

Dies können besondere Vorkommnisse sein: außergewöhnliche Todesfälle von Patienten, Mitarbeitern, Angehörigen usw., Suizide, Medikationsirrtümer, Behandlungsfehler (vertauschtes Knie), massive Beschwerden von Patienten bzw. deren Angehörigen, Stürze von Patienten, Mobbing, Gewalt, Entführung von Neugeborenen, Kleinkindern, Kindesmisshandlung, Behandlung von Prominenten (erhöhtes Medieninteresse, mögliche Beeinträchtigung der Gesundheitseinrichtung, deshalb mit den VIPs abgesprochene Kommunikation zwingend erforderlich), schwere Unfälle, Streiks, Salmonellen, Legionellen, Bauschäden, Baulärm.

EXKURS: COMPLIANCE FÜR IV-NETZE?

Manager und Verantwortliche tragen Verantwortung für Fehler in ihren Unternehmen, juristisch und finanziell. Auch an Schnittstellen von IV-Netzen kann dies von Bedeutung sein. Die Folge ist ein erhebliches Haftungsrisiko für Beteiligte und Einzelunternehmen, wenn sie für Gesetzesverstöße und strafbares Verhalten eintreten müssen. Der Imageverlust tut dann ein Übriges. Das Thema Compliance geriet durch die jüngsten ‚Skandale‘ um Gesundheitsdienstleister in Berlin und München in den öffentlichen Fokus. Vor allem in sensiblen Bereichen wie Krankenhäuser, aber auch Arztpraxen birgt der Alltag mit der modernen Hochleistungsmedizin und komplizierten Abrechnungs-, Finanzierungsmechanismen, mit Zeit- und Kostendruck Gefahren für Fehler und Überwachungs-lücken. Hier sind klare Regularien mit Risikoanalysen, Zuständigkeiten und Kontrollmechanismen notwendig. Nach Auffassung des Autors berührt dies auch die Zusammenarbeit in Netzen der Integrierten Versorgung.

EXKURS: VON DEN SCHWIERIGKEITEN IN DER ARZTPRAXIS

Bekanntlich verfügen die in ein Versorgungsnetz eingebundenen niedergelassenen Ärzte über die geringsten Ressourcen hinsichtlich Personal, Kommunikation und finanziellen Möglichkeiten. Größere Ärztenetze mit gelebter Praxis bilden hier möglicherweise die Ausnahme. Grundsätzlich sollten Publikationsmittel zentral aus dem Netz heraus der Arztpraxis zur Verfügung gestellt und gesteuert werden. Doch damit erreichen die Informationen und Broschüren noch längst nicht die Patienten. Zum einen liegt es sicherlich an der wirtschaftlichen Bedeutung des jeweiligen IV-Vertrages für die Arztpraxis. Kurz gesagt: je geringer der Umsatz, desto reduzierter das Interesse. Andererseits: Viele Niedergelassene sehen sich nicht als Kommunikator und Multiplikator eines Gesundheitsnetzes. Und es fehlt vielfach auch die Überzeugung von der Güte und dem Nutzen eines solchen.

Nicht selten sind die niedergelassenen Ärzte die sog. Lehmschicht der IV-Verträge. Schaut man sich mal in einer normalen Arztpraxis um, die Teil eines IV-Netzwerkes ist, so findet man die üblichen Zeitschriften des Lesezirkels sowie hier und dort noch einige IGeL-Angebote (Individuelle Gesundheitsleistungen). Es gibt zumeist nichts über die Praxis selbst, ihre Kooperationspartner, ihre Netzwerke, ihre IV-Verträge und deren Netzwerke. Dabei gibt es in dieser Hinsicht ja gar nichts zu verbergen. Im Gegenteil: Der Patient braucht Transparenz, Klarheit, Offenheit, Kompetenz und begründete, nachvollziehbare Vorschläge und Empfehlungen. Dann kann der Praxisarzt sich auch für ein Versorgungsnetz stark machen. Ein solches Vorgehen vergrault und vertreibt keine Patienten! Denn die Entscheidung für oder gegen das Netz liegt immer noch bei ihm.

„Ärzte sind Führungskräfte und keine Handlungsreisenden“, so titelte die Ärzte Zeitung am 5. März 2009. Der ÄZ-Kolumnist greift darin die aktuelle Honorarreform auf, die nach seiner Auffassung die Ärzte verstärkt in Leistungen jenseits des GKV-Spektrums zwingt. Der Autor warnt vor Fehlentwicklungen: Ärzte müssten aufpassen, was zur Praxis passe. Berater würden Ärzten versprechen, durch bessere „Kundenbindung“ einen höheren Umsatz zu erreichen. „Das ist ein grandioser Irrweg, denn ein Service richtet sich primär nach den Wünschen der Klientel. Das ist aber in Sachen Diagnostik und Therapie – abgesehen von der Organisation – nicht die Aufgabe der Doctores“, so der Autor. Er bringt es für etliche niedergelassene Ärzte auf den Punkt: „Es mag gestrig und autoritär klingen, aber es hilft nichts: Ärzte sind Führungskräfte und keine Handlungsreisenden“.

Die einzig krisenfeste Grundlage jeder Praxis sei der fachliche Respekt der Patienten vor Ärztin und Arzt, so der Autor. Gehe das Ansehen verloren, dann könne die Pleite in Sichtweite geraten. Ist der Kolumnist, der sicherlich vielen Ärzten des niedergelassenen Bereichs aus dem Herzen spricht, der Meinung, dass der Arzt eine Gesundheitsdienstleistung im Sinne seiner Patienten erbringen will, dann hat er in vielem Recht. Andererseits gehen der Wandel des Gesundheitssystems und die künftige Rolle des Arztes in vernetzten Systemen und Strukturen an ihm vorbei. Deutlich wird die Schwierigkeit, die Arztpraxis als wichtige Kommunikationsstelle effizient und aktiv in das Gesundheitsnetz einzubinden. An dieser Stelle ist keineswegs über das aktuelle und allgemeine Selbstverständnis von niedergelassenen Ärzten zu diskutieren. Nur so viel: Wenn niedergelassene Ärzte Führungskräfte sind, dann müssen sie führen und kommunizieren, weil es keine Führung ohne Kommunikation gibt. Wenn sie also Teil eines Gesundheitsnetzes sind, dann obliegt ihnen auch die Kommunikation über das Gesundheitsnetz an ihrer Schaltstelle.

Die Differenzierung der Patienten kennt der niedergelassene Arzt längst, Privatversicherte und gesetzlich Versicherte, die Unterscheidung geht ihm von der Hand und von den Lippen. Das weiß jeder. Wie jetzt mit den Verträgen umgehen? Wer soll es richten? Ohne hier Zweifel an Führungs- und Kommunikationsfähigkeiten von niedergelassenen Ärzten zu erheben, kann der gangbare Weg nur ein einfacher und pragmatischer sein. Der niedergelassene Arzt soll für medizinische Kompetenz stehen. Er klagt häufig über mangelnde Zeit für seine Patienten, also benötigt er Unterstützung, um seinen Aufgaben im Rahmen des Gesundheitsnetzes nachzukommen. In diesem Zusammenhang wurde bereits zuvor über die engen Ressourcen der Arztpraxis gesprochen. Aber: Ein sprechender und organisierender „Case-Manager“ kann in einer kleinen Praxis nicht extra eingestellt werden, ist also keine Lösung.

Ein möglicher Weg besteht in der Hebung von Ressourcen und Fähigkeiten aufseiten der Assistentinnen und Arzthelferinnen. Beispielsweise könnte eine gesondert geschulte und weitergebildete Praxisleiterin, also die fähigste und erfahrenste Mitarbeiterin des Praxisarztes, einen wesentlichen Teil der Ansprache und Information der Patienten sowie der Umsetzung und Organisation hinsichtlich der Angebote eines Gesundheitsnetzes übernehmen. Dies setzt aber durchaus eine bessere Kommunikation in der Praxis und die stärkere Einbeziehung der Mitarbeiter durch den Arzt voraus, basierend auf einer effizienteren Arbeitsteilung und natürlich auch höheren Entlohnung der Assistenzberufe, um schließlich materielle Anreize zu schaffen. Häufig genug wissen die Mitarbeiterinnen in einer niedergelassenen Praxis nicht, warum ihr Chef sich an welchen IV-Verträgen beteiligt und warum es sich für die Praxis lohnt, wo die Vorteile für die Patienten liegen, wer die Ansprechpartner im Gesundheitsnetz sind. Das sind reale Hindernisse, die es zu beseitigen gilt. Einen interessanten Weg wählten die Ärzte einer Kardiologen-Gemeinschaftspraxis in Ludwigsburg, in dem sie gemeinsam mit ihrem Krankenkassen-Partner zu einer großen Informations-Auftaktveranstaltung einluden. Die Resonanz hat ihnen recht gegeben, die Patienten waren interessiert und kamen deshalb sehr zahlreich.

Wie könnte es gehen? Alle Beteiligten sind gefordert! Gesundheitsnetzwerke brauchen offensive und offene Kommunikation. Sie benötigen Kommunikationsinstrumente und Akteure. Alle Beteiligten müssen helfen und anpacken, zusammen, aber auch einzeln. Jeder hat an seinem Platz eine wichtige Aufgabe. Der Eindruck, es ginge nur darum, Kosten zu sparen, darf und sollte nicht erst aufkommen.

Die Patienten suchen Lösungen für ihre gesundheitlichen Probleme, sie suchen Hilfe, Orientierung, Angebote und Ansprechpartner. Ein Gesundheitsnetzwerk kann dies alles bei guter Qualität bieten, wenn es denn tatsächlich ein solches Qualitätsnetzwerk ist. Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten immer wieder. Auch ihre Mitarbeiter müssen von den Angeboten wissen. Es ist kontraproduktiv, dass IV-Verträge von den Servicepersonen der Kassen nicht offensiv vertreten werden.

In der Arztpraxis liegen Termine, Erstansprache und Arzt-Vorbereitung beim Assistenzpersonal. Die Mitarbeiterinnen geben Vorabinformationen, schriftlich und mündlich, und halten so dem Medizinexperten den Rücken frei für Patientengespräch, Diagnostik und Therapie. Sie sind Vorbereiter und Ansprechpartner. Sie kennen die kurzen Wege im Netz und alle wichtigen Schlüsselstellen, beispielsweise die Sekretariate der weiteren Gesundheitspartner. Für dieses Schlüsselpersonal müssen spezielle Schulungen angeboten werden.

Für alle IV-Verträge liegen in Arztpraxen Flyer und Broschüren aus. Das Internetportal muss Versicherte, Patienten und Angehörige ansprechen. Bei der zumeist älteren Klientel in den Netzwerken spielen deren Kinder und Enkel eine nicht zu unterschätzende Rolle bei der Informationsbeschaffung sowie bei der Suche nach Ratschlägen und Empfehlungen. Es bedarf Besprechungen und Veranstaltungen der in den Netzwerken Tätigen sowie der Information der Medien und interessierten Öffentlichkeit. Netzwerke müssen ins Zentrum öffentlicher Aufmerksamkeit rücken. Erst wenn die Patienten die Angebote nachfragen, weil sie davon erfahren haben und Freunde gut darüber berichten, sind die Gesundheitsnetze dort angekommen, wohin sie gehören – beim Verbraucher und Nutzer.

ZUSAMMENFASSUNG

Gesundheitsnetzwerke sind erfolgreich, wenn sie eine gemeinschaftliche und offensive Öffentlichkeitsarbeit betreiben, damit der Kunde sie kennenlernt und ihre Vorteile nutzen kann. Ein Gesundheitsnetz muss einen höheren qualitativen Nutzen haben, dies ist immer und überall zu beweisen. Aber auch die interne Kommunikation und Information sind für Gesundheitsnetze unerlässlich.

Die Kommunikation von Gesundheitsnetzen folgt den allgemeinen Regeln, die für die Unternehmenskommunikation gelten. Gesundheitsnetze haben viele Partner, deshalb sind Kommunikations- und Marketingregeln sowie die Verantwortlichkeiten vertraglich zu fixieren.

Gesundheitsnetze brauchen „Gesichter“. Die maßgeblichen Mediziner und Führungskräfte arbeiten mit den Kommunikationsverantwortlichen eng zusammen. Die Versicherten- und Patientenkommunikation stützt sich wesentlich auf die Mitarbeiter in den Anlaufstellen. Das sind in den Arztpraxen die Arztassistentinnen, die Sekretärinnen bei den Gesundheitspartnern, die Versichertenberater der Krankenkassen und schließlich die „Case-Manager“ in den Kliniken, Einrichtungen und Gesundheitsnetzen. Sie kommunizieren, betreuen und informieren.

(siehe auch S. Eligehausen, Gesundheitsnetze kommunizieren, in: Hellmann u.a. (Hrsg.): Gesundheitsnetze initiieren sowie Gesundheitsnetze managen)

INNOVATION IM DIENST DER GESUNDHEIT

BERLIN-CHEMIE entwickelt, produziert und vertreibt pharmazeutische Produkte.

BERLIN-CHEMIE ist eine deutsche Tochtergesellschaft der MENARINI-Group, die seit Jahren den führenden Platz im italienischen Pharmamarkt einnimmt.

BERLIN-CHEMIE ist ein Unternehmen mit einer reichen Tradition und einer dynamischen Entwicklung. In Berlin-Adlershof reicht unsere Geschichte bis ins Jahr 1890 zurück. Die bei uns arbeitenden Menschen kommen zum Teil aus Familien, die sich hier nun schon in der fünften Generation mit der Entwicklung, Herstellung und Vermarktung von Arzneimitteln beschäftigen.

Wir pflegen eine besonders enge Verbindung zu unserem Hauptstandort Berlin, zu dem wir uns nachdrücklich bekennen. Zugleich sind wir ein weltoffenes Unternehmen. In 31 europäischen und asiatischen Ländern sind wir mit eigenen Organisationen vor Ort tätig und beschäftigen mehr als 4.500 Mitarbeiter. Insgesamt arbeiten bei uns Menschen aus mehr als 70 Nationen. Diese Vielfalt zählt zu unseren Stärken.

Als Mitglied des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller steht BERLIN-CHEMIE für Innovationen. Das Ziel unserer Forschung ist es, neue Arzneimittel zu entwickeln um kranken Menschen zu helfen und mehr Lebensqualität zu geben. Wir garantieren in Übereinstimmung mit der Philosophie der MENARINI-Group hochmoderne und sichere Arzneimittelproduktion in Top Qualität.

Schwerpunkt unserer Forschung ist die Entwicklung innovativer Arzneimittel auf den Gebieten:

- Entzündliche Erkrankungen und Schmerz
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Krebserkrankungen
- Virus-Infektionen

EinBlick

gesundheits
management 
Ihre Zukunft gemeinsam gestalten
BERLIN-CHEMIE

NEWSLETTER EINBLICK

Mit dem Newsletter **EinBlick** informiert das Gesundheitsmanagement der BERLIN-CHEMIE AG Sie über die Hintergründe der aktuellen gesundheitspolitischen Themen. Der Newsletter erscheint alle drei Wochen mit Nachrichten hinter der Nachricht und hält Sie so über die Entwicklungen auf dem Laufenden. Wichtig ist nicht nur, aktuell Bescheid zu wissen, sondern auch zu verstehen, warum die Themen gerade dann, gerade in diesem Kontext besprochen werden. So erkennen Sie frühzeitig, mit welcher Strategie Sie reagieren können.

Um den Newsletter **EinBlick** regelmäßig per E-Mail zu erhalten, können Sie sich im Internet unter www.einblick-newsletter.de anmelden.



Berlin-Chemie AG
Glienicker Weg 125, 12489 Berlin

