

Sprechen Sie mit Ihrem Apotheker über eine gemeinsame unternehmerische Zukunft in der Region

Notwendigkeit und Hintergründe der Zusammenarbeit von indikationsorientierten, ärztlichen Berufsausübungsgemeinschaften des neuen Berufsrechts mit Apothekern und ggf. Pharma-Repräsentanten

In der Vergangenheit gab es oft eine tiefe Kluft zwischen Ärzten und Apothekern.

Dabei musste der Apotheker oft auch – funktionsbedingt – neutral sein. Eine zu starke Zusammenarbeit mit einer Praxis hätte den Ärger anderer Praxen hervorgerufen.

Ist nun in einem klar abgrenzbaren geographischen Bereich eine größere hausärztlich-fachärztliche standortübergreifende Teilgemeinschaft gegründet, in der viele Ärzte mitwirken, ist es anders.

Hier könnte der Apotheker prüfen, ob er nicht mit der Arztgruppe zusammenarbeitet.

Denkbar wäre die Schaffung eines apothekenparallelen Zweitpraxis-Bereichs für Prävention und Labordiagnostik, wo im Timesharing alle Ärzte der Region – oder ein angestellter Arzt/freier Mitarbeiter – für die Gruppe neue Patienten im Bereich Privatmedizin/Prävention/Ästhetik/Naturheilverfahren/IGeL anspricht. Damit könnte die sich regional organisierte Ärzteschaft einen einfachen und schnellen, sowie preisgünstigen Zugang zu Gesellschaftsgruppen gewinnen, die gerne mit einem Arzt sprechen, ihn aber nie über die Praxisstruktur ansprechen würden.

Gerade weil die KBV auf integrierte Versorgung im chronischen Bereich steht, ist die Zusammenarbeit Ärzte/Apotheker eine strategische Notwendig-

keit.

Dieser Beitrag soll Ärzte bewegen, mit ihren Apothekern über die gemeinsame regionale Zukunft zu sprechen.

Zukunft der Kassenmedizin: Integrierte Versorgung auf der Basis standortübergreifender Gemeinschaftsmodelle des neuen Berufsrechts!

KBV-Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Köhler KBV-Vertreterversammlung, Berlin 2. Mai 2005:

Die KBV setzt auf die moderne Grundsatzphilosophie der integrierten Versorgung durch gezielte Spezialisierung und Qualitätssicherung in Indikationsgebieten. Statt wie bisher integrierte Versorgung abzulehnen, wollen sich KBV und KV mit den Krankenkassen stärker auf existentielle, chronische Krankheitsbilder spezialisieren. Dabei geht die KV in Zukunft im Wettbewerb zu Berufsverbänden und anderen regionalen und überregionalen Anbietern.

Das breite EBM-Vergütungsmodell erhält dadurch eine Konkurrenz durch KV-gestützte, besser bezahlte, integrierte Versorgungsmodelle, die nicht auf die EBM-Plausibilität angerechnet werden. Die höhere Vergütung geht zu Lasten der Vergütung breiter Versorgungsstrukturen gemäß budgetiertem EBM. Die

KV'en treten damit selbst intern in Wettbewerb.

Konsequenz:

Wer sich nicht spezialisiert und – was noch wichtiger ist – nicht genügend Patienten mit schweren Krankheitsbildern hat, verliert Geld. Es kommt zu einer Höherbewertung spezialisierter Krankheitsbilder im Rahmen des KV-Honorarmanagements zu Lasten von Gesundheitsstörungen, die weiter über den EBM mit seiner Plausibilitätsstruktur abgerechnet werden.

Kassenarztrecht und Vertragsarztwesen sollen auf Vorschlag der KBV durch den Bundestag geändert werden, um auch im Kassenbereich das neue, standortübergreifende Berufsrecht direkt synergetisch im Vertragsarztwesen nutzen zu können.

Ziel:

Verbesserung der Versorgung von Schnittstellen und effizientere Nutzung von Technik und Personal.

Instrument:

Flexibilisierung der Ausübung der vertragsärztlichen Versorgung durch neue Kooperationsmodelle für einen oder mehrere Standorte. Vertragsärzte sollen in mehreren offiziellen, kassenärztlich aner-

kannten Berufsausübungsgemeinschaften im Rahmen besonderer Integrationsmodelle tätig sein können.

Ferner sollen Freiberufler-Strukturen auch, wie MVZ, angestellte Ärzte mit Zulassung einstellen können. Allerdings wird es keine Umsatzmaximierungsmodelle einfacher Art geben, bzw. Gemeinschaftspraxiszuschläge zur Förderung von Konzentrationsprozessen an einem Standort werden nicht 1:1 auf standortübergreifende Modelle übertragen werden können.

Konsequenz:

Es kommt zu machtvollen regionalen Zusammenschlüssen innerhalb der Ärzteschaft. Es entsteht eine regionale Markenbildung, insbesondere im Indikationsbereich und eine erweiterte Wettbewerbsfähigkeit im Kampf mit Krankenkassen um die beste Lösung.

Die ab jetzt möglichen, berufsrechtlich umfassenden Verflechtungen werden sich in Kürze in massive kassenärztliche Vorteile umschlagen, vorausgesetzt, man geht jetzt schon auf den Gedanken sinnvoller Spezialisierung und Akquisition von echten, chronischen Krankheitsbildern auf der Basis von Qualitätssicherung und Effizienz ein.

Berufsrechtlich und vertragsärztlich ist das neue Leitbild nicht mehr Einzelpraxis

und generalistische Omnipotenz, sondern Kooperation, Spezialisierung und fortbildungsorientierte Innovation bei maximaler Zuwendung.

Ein Prozess der die Ärzteschaft in Deutschland innerhalb von 5 bis 10 Jahren radikal umgestalten wird.

Auf der Basis von Teilgemeinschaften und standortübergreifenden, zivilrechtlichen Kooperationen kann ab jetzt dieser Veränderungsvorgang von Initiativpraxen erfolgreich regional gestaltet werden.

Trendwechsel: KBV fördert integrierte Versorgung als KV-Aufgabe

Inzwischen hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung auch erkannt, dass der gesellschaftspolitische Zug abgefahren ist.

Durch die Gesetzgebung zum Risikostrukturausgleich haben selbst die Krankenkassen 2007 keine andere Wahl, als Geldmittel zu erhalten dadurch, dass sie diese vom Risikostrukturausgleich nach dessen Voraussetzungen abfordern.

Damit müssen sich Krankenkassen und KV'en einigen, um überhaupt im Markt vorhandene Geldmittel zu erhalten.

Sie haben keine eigenen Einflussmöglichkeiten mehr, weil alles durch die Gesetzgebung fixiert/vorgeschrieben ist.

Ab 2007 keine Honorarhoheit der KV!

Die Gesetzgebung hat über den Risikostrukturausgleich festgelegt, dass das ersparte Geld aus rationierten Gesundheitsstörungen in die kleine Menge chronischer Krankheiten fließen muss, die maximal 20% aller Krankheitsbilder einer Arztpraxis repräsentieren. Je mehr normale Gesundheitsstörungen eine Praxis hat, desto höher sind in Zukunft ihre Einnahmeverluste.

Die Hauptschwierigkeit liegt darin, dass sich durch die Verteufelung des Begriffe „Integrierte Versorgung“ durch die Berufspolitik die Mehrzahl der Ärzte überhaupt noch nicht mit diesem Begriff beschäftigt hat. Der Begriff „integrierte Versorgung“ wird in einen Topf geworfen mit dem Begriff „Medizinisches Versorgungszentrum“.

Konsequenz: Kosten sparen und neue Einnahmequellen systematisch aufbauen

Bis zum Jahre 2007 werden jeder Arztpraxis ca. 35% ihrer Patienten fehlen.

Die Mehrzahl der Ärzte wird den Veränderungsprozess überhaupt nicht unmittelbar merken, weil die Veränderung von Regelleistungsvolumen, gedeckelten Honorarbudgets in den einzelnen KV'en mit dem neuen EBM nur nachhaltig der Punktwert fällt, ohne dass sich die Ärzte bewusst sind, dass sie indirekt umsonst arbeiten.

Der Arzt wird bitter erkennen, dass die Politik den Patienten nicht direkt aus der Praxis drängt, sondern es dem Arzt überlässt, durch kostenlose Arbeit dafür zu sorgen, dass diese Patienten, die zuviel sind, nicht wiederkommen.

Kauf reduziert sich

Über 5 ½ Mio. Arbeitslose und die Umstrukturierung / Verschlingung des Finanzsektors und der Automobilindustrie, der Tod des Einzelhandels reduzieren die Kaufkraft. Selbst Menschen, die berufstätig sind, haben weniger Geld. Die Firmen haben in den letzten 1 ½ Jahren leise, aber endgültig Urlaubsgeld, 13. Monatsgehalt und Weihnachtsgeld gestrichen.

Eltern und Großeltern müssen Kinder unterstützen, die nach dem Studium keine Arbeit mehr finden oder ihren ersten Job als Berufstätige verloren haben.

Somit müssen auch Menschen mit Geld andere Prioritäten setzen.

Kaufkraft fließt in Altersversorgung statt IGeL-Wellness

In diesem Kontext entsteht ein weiteres Konfliktfeld, das viele Ärzte nicht sehen: die Altersversorgung vieler Berufstätiger, freier Berufe und Unternehmer ist gefährdet. Die Mehrzahl von Altersversorgungs-Strukturen zahlen ca. 20% weniger, als ursprünglich errechnet.

Das Gleiche gilt für Lebensversicherungen und die Unveräußerbarkeit bzw. den Wertverlust von Immobilien.

Konsequenz: Ärzte müssen sich im Kaufkraft-Wettbewerb des Marktes durchsetzen

Innerhalb der KV kommt es zur Einnahmeumschichtung hin zu wesentlich besser bezahlten Vergütungsprogrammen bei chronischen Krankheitsbildern. Voraussetzung ist, der Arzt hat genügend Patienten mit echt chronischen Krankheitsbildern. Hier springt jetzt die KV mit auf und fördert diese Umschichtung zu Lasten der Praxen mit EBM Patienten mit Gesundheitsstörungen. Diese Struktur bedeutet entweder Umschichtung von Einnahmen oder Hinnahme weiterer Einnahmeverluste.

Die zentrale, strategische Schlussfolgerung lautet:

Die Kompensation der Einnahme-Verluste der GKV findet im Privat- und Selbstzahlermarkt statt.

Der Arzt oder die Arztgruppe in einem standortübergreifenden Konzept muss mit professionellen Mitteln die noch verfügbare Kaufkraft – weg von anderen Konsumausgaben der Patienten – in Gesundheitsausgaben umlenken. Trivial formuliert kommt es zu einem Konsum-Wettbewerb zwischen der neuen, innovativen Hüft-Prothesen-Versorgung und dem neuen Flachbild-Fernseher, der Kreuzfahrt-Reise oder der Renovierung der Wohnung.

Der Arzt / die Arztgruppe muss ab jetzt, ohne kollektive Einnahmesicherung durch die KV, von Menschen mit Eigenverantwortung, hoher Skepsis oder andersartigem Konsumverhalten die Nachfrage erzeugen und Geldflüsse gezielt auf sich zuleiten. Dies geht nur auf kollektiver, kooperativer Basis von engagierten, aktiven Arztgruppen, die sich mit professionellem Begleitmanagement und Marketing am Markt durchsetzen.

Sich kollektiv organisieren und werben

Die neuen, standortübergreifenden Verflechtungs-/Beteiligungsmodelle und kollektiven Dienstleistungsangebote sind die innerärztliche Voraussetzung in einem globalisierten, beschleunigten Wettbewerb zu bestehen.

Zwei weitere Entwicklungen zeichnen sich ab.

Neue Wettbewerber

Krankenhäuser und Fitness-Anlagen treten immer stärker gegen individuelle IGeL-Angebote an und verändern in regionalen Großräumen die Angebots-Struktur. Gleichzeitig treten in Verbindung mit Kurzurlaub in Österreich / Thailand / Ungarn neue Anbieter auf dem Gesundheitsmarkt auf, die der überforderten Einzelpraxis mit ihren Zuwendungs- und Innovationsangeboten Konkurrenz machen.

Ein Flug von Hahn nach Klagenfurt in Kärnten kostet 19,- Euro. Der Flug an den Wörthersee ist mit 19,- Euro wesentlich günstiger als die Fahrt mit dem Taxi zum Arzt für eine ältere Frau hinsichtlich einer Magnetfeldbehandlung.

Erhält nun die ältere Patientin in der veränderten Umgebung am Wörthersee noch deutschsprachige Zuwendung und Aufmerksamkeit, wird der Schnäppchenjäger im Menschen schwach. Er kauft im Spontanrausch die dort angebotenen Gesundheits- und Wellness-Angebote in der Fiktion, durch den Flug extrem gespart zu haben.

Alternative: Kosten sparen durch standortübergreifende Kooperationsmodelle

Zunächst gilt es, radikal Personal- und Mietkosten zu sparen und Investitionen zu vermeiden. Dies ist jetzt wesentlich leichter möglich, weil durch standortübergreifendes Auftreten fachgleiche Ärzte wesentlich günstiger gemeinsam nicht-ärztliches und ärztliches Personal einsetzen können und wesentlich günstiger ggf. auch Vertretungen etc. organisieren. Ca. 15% weitere Kostensenkung muss jetzt noch das Ziel einer jeden weiteren Einzelpraxis sein.

Gemeinsames Marketing fachgleich und interdisziplinär

Je stärker sich fachgleich Urologen, Dermatologen, Orthopäden, Neurologen mit einem oder mehreren Standorten zusammenschließen, desto genauer können sie ihr Investitions- und Personalverhalten aufeinander abstimmen.

Je mehr man lernt, die Geräte der Partner selbst oder durch Arbeitsteilung zu nutzen, desto innovativer und wettbewerbsfähiger ist das Angebot und desto höher die Rendite.

Interdisziplinäre Angebote für Innovation und Prävention

Je stärker bisher nur sich getrennt organisierende und nur zuweisende Ärzte offen sind für Dienstleistungszusammenschlüsse, desto höher ist die Chance, bisher nicht erreichte Menschen mit Gesundheitsangeboten zu konfrontieren und zu gewinnen.

Gerade in der Zusammenarbeit zwischen Hausarztpraxen mit ihrer breiten Kontaktfrequenz und Fachärzten ergeben sich hier für die Fachärzte große unternehmerische Möglichkeiten im Marketing ihrer medizinischen Innovations- und Präventionsschwerpunkte.

In Wiesbaden gibt es einen Zusammenschluss unter dem Namen „Die Gesundheitsärzte Wiesbaden“

In Bünde/Westfalen hat sich eine Arztgruppe zusammengeschlossen unter dem Begriff „Gesundheit und mehr“.

Unter einigen so genannten Meta-Themen gilt es jetzt, Menschen zu emotionalisieren und zu gewinnen. Meta-Themen sind Begriffe, in denen die bisherigen Unterbegriffe wie Kardiologe, Krebs-Spezialist etc. eingebettet sind. Meta-Begriff kann sein „Ihr Gesundheitspartner“ als solcher; unter Gesundheit ist dann auch Kardiologie oder Zahnmedizin eingebunden.

Ein Meta-Thema kann auch lauten „Praxen mit Herz“. Dabei wird „Herz“ als Metapher

für Freundlichkeit, Zuwendung, als gemeinsames, übergeordnetes Dachziel (Meta-Ziel) eingeordnet. Denkbar ist aber auch „Partnerschaft für Zeitknappe“. In dieser Botschaft ist als Metapher versteckt der Begriff „Zeit ist Geld“. Er spricht insbesondere bildungsstarke, ökonomisch erfolgreiche Menschen an.

Das moderne Marketing formuliert überspitzt für die Arztpraxis: entweder der Arzt organisiert sich so, dass er Zeit hat, für Menschen, die viel Zeit haben, dann haben diese Menschen aber kein Geld. Oder der Arzt organisiert sich für zeitknappe Menschen, die Geld haben, vom Arzt selbst aber extreme Zeitdisziplin verlangen.

Was Meta-Themen betrifft, geben die Automobilmarken ein Beispiel. Längst ist nicht mehr allein die technische Eigenschaft des Automobils die Botschaft, sondern damit verbundene Werte und Lebenskonzepte wie Freude am Fahren / Freude am Leben.

850 selbstständige Apotheken haben sich zu einer Dachmarke zusammengeschlossen. Ihre Aussage lautet:

„Gesundheit ist bunt“.

Die 5 Farben des Logos stehen für die Meta-Themen:

1. Gesundheit
2. Wellness
3. Beauty / Ästhetik
4. Service / Qualität.

Marketing und Management externen Professionellen übertragen

Zentral werden in dem Apothekenkonzept Materialien erstellt, Schulungen organisiert und Rabatte mit der Industrie ausgehandelt oder sonstige Verbilligungen durch gemeinsame Firmen realisiert. Ärzte müssen hier als Gruppe nicht unbedingt Geld aufwenden. Entscheidend ist, dass sie Zeit investieren und diese Veränderungen auch gemeinsam angehen.

Professionelle Spezialisten aus dem Gesundheitsmarkt können bei ausreichend großen Gruppen so viele Vergünstigungen für eine Arztgruppe, die mitspielt, erzielen, dass sie sich selbst daraus finanzieren kann und darüber hinaus noch Geld für gemeinsame Dienstleistungen erwirtschaften kann.

Die Rolle des Apothekers als Berater und Mit-Organisator indikationsorientierter, regionaler, standortübergreifender Berufsausübungsgemeinschaften

Die Rolle des Apothekers und der pharmazeutischen Industrie in der integrierten Versorgung nimmt eine immer größere Bedeutung an.

Bei der ungebrochenen Innovationsfähigkeit im Medikamentenbereich kommt es zu einer immer stärkeren Kostensteigerung. Der Grund liegt darin, dass sich die individuellen Behandlungsmöglichkeiten verbessern, Menschen früher medikamentös behandelt werden können und länger leben.

Aus diesem Grunde gewinnt innerhalb der Ärzteschaft – zusammen mit dem neuen Berufsrecht – die Rolle des Einsatzes von Medikamenten im

Kassen- und Privatbereich einen immer größeren Stellenwert.

Die Verträge zur integrierten Versorgung des Deutschen Hausarztverband mit der Barmer-Ersatzkasse und der Homöopathievertrag mit dem Zentralverband für Naturheilverfahren zeigen diese Tendenz, den Apotheker mit in die Patienten- und Arztberatung einzubinden.

Nachdem sich die KBV und die KV'en in der Vertreterversammlung 2005 in Berlin entschieden haben, den Krankenkassen an Stelle individueller Verträge mit einzelnen Arztgruppen auf freiwilliger Basis eine indikationsorientierte Versorgung – neben der breiten Grundversorgung auf EBM-Basis – anzubieten, wächst die Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen in der integrierten Versorgung mit dieser berufspolitischen Neuorientierung.

In diesem Zusammenhang verlangen alle relevanten und chronischen Krankheitsbilder auf der Steuerungsebene die Einbeziehung der Medikamentenverordnung in integrierte Versorgungsmodelle nach Leitlinien und Medikamentenlisten.

Neue, kooperative Rolle der Apotheken

Damit erfüllt sich automatisch eine erweiterte Beratungsrolle der Apotheker bzw. der pharmazeutischen Unternehmen in der gesamtpolitischen Entwicklung des Gesundheitswesens.

Parallel ergibt sich auf der Wettbewerbsebene die Frage, ob und in wie weit sich Apotheker / regionale Mehr-Besitz-Apothekengruppen in die Strategie und Ausgestaltung der integrationsorientierten Versorgung im Kassen- und PKV-Bereich einbringen müssen.

Arzt benötigt Sachverstand im Medikamentenbereich

Auf der einen Seite benötigen die Ärzte Informationen über Verordnungsstrukturen, Packungsgrößen und den Einsatz von Medikamenten und ggf. ihre Austauschbarkeit.

Auf der anderen Seite benötigt die Ärzteschaft im Gespräch mit den Krankenkassen die naturwissenschaftliche Arzneimittelkompetenz, wie aber auch die ökonomischen Kenntnisse des Apothekers über den Medikamentenvertrieb.

Je mehr in sich geschlossene Kommunikationsstrukturen und ökonomische Berechnungen und Kompetenzen im Medikamentenbereich der Ärzteschaft auf regionaler Ebene zur Verfügung stehen, desto attraktiver kann eine KV für die freiwilligen ärztlichen Gruppierungen indikationsorientierte Versorgung organisieren.

Gleichzeitig entsteht an dieser Schnittstelle auch das Interesse der einzelnen Pharmafirmen. Je mehr Ärzte sich auf einen indikationsorientierten Arzneimittelkatalog einlassen, desto eher entscheidet sich das Absatzschicksal eines pharmazeutischen Unternehmens in einer Region.

Verkürzt formuliert entsteht jetzt mit der KV-Entscheidung, freiwillig über die KV integrier-

te Versorgung mit anzubieten und abzuwickeln, der Wettlauf von pharmazeutischen Unternehmen und Apothekern über die Absatzchancen bestimmter konkurrierender Arzneimittel- und Vertriebswege.

Je früher sich Apotheker in die strategische Beratung und Betreuung indikationsorientierter privater und vertragsärztlicher, standortübergreifender Berufsausübungsgemeinschaften einschalten, desto dauerhafter ist der wechselseitige Nutzen.

Die Arztgruppierungen haben zur Zeit weder das Wissen noch die ökonomische Kraft, aus eigenem Geld die notwendigen Vorleistungen für die integrierte Versorgung zu erbringen.

Im Sinne der Waffengleichheit mit Krankenhausgruppen und Managementgesellschaften mit privatem Kapitaleinsatz müssen Apotheker nun unternehmerisch – ggf. mit Hilfe bestimmter Pharmafirmen – auf Ärzte / Arztgruppen / KV'en und Krankenkassen zugehen und hier ihre Hilfestellungen anbieten.

Empfehlenswert wäre es, wenn der jeweilige Apotheker die Beratungsfunktion in eine regionale „Arzneimittelkonsult GmbH“ einbringt.

Sie hat die Aufgabe, im Interesse des Überlebens der jeweiligen Apotheke 7 Apotheken-Gruppen Know-how und Infrastruktur für regionale indikationsorientierte Arztgruppierungen zur Verfügung zu stellen.

Was sagt der Pharma-Kodex?

Pharmazeutische Unternehmen haben nach der Einschätzung des Anwaltsbüros Clifford-Chance neben dem Umgang mit dem Pharmakodex auch das Recht, entsprechend zu handeln.

Clifford-Chance stellt fest, dass die pharmazeutische Industrie das Recht hat, sich indikationsorientiert mit allen Umfeldfragen der Kostenerstattung ihrer Produkte zu beschäftigen. Dies umfasst bei neu auf gebauten, berufsrechtlichen Möglichkeiten alle Unterstützungen für die Ärzteschaft, wenn es darum geht, indikationsorientierte Verbundsysteme im Kassen- und Privatbereich aufzubauen.

Die Bedürfnisse und die legitime Interessenwahrung zwischen Pharmaindustrie, Apotheke und Arztgruppe ist identisch.

Wenn sich nun nach neuem Berufsrecht neben der Arztpraxis neue Arztgruppierungen bilden, die kassenärztlich bzw. privatmedizinisch gemeinsam in bestimmten Indikationsgebieten wie Herz-Kreislauf, Diabetes, Allergien, Onkologie, offener Wundversorgung gemeinsam auftreten und dem Patienten gemeinsame Konzepte anbieten wollen, ist es unverzichtbar, dass für die Rahmenbedingungen regionale Apotheker und regionale Pharmarepräsentanten zur Verfügung stehen, die das Sachwissen in die Gespräche mit KV und interessierten Krankenkassengruppen (GKV / PKV) mit einbringen.

Voraussetzung ist, dass die zusammen arbeitende Gruppe von Ärzten bereit ist, alles, was sich in vertretbarer Weise stan-

dardisieren lässt, tatsächlich zu rationalisieren. Das betrifft die Medikamenten-Vereinfachung in allen Bereichen, ggf. gemeinsamer Einkauf, gemeinsames Betreiben von virtuellen Sanitätshäusern etc.

Gespräche mit Krankenkassen

Es gilt darüber hinaus mit Krankenkassen der GKV und PKV zu verhandeln, was ihnen bestimmte Ersparnisse durch Konzentration auf bestimmte Medikamente diesen Unternehmen wert ist.

Parallel gilt es zu prüfen, ob Apotheker bereit sind, stärker mit Ärzten zu kooperieren und wie sich daraus legale, transparente Wertschöpfungselemente realisieren lassen.

Was ist gemeinsam zu tun?

Die Ersparnisse selbst werden in die gemeinsame, regionale Verbundwerbung investiert. Dazu gehören:

- Internetportal / Internetauftritt der Gruppe und der einzelnen Praxen
- Gemeinsames Wartezimmer-Fernsehen
- Gemeinsame Gesundheitsveranstaltungen
- Gemeinsame Broschüren und Flyer
- Gemeinsame Aktivitäten mit IHK, Handwerkskammer, Kommune, Einkaufszentren, Automobilhäusern, Banken
- Gemeinsame Fortbildungen für ärztliche und nicht-ärztliche Mitarbeiter / Schulungen
- Gemeinsame Schwerpunktaktivitäten zu den Themen
- Erweiterte Prävention
- Vorteile modernster Innovation
- Vorteile ganzheitlicher Konzepte / Naturheilverfahren
- Vorteile qualitätsgesicherter Ästhetik.
- Gleichzeitig gilt es, gemeinsame, emotionale Akzente für den Verbund zu setzen wie
- persönliche Zuwendung mit Herz und Zeit
- Philosophie einer Behandlung für Zeitknappe
- Behandlung auf modernstem Innovationsstandard (die Innovativen)
- Behandlung unter dem Gesichtspunkt Prävention / Kreativität / lebenslange Aktivität (die Präventiven)
- Behandlung unter dem Gesichtspunkt Frauen für Frauen
- Behandlung unter dem Gesichtspunkt „Die Kinderspezialisten“
- Behandlung unter dem Gesichtspunkt „Die Power-Spezialisten“.

Zusammenfassung

Das neue, kooperative, standortübergreifende Berufsrecht gibt die Möglichkeit, dass Ärzte vieles günstiger, rationalisiert wirtschaften.

Es gibt die Möglichkeit, gemeinsam im Markt aufzutreten und sich im Wettbewerb mit anderen Konsum-Angeboten professioneller Hilfe zu positionieren.

Der entscheidende Faktor ist hier nicht das Geld, das die Ärzte selbst zahlen müssen, sondern die Ersparnisse, die in dem Gesamtbereich noch

schlummern und die einer Wertschöpfung zugeführt werden können.

Damit ist die Ärzteschaft in der Lage, sich professionell mit anderen Konsumpartnern auseinander zu setzen und ihre eigene Stärke, nämlich den Menschen die Voraussetzung von Konsum durch Gesundheit zu garantieren, auszuspielen.

Ohne Gesundheit – kein Konsumgenuss!

Der Arzt hat die Möglichkeit, durch Früherkennungs-Untersuchungen die Lebensqualität von Menschen zu verbessern. Allerdings muss dies auch konsequent und subtil kommuniziert werden.

Das neue Berufsrecht schafft somit in großem Maße die entsprechenden Vorteile, wenn und insoweit Ärzte den Anfang wagen, sich in der Region zu entsprechenden Dienstleistungsgesellschaften mit beginnender Markenbildung mit Apotheken und Pharmaindustrie zusammen zu schließen.

Koordinationsmanagement für standortübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften

Zur zeitlichen Entlastung übernimmt ProMed die Protokollführung, die Vorbereitung und die Durchführung ärztlicher Treffen für die Themen Qualitätssicherung, Medikamenteneinsatz, Dienstleistungskonzepte im GKV-Bereich; im privatmedizinischen Bereich und im Segment Früherkennung / Prävention (Selbstzahler-Basis).

ProMed sorgt nach Absprache für Flyer, Wartezimmer-Information, kontinuierliche Beratung von Helferinnen für Patienten in Praxisschwerpunktbereichen Kasse, Privat, Selbstzahler. Bspw. Schulung der Mitarbeiterinnen als Spezialistinnen für Ernährungsberatung, Herz-Kreislauf-Beratung der Krankenkassen, etc.

Praxismarketing

ProMed übernimmt, ggf. mit ausgewählten externen Spezialisten, das Marketing, Verdienstleistungs-Schwerpunkte im Bereich des Vertragsarztwesens und privater Medizin (PKV/PKV-Zusatzversicherungen, Kostenerstattung Selbstzahlermedizin).

Im Kassenbereich gehört hierzu in Verbindung mit indikationsorientierten Integrationsverträgen die Abstimmung mit der KV und das Marketing für die Praxisschwerpunkte im Kassenbereich, insbesondere in den Segmenten KHK, Diabetes, Asthma, Demenz etc.

Ziel ist es, der Praxis zu helfen, die jeweils maximale Zahl gleichartiger Patienten mit ähnlichem Krankheitsbild zu bekommen, die nach einer bestimmten Leitlinie der Krankenkassen / KV qualitätsgesichert behandelt werden können.

Parallel werden entsprechende Schwerpunkte im Bereich der Privatmedizin herausgearbeitet und das Marketing für kaufbereite und kauffähige Patienten im Bereich Kuration, Früherkennung und Gesundheitsoptimierung durchgeführt.

Hierzu gehören auch die Veranstaltungen regionaler Gesundheitstage zu Themen wie Herz-Kreislauf, Rückenschmerz oder Lifestyle-Themen wie optimale Kindergesundheit, Berufsfitness und Kreativität, optimale, lebenslange Aktivität und Persönlichkeitsentwicklung.

Zum Marketing gehört auch die Herstellung von Internet-Plattformen sowie die Herstellung von Flyern, Broschüren, Wartezimmer-Videos und sonstigen Marketing-Hilfen, gegebenenfalls auch die Dauerwerbung für Indikationsschwerpunkte der beteiligten Praxen in der Rundfunkwerbung für die jeweils anbietende Ärztegemeinschaft.

Regionaler Transportservice

ProMed hat darüber hinaus das Ziel, für alle interessierten Gesundheitsberufe einen ganzheitlichen Transportservice für Patienten / Gesundheitskonsumenten zu schaffen. Hierzu dient die Koordination der Kontaktbedürfnisse von Krankenhäusern, Arztpraxen, Rücken-Trainingszentren, Sanitätshäusern, Apotheken, Laborunternehmen etc.

Ziel ist eine Kombination zwischen öffentlich zugelassenen Personen-Transportunternehmen unter Berücksichtigung der Transportfunktion, Zustell- und Lieferbedürfnisse von Patienten, Laborpraxen, Apotheken und Sanitätshäusern.

Eine wichtige Funktion liegt deshalb darin, innerhalb eines solch unabhängigen Transportservices dem Patienten die Möglichkeit zu geben, in seinem Auftrag Rezepte in der Arztpraxis abzuholen und ihm so schnell wie möglich – nach der Wahl einer Apotheke durch das Transportunternehmen sicherzustellen.

Optimaler Arzneimittel-einsatz

Ferner berät ProMed, ggf. mit externen Experten, die Arztpraxen im Sinne von Arzneimittel-einsatz im Kassen- und Privatbereich.

Schon jetzt existieren bei Apotheken Patientenkarten, die alle Medikamente aus Kassen-, Privat- und OTC-Bereich erfassen. Ärztegruppen in der Region können die Karten ein-

lesen. Es stellt sich also die Frage, statt dessen zwischen Apotheken und Arztgruppen eine Intranet-Lösung zu entwickeln, die es gestattet, über diese Schnittstelle gemeinsam zu kommunizieren.

Der Barmer-Ersatzkassen-Vertrag sieht schon jetzt den Informationsaustausch inkl. OTC-Verordnungen aus der Prävention zwischen Apotheke und Arzt vor. Je besser die elektronischen Schnittstellen-Lösung ist, desto weniger Informationsverluste gibt es bei der Medikamentenverordnung. Gleichzeitig ist das ein wichtiger, organisatorischer Verbundbereich zwischen Apotheke und einer Arztgruppe bzw. Teilgemeinschaft.

Dazu gehören ggf. Gespräche mit Krankenkassen, medizinischem Dienst, KV und PKV mit dem Ziel einer optimalen integrierten Versorgung und Sicherung eines qualifizierten und wirtschaftlichen Medikamenteneinsatzes.

Hierzu gehören Schulungen mit Vertretern der Pharmaindustrie in den Bereichen Herz-Kreislauf, Diabetes, Arthrose, Onkologie, etc.

Kosten

ProMed stellt den Ärztegruppen seinen Aufwand nach vorhergehenden, individuellen Kostenvoranschlägen in Rechnung.

ProMed hat aber das Recht, die eigenen Kontakte und Erfahrungen mit Praxen, Personal und interessierter Öffentlichkeit auf eigene Kosten zu nutzen.

Somit sind die Vertragspartner einverstanden, dass ProMed Schwäbisch Hall auch Gesundheitstage, integrationsorientierte Maßnahmen für Sanitätshäuser, Vitalstoff-Hersteller, Apotheken, pharmazeutische Industrie, Medizintechnik auf eigene Rechnung anbietet und durchführt.

Soweit als Referenten für solche Veranstaltungen betreute Praxen in Frage kommen, werden diese bei Vorträgen, Presse-Veröffentlichungen und Rundfunk-Interviews eingesetzt. Ziel ist eine ganzheitliche Stärkung der betreuten Praxen und der Kooperationsverbände unter besonderer Berücksichtigung der unternehmerischen Bedürfnisse von ProMed. hjs

Aufgabenbereich einer GmbH in der Betreuung von Arztgruppen unter Einbeziehung von Apotheken, Pharma, Unternehmensberatung, Kommunikations-Spezialisten

Arbeitstitel:

Pro Med Consult Musterstadt, Praxisservice – Marketing-Management

Leistungsbeschreibung: Dienstleistungs-Vertrags-Angebote

Bereich: Praxisgeräte für die Nutzung durch einzelne Praxen oder standortübergreifende Gemeinschaften

ProMed stellt den Arztpraxen nach Rücksprache medizinische Geräte und Einrichtungen zur Verfügung. Die nachfragenden Ärzte können die Geräte nutzen.

Die Vergütung errechnet sich nach Einzelnutzung oder auf der Basis von Zeitmiete pro Tag oder pro Monat.

Verbunden mit der Technik-Stellung ist die Fähigkeit, zusätzlich gerätebezogene Internet-Präsentation-Vortragskonzepte zu erstellen und Vortragsveranstaltungen für Ärzte durchzuführen.

Bereich: Praxismanagement

Die Firma stellt ggf. externe Experten, die für die beteiligten Arztpraxen ggf. gemeinsamen Einkauf organisieren, gemeinsame Haftpflichtversicherungsabschlüsse oder Qualitätsmanagement in den Praxen (Matrix-Zertifizierung) durchführen. Ferner kümmert sich ProMed um die standortübergreifende Koordination von IT-Software für die Vernetzung.

ProMed übernimmt die allgemeine Schulung von Mitarbeitern im Bereich des gemeinsamen Auftretens, Beratung der Patienten, Koordination von praxisübergreifenden Patienten-Betreuungskonzepten.