

Aus dem Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck

Direktor: Prof. Dr. med. Alexander Katalinic

**Praxisnetze in der Analyse –
Konzeptionierung eines objektiven und
entwicklungsorientierten
Benchmarksystems**

Inauguraldissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der Universität zu Lübeck

- Aus der Sektion Medizin -

vorgelegt von

Lars Witthake

aus Viersen

Lübeck 2018

1. Berichterstatter/ Berichterstatterin: Prof. Dr. med. Alexander Katalinic

2. Berichterstatter/ Berichterstatterin: Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser

Tag der mündlichen Prüfung: 11.12.2018

Zum Druck genehmigt. Lübeck, den 11.12.2018

Promotionskommission der Sektion Medizin

Meinen Eltern.

Zusammenfassung

Primäre Fragestellung

Warum gehen so wenig Netze den Weg in die Professionalisierung (höhere Managementstrukturen, verbindlichere Rechtsformen usw.)?

Material und Methoden

Auf Basis einer Literaturanalyse hinsichtlich von konstituierenden Entwicklungsvariablen von Netzwerken wird ein zweidimensionales entwicklungsorientiertes Benchmarkmodell konzipiert. Die zwei Achsen bestehen aus den Entwicklungsfaktoren „Stabilität“ (Entwicklungsbasis) und „Flexibilität“ (Entwicklungsfähigkeit), die zusammen als Produkt das Entwicklungspotenzial (min 0 bis <1 = negativ; $1 <$ bis max 4 = positiv) eines Netzes definieren. Während der Stabilitätsfaktor die Aufwand-Nutzen-Relation der Mitglieder mittels einer Motivstrukturanalyse in den Fokus nimmt, wird der Flexibilitätsindikator mit Hilfe der Arbeitszufriedenheitsformen von Bruggemann ermittelt. Nur anhand der Rechtsform wird eine Unterteilung der Netze in zwei Professionalitätsgrade vorgenommen. Grundlage für die Evaluation ist ein schriftlicher Fragebogen (auch online ausfüllbar), der sich auf Netzteilnehmer im Bundesland Nordrhein-Westfalen orientiert.

Ergebnisse

An der Studie nahmen 239 Praxisnetzmitglieder aus 18 Netzwerken teil. Die Rücklaufquote belief sich auf 14% (bezogen auf die Datenlage der Agentur Deutscher Arztnetze, Stand: 31.07.2013). Unabhängig der Professionalitätsstruktur wurde im allgemeinem Auswertungsergebnis aller Teilnehmer ein Entwicklungspotenzial von 0,762 ermittelt. Der negative Entwicklungswert begründet sich vor allem durch den Flexibilitätswert von -0,26. Denn der Stabilitätsfaktor ist mit 0,03 leicht positiv. Bei der Gruppendifferenzierung nach Professionalitätsstruktur wurde bei den professionellen Netzen das höchste Entwicklungspotenzial von 0,901 gemessen. Verantwortlich für diesen hohen Wert ist hauptsächlich der Flexibilitätsachsenwert von -0,01. Nur der schwache Stabilitätsfaktor mit -0,09 verhindert ein positives Entwicklungspotenzial. Bei den nicht-professionellen Netzstrukturen wurde sogar nur ein Flächenwert von 0,611 registriert. Der deutlich negative Achsenwert der Flexibilität mit -0,45 begründet diese Datenlage. Konträr verhält sich der positive Stabilitätswert mit 0,11, der zugleich der höchste Wert unter allen Stabilitätsergebnissen ist.

Diskussion und Ausblick

Aufgrund des ersten Literaturteils wird deutlich, dass ein entwicklungsorientiertes Benchmarkmodell im objektiven Netzwerkdiskurs gefordert werden muss. Nur das spezielle Netz-Know-How bezogen auf die konstituierenden Charakteristiken und Anforderungen eines Netzwerkes ermöglicht die Konzipierung eines objektiven Bewertungskonstrukts, das die Netzentwicklung und dessen Kern, die Netzmitglieder, adäquat in den Mittelpunkt stellt. Dies zeigen auch eindeutig die Ergebnisse der Praxisnetzevaluation. Grundsätzlich haben nicht-professionelle und professionelle Netze negative Entwicklungspotenziale und zeigen unterschiedliche Schwachpunkte. Die professionellen Netze müssen ihre Entwicklungsbasis (Effizienz) verbessern und eine ausgewogene Aufwand-Nutzen-Relation herstellen, um das Netz zukünftig weiterzuentwickeln. Bei den nicht-professionellen Praxisnetzen sieht die Lage komplett anders aus. Da die Mitglieder in einem positiven Aufwand-Nutzenverhältnis verharren, setzt die Weiterentwicklung zu professionellen Strukturen neue Anreize bei den Netzmitgliedern voraus. Besonders der Gesetzgeber sollte diese Werte bei zukünftigen Reformierungen im Netzsektor berücksichtigen, professionelle Netze hinsichtlich der Stabilität zu unterstützen und den Anreiz bei den nicht-professionellen Netzen bezogen auf die Weiterentwicklung ihrer Professionalitätsstruktur effektiv zu steigern.

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS	I
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	VI
TABELLENVERZEICHNIS	IX
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	XI
1. EINLEITUNG	1
1.1. BEZUGSRAHMEN	1
1.2. PROBLEMSTELLUNG	4
1.3. FORSCHUNGSTHEMATIK UND HYPOTHESENGENERIERUNG	7
1.4. ZIELE DER ARBEIT.....	12
1.5. AUFBAU DER ARBEIT	14
Teil I: Die Literaturanalyse des Praxisnetzes	
2. DER URSPRUNG DER ANALYSE – DAS UNTERNEHMENSNETZWERK	16
2.1. AM ANFANG STEHT DIE KOOPERATION	16
2.2. DEFINITION EINES UNTERNEHMENSNETZWERKES.....	19
2.3. ANTRIEBSKRÄFTE DES NETZAUFSTIEGES.....	23
2.3.1. ALLGEMEIN.....	23
2.3.2. DIE WACHSENDE UMWELTKOMPLEXITÄT UND -DYNAMIK.....	24
2.3.3. UNTERNEHMENSWACHSTUM.....	26
2.3.4. STEIGENDER INNOVATIONSDRUCK	28
2.4. CHANCEN UND RISIKEN	30
2.5. ALLGEMEINE BEDINGUNGEN FÜR EIN NETZWERKGELINGEN	33

2.6. DIE BESONDERE BEDEUTUNG DES NETZWERKMANAGEMENTS	36
2.7. KLASSIFIKATION.....	38
3. DAS ANALYSEOBJEKT „PRAXISNETZ“	42
3.1. DER STRUKTURELLE WANDEL IN DER AMBULANTEN VERSORGUNGLANDSCHAFT	42
3.1.1. DIE LEGISLATIVE CHRONOLOGIE DER VERNETZUNGSINITIATIVE – BEDEUTENDE ECKPFEILER	42
3.1.2. DAS AMBULANTE VERSORGUNGSMODELL DER ZUKUNFT	53
3.1.3. DAS KONZEPT „MANAGED CARE“ ALS FIXPUNKT.....	55
3.1.4. REFORMBEDINGTER PARADIGMENWECHSEL DES KLASSISCHEN ARZTBILDES.....	58
3.2. DEFINITION „PRAXISNETZ“	61
3.3. VON DER PLANUNG ZUR GRÜNDUNG – EIN PROFESSIONELLER LEITFADEN	62
3.3.1. DIE ERSTEN SCHRITTE EINES NETZES – DER BUSINESSPLAN	62
3.3.2. MARKETING ALS ORIENTIERUNGSPUNKT	64
3.3.3. DIE STRATEGISCHE ZIELFINDUNG	66
3.3.4. DIE ANALYSE DES MARKTUMFELDES.....	70
3.3.5. DAS NETZTEAM – ZUSAMMENSETZUNG UND GRÖÙE	71
3.3.5.1. MITGLIEDERSTRUKTUR	71
3.3.5.2. BEDEUTUNG DER NETZGRÖÙE.....	72
3.3.6. DIE AUSWAHL DER RECHTSFORM	75
3.3.7. FINANZIELLE SICHERSTELLUNG DES NETZWERKLEBENS.....	77
3.3.8. FIXIERUNG VON KOORDINATIONSMECHANISMEN	78
3.3.8.1. STRUKTURELLE KOORDINATION	78

3.3.8.2. TECHNOKRATISCHE KOORDINATION	81
3.4. DER BEHANDLUNGSPFAD ALS BEISPIEL EINES KOMPLEXEN NETZARRANGEMENTS – EIN PHÄNOTYPISCHER PROFESSIONALISIERUNGSMARKER	82
3.4.1. HARD SKILLS	82
3.4.2. SOFT SKILLS	87

Teil II: Die Studie – Die Konzeptionierung eines objektiven und entwicklungsorientierten Benchmarksystems

4. DIE PRAXISNETZEVLUTION AUF DEM PRÜFSTAND – PROBLEMIIDENTIFIKATIONEN VON BEWERTUNGSANSÄTZEN UND PROFESSIONALISIERUNGSENTWICKLUNGEN	90
4.1. STATUS QUO DER NETZENTWICKLUNG: DIE KONTROVERSITÄT ZWISCHEN SOLL- UND IST-ZUSTAND	90
4.2. PROBLEMIIDENTIFIZIERUNG I: INTERESSENSKONFLIKTE, TOP–DOWN ANSATZ UND INDIVIDUALITÄTSDILEMMA	94
4.2.1. EXTERNE STEUERUNGSFAKTOREN – DIE SUBJEKTIVITÄT DES EXTERNEN PRAXISNETZUMFELDES	94
4.2.2. KLASSIFIZIERUNGSMUSTER ALS BEISPIEL DES INDIVIDUALITÄTSDILEMMAS	95
4.3. PROBLEMIIDENTIFIKATION II: KNOW-HOW ÜBER DEN URSPRUNG DES NETZWERKWANDELS UND DER NETZWERKDYNAMIK	98
4.3.1. ALLGEMEIN ÜBER NETZWERKWANDEL UND -DYNAMIK	98
4.3.2. THEORETISCHE MODELLE ZUR ERKLÄRUNG DER NETZENTWICKLUNG – STRUKTURATION ALS LEITMUSTER	99
4.3.2.1. LEBENSZYKLUSMODELLE – DER ALTMODISCHE ANSATZ	99
4.3.2.2. NICHT-LINEARE MODELLE – REPRÄSENTATIV, ABER NICHT WEGWEISEND	101
4.3.2.3. NETZWERKENTWICKLUNG ALS STRUKTURATION – MAßGEBEND UND ZUKUNFTSORIENTIERT	102

4.4. PROBLEMDENTIFIKATION III: AUSBLENDUNG DER KONSTITUIERENDEN SPANNUNGS- KONSTANTE EINES NETZES – AUTONOMIE UND ABHÄNGIGKEIT IM FOKUS	104
5. DIE KONZEPTIONIERUNG EINES NEUEN BEWERTUNGSANSATZES – THEORETISCHE GRUNDLAGEN UND METHODIK DES ENTWICKLUNGSPOTENZIALS EINES PRAXISNETZES	108
5.1. AUSGANGSPUNKT: DIE BIPOLARITÄT VON STABILITÄT UND FLEXIBILITÄT ALS ENTWICKLUNGS- UND ERFOLGSPARAMETER.....	108
5.2. DER MITGLIEDERNUTZEN ALS BASIS DES STABILITÄTSFAKTORS – DIE 1. BEWERTUNGS- ACHSE DES ENTWICKLUNGSPOTENZIALS (X_S)	113
5.2.1. DIE ANREIZ-BEITRAGS-THEORIE ALS THEORETISCHE BASISFORMEL	113
5.2.2. DER SUBJEKTIVE NUTZEN IM FOKUS	114
5.2.3. DIE QUELLE DES SUBJEKTIVEN NUTZENS – DIE MOTIVATIONSSTRUKTUR DES NETZAKTEURS.....	116
5.2.4. BERÜCKSICHTIGUNG DER SUBJEKTIVEN GERECHTIGKEIT UND NUTZENDYNAMIK..	119
5.2.5. DIE INTEGRATIONSPFLICHT DER ARBEITZUFRIEDENHEIT – DER VORTEIL DER MULTIFUNKTIONALITÄT	123
5.3. ARBEITZUFRIEDENHEITSFORMEN ALS FLEXIBILITÄT – DIE 2. ACHSE DES ENTWICK- LUNGSPOTENZIALS (Y_F)	124
5.3.1. DEFINITION DER FLEXIBILITÄT – DIE ENTWICKLUNGSFÄHIGKEIT EINES NETZES ...	124
5.3.2. DAS GRUNDGERÜST DES FLEXIBILITÄTSFAKTORS (Y_F) – DIE ARBEITZUFRIEDEN- HEITSFORMEN NACH BRUGGEMANN	126
6. MESSMETHODIK UND DATENAUSWAHL	129
6.1. ZIELPOPULATION, MESSINSTRUMENT UND STUDIENCHARAKTERISTIKEN	129
6.2. MOTIVSTRUKTURANALYSE	130
6.2.1. ALLGEMEIN	130

6.2.2. DIE BERECHNUNG DER SUBJEKTIVEN NETZEFFEKTIVITÄT – DER SUBJEKTIVE NUTZENSORE EINES MITGLIEDES.....	132
6.3. DIE NETZZUFRIEDENHEIT	133
6.4. STABILITÄTS- (X_S) UND FLEXIBILITÄTSFAKTOR (Y_F) ALS BEWERTUNGSPARAMETER DES MODELLS - BENCHMARKWERT: DAS ENTWICKLUNGSPOTENZIAL (A_E)	135
6.5. STICHPROBENAUSWAHL	138
7. ERGEBNISSE DER STUDIE	140
7.1. ALLGEMEIN.....	140
7.2. DIE AUSWERTUNG DER MOTIVSTRUKTURANALYSE.....	142
7.2.1. ALLGEMEINE DATEN.....	142
7.2.2. DER SUBJEKTIVE NUTZENSORE (NETZEFFEKTIVITÄT)	145
7.3. DIE ERGEBNISSE DER NETZZUFRIEDENHEIT.....	148
7.4. DAS BENCHMARKMODELL.....	150
7.4.1. DIE BASISWERTE DES STABILITÄTSFAKTORS	150
7.4.2. DIE BASISWERTE DES FLEXIBILITÄTSFAKTORS	152
7.4.3. DIE BERECHNUNG DES ZIELWERTS: DAS ENTWICKLUNGSPOTENZIAL „ A_E “	153
7.5. INTERPRETATION DER ERGEBNISSE	156
8. FAZIT.....	168
LITERATURVERZEICHNIS.....	174
ANHANG.....	208

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: ANTEIL DER GESUNDHEITSAUSGABEN (OECD-LÄNDER) AM BIP	2
ABBILDUNG 2: BETEILIGUNG AN ARZTNETZEN	6
ABBILDUNG 3: AUFBAU DER ARBEIT	15
ABBILDUNG 4: AUSPRÄGUNGEN VON NETZWERKSTRUKTUREN	20
ABBILDUNG 5: CHARAKTERISTIKA VON UNTERNEHMENSNETZWERKEN	21
ABBILDUNG 6: FUNKTIONEN DES MANAGEMENTS INTERORGANISATIONALER NETZWERKE	37
ABBILDUNG 7: EINE TYPOLOGIE INTERORGANISATIONALER NETZWERKE.....	40
ABBILDUNG 8: ACHT NETZWERKTYPEN.....	41
ABBILDUNG 9: VERNETZUNGSFÖRDERNDE GESETZGEBUNGEN – ERWEITERTE DARSTELLUNG	42
ABBILDUNG 10: VERTRAGSPARTNER DER INTEGRIERTEN VERSORGUNG – MODIFIZIERT NACH WIGGE 2005	45
ABBILDUNG 11: HORIZONTALE UND VERTIKALE INTEGRATION.....	47
ABBILDUNG 12: GATEKEEPING-SYSTEM.....	49
ABBILDUNG 13: VERSORGUNGSSTRUKTUREN MORGEN.....	53
ABBILDUNG 14: VERGLEICHBARE ZIELE VON VERNETZTEN PRAXISNETZEN UND MANAGED CARE	55
ABBILDUNG 15: DIE SCHRITTE DER GRÜNDUNGSPHASE	63
ABBILDUNG 16: MIND-MAP ZUM THEMA „GRÜNDUNG“	63
ABBILDUNG 17: MARKETING IN EINER ARZTPRAXIS.....	65
ABBILDUNG 18: RELATIVE HÄUFIGKEIT VERSCHIEDENER NETZGRÖßEN AM BEISPIEL VON 285 REGIONALEN NETZEN.....	73

ABBILDUNG 19: RELATIVE HÄUFIGKEIT DER RECHTSFORMEN VON PRAXISNETZEN AM BEISPIEL VON 302 PRAXISNETZEN	77
ABBILDUNG 20: ORGANIGRAMM EINS PRAXISNETZES.....	79
ABBILDUNG 21: PFADUHR® NACH ERTNER	85
ABBILDUNG 22: PROZESS DER KONTINUIERLICHEN VERBESSERUNG VON BEHANDLUNGSPFADEN	86
ABBILDUNG 23: KOOPERATION, KOORDINATION, KOMMUNIKATION	88
ABBILDUNG 24: ENTWICKLUNG VERNETZTER STRUKTUREN	91
ABBILDUNG 25: LEBENSZYKLUS-MODELL FÜR EIN NETZWERK.....	99
ABBILDUNG 26: PROZESSMODELL DER ENTWICKLUNG VON ALLIANZEN – ÜBERSETZTES MODELL VON RING UND VAN DE VEN.....	101
ABBILDUNG 27: DIMENSIONEN DER DUALITÄT VON STRUKTUR	102
ABBILDUNG 28: UNAUSGESCHÖPFTES LEISTUNGSPOTENZIAL VON ARZTPRAXEN ZUM BEST- PRACTICE.....	104
ABBILDUNG 29: NETZWERKMANAGEMENT IN SPANNUNGSVERHÄLTNISSEN.....	106
ABBILDUNG 30: STABILITÄT VS. FLEXIBILITÄT IM NETZWERKKONTEXT	110
ABBILDUNG 31: DIE TRANSFERIERUNG VON STABILITÄT UND FLEXIBILITÄT IM BENCHMARKKONTEXT.....	112
ABBILDUNG 32: DETERMINANTEN DER MOTIVATION.....	118
ABBILDUNG 33: ANFORDERUNG AN ANREIZE.....	119
ABBILDUNG 34: TYPISCHE FUNKTIONALE ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN OBJEKTIVEM ZUSTAND UND SUBJEKTIVEM NUTZEN.....	121
ABBILDUNG 35: FORMEN VON ARBEITZUFRIEDENHEIT (AZ) ALS ERGEBNISSE VON ABWÄGUNGS- UND ERLEBNISVERARBEITUNGSPROZESSEN	127
ABBILDUNG 36: DIE 9 HAUPTBEREICHE DER NETZZUFRIEDENHEIT.....	134

ABBILDUNG 37: DAS ENTWICKLUNGSORIENTIERTE BENCHMARKMODELL	137
ABBILDUNG 38: BALANCIERTE ACHSENVERHÄLTNISSE ALS IDEAL	138
ABBILDUNG 39: ZEITREIHENVERGLEICH DER PRAXISNETZANZAHL NACH BUNDESLÄNDERN	139
ABBILDUNG 40: ABSOLUTE UND RELATIVE HÄUFIGKEIT (N= 239 NETZÄRZTE) DER MOTIV- NENNUNGEN (N=680) ZUM BEITRITT BZW. ZUR GRÜNDUNG EINES NETZES	142
ABBILDUNG 41: DURCHSCHNITTLICHE MOTIVBEDEUTUNG (MEDIAN) – NACH PRIMÄREN UND SEKUNDÄREN NETZMOTIVEN KLASSIFIZIERT	143
ABBILDUNG 42: DURCHSCHNITTLICHE MOTIVERFÜLLUNGSGRAD (MEDIAN) DER EINZELNEN MOTIVDIMENSIONEN – NACH PRIMÄREN UND SEKUNDÄREN NETZMOTIVEN KLASSIFIZIERT.....	144
ABBILDUNG 43: DURCHSCHNITTLICHE ZUFRIEDENHEIT (MEDIAN) DER NETZTEILNEHMER MIT IHRER JEWEILIGEN MOTIVERFÜLLUNG – KLASSIFIZIERT NACH PRIMÄREN UND SEKUNDÄREN NETZMOTIVEN.....	145
ABBILDUNG 44: DURCHSCHNITTLICHE, SUBJEKTIVE NUTZENSCORES DER EINZELNEN MOTIVDIMENSIONEN UND DES GESAMTNUTZENS.....	146
ABBILDUNG 45: ANTEILE DER PRIMÄREN UND SEKUNDÄREN NETZMOTIVE AM SUBJEKTIVEN GESAMTNUTZEN	147
ABBILDUNG 46: DURCHSCHNITTLICHE ZUFRIEDENHEITSWERTE AUSGEWÄHLTER NETZPARAMETER – ZUSÄTZLICH KLASSIFIZIERT NACH VERSCHIEDENEN RECHTSFORMEN UND MITGLIEDERGRÖßEN	149
ABBILDUNG 47: ENTWICKLUNGSPOTENZIALDIAGRAMME AUSGEWÄHLTER CLUSTER	154

Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: CHRONOLOGIE VERSCHIEDENER DEFINITIONSANSÄTZE DES TERMINUS „KOOPERATION“	17
TABELLE 2: ABGRENZUNG GRUNDLEGENDER KOOPERATIONSFORMEN	18
TABELLE 3: CHANCEN UND RISIKEN VON NETZWERKEN AUS BETRIEBSWISSENSCHAFTLICHER SICHT	31
TABELLE 4: PATIENTENNUTZEN	67
TABELLE 5: ARZTNUTZEN.....	68
TABELLE 6: WAS GEHÖRT ZU DEN AUFGABEN EINES NETZMANAGERS	80
TABELLE 7: KOMMUNIKATIONSINSTRUMENTE	89
TABELLE 8: MERKMALE VON PRAXISNETZEN	96
TABELLE 9: IDEALISIERTE PRAXISNETZTYPEN	97
TABELLE 10: WAS VERBINDEN SIE MIT DEM ARBEITSPLATZ?	105
TABELLE 11: VIER HANDLUNGSMÖGLICHKEITEN IM RAHMEN DER ANREIZ-BEITRAGS-THEORIE ..	114
TABELLE 12: BERECHNUNGSGRUNDLAGE DES FLEXIBILITÄTSFAKTORS	136
TABELLE 13: ALLGEMEINE STATISTIKEN ZUR GRÜNDUNG UND GRÖÖSE	140
TABELLE 14: AUFTEILUNG NACH RECHTSFORMEN	140
TABELLE 15: WEITERE ALLGEMEINE STATISTIKEN ZUR STUDIE	141
TABELLE 16: DURCHSCHNITTLICHER ERFÜLLUNGSGRAD (ARITHMETISCHES MITTEL) DES AUFWANDES UND GESAMTNUTZENS PRO PERSON – ZUSÄTZLICH KLASSIFIZIERT NACH RECHTSFORMEN	150
TABELLE 17: DURCHSCHNITTLICHER ERFÜLLUNGSGRAD (ARITHMETISCHES MITTEL) DES AUFWANDES UND GESAMTNUTZENS PRO PERSON – ZUSÄTZLICH KLASSIFIZIERT NACH MITGLIEDERZAHLEN	151

TABELLE 18: DURCHSCHNITTLICHE ZUFRIEDENHEIT (MEDIAN) DES AUFWANDES UND GESAMTNUTZENS PRO PERSON – ZUSÄTZLICH KLASSIFIZIERT NACH RECHTSFORM- STRUKTUR UND MITGLIEDERANZAHL.....	151
TABELLE 19: ZUFRIEDENHEITSWERTE NACH BRUGGEMANN-SCHEMA – ZUSÄTZLICH KLASSIFIZIERT NACH VERSCHIEDENEN RECHTSFORMENSTRUKTUREN	152
TABELLE 20: ZUFRIEDENHEITSWERTE (BRUGGEMANN) NACH MITGLIEDERGRÖßEN.....	153

Abkürzungsverzeichnis

ABB – ARBEITSBESCHREIBUNGSBOGEN NACH NEUBERGER UND ALLERBECK

AUZ – ARBEITSUNZUFRIEDENHEIT

AZ – ARBEITSZUFRIEDENHEIT

BIP – BRUTTOINLANDSPRODUKT

DMP – DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMM

GKV – GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG

GMG – GESUNDHEITSMODERNISIERUNGSGESETZ

HVM – HONORARVERTEILUNGSMABSTAB

HZV – HAUSARZTZENTRIERTE VERSORGUNG

IUK – INFORMATION UND KOMMUNIKATION

IV – INTEGRIERTE VERSORGUNG

KBV – KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

KMU – KLEINE UND MITTELSTÄNDISCHE UNTERNEHMEN

KNR – KOSTEN-NUTZEN-RELATION

KV – KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG

MBO-Ä – MUSTERBERUFSORDNUNG FÜR ÄRZTINNEN UND ÄRZTE

MC – MANAGED CARE

MVZ – MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM

NRW – NORDRHEIN-WESTFALEN

OECD – ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT

SGB – SOZIALGESETZBUCH

SVR – SACHVERSTÄNDIGENRAT

TKK – TECHNIKER KRANKENKASSE

WSG – WETTBEWERBSSTÄRKUNGSGESETZ

1. Einleitung

1.1. Bezugsrahmen

„Nichts ist so beständig wie der Wandel.“ (Heraklit)

Das deutsche Gesundheitssystem steht seit längerem in einem kontinuierlichen Veränderungsprozess. Die demografische Entwicklung der Bevölkerung und der medizinisch-technische Fortschritt stellen das System, das als eines der tragenden Säulen des Sozialstaates gilt, seit den 90zignern vor immense Herausforderungen (Rebscher, 2008).

Vor allem die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems mit ihrem Herzstück der gesetzlichen Krankenversicherung steht seitdem im Brennpunkt von Gesundheitsreformen. In den letzten Dekaden gleicht das Gesundheitssystem zunehmend einer Dauerbaustelle an Reformen, die noch kein Ende in Sicht hat. Schlagwörter im Reformprozess wurden u.a. Managed Care, Integrierte Versorgung oder der Gesundheitsfonds.

Der Gesetzgeber will zunehmend alte Strukturen mit neuen Steuerungsinstrumenten aufbrechen und den Wettbewerb im Sektor fördern, um primär eine höhere Effizienz im Gesundheitswesen zu erzielen (Preusker, 2008).

Besonders in internationalen Vergleichen wird dem deutschen System ein hohes Leistungsvermögen bezüglich seiner nachweislichen Qualität attestiert, das aber teuer eingestuft wird.

Bezogen auf die Ausgaben an der Wirtschaftsleistung der OECD-Staaten rangiert Deutschland hinter den USA, Niederlanden und Frankreich und hat dadurch eines der teuersten Systeme aller OECD-Staaten (siehe Abbildung 1).

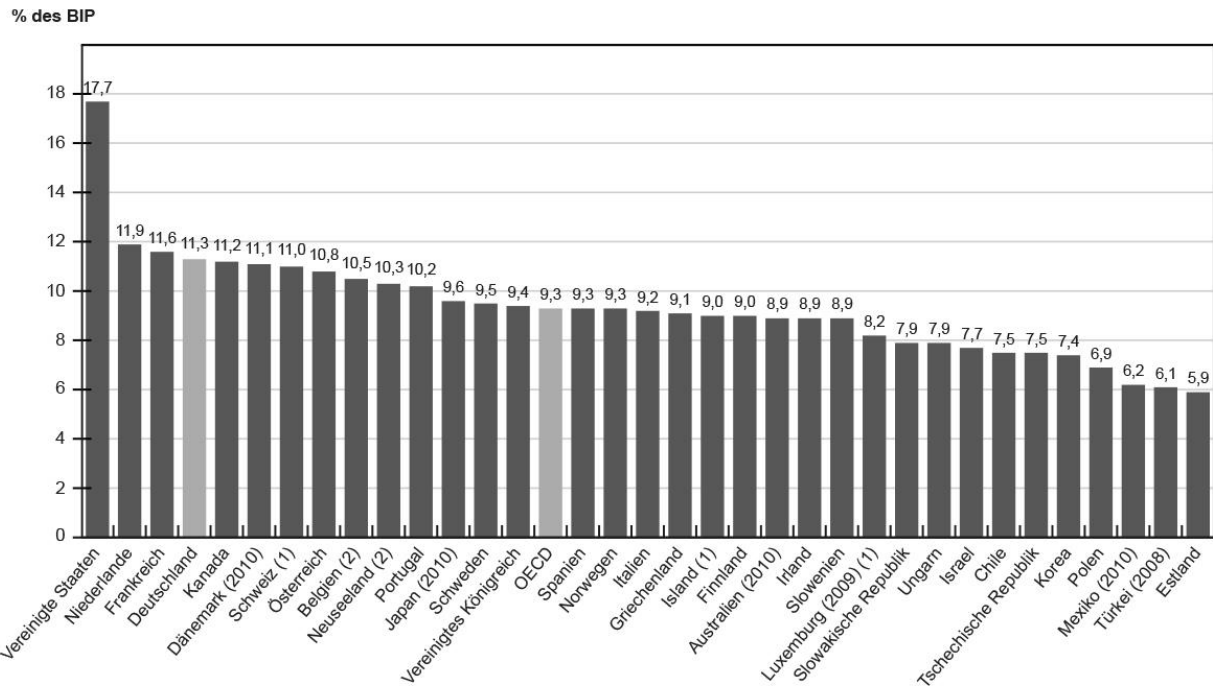


Abbildung 1: Anteil der Gesundheitsausgaben (OECD-Länder) am BIP (aus Organisation for Economic Co-operation and Development, 2013)

Der Einsatz der Termini „Effizienz“ und „Effektivität“ werden so dann als Allheilmittel eines zukünftigen Gesundheitssystems im politischen Diskurs präferiert, deren spezifische Phänotypen verschiedene Ebenen tangieren sollen. Denn Kosteneffizienz ist nur ein wichtiger Baustein. Kosteneffektivität muss auch vorliegen, so dass gegebene Inputs im System die größtmögliche Ausbringung erreichen (Kosteneffektivität). Außerdem sollen die eingesetzten Mittel dabei den größtmöglichen Nutzen beim Patienten als Konsequenz haben (Allokationseffizienz) (Blankart et. al., 2009).

Ein Gesundheitssystem der Zukunft muss sich an diesen Kriterien orientieren. Dies ist die elementare Herausforderung der Politik, die selbst weitere Reformen für unumgänglich ansieht (Bundesministerium für Gesundheit, 2010).

Fortan steht der Gesetzgeber also unter besonderen Druck, erfolgsbringende Reformen auf den Weg zu bringen, denn die letzten Reformen stehen stark in der Kritik (Dörner, 2008; Schnitzler et. al., 2011).

Norbert Klusen, ehemaliger Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse, bezeichnete Deutschland sogar als „[...] Weltmeister in der Häufigkeit von suboptimalen Gesundheitsreformen (Süddeutsche Zeitung, 2010)“. Selbst die Bundesbürger sehen die Resultate sehr skeptisch. Insgesamt sind sie mit dem Gesundheitssystem zufrieden, jedoch werden die Reformen negativ beurteilt (Haubrich, 2010).

Die Begründung liegt zum Teil in dem gestiegenen Stellenwert der Gesundheit bei deutschen Bürgern in Relation zu anderen Lebensbereichen. Dies wird besonders beim Patienten

festgestellt, der laut Umfragen vermehrt in Therapieentscheidungen eingebunden werden will. Der Patient strebt nach mehr Autorität und Transparenz im System (Dapd Nachrichtenagentur, 2007; Porter und Guth, 2012).

Die Reformierungen werden zudem von der Gesundheitswirtschaft kritisch beobachtet.

Denn die Gesundheitswirtschaft ist seit längerem ein erheblicher Wachstumsmotor der deutschen Volkswirtschaft. Schon 1997 wurde dies vom Sachverständigenrat für die konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen in einem Sondergutachten festgestellt, in dem er Wohlfahrt, Wachstum und Beschäftigung als zentrale Auswirkungen und Zieldimensionen des Gesundheitswesens angibt (Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen, 1997).

Der Demografische Wandel wird hier eher als Chance verstanden, die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen zu steigern (Deutscher Industrie- und Handelskammertag-Ausschuss, 2010; Böhm, 2010). Deswegen dürfen nicht nur Kostenaspekte berücksichtigt, sondern vor allem muss das enorme Wirtschaftspotenzial dieses Sektors u.a. hinsichtlich Arbeitsplätze und Innovationen gesehen werden (Bundesverband der Deutschen Industrie, 2013). Systematische Umstrukturierungsmaßnahmen sollten diese positive Entwicklung möglichst nicht hemmen, so dass sich dies negativ auf die deutsche Gesamtwirtschaftsleistung auswirkt.

Die Europäische Union teilt ebenfalls diesen Standpunkt. Seit einigen Jahren befasst sich die Institution zunehmend mit der Reformdebatte ihrer Mitgliedstaaten und versucht indirekt, Einfluss auf die länderspezifische Gesundheitspolitik auszuüben. Die Intention dieses Trends basiert grundsätzlich auf dem Leitbild der Lissabon-Verträge, in denen Gesundheit als essentielle Voraussetzung für Wirtschaftswachstum und Wohlstand deklariert wird. Das gesteigerte Engagement der EU im gesundheitspolitischen Reformdiskurs schlägt sich in Form der Veröffentlichung des Weißbuches nieder, in dem gesundheitliche Ziele formuliert worden sind, obwohl die Priorität der Gesundheitspolitik in der Verantwortung der Mitgliedstaaten obliegt (Europäische Kommission – Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher, 2007).

Gesundheit symbolisiert sich ergo als Wert, Markt und Faktor im international politischen Diskurs der heutigen Gesellschaft, so dass die Kausalitätsfrage des Druckes auf innovative Reformierungsinstrumente und -mechanismen nur rhetorisch erscheint (Huber, 2007).

Trotz dieser Umstände muss aber immer eine objektive Aufarbeitung bzw. Beurteilung für eine kritische Bilanzierung gewährleistet werden.

Auch im Kontext bei der Bewertung von Praxis- bzw. Arztnetzen muss die Datenlage aufgebessert werden, um das Optimierungspotenzial der innovativen Kooperationsformen in den nächsten Reformierungen zu steigern, die ohne Zweifel ein elementares Effizienz- und Effektivitätsinstrumentarium eines zukünftigen Gesundheitssystems sind. Resultierend dadurch konzentriert sich die folgende Arbeit auf diese spezielle Organisationsform, von der

bis heute eine große Faszination ausgeht, die jedoch nun vor einem kritischen Prüfstand ihres gesundheitspolitischen Stellenwertes steht.

1.2. Problemstellung

Praxis- bzw. Arztnetze, die 1997 auf Grundlage des GKV-Neuordnungsgesetzes ermöglicht worden sind, sollten im ambulanten Bereich Qualitätsverbesserungen und mehr Wirtschaftlichkeit in der Versorgung hervorrufen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2013a). Durch eine verbesserte Kooperation zwischen den niedergelassenen Ärzten sollten u.a. Doppeluntersuchungen und Klinikeinweisungen, getreu dem Motto „ambulant vor stationär“, verhindert bzw. reduziert werden. Der Gestaltungsspielraum der neuen Kooperationsform wurde in der Gesetzgebung nicht explizit restringiert, so dass Netze bezüglich Zielsetzung, Rechtsform oder der Zusammensetzung der Mitglieder sehr variieren konnten.

In den ersten Jahren entstand ein richtiger Netzboom an Neugründungen, so dass bis 2002 über 200 Netze in Deutschland geschätzt worden sind.

Netze arbeiteten u.a. als Einkaufsverbund, schlossen Kooperationen mit Krankenhäusern oder IV-Verträge mit Krankenkassen ab.

Doch nach der ersten Anlaufphase fiel das erste Resümee bezüglich der Netzresultate bei verschiedenen Gesundheitsakteuren sehr enttäuschend aus und die Netze standen arg in der öffentlichen Kritik. Laut einschlägigen Meinungen konnten nur wenige Netze eine positive Entwicklung vorzeigen. Eine erste Zensur kategorisierte Praxisnetze in drei Pauschalmodelle (Westebbe, 2000; Kreft, 2002):

- gescheiterte Projekte, die sich wieder aufgelöst haben,
- nicht erfolgreiche Netze, die den größten Teil ausmachten, und
- erfolgreiche Netze, die es nachweislich geschafft haben, u.a. die Qualität der Versorgung zu verbessern oder finanzielle Vorteile für ihre Mitglieder zu realisieren.

Vor allem bei den Krankenkassen manifestierte sich eine ernüchternde Haltung in Bezug auf die Organisationsform, die sich eigentlich eine Verbesserung der regionalen Versorgung und neue Vertragsmöglichkeiten im ambulanten Sektor erhofften. Die kassenspezifischen Erwartungen wurden nur vereinzelt in Leuchtturmprojekten erfüllt, so dass eine Stagnation bei abgeschlossenen IV-Verträgen zwischen Netzen und Kassen beobachtet worden ist. Der Hauptkritikpunkt bestand größtenteils in der unprofessionellen Organisationsstruktur der Praxisnetze (Baur, 2002; Kreft, 2002). Weitere wichtige Faktoren lagen laut Westebbe im Konflikt zwischen Ökonomie und ärztlichen Idealen, die Probleme der Kommunikation

innerhalb eines Netzes, die Schwierigkeit, kooperative Strukturen aufzubauen und die mangelnde Kenntnis im Bereich des Konfliktmanagements (Westebbe, 2000).

Trotz dieses ersten negativen Resümees geriet die Netzdynamik nicht in eine existenzielle Krise. Auch die anfangs negative Einstellung der Bundesärztekammer gegenüber Praxisnetzen konnte die Netzpopularität bei den niedergelassenen Ärzten nicht schwächen. Die Kammer sah in der neuen Kooperationsform eine Bedrohung ihres ärztlichen Berufsstatus.¹ Sie änderte aber anlässlich der positiven Resonanz der Netze unter der Ärztebelegschaft ihren Standpunkt grundlegend und nahm sogar die Bezeichnung „Praxisverbund“ in ihre Musterberufsordnung für Ärztinnen und Ärzte auf.

Besonders durch die Implementierung der IV-Anschubfinanzierung in 2004 wurde das Praxisnetz eine feste Instanz im deutschen Gesundheitssystem, durch die der quantitative Netzausbau vom Gesetzgeber nochmals immens fokussiert worden ist.

Kassen konnten durch das neue Gesetz die Logistik für eine Vernetzung subventionieren. Bis 2009 wurde diese Finanzhilfe gewährt, wodurch die Praxisnetze in dieser Zeit zwangsläufig ihre Blütezeit erlebten.

Heute existieren weit über 500 Netze in Deutschland², die sich vor allem durch ihre hohe Individualität kennzeichnen. Insbesondere diese extreme Heterogenität erschwert Netzwerkanalysen bzw. einheitliche Praxisnetz-Benchmarkings, die aber unbedingt benötigt werden, um die zukünftige Netzentwicklung effektiv zu fördern.

Gerade für die komplexen Kooperationsformen existiert nur ein fragmentarisches Know-How. Entgegen dieses unwiderlegbaren Mangelzustandes herrscht aber immer noch ein verhaltenes bzw. negatives Gesamturteil in der Öffentlichkeit in Bezug auf die vergangene Netzentwicklung bzw. den Netzwerkerfolg (Schnabel, 2010). Nur ein paar wenige Netze werden als Vorzeigemodelle dargestellt und in der Literatur oder Presse positiv hervorgehoben. Dabei stützt sich dieser Gesamteindruck meistens auf die Praxisnetzstudie der Uni Erlangen-Nürnberg, die zuletzt 2009 durchgeführt worden ist. Die Autoren stellen in der letzten Studie den meisten Netzen einen niedrigen Reifegrad aus und kommen zu dem Schluss, dass die meisten Netze es schwer haben, von den Kostenträgern ernst genommen zu werden.

Auch im Vergleich zu der ersten Studie aus dem Jahr 2006 hatten die Netze sich nur wenig weiterentwickelt. Die Probleme werden wiederum im Berufsbild des Arztes, der es gewohnt

¹ Die Ärztekammer fühlte sich durch die neuen Vertragsmöglichkeiten im ambulanten Sektor in der Freiberuflichkeit der Ärzte angegriffen. Die Befürchtung bestand darin, dass Ärzte als Angestellte des Netzes nur noch handeln. Dies konnte jedoch widerlegt werden. Trotz Netzzugehörigkeit bleiben die beteiligten Ärzte selbstständig und eigenverantwortlich für ihre eigene Praxis. Vgl. hierzu Erbsen, 2002.

² In der Literatur werden heute 400 bis 800 Praxisnetze geschätzt. Vgl. hierzu Erdogan-Griese, 2013.

ist, autark zu entscheiden, oder in der mangelnden Technik ausgemacht, die einen verbesserten Informationsfluss zwischen den Ärzten bewirken könnte (Purucker et. al., 2009, Schnabel, 2010).

Nichtdestotrotz haben sich Netze im deutschen Gesundheitswesen etabliert und zeigen im Vergleich zu der großen Skepsis und Kritik der vergangenen Jahre eine paradoxe Entwicklung. Mittlerweile beteiligt sich sogar ein Drittel der niedergelassenen Ärzte in einem Netz, wie Abbildung 2 verdeutlicht.

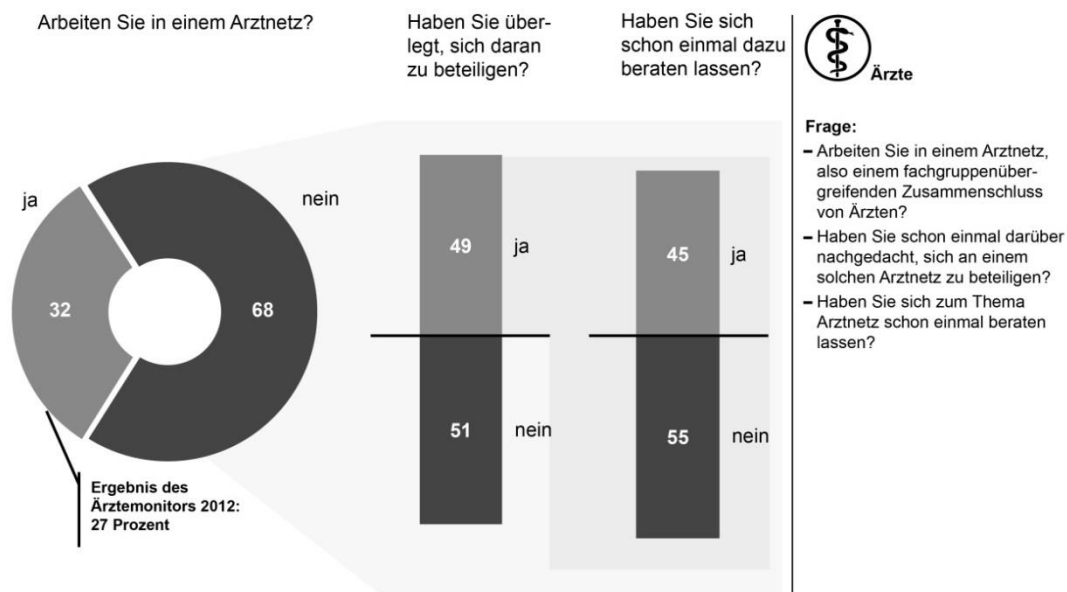


Abbildung 2: Beteiligung an Arztnetzen (aus NAV-Virchow-Bund, 2014)

Welche Faszination geht also von den Netzen aus, dass sie noch so beliebt bei den Ärzten sind, obwohl sie größtenteils schlecht bewertet werden? Wieso gehen die meisten Ärzte in ein Netz, scheuen jedoch den Weg in professionelle Netzstrukturen (Rechtsform, Netzmanagement etc.)? Als Beispiel kann das Capitation-Modell herangezogen werden, in dem Praxisnetze ein indikationsbezogenes Budget für ihre Patienten verwalten, welches aber noch in Deutschland als Rarität anzusehen ist.³

Das Hauptaugenmerk muss verstärkt auf die subjektive Bewertungsebene gerichtet sein, denn ohne die hohe Resonanz der Netzbefürworter wäre das Gebilde „Praxisnetz“ bestimmt als Reformfiktion einer früheren Legislaturperiode degradiert worden.

³ Als Leuchtturmprojekt wird meistens nur das Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte (UGOM) aufgezeigt, Grundsätzlich steckt dieses Modell noch in der ersten Entwicklungsphase, der aber ein großes Leistungspotenzial zugesprochen wird. Vgl. hierzu Ziegler, 2011; Agentur Deutscher Ärztenetze, 2013b.

Der subjektive Ansatz muss in der Präferenzstruktur bzw. den Motiven der Ärzte analysiert werden, durch die ein Netz getragen wird und die die Netzdynamik bestimmt. In dieser Hinsicht muss die Praxisnetzkompetenz verstärkt aufgebaut werden, um die objektive Bewertungsdebatte von Netzen transparent zu machen.

1.3. Forschungsthematik und Hypothesengenerierung

Wegen der dargestellten Problemstellung behandelt nun diese Arbeit zentral das Entwicklungspotenzial deutscher Arzt- bzw. Praxisnetze hinsichtlich zukünftiger Entwicklungsintentionen des Gesetzgebers.

Die Studie analysiert dies mit drei Forschungsfragen, die mithilfe des Einsatzes von Hypothesen (nachfolgend aufgelistet) beantwortet werden sollen.

1. Warum gehen so wenig Netze den Weg in die Professionalisierung (höhere Managementstrukturen, verbindlichere Rechtsformen usw.)?

Die Behandlung der Forschungsfrage soll dabei nicht zwangsläufig einen eindeutigen Grund darlegen, sondern die Hypothesenvielfalt der Problematik eingrenzen, warum dieser Status Quo vorliegen könnte. Folgende Hypothesen werden hierzu zunächst aufgestellt und getestet.

Hypothese 1	<i>Wegen der hohen Heterogenität und Individualität der Netze kann kein allgemeingültiges, dominierendes Netzmotiv, das zu Netzbeitritt oder -gründung geführt hat, in der Netzentwicklung identifiziert werden.</i>
Kontext	Die hohe Individualität wird immer betont, um einheitliche Bewertungstools auszugrenzen. Deswegen muss diesem Phänomen nachgegangen werden, das das Verständnis des vergangenen Entwicklungsstatus eines Netzes mehr denn je erklärt.
Methodik	Direkte Motivabfrage der Netzteilnehmer (Pool aus sechs Netzmotiven), die zum Beitritt bzw. zur Gründung des Praxisnetzes geführt haben (Mehrfachnennungen sind möglich, Motivpool aus Lindenthal et al.).

Hypothese 2	<i>Ein dominierendes Netzmotiv kann in der gegenwärtigen Motivstruktur der Netzteilnehmer identifiziert werden.</i>
Kontext	Die aktuelle Bedeutungseinschätzung des Motivprofils soll die aktuelle Priorisierungslage wiedergeben, die die Basis für die Effektivität der Netze darstellen. Zum einen wird die Motivgewichtung auf Homogenität geprüft. Zum anderen wird die Komptabilität mit den Gesetzesintentionen analysiert.
Methodik	Die sechs Netz motive werden nach Bedeutung gewichtet (Likert-Skala von 0 bis 10).

Hypothese 3	<i>Die Fluktuation der Netz motive in der Motivstruktur eines Netzteilnehmers ist im Laufe der Netzzugehörigkeit gering.</i>
Kontext	Die Veränderung des priorisierenden Motivprofils gibt Aufschlüsse über die netzwerkspezifische Motividynamik bzw. -flexibilität, die der Ursprung des Wandels sind. Wenn Eintritts- und Gründungsanreize immer noch im aktuellen Motivprofil eines Netzteilnehmers priorisiert werden, können diese mit Bleibeanreizen verglichen werden. Für zukünftige Zielstrategien sind die Daten sehr wertvoll, um die Effektivität sicherzustellen und/oder Leistungsanreize zu setzen.
Methodik	Hier werden die Netz motive, die zum Beitritt bzw. zur Gründung des Praxisnetzes beigetragen haben, mit der Gewichtung der nicht-präferierten Motive zu Netzbeginn verglichen, ob eine direkte Veränderung in der Rangierung registriert wird. Die Motive werden hierzu in primäre Motive (Eintrittsgründe) und sekundäre Motive (2.Wahl-Motive) unterteilt.

Hypothese 4	<i>Die Netzteilnehmer sind mit den Erfüllungsgraden ihrer Netzeintrittsmotive überwiegend unzufrieden.</i>
Kontext	Eine Gesamtzufriedenheit eines Praxisnetzes basiert auf der Motivzufriedenheit der Netzteilnehmer. Im Detail überprüft diese Hypothese die Zufriedenheit einzelner Motiverfüllungsgrade, um die Effektivität der Netzarbeit zu skizzieren, d.h., bei welchen Netzmotiven (Eintritts- und Gründungsmotive) die Erwartungshaltung der Netzteilnehmer nicht erfüllt worden ist.
Methodik	Die Erfüllungsgrade der Eintritts- bzw. Gründungsmotive (Primäre Motive) werden nach ihrer Zufriedenheit gemessen (fünfstufige Likert-Skala).

2. Reicht der Reifegrad eines Praxisnetzes aus, um die Arbeit eines Netzes zu bewerten? Bedeutet ein niedriger Reifegrad zugleich, dass ein Praxisnetz seine Ziele (bezogen auf den Mitgliedernutzen) verfehlt hat?

Zu sehr rücken gesetzgeberische Intentionen als Gradmesser eines Bewertungssystems in den Vordergrund und dominieren die Bewertungsdebatte von Praxisnetzen.

Praxisnetze sind sehr individuell und zuerst den Mitgliedern hinsichtlich ihrer Zielsystematik verpflichtet. Die Analyse dieser Forschungsfrage stellt zugleich den Schwerpunkt der Studie dar.

Hypothese 5	<i>Praxisnetze haben einen unterdurchschnittlichen Effektivitätswert.</i>
Kontext	Durch die generelle schlechte Beurteilung der Praxisnetze scheint diese These nur eine unabdingbare Konsequenz zu sein, dass die Mitglieder einen unterdurchschnittlichen Netznutzen akquirieren, Deswegen wird auf Basis der Mitgliedermotive ein subjektiver, gewichteter Gesamtnutzen ermittelt. In dem Nutzenwert spiegelt sich die momentane Effektivität des Netzes wider. Die zukünftigen Effektivitätschancen (=Entwicklungsfähigkeit) werden später mit dem Ansatz nach Bruggemann dargestellt.
Methodik	Die Effektivität wird mithilfe eines gewichteten Nutzenscore getestet, der den Netznutzen der Mitglieder darstellt. Mithilfe der Werte der Motivbedeutung und -erfüllungsgrade kann dieser Score berechnet werden. Auch der prozentuale Anteil der primären Netzmotive am ermittelten Gesamtnutzen wird überprüft.

Hypothese 6	<i>Praxisnetze haben keinen positiven Effizienzwert.</i>
Kontext	Die Analyse der Effektivität muss um das Instrument der Effizienz erweitert werden. Erst dadurch wird die Stabilität eines Netzes umfassend darstellbar. Die Effizienz wird wie die Effektivität durch die Anreiz-Beitrags-Theorie gestützt.
Methodik	Die Effizienz wird als Anreiz-Beitrags-Wert instrumentalisiert, so dass der direkte Unterschied zwischen Gesamtnutzen und Aufwand eines Mitgliedes überprüft wird. Die Werte werden auch hinsichtlich ihrer Zufriedenheit kontrolliert, um diese zu verifizieren und eine bessere Aussagekraft zu erhalten.

Hypothese 7	<i>Professionelle Praxisnetze haben einen höheren Gesamtnutzen als nicht-professionelle Praxisnetze.</i>
Kontext	Der Gesetzgeber sowie Krankenkassen favorisieren professionellere Netzstrukturen. Ob die professionellen Netzstrukturen auch mit einem höheren Nutzen korrelieren, ist ungewiss. Ohne diese Tatsache verliert der Anreiz einer progressiven Netzentwicklung zu mehr Professionalität an Gewichtung und somit an Wirkung.
Methodik	Zwei Cluster werden nach Rechtsformstrukturen gebildet, um die Hypothese zu testen. Deswegen werden die Mitglieder nach ihrer Netzrechtsformstruktur in „e.V./GbR“ und „andere Rechtsformen“ unterteilt. Netze als „e.V./GbR“, die bspw. eine Tochtergesellschaft als GmbH oder e.G. gegründet haben, werden dabei in „andere Rechtsformen“ aufgeführt.

Hypothese 8	<i>Netzteilnehmer von Praxisnetzen mit kleineren Mitgliederzahlen (<100) haben einen höheren Gesamtnutzen als größere Netze (≥100).</i>
Kontext	Der Kriterienkatalog der förderungswürdigen Netze beinhaltet den Passus eines fixierten Mitgliederschwellenwertes bzw. einer Mitgliedergrenze. Diese Werte sind jedoch nicht empirisch belegt, so dass sie einer gewissen subjektiven Willkür unterliegen. Deswegen wird eine zweistufige Kategorisierung nach Mitgliederzahlen bei der Bewertung des Gesamtnutzens vorgenommen, um die Effektivität dieser Fördervariablen zu überprüfen. Auch die schleichende Anonymisierung und der Identifikationsverlust eines Netzes soll hier analysiert werden.
Methodik	Zwei Cluster werden nach Mitgliedergrößen gebildet. Danach werden die mitgliederspezifischen Gesamtnutzenwerte auf signifikante Unterschiede (95%-Konfidenzintervall) untersucht.

Hypothese 9	<i>Der Effizienzwert der professionellen Netze ist höher als bei nicht-professionellen Netzen.</i>
Kontext	Wie beim Gesamtnutzen wird nun die Effizienz zwischen den Gruppen analysiert, um die Stabilitätswerte in Bezug auf die Weiterentwicklung eines Netzes zu bewerten. Immer wieder wird der grundsätzliche Tenor erbracht, dass professionellere Netzstrukturen effizienter arbeiten.

	Ferner sind die Werte für die Gesetzesintention von besonderem Interesse. Eine schlechtere Bilanz kann sich negativ auf die professionelle Netzlandschaft auswirken.
Methodik	Die rechtsformspezifischen Anreiz-Beitrags-Werte (Gesamtnutzen-Aufwand-Differenz) werden hinsichtlich signifikanter Unterschiede kontrolliert.

Hypothese 10	<i>Die Netzzufriedenheit ist überwiegend negativ.</i>
Kontext	Die Effektivitäts- und Effizienzwerte sollen noch allgemein durch ein praxisrelevantes AZ-Messinstrument analysiert und kontrolliert werden. Deswegen werden Referenzkategorien des Arbeitsbeschreibungsbogens (ABB) nach Neuberger und Allerbeck verwendet, um die Funktion einer praxisrelevanten Kontrollvariable zu erfüllen.
Methodik	Die Hauptkategorien des Arbeitsbeschreibungsbogens von Neuberger und Allerbeck werden als Messinstrument verwendet. Hierbei werden nur spezifische Netz Wörter substituiert bzw. in die Fragestellungen eingebaut.

3. In welchen Netztypus ordnen sich die Netze selber ein? Wie sehen die Netze ihre Zukunft im ständigen Wandel des Systems?

Der Netztypus bezieht sich auf die Entwicklungsfähigkeit eines Praxisnetzes und soll die Einschätzung der Dynamik widerspiegeln. Die ursprünglichen Klassifizierungsmuster von Netzwerken werden dabei nicht tangiert, sondern vielmehr wird ein neues, spezielles entwicklungsorientiertes Gliederungsprinzip geschaffen.

Hypothese 11	<i>Die Entwicklungsfähigkeit (= Flexibilitätsfaktor) der Praxisnetze ist unterdurchschnittlich.</i>
Kontext	Die Entwicklungsfähigkeit wird als Flexibilitätspotenzial eines Netzes verstanden und soll die Chancen der entwicklungsintendierten Gesetzesvorgaben einschätzen bzw. beurteilen. Wenn nicht ein überdurchschnittlicher Flexibilitätsindex erfüllt wird, wird das Risiko größer, dass ein Übermaß an Stabilität erreicht wird, so dass Praxisnetze von einer Stagnationstendenz charakterisiert werden.

Methodik	Das Flexibilitätspotenzial wird durch ein spezielles AZ-Tool nach Bruggemann analysiert, das später als Achsparameter des Benchmarkmodells fungiert.
-----------------	--

Hypothese 12	<i>Professionelle Netze haben eine bessere Entwicklungsfähigkeit als nicht-professionelle Praxisnetze.</i>
Kontext	Die These zielt auf die Wandlungsfähigkeit der differenten Netzstrukturen. Professionellere Netze sollen laut einschlägigen Meinungen besser auf zukünftige Gesetzänderungen vorbereitet sein. Zudem wird die Frage geprüft, ob mit einer zukünftigen, bipolaren Entwicklungsspaltung der Netze zu rechnen oder eine homogene Stagnationstendenz zu beobachten ist.
Methodik	Die zwei rechtsformspezifischen Cluster werden hinsichtlich der Differenz ihrer Flexibilität getestet. Hierbei wird das entwicklungsorientierte Benchmarkmodell als Analyseinstrument verwendet, dass ebenfalls das Hauptziel der Arbeit ist.

1.4. Ziele der Arbeit

Die Hypothesen werden mithilfe der Motivstruktur, -zufriedenheit und der Netzzufriedenheit der Netzärzte überprüft, die im Laufe der Arbeit in die konstituierende Bipolarität eines Netzwerkes, Stabilität und Flexibilität, kausal eingegliedert werden. Die Analyse bzw. Testung der Hypothesen endet dann in der Konzeption eines objektiven Bewertungssystems, das speziell die Problematiken der hohen Netzindividualität ausblendet und ein Benchmarking speziell hinsichtlich der Zukunftsfähigkeit eines Netzwerkes ermöglicht.

Die wenigen Bewertungsmodelle, die im Umlauf sind, sollen durch den Ansatz ergänzt werden, der sich nicht als konträres Bewertungstool versteht, sondern mehr den Status Quo eines Entwicklungspotenzials erforscht, der allen Parteien (u.a. Gesetzgeber und Netzvorständen) nützlich ist.

Für die Beantwortung der Forschungsfragen sowie als fundamentale Parameter des Bewertungssystems wird dabei auf die Stabilität und Flexibilität eines Netzwerkes zurückgegriffen, die durch den Kern eines Netzes – also die Mitglieder – quantifizierbar werden.

Besonders durch die Verwendung der essentiellen Netzbipolarität, Stabilität und Flexibilität, wird die Komplexität der Netze opportun simplifiziert, so dass die netzwerkspezifische

Heterogenität durch eine entwicklungsorientierte Netzwerkideologie neutralisiert wird, deren Leitbild nur das Netzwerkgelingen zentralisiert. Das neue Bewertungsraster verfolgt aber noch explizit weitere Ziele, die nachfolgend gelistet sind:

- Verbesserung des Netz-Know-Hows (Aufbau der Netzwerkkompetenz)
- Verbesserung der Objektivität bei der Praxisnetzbewertung
- Verbesserung des Netzimages in der Öffentlichkeit

Der Aufbau der Netzwerkkompetenz gründet in der Definition der Studienpopulation. Denn die Daten sollen vom Kern eines Netzes, den Mitgliedern, akquiriert werden, um erneut die Abgrenzung zu anderen Bewertungsschemata zu signalisieren, die nur die Netzvorstände bzw. das Netzmanagement einbeziehen. Denn es sollte nicht in Vergessenheit geraten, dass am Anfang des Netzgedankens das subjektive Motiv steht, wodurch ein Praxisnetz ins Leben gerufen wird, und die Dynamik eines Netzes von den Mitgliedern abhängig ist. Hierdurch wird auch verstärkt ein Netz-Know-How bottom up erzeugt, das wiederum für Netzstrategien bzw. Zielsystematiken benötigt wird. Besonders für den Gesetzgeber sollen die Daten auch ein Substitutionselement für neue Reformentwürfe darstellen, um die gegenwärtige und zukünftige Netzidee effektiv zu fördern. Aber auch für das externe Umfeld wie Krankenkassen, die nun als potenzieller Vertragspartner der Praxisnetze agieren, ist der Aufbau einer Netzwerkkompetenz von enormer Bedeutung, um die wettbewerblichen Rahmenbedingungen des Gesetzgebers einzuhalten. Ein Status Quo von harten Bewertungselementen hilft nicht die Netze zu verstehen. Im Gegenteil pauschalisieren diese zu schnell, ohne die Individualität zu berücksichtigen, die den Netzen auch durch das Gesetz gegeben worden ist. Die eindimensionale Haltung in Bewertungsdiskursen spiegelt sich dann selbstverständlich in der öffentlichen Meinung wider. Die Studienergebnisse sollen daher mehr Objektivität ermöglichen und das generelle Netzimage verbessern.

1.5. Aufbau der Arbeit

Die Dissertation gliedert sich in zwei Hauptteile. Der erste Abschnitt behandelt das Analyseobjekt Praxisnetz und versucht, anhand von Recherchen in der Forschungsliteratur die Komplexität und Funktionalität eines Praxisnetzes darzustellen. Hier werden zuerst theoretische Grundlagen und der Ursprung eines Netzwerkes beschrieben. Denn bevor das Praxisnetz genauer analysiert werden kann, müssen allgemeine Grundlagen von Netzwerken erläutert werden, um die Black Box „Praxisnetz“ besser zu verstehen. Hier konzentriert sich die Arbeit auf die Netzwerktheorie und zeigt Basischarakteristika der Kooperationsformen. Die Einordnung der Kooperationsformen in den Markt- und Hierarchiemechanismus wird vorgenommen und zugleich der Entstehungsgrund von Netzen erörtert. Danach werden Grundmerkmale und die verschiedenen Klassifikationen von Netzen beschrieben. Besonders die Bewertungsmaßstäbe für Netze rücken dann in den Mittelpunkt des Interesses, da sie für die Diskussion eines objektiven Bewertungssystems berücksichtigt werden. Nachdem der Ursprung und das Konzept des Netzwerkes explizit beschrieben worden ist, werden im Anschluss das Praxisnetz und seine konstituierenden Merkmale erörtert. Besonders die Rolle von Managed Care soll im Praxisnetzdiskurs erläutert werden, um die enge Verbindung zu diesem Steuerungsmodell im Gesundheitswesen aufzuzeigen. Anschließend wird der Begriff „Praxisnetz“ definiert, welcher durch die hohe Individualität der Netze erschwert wird. Des Weiteren werden dann innere und äußere Organisationsstrukturen näher veranschaulicht. Die Ziele und Motive der Netzmitglieder sind vor allem in dieser Rubrik von hoher Bedeutung, da sie die Grundlage für die Motivstrukturanalyse darstellen.

Im zweiten Hauptteil wird die Konzeptionierung eines objektiven und entwicklungsorientierten Benchmarksystems beschrieben und die Hypothesen zum Status Quo der Praxisnetzevaluation getestet. Zu Beginn werden Problemidentifikationen von bisherigen Bewertungsmodellen bzw. -parametern aufgezeigt, die das neue Bewertungssystem aufgreift. Besonders das paradoxe Polaritätsunikum eines Netzes, Stabilität und Flexibilität, das zugleich als Entwicklungsvoraussetzung und -barometer fungiert, wird in den Ansatz transferiert, so dass zukünftig die hohe Individualität ausblendet wird und der Kern des Entwicklungspotenzials eines Netzes in Fokus rückt. Nach der theoretischen Methodik des Modells wird das Studiendesign beschrieben. Die Achsenparameter „Stabilität“ und „Flexibilität“ werden als Erfolgs- und Entwicklungsparameter definiert. Aus dem Produkt der Termini entsteht dann das „Entwicklungspotenzial“ eines Netzes, das eine objektive Vergleichbarkeit der Netze auf Grundlage von konstituierenden Netzcharakteristika ermöglichen soll. Bei der Präsentation der Ergebnisse steht neben dem Entwicklungspotenzial die Effektivität eines Netzes im Zentrum, die mithilfe eines gewichteten Nutzenscores

ausgedrückt wird. Die Zusammenfassung und ein kritischer Ausblick auf die Zukunft der Praxisnetze schließen die Arbeit ab.

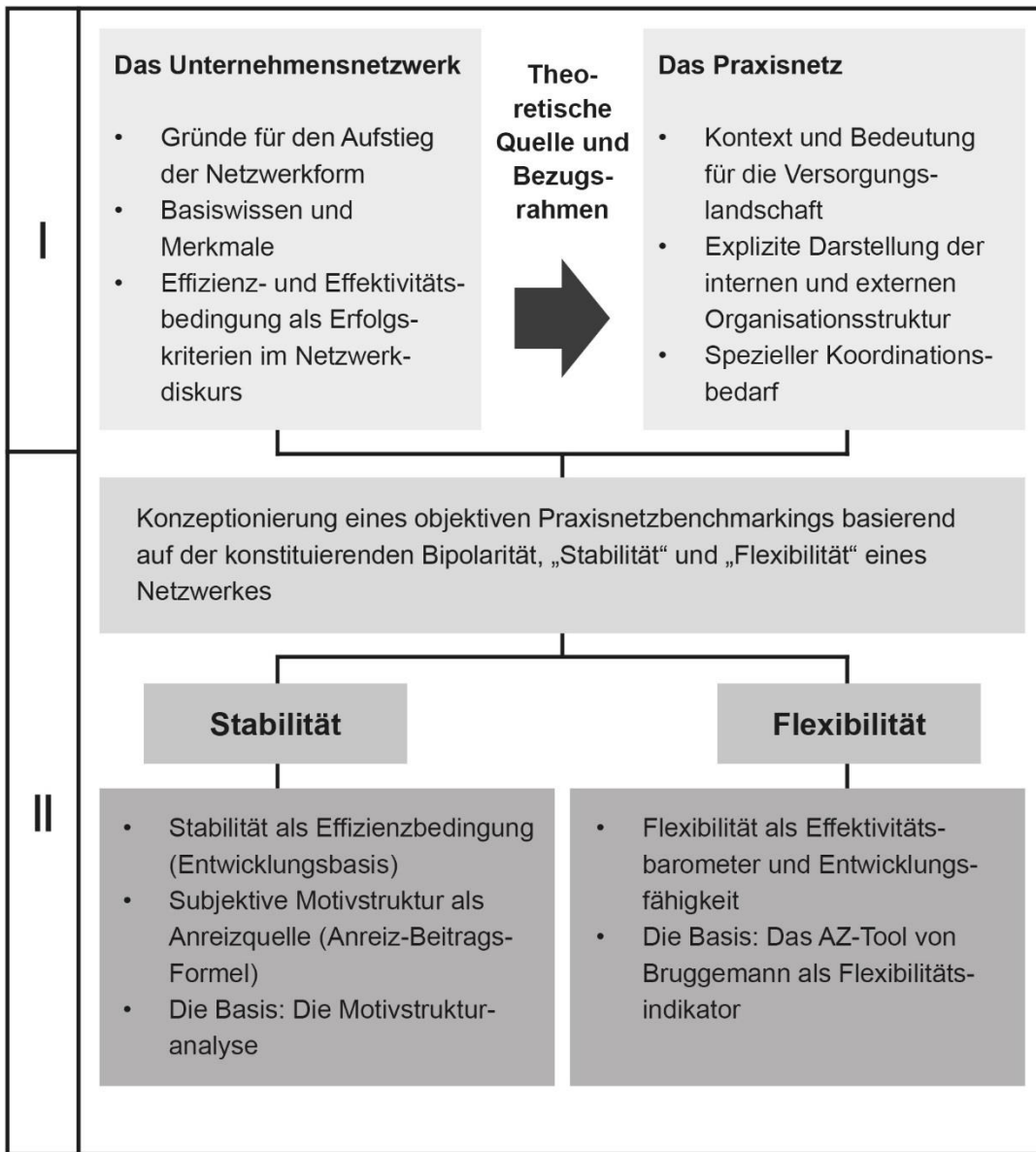


Abbildung 3: Aufbau der Arbeit (eigene Darstellung, 2011)

2. Der Ursprung der Analyse – Das Unternehmensnetzwerk

2.1. Am Anfang steht die Kooperation

Die Kooperation fasziniert schon lange viele Fachdisziplinen. Axelrod beschrieb dies so passend: „Wir wissen alle, dass Menschen keine Engel sind, und dass sie dazu neigen in erster Linie für sich selbst und ihre eigenen Interessen zu sorgen. Wir wissen jedoch auch, dass Kooperation vorkommt und die Grundlage unserer Zivilisation bildet. Wie kann sich aber überhaupt Kooperation in Situationen entwickeln, in denen jedes Individuum einen Anreiz besitzt, sich eigennützig zu verhalten (Axelrod, 2009)?“

So setzen sich Psychologie, Betriebswissenschaft oder Naturwissenschaft mit dem Phänomen auseinander, das auch als „Black Box“ (Callon, 1991) bezeichnet wird, kommen jedoch zu keiner Übereinkunft bezüglich einer einheitlichen Terminologie, so dass im allgemeinen Sprachgebrauch und zwischen den einzelnen Fachdisziplinen der Wissenschaft vergeblich nach einer interdisziplinären Definition gesucht wird. Sogar innerhalb einer Wissenschaft setzt sich keine einheitliche Begriffsbestimmung durch. Unterschiedliche disziplinäre Standpunkte und verschiedene Kausalkonzepte für die Entstehung von Kooperation sind nach Tröndle Hauptgründe einer uneinheitlichen Terminuserklärung (Tröndle, 1987).

Dieses Phänomen des Definitionswirrwarrs wird ebenfalls in der Betriebswissenschaft bemerkt. Einen Überblick über die Heterogenität der Definitionskomponenten verdeutlicht die Tabelle 1, die chronologisch verschiedene Begriffserklärungen aus den einzelnen Zeitepochen auflistet.

Bott, 1967	„Zwischenbetriebliche Kooperation außerhalb des Kartellgesetzes ist ein auf einen gemeinsamen Zweck abgestelltes, kartellrechtlich erlaubtes Handeln bzw. Verhalten von mehreren voneinander unabhängigen Wirtschaftssubjekten, die direkt untereinander Verträge abschließen, wonach einzelne gleiche, sich ergänzende oder konträre Teilfunktionen aus dem unternehmerischen Gesamtbereich ausgegliedert werden, um sie koordiniert besser wahrnehmen zu können.“
Müller und Goldberger, 1986	„Kooperation zwischen Unternehmen im engeren Sinne des Begriffes soll somit dann bestehen, wenn zwei oder mehr Partner in einzelnen Unternehmensfunktionen (Entwicklung, Beschaffung, Produktion, Vertrieb etc.) auf der Grundlage

	kollegialer Entscheidungen zusammenarbeiten, ohne dabei aber ihre wirtschaftliche Selbstständigkeit im Verhältnis zueinander aufzugeben.“
Semlinger, 1993	„Kooperation steht dabei für eine relativ stabile Form der Interaktion, bei der die gegenseitige Verhaltens- und Erwartungsabstimmung durch ein nicht notwendigerweise symmetrisches Wechselspiel von Autonomie und Kontrolle (bounded autonomy) erfolgt.“

Tabelle 1: Chronologie verschiedener Definitionsansätze des Terminus „Kooperation“ (eigene Darstellung, 2011)

Der Facettenreichtum der Ansätze macht es immens schwer, eindeutige konstitutive Merkmale einer Kooperation zu bestimmen. Rotering stellt aus der hiesigen Definitionsmenge eine deskriptive und eine normative Komponente heraus. Der deskriptive Bestandteil schließt die Kennzeichnung des Kooperationsbegriffes ein. Die normative Komponente bezieht sich auf Ziele und Aufgaben einer Kooperation, die aber nur einen ergänzenden Charakter darstellen. Rotering stellt folgende notwendige Merkmale zusammen (Rotering, 1990):

- Zusammenarbeit von Unternehmen,
- Ausgliederung und/oder Koordinierung einzelner Unternehmensfunktionen,
- Stillschweigende oder freiwillig vertragliche Vereinbarungen,
- Beibehaltung der rechtlichen Selbstständigkeit.

Das Kooperationsphänomen wird hinsichtlich der wirtschaftlichen und rechtlichen Selbstständigkeit in unterschiedlichen Ausmaßen ausgearbeitet. Viele Autoren stellen diese Attribute als notwendig dar, da sie hier die definitorische Abgrenzung zur Unternehmenskonzentration sehen, zu denen u.a. Fusionen oder die Konzernisierung zählen. So betont Blohm in seiner Begriffsbestimmung, dass es sich um die Zusammenarbeit wirtschaftlich selbstständiger Unternehmen handeln muss, da ansonsten die „[...] an der Zusammenarbeit beteiligten Unternehmungen wirtschaftlich in einem Verhältnis der Über- oder Unterordnung stehen (Konzern, Fusion)“ (Blohm, 1972). Auch Knoblich sieht die grundsätzliche wirtschaftliche Selbstständigkeit der kooperierenden Unternehmen als konstitutiven Bestandteil einer Kooperation (Knoblich, 1969). Das Charakteristikum der rechtlichen Selbstständigkeit wird in demselben Maße als fundamentale Komponente einer Kooperation angesehen (Rotering, 1993; Kraege, 1997). Tröndle hingegen differenziert

hinsichtlich dieser Aspekte und spricht sich gegen eine Generalität der rechtlichen und wirtschaftlichen Selbstständigkeit bezüglich der inhaltlichen Identifikation einer Kooperation aus. Er setzt die Autonomie der Kooperationspartner als konstitutives Element voraus, dass weder eines der beiden Kriterien fordert, sondern sich grundsätzlich auf die Entscheidungsmöglichkeit eines kooperierenden Unternehmens bezieht, in einer Kooperation zu verweilen oder aus ihr auszutreten. Das Element der Reversibilität der Kooperationsentscheidung ist dann der wesentliche Faktor im Diskurs um die Begriffsbestimmung einer Kooperation, durch das die Partner vor allem eine Machtbasis erhalten. Durch dieses Kriterium wird ebenso das Merkmal der Freiwilligkeit über Eintritt und Austritt garantiert und zeigt sich in einer Kooperation durch das Vorhandensein demokratisch-gemeinschaftlicher und kollektiver Entscheidungsfindungen (Tröndle, 1987). Demnach brauchen die Partner einer Kooperation nicht unbedingt rechtlich selbstständig sein und müssen nur vor dem Eintritt in eine Kooperation das Merkmal der wirtschaftlichen Unabhängigkeit nachweisen (Hess, 2002).

Trotz der Definitionsproblematiken können drei wesentliche Kooperationsmodelle mithilfe spezieller Anforderungskomponenten in der betriebswissenschaftlichen Literatur identifiziert werden, die durch das nachfolgende Unterscheidungsraaster verdeutlicht werden.

Anforderung	Zwischenbetriebliche Kooperation	Innerbetriebliche Kooperation	Überbetriebliche Kooperation
Rechtlich selbstständige Partner	Erfüllt	Teilweise erfüllt	Erfüllt
Erstellen von marktlich verwertbaren Produkten und Dienstleistungen	Erfüllt	Erfüllt	Nicht erfüllt

Tabelle 2: Abgrenzung grundlegender Kooperationsformen (aus Hess, 2002)

Überbetriebliche Kooperationen lassen sich eindeutig von den zwischenbetrieblichen Kooperationen definieren. Diese Form konzentriert sich bei ihren Aufgaben und Zielen nicht auf das Erstellen von marktlich verwertbaren Produkten und Dienstleistungen. Ein typisches Beispiel für diesen Kooperationszweig stellt eine Handwerkskammer dar. Innerbetriebliche Kooperationen erfüllen diese Anforderung, jedoch ist ein entscheidendes Unterscheidungsmerkmal die rechtliche Unselbstständigkeit der Kooperationspartner. Die Partner können meistens nicht frei über eine Kooperationsteilnahme oder einen Austritt entscheiden.

Wenn bspw. Tochterunternehmen eines Konzerns eine Kooperation eingehen, entsteht eine innerbetriebliche Kooperation. Die Entscheidungsautonomie liegt grundlegend bei der Konzernführung. Umso autonomer die Konzerneinheiten entscheiden können, desto mehr kommt die innerbetriebliche Kooperation einer zwischenbetrieblichen Kooperation gleich. Nur zwischenbetriebliche Kooperationen müssen eindeutig beide Kriterien erfüllen (Hess, 2002), zu denen auch das Unternehmensnetzwerk zählt.

2.2. Definition eines Unternehmensnetzwerkes

In den letzten zwei Dekaden hat das Unternehmensnetzwerk in der Managementlehre und -praxis zunehmend an Bedeutung gewonnen (Hess, 2002; Sydow, 2010a). Obwohl die Kooperationsform schon lange in vielen Branchen wie der Automobilindustrie oder in der Finanzdienstleistung ein fester Bestandteil der Unternehmensstrategie ist und als notwendige Antwort auf die Dynamik der Umweltorganisation gesehen wird, befindet sich die Erforschung dieser Gebilde noch in ihren Anfängen (Windeler, 2001).

Ursprünglich basiert der Terminus des Unternehmensnetzwerkes auf sozialen Netzwerken und soll demnach nicht nur auf die ökonomische Aktivität reduziert werden (Sydow et. al., 1995). Als Ursprungsform definiert sich ein soziales Netzwerk nach dem Sozialanthropologen Mitchell als „[...] a specific set of linkages among a defined set of actors, with the additional property that the characteristics of these linkages as a whole may be used to interpret the social behavior of the actors involved.“ (Mitchell, 1969). Ein Netzwerk charakterisiert sich dementsprechend verallgemeinert als ein Geflecht von Beziehungen zwischen Individuen bzw. Organisationen (Weber, 1994; Corsten, 2001). Die Netzwerkbeziehungen sind durch ein bestimmtes Maß an sozialer Organisiertheit gekennzeichnet. Dies ist u.a. in der Interaktionshäufigkeit oder -intensität festzustellen. So können die Beziehungen zwischen den Akteuren unterschiedliche Formen (z.B. Dauer und Enge der Beziehung, Interaktionshäufigkeit, Mediennutzung) und Inhalte (z.B. Produkte oder Dienstleistungen, Informationen, Emotionen) annehmen. Dabei tritt typischerweise eine Multiplexität bezüglich Form und Inhalt zwischen den Akteuren ein, so dass in einem Netzwerk Interaktionen zwischen den Akteuren verschiedener Form existieren, innerhalb derer ebenfalls Tauschhandlungen mit verschiedenen Inhalten stattfinden. Wenn also Organisationen miteinander interagieren und diese Interaktionen den Charakter von Netzwerkbeziehungen besitzen, in denen bspw. Güter, Dienstleistungen oder Informationen ausgetauscht werden, dann wird von einem Unternehmensnetzwerk gesprochen (Sydow et. al., 1995; Windeler, 2001).

Sydow definiert ein Unternehmensnetzwerk wie folgt: „Ein Unternehmensnetzwerk stellt eine auf die Realisierung von Wettbewerbsvorteilen zielende Organisationsform ökonomischer

Aktivitäten dar, die sich durch komplex-reziproke, eher kooperative, denn kompetitive und relativ stabile Beziehungen zwischen rechtlich selbstständigen, wirtschaftlich jedoch zumeist abhängigen Unternehmungen auszeichnet.“ (Sydow, 1992).

Netzwerke werden dabei als hybride Organisationsform zwischen Markt und Hierarchie eingestuft, weil sie als spezielle Strukturform grundlegende Merkmale der vorherrschenden Pole vereinigen (Sydow, 1992; Corsten, 2001; Siebert, 2010), was die Abbildung 4 verdeutlicht.

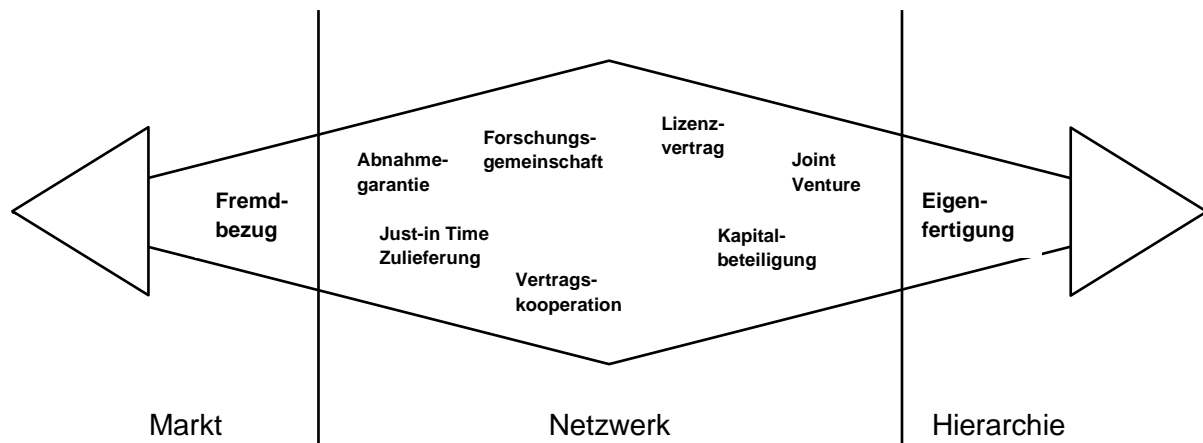


Abbildung 4: Ausprägungen von Netzwerkstrukturen (aus Siebert, 2010)

Sie verbinden demzufolge wettbewerbliche und kooperative Regulationsmechanismen. Sydow spricht in Bezug auf die Hybridität der Organisationsform als bestimmendes Merkmal von einer Quasi-Externalisierung bzw. Quasi-Internalisierung von Funktionen. Nach seiner Meinung entstehen Unternehmensnetzwerke durch die Ausgliederung betrieblicher Funktionen aus der Unternehmenshierarchie (Externalisierung) oder durch Intensivierung der Zusammenarbeit mit anderen Organisationen (Internalisierung). Bei beiden Ausprägungen findet jedoch keine vollständige Substitution zwischen den Koordinationslösungen, Markt und Hierarchie, statt. Somit zeichnet sich das Unternehmensnetzwerk durch partiell marktliche und partiell hierarchische Wesenszüge aus (Sydow, 1993). Die Abbildung 5 verdeutlicht die Kombination bestimmter Pol-Eigenschaften von Markt und Hierarchie durch ein Unternehmensnetzwerk.

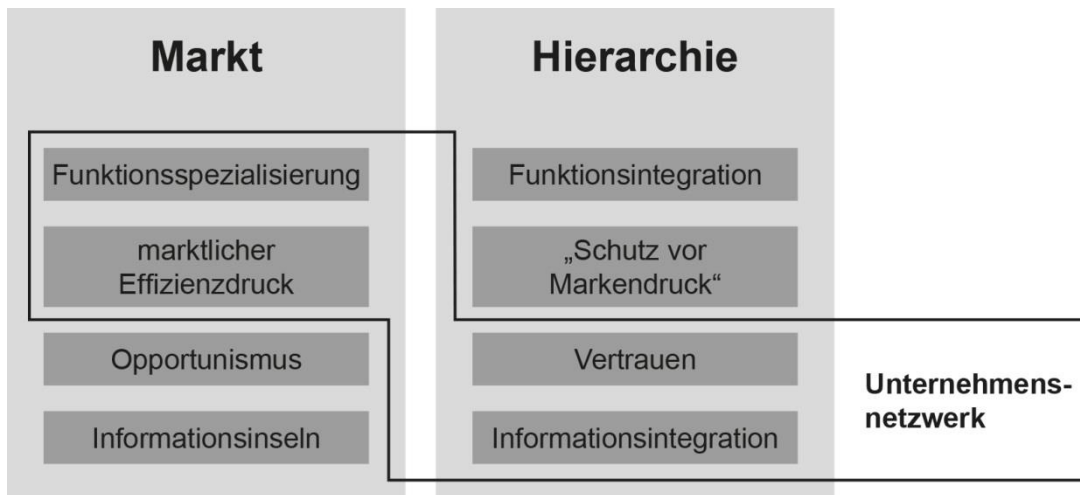


Abbildung 5: Charakteristika von Unternehmensnetzwerken (aus Siebert, 2010)

Hierzu zählen aus dem Markt-Sektor die Spezialisierung und der marktliche Effizienzdruck, sowie hierarchische Elemente wie Vertrauen und Informationsintegration. Die Spezialisierung zeigt sich in der Aufgabenverteilung der beteiligten Unternehmen. Durch die differenzierte Funktionsabstimmung, die mithilfe des unternehmensspezifischen Kompetenzgrades des jeweiligen Partners abgestimmt wird, kann ein Partner bspw. die Fertigungstiefe reduzieren, in dem dieser vor- und nachgelagerte Tätigkeiten abgibt. Außerdem kann eine Unternehmensintention eines Eintrittes in ein Unternehmensnetzwerk die Verkleinerung der Produktpalette sein, so dass sich die betroffene Unternehmung auf strategische Kernprodukte konzentrieren kann (Siebert, 2010). Schreyögg stützt diese Ansicht, in dem er ein Netzwerk als eine auf symbiotischen Beziehungen aufbauende Kooperationsform ansieht, in der die partizipierenden Unternehmenden funktional differenziert und komplementär aufeinander bezogen sind (Schreyögg, 2003). Hess zieht die Funktionsabstimmung in Unternehmensnetzwerken als Abgrenzung zu anderen zwischenbetrieblichen Kooperationen wie etwa einem Joint-Venture heran, in der eine Funktionszusammenlegung der involvierten Organisationen typisch ist (Hess, 2002).

Zudem beinhaltet ein Unternehmensnetzwerk die marktliche Effizienz. Durch die Aufrechterhaltung der Autonomie bezüglich Netzeintritt und -austritt wird diese Eigenschaft erreicht. Resultierend durch die ermöglichte Entscheidungsfreiheit wird eine dauerhafte Ausbeutung einer Monopolstellung einer beteiligten Unternehmung im Netzwerk verhindert (Siebert, 2010).

Vielleicht das wichtigste Charakteristikum von Unternehmensnetzwerken, das zugleich zu den hierarchischen Elementen gehört, ist Vertrauen. Den Terminus assoziieren viele Kooperationspartner als fundamentale Basis einer Kooperation und dementsprechend als bedeutendste Erfolgsvariable (Meyer und Lorenzen, 2002).

Nach Thorelli wird Vertrauen innerhalb eines Netzwerkes definiert als „[...] an assumption or reliance on the part of A that if either A or B encounters a problem in the fulfillment of his implicit or explicit transactional obligations, B may be counted on to do what A would do if B's resources were at A's disposal.“ (Thorelli, 1986). Wurche sieht in der spezifischen Problematik von Kooperationen, vom Partner übervorteilt zu werden, den Ansatz der ökonomischen Bedeutung von Vertrauen. Vertrauen stellt er als ein Mittel zur Realisierung ökonomischer Ziele dar, wodurch in vielen Situationen ein beidseitiger Nutzen (basierend auf den jeweiligen Interessen der Partner) erzielt werden kann (Wurche, 1994). Vertrauen vergleicht Arrow sogar als „Schmiermittel“ interorganisationaler Beziehungen (Arrow, 1974). Als Koordinationsinstrument kann Vertrauen Unsicherheiten bezüglich des Verhaltens des Partners reduzieren, das somit berechenbarer gestaltet wird (Corsten, 2001). Loose und Sydow teilen ebenfalls die positive Haltung von Vertrauen im Netzwerkdiskurs, in dem sie Vertrauen als ein effizienzsteigerndes Mittel der Koordination ökonomischer Aktivität bzw. der Unternehmensführung beschreiben. Zudem ist Vertrauen für sie ein Produktionsfaktor (Loose und Sydow, 1994). Thorelli kommt in dem Aspekt zu derselben Ansicht und weist explizit auf den Investitionscharakter von Vertrauen hin, deren Vorteile aber erst im Laufe der Zeit verbucht werden können (Thorelli, 1986).

Ein sehr relevanter Aspekt setzt dabei bei der Komplexität eines Netzwerkes an. Schreyögg betont die Besonderheit der Komplexität als Netzwerkeigenschaft in seinen Ausführungen über die Organisationsform (Schreyögg, 2003). Dieser Wesenszug steigt mit der Anzahl der teilnehmenden Organisationen in einem Netzwerk (Sydow, 2006), die im Gegensatz zu anderen zwischenbetrieblichen Kooperationen wie einem Joint-Venture oder einer strategischen Allianz aus drei oder mehr Mitgliedern bestehen (Hess, 2002). Vertrauen hilft in dem Zusammenhang, die Komplexität zu reduzieren. Vor allem wirkt Vertrauen als Komplexreduktor in Bezug auf die Reziprozität in Netzwerken (Luhmann, 1973). Luhmann drückt dies wie folgt aus: „Wenn ich das Vertrauen haben kann, am Gewinn beteiligt zu werden, kann ich mich auf Formen der Kooperation einlassen, die sich nicht sofort und nicht in meinem unmittelbaren Zugriffsbereich bezahlt machen.“ (Luhmann, 1973).

Konkrete Vorteile deuten sich bspw. im Einsparen von kostspieligen und zeitintensiven Kontrollmechanismen an. Jedoch darf der Aufbau von Vertrauen nicht als kostenlos angesehen werden.

Durch positive Erfahrungen in wiederholenden Interaktionen zwischen den beteiligten Unternehmen wird Vertrauen aufgebaut und akkumuliert (Corsten, 2001). Dabei gründet Vertrauen in Unternehmensnetzwerken nicht nur auf einer vollständigen Selbstinduktion, sondern ebenfalls auf bilateralen Sicherheiten. Durch gegenseitige Verpflichtungen der Partner, die sich zum Beispiel im Austausch von wichtigen Firmeninformationen äußern, wird

der Anreiz zu opportunistischen Verhalten gesenkt und nimmt dadurch auch Einfluss auf die gegenseitige Vertrauensbasis im Netzwerk.

Dies kann sicherlich ebenfalls durch eine elektronische Informationsintegration zwischen den involvierten Partnern gewährleistet werden, die das zweite bedeutende hierarchische Element eines Unternehmensnetzwerkes darstellt.

Aufgrund der Fortschritte der letzten Jahre in der Informations- und Kommunikationstechnik kann ein immer höherer Informationsstand zwischen den vernetzten Unternehmen erzielt werden, so dass fast ein Niveau einer integrierten Unternehmung erreicht werden kann (Siebert, 2010).

2.3. Antriebskräfte des Netzaufstieges

2.3.1. Allgemein

Die Darwinsche These „survival of the fittest“ präzisiert adäquat die Kausalität des stetigen Aufstiegs des Unternehmensnetzwerkes in der Organisationswelt. Denn durch die definitorische Hybridität im Markt- und Hierarchiesektor ist die intermediäre Organisationsform ideal an die heutigen und zukünftigen Wettbewerbsanforderungen angepasst und genießt ein hohes Ansehen in der Welt, so dass sie sogar als Organisationsform der Zukunft postuliert wird (Becker et. al., 2007). Unternehmensnetzwerke profitieren dabei immens vom Wandel des strukturellen Wettbewerbs durch die Globalisierung (Zentes et al., 2003). Neue Technologien, Kostendruck veränderte Kundenwünsche waren nur ein paar der positiven Netzmotoren, die Unternehmen veranlassten, ihre organisatorischen Strukturen umzustellen, um ihre Überlebens- und Entwicklungsfähigkeit zu sichern. Seit den 90er Jahren vollzieht sich daher ein Paradigmenwechsel, so dass alte Organisationsstrukturen modernisiert werden, weil der allgemeine Konsens vorherrscht, dass neue Managementstrategien bessere Aussichten gegen die bedrohenden, existenziellen Unternehmensrisiken versprechen (Kieser und Walgenbach, 2003). Es wurde zur gängigen Unternehmensmode, ökonomische Funktionsbereiche aufgrund von Kostensenkungsstrategien auszulagern und sich dementsprechend auf eigene Stärken zu konzentrieren (Fink et al., 2005).

Die Konzentration auf Kernkompetenzen wird als Quelle von Wettbewerbsvorteilen bezeichnet (Bea und Göbel, 2006). Kernkompetenzen definieren sich allgemein als „[...] the collective learning in the organization, especially how to coordinate diverse production skills and integrate multiple streams of technologies.“ (Hamel und Prahalad, 1990). Hinterhuber erweitert den Begriff der Kernkompetenz noch wie folgt:

„Die Kernkompetenzen sind, mit anderen Worten, die gebündelten Fähigkeiten, Technologien und Prozesse, die den ‚Wertsteigerungsmechanismus‘ einer Unternehmung in Gang halten

und dafür verantwortlich sind, dass ihre strategischen Geschäftseinheiten zu den führenden Wettbewerbern in ihrem Marktsegment zählen.“ (Hinterhuber, 2004). Die Sicherung der Kernkompetenzen steht im Vordergrund der strategischen Ausrichtung des Unternehmens. Nach dem Grundprinzip verbleiben ökonomische Funktionen und Geschäftseinheiten im Unternehmen bzw. werden ausgelagert. Ein strategisches Outsourcing orientiert sich an den Kernkompetenzen einer Unternehmung. Mithilfe einer gründlichen Transaktionskostenanalyse müssen die übrigen Kompetenzen, die aus dem Wertsteigerungsraster fallen, überprüft werden, in welcher Form sie ausgelagert werden, d.h. welche Koordinationslösung im Modell „Markt“ und „Hierarchie“ bevorzugt wird, in dem ebenfalls intermediäre Koordinationsmöglichkeiten wie das Netzwerk zur Verfügung stehen. Ein Unternehmensnetzwerk erweitert demzufolge die Möglichkeiten eines Outsourcings. Genauso wird die Organisationsform bei einer Internalisierung von ökonomischen Aktivitäten eine interessante Lösung, Ressourcen zu bündeln, die dem erfolgreichen Ausbau der Kernkompetenzen nutzen. In beiderseitigen strategischen Perspektiven wird somit das Netzwerk zu einem ökonomisch relevanten Instrument der strategischen Unternehmungsführung (Hinterhuber, 1994).

Dabei begünstigen mehrere Wettbewerbsfaktoren die positive Netzwerkevolution, die in der Konstitution des Netzwerkes erfolgsversprechende Antworten hinsichtlich Umweltkomplexität, -dynamik, Unternehmenswachstum und Innovation wiederfinden.

2.3.2. Die wachsende Umweltkomplexität und -dynamik

Unternehmen wie auch Netzwerke sind als offene Systeme zu verstehen, die in einer Umwelt eingebettet sind und sich gegenseitig beeinflussen. Nach der zentralen Doktrin einer Unternehmung hinsichtlich einer dauerhaften Existenzsicherung werden zwingend die Handlungen so gestaltet, um in einer komplexen und turbulenten Umwelt fortzubestehen (Bleicher und Meyer, 1976). In der heutigen Zeit ist die Umwelt einer Organisation mit dem wachsenden Verlust an Übersichtlichkeit, Berechenbarkeit und Stabilität gekennzeichnet. Zum einen wird der Druck der Umwelt auf die Unternehmen erhöht, zum anderen steigt die Abhängigkeit der Unternehmung von der Umwelt (Bea und Haas, 2005). Die Umweltkomplexität beschreibt das Ausmaß der Vielgestaltigkeit und der Unübersichtlichkeit der organisatorischen Umwelt (Schreyögg, 2012). Je höher die Anzahl und je divergenter die an der relevanten Entscheidungsfindung beteiligten Faktoren sind, desto komplexer wird die Umwelt bewertet (Keats und Hitt, 1988). Die Kontrolle oder Vorhersagbarkeit der Umwelt wird durch das Ausmaß der Komplexität beeinträchtigt und ein ansteigender Komplexitätsgrad bedingt eine Zunahme der Unsicherheit für eine Unternehmung (Jones und Bouncken, 2008).

Die zunehmende Umweltdynamik spielt ebenfalls eine entscheidende Rolle bei der Netzwerkevolution. Die Umweltdynamik manifestiert sich in der Geschwindigkeit und Häufigkeit von Veränderungen. Dabei erstreckt sich die Dynamik auf ökonomische, demographische, technische, politische und rechtliche Dimensionen (Bleicher und Meyer, 1976). Eine Pauschalisierung einer hohen Umweltdynamik darf aber nicht branchenübergreifend konstatiert werden, denn die Spezifität der einzelnen Branchen ist zu groß untereinander, so dass auch deren Umwelten bezüglich Kalkulation und Turbulenz zu unterschiedlich sind (Schreyögg, 1984).

Dadurch sehen sich die Unternehmen mit einer diffusen Umweltproblematik konfrontiert und müssen ihr Hauptaugenmerk auf Strategien richten, die Lösungen und Angebote zur stetigen Anpassung an die Umwelt enthalten (Lehner, 2009). Beim Verzicht des Anpassungsprozesses bzw. bei Bevorzugung einer „Igel-Taktik“ riskiert das Unternehmen seine Existenz oder den Erfolg einer Unternehmung (Lauer, 2010). Unternehmen stehen dahingehend zwei Reaktionsalternativen als entsprechende Maßnahmen gegen die existenziellen Bedrohungen aus der Umwelt zur Verfügung. Unternehmen können ihre aktive und passive Rollensituation in der Umweltproblematik stärken. Zum einen können sie Handlungen fördern, die eine Stabilisierung oder Reduzierung der Dynamik bzw. Komplexität bewirken. Zum anderen können Aktionen zur Steigerung der Adaptionfähigkeit gegenüber Umwelteinflüssen eingeführt werden. Meistens fällt die Wahl auf die Anwendung beider Maßnahmen (Kieser und Walgenbach, 2003). Infolgedessen wird das Netzwerk primär als „market investment“ aufgefasst, um die Herausforderung der wachsenden Umweltdynamik und -komplexität erfolgreich zu bewältigen (Johanson und Mattsson, 1987).

Das Unternehmensnetzwerk versetzt eine Organisation in die viel versprechende Lage, die unsicherheitsstiftenden Umweltsysteme berechenbarer zu gestalten. Also dient das Netzwerk der Unternehmung zur Komplexitätsreduktion der eigenen Umwelt bzw. Steigerung der Umweltkontrolle (Schreyögg, 2003). Auch der Herausforderung der wachsenden Umweltdynamik kann sich das Netzwerk durch seine flexible Eigenschaft erfolgreich behaupten, in dem es auf die im Zeitalter immer schneller werdenden Marktprozesse situationsgerecht reagiert und dadurch die Anpassungsfähigkeit einer Unternehmung an ihre Umwelt steigert. Denn als Mischform umfasst das Netzwerk marktliche und hierarchische Elemente und stellt sich aufgrund seiner Fähigkeiten besser auf wechselnde Umweltveränderungen ein als die typischen Koordinationspole, die jeweils nur unter spezifischen Rahmenbedingungen ihre Überlegenheit gegenüber seinem Pendant ausspielen können. Die Flexibilität beinhaltet ebenfalls die Variante, dass die Netzwerkunternehmen aus dem Netzwerkverbund jederzeit austreten können (Jarillo, 1988; Sydow, 1992; Semlinger, 1993). Meffert fasst unter der Unternehmensflexibilität „(...) alle zukunftsgerichteten Überlegungen der langfristigen Schaffung und Sicherung von Handlungsspielräumen zur

Begegnung von Risiken und Wahrnehmung von Chancen (Meffert, 1985)“ zusammen. Besonders die Flexibilität eines Netzwerkes wird zu einem entscheidenden Vorteilskriterium in der erfolgreichen Bewältigung der Umweltproblematik. Sydow attestiert dem Netzwerk die nötige Flexibilität, um den aktuellen Herausforderungen der Umwelt erfolgreich zu begegnen, so dass der Einsatz von Netzwerken zu einem wichtigen Wettbewerbsfaktor wird (Sydow, 1992). De facto ist die strategische Flexibilität im Vergleich zur reinen Hierarchieform viel größer. Die Realisation bzw. Auflösung eines Netzwerkes kann schneller und einfacher erfolgen, als eine Hierarchie zu integrieren bzw. desintegrieren (Schreyögg, 2003). Somit fördert sie aus der Anforderung der Umweltbedingungen die gesamtunternehmerische Flexibilität, die als ein Zielkriterium einer zukunftsfähigen Unternehmung gilt und unterstützt so den Weg zu einer flexiblen Unternehmung.

2.3.3. Unternehmenswachstum

Das Instrument „Netzwerk“ vergrößert ergo den unternehmerischen Handlungsspielraum als Umwelteinflussfaktor und spricht infolgedessen ebenfalls das unternehmerische Planungsfeld des Unternehmenswachstums an. Unternehmenswachstum wird definiert als „(...) eine relative Vergrößerung einer oder mehrerer, das jeweilige Anspruchsniveau des Unternehmens repräsentierender Maßzahlen über einen längeren Zeitraum (Klemm, 1985).“ Relevante Kennzahlen sind bspw. die Umsatzgröße, Bilanzsumme oder Beschäftigtenzahl (Weinländer, 1995). Traditionell werden die Unternehmensstrategien in internes und externes Wachstum aufgeteilt. Beim internen Wachstum konzentriert sich das Unternehmen auf die Anwendung von strategischen Instrumenten, die auf das unternehmerische Eigenpotenzial wirken, so dass das Unternehmen aus dem Einsatz von eigenen Ressourcen wächst. Hierunter fällt die Forschung und Entwicklung als einer der bedeutendsten internen Wachstumsmotoren. Extern wächst ein Unternehmen durch Unternehmenszusammenschlüsse wie Fusionierung und Konzernierung, indem fremde Ressourcen generiert bzw. ausgenutzt werden (Bea et al., 2004). Internes Wachstum benötigt einen großen Ressourcenpool an finanziellen, personellen und organisatorischen Kapazitäten, um einen systematischen Aufbau des Wachstums zu organisieren und zu entwickeln. Die Vorteile der internen Lösungsalternative ergeben sich aus der Bewahrung der Autonomie oder der Durchführung eines Integrationsprozesses. Jedoch ist die Variante sehr zeitintensiv. Über externes Wachstum lässt sich z.B. die Aneignung von neuem Know-How oder Markterschließungen schneller erzielen (Breitschuh und Wöller, 2007). Zudem lässt sich die „turbulente Umwelt“ besser durch die Strategie beherrschen, in dem u.a. durch den Kauf von Konkurrenten die Wettbewerbssituation verbessert wird (Röpke, 1977). Externes Wachstum birgt aber ebenfalls Risiken. So verspricht keine Fusion

zwangsläufig Erfolg. Gescheiterte Fusionen in der Vergangenheit untermauern diese These.⁴ Durch die erhöhte Firmenperzeption hinsichtlich der Risiken für gescheiterte Übernahmeveruche oder Fusionen ist die Bedeutung des Unternehmensnetzwerkes als Wachstumsstrategie in den letzten Jahren immens gestiegen (Baum und Delfmann, 2010). Studien stützen den bedeutungsvollen Wert im strategischen Wachstumskurs, in dem sie den positiven Nachweis der Förderung des Unternehmenswachstums durch eine Kooperation belegen (Komar, 2005).

In der Literatur wird so neben den grundsätzlichen Mustern die Kooperation als weitere Wachstumsmöglichkeit angeboten, die zwischen internen und externen Wachstum angesiedelt wird, da sie Charakteristiken von beiden dominierenden Strategien verbindet. „Einerseits besitzt es Ähnlichkeiten zum internen Wachstum, weil im Rahmen von Kooperationen regelmäßig weitere Entwicklungsanstrengungen aus eigener Kraft zu unternehmen sind. Andererseits weist es Ähnlichkeiten zum externen Wachstum auf, da bei kooperativem Wachstum mitunter erhebliche Entwicklungsbeiträge erst aus der Anbindung an die vorhandenen Ressourcenbündel von Partnerunternehmen realisiert werden können.“ (Bausch und Glaum, 2003). Die Entscheidungspräferenz zu einem Unternehmensnetzwerk steigt durch die Tatsache, dass die Konstatierung eines erfolgreichen Unternehmenswachstums auf der Kombination von internen und externen Wachstumsstrategien gründet (Breitschuh und Wöller, 2007). Aber auch als Wachstumsfaktor ist die Unternehmensform kostengünstiger als Fusionen, Akquisitionen und internes Wachstum (Oechsler, 2005). Speziell im Hinblick auf rechtliche und finanzielle Barrieren zur Realisierung einer Fusion wird das Netzwerk als Kooperationsform zu einem ernstzunehmenden Wachstumsfaktor. Durch rechtliche Rahmenbedingungen (aufgrund des Wettbewerbsrechts) können Fusionen verhindert werden, so dass eine Netzwerkgründung als Alternative dient (Becker et al., 2007). Bezüglich der rechtlichen Hürden liegt der strategische Vorteil eines Netzwerkes in der Koexistenz von Kooperation und Wettbewerb begründet. Die Kooperation kann sich u.a. nur auf wenige Funktionsbereiche beziehen, während in den übrigen Funktionsbereichen die Netzwerkunternehmen im Wettbewerb zueinanderstehen. Das Phänomen der Koexistenz kann in horizontalen sowie in vertikalen Netzwerkbeziehungen auftreten (Sydow, 1992). Vor allem für Kleine und mittelständische Unternehmen (KMU) ist das Netzwerk in Hinblick ihrer geringen finanziellen Ressourcenverfügbarkeit, um eine Fusion durchzuführen, ein bedeutender Wachstumsfaktor, um aktiv den eigenen Handlungsspielraum (u.a. bezüglich neuer Markterschließungen) gestalten zu können. Deswegen genießt das Unternehmensnetzwerk hohe Akzeptanz in dem Sektor und erscheint das

⁴ Beispiele für gescheiterte Fusionen: Daimler und Chrysler, Adidas und Salomon, BMW und Rover, Deutsche Bank und Dresdner Bank. Vgl. hierzu Weber, 2002; Klesse, 2008.

erfolgsversprechende Mittel der KMU auf die Folgen der Globalisierung zu sein (Becker et al., 2007). Ein Beispiel für die die erfolgreiche Realisierung eines KMU-Netzwerkes ist das Netzwerk „Emilia Romagna“, in dem meist kleine innovative Unternehmen in regionalen Netzwerken zusammenarbeiten. Wachstum wird hier über den Innovationsfaktor erreicht (Sydow, 1992). Besonders die Innovationsfunktion avanciert zum stärksten Impuls der Netzevolution.

2.3.4. Steigender Innovationsdruck

„Wer zu spät kommt, den bestraft das Leben.“ Dieser historische Aphorismus drückt adäquat die hohe Bedeutung der Innovation für Unternehmen in der heutigen Zeit aus. In der Dynamik des Wettbewerbs wird die unternehmerische Innovationsfähigkeit ein notwendiges Kriterium, um die Wettbewerbsposition des Unternehmens bezüglich der Förderung von Wachstum sowie der erfolgreichen Bewältigung globaler und sozialer Herausforderungen aktiv zu stärken bzw. auszubauen (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2011). Der Innovationsdruck nimmt dabei auf die Unternehmen unabhängig der Branche in einem stetig wandelnden Wettbewerbsumfeld zu (Staudt und Kriegesmann, 2002; Gassmann und Wolff, 2007). Innovation ist sogar zum „[...] Synonym für die Überlebensfähigkeit und Zukunftsorientierung der Unternehmen und Industrieländer geworden.“ (Bullinger, 2003). Pleschak und Sabisch sehen den Wettbewerbsfaktor als Antwort der Unternehmen auf die Anforderungen des ständigen Wandels (Pleschak und Sabisch, 1996).

Innovationsstärke instrumentalisiert sich als wichtiger Wettbewerbsfaktor in der Unternehmensevolution. Schumpeter sieht die Innovation als treibende Kraft des Wettbewerbs und bezeichnet den Terminus als „schöpferische Zerstörung“, unter dem er die Einführung neuer Produkte, Prozesse oder Absatzmärkte subsumiert (Schumpeter, 1997). Der Terminus „Innovation“ bedeutet heutzutage „[...] Marktbedürfnisse im Voraus erkennen, bessere Qualität oder zusätzliche Dienstleistungen anbieten, effizient organisieren, Fristen bewältigen und Kosten kontrollieren.“ (Europäische Kommission, 1995). Mit den Innovationen verfolgen die Unternehmen Ziele wie Qualitätsverbesserungen, Kostensenkungen, Erhöhungen der Flexibilität, die Stärkung des Know-Hows und der Kompetenz. Innovationsziele sind aber immer auf die Realisierung der Unternehmensziele abgestimmt (Pleschak und Sabisch, 1996). Doch das Wettbewerbskriterium ist auf spezifische Rahmenbedingungen bzw. Voraussetzungen angewiesen, um sein Erfolgspotenzial für ein Unternehmen nutzbar zu machen. Die Ressource „Wissen“ wird in dem Diskurs zu einer fundamentalen Säule im Innovationsprozess. Die Realisierung von Innovationen benötigt nämlich Kenntnisse über das notwendige Umfeld im Unternehmen selbst, dem Kunden und dem Lieferanten u.a. Die Entwicklung von Innovationen baut demzufolge auf einem vielfältigen Wissen auf, dass sich

aus Wissenssegmenten wie Kundenwünschen oder der Erwartungshaltung von Wettbewerbern zusammensetzt (Wolff et al., 2001). Mirrow drückt den Kontext von Innovation und Wissen passend so aus: „Forschung ist die Umwandlung von Geld in Wissen, Innovation ist die Umwandlung von Wissen in Geld.“ (Mirrow, 1998). Die Ressource „Wissen“ ist der „Nährboden“ von Innovation. Dadurch nimmt Wissen einen immens wichtigen Stellenwert in der Entwicklung von Innovationen ein. Die Basis von Innovationen stellt also die Generierung neuen Wissens dar. Unternehmen dürfen sich bei der Entwicklung von Innovationen nicht nur auf Aufgaben ihrer bestehenden Wissensreserven (Identifikation, Selektion, Weiterentwicklung, Anwendung) konzentrieren, sondern müssen vor allem neue Wissensquellen bzw. -pfade für sich zugänglich machen (Zahn, 2000).

Unternehmensnetzwerke beinhalten die Eigenschaft der Erschließung wettbewerbsrelevanter externen Wissens als Innovationsressource, da so die Expansion der Innovationsfähigkeit eines Unternehmens gravierend beeinflusst und unterstützt wird. Netzwerke sind für Innovationen einfach unerlässlich. Dies betont schon eine namhafte Forschungsinitiative wie „Fit für Innovation“, die von verschiedenen renommierten Unternehmen wie PricewaterhouseCoopers AG oder dem Fraunhofer-Institut ins Leben gerufen worden ist, so dass sich die Gebilde als innovativer Erfolgsfaktor herauskristallisieren (Fit für Innovation – Arbeitskreis 4, 2011). Darüber hinaus spricht Duschek innovativen Netzwerken, die auf die von den Netzwerkunternehmen gemeinsame Optimierung von Innovationsprozessen zielen, die Zukunftsfähigkeit zu (Duschek, 2002). Besonders Netzwerke stehen sinnbildlich für Innovation, da sie selbst ein Produkt eines Innovationsprozesses sind, deren erfolgreiche Etablierung als strategisches Managementinstrument durch den technischen Fortschritt (in Form von neuen Informations- und Kommunikationstechnologien) gefördert bzw. erst ermöglicht worden ist (Zentes et al., 2003). Die innovative Assoziation mit einem Netzwerk lässt sich zudem auf die organisatorische Netzwerkarchitektur zurückführen. Denn Innovation bedingt zudem organisatorische Rahmenbedingungen, die den Grundstein hinsichtlich der Erhaltung und Steigerung der Innovationsfähigkeit eines Unternehmens legen. Als überbetriebliches Innovationsinstrument rückt das Netzwerk durch seine charakteristische Flexibilität und Dynamik in den Fokus des Innovationsmanagements, die die Basis für eine innovationsfähige Organisationsstruktur darstellen. Netzwerke verbinden quasi mit ihren Strukturen die Innovationstypen „Innovation über den Markt“ und „Innovation über die Organisation“ und passen sich den aktuellen verändernden Innovationsanforderungen an (Hunecke und Sauer, 2003). Vor allem die Herausforderung der zunehmenden Interdisziplinarität und Transdisziplinarität einer Innovation kommt den besonderen Eigenschaften eines Netzwerkes entgegen und begünstigt die positive Netzwerkevolution (Pleschak und Sabisch, 1996). Rammert drückt die Bedeutung des intermediären Innovationstypus „Innovation im Netzwerk“ wie folgt aus: „Wenn weder der Schumpetersche

risikofreudige Erfinder-Unternehmer noch der kapitalistische Konzern, weder der kreative Wissenschaftler noch die staatliche Großforschung allein den Gang der Innovation bestimmen können, dann werden Innovationsnetzwerke zu den bestimmenden Agenturen im postschumpeterianischen Innovationsregime.“ (Rammert, 1997). Damit wird ersichtlich, dass die verändernden wettbewerbsrelevanten Anforderungen der Innovation durch die Netzwerkstrukturen bewältigt werden bzw. das Gebilde Netzwerk positive Auswirkungen auf die Innovationsfähigkeit eines Unternehmens auslöst.

2.4. Chancen und Risiken

Das Unternehmensnetzwerk beinhaltet ergo aufgrund seines charakteristischen Modus ein großes Spektrum an Vorteilen für Unternehmen, die in den vorherigen Abschnitten schon marginal umrissen worden sind. Trotzdem darf das Chancenpotenzial einer Kooperation wie im Fall von Netzwerken nicht generalisiert werden. Vielmehr lebt es von seiner hohen Individualität und Kontextbezogenheit (Blohm, 1980). Dadurch resultiert u.a. auch die Vielzahl an verschiedenen Systematisierungen von Nutzenbeiträgen oder Vorteilen einer Kooperation mit unterschiedlichen Präzisionsgraden in der Literatur (Knoblich, 1969; Tröndle, 1987; Rotering, 1990; Kraege, 1997). Synergiepotenziale sollen durch eine Kooperation aktiviert werden, um „(...) bestimmte Fähigkeiten und Eigenschaften einer oder mehrerer Partnerunternehmungen für die Verfolgung der eigenen Ziele mit überdurchschnittlicher Effektivität einzusetzen (Kraege, 1997).“ Von diesem Prinzip wird auch das Unternehmensnetzwerk geprägt. Transferiert bedeutet dies, dass ein Unternehmensnetzwerk versucht, Wettbewerbsvorteile zu realisieren. Das Ziel ist eine Steigerung des Zielerfüllungsgrades der Netzwerkpartner, so dass positive Wechselbeziehungen unter den beteiligten Unternehmen entstehen (Corsten. 2001). So lässt sich eine Reihe von Vorteilsattributen im Vergleich zu den reinen Markt- und Hierarchielösungen diagnostizieren, die in der nachfolgenden Tabelle 3 detailliert dargestellt werden, die neben den entsprechenden Chancen auch potenzielle, symbiotische Gefahren eines Netzwerkes aufzeigt.

Chancen	Risiken
Steigerung der strategischen Flexibilität	Lock-in durch hoch spezifische Investitionen
Zugang zu ansonsten evtl. unerreichbaren Ressourcen und/oder Märkten	Einbuße strategischer Autonomie
Verteilung des unternehmerischen Risikos, insbes. bei Diversifikation durch Kooperation	Erschwerte Zurechnung von Verantwortlichkeiten
Senkung von Produktionskosten, insbesondere durch externe Skalenerträge	Erschwerung strategischer Steuerung
Senkung von Koordinationskosten (z.B. wegen eingespielter Praktiken)	Steigerung von Koordinationskosten (z.B. aufgrund zusätzlichen Verhandlungsbedarfs)
Abschöpfung von Regelungsarbitrage (z.B. aufgrund günstigerer Tarifverträge)	Senkung des Commitments der Arbeitenden ob mangelnder Identifikationsmöglichkeiten
Interorganisationales Lernen, Entwicklung kooperativer Kernkompetenzen	Verlust der Kernkompetenz
Senkung des Kapitalbedarfs	Verlust organisationaler Identität und damit z.B. abnehmende Möglichkeit zur Identifikation
Erlangung von neuem Produktwissen	Unkontrollierter Abfluss von Wissen

Tabelle 3: Chancen und Risiken von Netzwerken aus betriebswissenschaftlicher Sicht (aus Sydow, 2010b)

Das netzwerkspezifische Chancen- und Risikoprofil wird dabei größtenteils von der spezifischen Zielsetzung eines Netzwerkes geprägt. Denn bei der Fixierung der Strategieauslegung wird zwangsläufig neben der netzwerkindividuellen Chancenkomposition ein möglicher Gefahren- bzw. Risikopool hervorgerufen.

Somit korrelieren explorative Netzstrategien dementsprechend mit höheren Unsicherheiten und Risiken als die Zielauslegung exploitativer Netzwerke (Alps, 2011).⁵

Im Bezugspunkt „Koordinationskosten“ wird das Phänomen der engen Assoziation von Chance und Risiko eines Netzwerkes sehr plausibel. Einerseits können Kosten durch eingespielte Rituale und Praktiken reduziert werden, andererseits besteht zugleich die latente Möglichkeit, dass der Koordinierungsaufwand wegen zusätzlichem Verhandlungsbedarf steigt, so dass die Koordinationskosten zu einer negativen Komponente eines Netzwerkes werden. Die Koexistenz wird ferner bei der genaueren Betrachtung der konstitutiven Merkmale einer Kooperation, Autonomie und Interdependenz, identifiziert. So muss jedem Partner von Anfang an bewusst sein, dass diese Kooperationsform Eigenständigkeitsverluste mit sich bringt. Kooperation bedeutet nun mal auch Autonomieverlust (Schreyögg, 2003). Besonders die Einschränkung der wirtschaftlichen Dispositionsfreiheit macht den Preis eines Unternehmensnetzwerkes aus. Zeitgleich werden aber auch neue Handlungs- bzw. Entscheidungsspielräume durch die Interdependenz eröffnet. Die Abhängigkeit, also der Autonomieverlust von Teilfunktionen, wird von der involvierten Unternehmung mit der Erwartung in Kauf genommen, dass die Zielerreichung höher bewerteter Ziele durch die Kooperation größer wird (Tröndle, 1987). Das Risiko der Abhängigkeit, hervorgerufen durch die Externalisierung, Quasi-Internalisierung oder Quasi-Externalisierung ökonomischer Aktivitäten, steigt hinsichtlich der Art der Dependenz. Interdependenzen sind demnach weniger existenzbedrohend für ein Netzwerk als die Manifestation von einseitigen Abhängigkeiten in einem Netzwerk (Sydow, 2010b). Ergo zieht ein Netzwerk wegen seiner außerordentlichen Stellung als intermediäre Organisationsform (durch die Verbindung der Pol-Koordinierungsformen „Markt“ und „Hierarchie“) nicht zwangsläufig nur Vorteile nach sich, sondern birgt Risiken, die von Natur aus mit einem Netzwerk korrelieren oder sich erst im Lebenszyklus eines Netzwerkes zum Nachteil entwickeln können.

Verbundene Risiken, die sich erst im Laufe eines Netzwerklebens einstellen, äußern sich so bspw. in einem Lock-in Effekt⁶, der durch Spezialisierung oder die starke enge Interdependenz auftreten kann (Haas und Neumair, 2006). Des Weiteren geht die Gefahr des

⁵ Exploration bedeutet in dem Zusammenhang die Ausschöpfung vorhandenen Wissens bzw. Exploitation die Erschließung neuen Wissens (March, 1991). Explorativ orientierte Netzwerke streben nach der Generierung neuer Kompetenzen, so dass neue Technologien erfunden oder neue Geschäftszweige bzw. -märkte aufgesucht werden. Exploitativ ausgerichtete Netzwerke versuchen, vorhandene Prozesse oder Technologien zu optimieren (Duschek und Rometsch, 2005).

⁶ Der Lock-in Effekt beschreibt ein Abhängigkeitsverhältnis für ein Netzwerkunternehmen, das aus transaktionsspezifischen Investitionen zwischen den Partnern resultiert, die die Entscheidungsfreiheit eines Austrittes aus dem Netzwerk egalisiert und negative Folgen (u.a. opportunistische Verhaltensweisen einzelner Partner) nach sich ziehen kann. Vgl. hierzu Klein et al., 1978.

Kompetenzverlustes mit dem Risiko der Abhängigkeit durch die Quasi-Externalisierung ökonomischer Aktivitäten für eine Unternehmung einher. Die Einbußen können bei einer radikalen Externalisierung sogar derart hoch ausfallen, dass eine Unternehmung eine gravierende Schwächung bezüglich seiner Position im Netzwerk hinnehmen muss (Sydow, 2010b). Aus der Quasi-Externalisierung sowie Externalisierung von wirtschaftlichen Funktionen kann im schlimmsten Fall der Verlust der Unternehmensidentität resultieren (Sydow, 1992). Außerdem ist die komplexe Steuerbarkeit eines Netzwerkes eine Bedrohung für die Existenz eines Netzwerkes. Anhand der Definition wird schon angedeutet, dass die Gebilde polyzentrisch und komplex veranlagt sind. Unabhängig der Führungsart (z.B. Führung einer fokalen Unternehmung) wird ein Netzwerk von mehreren Steuerungszentren beherrscht, so dass sich Subsysteme wie in einer Konzernorganisation bilden können, die einer weitgehenden Selbstorganisation unterliegen. Fremd- und Selbstorganisation können in einem Netzwerk koexistieren und gehen subtil ineinander über. Die Präsenz dieses Faktums kann die einwandfreie Steuerbarkeit des Netzwerkes bedrohen und verdeutlicht das Risiko der partiellen Systembeherrschung (Sydow, 2010b).

Hingegen sind Kosten für den Aufbau eines Netzwerkes (z.B. Kosten der Partnersuche, Abschluss von Rahmenlieferverträgen) oder der Autonomieverlust Nachteile, die unabdingbar zu Beginn einer Partnerschaft entstehen bzw. bewusst von den beteiligten Unternehmen akzeptiert werden müssen (Sydow, 1992).

Mit den Worten von Sydows ausgedrückt existiert also nicht nur eine „heile Netzwerkwelt“, sondern es offenbaren sich auch mehrere Spannungsfelder durch ein Netzwerk (Bsp. Kooperation und Competition, Autonomie und Abhängigkeit), die die intermediäre Organisationsform ex definitione mit sich bringt (Sydow, 2010b).

2.5. Allgemeine Bedingungen für ein Netzwerkgelingen

Ungeachtet der irreversiblen Existenz von verbundenen und entwicklungszyklischen Risiken eines Netzwerkes überwiegt aber definitiv das Chancenpotenzial in der unternehmerischen Sichtweise, so dass der Trend zu dieser zukunftsfähigen Organisationsform unaufhaltsam fortgeht. Der Grund für den unternehmerischen Enthusiasmus um das Netzwerk wird

nochmals durch Miles und Snow unter Bezugnahme der ursprünglichen Organisationsformen⁷ adäquat wie folgt erklärt: „In sum, the network organization in its several variations has sought to incorporate the specialized efficiency of the functional organization, the autonomous operating effectiveness of the divisional form, and the asset-transferring capabilities of the matrix organization – all with considerable success.” (Snow und Miles, 1992).

Um die Chancen eines Unternehmensnetzwerkes jedoch auch realisieren zu können, müssen auch Faktoren erarbeitet und bestimmt werden, die diese Richtung begünstigen bzw. fördern. Erfolg und Gelingen eines Netzwerkes werden in den Ausführungen als unmittelbar abhängig konstituiert, so dass sie faktisch als gegenseitiges Synonym behandelt werden (Dammer, 2007). Ohne ausreichende Rahmenbedingungen wird ein Netzwerk von Anfang an mit Existenzproblemen zu kämpfen haben. Konfliktherde bzw. Risiken können den erhofften intendierten Kooperationserfolg zu Nichte machen und im worst case zu einer Auflösung einer Kooperation führen. Demnach muss die Stabilität eines Netzwerkes, die konstitutiv für ein Netzwerk ist, sichergestellt werden, damit die netzwerkspezifischen Ziele erreicht werden können. Pfeffer und Salancik betonen sogar die Sicherung der Überlebensfähigkeit als Hauptaufgabe von ökonomischen Organisationen (Pfeffer und Salancik, 1978).

Besonders das unternehmensspezifische Persönlichkeitsprofil der einzelnen Kooperationspartner bezüglich der Kooperationsfähigkeit und -bereitschaft wird als bedeutender Punkt hinsichtlich des Gelingens von Netzwerken angesehen, dessen Relevanz eigentlich schon durch die Nähe zur Ursprungsform des Unternehmensnetzwerkes, dem sozialen Netzwerk, erklärt wird. Durch das konstitutive Netzwerkcharakteristikum der Reziprozität wird schon auf die Wichtigkeit zwischenmenschlicher Gesichtspunkte hingedeutet, die in die Segmente Kooperationsfähigkeit und -bereitschaft eingeteilt werden können. Die Eigenschaft der Kooperationsfähigkeit umfasst soziale und individuelle

⁷ Hier wird auf die funktionale und divisionale Organisation sowie Matrixorganisation Bezug genommen, die als Urformen der Organisation deklariert werden. Die funktionale Organisation kennzeichnet sich durch das Verrichtungsprinzip, Einliniensystem und der Zentralisation aus und gilt als Anfangsmodell der Organisationsformen. Die Organisation wird in klassische Hierarchien (Produktion, Absatz, Forschung usw.) aufgeteilt, wobei die Entscheidungskompetenz und die Steuerung der Organisation zentral der Unternehmensleitung obliegt. Die zweite Primärform wird zum Beispiel auch als Objektorganisation bezeichnet. Die Gliederung der Hierarchieebenen richtet sich hier nicht nach der gleichen Verrichtung, sondern nach den Objekten (Produkte, Kunden, Kundengruppen etc.), die dementsprechend zu organisationalen Einheiten zusammengefasst werden, denen dann Kernfunktionen wie Absatz und Produktion zugewiesen werden und die eine spartenspezifische Entscheidungskompetenz besitzen. Der letzte Organisationphänotyp ist die Matrixorganisation. Charakteristisch für diese Form ist das Mehrliniensystem, in dem Abteilungen nach funktionalen und objektbezogenen Kriterien gebildet werden. Vgl. hierzu Bea und Haas, 2006; Bea et al., 2004.

Kompetenzen, so dass eine Kooperation überhaupt realisiert werden kann. Die zweite Determinante beschreibt die Motivation und Intention eines Akteurs, eine Kooperation zu gründen oder ihren Fortbestand zu sichern (Wojda et al., 2006). Selbst die Unternehmen teilen den personenbezogenen und sozialen Kriterien einen immens hohen Stellenwert bei der Erfolgsbestimmung von Netzwerken zu. Eine Studie von Rautenstrauch et al. kommt zu diesem Faktum, in der sie mittelständische Unternehmen nach Erfolgsfaktoren einer Kooperation befragten, von denen über 90% schon eine Kooperationserfahrung vorweisen konnten. Nach ihrer Untersuchung erachten die Unternehmen weiche Faktoren wie Offenheit, Vertrauen und Ehrlichkeit als maßgebend für den Erfolg bzw. Misserfolg einer Kooperation, so dass das Erfolgsattribut der Zielkonvergenz nur auf dem zweiten Platz rangiert (Rautenstrauch, 2003). Besonders Vertrauen wird als essentielle Erfolgsvariable im Netzwerkdiskurs betont, dass schon bei der Umschreibung der Markt- und Hierarchiecharakteren eines Netzwerkes erläutert worden ist.

Deswegen gründen die Voraussetzungen einer erfolgreichen Kooperation schon am Anfang bei der geeigneten Partnerwahl, die neben den wirtschaftlichen und rechtlichen Kriterien vor allem die sozialen Faktoren bei der Auswahl berücksichtigt (Blohm, 1980; Killich, 2007).

Die Zielthematik einer Kooperation darf aber nicht als einflussreiches Erfolgskriterium außer Acht gelassen werden. In dem Kontext muss auf den Nutzenaspekt der Partner verwiesen werden. Denn Unternehmensnetzwerke werden obendrein funktional als Nutzenmaximierer terminiert (Evanschitzky, 2003). Die Kooperation wird als Mittel zum Zweck verstanden, wonach die Partner generell versuchen, mehr Nutzen aus der Teilnahme an einem Netzwerk zu ziehen als „Kosten“ anfallen. Die Stabilität hängt also mit Anreiz-Beitrags-Strukturen zusammen, wobei die Assoziation auf einer Kosten-Nutzen-Analyse basiert. Besonders das subjektive Gerechtigkeitsempfinden der Verteilung bezüglich Kosten und Nutzen im Netzwerk wirkt sich noch entscheidend auf den kritischen Faktor aus, dass selbst positive individuelle Relationsverhältnisse als ungerecht wahrgenommen werden können, so dass ein Verteilungskonflikt resultiert, der das Gelingen einer Kooperation immens riskiert (Tröndle, 1987). Siebert verweist explizit auf die Kosten-Nutzen-Relevanz. Nach ihm muss der Anreiz einer Kooperation für eine Unternehmung darin bestehen, kostengünstiger durch die Zusammenarbeit als im Alleingang zu arbeiten und zudem ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis zu erlangen. Die Aspekte werden als notwendige Bedingungen einer Kooperation konstatiert. Ohne die Erfüllung der Kriterien ist ein Netzwerk im Auflösungsstadium angekommen (Siebert, 2010). Außerdem muss die Netzwerkwelt als externer Erfolgsfaktor berücksichtigt werden, in der die Organisationsform eingebettet ist bzw. mit der das Netzwerk interagiert (Knop, 2007). Denn die Kontextbezogenheit kausalisiert u.a. die Netzintention bzw. -ziele. So wird schnell deutlich, dass auch die Identifikation von Erfolgsfaktoren durch eine Heterogenität gekennzeichnet wird, die sich immer am Zielsystem eines Netzwerkes

orientieren muss, das den Anreiz für die involvierten Unternehmungen ausmacht. Branchenspezifische Erfolgsfaktoren müssen noch verstärkt durch die Netzwerkforschung erarbeitet werden. Ein unwiderlegbarer Konsens herrscht dagegen in der funktionalen Erfolgsexekutive. Denn die Entwicklung und zielgerichtete Steuerung von erfolgsversprechenden Bedingungen bzw. Voraussetzungen werden übereinstimmend dem Aufgabenbereich des Netzwerkmanagements zugesprochen, das durch den gezielten Einsatz von netzwerkspezifischen Maßnahmen enormen Einfluss auf den Netzwerkerfolg ausübt (Dammer, 2007; Sydow, 2010b).

2.6. Die besondere Bedeutung des Netzwerkmanagements

Durch die Einordnung der Grundprobleme wie der Koordination polyzentrischer Systeme und der Bewältigung der spezifischen Spannungsverhältnisse (z.B. Vertrauen und Kontrolle) in die funktionelle Zugehörigkeit des Netzwerkmanagements erlangt das Koordinationsinstrument eine herausragende Stellung in der Netzwerkanalyse (Sydow und Windeler, 1994). Dabei wird die Aufgabenbewältigung des Netzwerkmanagements durch die Komplexität der Netzwerkorganisation geprägt, so dass der Koordinierungsprozess proportional mit zunehmendem Komplexitätsgrad erschwert wird (Hage und Alter, 1997; Sydow, 2010b).

Neben diesem Grundphänomen muss das Netzwerkmanagement sich noch obendrein mit neuen Managementfunktionen auseinandersetzen, wodurch sich seine Koordinierungsfunktion im Netzwerk als sehr anspruchsvoll erweist. Das Anforderungsprofil der Stabfunktion benötigt u.a. diplomatisches und politisches Verhandlungsgeschick zur Entwicklung und Unterhaltung interorganisationaler Beziehungen und stellt besondere hohe kognitive Erwartungen an Netzwerkmanager, da sie auf mehreren Netzwerkebenen (Netzwerkumwelt, Netzwerk, Netzwerkunternehmung) agieren (Sydow, 1993). Nach Sydow wird das Netzwerkmanagement besonders durch eine „boundary spanning“-Rolle⁸ gekennzeichnet, die folgende Aufgaben umfasst (Sydow, 1993):

- die Suche nach Informationen in und außerhalb des strategischen Netzwerkes sowie die Informationsweitergabe,
- die Transaktion sonstiger Inputs und Outputs,
- die Repräsentation und Pufferung der Netzwerkunternehmungen,

⁸ Das „boundary spanning“ Konzept behandelt Austauschprozesse von organisationalen Schnittstellen. „Boundary spanner“ fungieren an den internen und externen Schnittstellen von Organisationen und regeln somit den Austausch von Ressourcen und Information. Vgl. hierzu Adams, 1980; Aldrich und Herker, 1977; Leifer und Delbecq, 1978.

- das Aushandeln von Verträgen sowie die Überwachung ihrer Einhaltung,
- die Motivation und Kontrolle von Netzwerkunternehmungen (statt einzelner Mitarbeiter),
- die Führung von Mitarbeitern, die ihrerseits „boundary spanning“-Rollen bekleiden.

Zusammengefasst lassen sich vier zentrale Aufgabenbereiche identifizieren, die das Netzwerkmanagement umfassend veranschaulichen und in der Abbildung 8 zu erkennen sind: (1) die Selektion geeigneter Interaktionspartner, (2) die Regulation der Aktivitäten wie der Beziehungen zwischen den Organisationen, (3) die Allokation der Ressourcen zwischen den Organisationen und (4) die ökonomische Evaluation der interorganisationalen Beziehungen.



Abbildung 6: Funktionen des Managements interorganisationaler Netzwerke (aus Sydow und Windeler, 1997)

Die Selektionsfunktion zielt auf die Suche nach der geeigneten Partnerwahl für eine Kooperation und besitzt ein großes Vorsteuerungspotenzial für die weiteren Aufgabenbausteine. Denn eine schlechte Partnerwahl kann die Koordination eines Netzwerkes immens aufwendig gestalten, sogar im Extremfall den Bestand eines Netzwerkes riskieren. Deswegen sollte eine Überprüfung der Zielkompatibilität der Netzpartner durchgeführt werden, damit die Intentionen und Kompetenzen der Partner de facto zur Zielerfüllung der Netzwerkziele beitragen. Die Selektionskriterien sind beim Auswahlverfahren einer Kooperation individuell und können nicht eindeutig bestimmt werden. Meistens werden bekannte Unternehmungen im engeren Umkreis der Unternehmung aufgesucht. Die zweite

zentrale Managementaktivität beschäftigt sich grundlegend mit der Verteilung von Aufgaben und Ressourcen im Netzwerk. Die Bestimmung dieses Handlungsfeldes richtet sich nach den spezifischen Kompetenzen- bzw. Konkurrenzvorteilen der Netzwerkunternehmen. Die Regulationsfunktion schließt vertragliche Vereinbarungen und netzwerkspezifische Normen der Zusammenarbeit zwischen den Netzwerkunternehmen ein. Das Netzwerkmanagement reguliert infolgedessen die Einhaltung bzw. Bildung von formellen und informellen Regeln im Netzwerk, so dass ein System geschaffen wird, das Win-Win-Situationen im Netzwerk fördert (Sydow, 2010b). Auch die Implementierung eines Konfliktmanagements wird unter die Regulationsfunktion angesiedelt und trägt indirekt zum Erfolg einer Kooperation bei, indem es Differenzen unter den Kooperationspartnern bei Ziel- oder Verteilungskonflikten ausgleichen kann (Tröndle, 1987). Die letzte Funktionsrolle des Managements bezieht sich auf die Evaluation des gesamten Netzwerks, auf einzelne Beziehungen oder auf den Leistungsbeitrag der einzelnen Netzwerkunternehmen zum Netzerfolg, so dass der letzte Aufgabenbereich einem Kontrollinstrument entspricht, das nebenbei Vertrauen in entsprechenden Situationen fördern kann. Die Controllingfunktion sowie die anderen Aufgabenbereiche des Managements sind dabei nicht als statische Elemente zu verstehen. Die Funktionen unterliegen selbstverständlich auch einer eigenen Dynamik. Die Prämisse der Managementfunktionen muss sich dabei immer an den Erfolgsdeterminanten „Effektivität“ und „Effizienz“ orientieren, damit ein Netzwerkversagen ausbleibt (Sydow, 2010b). In dieser Konditionierungsformel konstatiert Jarillo die existenzielle Basis für ein Netzwerk (Jarillo, 1988).

2.7. Klassifikation

Nach den Ausführungen zu Definitionen, konstituierenden Charakteristiken und Erfolgsfaktoren eines Netzwerkes wird nun abschließend versucht, Unternehmensnetzwerke in ein bestimmtes Raster zu typologisieren, bevor das Praxisnetz ins Zentrum der Analyse rückt. Doch die weitreichende Individualität der Netzwerke stellt sich auch hier als hohe Hürde dar. So konstatiert Sydow in diesem Zusammenhang: „Die Möglichkeiten zur Typologisierung von Netzwerken sind grenzenlos.“ (Sydow, 2010b). Corsten drückt das Problem einer Typologisierung von Netzwerken so aus: „Eine kritische Durchsicht zeigt jedoch schnell, dass bei den Typologisierungen wenig stringent vorgegangen wird. Dies liegt darin begründet, dass die der Typologie zugrundeliegenden merkmalsbildenden Differenzierungskriterien weder herausgearbeitet werden, noch sich implizit ableiten lassen.“ (Corsten, 2001). Durch diese Schwierigkeit entsteht eine Reihe von zahlreichen Netzwerktypen, deren Ursprung in der individuellen Bevorzugung unterschiedlicher Klassifikationsattribute liegt. Nach Hess tauchen u.a. folgende Kriterien mit ihren unterschiedlichen Ausprägungsformen, die er aus

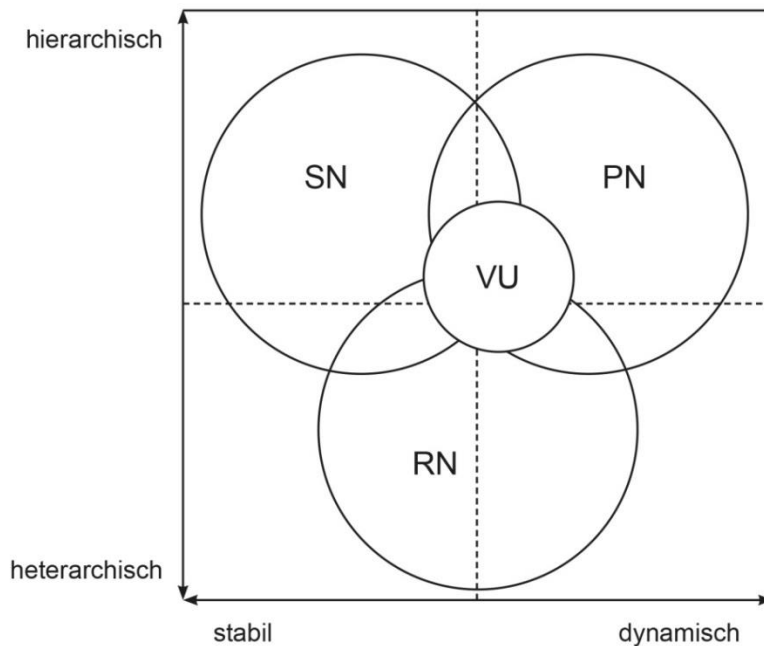
verschiedenen Ansätzen zur Netzwerkklassifikation selektiert, im Bestimmungsprozess von Unternehmensnetzwerken auf (Hess, 2002):

- die einbezogenen Unternehmensfunktionen,
- die involvierten Branchen,
- die Richtung der Zusammenarbeit,
- die Ziele der Zusammenarbeit,
- die regionale Ausbreitung,
- die Steuerungsformen des Netzwerkes,
- die Stabilität des Netzwerkes und
- der Umfang der Unterstützung des Netzwerkes durch IuK-Systeme.

Größtenteils überschneiden sich die Klassifikationskriterien von Unternehmensnetzwerken mit den allgemeinen Typologisierungskriterien von Kooperationen (Killich, 2007). Anhand der Priorisierung eines Charakteristikums beim Gliederungsprozess entsteht jeweils ein bestimmtes Klassifikationsschemata. Durch die Problematik der willkürlichen Filtersystematik werden Netztypen u.a. nach kooperierenden Abteilungen (Bsp.: Vertriebs- oder Marketingnetze) oder nach der Richtung der Zusammenarbeit (Bsp.: horizontale, vertikale oder diagonale Netze), die sich auf die Wirtschaftsstufen bzw. Branchen der Partner beziehen, denen sie angehören, eingeteilt. Resultierend dadurch entsteht ein regelrechter Dschungel an Netzwerktypen, der nur schwer zu überschauen ist. Sydow versucht aus diesem Wirrwarr an Typen, das grundsätzlich auf den unterschiedlichen Einsatz eines dominierenden Kriteriums zur Bestimmung eines Netzwerktypus basiert, mehr Prägnanz zu schaffen, in dem er nur den Merkmalen Steuerungsform und zeitliche Stabilität hohe Bedeutung im Typologierungsprozess zumisst. Durch die kombinatorische Verknüpfung der beiden Merkmale mit ihren jeweiligen Ausprägungsdimensionen entsteht seine Netztaxonomie (Sydow, 2010b). Die Steuerungsform spielt grundlegende Mechanismen bei der Abstimmung in einem Netzwerk an. Die Koordinationsrichtung kann polyzentrisch oder fokal erfolgen. Partner in polyzentrischen Netzen besitzen bei wichtigen Entscheidungen bezüglich der langfristigen Entwicklung des Netzwerkes dieselbe Gewichtsverteilung. Fokale Netzwerke werden dagegen von einem involvierten Unternehmen geleitet, so dass die nicht-fokalen Partner die Entscheidungen der fokalen Unternehmung befolgen müssen (Hess, 2002). Die zeitliche Stabilität leitet sich vom Gliederungsmuster von Miles und Snow ab, die sich als einer der ersten Wissenschaftler mit dem Netzwerkphänomen auseinandersetzen. Sie teilen die komplexen Gebilde in interne, stabile und dynamische Netzwerke ein (Miles und Snow, 1992). Stabile Netzwerke, die üblicherweise in der Automobilindustrie ansässig sind, sind demnach eher längerfristig ausgelegt, während dynamische Netzwerke, die bspw. auf einzelnen

Projekten beruhen, von kurzfristiger Natur sind. Die Differenzierungskriterien zeitliche Stabilität und Steuerungsform sollen nicht als dichotome, sondern als kontinuierliche Dimensionen aufgefasst werden.

Sydow kristallisiert folgende 4 Typen heraus: Strategische Netzwerke, Regionale Netzwerke, Projektnetzwerke, Virtuelle Unternehmung.



Legende: SN= strategische Netzwerke PN= Projektnetzwerke
 RN= regionale Netzwerke VU= virtuelle Unternehmung

Abbildung 7: Eine Typologie interorganisationaler Netzwerke (aus Sydow, 2010b)

Strategische Netzwerke werden von einer oder mehreren fokalen Unternehmungen geleitet (Jarillo, 1988). Sie sind zielgerichtet, längerfristig konzipiert und die Partner spezialisieren sich auf ihre jeweilige Wertschöpfung im Netzwerk (Corsten, 2001). Hingegen Regionale Netzwerke werden heterarchisch eingeordnet und setzen sich aus kleinen bzw. mittleren Unternehmungen zusammen. Die Vernetzungsinitiativen bilden sogenannte regionale Cluster. Im Gegensatz zu strategischen Netzwerken geht von dieser Form eine größere emergente Strategie aus, die sich bspw. durch die fehlende strategische Netzwerkführerschaft auszeichnet. Entscheidungsprozesse, die sich auf netzwerkspezifische Interaktionen beziehen, laufen unter dem Aspekt der Gleichberechtigung der Mitglieder ab. Als weitere Netzwerkform bildet sich das Projektnetzwerk durch die Differenzierungskriterien heraus. Von den beiden erstgenannten Netzwerkformen unterscheidet sich das Projektnetzwerk vor allem durch die zeitliche Komponente. Das Netzwerk gründet auf der Abwicklung eines Projektes

oder mehrerer Projekte, so dass ein Projekt Netzwerk nicht auf Dauer Bestand hat und eine hohe Fluktuationsrate an Mitgliedern vorweist. Jedoch können latente Beziehungsstrukturen nach Beendigung des Netzwerkes vorhanden bleiben. Genauso wie strategische Netzwerke werden Projektnetzwerke hierarchisch eingestuft. Eine besondere Form stellt die virtuelle Unternehmung dar. Sie wird grundsätzlich als Projekt Netzwerk oder dynamisches Netzwerk zur temporären Leistungserstellung definiert, wobei größtenteils keine Institutionalisierung der Kooperation stattfindet. In der IT-Branche wird häufig diese Netzwerkform als Kooperationswerkzeug eingesetzt (Sydow, 2010b).

Sydows zweidimensionales Basismodell der vier Grundtypen wurde sogar von Duschek und Rometsch in den Folgejahren um eine weitere Merkmalsachse erweitert. In ihrem Konzept bauen sie die Art der Zielsetzung als weitere Hauptdomäne mit den zugehörigen Ausprägungen, explorativ und exploitativ, ein, so dass mithilfe eines dreidimensionalen Raumes Netzwerke typologisiert werden. Sie differenzieren dann acht Grundnetzwerktypen, für deren phänotypische Bezeichnungen die Dominanz des dimensional Merkmals mit seiner jeweiligen Ausprägungsform ausschlaggebend ist (Duschek und Rometsch, 2005). Die Modellkonstellation wird durch die darauffolgende Abbildung 8 dargestellt.

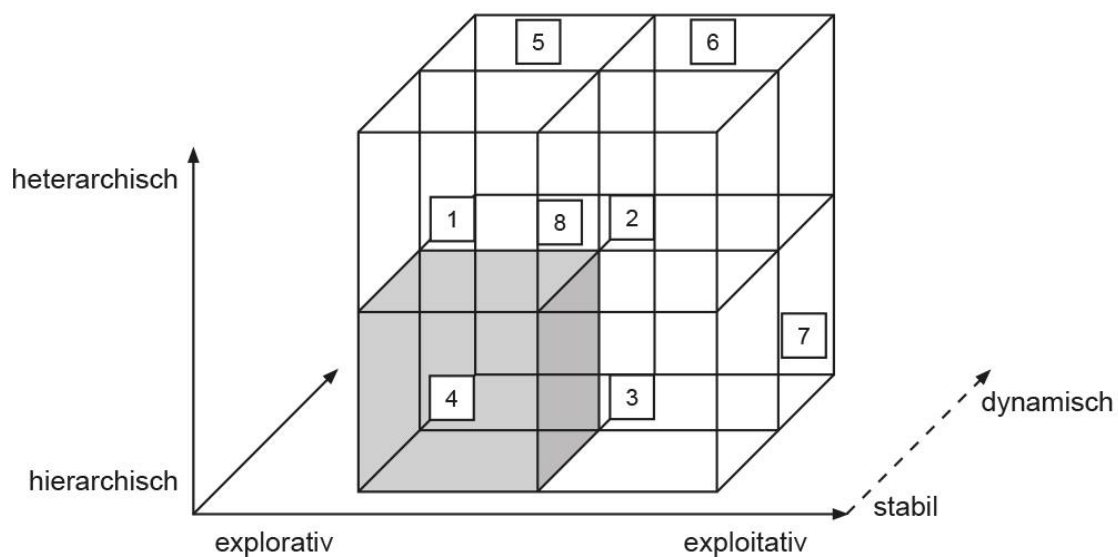


Abbildung 8: Acht Netzwerktypen (aus Duschek und Rometsch, 2005)

3. Das Analyseobjekt „Praxisnetz“

3.1. Der strukturelle Wandel in der ambulanten Versorgungslandschaft

3.1.1. Die legislative Chronologie der Vernetzungsinitiative – Bedeutende Eckpfeiler

Ein Wirtschaftszweig, in dem die Thematik der Unternehmensnetzwerke eine immer stärkere Resonanz genießt, ist der deutsche Gesundheitssektor (Amelung, 2009). Die zukünftigen Herausforderungen des Systems erforderten eine Modernisierung bzw. Anpassung des Systems durch den Gesetzgeber. Speziell im Kontext der wesentlichen Schwachstelle des Systems, der starren sektoralen Trennung, wird die Relevanz des Vernetzungsgedankens sehr schnell deutlich. Vor allem der ambulante Sektor sollte nach Meinung des Gesetzgebers mit dem Instrument neuer Kooperationsformen wettbewerbsorientiert modifiziert werden. Durch den Wandel des Vertragswettbewerbs im System wurde die Rollenverteilung der Gesundheitsakteure im System verschoben, so dass durch die gezielte Förderung von Selektivverträgen neue kooperative Versorgungsstrukturen entstehen sollten, die dann als direkte Vertragspartner der Krankenkassen agieren. So beschäftigte sich der Reformprozess der vergangenen Dekaden mit einer intensiven Ausweitung des Selektivvertragsrechts, um das Gesundheitssystem zukunftsfähig zu gestalten (Eble, 2009).

Eine Chronologie zu bedeutenden, netzfördernden Gesetzesreformierungen wird in der Abbildung 9 von 1997 bis 2015 dargestellt.

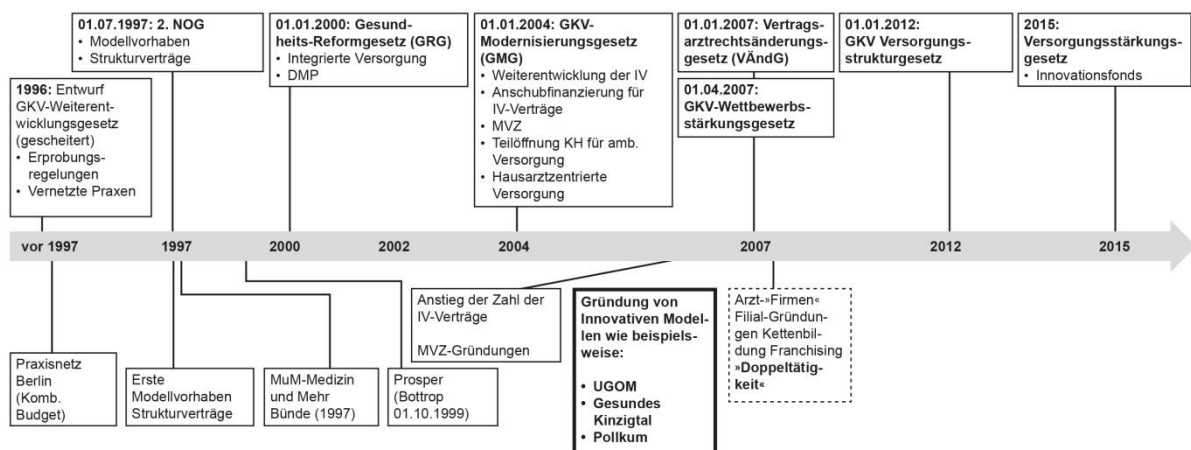


Abbildung 9: Vernetzungsfördernde Gesetzgebungen – Erweiterte Darstellung (umgezeichnet nach Amelung et al., 2008)

Strukturverträge und Modellvorhaben

Der Startschuss der Vernetzungswelle fiel 1997 mit der Verabschiedung des 2.GKV-Neuordnungsgesetzes mit dem primären Ziel, eine Effizienz- und Effektivitätsverbesserung in der ambulanten Gesundheitsversorgung zu bewirken (Wiechmann, 2002). Vor dieser Zeit gab es aber auch schon Vorläufer von Netzwerken, die sich bspw. in Praxisgemeinschaften symbolisierten (Lindenthal et al., 2004).

Mit den Strukturverträgen und dem Modellvorhaben nach § 73a bzw. § 63ff. SGB V wurde der rechtliche Grundstein für die innovativen Kooperationsformen im ambulanten Sektor gelegt. Der Gesetzgeber beabsichtigte mit der Implementierung der Strukturverträge, neue Versorgungs- und Vergütungsstrukturen in der ambulanten Versorgung zu schaffen, die vor allem die Versorgung der chronisch Erkrankten verbessern sollten (Ries et al., 2012). Durch die Strukturverträge können Kassenärztliche Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen einem Verbund aus Hausärzten oder Haus- und Fachärzten die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit und Qualität der vertragsärztlichen Versorgung übergeben. Der Inhalt der Strukturverträge schließt „[...] bestimmte Indikationen, Diagnosen oder auch die gesamte medizinische Versorgung [...]“ (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2013a) ein. Den Vertragspartnern obliegt die Möglichkeit, eine Vergütungsstruktur außerhalb des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) für die erbrachten ärztlichen Leistungen mit den Ärzten zu vereinbaren. Demnach kann die Honorierung in Form von Pauschalen oder Budgets erfolgen. Durch diese Art der Vergütung wird ein finanzieller Anreizmechanismus für die Ärzte erstellt, denn Kosteneinsparungen können durch Boni an die beteiligte Ärzteschaft weitergeleitet werden. Ferner ist eine zeitliche Befristung der Strukturverträge gesetzlich nicht geregelt und bedarf keiner wissenschaftlichen Begleitung (Wiechmann, 2002). Dagegen sind Modellvorhaben nach § 63ff. SGB V für acht Jahre befristet und benötigen einer wissenschaftlichen Begleitung. Nach dem gesetzlichen Passus können die Krankenkassen oder Kassenärztlichen Vereinigungen direkt mit den Leistungsanbietern Verträge über Leistungen abschließen, die nicht im Leistungskatalog vorzufinden sind. So können neue Behandlungsmethoden eingeführt werden, die aber nicht zu einer Beitragssatzerhöhung der Versicherten führen dürfen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2013a).

Integrierte Versorgung

Nach der ersten Förderung kooperativer Strukturen wurden weitere maßgebende Eckpfeiler für eine Expansion neuer Versorgungsstrukturen im System festgesetzt, die sich in der gesetzlichen Verankerung der Integrierten Versorgung (IV) als Versorgungskonzept Anfang 2000 personalisierte. Schwerpunkt der GKV-Gesundheitsreform war die Initiierung eines Versorgungsmanagements, das den Behandlungsprozess des Patienten sektorenübergreifend optimiert. Bis heute wurde der gesetzliche Rahmen stetig erweitert, so dass das Versorgungskonzept zu einem wichtigen Element der deutschen Versorgungslandschaft aufstieg. Bei dem Konzept „[...] werden Patientinnen und Patienten qualitätsgesichert und in sektorenübergreifend beziehungsweise fachübergreifend vernetzten Strukturen versorgt. Ärzte, Fachärzte, Krankenhäuser, Vorsorge- und Reha-Kliniken und andere zur Versorgung der Versicherten berechnigte Leistungserbringer können kooperieren und sorgen für den notwendigen Wissensaustausch.“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2013b).

Die Intention der IV richtet sich vor allem an die Überwindung der sektoralen Trennung und fördert innovative Versorgungsstrukturen, die die Kooperation, Koordination und Kommunikation innerhalb des Systems fördern (Amelung und Lägell, 2008). Die an einer IV partizipierenden Parteien sind auf der Kostenträgerseite u.a. einzelne Krankenkassen bzw. Pflegekassen. Entgegengesetzt stehen Leistungsanbieter wie ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) oder Integrationsanbieter in Form von Managementgesellschaften als Vertragspartner bereit. In dem Kontext ist ein essentieller Aspekt der Ausschluss der KV an den Integrationsverträgen, wodurch sich ein stetiger Paradigmenwechsel im System bezüglich einer Ausweitung der Handlungsmacht der Krankenkassen vollzieht, so dass mehr Vertragspartner zur Verfügung stehen. Die Abbildung 10 zeigt nochmals zusammengefasst potenzielle IV-Vertragspartner, die im § 140b Abs. 1 SGB V konstatiert sind.

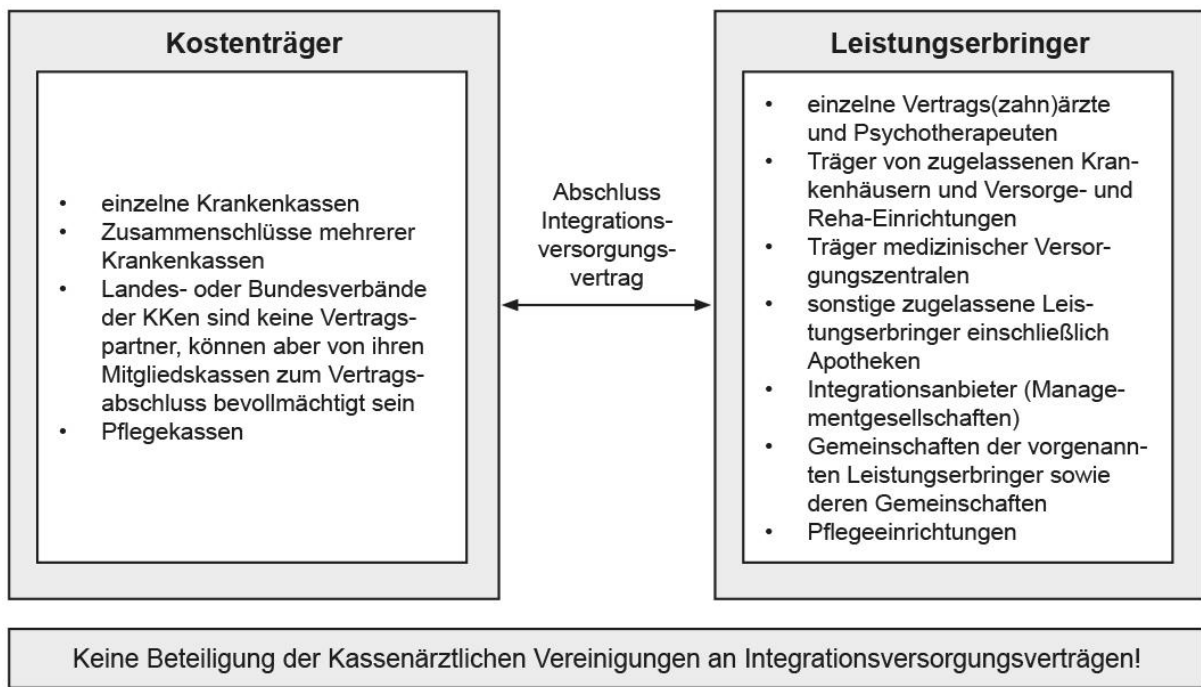


Abbildung 10: Vertragspartner der integrierten Versorgung – Modifiziert nach Wigge 2005 (aus Amelung und Wagner, 2006)

Prinzipiell wird der IV-Prozess seitens der Leistungsanbieter initiiert, die ein Netzwerk der IV gründen und die koordinierte Versorgung den Krankenkassen für ihre Versicherte offerieren, wobei der Inhalt des angebotenen Leistungsspektrums und die Gestaltungsformen bezüglich der involvierten Leistungsanbieter sehr variieren können (Busse et al., 2010). Dadurch ergeben sich verschiedene Formen von IV-Verträgen, die aber grundsätzlich in spezielle Cluster eingestuft werden können.

So wird primär eine Differenzierung zwischen Produkt- und Institutionenintegration vorgenommen. Produktintegration zielt auf die indikationsspezifische Versorgung von Patienten. Diese Rubrik lässt sich weiter in Disease-Management-Programme (DMP) und Komplexfallpauschalen unterteilen. Disease-Management-Programme sind strukturierte Behandlungsprogramme, die speziell auf chronisch Kranke ausgerichtet sind, um die Versorgung dieses Patientenstammes bedarfsgerecht und wirtschaftlich sicherzustellen, so dass vor allem Folgeschäden durch die Krankheit minimiert werden (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2012b). Die Brisanz dieses Patientenlientels verdeutlicht sich anhand epidemiologischen Kennzahlen und Kostengesichtspunkten. Besonders die chronischen Erkrankungen sollen unter allen Erkrankungen bis 2020 von 46% auf 60% anwachsen (Gensichen et al., 2006). Die negative Entwicklung der chronischen Krankheiten liegt besonders in der demografischen Alterung der Gesellschaft begründet, denn altersbedingte chronische Krankheiten treten in einer alternden Bevölkerung immer häufiger auf (Robert-

Koch-Institut, 2012). Zudem sollen die chronisch Erkrankten für zwei Drittel aller Krankenhausausgaben verantwortlich sein (Amelung, 2012). Deswegen hat der Gesetzgeber sechs chronische Volkskrankheiten (Diabetes Mellitus 1 und 2, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale, COPD) in den Katalog der DMP aufgenommen, die mithilfe des Konzeptes der IV kosteneffizient und qualitätssteigernd behandelt werden sollen. „Der Grundgedanke eines DMP ist dabei, auf der Basis möglichst evidenzbasierter Leitlinien, verbindliche Behandlungspfade zu entwickeln (Amelung et al., 2009).“ Die DMP obliegen strikten medizinischen Evidenzkriterien und werden durch das Bundesversicherungsamt evaluiert. Die Teilnahme der Versicherten an den DMP ist freiwillig und kostenlos. Die Krankenkassen können eine DMP-Teilnahme mit finanziellen Anreizen hinsichtlich Boni oder Zuzahlungsermäßigungen für ihren betroffenen Versichertenkreis ausstatten (Bundesversicherungsamt, 2013). Die Komplexpauschalen beabsichtigen eine engere Verzahnung der Akutversorgung und Rehabilitation für elektive, planbare Eingriffe, unter denen z.B. endoprothetische Hüftgelenkoperationen fallen, und vereinen das Prinzip der Fallpauschalen und Sonderentgelte (Freytag, 2010; Lauterbach et al., 2010). Folgende Kriterien zur Leistungsherstellung sind häufig von Relevanz, die über die Indikationsselektion einer produktbezogenen IV entscheiden (Amelung und Lägel, 2008):

- die Komplexität des Leistungsprozesses ist verhältnismäßig niedrig,
- es existieren akzeptierte evidenzbasierte Leitlinien,
- es handelt sich um einen elektiven Eingriff,
- die Mengenkomponekte (Anzahl Fälle und Kosten pro Fall) ist in der Regel sehr hoch.

Die IV lässt sich aber auch institutionell aufgliedern. Dabei wird die IV in eine horizontale und vertikale Form differenziert. Die horizontale Integration verbindet unterschiedliche medizinische Leistungserbringer sowie soziale Organisationen derselben Versorgungsebene (Busse et al., 2010). Durch den horizontalen Zusammenschluss von Krankenhäusern oder Arztpraxen zu einem IV-System können die Leistungserbringer Vorteile wie Skaleneffekte, Erhöhung der Markt- oder Verhandlungsmacht oder die Gewinnung von Marktanteilen realisieren (Jacobs und Schröder, 2002; Eppmann, 2007). Die horizontale Integration ist meistens eine Vorstufe der vertikalen Integrationsform. Vertikale Integrationsarrangements beschreiben „[...] die Einbeziehung von vor- und nachgelagerten Produkten oder Dienstleistungen der Geschäftstätigkeit mit dem Ziel, die Wertschöpfungskette zu komplettieren und einen kontinuierlichen Patientenfluss sicherzustellen.“ (Amelung und Janus, 2005). So ergeben sich sehr vielfältige vertikale Integrationsmodelle, die bspw. Leistungserbringer aller Versorgungsebenen inkludieren können. Sogar Kombinationen aus

horizontalen und vertikalen Integration sind möglich, wie die nachfolgende Abbildung 11 zeigt (Busse et al., 2010).

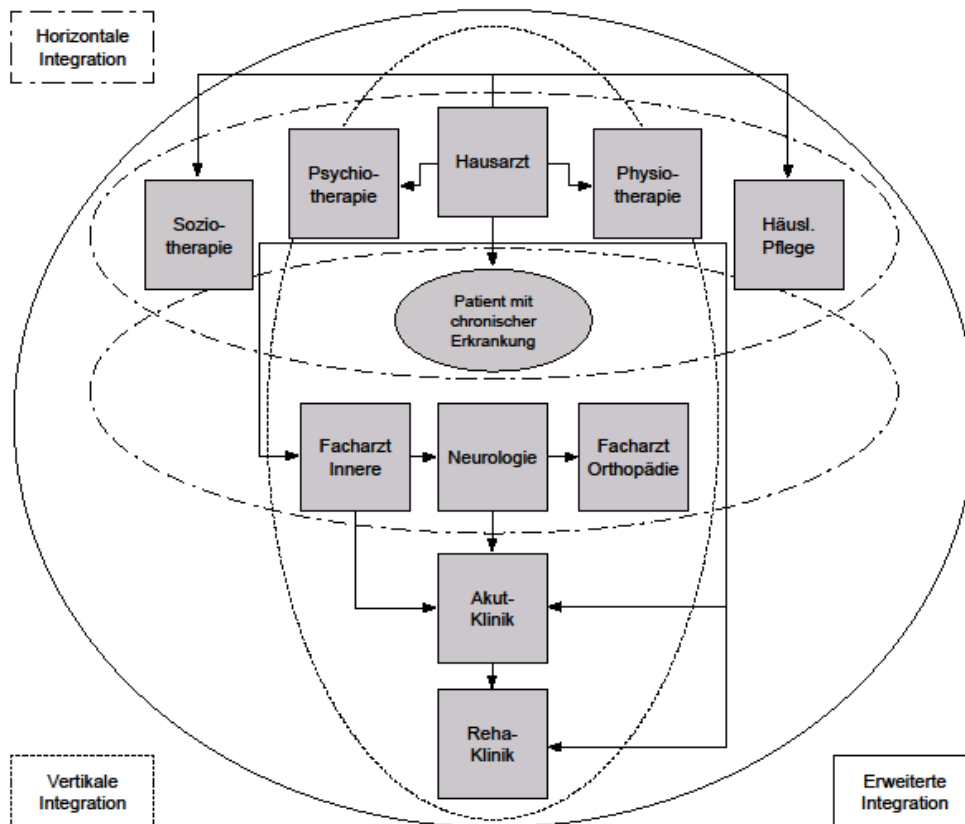


Abbildung 11: Horizontale und vertikale Integration (aus Busse et al., 2010)

Vor allem die vertikale IV ist mittlerweile ein fester Bestandteil im deutschen Gesundheitssystem, deren Implementierung auch ein zentrales Bestreben der vergangenen Reformierungen gewesen ist (Amelung et al., 2009).

2004 wurde die IV besonders durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) im System gestärkt, in dem zeitgleich die Vernetzung der verschiedenen Versorgungsebenen und der Leistungserstellung gefördert worden ist. Die IV wurde zwar 2000 im Gesetz verankert, fand aber anfangs keine überwiegende positive Resonanz unter den Beteiligten, so dass das Versorgungskonzept nur schleppend angewendet worden ist (Neubauer, 2005). Das GMG baute strukturelle Hemmnisse ab und setzte finanzielle Anreize zum Ausbau der IV, so dass die IV einen neuen Aufschwung erlebte (Bohle, 2008). Dabei wurden den Krankenkassen finanzielle Ressourcen in Höhe von jeweils 1% des jährlichen GKV-Budgets für IV-Verträge zur Verfügung gestellt. Die Mittel, die ursprünglich nur bis Ende 2007 angedacht waren, wurden mit dem Vertragsarztänderungsgesetz bis 2008 sogar noch verlängert. Dies führte dazu, dass in der Phase über 4000 IV-Verträge entstanden (Busse et al., 2010).

Seit dem Auslaufen der Anschubfinanzierung werden die IV-Verträge verstärkt nach Wirtschaftlichkeitsfaktoren bewertet, so dass die Quantität der individuellen IV-Verträge reduziert werden soll, um konkret effiziente und effektive IV-Verträge zu filtern, die anschließend flächendeckend zum Einsatz kommen. Gerade das Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) in 2007 intendierte diesen spezifischen Schwerpunkt in seinen Inhalten, wodurch nur IV-Verträge hinsichtlich wirtschaftlicher Aspekte und zugleich einer nachweisbaren Verbesserung der Versorgung in der deutschen Gesundheitslandschaft fortbestehen sollten (Eble und Maier, 2009; Salfeld et al., 2009).

Hausarztzentrierte Versorgung

Eine weitere netzfördernde Gesetzgebung wurde mit dem GKV-Modernisierungsgesetz in 2004 beschlossen. Die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) wurde im § 73b SGB V fixiert. Das Modell der Hausarztzentrierten Versorgung ist dabei sehr eng mit dem Gatekeeper-System aus den USA verknüpft. Kongstvedt definiert den Gatekeeper-Begriff wie folgt:

„An informal though widely used term that refers to a primary care case management model health plan. In this model, all care from providers other than the primary care physician, except for true emergencies, must be authorized by the primary care physician before care is rendered (Kongstvedt, 2009).“

Da Hausärzte eine zentrale Funktion in der Gesundheitsversorgung u.a. bezüglich eines vertrauensbasierten Arzt-Patienten-Verhältnisses erfüllen, soll diese Ärztegruppe nach der Intention des Gesetzes als ein Lotse oder Gatekeeper für die Koordination der Versorgung ihrer Patienten fungieren (siehe Abbildung 12).

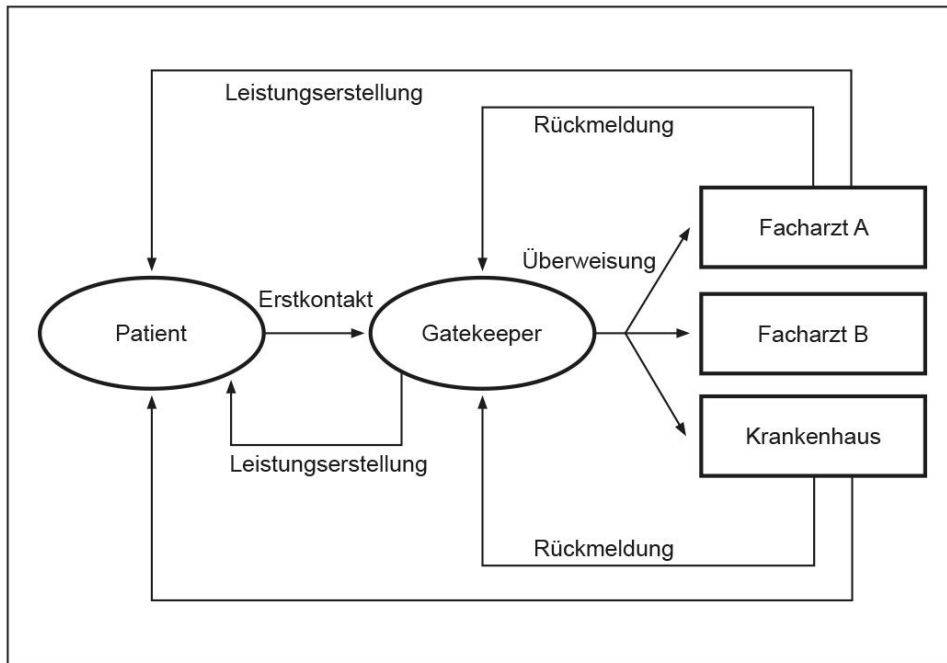


Abbildung 12: Gatekeeping-System (aus Amelung, 2012)

Krankenkassen können einen HzV-Vertrag mit vertragsärztlichen Leistungserbringern, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmen, Gemeinschaften dieser Leistungserbringer, Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmen, und Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbaren (§ 73b Abs. 4 SGB V). Nach der freiwilligen vertraglichen Einwilligung des Versicherten zum Modell der HzV verpflichtet dieser sich, primär seinen Hausarzt aufzusuchen, der dann den Behandlungsprozess für den Patienten steuert. Demnach soll der Hausarzt für seinen Patienten Überweisungen zu Fachärzten oder Krankenhäuserweisungen durchführen. Für die Teilnahme müssen die Versicherten einen gesonderten Tarif angeboten bekommen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2010). Die zentrale Steuerungsfunktion des Hausarztes zielt auf die Reduzierung von Krankenhauseinweisungen und einen Ersatz teurer Medikamente durch Generika (Lauterbach et al., 2010). Die teilnehmenden Hausärzte, die sich auch freiwillig in den Vertrag einschreiben müssen, sollen diese Zielkomponenten des Gesetzgebers mit folgenden verpflichtenden Anforderungen nach § 73b SGB V Abs. 2 sicherstellen:

1. Teilnahme der Hausärzte an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie unter Leitung entsprechend geschulter Moderatoren.
2. Behandlung nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien.
3. Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d durch Teilnahme an Fortbildungen, die sich auf hausarzttypische Behandlungsprobleme konzentrieren, wie patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeine Schmerztherapie, Geriatrie.
4. Einführung eines einrichtungsinternen, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenen, indikatorengestützten und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements.

Bis ins Jahr 2009 fand die HzV nur wenig Bedeutung, da die IV mit ihrer Anschubfinanzierung als Alternativmodell für Krankenkassen interessanter war. In den letzten Jahren kommen nun aber vermehrt erste Evaluationen von Pilotprojekten zur Wirksamkeit der HzV, die das Modell bei Krankenkassen und Ärzten erfolgsversprechend einstufen und die Zukunft des Konzeptes hinsichtlich einer breiteren Akzeptanz immens begünstigen (Bühning, 2014).

Kriterienkatalog förderungswürdiger Praxisnetze

Bezüglich neuer Kooperationsformen wurden noch mit dem Vertragsarztänderungsgesetz in 2007 und dem Versorgungsstrukturgesetz in 2012 bedeutende Reformbeschlüsse auf den Weg gebracht. So wurden durch das Vertragsarztänderungsgesetz die Vorgaben für die vertragsärztliche Tätigkeit flexibilisiert, so dass nun Teilausübungsgemeinschaften und Filialen zugelassen worden sind. Dadurch konnten sich die Gestaltungsmöglichkeiten von IV-Verträgen deutlich erhöhen (Orlowski und Wasem, 2007). Der letzte fundamentale Gesetzesentwurf zur Förderung von Vernetzungsstrukturen trat dann durch die Verabschiedung des Versorgungsstrukturgesetzes zum 01.01.2012 in Kraft, in deren Inhalte Krankenkassen und KVen mithilfe eines eigens konzipierten Kriterienkatalogs förderungswürdige Praxisnetze finanziell unterstützen können (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2012a).

Nach der Rahmenvorgabe für die Anerkennung von Praxisnetzen der KBV und dem GKV-Spitzenverband gelten folgende Strukturkriterien:

1. Teilnahme von mindestens 20 und höchstens 100 vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Praxen. Ausfolgenden Gründen kann hiervon abgewichen werden: a) Versorgungsradius b) Größe der Versorgungsregion c) Bevölkerungsdichte.

2. Teilnahme von mindestens 3 Fachgruppen, wobei Ärzte gemäß § 73 Abs. 1a, Satz 1 Nr. 1., 3., 4. oder 5. SGB V im Praxisnetz vertreten sein müssen.
3. Die Praxisnetze erfassen mit den Betriebsstätten der teilnehmenden vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Praxen ein auf die wohnortnahe Versorgung bezogenes zusammenhängendes Gebiet.
4. Die teilnehmenden vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Praxen haben sich zum Praxisnetz in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft, eines eingetragenen Vereins oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung zusammengeschlossen.
5. Das Praxisnetz besteht unter Berücksichtigung der Vorgaben nach Nrn. 1 – 4 seit mindestens drei Jahren.
6. Das Praxisnetz unterhält eine verbindliche Kooperationsvereinbarung unter Berücksichtigung der Versorgungsziele gemäß § 4 – mit mindestens einem nichtärztlichen Leistungserbringer (z.B. Krankenpflege, Physiotherapie) oder einem stationären Leistungserbringer. Die freie Wahl der Gesundheitsberufe bleibt unberührt.
7. Die Vereinbarung von gemeinsamen Standards für die teilnehmenden Arztpraxen, insbesondere zu Unabhängigkeit gegenüber Dritten, Einhaltung von vereinbarten Qualitätsmanagementverfahren und -zielprozessen und Beteiligung an vereinbarten Maßnahmen zum Wissens- und Informationsmanagement.
8. Nachweis von Managementstrukturen durch
 - eine als eigene Organisationseinheit ausgewiesene Geschäftsstelle des Netzes
 - einen Geschäftsführer
 - einen ärztlichen Leiter / Koordinator zur Umsetzung der Vorgaben nach Nr. 7.

(2) Die Nachweise erfolgen durch Vorlage des Gesellschaftsvertrages, bei Abs. 1 Nr. 5 durch die Vorlage der Anzeige gegenüber der zuständigen Ärztekammer, entsprechender Kooperationsvereinbarungen gemäß Abs. 1 Nr. 6 und sowie bei Abs. 1 Nr. 8 durch Protokolle von Gesellschafter- und Beiratssitzungen. Änderungen im Hinblick auf die Strukturvoraussetzungen gemäß Abs. 1 sind der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2013c).

Auch die Zielsystematik wird als Anerkennungskriterium festgesetzt, die sich aus den Hauptpunkten Patientenzentrierung, kooperative Berufsausübung und verbesserte Effizienz/ Prozessoptimierung zusammensetzt.

Aus diesen Kriterien wird ein dreistufiger Katalog konzipiert, der im Sinne eines Professionalisierungsprogresses verschiedene Nachweise erfordert (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2013c). Die finanziellen Zuschüsse sind jedoch nicht fix geregelt worden

und kann von jeder KV individuell vereinbart werden. So will die KV Sachsen-Anhalt eine Netzgründung mit 1000 Euro subventionieren, während die KV Schleswig-Holstein einem Praxisnetz eine Finanzhilfe von 100.000 Euro pro Jahr in Aussicht stellt.

Aber nicht jede KV befürwortete diese finanzielle Förderung direkt nach ihrer Publizierung. Der Grund wurde in dem Ursprung der Finanzhilfe ausgemacht, die aus einer Umverteilung der Gesamtvergütung resultiert. Deswegen beteiligen sich vorerst nur 4 von 14 KVen an einer monetären Praxisnetzförderung (Ankowitsch, 2014).

Trotz dieses Umstandes wird aber die netzfördernde Gesetzesintention unaufhaltsam fortgehen. Auch im Entwurf zum Versorgungsstärkungsgesetz wird dieser irreversible Trend beobachtet, das 2015 in Kraft treten soll.

Der Entwurf beinhaltet einen Innovationsfonds, durch den innovative Versorgungsmodelle gezielt finanziell unterstützt werden sollen. Bis zu 300 Millionen sollen jährlich extrabudgetär aus dem Gesundheitsfonds der Kassen hierfür zur Verfügung gestellt werden (Bundesministerium für Gesundheit, 2015).

3.1.2. Das ambulante Versorgungsmodell der Zukunft

Die Gesetzesreformierungen der letzten Jahre zielen explizit auf die wettbewerbsorientierte Umgestaltung des ambulanten Sektors, in dem nicht nur neue Organisationsformen implementiert werden, sondern ebenfalls neue Rollenfunktionen und Machtverhältnisse sich wiederfinden. Die Abbildung 13 zeigt erneut die wichtigsten Funktionen und Strukturen eines solchen zukunftsfähigen, ambulanten Systems, in dem Ärztkooperationen wie Praxisnetze eine feste Instanz sind.

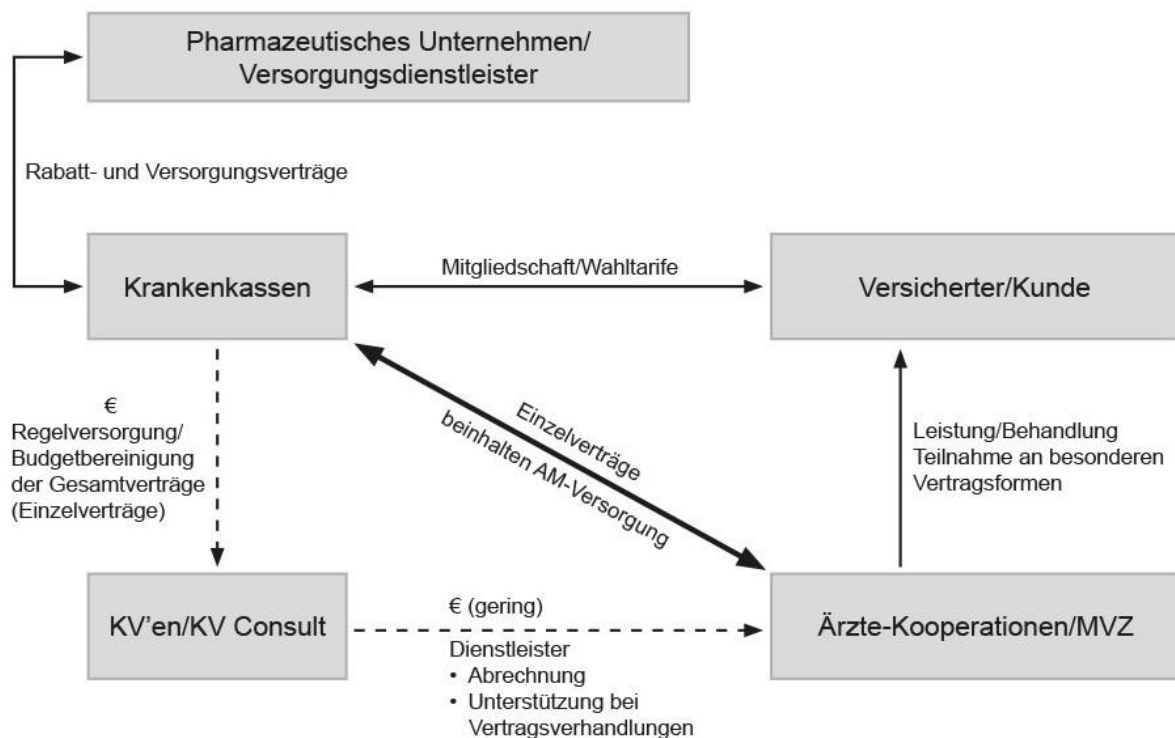


Abbildung 13: Versorgungsstrukturen morgen (aus Eble, 2009)

Die Krankenkassen sind unbestritten der Gewinner dieser Reformwelle, denn dieses Organ steigt in seiner Funktionsstufe vom „Payer“ zum „Player“ auf. Die Machtverschiebung birgt aber auch neue Existenzrisiken durch den gestiegenen Wettbewerb, so dass die Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen stetig sinkt (Stand 2014: 132) (GKV-Spitzenverband, 2015). Trotz Machtverschiebung und neuen Funktionsrollen soll der Wettbewerb aber vom Patienten bzw. Versicherten gesteuert werden, der nun die gesteigerte Transparenz im ambulanten System als Effizienzkriterium nutzen soll.

So wird auch das paternalistische Verhalten zwischen Arzt und Patient degradiert und das Shared-Decision-Making als Arzt-Patient-Beziehungsmodell seitens des Gesetzgebers präferiert (Bundeverband Managed Care e.V., 2015).

Der Kernprozess der KVen soll sich auf die Regelversorgung beziehen und die neuen Kooperationsformen hinsichtlich der Vertragskompetenz unterstützen. U.a. hat die KV Nordrhein eine Tochterfirma für diese Funktion institutionalisiert (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, 2014).

Die Leistungsanbieter erhalten definitiv mehr Handlungsspielraum bezüglich des Vertragsmanagements, da sie bei Gründung einer Kooperation als direkter Vertragspartner aufsteigen und durch Selektivverträge von der absoluten Abhängigkeit der KV entbunden werden.

Durch den Reformierungsprozess nehmen nun innovative Vernetzungsorgane folglich einen besonderen Stellenwert im System ein, denn sie können

- die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung besonders kostenintensiven Erkrankungen (Volkskrankheiten) und/oder für die Versorgung einer regional definierten Bevölkerung übernehmen,
- die Lücke ausfüllen, die durch den schwindenden Einfluss der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in der ambulanten Versorgung entsteht,
- in Kooperation mit weiteren Heilberufen und Krankenhäusern in selbstbestimmter Form die Gesundheitsversorgung organisieren und den Einfluss fachfremder Institutionen abschirmen (Werthern, 2009a).

Die Funktionsrolle der innovativen Organisationsformen assoziiert dabei stark mit dem Konzept „Managed Care“, das ursprünglich aus den USA stammt und im folgenden Abschnitt ausführlich thematisiert wird.

3.1.3. Das Konzept „Managed Care“ als Fixpunkt

Seit längerem versucht der Gesetzgeber die präferierten Ziele, die Effizienz- und Effektivitätssteigerung des ambulanten Sektors, mithilfe der Implementierung von Managed Care (MC)-Instrumenten zu realisieren. Mit dem Konzept soll aber nicht eine komplette Umstrukturierung des deutschen Gesundheitssystems angestrebt, sondern eine gezielte, punktuelle Aufbesserung von determinierten Defizitbereichen des Systems erreicht werden (Erbsen, 2002; Bundesverband Managed Care e.V., 2012). Praxisnetze sind dabei ein Part des MC-Konzeptes, das auch die Abbildung 14 illustriert.



Abbildung 14: Vergleichbare Ziele von Vernetzten Praxisnetzen und Managed Care (aus Rüschemann et al., 2000)

Das Modell der IV hängt ebenfalls unmittelbar mit dem MC-Konzept aneinander und verkörpert quasi die Theorie, die im amerikanischen Gesundheitswesen ihren Ursprung hat. Vor allem die Kompatibilität von Kostenreduktion und zeitgleichen Qualitätsverbesserungen der Versorgung werden mit dem Konzept assoziiert und lassen MC als Lösungsvariante bezüglich der angehenden Herausforderungen des Systems erscheinen (Amelung, 2009). Eine eindeutige Definition von Managed Care gestaltet sich aber ziemlich komplex, da in der amerikanischen und mittlerweile auch deutschen Literatur eine Vielzahl von unterschiedlichen Variationen existiert. Dies kann auch anhand folgender Terminologisierung registriert werden.

Amerikanische Definition:

„The original idea of ‚managed care‘ was simple and elegant – a primary care physician close to the patient would ensure that the care delivered was neither too much not too little, involved appropriate specialists, and reflected the individual patient’s needs and values.“ (Porter und Teisberg, 2006).

Deutsche Definition:

„In den USA ist Managed Care ein Überbegriff für eine nicht solidarisch finanzierte, kommerzialisierte versicherungsrechtliche Form medizinischer Dienstleistungsprozesse in der Regel für Arbeitnehmer und ihre Familienangehörigen. In Deutschland versteht man unter Managed Care kontext- und systemabhängig lediglich Elemente zur zielgerichteten Steuerung medizinischer Versorgungsabläufe unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten.“ (Schluckebier, 2003).

Ungeachtet der vielen individuellen Definitionsansätze kann jedoch eine allgemeingültige Doktrin von MC abgeleitet werden, dass unter Managed Care generell nicht eine geschlossene Theorie verstanden werden soll, sondern ein Bündel von Management-Instrumenten und Organisationsformen zur Steigerung der Effizienz in der Gesundheitsversorgung (Amelung, 2012). MC verändert insbesondere die Rollenverteilung der Gesundheitsakteure im Gesundheitssystem. Versicherte sehen sich mit mehr Intransparenz von Gesundheitsleistungen konfrontiert, jedoch erhalten sie ein höheres Maß an differenzierten Leistungsangeboten. Krankenkassen verlieren im Konzept ihren ursprünglichen passiven Status als Leistungsfinanzierer und können mehr Einfluss auf die Leistungserstellung ausüben. Demnach wird schnell die Ausweitung der Macht- und Kompetenzverhältnisse der Konsumenten und Leistungsfinanzierer ersichtlich, so dass die Leistungserbringer Einbußen in ihren Verantwortungs- und Aufgabenbereichen hinnehmen müssen. Zudem finden sie sich immer mehr in einem Verdrängungswettbewerb wider. Speziell werden aber neue integrierte Versorgungsmodelle durch das MC-Konzept gefördert (Amelung, 2012). Das wesentliche Merkmal von MC, das in vielen Definitionsansätzen wiederzufinden ist, charakterisiert sich im selektiven Kontrahieren. Beim Abschließen von Versorgungsverträgen sollen die Leistungsfinanzierer mehr Wahlfreiheiten bekommen, so dass Krankenkassen aktiv geeignete Vertragspartner nach qualitativen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten für ihre Versicherten auswählen können. Durch das selektive Kontrahieren werden u.a. folgende Ziele beabsichtigt:

- Kontrolle der Kosten,
- Sicherung der Qualität respektive Einflussnahme auf die Leistungserstellung (Definition von Zielen) und
- Planungssicherheit.

Durch die neu arrangierte Verhandlungsmacht sind Leistungsfinanzierer nun in der rentablen Position, günstigere Konditionen bzw. Rabatte, insbesondere in Regionen mit einem Überangebot an Krankenhausbetten und Ärzten, mit den Leistungserbringern zu vereinbaren. Des Weiteren wirkt sich der Einsatz eines selektiven Kontrahierens positiv auf das Qualitätsniveau aus, in dem die Leistungsanbieter von den Leistungsfinanzierern nach qualitativen Kriterien ausgesucht werden. Dadurch wird der Fokus der Vertragspartner auf eine stärkere Orientierung ihres qualitativen Outcomes gelegt. Zuletzt ist noch die bessere Kapazitätsplanung der Leistungsfinanzierer anzumerken. Im MC-Konzept können die Krankenkassen besser den Leistungseinkauf anhand der Nachfrage des quantitativen und qualitativen Bedarfs koordinieren (Amelung, 2009).

Ein weiterer Charakterzug zeigt sich in den präferierten Vergütungsmodellen des MC-Konzeptes, in denen erhebliches Steuerungs- und Kontrollpotenzial hinsichtlich Leistung, Qualität und Kosten gesehen wird. Im MC-Leitbild übernehmen die Leistungserbringer die finanziellen Risiken des Leistungsgeschehens (Rüschmann et al., 2000). Obwohl viele Vergütungsformen im MC-Konzept existent sind, werden besonders die Kopfpauschale (Capitation) und die erfolgsorientierte Vergütung im MC-Diskurs hervorgehoben. Die Kopfpauschale enthält einen monatlichen Geldbetrag pro Versichertem für seine Versorgung, wozu er vorher vertraglich einwilligen muss. Mithilfe der Kopfpauschale verlagert sich zwangsläufig das Versorgungsrisiko eines Versicherten auf den Leistungsanbieter (Morbiditätsrisiko), wodurch dieser teilweise eine Versicherungsfunktion einnimmt. Das ärztliche Handeln fokussiert sich intensiver auf eine stärkere Einbindung des Patienten in seinen Behandlungsprozess, vor allem auf präventive Maßnahmen, da eine Ausweitung der Leistungsmenge zu Einkommensdefiziten des Arztes führen kann. Dabei richten sich die Kopfpauschale sowie die Höhe des Risikos für den Leistungsanbieter nach der Definition der zu erbringenden Versorgungsleistungen, die sogar ein maximales Betreuungsangebot des Versicherten aus präventiven und stationären Leistungen enthalten kann. In der Regel fallen aber stationäre Leistungen oder Überweisungen an Fachärzte aus dem Leistungskatalog der Kopfpauschale heraus. Weiterhin wird die Höhe der Kopfpauschale unter Berücksichtigung des Alters und Geschlechts des Versichertenklientels kalkuliert (Amelung, 2012). Neben der starren Grundvergütung der Kopfpauschale werden noch erfolgsorientierte Vergütungen im MC vereinbart, die auf speziellen Maßstäben wie bspw. der fachlichen Qualität, der Effektivität

und der Patientenzufriedenheit beruhen (Gold et al., 1995). Durch diese additive Vergütungsform zur Kopfpauschale soll die Qualität nachweislich verbessert und eine Deckungsgleichheit von Arzt- und Patienteninteressen erreicht werden (Amelung, 2009). Zudem wird das Modell des Gatekeepings als elementarer Bestandteil des MC-Konzeptes terminiert: „The gatekeeping model has, historically, been an important utilization management tool for managed care organizations (Wiechmann, 2002; Stahl, 2004).“ Besonders das Gatekeeping, das mit der HzV vergleichbar ist, steht konstitutiv für MC, weil zum einen die Qualität durch die Optimierung der Behandlungsabläufe gesteigert wird und zum anderen Kosten durch die Steuerung der Leistungserstellung reduziert werden. Für die kostenintensiven Erkrankungen wird das Disease-Management eingesetzt, in der die kostenintensive Versorgung (Bsp. Diabetes Mellitus) u.a. mithilfe der Implementierung von Standardisierungen im Behandlungsprozess (Bsp. Leitlinien) effizient gestaltet wird (Amelung, 2009).

Mittlerweile sind MC-Instrumente wie Disease-Management oder Gatekeeping Alltagsinstrumente in deutschen Reformierungsprozessen und verdeutlichen, dass das Leitbild von MC als Antwort auf die zukünftigen Herausforderungen des Gesundheitssystems interpretiert werden kann. Besonders der universelle Einsatz der Instrumentarien in unterschiedlich strukturierte Gesundheitssysteme zeigt die Anpassungsfähigkeit des Konzeptes und die Popularität von MC in der europäischen Gesundheitsszene. Selbstverständlich müssen vorher die notwendigen rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit MC-Instrumente eingesetzt bzw. ihre volle Wirkung erzielen können (Wiechmann, 2002; Berchthold und Hess, 2006). In Europa kann die Effektivität der MC-Instrumente adäquat in der Schweiz beobachtet werden, das als europäisches Pionierland bei der Implementierung von MC gilt. Dort wird MC in der Öffentlichkeit bereits als Erfolgsgeschichte gewertet. Neue Versicherungsprodukte (basierend auf MC) wurden von den Patienten positiv und schnell angenommen. Zudem schlossen sich immer mehr niedergelassene Ärzte zu Netzwerken zusammen, so dass 2008 ca. 50% aller niedergelassenen Allgemeinärzte und Internisten in insgesamt 86 Ärztenetzen arbeiteten (Berchthold, 2009).

3.1.4. Reformbedingter Paradigmenwechsel des klassischen Arztbildes

Durch die Implementierung von MC-Instrumenten wird aber auch das klassische Berufsbild des Arztes modifiziert, in dem das Konzept neue Anforderungen und Rahmenvorgaben an das Arztbild stellt (David und Schäfer, 2001). Nach Meinung von Ärztevertretern kollidiert MC immens mit der ärztlichen Berufsethik, so dass die Standardisierung und Kontrolle der ärztlichen Leistungen durch externe Organisationen die Akzeptanz in der Ärzteschaft stark

abschwächt. Auch die Herkunft des Konzeptes aus den USA, in dem die ärztliche Berufsethik gewiss sehr kritisiert wird, stellt sich als potenzieller Hemmfaktor dar (Amelung und Schumacher, 2013). Trotz der kritischen Bedenken wird aber das klassische Arztbild den reformbedingten Wandel zu einer neuen zukunftsfähigen Ansicht eines Mediziners zwangsläufig hinnehmen müssen. Das einfache Verständnis der ärztlichen Funktionsrolle, das vorwiegend durch die berufsethischen Reglementierungen geprägt war, muss nach gesellschaftlicher Sichtweise einem komplexen und ambivalenten Idealbild eines Mediziners weichen, der sich quasi als „Allrounder“ aufgrund der Integration einer hiesigen Funktionsvielfalt im ärztlichen Persönlichkeitsprofil herausbildet. Der Anspruchsbereich eines modernen Arztes umfasst demnach ein sehr heterogenes Aufgabenspektrum, so dass Ärzte u.a. den Prozess des medizinischen Problemlösens bewältigen, über einen hohen kompetenten Wissensstandard verfügen sollen, durch Flexibilität ausgezeichnet sind, eine perfekte vertrauensbasierte Einstellung gegenüber den Patienten besitzen und sich kontinuierlich fortbilden (Ehlers et al., 2008). Dementsprechend kristallisiert sich eine fortschreitende, aber immer noch stark regulierte Liberalisierung des ärztlichen Berufsstatus heraus, die beispielweise durch die Implementierung des Vertragsarztänderungsgesetzes verdeutlicht werden kann. So intendierte der Gesetzgeber explizit die Flexibilisierung des Arztberufes hinsichtlich marktlicher Elemente, so dass eine bewusste Expansion des Aktionsraumes eines Arztes erfolgte. U.a. wurden neue Altersgrenzen eingeführt, die Zulassung von Teil-Berufsausübungsgemeinschaften und die Eröffnung von Zweigpraxen durch Ärzte erlaubt (Baumgärtner et al., 2012). Dennoch steht die Flexibilisierung und Lockerung des ärztlichen Handlungsspielraumes unter dem Prinzip der Musterberufsordnung für Ärztinnen und Ärzte, die ein Paradoxon hinsichtlich der Liberalisierung des Arztstatus darstellt. So wird der ärztliche Beruf laut der Ordnung als ein von seiner Natur nach freier Beruf artikuliert, dessen Handlungskorridor durch ärztliche Pflichten klar eingegrenzt ist, so dass die Ärztinnen und Ärzte den Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit ausüben sollen. Ärztliche Handlungen sollen sich grundlegend an dieser Priorisierungsformel ausrichten (§1 und §2 MBO-Ä).

Trotz der Betonung des freien Berufsstatus und seiner angedeuteten Handlungsfreiheit wird der Arzt jedoch von einem immensen Regulierungsapparat konturiert und restringiert (Kirchhof, 2010). Außerdem wird der Wandel des Arztbildes durch die aktive Rollenveränderung des Patienten beeinflusst, die sich in dem Patienten-Arzt-Verhältnis konkretisiert. Diese Beziehung ist quasi für jedes Gesundheitswesen substantiell. Sie entwickelt sich nun vom paternalistischen Prinzip zu einer Partnerschaft, in der nicht mehr der Arzt als überlegener Experte auftritt, sondern der Patient auf einer gleichberechtigten Ebene in die ärztlichen Entscheidungen miteingebunden wird (Barth, 1999). Die Entwicklung zu

einem mündigen Patienten soll die Effizienz in dem System bewirken. Dieser ist durch folgende idealtypische Eigenschaften geprägt:

„Im Idealfall ist der mündige Patient als mündiger Bürger selbst für seine Gesundheit verantwortlich. Er beschafft sich ausreichend Informationen, um am besten gemeinsam mit seinem Arzt Entscheidungen treffen zu können. Er steuert aktiv das Versorgungsgeschehen mit und ist dabei finanziell mitverantwortlich. Das heißt überspitzt, es entsteht eine Win-Win-Situation: Dieser mündige Patient ist nicht nur gesünder und besser informiert, er hilft auch noch, die Versorgungsqualität als Ganzes zu verbessern und – last but not least – er spart Geld (Dieterich, 2007).“ Diese musterhafte Patientenbeschreibung muss jedoch um den Zusatz erweitert werden, dass dieser präferierte Zustand eines Patienten besonders von soziokulturellen Faktoren (Bsp. Bildung) abhängt (Dieterich, 2007). Die Patientenorientierung wird aber auf jeden Fall die zukünftige Schlüsselkomponente im gesundheitlichen Wettbewerb, so dass die Leistungserbringer wie niedergelassene Ärzte dieses Kriterium stärker in ihr Zielsystem einbinden müssen. Denn der Gesetzgeber fokussiert bzw. präferiert explizit diesen Patientenstandard, auf dem sein zukünftiges Gesundheitssystem aufgebaut werden soll. Dementsprechend wird die Patientenorientierung für Praxisinhaber immer mehr zu einem entscheidenden Erfolgskriterium, durch das der Praxisinhaber seine Existenz langfristig sichert (Frodl, 2004). Denn auch der finanzielle Druck wächst durch die Krankenkassen auf die Leistungserbringer stetig (Busse et al., 2010). Für den Praxisinhaber wird es so immer bedeutungsvoller, neben dem ärztlichen Fachwissen unternehmerische Fähigkeiten vorzuweisen, weil seine Arztpraxis zu einem mittelständischen Unternehmen avanciert, das sich nach marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten bezüglich eines langfristigen Bestehens orientieren muss (Frank, 2010). Die für einen niedergelassenen Arzt geforderte Multifunktionalität bezüglich einer erfolgreich geführten Arztpraxis beinhaltet u.a. folgende Aspekte (Börkircher, 2004):

- Visionen und Ziele für die Zukunft der Praxis haben
- Strategien und Konzepte für die Praxis entwickeln
- Offen sein für Veränderungen und Veränderungen auch aktiv annehmen
- Ausrichten aller Aktivitäten an den Bedürfnissen der Patienten (als Kunden), um damit den Kundennutzen in den Vordergrund zu stellen
- Verbesserung der Kommunikationsfähigkeiten gegenüber den Patienten und den Mitarbeitern, aber auch weiterer Multiplikatoren
- Beherrschen der grundlegenden betriebswirtschaftlichen Instrumente
- Entwicklung eines sowohl aufgaben- als auch mitarbeiterorientierten Führungsverhaltens
- Umsetzung eigener Ideen, Ziele und Visionen, stets vor dem Hintergrund der Ökonomie
- flexible Denkweise

Der niedergelassene Arzt muss sich ergo neuen systematischen Herausforderungen stellen und strategische Entwicklungsmodelle für seine Praxis konzipieren, wodurch die Wettbewerbsfähigkeit seiner Praxis erhalten wird. Die Mitgliedschaft in einem Praxisnetz wird dabei immer mehr als Wettbewerbskomponente angewendet, in der viel Potenzial gesehen wird (Ärzte-Zeitung, 2012).

3.2. Definition „Praxisnetz“

Die Ärzteschaft war der Praxisnetzentwicklung von Anfang an positiv gesinnt und sah auch die Vernetzung als unausweichliches Instrumentarium im System an (Bundesärztekammer, 2012; Agentur Deutscher Ärztenetze, 2013a). Zwar schaffte der Gesetzgeber die Rahmenbedingungen für neue Kooperationsformen im System, jedoch musste auch die Ärztebelegschaft ihre Unterstützung bzw. positive Resonanz gegenüber dieser intendierten Entwicklung zeigen. Jedoch sah die Ärzteschaft die Zukunft in der vernetzten Arbeitsteilung, so dass sich die Netze im Gesundheitssystem etablieren konnten. Gründe dieser positiven Entwicklung werden in den Gesetzesimplementierungen zur Förderung der IV und in der Tendenz gesehen, sich mehr auf Kernkompetenzen zu konzentrieren, um hohe Qualitätsstandards kosteneffizient sicherzustellen (Schicker, 2008).

Derweil existieren deutschlandweit über 500 Netze mit jeweils unterschiedlichen Mitgliederstrukturen, die aufgrund des Mangels an konkreten gesetzlichen Gestaltungsbedingungen sich durch eine hohe Individualität kennzeichnen (Lötzerich, 2009; Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2013a). Die Individualität der Netze spiegelt im Übrigen die Problematik einer einheitlichen Definition adäquat wider. Meyer-Lutterloh drückt dies passend aus: „Kein Praxisnetz gleicht dem anderen (Meyer-Lutterloh, 1999).“ Selbst der Terminus für die innovativen Kooperationsformen wird kontrovers in der Literatur oder im Gesetz behandelt. Während die Musterberufsordnung der Ärzte (MBO-Ä) von „Praxisverbänden“ spricht, taucht die Kooperationsform im SGB V mit dem Terminus „Vernetzte Praxen“ auf (§23d MBO-Ä; §73a Strukturverträge SGB V). Weitere synonyme Wortscheinungen sind u.a. Ärzte-, Gesundheitsnetzwerke und Praxisnetze (Gerardy et al., 2010). Wegen der Vielfalt der Termini ist Westebbe der Ansicht, dass keine allgemeingültige Definition möglich ist (Westebbe, 1999). In der vorliegenden Arbeit wird stellvertretend für die Kooperationsform der allgemeingültige Begriff „Praxisnetz“ (Kurzform: „Netz“) verwendet. Nach der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNo) ist ein Praxisnetz „[...] ein lokaler oder regionaler Verbund von Arztpraxen zur organisierten und geregelten Zusammenarbeit.“ (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, 2013a). Ein weiterer Definitionsansatz gibt Meyer-Lutterloh an, der ein Praxisnetz als einen „[...] Zusammenschluss geeigneter Praxistypen zum Zwecke einer verbindlichen und strukturierten Zusammenarbeit bei der Patientenversorgung,

der Praxisorganisation und der Honorierung ärztlicher Leistungen [...]“ (Meyer-Lutterloh, 1999) bezeichnet.

Präziser kann die Ausführung von Gotzen herangezogen werden, deren detaillierte Interpretation des Terminus abschließend nicht nur die passende Komposition der wichtigsten Netzcharakteristiken aufzeigt, sondern ebenfalls die enge Abstammung zu einem Unternehmensnetzwerk signalisiert. Sie wendet den Begriff „Gesundheitsnetzwerk“ als Synonym an und definiert ein Netz als „[...] ein freiwilliger Zusammenschluss von rechtlich und wirtschaftlich selbstständigen, ambulant tätigen Ärzten, die ein definiertes Netzwerkziel verfolgen, welches durch eine Kooperation aller Beteiligten erzielt werden kann und zu dessen Erreichung sich die Mitglieder verpflichten, Ressourcen („Patienten“, Informationen, Dienstleistungen) auszutauschen und gemeinsame Netzwerkregelungen einzuhalten.“ (Gotzen, 2003). Diese Definition wird auch für die vorliegende Studie verwendet.

3.3. Von der Planung zur Gründung – Ein professioneller Leitfaden

3.3.1. *Die ersten Schritte eines Netzes – Der Businessplan*

Nachdem die Schwierigkeit einer einheitlichen Definition eines Praxisnetzes aufgezeigt worden ist, wird nun die Gründung eines Netzes mit seinen entsprechenden Stadien und notwendigen Kriterien ausführlich erläutert, damit die „Black Box“ hinsichtlich seines Entwicklungspotenzials transparent wird. Die Ausführungen lehnen sich größtenteils an einer professionellen Netzentwicklung an.

Mit der Gründung eines Praxisnetzes darf sicherlich nicht nur die bloße Umsetzung einer Netzwerkidee in feste organisatorische Strukturen assoziiert werden. Denn Gesundheitsnetzwerke sind „[...] eher fragile Organisationen, die nur behutsam zu gründen und weiterentwickeln sind.“ (Braun, 2006).

Schon in der Gründungsphase werden bedeutende Bedingungen und Voraussetzungen hinsichtlich zukünftiger Entwicklungs- und Wachstumschancen konstatiert (Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, 2011). Der Gründungsprozess kann in drei chronologische Stufen gegliedert werden, die in der Abbildung 15 zu beobachten sind.

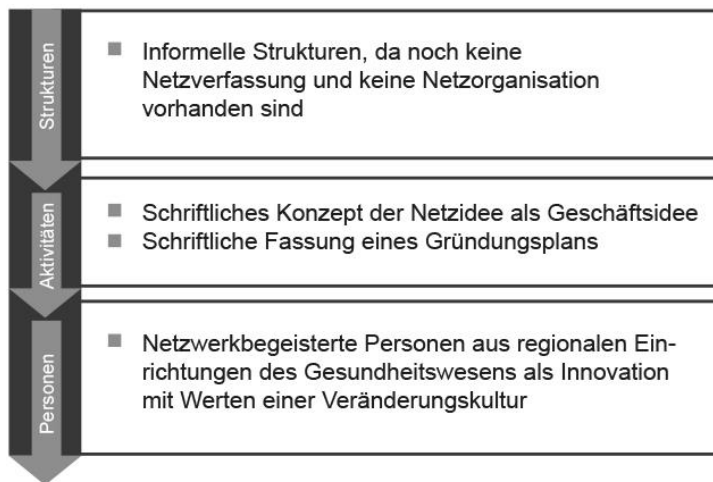


Abbildung 15: Die Schritte der Gründungsphase (aus Werthern, 2009b)

In der Regel entsteht der Ausgangspunkt einer Netzwerkidee aus einer strukturierten Diskussion einer kleinen Gruppe, woraus sich Netzwerk motive entwickeln, die letztendlich zu einer konkreten Gründung intention führen (Werthern, 2009b). Die Geschäftsidee muss anschließend in ein Netzkonzept (u.a. bezüglich Ziele und notwendigen Ressourcen) integriert werden, deren Ausarbeitung bspw. mithilfe einer Mind-Map visualisiert werden kann (siehe Abbildung 16).

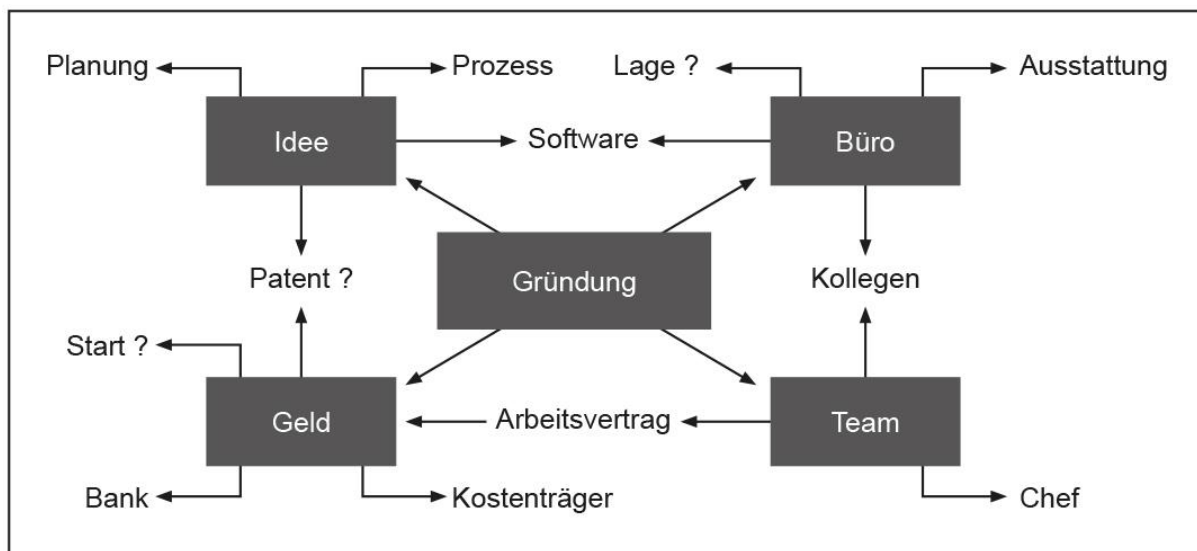


Abbildung 16: Mind-Map zum Thema „Gründung“ (aus Weatherly, 2008)

Anschließend werden die gesamten inhaltsbezogenen Themenblöcke in einen umfassenden Gründungsplan schriftlich fixiert. Speziell ein Gründungsplan bildet ein notwendiges Fundament für den strukturierten Aufbau eines Netzes und sichert den positiven Netzwerkprogress (Braun et al., 2006). Gewiss muss der Businessplandiskurs um den Aspekt erweitert werden, dass

der Professionalisierungsgrad des Geschäftsplanes mit dem zu beginnenden, intendierten Netzreifeegrad bezüglich Zielsetzung, Rechtsform und Organisationsstruktur korreliert.

Die Kernfunktion eines Gründungsplanes ist dabei nicht nur als triviale Erklärungsgrundlage für die Sinnhaftigkeit der Netzidee zu verstehen, sondern zeigt ebenso die Plausibilität einer seriösen Realisierung auf. Die Grundprämisse eines Business-Planes muss immer die individualisierte Konzeption der definierten Initiative sein, so dass standardisierte und pauschale Vorlagen nicht zur Tagesordnung gehören.

Trotz der Individualisierungsdoktrin können konstituierende Elemente für die Gestaltung des Gründungsplanes herausgestellt werden, die sich auf sprachliche, personenbezogene oder inhaltliche Aspekte beziehen.

Die Sprache sollte klar und verständlich gewählt sein, so dass die Verwendung von fachspezifischen Ausdrücken eher nicht berücksichtigt werden sollte. Weiterhin sollte der Inhalt klar strukturiert und mit präzisen Formulierungen ausgestattet sein, so dass auch neben den Gründungsinitiatoren externe Adressaten eines Gründungsplanes, zu denen Investoren oder Vertragspartner gehören, den Geschäftsplan simpel und schnell verstehen (Seiler und Schmid, 2008).

Besonders bei der Gewinnung externer Finanzgeber ist ein Netz auf einen qualifizierten und kompetenten Gründungsplan angewiesen.

Neben einer Finanzplanung umfasst ein solider Business-Plan u.a. folgende Themen, die in den nächsten Kapiteln explizit erläutert werden (Werthern, 2009b):

- Marketing als Kernstück des Gründungsplans
- Netz-Team
- Organisation
- Stufen der Realisierung
- Beschreibung der Risiken
- Finanzierungsrechnung

3.3.2. Marketing als Orientierungspunkt

Marketing ist sicherlich die zentrale Komponente im Gründungsplan. Hinter dem Terminus steckt nicht nur eine Unternehmerfunktion, sondern zugleich eine ganzheitliche Unternehmensphilosophie (Meffert et al., 2012). Marketing wird allgemein wie folgt definiert: „Das Marketing beginnt bei der Ermittlung von Kundenbedürfnissen (der Patienten, Krankenkassen und Kooperationspartner – um nur einige zu nennen) und unter Berücksichtigung der unternehmenseigenen Kernkompetenzen. [...] Mit Marketingaktivitäten wird das Image des Gesundheitsunternehmens aufgebaut und die Produkte und

Dienstleistungen (Angebote) in einer zielgerichteten und transparenten Weise ermittelt (beworben).“ (Deimel et al., 2009).

Die Relevanz des Marketings im Gründungsdiskurs wird noch folgendermaßen kurz und prägnant verstärkt:

„Praxisnetze ohne professionelle Patienten- und Kundenbetreuung (das heißt ohne Netz-Marketing) sind blutleere Organisationen.“ (Riegl, 2000).

Marketing wird in der Interaktion zu den verschiedenen Akteuren eines Netzes differenziert betrachtet (siehe Abbildung 17). Die Auswahl einer Marketingstrategie bedeutet dabei die Fixierung konkreter Maßnahmen bzw. Instrumente bezüglich Prozesse oder Kommunikationsmitteln zur Zielerreichung.

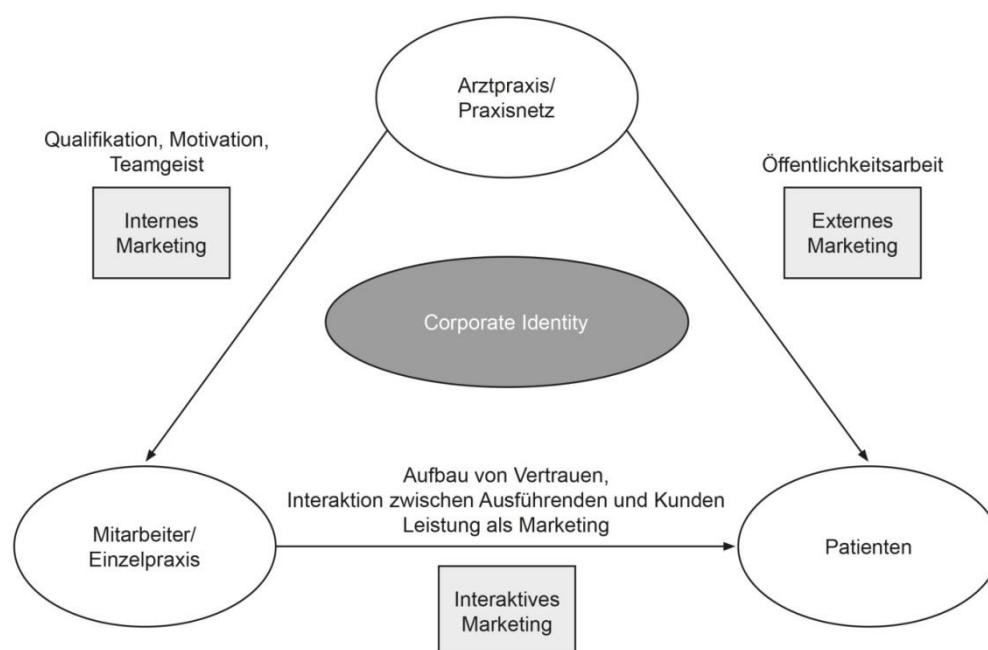


Abbildung 17: Marketing in einer Arztpraxis (aus Busse et al., 2010)

Internes Marketing beschäftigt sich demnach mit Instrumenten zur Förderung der Organisationskultur eines Netzes (u.a. bezogen auf die Motivation und den Teamgeist) (Busse et al., 2010). In dem Zusammenhang ist das beste Marketinginstrument die Realisierung eines konkreten wirtschaftlichen Vorteils für die involvierten Personen, wodurch die Initiative der Mitglieder gesteigert werden kann (Werthern, 2009b). Die Marketingaktivitäten der Netzmitglieder zum Patienten handeln vom Aufbau von Vertrauen und der Überzeugung durch Leistung, deren erfolgreicher Einsatz sich in der Kundenbindung zeigt (Busse et al., 2010). Vor allem im Anfangsstadium eines Netzes dürfen die sogenannten „soft skills“ nicht vernachlässigt werden, denn ein neu gegründetes Praxisnetz strebt grundsätzlich einen Findungsprozess an, in dem der Aufbau wechselseitiger Akzeptanz und Vertrauen in die

kooperative Zusammenarbeit im Mittelpunkt des anfänglichen Konglomerats steht (Werthern, 2009b).

Speziell die Vertrauenskomponente nimmt eine Schlüsselrolle im Abbau von Fragilität ein, der für die Stabilitätsgarantie eines Netzwerkes notwendig ist (Braun, 2006). Wünsche und Vorstellungen der Zielgruppe sollte ein Netz unbedingt miteinbeziehen, um das Netz als feste Marke in der Versorgungslandschaft zu etablieren. Denn ein Netz als Marke zu etablieren, gilt als „Königsklasse des Marketings“ (Eligehausen, 2009).

Eine Gesundheitsmarke wird wie folgt definiert: „Sinn einer Gesundheitsmarke Praxisnetz besteht darin, dass sich die beteiligten Leistungserbringer zu den vorhandenen Marktpotenzialen jeder Einzelpraxis darüber hinaus gehende Synergieeffekte durch die Kooperation mit anderen Beteiligten am regionalen Gesundheitswesen verschaffen und systematisch nutzen, um sich besser regional aufstellen zu können (Lindenthal und Wambach, 2009).“

Eine Marke steht vor allem für seine optimale Realisierung seiner Ziele. Deswegen muss eine Marketingstrategie das Netzzielsystem absolut verinnerlichen.

3.3.3. Die strategische Zielfindung

Prinzipiell wird zu Anfang eines Netzwerkes die Determination einer individuellen Netzwerkvision als Ursprung einer spezifischen Unternehmensphilosophie bzw. Leitfaden für die zukünftige Unternehmensentwicklung konzipiert (Lindenthal und Wambach). Die Vision gründet in den Netzmotiven der Mitglieder, deren Transferierung in eine verbindliche Zielsystematik eines Netzes die Hauptaufgabe dieses Prozessschrittes darstellt, die anschließend dann sinnbildlich für die spezifische Netzindividualität steht. Denn die Heterogenität der Netze wird besonders in den Zielsystemen beobachtet. Eine Gleichstellung der Netzziele mit der Intention des Gesetzgebers ist somit zu pauschal, so dass die intersektorale Überwindung in der Form einer idealen IV im Vordergrund jeglicher Netzaktivität steht. Als maßgebend für diese Konstatierung werden die individuellen Interessen bzw. Motive der Netzmitglieder, die zum Beitritt bzw. zur Gründung des Netzes geführt haben, ausgemacht, die von Meyer-Lutterloh als „Keimzelle“ eines Netzes beschrieben werden. Letztendlich leiten sich die Netzziele von den Individualzielen der Netzmitglieder ab und geben so indirekt die Zielausrichtung des Netzes vor. Ergo muss das Zielsystem eines Netzes immer im Kontext der Individualziele der Netzteilnehmer gesehen werden (Meyer-Lutterloh, 1999; Schicker, 2008). Grundsätzlich lässt sich die differenzierte Netzzielsystematik in ein Nutzenportfolio für Patienten und Ärzte kategorisieren, dessen spezifische Einzelkomponenten in unterschiedlicher Breite und Tiefe im Zielsystem eines Netzes auftauchen (Lindenthal et al., 2004).

Denn nicht nur die Patienten dürfen einen Vorteil aus der Kooperationsform ziehen, sondern zugleich müssen die involvierten Netzmitglieder einen monetären und/oder nicht-monetären Vorteil aus der Vernetzung beziehen, damit die Stabilität des Netzes gewahrt wird (Werthern, 2009b). Dabei sind die Nutzenkomponenten von Ärzten und Patienten nicht konträr zueinander, so dass eine Netzaktivität für beide Seiten häufig einen Mehrwert (Win-Win-Situation) bewirkt. Die Steigerung des Patientennutzens (siehe Tabelle 4) wird durch verschiedene Netzmaßnahmen anvisiert, die eine verbesserte Servicefunktion und/oder gesteigerte Versorgungsqualität und/oder Erhöhung der Leistungstransparenz realisieren sollen (Schicker, 2008).

<p>Erhöhte Transparenz und verbesserte Zusammenarbeit der Netzärzte zu Lösung von Patientenproblemen durch z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • einen Koordinationsarzt („Lotse“), der die Funktionen eines Case und Disease Managers übernimmt • einen netzspezifischen Patientenbegleitbrief, einen Gesundheits- und Medikamentenpass, ein Patientenbuch • Einholung von Zweitmeinungen (Second opinion) • Prä-, peri- und poststationäre Konsile
<p>Bedarfsgerechte Versorgung durch Vermeidung nicht erforderlicher Leistungen wie z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln • Mehrfachuntersuchungen • Krankenhausaufenthalten („ambulant vor stationär“)
<p>Verbesserung der Versorgungsqualität durch interkollegialen Erfahrungsaustausch und Anwendung von netzadaptierten, evidenzbasierten Leitlinien.</p>
<p>Verbesserte Koordination mit komplementären Diensten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kompetente Vermittlung auch nicht ärztlicher Hilfen (z.B. „Home Care“, häusliche Kranken- und Altenpflege)
<p>Erweiterte Präsenzzeiten und netzeigene Notfalldienste zur Versorgung außerhalb der normalen Sprechzeiten</p>
<p>Netzeigene Schulungs- und Beratungsstellen (Präventionsgedanke)</p>

Tabelle 4: Patientennutzen (umgezeichnet nach Lindenthal et al., 2004)

Das Netz „Medizin und Bünde“, das zugleich als Klassiker unter den Netzen propagiert wird, richtete so eine zentrale Notfallpraxis ein, so dass die Versorgung der Patienten in den Abend- und Nachtstunden sowie am Wochenende und an Feiertagen sichergestellt wird, und gründete zudem eine Krankengymnastikabteilung (Beckmann et al., 2007). Ein Netzwerk kann ferner die medizinische Versorgungsqualität seiner Patienten verbessern, indem flächendeckend evidenzbasierte Leitlinien im Netzwerk zum Einsatz kommen.

Speziell nicht erforderliche Leistungen, die z.B. stationäre Einweisungen betreffen, können mit netzinternen Verfahrensregeln und Sanktionsmechanismen vermieden werden, um die Kosten

im Krankenhaussektor zu entlasten, die summa summarum den größten Kostenanteil aller Gesundheitseinrichtungen an den Gesundheitsausgaben im System verursachen.⁹

Somit entwickeln sich Praxisnetze zu einem interessanten Kooperationspartner für die gesetzlichen Krankenkassen. Denn der ambulante Sektor nimmt eine entscheidende Steuerungs- bzw. Zuweisungsfunktion im medizinischen Versorgungsprozess ein, so dass auch die stationären Kosten indirekt beeinflusst werden können (Schicker, 2008). Aber nicht nur die Steigerung des Patientennutzens charakterisiert die Zielsystematik der Netze. Wie bereits aufgeführt steht der potenzielle Arztnutzen im Vordergrund, der die Ausrichtung des Netzes wesentlich prägt. Denn primär muss das Netzwerk einen Nutzen für den einzelnen Netzteilnehmer hervorrufen, damit die Stabilität und die Entwicklungschancen gewahrt bleiben (siehe Tabelle 5).

<p><u>Steigerung der Lebensqualität durch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • mehr Kollegialität • Kooperation statt Konkurrenz • Verbesserte Kommunikation mit den Kollegen • Verbesserter, gegenseitiger Informationsaustausch • Entlastung durch aufeinander abgestimmte Sprechzeiten, Urlaubs- und Notfallvertretungen sowie Arbeitsteilung
<p><u>Finanzielle Vorteile:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Senkung der Praxiskosten durch gemeinsamen Mitarbeiter- und Gerätepool • Preisnachlässe bei Verbrauchsgütern durch „economies of scale“ • Teilung von Investitionskosten • Aussicht auf verbesserte Honorare durch z.B. netzeigene Budgets oder Sonderabrechnungsziffern
<p><u>Verbesserung der Versorgungsqualität durch z.B.:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Interkollegialen Erfahrungsaustausch (z.B. in netzinternen Qualitätszirkeln und Fallkonferenzen) • Anwendung evidenzbasierter Leitlinien
<p><u>Verbesserte Patientenbindung und Erhöhung der Patientenzufriedenheit durch eine umfassendere Versorgung</u></p>

Tabelle 5: Arztnutzen (umgezeichnet nach Lindenthal et al., 2004)

Die Steigerung der Lebensqualität ist bspw. ein prägnantes Motiv für den Eintritt bzw. der Gründung eines Netzwerkes. So werden die Ärzte im Netz durch gezielte Arbeitsteilung in Bezug auf abgestimmte Sprechzeiten, Urlaubs- und Notfallvertretungen entlastet. Zudem

⁹ Die Ausgaben für Krankenhäuser an den Gesundheitsausgaben (Gesamt: 314.939 Mill. Euro) beziffert sich 2013 auf 82.354 Mill. Euro. Gemessen an den gesamten Gesundheitsausgaben ergibt sich somit ein Wert von ca. 26%. Auf dem zweiten Platz rangieren die Arztpraxen mit Ausgaben von 46.403 Mill. Euro (ca. 15%). Vgl. hierzu Statistisches Bundesamt, 2015.

schaft das Netzwerk eine kommunikative Basis für einen verbesserten Informationsaustausch unter den Arztkollegen, wodurch die Lebensqualität des Arztes positiv beeinflusst werden kann (Weisner, 1996).

Ferner müssen in der Analyse der Zielsystematik finanzielle Vorteile berücksichtigt werden. Durch das Netzwerk können zusätzlich finanzielle Ressourcen ermöglicht werden, um medizinische Geräte zu kaufen, die ein einzelnes Mitglied des Netzwerkes aufgrund der Investitionshöhe und der zu geringen Kapazitätsauslastung nicht realisieren könnte. Resultierend durch die verbesserte Koordination und Kommunikation im Netz kann das Investitionsgut effizient geteilt werden, so dass ein Nutzengewinn für den einzelnen Netzteilnehmer bewirkt wird (Meyer-Lutterloh, 1999). Die Teilnahme an Selektivverträgen kann ebenfalls finanzielle Vorteile nach sich ziehen.

Die Existenzsicherung der Arztpraxis erweitert obendrein das Nutzenpotenzial von Netzwerken. Heutzutage sehen sich niedergelassene Ärzte verstärkt mit einem existenziellen Risiko durch ein verschärftes Wettbewerbsumfeld im ambulanten Sektor konfrontiert, das bspw. in Form von Medizinischen Versorgungszentren oder Krankenkassen, deren Macht- und Rollenverhältnis bezüglich des Vertragswettbewerbes im Laufe der Jahre immer mehr ausgeweitet worden ist, erzeugt wird. Das Netzwerk kann hier eine Schutzfunktion einnehmen, in dem die Ärzte die Sicherheit in einer Gemeinschaft aufsuchen, die durch die Interessensbündelung der einzelnen Mitglieder mehr Macht als eine einzelne Arztpraxis generiert und so u.a. eine gestärkte Verhandlungsposition gegenüber Krankenkassen und Krankenhäusern („Einweisermanagement“) aufweisen kann (Riedel, 2005). Des Weiteren kann ein niedergelassener Arzt durch das erweiterte Leistungsangebot des Netzportfolios einen zukunftsichernden Vorteil ziehen, durch das ebenfalls sein Patientenkontingent immens profitiert, so dass der Arzt in Folge einer gesteigerten Zufriedenheit Patienten vermehrt binden kann (Lindenthal et al., 2004).

Ein Praxisnetz kann somit eine Vielzahl von Nutzenaspekten beinhalten und in seine Zielsystematik einbinden, deren Einzelkomponenten dann abschließend noch zeitlich determiniert und nach Relevanz gewichtet werden sollten, damit die einzelnen Ziele an Transparenz gewinnen (Lindenthal und Wambach, 2009). Bei allem Netzoptimismus muss aber immer die Realisierungswahrscheinlichkeit der Ziele berücksichtigt werden. Denn wenn u.U. ein Ziel externe Einflussfaktoren bedingt und keine adäquaten Rahmenbedingungen in der Praxisnetzumwelt vorfindet, wird das Ziel schnell zu einem illusionären Produkt der Netzaktivisten metamorphosieren.

Dementsprechend muss bei der Fixierung der Zielausrichtung das Marktumfeld miteingeschlossen werden.

3.3.4. Die Analyse des Marktumfeldes

Die grundsätzliche Marktanalyse bezieht u.a. Faktoren wie die Nachfrage und das Angebot nach Gesundheitsdienstleistungen, die Konkurrenzsituation und aktuelle Gesetzesvorgaben in die Kalkulation ein. Der Bedarf an Versorgungsleistungen kann an dem räumlich definierten Bevölkerungskreis ermittelt werden. Hier werden Nachfragefaktoren wie die Morbiditätsstruktur oder das Alter in die Abfrage miteinbezogen. Auf der Angebotsseite verlaufen die Überlegungen zu Leistungen und Versorgungsprodukten zur Abschätzung der quantitativen Inanspruchnahme, Qualität und der Vergütungsmöglichkeiten. In dem Kontext gilt es, innovative Versorgungsprodukten herauszukristallisieren, deren Identifizierung mithilfe einer vorausgehenden Recherche, u.a. über die angebotene Produktpalette der Regelversorgung, ermöglicht wird. Bezüglich der Chancen von Selektivvertragsabschlüssen muss die komplette, potenzielle Angebotsstruktur eines Netzes begutachtet werden (Knöppler, 2009). Das direkte Konkurrenzfeld eines Netzwerkes ist dagegen nur schwieriger abzubilden. Generell wird nur nach direkten Bewerbern Ausschau gehalten, die eventuell dem Leistungs- bzw. Kompetenzprofil eines Netzes gefährlich werden könnten. In dem Zusammenhang werden ebenfalls Quantitäts- und Qualitätsdaten zu Leistungserbringern im definierten Netzversorgungsgebiet interessant. Vor allem Krankenhäuser stehen hier im Fokus. Bspw. kann die Ausweitung ambulanter Tätigkeitsgebiete des Krankenhauses, die in den letzten Jahren den Krankenhäusern ermöglicht worden sind, kann auch als Existenzbedrohung der niedergelassenen Ärzteschaft gedeutet werden, so dass das Krankenhaus als Konkurrent gleichgesetzt wird und sich das Netz vom Krankenhaus distanziert (Amelung et al. 2008; Jansen, 2012; Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2013b). Die Zielausrichtung, die größtenteils von der Trägerschaft des Krankenhauses abhängt, muss ergo kritisch analysiert werden, ob Kompatibilität zwischen den Krankenhausinteressen und den eigenen Netzzielen vorliegt. Ein positives Ergebnis kann sogar zu einem potenziellen Kooperationsbündnis führen. Denn die Krankenhaussparte vermittelt selbst häufiger den Anspruch einer engeren Verzahnung der Sektoren (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2012). Abschließend werden noch aktuelle und prognostizierte gesetzliche, politische und medizinisch-technische Rahmenvoraussetzungen überprüft, die analog zu den anderen Analysedimensionen des Marktumfeldes dann Teil des Chancen-Risikoportfolios des Praxisnetzes werden. Die strategische Auswertung und Interpretation der vorliegenden Informationsmenge konkretisiert sich dann im fixierten Zielsystem, das dann die Grundlage der Netzorganisation und -struktur bildet (Wichelhaus, 2009).

3.3.5. Das Netzteam – Zusammensetzung und Größe

3.3.5.1. Mitgliederstruktur

Primär wird die Zusammensetzung eines Netzes durch das Zielsystem beeinflusst (Lindenthal et al., 2004). Besonders die Mitgliederstruktur wird als Erfolgsfaktor bezeichnet und sollte schon bei der Gründung wohl überlegt sein. Die KBV untermauert diese Faktizität bezüglich der Mitgliederkonstellation mit dem Leitsatz in einem Arbeitshandbuch für Netzwerke, dass ein Netz Erfolg verbuchen kann, „[...] wenn seine Mitglieder die notwendigen Voraussetzungen zur Umsetzung der Netzziele mitbringen.“ (Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, 2011).

Denn alle Netzzielvereinbarungen verlieren ohne die Akzeptanz der Netzteilnehmer für zielkonforme Handlungsstrategien und eine ausreichende Basis an Kooperationskompetenz ihre Wertigkeit. Der Netzwerkprozess findet quasi schon im Kopf eines jeden einzelnen Mitgliedes statt (Schicker, 2008). Vor allem Netze, die eine Budgetverantwortung übernehmen wollen, benötigen bezüglich ihrer Netzmitglieder ein Mindestmaß an Engagement und Innovation, so dass die Netze Aufnahme- bzw. Ausschlusskriterien auf diesen Werten bilden sollen. Durch verbindliche Regelungen zur Teilnahme an Qualitätszirkeln, Fallkonferenzen oder von netzwerkspezifischen Handlungsleitlinien kann das Netz potenzielle Netzkandidaten filtern, so dass die Netzinstrumente sinnbildlich die Anforderung von kognitiven Kooperationsfähigkeiten eines Mitglieds signalisieren (Lindenthal et. al., 2004). Die Festlegung von Teilnahmebedingungen, die nur nicht für vernetzte Praxen nach § 73a Abs. 1 SGB V gelten, ist ergo unabdingbar für ein intaktes Netz. Denn in diesem Fall besitzt der Vertragsarzt einen Rechtsanspruch an der Teilnahme am Strukturvertrag und Aufnahme in das Praxisnetz (Werthern, 2009c). Hingegen können Praxisnetze, die auf einem freiwilligen Zusammenschluss basieren, qualitative und geografische Teilnahmebedingungen vereinbaren, die jedoch auch unter speziellen Auflagen der MBO-Ä stehen, die im § 23d Abs. 1 Satz 2 MBO-Ä wie folgt präzisiert sind:

„Die Teilnahme (am Praxisverbund) 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 (§23d Abs. 1. MBO-Ä).“ Räumliche Begrenzungskriterien werden schon bei der Gründungsphase eines Netzes fixiert, wodurch das potenzielle Bewerberfeld durch die geografische Bestimmung des Einzugs- bzw. Versorgungsgebietes direkt beeinflusst wird (Sohn und Schöffski, 2002). Neben der Fixierung der geografischen Netzausdehnung greifen aber vielmehr qualitative Restriktionsmechanismen, die eine bedeutendere Auswirkung auf die Mitgliederstruktur des Netzes haben. Denn für Netzwerke, die unter Capitationbedingungen

arbeiten, ist es erfahrungsgemäß nicht von Vorteil, alle potenziellen Ärzte des geografisch bestimmten Versorgungsgebietes aufzunehmen (Schicker, 2008).

Qualitative Mitgliedsanforderungen beziehen sich auf das Fachgebiet und/oder die Einhaltung bestimmter Qualitätsstandards von Netzteilnehmern. Die Frage nach den benötigten Fachgebieten ergibt sich zwangsläufig durch das Leistungsspektrum eines Netzes und leitet sich u.a. anhand der Netzwerkintention zu einer vertikalen bzw. horizontalen Netzwerkausrichtung ab, so dass eine Eingrenzung der potenziellen Leistungserbringer durch die Netzausrichtung resultiert (Lindenthal et al., 2004). Netze mit Capitationprofil werden demnach eine differentere Netzmitgliederstruktur nach Fachgebieten vorweisen als Netzwerke, die als Interessensvertretung einer berufsspezifischen Gruppierung auftreten.¹⁰ Bei den potenziellen Bewerbern gibt es ergo keine Grenzen, so dass ein Netz aus einem netzwerkindividuellen, intersektoralen Konglomerat aus Leistungserbringern bestehen kann. Folgende Gesundheitsdienstleister können bspw. in ein Netz involviert sein: Psychologen, Pflegedienste, Gesundheitszentren, Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Logopäden, Krankenhäuser, stationäre Reha-Einrichtungen. Ungeachtet der Vielfalt an möglichen Netzteilnehmern werden Praxisnetze generell in homogene und heterogene Mitgliederschemata kategorisiert. Während homogene Netze ausschließlich aus Haus- oder Fachärzten bestehen, kennzeichnen sich heterogene Netze durch eine gemischte Mitgliederkultur aus unterschiedlichen Gesundheitsakteuren (Bsp.: Krankenhäuser, Fachärzte, Hausärzte, Physiotherapeuten) (Sohn und Schöffski, 2002).

Mittlerweile versucht auch der Gesetzgeber auf die Mitgliederstruktur Einfluss auszuüben, in dem heterogene Netze durch netzwerkspezifische Regelungen im Versorgungsstrukturgesetz präferiert werden, die explizit intersektorale Leistungserbringer miteinander verbinden. Ein Kriterium der finanziellen Förderung von Praxisnetzen bezieht sich demzufolge auf die Einbindung von fachübergreifenden Netzteilnehmern (Jäger, 2013).

3.3.5.2. Bedeutung der Netzgröße

Ein weiterer Aspekt im Kriterienkatalog für förderungswürdige Praxisnetze handelt von der Größe von Praxisnetzen, unter der generell die Anzahl der Netzteilnehmer aufgefasst wird. Die KBV setzt, im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband, in dem Kontext eine Mindest- bzw. Maximalgröße von 20 bzw. 100 Praxen als Schwellen- bzw. Grenzwert fest (AOK, 2013).

¹⁰ Als Beispiel dient das Praxisnetz „Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte (UGOM)“, deren Mitglieder das Capitationmodell eingeführt haben, und das orthonet NRW eG, das von Orthopäden in 2008 gegründet worden ist, um u.a. Interessen ihres Berufsstandes zu verwirklichen. Vgl. hierzu www.ugom.de und www.orthonet-nrw.de vom 16.11.2012.

Trotz des präferierten Intervalls der KVB im Kriterienkatalog der förderwürdigen Praxisnetze gibt es aber keinen validen Beleg für eine bestimmte Mitgliedergröße bzw. ein ideelles Intervall (Bader, 2009).

So werden grundsätzlich willkürliche, subjektive Intervallsysteme bei Praxisnetzevaluationen eingesetzt. Diese Studie orientiert sich dabei an einer Systematik der Mednet-Umfrage aus 2002, in der vier Spannweitenkategorien (0-25, 26-50, 51-100, über 101) verwendet worden sind. In der Studie nahmen Netze mit Mitgliederzahlen von 26-50 mit 34% den größten Wert ein. Netze mit einer Anzahl von 51-100 folgten mit 28,3% auf dem zweiten Rang. Die Resultate der eingrenzenden Klassifizierungen von 0-25 sowie über 101 Mitglieder waren mit 18,9% identisch (Kuhr, 2002). Nach Daten einer Netzumfrage aus 2009 sind die Mitgliederzahlen der Netze sogar gestiegen und weisen nochmal auf die hohe Anziehungskraft unter der niedergelassenen Ärzteschaft hin (siehe Abbildung 18).

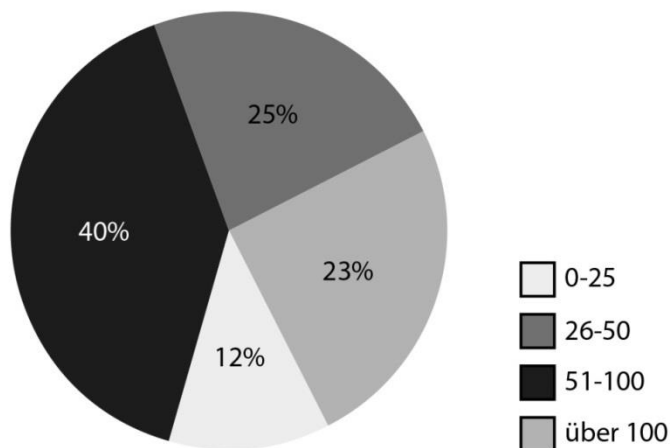


Abbildung 18: Relative Häufigkeit verschiedener Netzgrößen am Beispiel von 285 regionalen Netzen (eigene Darstellung auf Basis von Studiendaten der Zeitschrift „Monitor-Versorgungsforschung“ aus 2009, 2014)

Hinsichtlich der optimalen Netzgröße gerät ein Praxisnetz schon in der Gründungsphase in ein Spannungsfeld von verschiedenen Faktoren, die bei der Wahl unbedingt berücksichtigt werden sollten (Binder, 1999). Die Problematik zeigt sich in der Tatsache, dass Netze unabhängig ihrer Mitgliederanzahl erfolgreich arbeiten können, so dass die Frage nach der optimalen Anzahl bedingt durch die hohe Individualität der Netze nur schwer zu beantworten ist (Lindenthal et al., 2004; Bader, 2009). Konkret muss das Netz die strategische Entscheidung, basierend auf einer Kompatibilitätsanalyse der Vorzüge einer großen bzw. kleinen Mitgliederzahl, mit der Zielsetzung des Netzes abwägen, welche Mitgliedergröße letztendlich angestrebt werden soll. Der Maßstab der Teilnahme- und Aufnahmebedingungen lässt dann indirekt auf die Auswahl einer intendierten Mitgliedergrößenordnung schlussfolgern.

Prinzipiell fließen in die strategischen Überlegungen zur gesuchten Mitgliedergröße u.a. folgende Einflussfaktoren mit ein: Verhandlungsstärke gegenüber Krankenkassen, Risiko der Volatilität in den Leistungskosten, Ausnutzung von „economies of scale“, das „freerider“-Problem (Binder, 1999).

Eine strategische Komponente, die für ein großes Netz spricht, spielt so auf die Interaktion der Leistungserbringer mit den Krankenkassen an.

Mit einer entsprechenden Größe kann das Netz seine wirtschaftliche und politische Schlagkraft gegenüber den Leistungsfinanzierern ausbauen. Konkret bedeutet dies, je mehr ambulante Leistungserbringer einer bestimmten Versorgungsregion ein Netz integriert, desto höher steigen die Chancen, die strategische Positionierung gegenüber Krankenkassen zu verbessern (Schicker, 2008). Denn vor allem für die Krankenkassen wird erst ab einer bestimmten Netzgröße, die eine Übernahme größerer Versorgungseinheiten sicherstellen kann, ein Netz als Vertragspartner bezüglich der Ausgestaltung von Selektivverträgen interessant (Werthern, 2009a).

Ein „Kampfnetz“ wird demzufolge versuchen, viele Mitglieder zu akquirieren, um eine bedeutendere Rolle bei Verhandlungen mit anderen Gesundheitsakteuren einzunehmen (Bertelsmann Stiftung, 2009). Ein weiterer Vorzug einer großen Mitgliederzahl zeigt sich in der Einrichtung von Servicefunktionen. Die verbesserte Organisation von Urlaubsvertretungen oder die Bündelung finanzieller Ressourcen zur Gründung einer zentralen Notfallambulanz können hier bedeutende Nutzenaspekte für die Entscheidung einer hinreichend großen Netzgröße sein. Die Volatilität der Behandlungskosten fällt nur bedingt bei einer Übernahme der Budgetverantwortung als Vorteilskriterium einer großen Mitgliederzahl ins Gewicht (Schicker, 2008). Capitation-Modelle erfordern nämlich nicht zwangsläufig ein hohes Ärzteaufkommen. Die Schweiz kann hier als Beispiel herangezogen werden. Dort üben viele Praxisnetze das Modell der Budgetverantwortung aus, jedoch richten sich die Prämissen für eine Capitation-Etablierung hier nicht nach der Höhe der Mitgliederanzahl eines Praxisnetzes (Baumann et al., 2005). Eine willkürlich große Mitgliederzahl ist ergo bei einer Budgetverantwortung wenig sinnvoll.

Ein negativer Gesichtspunkt eines großen Netzes wird vor allem im Anonymitätsgrad zwischen den Netzteilnehmern identifiziert. Die Problematik der Tendenz der abnehmenden Anonymität bei ansteigenden Mitgliederzahlen stärkt dementsprechend den Netzentschluss für kleine Mitgliederzahlen, denn dadurch kann möglicherweise ein Trittbrettfahrer-Risiko („freerider“) verhindert werden. Bei großen Netzen können sich schnell Subgruppen bilden, die ein konträres Eigenleben gegenüber der Zielstrategie eines Netzes entwickeln, und durch die Missachtung von netzinternen Qualitätsstandards so die Realisierung der Netzzielsetzungen gefährden (Schicker, 2008). Gründe für das Scheitern von Netzen lassen sich demnach aufgrund eines zu großen Teilnehmerkreises herleiten, die sich speziell im Mangelzustand

eines notwendigen Zusammengehörigkeitsgefühls und einer intensiven Kommunikation konkretisieren. Das Praxisnetz Berlin, das aus mehr als 500 Teilnehmern bestand, scheiterte ergo an diesen negativen Konsequenzen (Tiska, 2005). Netze mit überschaubaren Mitgliederzahlen genießen also Vorteile hinsichtlich „weicher“ Attribute. Dies lässt sich u.a. aus der Tatsache erklären, dass sich der Leistungsbetrag eines jeden Mitglieds auf den Gesamterfolg eines kleinen Netzes deutlicher herauskristallisiert. Dadurch können substantielle Stabilitätsfaktoren wie Offenheit und Vertrauen schneller aufgebaut werden, die die Grundlage einer erfolgsversprechenden Netzkultur darstellen (Schicker, 2008). Besonders die Bildung einer ausreichenden Vertrauensbasis, die nicht nur an die zwischenmenschliche Interaktion der Netzteilnehmer knüpft, sondern ebenfalls das Vertrauen in das System „Netz“ beinhaltet, wird bei einer Zunahme der Mitglieder eines Netzes organisatorisch komplexer bzw. schwerer umsetzbar (Werthern, 2009a).

Für große Netze sind daher netzinterne Verbindlichkeiten zum Schutz gegenüber kontraproduktiven Verhaltensweisen einzelner Netzmitglieder ein notwendiges Netzcharakteristikum, so dass sich eine angemessene Vertrauenskultur innerhalb des Netzes entwickeln kann (Wambach und Lindenthal, 2010).

Die Ausarbeitung der Vorzüge von großen und kleinen Netzen zeigt jedenfalls, dass selbst die Entscheidung über die Netzgröße einem hohen Individualitätsgrad unterliegt und unterstreicht die Schwierigkeit der eindeutigen Festlegung einer optimalen Netzgröße in der Literatur, so dass nur größtenteils diffuse Spannweiten hinsichtlich der Mitgliederanzahl als Idealnorm präferiert werden können.

3.3.6. Die Auswahl der Rechtsform

Wenn sich Ärzte dazu entschließen, ein Praxisnetz zu gründen, in dem ihre Zusammenarbeit intensiver, dauerhafter und verbindlicher ausgestaltet werden soll, muss eine entsprechende Rechtsform für das Netz festgesetzt werden. Von dieser Entscheidung bleibt die rechtliche Selbstständigkeit der Netzpartner unberührt, die als Kriterium eines Netzes bereits konstatiert worden ist. Denn das Praxisnetz ist per definitione keine Berufsausübungsgemeinschaft, sondern eine Organisationsgemeinschaft (Werthern, 2009c). Eine Rechtsform des Netzes ist unerlässlich in Bezug auf die Abwicklung der Kommunikation, der Verwaltung des Netzes, dessen Geschäftsführung und Vertretung nach außen (Bridts, 2009).

Die Rechtsform richtet sich fundamental nach der Strategie des Netzes und wird speziell von diesen Einzelfaktoren bestimmt: Haftung, steuerliche Belastung, Leistungsbefugnis, Gewinn- und Verlustbeteiligung, Flexibilität bei Änderung der Beteiligungsverhältnisse, Aufwendungen bei Gründung und Berufsordnungen der Ärztekammern. Im Gesetz existieren keine Vorschriften für die Rechtsform eines Netzes, so dass die Praxisnetze Rechtsformen in Form

von Personengesellschaften wie der Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) oder juristischen Personen des Privatrechts wie dem eingetragenen Verein (e.V.), der Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) und der eingetragenen Genossenschaft (e.G.) zur Auswahl haben (Sohn und Schöffski, 2002).

Im Gründungsstatus wird generell eine Rechtsform mit geringen verbindlichen Netzwerkstrukturen bevorzugt. Mit zunehmenden Verbindungsstatus der ärztlichen Zusammenarbeit und Mitgliederzahlen rücken jedoch die juristischen Personen des Privatrechts in den Favoritenkreis der in Betracht kommenden Rechtsformen (Bridts, 2009; Werthern, 2009a; Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, 2013a). Auch die Erweiterung der berufsrechtlichen Ärzttestatuten durch die Bundesärztekammer in der MBO-Ä bezüglich beruflicher Kooperationen in 2004 deutet die immer größer werdende Relevanz von juristischen Personen des Privatrechts unter der niedergelassenen Ärzteschaft an. Die Bundesärztekammer reagierte vor allem mit dieser Änderung auf die wettbewerbsstrukturelle Entwicklung im ambulanten Sektor, um die Wettbewerbsfähigkeit niedergelassener Ärzte gegenüber Krankenhäusern und MVZ als Anbieter ambulanter Leistungen zu stärken (Bundesärztekammer, 2008). Mit dieser Maßnahme änderte die Institution seine Haltung bezüglich der präferierten Rechtsformen grundlegend. Denn anfangs wurde die BGB-Gesellschaft als traditionelle Form des freiberuflichen Gesellschaftsrechts für netzwerkinteressierte Ärzte von den Ärztekammern vorgeschlagen, weil mit dieser Rechtsform die berufsrechtliche Unabhängigkeit des Arztes am ehesten assoziiert wurde (Erbsen, 2002). Die erste Wahl vieler Netzwerkkinitiatoren fällt aber überwiegend auf den e.V. Viele Netzwerkgründer tendieren aufgrund der simplen Aufnahmemodalitäten, wodurch ein Netz sein Wachstum in der Anfangsphase beschleunigen kann, und dem geringen finanziellen Gründungsaufwand zu dieser Rechtsform. Jedoch müssen die Netze als Verein einer ideellen Zielsetzung folgen, die den Handlungsspielraum der Netze immens eingrenzt (Bridts, 2009; Werthern, 2009a). Der e.V. eignet sich besonders für Praxisnetze, die vorwiegend den intensiveren Austausch fachlicher und sozialer Kompetenzen mithilfe der Kooperationsform favorisieren (Knöppler, 2009).

Wenn Netze speziell betriebswissenschaftliche Schwerpunkte anvisieren, sollte der Entschluss bspw. auf die Gesellschaft mit beschränkter Haftung fallen (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, 2013a). Jedoch wird die GmbH nur für Praxisnetze mit einem großen Mitgliedervolumen interessant, da der Verwaltungsaufwand durch die rechtliche Vorgabe der Erstellung eines Jahresabschlusses sehr hoch angesiedelt wird (Bridts, 2009). Diese Rechtsform findet auch wie die e.G. eher wenig Resonanz bei den Netzen, was besonders auf den finanziellen Aufwand der beiden Rechtsformen zurückzuführen ist. Die nachfolgende Abbildung 19 untermauert diesen Befund.

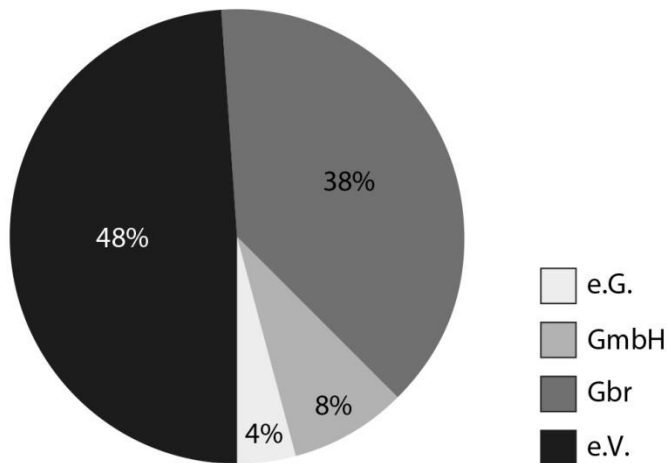


Abbildung 19: Relative Häufigkeit der Rechtsformen von Praxisnetzen am Beispiel von 302 Praxisnetzen (eigene Darstellung auf der Basis von Fleßa und Wendler von 2009, 2014)

3.3.7. *Finanzielle Sicherstellung des Netzwerklebens*

Die Auswahl einer Rechtsform spricht schon die Notwendigkeit eines finanziellen Rahmens an, der die Praxisnetzexistenz bei der Netzgründung und im Laufe der Netzentwicklung absichern muss. Somit wird die Finanzplanung, in der u.a. die Investitions- und Umsatzplanung eines Netzes reglementiert sind, zu einem unabdingbaren Teil der Unternehmensstrategie, so dass eine gegenseitige kompatible Justierung der verantwortungsvollen Bereiche vorgenommen werden muss (Weatherly, 2008).

Deswegen muss zwangsläufig eine Kalkulation des finanziellen Bedarfs eines Praxisnetzes am Anfang eines Netzwerklebens durchgeführt werden, denn ohne eine entsprechende Finanzierungsrechnung kann ein Netzwerkkonzept eine Fiktion der Initiatoren bleiben, so dass eine weitere wichtige Komponente des Gründungsplanes tangiert wird. Ein Praxisnetz muss seinen monetären Aufwand schätzen können, um eine Liquiditätsplanung aufzustellen, so dass Gründungskosten sowie laufende Kosten gedeckt werden können.

Netzgründungskosten können sehr volatil ausfallen, da die zur Verfügung stehenden Rechtsformen sehr unterschiedliche Mindestkapitalanforderungen erfordern. Die Gründung einer GmbH wird bspw. als kostspielig eingestuft und bedarf der Sicherung eines regelmäßigen Kapitalzuflusses durch die Gesellschafter (Bridts, 2009).

Meistens wird ein Praxisnetz zu Beginn seines Entwicklungsstatus von den Gründungsinitiatoren finanziell getragen (Knöppler, 2009), jedoch sollten weitere Finanzgeber in Bezug auf die Abdeckung der fixen Gründungskosten einbezogen werden, die anschließend gelistet sind (Werthern, 2009b):

- Netzmitglieder mit eigenen Mitteln

- Krankenkassen
- Kassenärztlichen Vereinigungen
- industrielle Partner
- Banken mit Darlehen

Für die laufenden Kosten muss das Praxisnetz jedoch ein wirtschaftliches Geschäftsmodell parat haben, das mindestens mittelfristig unter dem Prinzip der Kostendeckung arbeitet und den finanziellen Ressourcenbedarf aufgrund der Netzaktivitäten sicherstellt. So stehen verschiedene Finanzmodelle zur Verfügung, die nachfolgend kurz aufgelistet werden:

- Sponsoring über einzelne Sponsoren oder Mitgliedsbeiträge/ Umlagen der Netzmitglieder
- Eigenfinanziert aus Dienstleistungen für Netzmitglieder – ohne Gewinnabsicht
- Eigenfinanziert aus Dienstleistungen für Netzmitglieder – mit Gewinnabsicht

Das Finanzierungsmodell ist besonders unter der Investitionsbereitschaft der Ärzte zu prüfen, da ansonsten spezielle Netzaktivitäten aufgrund ihrer Kostenintensität nicht umsetzbar sind (Knöppler, 2009).

3.3.8. Fixierung von Koordinationsmechanismen

3.3.8.1. Strukturelle Koordination

Zielsystem, Netzteam und Rechtsform müssen nun Teil eines Koordinationsgerüsts werden, das grundsätzlich aus einer strukturellen und technokratischen Koordinationsdimension besteht, damit die Netzintention gelebt wird.

Die Netzvollversammlung ist zu Anfang der Initiator für den Aufbau einer netzspezifischen Organisationsstruktur bezüglich Netzführung, Netzmitgliedern und strukturellen Netzbausteinen, die anschließend eine definierte Zuteilung u.a. hinsichtlich Entscheidungskompetenz und Verantwortung erhalten. Die nachstehende Abbildung 20 zeigt anschaulich die fundamentalen, strukturellen Koordinationsbausteine eines Praxisnetzes. Der Praxisnetzvorstand wird normalerweise in den ersten Versammlungen eines Netzes gewählt und mit hierarchischen Weisungsrechten ausgestattet, um die Netzwerkgeschäfte einzuleiten.

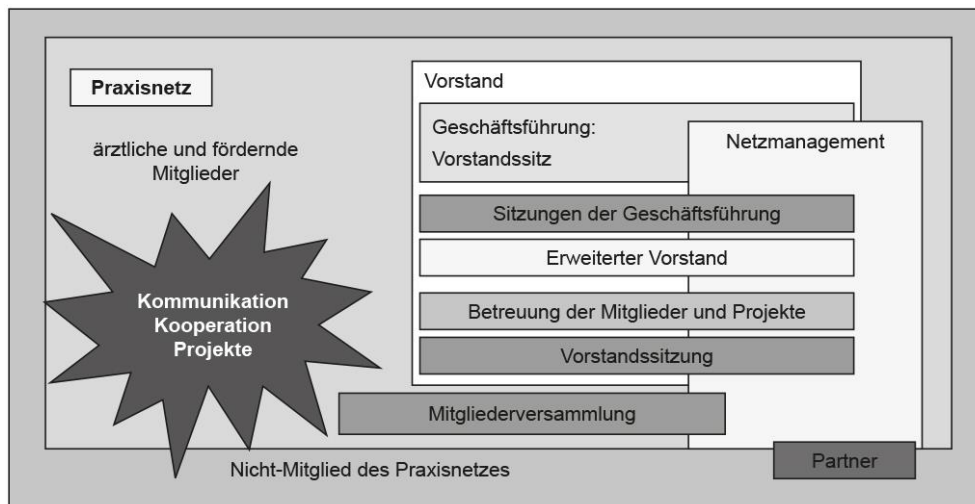


Abbildung 20: Organigramm eines Praxisnetzes (aus Meissner, 2004)

Das Aufgabenfeld des Praxisnetzvorstandes schließt maßgebend normative und strategische Koordinationsfunktionen ein, die Synergieeffekte der Kooperation freisetzen, mit denen die Netzintention erreicht wird. Die Planung und Kontrolle der Organisation gehören zu den Schwerpunkten des Aufgabenradius eines Vorstandsgremiums (Schicker, 2008). Daneben wird der Netzvorstand durch das Netzwerkmanagement in seinem Funktionsfeld unterstützt, dessen Implementierung als feste Instanz des Netzwerkkonstruktes als Erfolgsquelle in der Literatur thematisiert wird (Dammer, 2007; Reinert, 2009; Ballsieper et al., 2012). Der Trend beim Netzwerkmanagement zeigt immer mehr eine Implementierung eines Vollzeit-Managers, das vorher vielfach noch ehrenamtliche Netzärzte bekleidet haben (Purucker et al., 2009). Das Netzwerkmanagement wird als „[...] fundamentales Strukturmerkmal eines funktionierenden, gelebten Ärztenetzes“ (Meissner, 2004) postuliert. Besonders in dem anfänglichen Entwicklungsstatus eines Netzwerkes werden die Funktionen des Gründungsmanagements integriert. Im fortschreitenden Netzwerkzyklus steuert das strukturelle Instrument dann den Einsatz betriebswissenschaftlicher Tools (u.a. Controlling) oder organisiert qualitätssichernde Maßnahmen wie Fortbildungen für die Netzteilnehmer. Einen umfassenden Überblick einer Aufgabenzuteilung eines Netzwerkmanagers verdeutlicht die Tabelle 6, die die Vielfalt der Interaktionsfelder und den potenziellen Anforderungspool der lenkungsweisenden Instanz auflistet, wodurch sich der erhebliche Zeitaufwand hinter dem Modul erahnen lässt.

Organisatorische Aufgaben:

- Weiterentwicklung der Netzwerkorganisation
- Erstellen von Dienstplänen
- Verwaltung des Gerätepools
- Teammanagement (die Förderung der Zusammenarbeit der Ärzte und sonstiger am Netz beteiligter Berufsgruppen)
- Konflikt- und Kommunikationsmanagement
- Mitverantwortung für die Einhaltung des Verhaltenskodex und der netzinternen „Geschäftsordnung“
- Vorbereitung von Verträgen
- Pflege und Kontakt zu den Kassen
- Konzeption und Kontrolle der technischen Vernetzung
- Kontrolle des Datenaustausches und der Datenauswertung
- statistische Auswertung der Behandlungsabläufe und -ergebnisse
- Sicherstellung des Datenschutzes
- Vermittlung notwendiger Dienstleistungen für Netzärzte

Betriebswissenschaftliche Aufgaben:

- Unterstützung bei der Definition ökonomischer Ziele
- Erstellung eines Geschäfts- und Finanzplanes
- Planung und Überwachung des Budgets
- Überwachung der Finanzierungskonzepte
- Tüchtigkeit von Investitionen
- Durchführung der Abrechnung und Honorarverteilung
- Einkauf von Verbrauchsmaterial, Geräten etc.
- Entwicklung neuer Geschäftszweige für das Netz

Kommunikationsaufgaben:

- Verantwortung für eine funktionsfähige interne Kommunikationstechnik
- Öffentlichkeitsarbeit und Marketing
- Beziehungspflege zu Partnern des Netzes (zum Beispiel Krankenkassen, Krankenhäusern)

Tabelle 6: Was gehört zu den Aufgaben eines Netzmanagers (aus Meyer-Lutterloh, 1999)

Der Netzwerkmanager wird in der internen und externen Interaktion als ein bedeutender Knotenpunkt angesehen. Nach außen präsentiert die Stabsstelle das Netz summa summarum als primären Ansprechpartner und Bezugsperson gegenüber der globalen Aufgabenumwelt, sondiert zukunftsweisende Projekte externer Interessenten aus und pflegt die öffentliche

Außendarstellung des Netzes. Intern fungiert das Netzwerkorgan als Schnittstelle zwischen Netzvorstand und Netzmitgliedern und managet primär den internen Projektprozess bezüglich des Aufbaues von weichen Faktoren wie Vertrauen zum Schutz gegen das konstatierte Fragilitätsrisiko eines Gesundheitsnetzwerkes (Meissner, 2004). Ferner lotst das Netzmanagement einzelne Projekte an Arbeitskreise oder Zirkel, in denen indikationsspezifische Netzleitlinien oder netzverbindliche Arbeitsanweisungen konkret erarbeitet werden. Die Konzentration auf die Steuerung der projektbezogenen Netzkompetenzen kann dabei durch die Gründung eines Netzbüros, das definitiv zu einer administrativen Entlastung eines Netzwerkmanagements führt, besser gewährt werden (Schicker, 2008).

3.3.8.2. Technokratische Koordination

Trotz eines strukturellen Grundgerüsts müssen aber obendrein technokratische Koordinationsinstrumente in einem Netzwerk installiert werden, denn ein Netzwerk lässt sich aufgrund der Hybridität nicht klassisch hierarchisch organisieren. Technokratische Koordinationsinstrumente sind Regelungen und Festlegungen „[...]“, die einerseits die strukturellen Koordinationsinstrumente ergänzen, andererseits jedoch unabhängig von der Existenz einzelner Unternehmensangehöriger bestehen.“ (Macharzina und Wolf, 2008). Ein struktureller Rahmen reicht noch nicht aus, die Fragilität eines Netzwerkes zu reduzieren. Deswegen bedarf ein Netz ein netzinternes Planungs- und Normsystem, durch die die Netzaktivitäten sowie -teilnehmer erfolgreich gesteuert werden. Regelungen und Programme sind auf eine kongruente Verfahrensweise im Netz gerichtet und sind durch ihren zeitlich undefinierten Rahmen gekennzeichnet. Dagegen beinhalten Pläne zeitlich determinierte Zielvorgaben und Sollwerte, die den Koordinationseffekt durch die zentrale Fokussierung der Netzaktivitäten der Netzteilnehmer auf das Ziel bewirken sollen (Bergmann und Garrecht, 2008). Aus diesem Grund verschafft die Strategische Planung dem Netzwerk ein hohes Koordinationspotenzial und kann in jedem Entwicklungsstadium die Basis für eine erfolgreiche Netzentwicklung darstellen.

Die zweite, bedeutende technokratische Koordinierungskomponente wird meistens direkt zu Beginn des Netzwerklebens durch die Verabschiedung eines Gesellschaftsvertrages in der Netzvollversammlung manifestiert, so dass netzwerkspezifische Regeln und Programme zum verbindlichen Leitbild der Unternehmensphilosophie werden, um ebenfalls für die notwendige Stabilität und zugleich fortschreitende Entwicklung des Netzes zu sorgen (Werthern, 2009a). Die schriftlich fixierten Regelungen knüpfen größtenteils an die Themenbereiche des Gründungsplanes an und machen sie verbindlich für Netzteilnehmer und potenzielle Bewerber, so dass sie als Teilnahme- und Ausschlusskriterien fungieren. Die schriftliche

Vereinbarung umfasst größtenteils Punkte, die auch beim Gründungsplan aufgezählt worden sind (Alvarez Privado, 2012):

- Definition des Gesellschaftszweckes
- Konkretisierung von Treue und Förderpflichten
- Pflichten der Gesellschafter zur Erbringung von Einlagen und Dienstleistungen
- Hervorhebung der getrennten Berufsausübung insbesondere mit getrennter Patientenkartei
- Regelung zur Geschäftsführung und Vertretung
- Vorgaben zur Willensbildung und Abstimmung
- Bestimmungen zur Aufnahme und zum Ausschluss eines Arztes
- Modalitäten zur Liquidation der Gesellschaft

Neben dem schriftlich fixierten Rahmen (Gesellschaftervertrag) können noch weitere interne Regulationsmechanismen durch die Einführung von Leitlinien und Behandlungspfaden eingebaut werden, um standardisierte Verhaltens- und Handlungsspielräume zwischen den Netzteilnehmern hervorzurufen, die wiederum ein Netzwerkelingen ermöglichen sollen (Schicker, 2008). Denn dadurch hat das Praxisnetz „[...] bis zu einem gewissen Grad auch die Gewähr, dass Mitglieder durch die Anwendung von netzinternen Guidelines möglichst effizient arbeiten (Wambach und Lindenthal, 2009).“ Besonders der Behandlungspfad steht für Professionalität. Jedoch werden immense Anforderungen an die Netzteilnehmer bzw. die gesamte Netzorganisation gestellt, die nun nachfolgend beispielhaft erläutert werden.

3.4. Der Behandlungspfad als Beispiel eines komplexen Netzarrangements – Ein phänotypischer Professionalisierungsmarker

3.4.1. *Hard skills*

Nachdem die Netzidee fix in einen Businessplan eingebettet ist, kann die Netzarbeit beginnen, die direkt dem Netz den Koordinierungsbedarf bzw. -aufwand aufzeigt. Die ausgewählten, strategischen Ziele werden nun in Prozesse eingebettet und mit Steuerungsinstrumenten versehen, die anschließend das Herzstück eines Netzwerkes darstellen. Dabei verursacht selbstverständlich eine konstatierte Kernstrategie auf fachlichen Austausch und sozialen Engagement einen geringeren Koordinierungsaufwand als ein Capitation-Netz, in dem komplexere Strukturen hinsichtlich von Versorgungsprozessen, Vergütung und betrieblicher Organisation etabliert werden müssen (Wambach und Lindenthal, 2009).

Die Behandlungspfade werden nun bewusst aus dem Koordinierungspool der Netzaktivitäten gewählt, da sie als Netzkoordinationsinstrument ein enormes Steuerungspotenzial hinsichtlich Patienten und Praxisnetz besitzen und viele, divergente Netzziele vereinen. Sie werden deswegen sogar als „Rückrat“ eines Netzes bezeichnet (Mißbeck, 2009). Das prozessorientierte Steuerungsinstrument fördert zugleich internes und externes Marketing. Die Pfadentwicklung muss aber auch explizit in die Finanzplanung des Netzes miteinkalkuliert werden, weil das Marketinginstrument schon eine kostspielige Investition hinsichtlich Anschaffungskosten und laufenden Kosten darstellt (Hellmann, 2009).

Per definitione ermöglichen Behandlungspfade eine Behandlungsnorm für bestimmte Diagnosen im Netz, so dass Abläufe im Behandlungsplan standardisiert erfolgen und ambulant oder transsektoral organisiert werden können (Schurr et al., 2008; Hellmann, 2010).

Hinsichtlich der Netzvorteile repräsentiert der Einsatz der netzinternen Maßnahme eine umfassende Patientenzentrierung. Zum anderen werden unternehmerische Ziele wie die Stabilitätssicherung des Netzes mit dem Terminus assoziiert (Wambach und Lindenthal, 2010). Die Funktionsweise eines Behandlungspfades lässt sich am Beispiel des Praxisnetzes „UGOM“ passend wie folgt wiedergeben: „Ein Behandlungspfad schreibt bestimmten Aktivitäten Sinn zu (z.B. die im Gesellschaftervertrag und in Kodizes fixierte grundlegende Idee der Integrierten, Fachgruppen und Sektorgrenzen überschreitenden Versorgung), er legitimiert Handlungen (z.B. auf Basis der Leitlinien der Fachgesellschaften sowie die Ausrichtung der Behandlung anhand medizinischer und ökonomischer Zielsetzungen) und eröffnet Sanktionspotenzial (z.B. wenn UGOM-Akteure sich nicht an den Standardisierungsvorhaben beteiligen oder diese umgehen) (Zeichhardt und Voss, 2008).“

Der strategische Nutzen eines Behandlungspfades wird konkret in der Steigerung der Betreuungsqualität durch die Verbesserung der patientenbezogenen Ergebnisse, der Förderung der Patientensicherheit, der Erhöhung der Patientenzufriedenheit und der Optimierung der Ressourcennutzung gesehen (Stratmann et al., 2010). Kurzerhand sollen die Pfade unnötige Leistungen vermeiden und die Fehl- und Falschversorgung reduzieren, aus deren Konsequenz wirtschaftliche Einsparungen resultieren (Greve et al., 2009). Behandlungspfade zeichnen sich durch diese Kriterien besonders aus (Stratmann et al., 2010):

- Definition von Zielen und Betreuungselementen auf Basis evidenzbasierter Medizin sowie unter Berücksichtigung der Patientenerwartung
- Koordination der am Versorgungsprozess Beteiligten (multidisziplinäres Betreuungsteam und Patienten), Organisation der zielgerichteten Kommunikation sowie fallbezogene Ablaufsteuerung des Versorgungsprozesses
- Dokumentation, Monitoring und Evaluation der Ergebnisse

Hinter dem Koordinationsinstrument werden ergo mehrere Prozessstadien lokalisiert, deren Entwicklungsphase mit der Zusammenstellung eines kompetenten Projektteams beginnt, das alle an dem Behandlungsablauf beteiligten Fachdisziplinen involviert. Der Zeitaufwand des Projektes wird als immens eingestuft, so dass von der Planung bis zur Implementierung fünf bis zwölf Monate vergehen können. Hier wird schon die organisationale Notwendigkeit eines strukturierten Organisationsplanes angedeutet, in dem der zeitliche Turnus für die Workshoptreffen, materielle Rahmenbedingungen für eine angenehme Arbeitsatmosphäre und die Kommunikationsmittel bzw. -wege vereinbart werden sollten. Ein Moderatorenteam sollte ebenfalls bestimmt werden, das als aktiver Workshop-Gestalter agiert.

Die von der Projektgruppe zu behandelnden Einzelschritte bis zur Implementierung werden beispielhaft an einer Pfaduhr illustriert, die aber nicht den realen oder paritätischen Zeitaufwand jeder einzelnen Station wiedergibt (siehe Abbildung 21). Denn jede Phase wird generell durch ein netzindividuelles Zeitfenster geprägt (Ertner und Anwand, 2010). Aufgrund der hohen Individualität muss zudem auf die hohe potenzielle Gestaltungsvielfalt von Pfaden hingedeutet werden, so dass die Form und Detailliertheit eines Pfades sehr different ausfallen können (von Rebnitz, 2009). Bei der Entwicklung von Behandlungspfaden in Praxisnetzen handelt es sich nicht bloß um die simple Übernahme von evidenzbasierten Leitlinien, sondern vielmehr gilt es den Leitfaden unter einer quasi simplifizierenden Methodik an das Netz effektiv zu adaptieren (Kuch, 2009).

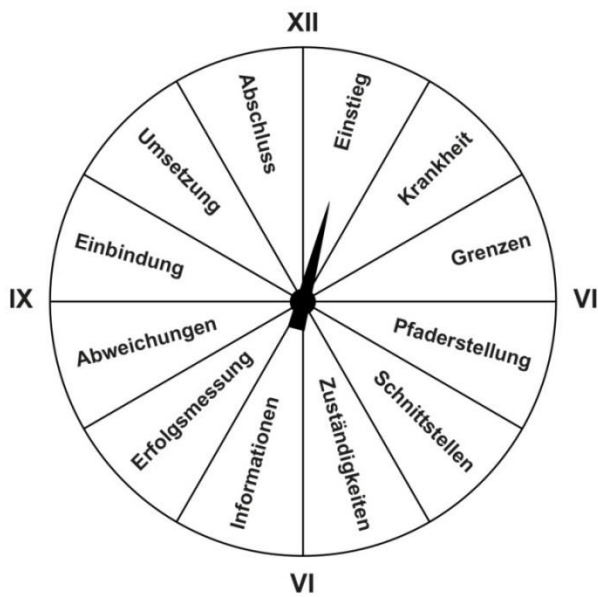


Abbildung 21: Pfaduhr® nach Ertner (aus Ertner und Anwand, 2010)

In den ersten Treffen der Projektgruppe geht es vorwiegend um einen Kennenlernprozess, in dem, nachdem Erwartungen und Zielvorstellungen der Projektmitglieder ausgetauscht worden sind, in einem Gruppenkonsens ein klar strukturiertes Pfadziel formuliert wird. Präzise definierte Pfadziele helfen, die Sichtweise der Mitglieder nicht nur zentriert auf den Aufwand zu fokussieren, sondern deuten einen kontinuierlichen Anreiz in der Umsetzung der Pfadentwicklung an, da sich ansonsten die gesamte Entwicklung zu einer Art Farce manifestiert (Ertner und Anwand, 2010). Im Anschluss wird die betreffende Krankheit festgelegt. In diesem Selektionsstadium wird ein chronisches oder häufiges Krankheitsbild bestimmt, das meistens durch hohe Behandlungskosten, einem interdisziplinären und/oder transsektoralen Ansatz geprägt ist (von Rebnitz, 2009). Als nächstes werden weitere definitorische Eingrenzungsattribute für den Pfad vorgenommen, die sich z.B. auf die Zielgruppe bezüglich Alter oder vorhandene Risikofaktoren beziehen. Außerdem müssen feste Eintritts- bzw. Austrittsgrenzen des Pfades determiniert und umschrieben werden, damit die Pfaderstellung in der nächsten Runde mit diagnostischen und therapeutischen Schrittfolgen von Anfang bis Ende gefüllt wird. Dieses Prozessstadium bedingt einen großen Zeitaufwand, da die Pfadmodellierung systematisch visualisiert und ein Gruppenkonsens über die Reihenfolge bzw. Notwendigkeit der Pfadschritte getroffen werden muss. Außerdem müssen interne und externe Schnittstellen sowie die Zuweisung des Autoritätsradius der involvierten Personen festgesetzt werden. Das strukturelle Grundgerüst eines Pfades bedingt nun eine Präzisierung der Informationsweitergabe an Schnittstellen bezüglich Inhalt und Umfang. Erst danach werden Qualitätsziele und -indikatoren selektiert, die die Basis für die Dokumentation und Controlling darstellen. Als letzter grundlegender Schritt wird die Konzeptionierung eines

Zeitplanes für die Implementierung des Pfades aufgeführt. Anschließend ist die Planung des Pfades abgeschlossen und die Umsetzungsstrategien des Pfades müssen eine reibungslose Integration in das Netz sichern. Die Planung sowie die Implementierung von Pfaden sind dabei keine statischen Elemente einer Einmalcheckliste, die mit der Beendigung der jeweiligen Phase erledigt sind.

Besonders diese Koordinationsmaßnahme zeichnet eine Modifizierungspersistenz aus, so dass Behandlungspfade fortdauernd nach wissenschaftlichen Standards und auf Basis einer Abweichungsanalyse angepasst bzw. verbessert werden müssen (Schicker, 2008). So findet sich das Instrument in einem ständigen Modifizierungszyklus wieder.

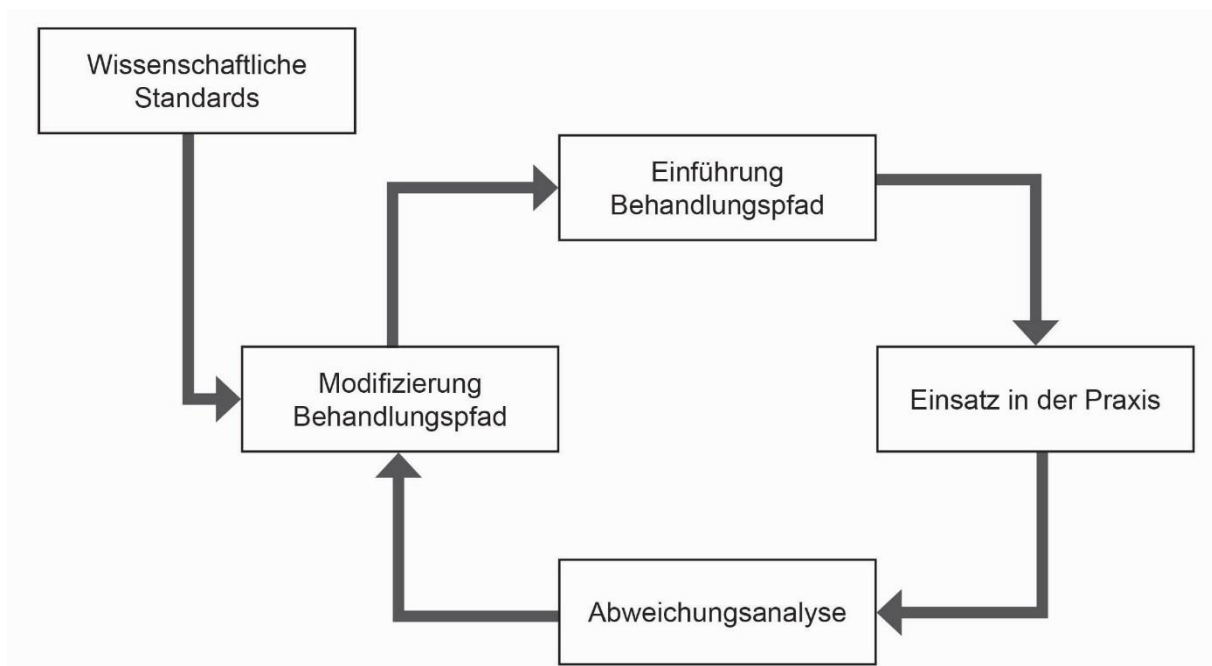


Abbildung 22: Prozess der kontinuierlichen Verbesserung von Behandlungspfaden (aus Schicker, 2008)

Die Planung und Implementierung von netzspezifischen Behandlungspfaden ist deswegen nur ein Baustein eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Speziell die Überprüfungsphase mit ihrer Evaluations- und Controllingfunktion verlangt nach einem geeigneten Informationssystem, so dass mit der Entwicklung von Guidelines weitere kompetente Strukturen implementiert werden müssen (Knöppler, 2009). Die Einführung eines solchen Koordinationsinstrumentes verursacht ergo einen erheblichen Koordinationsaufwand, der sich aber nicht nur auf harte Strukturen konzentriert, sondern auch auf weiche Faktoren wie Vertrauen und einer Kultur angewiesen ist, damit der Pfad erfolgreich umgesetzt wird.

3.4.2. *Soft skills*

Da Praxisnetze grundsätzlich durch ihre Fragilität und dem Fehlen von klaren hierarchischen Formen charakterisiert sind, müssen die Marketingmaßnahmen besonders weiche Koordinationsmechanismen wie den Aufbau einer Organisationskultur forcieren. So wird mit der Organisationskultur eine indirekte Koordinierungskompetenz durch Werte und Normen assoziiert, die nicht nur die Entscheidungsträger von dem immensen Koordinationsaufwand eines Netzwerkes entlastet, sondern zudem eine Steigerung des emotionalen Verpflichtungsgrads jedes einzelnen gegenüber der Gemeinschaft induziert, wodurch es sich zu einem sozialen Sanktionsapparat instrumentalisiert (Reihlen, 2009). Des Weiteren hängt der Aufbau einer Kultur mit Vertrauen und Motivation unmittelbar zusammen, so dass die Netzwerkkultur symbolisch für den Ausbau der *soft skills* steht. Der Erfolg für ein Netzwerk gelingen bedingt ergo nicht nur harte Faktoren, sondern setzt besonders den Einsatz von weichen Koordinationsinstrumenten wie die Fähigkeit der Mitglieder zur Kooperation, Kommunikation und Konfliktlösung voraus (Werthern, 2009a). Weiche Faktoren werden demnach auch beim Entwicklungsprozess der Behandlungspfade verlangt. Schon bei der Planung müssen weiche Voraussetzungen existieren, so dass der erste Prozessschritt überhaupt angegangen werden kann. Aber auch in den weiteren Stadien wird die Prozessatmosphäre hinsichtlich nötiger Akzeptanz und Transparenz gegenüber den Pfaden immer bedeutungsvoller, denn die Pfade müssen nach dem Planungsstadium einer breiten Masse präsentiert werden und anschließend natürlich netzflächendeckend von allen Netzmitgliedern umgesetzt werden. Hier können nur *soft skills* als Zahnräder fungieren und das strukturelle Prozessgerüst in Betrieb halten (Ertner und Anwand, 2010). Besonders in der ersten Einführung von Pfaden muss viel kommuniziert werden, damit der Pfad erfolgreich in das Netz integriert wird. Kommunikation wird so zu einem kritischen Mosaikstück im Pfadverfahren (Kuch, 2009; Hillenbrand und Sattler, 2010). Das Schlagwort „Kommunikation“ wird sogar als originäres Basisinstrument im koordinierenden Handlungsprozess eines Netzes gleichgesetzt. Neben der Implementierung von Pfaden wird der Terminus bei vielen weiteren integrativen Basisprozessen als entscheidender Erfolgsgarant titulierte. Selbst beim idealisierten Kompetenzprofil eines Netzmanagers wird deswegen ein hoher Ausprägungsgrad an Kommunikation als Präferenz angegeben (Knorr, 2009). Kommunikation steht sinnbildlich für die fundamentale Basis einer Kooperation. Diese Erkenntnis verdeutlicht explizit auch die nächste Abbildung.

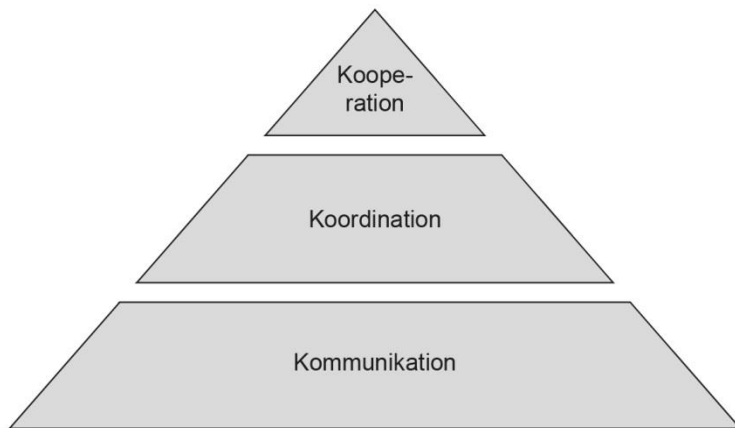


Abbildung 23: Kooperation, Koordination, Kommunikation (aus Glock et al., 2004)

Die Leitidee des Netzes muss sich in der Kommunikation des Netzes widerspiegeln und die Kommunikationsziele müssen der Zielsystematik des Netzes entsprechen. So werden interne und externe Kommunikationsziele verfolgt, die sich aufgrund der involvierten Parteienkonstellation im Kommunikationsprozess in dieses Schema segmentieren lassen.

Externe Kommunikation entspricht dabei die strategische Positionierung des Netzes in der Öffentlichkeit durch die gezielte Publikation von Informationen. Externe Zielsetzungen können die Steigerung des Bekanntheitsgrades oder die Vermarktung der Netzprodukte umfassen. Die interne Strategie der Kommunikation beabsichtigt zum einen die Sicherstellung einer hohen Informationstransparenz innerhalb des Netzes, zum anderen werden die Motivation und die Integration der Mitarbeiter als postulierte Zielobjekte angesprochen.

Die zur Verfügung stehenden internen und externen Kommunikationsinstrumente werden nachfolgend durch die Tabelle 7 zusammengefasst.

Medien (Print, TV, Radio, Internet etc.)	<ul style="list-style-type: none"> ■ patientengerechte/versichertengerechte Medien (z.B. für ältere Menschen gut lesbar) ■ plastische/beispielhafte/bildhafte Präsentationen von Inhalten ■ Medienpläne/Konzepte (regelmäßige Präsenz, Aktualität, auf den Konsumenten angepasst) ■ Image-Kampagnen
Veranstaltungen (offen)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tag der offenen Tür ■ Pressekonferenzen ■ Tagungen/Workshops
Gespräche (selektiv)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hintergrundgespräche (z.B. mit Journalisten) ■ regelmäßige Arbeitsgespräche mit Partnern ■ Mitarbeitergespräche
non-verbale Kommunikation/ Erscheinungsbild (visuell)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Corporate Identity/Corporate Design (CI/CD) ■ Schaffung von angenehmer Atmosphäre für Patienten/Versicherte, Mitarbeiter, Partner (z.B. über Architektur, Innenausstattung)

Tabelle 7: Kommunikationsinstrumente (aus Deimel et al., 2009)

Interne Kommunikationsmechanismen müssen kontinuierlich die nötige Transparenz, Akzeptanz und Motivation unter den Netzakteuren im Behandlungspfadprozess hochhalten, damit die Pfadentwicklung erfolgreich abläuft. So stellen mentale Barrieren der Netzmitglieder gegenüber dem Instrument ein enormes Risikopotenzial dar, das es gilt, einzudämmen (Küttner, 2008). Durch die Unerlässlichkeit der Einführung von internen kommunikativen Standardisierungswegen im Pfadprozess wird automatisch die gesamte Netzstruktur positiv beeinflusst, da folglich die interne Kommunikation und die Kooperation gestärkt werden (Gerardy, 2010).

Zudem spricht das Instrument die externe Kommunikation an, denn Behandlungspfade können Grundlage selektivvertraglicher Vereinbarungen sein, so dass das Produkt an die regionalen Kostenträger als primärer Adressat angeboten wird. Ein Behandlungspfad wird zum Beleg eines qualitativen Standards nach außen und kann u.a. sogar zum Aushängeschild eines Netzes aufsteigen (Hellmann, 2009).

Das Beispiel der Implementierung eines Behandlungspfades zeigt demzufolge die vielfältigen Ansatzpunkte eines Pfades hinsichtlich bedeutungsvoller Netzwerkvariablen. Die Marketingmaßnahme kann bei vorhandener Zielkongruenz zwischen Netz und Pfad der Netzentwicklung bezüglich organisationaler, struktureller und weicher Faktoren erheblich positiv beeinflussen und steigt deswegen zu einem wichtigen Netzwerkinstrument auf.

4. Die Praxisnetzevolution auf dem Prüfstand – Problemidentifikationen von Bewertungsansätzen und Professionalisierungsentwicklungen

4.1. Status Quo der Netzentwicklung: Die Kontroversität zwischen Soll- und Ist-Zustand

„Die Praxisnetze können den gestiegenen Herausforderungen mit den vorhandenen Strukturen meist nicht begegnen. Zwar konnten sich die Netze in den letzten drei Jahren im Schnitt an vielen Stellen weiterentwickeln, mehr als die Hälfte der teilnehmenden Netze hat aber nur einen niedrigen Gesamtreifegrad erreicht. Diese Netze werden es ohne eine Intensivierung der Anstrengungen zukünftig schwer haben, von den Kostenträgern ernst genommen zu werden, um ihre Existenz langfristig zu sichern.“ (Purucker et al., 2009).

Dies resümierte die Praxisnetzstudie der Universität Erlangen-Nürnberg in 2009, die aufgrund der hohen Anwendungsrelevanz als normativer Maßstab für die Entwicklung bzw. Bewertung der Netzlandschaft in der Literatur in den letzten Jahren angesehen wird. Die Benchmarking-Studie, die schon 2006 die Netze hinsichtlich der gleichen inhaltlichen Problematik analysierte, basiert auf den drei Themenblöcken „Netzmanagement“, „Prozesse und Strukturen“ und „IuK-Systeme“, aus denen sich abschließend ein Gesamtreifegrad für die teilnehmenden Netze ableiten lässt. Der Gesamtreifegrad steht dabei synonym für den Professionalisierungsfaktor (Purucker et al., 2009). Selbst 2012 wird dieser Professionalisierungsgrad bei nur wenigen Netzen konstatiert. Trotz dieser Fakten hält der Gesetzgeber an seiner Professionalisierungsreform der Praxisnetze fest. So orientiert sich das Versorgungsstrukturgesetz zur Förderung von Netzen hauptsächlich an professionellen Kriterien, die aber nur ein geringer Teil der Netzwerke erfüllen können. Diese sind nur der nächste Baustein eines ideellen Stufenmodells des Gesetzgebers, das die nächste Abbildung widerspiegelt (Wulfert, 2013).

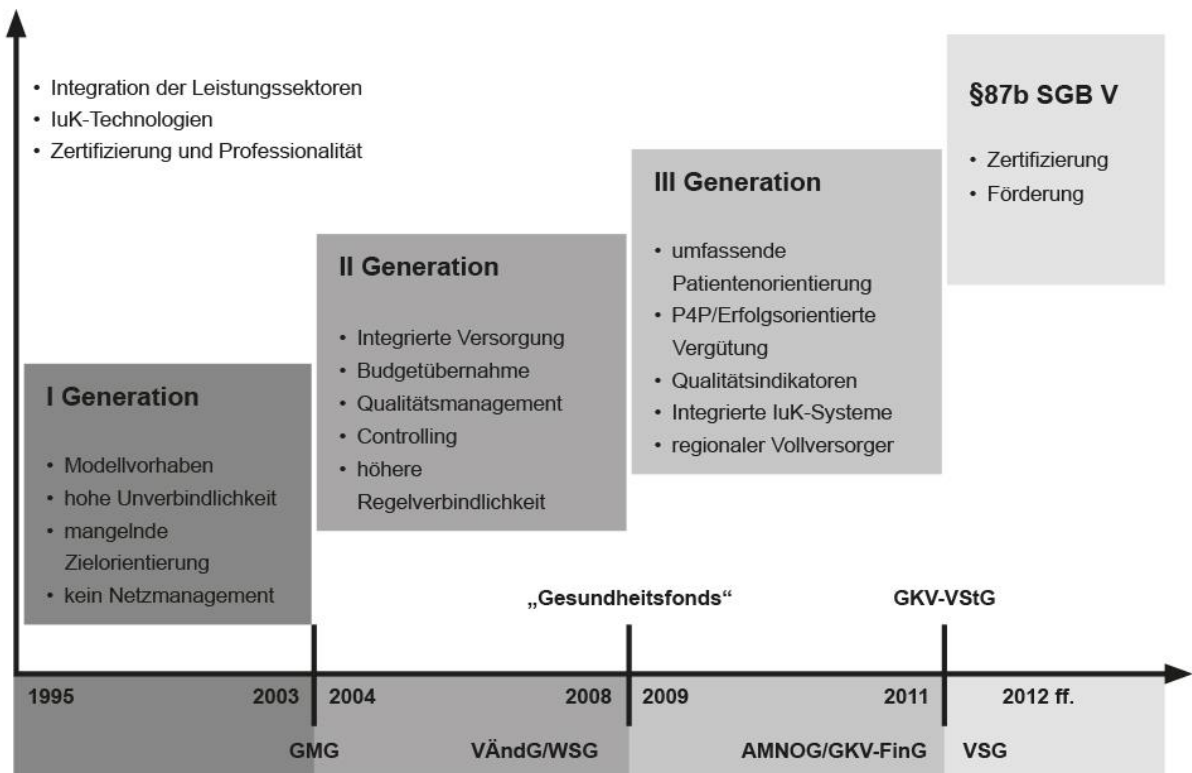


Abbildung 24: Entwicklung vernetzter Strukturen (aus Wambach, 2013)

Eine stereotype Netzwerkevolution des Gesetzgebers wird hier dargestellt, aber die Realität zeigt eher eine Kontroversität bezüglich einer Professionalisierung der Netzstrukturen.

Hier stellt sich die erste Forschungsfrage konkret heraus:

1) Warum gehen so wenig Netze den Weg in die Professionalisierung (höhere Managementstrukturen, verbindlichere Rechtsformen usw.)?

Um die Vorhaben des Gesetzgebers umzusetzen, sind die Netzmitglieder von besonderem Interesse, da sie als Keimzelle eines Praxisnetzes den Netzwerkandel substantiell beeinflussen und den Entwicklungsstatus eines Netzwerkes aufzeigen. Hier existiert jedoch nur ein mangelhaftes Netz-Know-How. Dieses wird aber benötigt, um das Phänomen der „Black Box“ zu durchleuchten. Die Wahrnehmung der Netzlandschaft darf ergo nicht nur auf wenigen, eindimensionalen Studiendaten gründen, nur weil diese der Öffentlichkeit vorliegen. Dementsprechend muss der Ansatz der subjektiven und monotonen Bewertungsmodelle hinterfragt werden.

2) Reicht der Reifegrad eines Praxisnetzes aus, um die Arbeit eines Netzes zu bewerten? Bedeutet ein niedriger Reifegrad zugleich, dass ein Praxisnetz seine Ziele (bezogen auf den Mitgliedernutzen) verfehlt hat?

Denn eine unzureichende Datenlage für eine objektive Analyse der Praxisnetzevolution wird definitiv bei der Recherche vorgefunden, die auf Basis der Netzteilnehmer resultiert. Nur die stärkere Einbindung von Mitgliederbewertungen kann ein besseres Verständnis und bedeutende Erkenntnisse zur Praxisnetzevolution erzeugen. Die Einstufung der Entwicklung muss von der Keimzelle des Netzwerkes ausgehen und analysiert werden. Auch die Aufspaltung von professionellen und nicht-professionellen Netzen sowie zweier Netzgrößen anhand der Mitgliederzahlen sollen die Erfahrungswerte ausbauen und das Know-How über die Effektivität der gesetzlichen Strukturen verbessern.

3) In welchen Netztypus ordnen sich die Netze selber ein? Wie sehen die Netze ihre Zukunft im ständigen Wandel des Systems?

Die folgenden Hypothesen werden nun zu den Forschungsfragen aufgestellt, die auf der Analyse der Praxisnetzanalyse des ersten Abschnittes basieren und mithilfe der Studienergebnisse ausgewertet werden. Sie beziehen sich auf die vergangene, gegenwärtige und zukünftige Netzentwicklung. Die theoretischen Grundlagen und Zielparameter werden in den folgenden Abschnitten ausführlich erläutert.

Hypothese 1:

Wegen der hohen Heterogenität und Individualität der Netze kann kein allgemeingültiges, dominierendes Netzmotiv, das zu Netzbeitritt oder -gründung geführt hat, in der Netzentwicklung identifiziert werden.

Hypothese 2:

Ein dominierendes Netzmotiv kann in der gegenwärtigen Motivstruktur der Netzteilnehmer identifiziert werden.

Hypothese 3:

Die Fluktuation der Netz motive in der Motivstruktur eines Netzteilnehmers ist im Laufe der Netzzugehörigkeit gering.

Hypothese 4:

Die Netzteilnehmer sind mit den Erfüllungsgraden ihrer Netzeintrittsmotive überwiegend unzufrieden.

Hypothese 5:

Praxisnetze haben einen unterdurchschnittlichen Effektivitätswert (gegenwärtige Effektivität).

Hypothese 6:

Praxisnetze haben keinen positiven Effizienzwert.

Hypothese 7:

Professionelle Praxisnetze haben einen höheren Gesamtnutzen als nicht-professionelle Praxisnetze.

Hypothese 8:

Netzteilnehmer von Praxisnetzen mit kleineren Mitgliederzahlen (<100) haben einen höheren Gesamtnutzen als größere Netze (>100).

Hypothese 9:

Der Effizienzwert der professionellen Netze ist höher als bei nicht-professionellen Netzen.

Hypothese 10:

Die Netzzufriedenheit ist überwiegend negativ.

Hypothese 11:

Die Entwicklungsfähigkeit (= Flexibilitätsfaktor) der Praxisnetze ist unterdurchschnittlich.

Hypothese 12:

Professionelle Netze haben eine bessere Entwicklungsfähigkeit als nicht-professionelle Praxisnetze.

Das Ziel der Arbeit mündet in einem Benchmarkingmodell, dass bottom-up, entwicklungsorientiert und objektiv ist.

Dieser Ansatz soll dabei nicht als komplett, kontroverses Bewertungstool zu anderen Praxisnetzstudien verstanden werden, sondern vor allem die Praxisnetzentwicklung bezüglich der besonderen Netzwerkcharakteristik in den Vordergrund stellen und die Schwachstellen

des Entwicklungsstatus eines Netzes aufdecken. Zudem soll der Einfluss der klassischen Problematiken und komplexen Anforderungen eines Praxisnetzes gemindert werden, die nachfolgend erläutert werden.

4.2. Problemidentifizierung I: Interessenskonflikte, Top-Down Ansatz und Individualitätsdilemma

4.2.1. Externe Steuerungsfaktoren – Die Subjektivität des externen Praxisnetzumfeldes

Eine Schwierigkeit bzw. ein gravierendes Problem von aktuellen Netzbewertungen und Bewertungsmodellen wird im externen Umfeld festgestellt. So muss insbesondere die Rollenfunktion einzelner externer Gesundheitsakteure aufgezeigt werden, die mittels subjektiver Bewertungen ihren Einfluss auf die Organisationsformen ausüben wollen. Denn obwohl sich Praxisnetze als bottom-up Gebilde typisieren, die Ärzte als aktive Initiatoren akzentuiert werden und freie Gestaltungsmöglichkeiten bei den Netzwerken besitzen, wird indirekt von externen Akteuren, die anscheinend mit der Entwicklung der Netze unter der ärztlichen Führerschaft unterschiedliche Erwartungshaltungen haben, aufgrund ihrer Machtfunktion (u.a. Gesetzgeber, Leistungsfinanzierer) „sanfter“ Einfluss ausgeübt. So bettet sich ein Praxisnetz in ein externes, polyzentrisches Umfeld ein, das die Netzentwicklung entscheidend mitbeeinflusst. Mit der Steigerung des Vertragswettbewerbs im System wächst der Druck auf die Leistungserbringer. Krankenkassen und KVen sind Komponenten eines Interessensdilemmas, in das ein Praxisnetz eingespannt wird. So erhoffen sich die Leistungsfinanzierer als potenzieller Vertragspartner Qualitätsverbesserungen und Kosteneinsparungen durch die ambulanten Kooperationsformen, die über Selektivverträge vereinbart werden sollen. Prognostiziert werden sinkende Einnahmen hinsichtlich der ambulanten Behandlung aus dem Gesamtbudget, so dass Selektivverträge entscheidend an Attraktivität gewinnen, in dem das Vertragsinstrument als existenzsicherndes Einkommensäquivalent für Ärzte agiert (Werthern, 2009d). Durch diesen Hintergrund wird schnell ersichtlich, dass die Krankenkassen die Netzentwicklung indirekt durch eine schleichende Privilegierung einzelner Netzprojekte mitbestimmen. Auch die KVen, die zu Beginn der Selektivverträge ihren Stellenwert im System gefährdet sahen, sind nicht nur in eine Beratungsfunktion der Praxisnetze aufgestiegen, sondern verfügen inzwischen über finanzielle Mittel zur Subventionierung einzelner Netzprojekte. Die Einigung von KBV und dem GKV-Spitzenverband auf einen netzwerkspezifischen Kriterienkatalog zur finanziellen Förderung der Gebilde offenbart eindeutig die Tendenz einer intendierten

Selektionsentwicklung der KVen von Praxisnetztypen und demonstriert die Einflussstärke dieses Gesundheitsakteurs auf die Netzentwicklung (Rieser, 2013). Krankenhäuser, die durch die resultierenden gesetzlichen Wettbewerbsveränderungen ihren ambulanten Einflussbereich erhöhen wollen, befinden sich ferner in dem externen Spannungsfeld. Hinsichtlich der Zusammenarbeit von Netzen existieren zwei, grundverlegend diversifizierende Handlungstendenzen, die situationsabhängig von der Zielsystematik eines Krankenhauses abhängen. Zum einen können mit dem Netz kooperative Aktivitäten angestrebt werden, die bspw. das Einweisermanagement betreffen. Zum anderen kann aber auch das Krankenhaus ein hauseigenes MVZ gründen, das als Konkurrenz der niedergelassenen Ärzteschaft wahrgenommen werden kann, so dass sich diese von dem Leistungserbringer eher distanzieren wollen (Lüngen, 2007; Behar und Wichels, 2008). Als letzte bedeutende Einflussgröße müssen noch die fachspezifischen Berufsverbände genannt werden, die sich nun auch im Selektivvertragswesen aktiv beteiligen und grundsätzlich konträr zur Förderung der Netzentwicklung wirken. Der Selektivvertrag wird als finanzielle und einflussreiche Steuerungsgröße ihrer Mitglieder aufgefasst, so dass das Instrument nicht nur die Verbandsexistenz sichert, sondern zudem die Chance generiert, aus dem Schatten der KV emporzusteigen und das zukünftige Gesundheitssystem fundamental mitzugestalten (Korzilius und Gerst, 2009).

Das externe polyzentrische Interessenskonglomerat eines Praxisnetzes kennzeichnet sich also in Bewertungen durch Subjektivität aus, die sich in der Selektion der Bewertungsparameter widerspiegelt und den Top-Down Ansatz bevorzugt.

4.2.2. Klassifizierungsmuster als Beispiel des Individualitätsdilemmas

Die extrem hohe Netzindividualität erschwert ebenfalls ein objektives Benchmarking. Die Problematik der extrem hohen Individualität wird bei der Betrachtung der Klassifizierungssysteme fassbarer. Bis heute existiert kein standardisiertes Gliederungsraster von Praxisnetztypen, so dass sich nur durch die Priorisierung von subjektiv ausgewählten Kriterien verschiedene Netztypen herauskristallisieren. Die Konstatierung eines fehlenden, einheitlichen Bestimmungsmodus von Netzen findet sich besonders unmittelbar im Definitionsdilemma wider. Zudem leitet sich dieser problematische Status durch die Herkunft der Praxisnetze ab, so dass schon Unternehmensnetzwerke nicht eindeutig kategorisiert werden konnten. Nachfolgend werden nun drei Kategorisierungsschemata im Praxisnetzdiskurs beispielhaft vorgestellt, um dieses prekäre Szenario zu konkretisieren. Besonders die Spannungskonstante von Subjektivität und Individualität wird deutlich. Zudem wird die notwendige Bedingung eines Bewertungsansatzes konkret, die Integration des

Ursprungs und der Definition der Individualität eines Netzes, die bei den Netzmitgliedern gründet und sich in deren Motivstruktur widerfindet.

Schicker verwendet bspw. folgende Kriterien zur Einstufung eines Netzes, die in der Tabelle 8 dargestellt sind.

Merkmal	Ausprägung		
	Netzzusammenstellung	stabil	
Koordinationsrichtung	heterarchisch		hierarchisch
Kooperationsrichtung	horizontal	vertikal	diagonal
Stärke und Dauer der Wirkung	Strategisch		Operativ
Gesetzliche Grundlage	Modellvorhaben (§§ 63-65 SGB V)	Strukturvertrag (§ 73 a SGB V)	Integrierte Versorgung (§§ 140 a-h SGB V)
Versorgungsauftrag und -angebot	indikationsspezifisch		umfassend
Merkmale und Ziele	Zielstufe 1 (Individualziele der Ärzte)	Zielstufe 2 (Qualität, Wirtschaftlichkeit, Humanität der Versorgung durch Verbesserung von Service und Leistungsangebot)	Zielstufe 3 (Verbesserung von Qualität und Effizienz der Versorgung)
Einschreibung der Versicherten	(Einschreibemodell)		„Passive Teilnahme“ als Patient von Leistungserbringern im Netz
Leistungsabrechnung	Praxis-Honorarmodelle		Individuelle Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV)
Netzmanagement	Ehrenamtlich durch Netzärzte		Vollzeitmanagement durch professionelle Netzmanager

Tabelle 8: Merkmale von Praxisnetzen (aus Schicker, 2008)

Durch die Verknüpfung der einzelnen Ausprägungsformen aus den Netzcharakteristiken wie Koordinationsausrichtung und Netzwerkmanagement entsteht die spezifische Netztypologie (Schicker, 2008). Jedoch erhöht diese Vorgehensweise wegen der fehlenden Gewichtung auf dominierende Netzattribute die heterogene Typologiebestimmung und kann hauptsächlich als Basis eines merkmalsbestimmenden Selektionsmix für die Bildung von Grundtypen dienen. Ein weiteres Grundtypenschema hat die Bertelsmann-Stiftung entwickelt, das auf einem dreidimensionalen Kriterienkatalog basiert. Die ausschlaggebenden Netzvariablen beziehen sich auf die Versorgungsqualität, das Erreichen von Verhandlungsmacht und die betriebswissenschaftliche Effizienzsteigerung. In einer fünfstufigen Skala werden dann die einzelnen Dimensionen bewertet, wodurch ein durchschnittlicher Gesamtreifegrad des Netzes ermittelt wird. Zudem wird die zielspezifische Dominanz einer Dimension noch festgestellt, so dass sich in Verbindung mit dem Gesamtreifegrad, der die Professionalität eines Netzes widerspiegelt, 9 Grundtypen ergeben. Niedrige Professionalität wird bei einer Unterschreitung eines durchschnittlichen Gesamtreifegrads von „2“ erreicht. Nach der Prävalenz der

Zieldimension werden demnach niedrig professionalisierte Netze als „Sozial engagierte Netze“, „Einkaufsgemeinschaft“ oder „Kampfnetz“ bezeichnet (Bertelsmann-Stiftung, 2009). Die weitere Einteilung verdeutlicht die nachfolgende Tabelle 9.

		Typische Netzziele		
		Versorgungsqualität	Betriebswirtschaftliche Effizienzsteigerung	Erreichen von Verhandlungsmacht
Professionalität	Niedrig	Sozial engagierte Netze	Einkaufsgemeinschaft	Kampfnetz
	Mittel	Qualitätsnetze	Investmentclub	Gewerkschaftsnetz
	Hoch	Integriertes Versorgungsnetz	Betriebswirtschaftliches Versorgungszentrum	KV-Ersatznetz

Tabelle 9: Idealisierte Praxisnetztypen (aus Bertelsmann Stiftung, 2009)

Das Bewertungsraster erzeugt dadurch ein Netzcluster, das es ermöglicht, die Heterogenität der Netztypen einzugrenzen.

Ein überschaubareres Klassifikationsmuster wird noch von der KV Nordrhein dargestellt, die nur vier Grundtypen registriert: Qualitätsgemeinschaft, Betriebswissenschaftliche Netze, HVM-Modellgemeinschaft, Anbietergesellschaft gegenüber Krankenkassen.

Die Gruppierungen ergeben sich aus der Prioritätsfixierung einzelner Netzziele. Ergo wird ein Praxisnetz, das grundlegend die medizinische Versorgung verbessern will, in dem die Netzmitglieder eine Anlaufpraxis außerhalb der Sprechstundenzeiten errichten, als Qualitätsgemeinschaft eingestuft. Betriebswissenschaftliche Netze intendieren eine Konzentrierung betrieblicher Funktionen, so dass durch die Kooperation finanzielle Vorteile (u.a. durch eine Reduzierung der Praxiskosten) realisiert werden können. Wenn ein Netz einen eigenen Honorartopf aufweist, der nach eigenen Verteilungsregeln unter den Netzteilnehmern aufgeteilt wird, kann das Netz als HVM-Modellgemeinschaft kategorisiert werden. Dieses Segment zeigt zudem wesentliche Merkmalsausprägungen einer Qualitätsgemeinschaft. Die Typenbildung der KV Nordrhein wird letztendlich durch die Anbietergemeinschaft gegenüber Krankenkassen abgeschlossen. Diese Praxisnetze symbolisieren maßgeblich die vom Gesetz intendierten integrierten Versorgungsformen, die indikationsspezifische transsektorale Versorgungsprojekte anstreben, die anschließend den Leistungsfinanzierern als Produkt angeboten werden (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, 2013b).

Definitiv verdeutlichen die drei Klassifikationsschemata, dass die Gliederung von Netzen nicht valide, sondern sehr institutionenabhängig ist und in der Regel sehr divergent ausfallen kann, da die Skalierungen extrem subjektiv terminiert werden. Für ein objektives Benchmarking, das vor allem die Entwicklung der Netze fördert und jeweilige Schwachstellen der Netze signalisiert, sind die bisherigen Kategorisierungsraster nicht geeignet. Ein solches entwicklungsgesteuertes Benchmarkingsystem, das zugleich als Basis eines Typologisierungsraster agieren soll, muss sich besonders an den originären Charakteristiken eines Netzwerkes orientieren, und zwar an der Bipolarität von Stabilität und Flexibilität.

4.3. Problemidentifikation II: Know-How über den Ursprung des Netzwerkwandels und der Netzwerkdynamik

4.3.1. Allgemein über Netzwerk Wandel und -dynamik

Das Know-How über theoretische Grundlagen zu Entwicklungsparametern und zur Dynamik eines Netzes definiert den letzten Problemherd bei Bewertungsansätzen. Aufgrund der steigenden Umweltdynamik bilden sich Netzwerke bezüglich ihrer strategischen Flexibilität als adäquate Antwort auf die zukünftigen Herausforderungen in der Literatur heraus, die aber paradoxerweise ebenfalls die Umweltdynamik intensivieren. Selbst die innovativen Gebilde sind Teil eines Wandlungsprozesses (Sydow, 2005). Die Netzwerke tangieren schon per se den Wandelbegriff, in dem die Kooperation aufgrund ihrer Beschaffenheit als dynamisch angesehen werden darf, da sie ständig von den Netzakteuren modelliert und umgeformt wird (Nohria, 1992). Daher rückt nun die Frage in den Fokus, welche Einflussfaktoren für den organisationalen, schrittweisen Wandel verantwortlich sind und welche Voraussetzungskriterien für Wandel existieren müssen.

In dem Diskurs wird vom organisatorischen Wandel gesprochen, der generell als Herausforderung einer Organisation mit Veränderung interpretiert werden kann. Der Terminus impliziert auch per se eine Neutralität bezüglich der Bewertung einer organisatorischen Veränderung: „Organisatorischer Wandel ist daher nicht zwangsläufig positiv im Sinne von Fortschritt, Modernisierung oder Erneuerung anzusehen; Veränderungen, wie z.B. bürokratische Verkrustung oder rasantes Unternehmenswachstum, können durchaus negativ wirken. Außerdem muss Wandel nicht stetige Aufwärtsentwicklung bedeuten [...].“ (Scherer und Pietsch, 2007).

Der Wandlungsprozess interagiert mit dem Wirkungskreis der Entwicklungsdynamik, die versucht, die entscheidenden Einflussvariablen für den Wandel zu identifizieren (Baumgarten, 1998). Im generellen Netzwerkkontext existieren nun verschiedene Modelle zur Erklärung der Dynamik dieser Kooperationsformen, deren bekannteste Phänotypen nun erläutert werden,

wobei der informative Zusatz erbracht werden muss, dass die Veränderungsforschung dieser Gebilde sich noch in den Anfangsstadien befindet (Sydow, 2005). Dies stellen auch Das und Teng fest: „Little is known about how alliances and their contexts – including the characteristics of the partner firms – co-evolve in a dynamic fashion (Das und Teng, 2002).“ Diese Problematik wird zu wenig in Bewertungsdiskursen behandelt und betont bei der Einstufung des Entwicklungsstatus eines Praxisnetzes. Vor allem

4.3.2. Theoretische Modelle zur Erklärung der Netzentwicklung – Strukturation als Leitmuster

4.3.2.1. Lebenszyklusmodelle – der altmodische Ansatz

Die betriebswissenschaftliche Literatur befasste sich am Anfang der Kooperationsforschung vorzugsweise mit Lebenszyklusmodellen (Sydow, 2003), die die Entwicklung von Netzwerken durch ihre Analogie zum Lebenslauf biologischer Organismen phasenweise und idealtypisch von einem Ausgangsstadium aus darstellen. Der Ansatz wird auch häufig für die Entwicklung von Arztpraxen herangezogen (Börkircher, 2004). Der lineare Verlauf des Lebenszyklus ist ein konstituierendes Merkmal dieser Phasenmodelle. Die Entwicklung wird grundsätzlich in folgende fünf Phasen segmentiert, welche die Nähe zum Produktlebenszyklus deutlich werden lässt: Gründung, Wachstum, Reife/Stagnation, Rekonfiguration/Schrumpfung, Auflösung (Tiberius, 2008). Ein erstes repräsentatives Modell dieser Entwicklungsgruppierung ist das Modell von Dwyer et al., die einen Lebenszyklus anhand der Unternehmen-Kundenbeziehung konzipiert haben.

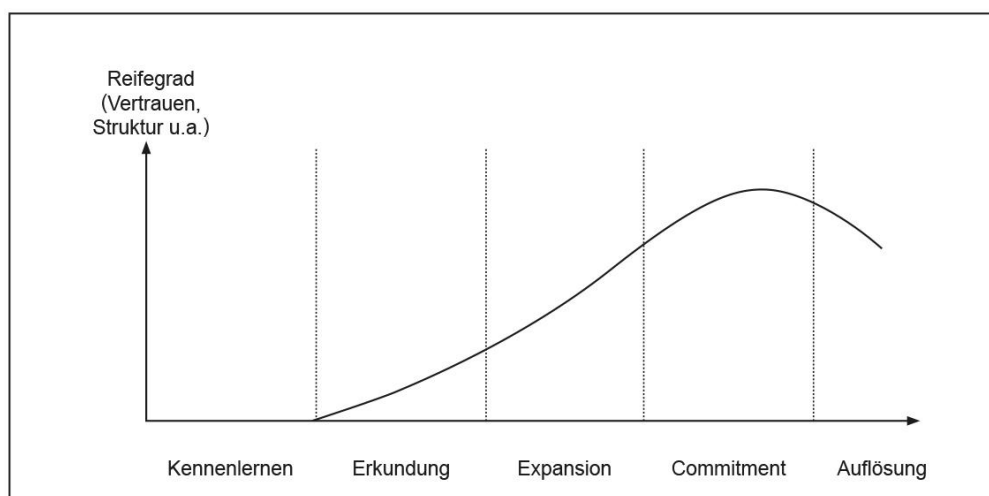


Abbildung 25: Lebenszyklus-Modell für ein Netzwerk (umgezeichnet nach Dwyer et al., 1987)

Die erste Phase (Awareness) kennzeichnet eine strategische Justierung des Unternehmensimages, um für potenzielle Geschäftspartner attraktiv zu sein. Anschließend werden in einem Explorationsstadium, das gleichbedeutend mit dem Beginn einer Geschäftsentwicklung ist, erste Überlegungen zu Kosten, Nutzen und Chancen der Interaktion vorgenommen. Zeitgleich werden vorläufige Stichprobentests zur Leistungsfähigkeiten der Geschäftsbeziehung durchgeführt. Ein Rückzug aus der Geschäftsinteraktion ist zu diesem Zeitpunkt noch ohne gravierende Konsequenzen möglich.

Wenn die Erkundungsphase als erfolgreich eingestuft wird, erfolgt eine Intensivierung der Geschäftsinteraktion (Expansion), in der der Aufbau von Vertrauen und Reduktion von Unsicherheit dominiert, wodurch Anpassungsmodifizierungen von den Geschäftspartnern schneller und einfacher impliziert werden. Die anschließende Stufe (Commitment¹¹) beinhaltet dann die stärkste Bindungsintensität, in der Prozesse bezüglich der Geschäftsbeziehung institutionalisiert werden. Weiterhin charakterisiert diese Phase eine hohe Zufriedenheit bei den Geschäftspartnern, so dass die involvierten Akteure keinen Geschäftspartnertausch erstreben. Umgekehrt wird es für externe Geschäftspartner immens schwierig, in die bestehende Geschäftsbeziehung einzutreten. Die Auflösung der Geschäftsbeziehung (Dissolution) kommt nur als Alternative in Betracht, wenn die Geschäftsakteure mit dem aus der Kooperation erbrachten Nutzen bspw. unzufrieden sind (Dwyer et al., 1987; Schwerk, 2000).

Trotz der hohen Popularität von Lebenszyklusmodellen in der betriebswissenschaftlichen Literatur steht das Konzept bezüglich Unternehmenskooperationen erheblich in der Kritik. Sydow drückt dies so aus: „Derartigen Phasenmodellen heftet etwas Willkürliches an, sie haben für das Netzwerkmanagement allenfalls einen heuristischen Wert. Das Willkürhafte drückt sich zum einen in der Vielfalt und Varietät der in den verschiedenen Modellen unterschiedenen Phasen aus, zum anderen in der Frage, wie lange bestimmte Phasen dauern und wovon die Dauer einer Phase abhängen mag.“ (Sydow, 2005). Auch die Annahme eines deterministischen Verlaufes von einem Ausgangsstadium aus, der quasi nicht aufgehalten werden kann, verdeutlicht weitere Schwächen dieses Konzeptes (Tiberius, 2008).

¹¹ Commitment wird im Netzwerkkontext wie folgt expliziert: „Die innere Bereitschaft und Verpflichtung der Netzpartner, selbst in schwierigen Phasen, bspw. in der Phase der nicht vorhandenen Reputation des Gründungsunternehmens, bei internen Krisen einer der beiden Partner oder bei schwierigen Wettbewerbsbedingungen, zu einem anderen Netzwerkpartner zu stehen und das Gegenüber an sich zu binden, machen das Commitment schließlich aus (Pechlaner und Hammann, 2008).“

4.3.2.2. Nicht-Lineare Modelle – repräsentativ, aber nicht wegweisend

Nummerisch viel überschaubarer als die populären Lebenszyklusmodelle sind die Entwürfe der nicht-linearen Entwicklungsentwürfe einer evolutionären Darstellung der Unternehmenskooperationen. Die Vertreter dieser Sparte integrieren die Entwicklung interorganisationaler Beziehungen in iterative Prozessmodelle (Doz, 1996). Ein anerkannter Archetypus aus der Schar nicht-linearer Modelle wurde von Ring und van de Ven konzipiert, der sich durch drei maßgebliche, wiederholende Entwicklungsschritte auszeichnet, die in Verhandlungs-, Selbstverpflichtung- und Ausführungsphase unterteilt werden (Ring und van de Ven, 1994).

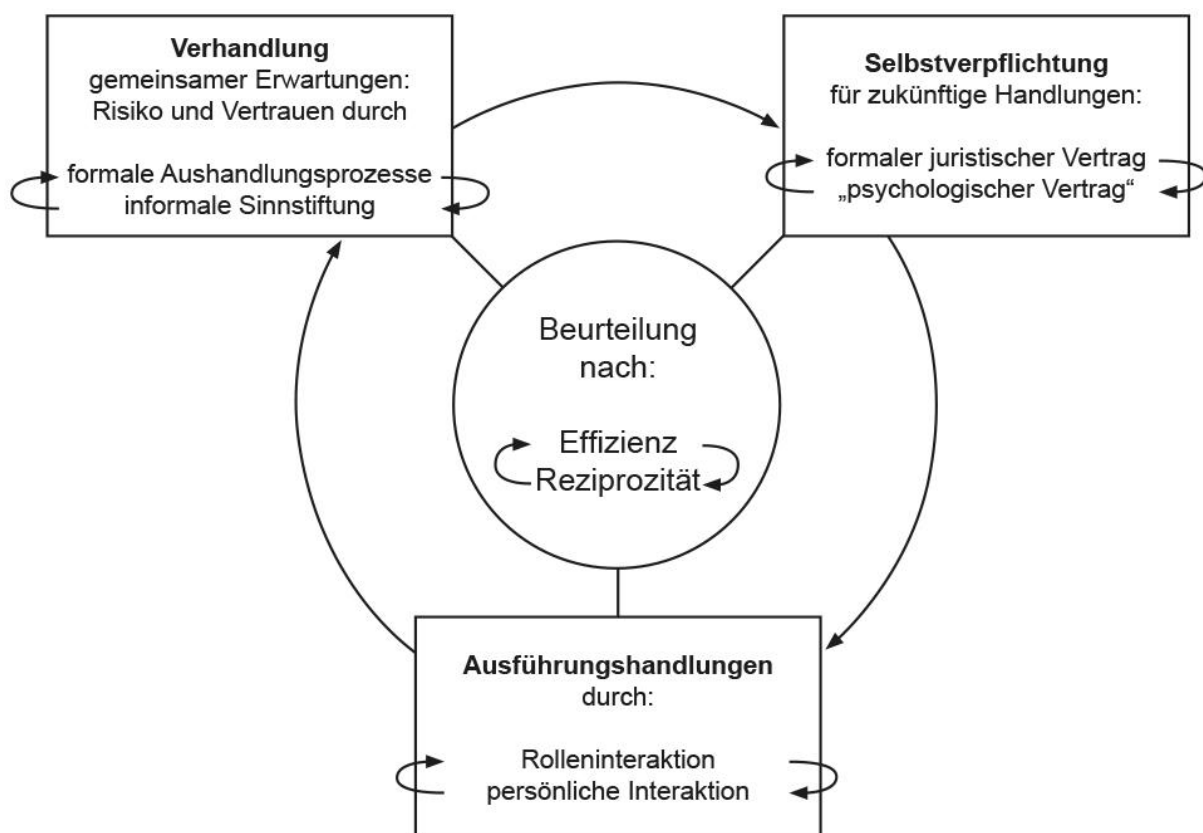


Abbildung 26: Prozessmodell der Entwicklung von Allianzen – übersetztes Modell von Ring und Van de Ven (aus Hoffmann, 2001)

Der Ausgangspunkt des Modells stellen die Vertragsverhandlungen dar, die durch formelle und informelle Prozesse charakterisiert werden, und aus denen eine gemeinsame Erwartungshaltung resultiert. Im nächsten Schritt wird das Commitment ausgebaut, in dem ein juristischer und/oder psychologischer Vertrag abgeschlossen wird, der wiederum die Basis für Ausführungshandlungen in Form von persönlicher Interaktion und formeller Rolleninteraktion sichert. Zuletzt schließt sich der Kreis durch die Beeinflussung der Erwartungshaltung durch

die personalen und rolleninduzierten Handlungen. Die Resultate werden bezüglich Effizienz- und Gerechtigkeitskriterien überprüft und rekursiv auf den Prozessverlauf übertragen, wodurch die Entwicklung eines Netzwerkes initiiert wird (Sydow, 2003). Sydow attestiert diesen Modellen einen hohen Realitätsbezug: „Die nicht-linearen Prozessmodelle kommen mit ihrer Berücksichtigung von Planung und Emergenz sowie der zumindest impliziten Thematisierung des Verhältnisses von Stabilität und Flexibilität als Spannungsverhältnis m.E. einer realistischen Vorstellung von Netzwerkentwicklung am nächsten (Sydow, 2003).“

4.3.2.3. Netzwerkentwicklung als Strukturation – maßgebend und zukunftsorientiert

Eine weitere prominente Sichtweise zur Erfassung der Netzdynamik wird von Sydow mithilfe der Giddenschen Strukturationstheorie erläutert. Sydow versucht, die Netzwerkentwicklung als Strukturation darzulegen, weil seiner Ansicht nach, „[...] die Dynamik von Netzwerkorganisationen [...] nicht in Entwicklungsmodellen, weder in linearen noch in nicht-linearen [...], befriedigt werden können.“ (Sydow, 2003). Die Strukturationstheorie bettet Netzwerke in einen Dualismus von Struktur und Handlung ein. „Struktur und Handlung dürfen nicht als ‚Entweder-oder‘ sondern müssen als ‚Sowohl-als-auch‘ betrachtet werden; sie sind zwei Seiten ein und derselben Medaille.“ (Tiberius, 2008). Walgenbach unterstützt diese Denkweise, in dem er festhält, dass Handeln von und in Organisationen weder durch reinen Voluntarismus noch durch vollkommene strukturelle Bedingungen adäquat abgebildet werden kann (Walgenbach, 2006). Die Struktur ist nach Giddens also beides, Medium und Ergebnis reproduzierender Handlungen (Giddens, 1979). Soziale Akteure reproduzieren durch ihre Handlungen die Bedingungen (Struktur), die ihr Handeln ermöglichen, andererseits agieren Strukturen als Medium und werden zum Resultat sozialen Handelns (Walgenbach, 2002).

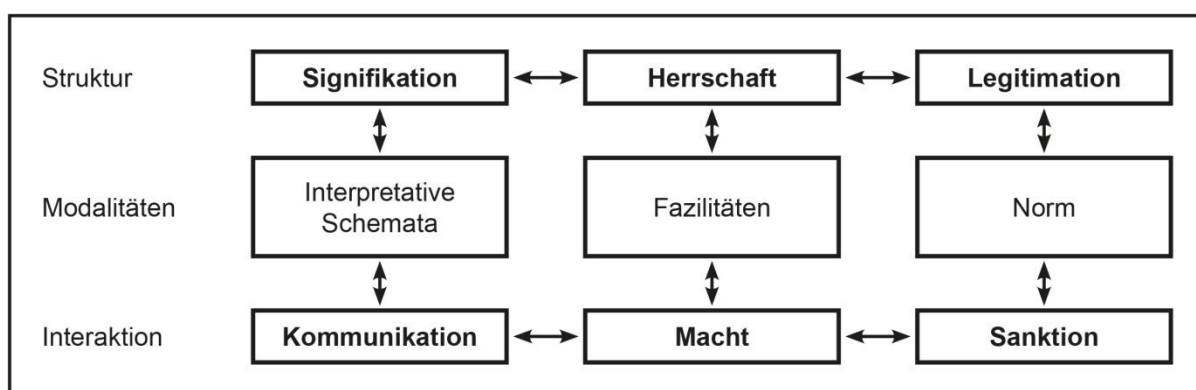


Abbildung 27: Dimensionen der Dualität von Struktur (aus Giddens, 1997)

Die Struktur wird als Ressourcen und Regeln definiert (Giddens, 1997). Semantische Regeln zur Geschichte und Symbol sollen zum einen die Sinnhaftigkeit der Handlung verifizieren, zum

anderen nehmen die Regeln Bezug auf moralische und rechtlichen Aspekte, die einen sanktionierenden und verpflichtenden Bezugsrahmen schaffen. Die Ressourcen, wodurch ausschlaggebend Macht ausgeübt werden kann, werden in eine allokativen und autorativen Dimension differenziert. Der allokativen Ressourcentyp bezieht sich auf die Herrschaft über Objekt, Güter und materielle Phänomene. Die Herrschaft über Personen oder Akteure wird als autorative Ausübungsquelle bezeichnet. Im Kontext der spezifischen Ressourcensparte muss jedoch der Hinweis hinzugefügt werden, dass auch universelle Allokationsmedien (Bsp. Geld) existieren, die beide Ressourcendimensionen beinhalten (Walgenbach, 2006).

Sydow wendet nun diese theoretische Basis zur Netzwerkdynamik an und begründet seinen Standpunkt, dass der Wandel in sozialen Systemen ein notwendig immanenter Normalzustand ist, der ohne Blick auf Stabilität bzw. stabilisierende Prozesse und Strukturen nicht begreifbar ist (Sydow, 2003). Netzwerkveränderungen beschreibt Sydow ergo als „(...) intendierte und unintendierte Konsequenzen von Akteurshandeln, das sich notwendig auf Strukturen der Organisation (Organisationsstrukturen), des Netzwerks (Netzwerkstrukturen) und/oder des Felds (Feldstrukturen) beziehen muss und diese dabei reproduziert oder transformiert (Sydow, 2003).“ Netzwerkdynamik ist in Bezug auf die Strukturationstheorie auf allen drei Dimensionen (Legitimation, Signifikation, Domination) und entsprechenden Ebenen zu analysieren. Der Ausgangspunkt für den Netzwerkwechsel wird trotz der multidimensionalen Betrachtungsweise bei den Akteuren verortet, unabhängig davon, ob Veränderungsimpulse aus der Netzwerkwelt (dem organisationalen Feld) oder von einzelnen Netzwerkteilnehmern ausgehen. Denn erst durch die Wahrnehmung und Aufnahme des endogenen bzw. exogenen Veränderungsfaktors durch die Netzwerkakteure kann die Entwicklung des Netzwerks sich vollziehen (Sydow, 2003). Zu den strukturationstheoretischen Ansätzen werden auch kritische Äußerungen vorgefunden, da das Modell die empirische Relevanz, eindeutige Begriffserklärungen oder inhaltliche Konkretisierungen vermissen lässt (Walgenbach, 2006). Die Theorie kann die Realität zwar widerspiegeln, jedoch sind die Folgen der Veränderungen nicht absehbar: „Es mag sein, dass die Strukturationstheorie die Wirklichkeit richtig abbildet. Wenn sie es aber tut, dann entpuppt sich die Idee einer wirklichen Gestaltbarkeit von sozialen Systemen, seien es Gesellschaften, seien es Organisationen, als Illusion.“ (Walgenbach, 2006).

Vor allem die Entkräftung des hohen Abstraktionsgrades des Konzeptes wird von Sydow als Kernaufgabe der empirischen Forschung konstatiert (Sydow, 2003).

Die Strukturationstheorie ist aber definitiv gegenwärtig der populärste Ansatz unter renommierten Netzwerkwissenschaftlern, so dass sich diese Arbeit nach den Leitsätzen des Konzeptes bezüglich der Netzwerkdynamik orientiert. Interorganisationaler und organisationaler Wandel fordert demnach ein gewisses Maß an Stabilität (Sydow, 2005). Zudem wird die Quelle der Dynamik bei den Netzwerkakteuren ausgemacht.

4.4. Problemlidentifikation III: Ausblendung der konstituierenden Spannungskonstante eines Netzes – Autonomie und Abhängigkeit im Fokus

Um nun ein vollkommen, umfassendes Verständnis über den Kontext der Bewertungsproblematik zu erhalten, müssen abschließend die strukturellen Besonderheiten eines Netzwerkes veranschaulicht werden, die per se individuelle Spannungsfelder hervorrufen und die Integration bzw. die Steuerung dieser Kooperationsform problematisieren. Die anfangs abwehrende Blockadehaltung der Bundesärztekammer gegenüber Praxisnetzen deutet bspw. schon die Schwierigkeit der Vereinbarkeit von wettbewerblichen Kooperationsformen und der Berufsethik an. Praxisnetze als Managed Care Element stellten für die Ärztekammer ein Risiko der ärztlichen Freiberuflichkeit dar (Kloiber, 2004).

Auch wenn die Haltung der Ärztekammern sich mittlerweile gebessert hat und die grundsätzliche Akzeptanz aus der niedergelassenen Ärzteschaft gegenüber Praxisnetzen besteht, wird sich dies sicherlich als ein Spannungsfeld manifestieren.

Auf der Makroebene muss grundsätzlich die Kompatibilität von Praxisinteressen und Netzzielen untersucht werden, die durch die untenstehende Abbildung 28 an Brisanz gewinnt.

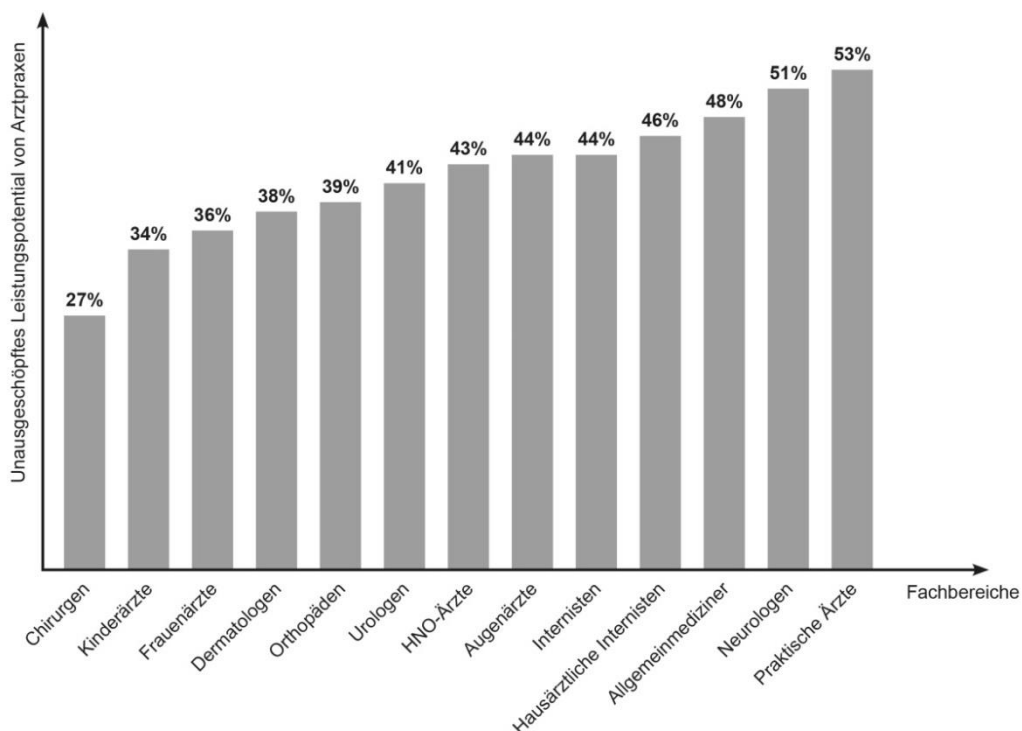


Abbildung 28: Unausgeschöpftes Leistungspotenzial von Arztpraxen zum Best-Practice (umgezeichnet nach Thill, 2012)

Das Leistungspotenzial vieler niedergelassener Arztpraxen hat noch einen enormen Optimierungsbedarf. Der niedergelassene Arzt findet sich demnach nicht in einer „Komfortzone“ wieder, in der er seine volle Konzentration auf das Netz richten kann. Die Entscheidung für ein Praxisnetz erscheint unter diesen Umständen als rationelle Abwägung seiner Praxis- und Netzinteressen. Der berufliche Stress von Ärzten ist hier ein gravierender Faktor bei der Einschätzung des subjektiven, ärztlichen Berufsstatus, in dem sich Kostendruck und Zeitmangel summiert, so dass ein großer Teil der Ärzte von Burn-out-Syndromen betroffen sind (Laschet, 2011). Stress wird sogar schon zu einer natürlichen Umschreibungskomponente für den Arbeitsplatz eines niedergelassenen Arztes, wie die Tabelle 10 demonstriert.

Kurative Tätigkeit in Deutschland	
Frage: „Was verbinden Sie mit dem Arbeitsplatz...?“	
Krankenhaus	Praxis
Stress (97%)	Stress (83%)
Bürokratie (98%)	Bürokratie (96%)
Vereinbarkeit von Familie und Beruf (14%)	Vereinbarkeit von Familie und Beruf (74%)
Hierarchie (97%)	„Sein eigener Herr sein“ (93%)
Angemessene Bezahlung (15%)	Wirtschaftliches Risiko (96%)
Karrierechancen (60%)	Verantwortung (99%)

Tabelle 10: Was verbinden Sie mit dem Arbeitsplatz? (aus Bühnen, 2010)

Der berufliche Stress muss nun im Hinblick auf die Netzentwicklung spezifiziert werden. So wird häufig eine Steigerung der Lebensqualität mit dem Netzwerk intendiert, jedoch verursacht die Kooperationsform auch einen erheblichen Aufwand (bspw. Koordination, Aufbau). Mithilfe eines Netzwerkes kann negativer Stress abgebaut werden, was aber wiederum viel Zeit beansprucht, so dass das personale Durchhaltevermögen und die Motivation entscheidend sind. Denn ansonsten wird das Spannungsfeld schnell zu einem ernsthaften, existenzbedrohenden Konfliktfaktor.

Zusätzlich wird durch die weiteren arbeitsplatzassoziativen Merkmale Brisanz in das veränderte Rollendenken von niedergelassenen Ärzten impliziert. So kann die Antwort „Sein eigener Herr sein“ mit 93 Prozent nicht als besonders förderlich bezüglich neuer kooperativer Handlungsschemata eingestuft werden. Die modifizierten Ansätze tangieren traditionelle Muster einfach maßgebend, die über Jahrzehnte hinweg gewachsen sind. Die Anpassung an verändernde Rahmenbedingungen und Versorgungsmodelle braucht Zeit, so dass Widerstände und Ängste abgebaut werden können (Leithoff, 2009).

Die beschriebenen Faktoren beeinflussen vor allem die Netzeintrittsmotive und die aktuelle Motivstruktur eines Netzmitgliedes. Sie verdeutlichen die Ohnmacht der Charakteristik und Steuerungsform des Praxisnetzes (siehe Abbildung 29), die sich letztendlich im konstituierenden Netzpolaritätspaar Autonomie und Abhängigkeit wiederfindet.

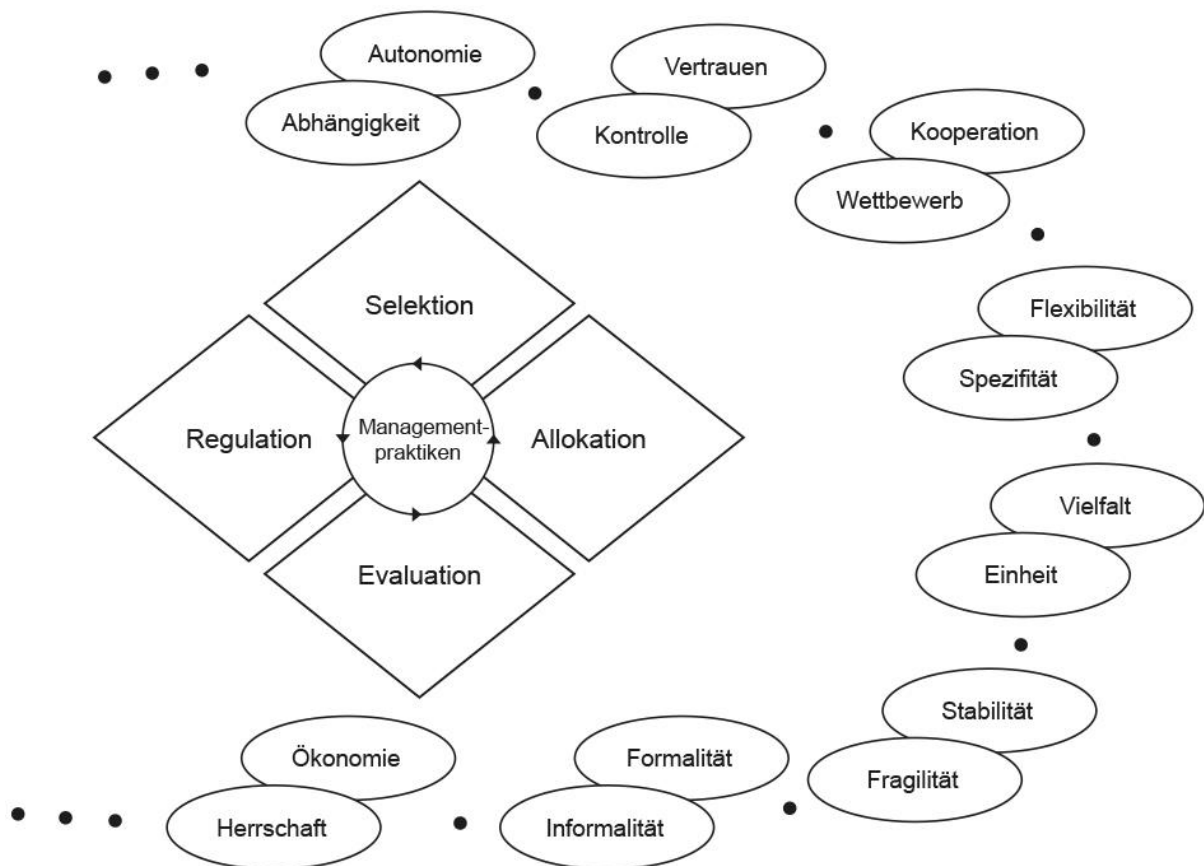


Abbildung 29: Netzwerkmanagement in Spannungsverhältnissen (aus Sydow, 2001)

Die Interaktion von Autonomie und Abhängigkeit zeigt gerade die Komplexität der Praxisnetzentwicklung und die hohe Anforderung für eine erfolgreiche Existenzsicherung der intermediären Organisationsform. Die Anforderung wird erst nach Netzeintritt in der permanenten Interaktion für ein Netzmitglied realiter. Die Balancierung der Grenzen zwischen Autonomieverlust und wirtschaftlicher sowie rechtlicher Selbstständigkeit zu definieren, sind Hauptaufgaben des Netzmanagements. Die hohe Individualität verhindert auch hier eine Pauschalisierungsantwort zu den Grenzwerten. Spannungskonflikte in der Praxisnetzentwicklung sind also per se vorprogrammiert und gehen mit der intermediären Organisationform einher. Ärztliche Freiberuflichkeit, eigene Praxisführung, unterschiedliche Fachbereichsinteressen sind nur ein paar Konfliktherde des Netzwerkes und Netzmitgliedes im Spannungsfeld „Autonomie und Abhängigkeit“ (Börkircher, 2004, Bühler, 2006). Das Netzmitglied sieht sich zwangsläufig in dieser dauerhaften Bipolarität in der verändernden

Netzentwicklung. Das Netzwerkmanagement muss dies in seiner Tätigkeit und Aufgabenspektrum berücksichtigen. Jedoch muss die Netzwerkführung abschätzen können bzw. über das Wissen des idealisierten Zustandes dieser Bipolarität verfügen, um die Praxisnetzentwicklung erfolgreich zu gestalten. Die ärztliche Erwartungshaltung eines Mehrwerts aus der Kooperation fließt gravierend in die Überlegungen mit ein (Bühler, 2006). Der subjektive Netznutzen und der Verlust der Abhängigkeit der Autonomie werden beim Netzmitglied abgewogen.

Dadurch können u.a. Aussagen zur Netzentwicklung bezüglich der Professionalität abgeleitet werden, die anhand des Verbindlichkeitsgrad eines Netzes interpretiert werden können, der im Grunde proportional mit den Autonomieverlusten der Mitglieder korreliert. Die Mitglieder eines Praxisnetzes, das die DMP in seine Zielsystematik integriert, müssen demnach aufgrund der Notwendigkeit von verbindlichen Strukturen stärkere Einbußen ihres Handlungsfeldes in Kauf nehmen (Güssow, 2007). Für den niedergelassenen Arzt wird diese Spannungsebene noch diffiziler, wenn das Netz eine Budgetverantwortung übernimmt, so dass eine Partizipation am Netz mit einem finanziellen Risiko behaftet ist. Die Ausbalancierung dieser Spannungsebene wird zu einem essentiellen Aufgabenbereich eines Netzes, wodurch summa summarum die Stabilität eines Netzes gefährdet wird (Werthern, 2009b).

Zusammenfassend bedeutet dies, dass eine Professionalisierungsentwicklung eines Netzes vom Status der Motivstruktur und Entwicklungsbereitschaft bzw. -fähigkeit der Netzmitglieder abhängig ist. Das entscheidende Bipolaritätscharakteristikum für ein Netzwerkgelingen, „Stabilität“ (Effizienz) und „Flexibilität“ (Effektivitätsbedingung) manifestiert sich hier auch.

Im Benchmarkmodell wird die Stabilität als Entwicklungsbasis definiert und die Flexibilität als Entwicklungsfähigkeit eines Praxisnetzes determiniert.

Besonders auf dieser Bipolarität muss die Gewichtung bei entwicklungsorientierten und objektiven Bewertungsansätzen von Praxisnetzen gelegt werden. Die Konzentration auf das Gebilde „Praxisnetz“ und den Kern eines Netzes sind ein notwendiges Kriterium.

5. Die Konzeptionierung eines neuen Bewertungsansatzes – Theoretische Grundlagen und Methodik des Entwicklungspotenzials eines Praxisnetzes

5.1. Ausgangspunkt: Die Bipolarität von Stabilität und Flexibilität als Entwicklungs- und Erfolgsparameter

Im ersten Kapitel wird schon die hohe Bedeutung von Flexibilität und Stabilität betont, die fundamental für ein Unternehmensnetzwerk sind. Vor allem dieses Polaritätspaar kann das Entwicklungspotenzial unabhängig von der hohen Netzheterogenität darstellen, die resultierend dadurch als Erfolgsparameter aufsteigen.

Die kausale Assoziation der Termini „Erfolg“ und „Stabilität“ bzw. „Flexibilität“ wird dabei im Folgenden zuerst unter Berücksichtigung verschiedener theoretischer Ansätze erläutert, um die Erfolgsparameter im Netzwerkkontext und als Entwicklungsgaranten zu verifizieren.

In der betriebswissenschaftlichen Literatur werden grundlegend drei differente Theorieansätze zur Erklärung des Erfolgs populistisch angeführt: der Zielansatz (goal approach), der Systemansatz (systems resource approach) und der interessenspluralistische Ansatz (multi constituency approach) (Staehe, 1994). Der Zielansatz wurde maßgebend von Etzioni entwickelt und prägt den Erfolgsbegriff anhand der formulierten Unternehmensziele. Nach dem theoretischen Konstrukt ist der Grad der Zielerreichung für die Erfolgsdeterminierung bedeutend (Etzioni, 1964). Auf Basis von Kritikquellen des Zielansatzes, in welchen bspw. das Fehlen von konfliktären Zielen innerhalb einer Organisation angenommen wird, entstand der Systemansatz, der eine mehrdimensionale Betrachtung des Erfolges vornimmt. Vor allem im Systemansatz wird die Unternehmensumwelt miteinbezogen, so dass nicht nur interne Schlüsselvariablen wie die Unternehmensziele, sondern auch externe Faktoren für den Erfolg entscheidend sind. Nach diesem Modell orientiert sich die Erfolgsdefinition nach der Unternehmensfähigkeit hinsichtlich der Ressourcengewinnung, Sicherung der internen Systemstabilität und der Interaktion zur Umwelt (Miles, 1980). Erfolg wird dadurch zu einem multidimensionalen Komplex, der aufgrund seiner Wesenszüge kaum messbar ist und eher die langfristige Überlebensfähigkeit des Unternehmens anstrebt (Bleicher, 1979). Eine weitere theoretische Modifizierung erfolgte mit dem interessenspluralistischen Ansatz. Ein Unternehmen kann nach diesem theoretischen Verständnis nur erfolgreich sein, wenn die Erwartungen und Ansprüche aller internen und externen Interessensakteure zufriedengestellt werden. Zu den externen Interaktionsakteuren werden Lieferanten oder Kunden gezählt (Staehe, 1994). Obwohl der Zielansatz aufgrund seiner Anwendungssimplizität in

forschungsrelevanten Projekten sehr beliebt ist (Fritz, 1992), hegemoniert kein theoretisches Konzept eindeutig in sämtlichen Aspekten hinsichtlich Essenz und Anwendung. Erfolg ist und bleibt einfach ein subjektives Phänomen des Bewertenden (Grabatin, 1981). In dieser Untersuchung wird Erfolg als Effizienz und Effektivität operationalisiert. Effizienz und Effektivität werden dabei ebenfalls vermehrt in der Literatur als Synonym für Erfolg angesehen (Staehele, 1994; March und Sutton, 1997). Auch in Bezug auf den Netzwerkdiskurs wurde dies schon in den vorherigen Kapiteln insofern angeführt, als dass die Überlebensfähigkeit und die weitere Entwicklung eines Unternehmensnetzwerkes von einer Effektivitäts- und Effizienzbedingung geprägt wird (Sydow, 2010b; Jarillo, 1988). Die irreversible Verbindung der Erfolgstermini wird von Drucker passend und prägnant wiedergegeben:

„Effizienz heißt, die Dinge richtig tun; Effektivität heißt, die richtigen Dinge tun.“¹²

Unternehmenserfolg stellt sich nur bei einer Optimierung beider Prozessfaktoren ein, die sich durch eine enge Interaktionsdistanz und gegenseitiger Abhängigkeit kennzeichnen. Nach diesen beiden Erfolgsfaktoren müssen Unternehmen ihr Handlungsmuster richten (Drucker, 1974; Scholz, 1987).

Diese Studie orientiert sich an folgender Definition von Effizienz und Effektivität:

„Eine Organisation ist effizient in dem Maße, in dem es ihr gelingt, die individuellen Kooperationsmotive zu erfüllen. Sie ist effektiv in dem Maße, in dem der gemeinsame Organisationszweck erreicht wird. Wenn eine Organisation ineffizient ist, kann sie nicht effektiv sein und geht unter, weil die die Kooperation zerbricht. Und umgekehrt ist Effektivität der Organisation notwendig, um effizient zu sein und die erwarteten Leistungen für die Organisationsmitglieder bereitzustellen. Erforderlich ist also für das Überleben der Organisationen gleichsam ein langfristiger Gleichgewichtszustand zwischen Anreizen und Beiträgen, das Anreiz-Beitrags-Gleichgewicht.“ (Koschnick, 1998). Ein positiver Kooperationsaldo wird auch von den meisten KMUs, in denen auch Arztpraxen eingruppiert werden können, als eminenten Erfolgsfaktor einer Kooperation angesehen. Nur Vertrauen wird höher eingestuft, jedoch ist diese Komponente nur schwer mess- und valide darstellbar. Hingegen können die Erfolgsfaktoren, Effizienz und Effektivität, leichter quantifiziert werden und symbolisieren im Endeffekt eine uniforme, valide Erfolgsmessung, die besonders für interne und externe Adressaten (Netzvorstand, Gesetzgeber) interessant ist.

Die beiden Termini finden sich auch in der konstituierenden Netzwerkcharakteristik wider, so dass die Plausibilität einer Kontextualisierung und Transferierung auf die Netzwerkebene sichergestellt ist. Effizienz und Effektivität stehen sinnbildlich für das Polaritätspaar, Stabilität

¹² Die übersetzte Definition geht auf H.P. Drucker zurück: „Effectiveness is doing the right things. (...) Efficiency is concerned with doing the things right (Drucker, 1980).“

und Flexibilität. Dies kann speziell in der interdependenten Beziehung der beiden Pole festgestellt werden (siehe Abbildung 30).

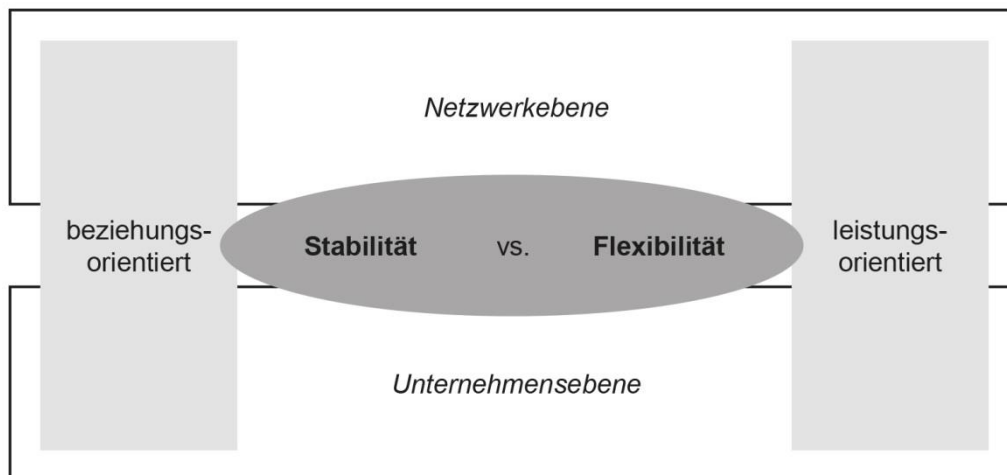


Abbildung 30: Stabilität vs. Flexibilität im Netzwerkkontext (aus Rief, 2008)

Rief deutet die enge Assoziation der Termini wie folgt an: „Dieses interpendente Verhältnis lässt sich folglich auch darin ausdrücken, dass einerseits die Stabilität in der Flexibilität liegt, d.h. der flexible Zugriff auf erforderliche Ressourcen stabilisiert wettbewerbsorientiert das Netzwerkbündnis, andererseits liegt die Flexibilität in der Stabilität, d.h. der erleichterte Rückgriff auf stabile Beziehungsstrukturen ermöglicht ein flexibles Handeln.“ (Rief, 2009).

Auch Siebert bekräftigt die kausale und kontextualisierte Synonymisierung durch folgende Aussagen: „Während die Effektivitätsbedingung für Netzwerke eine höhere Leistungsbereitschaft als bei anderen Koordinationsformen verlangt, d.h. einen größeren Kuchen schafft, fordert die Effizienzbedingung eine Zufriedenstellung aller Beteiligten, d.h. eine gerechte Verteilung des zusätzlichen Kuchens.“ (Siebert, 2010). Die Stabilität eines Netzwerkes („Effizienz“) kann somit durch einen Anreiz-Beitrags-Wert ausgedrückt werden. Die Flexibilität eines Netzwerkes deckt besonders zukünftige Effektivitätschancen („Erhöhung des Anreizes“) auf, die für die Weiterentwicklung eines Praxisnetzes fundamental sind.

Vor allem für professionelle Netzwerke bedarf es einer Ausbalancierung dieser Polaritäten. Stabilität ermöglicht erst bestimmte interorganisationale Routinen und Handlungspfade. Jedoch wird ein Übermaß an Stabilität (in Relation zur Flexibilität) als negativ eingestuft, weil durch diese Polarisierung die strategische Flexibilität eines Netzwerkes verloren geht und dem Netzwerk sein entscheidendes Vorteilskriterium genommen wird (Sydow, 2010b). Deswegen sind Stabilität und Flexibilität eines Praxisnetzes für die netzwerkspezifische Gesetzesintention von fundamentaler Bedeutung, damit zukünftige Reformen hinsichtlich einer progressiven Netzentwicklung effektiv und effizient umgesetzt werden. Denn speziell

diese charakteristische Bipolarität steht für Innovation und Kostenkontrolle, die auch schon Miles und Snow eruiert haben (Miles und Snow, 1978).

Das Polaritätspaar personifiziert sich so zu einem bedeutenden, uniformen Erfolgs- und Entwicklungsparameter in der Netzlandschaft, so dass die Stabilität und Flexibilität adäquat als Achswerte eines zweidimensionalen Benchmarkmodells fungieren können, wodurch ein Entwicklungspotenzial eines Praxisnetzes aufspannt wird, das die Individualität des Netzes komplett ausblendet und die persistente Praxisnetzexistenz in den Mittelpunkt stellt. Vor allem in der dynamischen und turbulenten Umwelt der Gesundheitsbranche muss der Fokus auf diese Entwicklungsparameter ausgerichtet sein. Die Abbildung 31 verdeutlicht nochmal das Grundgerüst des Modells und seine Achsenparameter. Der Stabilitätsfaktor wird als Effizienz und Entwicklungsbasis bezeichnet, die sich nach der subjektiven Nutzenstruktur eines Netzmitgliedes orientiert. Der Flexibilitätsfaktor, der sich als Entwicklungsfähigkeit determiniert, wird durch Arbeitszufriedenheitsformen nach Bruggemann berechnet. Durch diesen Wert kann speziell das Modell als entwicklungsorientiert charakterisiert werden, das die zukünftige Leistungsorientierung eines Netzes berücksichtigt. Die Effektivitätsbedingung grenzt sich somit auch klar von der vergangenen und aktuellen Effektivität eines Netzes ab. Durch den Stabilitäts- und Flexibilitätsfaktor wird dann letztendlich das Produkt gebildet, das den Vergleichs- und Zielwert des Bewertungsmodells, das Entwicklungspotenzial (A_E), darstellt. Diese Kennzahl ist der Kern des neuen Bewertungsansatzes.

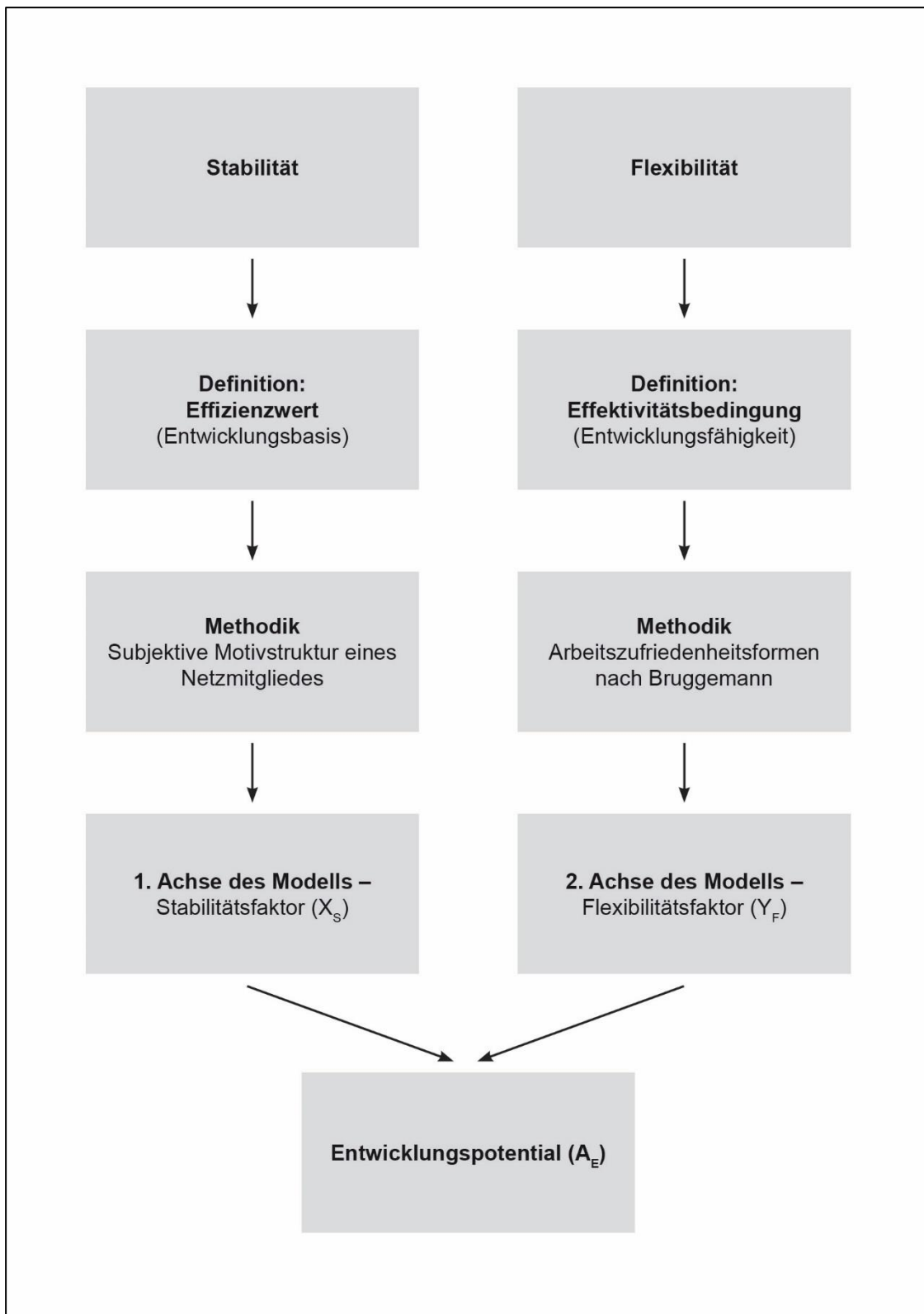


Abbildung 31: Die Transferierung von Stabilität und Flexibilität im Benchmarkkontext (eigene Darstellung, 2015)

5.2. Der Mitgliedernutzen als Basis des Stabilitätsfaktors – Die 1. Bewertungsachse des Entwicklungspotenzials (x_s)

5.2.1. Die Anreiz-Beitrags-Theorie als theoretische Basisformel

In dem Entwicklungskontext spricht Sydow von einem notwendigen Mindestmaß an Stabilität für Flexibilität (Sydow, 2003). Stabilität wird so zu einer notwendigen Bedingung für Flexibilität. Wie bereits ausgeführt wird die Stabilität eines Praxisnetzes von einem Anreiz-Beitrags-Wert charakterisiert. Der theoretische Bezugsrahmen wird deswegen konsequenterweise durch die Anreiz-Beitrags-Theorie gebildet, deren Erklärungsgrundlage die Frage ist, warum Mitarbeiter in ein Austauschverhältnis mit einem Unternehmen eintreten bzw. dieses aufrechterhalten (Stock-Homburg, 2010). Besonders bei dem finanziellen und beruflichen Druck der Ärzte hängt das Gelingen eines neuen Versorgungsinstruments von dem Perspektivgrad nach Gewinnchancen bzw. einer lohnenden Investition ab (Schmid-Domin, 2009). Besonders die Anreiz-Beitrags-Theorie stellt kausal die Vorteilhaftigkeit einer Kooperation heraus (Kleer, 1991). Barnard, der als Begründer dieser Theorie gilt, versteht unter Organisationen einen zweckgerichteten Kooperationsverbund, dessen Funktionsfähigkeit und Stabilität von der Bereitschaft und Engagement seiner Mitglieder abhängt (Barnard, 1938). Die Ziele des Verbundes stehen sinnbildlich für die Interessen bzw. individuellen Zielen seiner Mitglieder (Hüttner und Heuer, 2004).

Die enge Interaktionsnähe zwischen der Theorie und dem Netzwerk wird bezüglich der Zielsystematik durch Simon noch untermauert:

„Individuen sind bereit, die Mitgliedschaft in einer Organisation zu akzeptieren, wenn ihre Tätigkeit in der Organisation direkt oder indirekt zu ihren eigenen persönlichen Zielen beiträgt.“ (Simon, 1981). Demnach ist es auch eine Voraussetzung für ein Netzwerkgelingen, dass generell eine Win-Win-Situation für alle partizipierenden Unternehmen am Netzwerk angestrebt wird, so dass bei jedem Unternehmen der erwirtschaftete Nutzen mindestens dem Mitteleinsatz entspricht (Jarillo, 1988). Die Kernaussage der Theorie fasst genau diese Thematik auf, in dem die Organisationsteilnehmer der Koalition (Organisation) in einem subjektiven Bewertungsprozess ihre Anreize mit ihren zu leistenden Beiträgen vergleichen. Solange das Verhältnis ausbalanciert ist bzw. der Anreiz höher als der Beitrag wahrgenommen wird, wird der Mitarbeiter sehr wahrscheinlich in dem Unternehmen verweilen und sich engagieren. Bei einem Minderwert wird jedoch die betroffene Person die Alternative des Austrittes aus dem Unternehmen sicherlich in Erwägung ziehen (Nick, 1975; Simon, 1981). Ein Unternehmen ist demnach bestrebt, langfristig mindestens ein Gleichgewicht zwischen den individuellen Kosten aller Beteiligten und ihrem individuellen Nutzen zu ermöglichen (Hutzschenreuter, 2009). Die Anreize sowie die Beiträge können dabei monetärer oder nicht-

monetärer Art sein (Barnard, 1938; Stock-Homburg, 2010). Es ist nämlich immens wichtig, dass das Netzwerk nicht nur mithilfe von Sachleistungen (z.B. Prämien) die Motivation der Netzteilnehmer hervorruft, sondern vor allem einen Anreiz hinsichtlich von verbesserten Arbeitsbedingungen oder ermöglichten Fortbildungsmaßnahmen generiert. Des Weiteren ermöglicht die Fokussierung des Unternehmens auf die Anreiz-Beitrags-Struktur, den Wert des Netzwerkes in den Augen der Netzpartner zu steigern.

Die Handlungsmöglichkeiten für einen Mitarbeiter, die ergo auf einem subjektiven Kosten-Nutzen-Kalkül beruhen, können so in einer Vier-Felder-Matrix dargestellt werden.

Entscheidung	Nutzenbilanz aus Sicht des Mitarbeiters	
	Positiv	Negativ
Verbleib im Betrieb	Teilnahmeentscheidung	Kompensationsentscheidung
Wechsel (Eintritt/Austritt)	Eintrittsentscheidung	Austrittsentscheidung

Tabelle 11: Vier Handlungsmöglichkeiten im Rahmen der Anreiz-Beitrags-Theorie (aus Kühn et al., 2005)

Die Tabelle 11 verdeutlicht, dass eine negative, subjektiv empfundene Nutzenbilanz nicht automatisch zu einem Austritt führen muss, sondern die betroffene Person kann eine Anreizaufwertung oder Beitragsreduzierung vornehmen, so dass wieder eine Balance hergestellt wird (Kühn et al., 2005).

5.2.2. Der subjektive Nutzen im Fokus

Die Anreiz-Beitrags-Theorie basiert demzufolge auf einem nutzentheoretischen Konzept, wonach sich das individuelle Verhalten der Akteure dirigieren lässt (Klimecki und Gmür, 2005). Der Nutzenterminus besitzt nach der Theorie die höchste Anziehungskraft für ein Netzwerk (Knop, 2007). Das Netzwerk kann quasi als Investition verstanden werden, das einen Nutzen erwirtschaften soll. Basierend auf Johansons und Mattssons Konzeptualisierungen wird die Nähe zum Investitionsterminus nochmal deutlich: „The network model can be used to interpret and analyse investments. Firms in the network are engaged in exchange processes. Assets in each firm are used to produce and to market the goods and services. However, because of the interdependencies between the firms the use of the assets in one firm is dependent on the use of other firms' assets. Thus investment processes and their consequences are interdependent in the network.” (Johanson und Mattsson, 1985).

Nach Brede ist eine Investition erstmal mit der Intention des Investors verknüpft, welchen Nutzen er daraus ziehen will. Der Investor will nicht nur mindestens seine ursprünglich eingesetzten Mittel wiedererhalten, sondern zielt selbstverständlich auf einen Überschuss der eingesetzten Mittel. Die zurückfließenden Mittel können dieselbe oder eine andere Form einnehmen (z.B. in Naturalien statt Geld oder in Gestalt immaterieller Werte) (Brede, 2004). Da das Netzwerk als Investitionsgut eines niedergelassenen Arztes wahrgenommen werden kann, wird die Plausibilität für die Anwendung des subjektiven Nutzenprinzips nun weiter aufgezeigt.

Dabei darf der Terminus „Nutzen“ im Diskurs nicht falsch interpretiert werden. Denn das subjektive Nutzenprinzip ist auch mit kollektivistischen Ideologien kongruent (Mohr, 2008). „Rationale, Nutzen maximierende Wahlhandlungen schließen unegoistisches, altruistisches Verhalten nicht aus.“ (Wieland und Weinzierl, 2011).

Die Ethik steht dementsprechend nicht konträr zu einer utilitaristischen Denkweise:

„Viele ethische Sichtweisen beschäftigen sich in einem normativen Sinne damit, welchen Zielen menschliches Handeln dienen soll und was Menschen für sich als wertvoll und nützlich anerkennen und empfinden sollen. Es wird damit vollständig anerkannt, dass Menschen bestrebt sind, ihren jeweils persönlichen Nutzen zu vermehren, was sich natürlich nicht nur auf materielle Aspekte allein beschränkt.“ (Kühn et al., 2005).

Unter dem Begriff Nutzen summieren sich so auch Anerkennung, soziale Zugehörigkeit oder der Status.

Durch eine innere bewusste oder unbewusste Nutzenkalkulation, in der eine subjektive Selektion, Präferenz und Gewichtung der potenziellen Nutzenfaktoren vorgenommen wird, wird der allgemeine Anreizwert einer Unternehmung bestimmt. Das Prinzip der Nutzenmaximierung unterstützt das Netzwerk speziell hinsichtlich folgender Bereiche:

- Mitarbeitermotivation
- Konfliktmanagement
- Außendarstellung

Durch den Einblick in das subjektive Nutzenportfolio der Netzpartner können adäquate Anreizmaßnahmen bezüglich der Mitarbeitermotivation erfolgsversprechend gefördert werden (Kühn et al., 2005). So wird der Nutzenterminus zum stärksten Motivator speziell zu Beginn eines Netzwerklebens (Knop, 2007). Außerdem wird mithilfe des Nutzenprinzips die Konfliktbehandlung innerhalb der Organisation verbessert. Durch die Enttabuisierung der subjektiven Nutzenoptimierung werden problemlösungsorientierte Verhaltens- und Arbeitsweisen leichter in das Netzwerk integriert, wodurch keine Verschleppung oder Aufschiebung des Konfliktes entsteht. Schließlich ist die Nutzenoptimierung für die

Außendarstellung des Netzwerkes bedeutungsvoll. Denn die Wahrnehmung und Akzeptanz der involvierten Netzakteure zeigt sich auch im Kontakt zur globalen Aufgabenumwelt, so dass quasi jeder Netzteilnehmer als Imagefunktionär des Netzes agiert (Kühn et al., 2005).

5.2.3. Die Quelle des subjektiven Nutzens – Die Motivationsstruktur des Netzakteurs

Mitarbeiterbindung wird durch eine Funktion von Anreizen bestimmt, die sich durch Langfristigkeit und Bedeutungsgehalt auszeichnen. Eine wichtige Bedingung eines Anreizsystems ist es demnach, dass diese sich am im Unternehmen existierenden Bezugsrahmen orientieren und als Subventionsinstrument bezüglich der unternehmerischen Ziele fungieren, so dass im besten Fall das Unternehmen selbst zum Anreiz metamorphiert (Loffing und Loffing, 2010). Jost drückt die Suche nach einem entsprechenden Anreizsystem mit dem sogenannten Motivationsproblem einer Organisation aus:

„Das Motivationsproblem einer Unternehmung besteht also darin, die Kooperation seiner Mitarbeiter unter Berücksichtigung ihrer individuellen Zielvorstellungen zu gewährleisten. Die Lösung des Motivationsproblems besteht in der Gestaltung einer Anreizstruktur (Jost, 2008).“
Ein Anreizsystem kann folgende Funktionsweisen enthalten (Becker, 1995):

- Aktivierungsfunktion: Anreizsysteme aktivieren Motive der Mitarbeiter,
- Steuerungsfunktion: Art und Intensität von Mitarbeiterverhalten wird von Anreizsystemen durch positive oder negative Anreize gesteuert,
- Informationsfunktion: Anreizsysteme vermitteln Informationen über die Führungspolitik und darüber, was als positiv oder negativ angesehen wird oder
- Veränderungsfunktion: Anreizsysteme verdeutlichen veränderte Anforderungen.

Von Rosenstiel präzisiert den Terminus des Anreizes in der Organisation als jene Komponente der wahrgenommenen Situation, die für die Motivaktivierung zuständig ist. Der Anreiz darf nur aus der Interaktion zwischen objektiv gegebener Situation und motivierter Person verstanden werden. Für ihn existieren vier grundlegende Anreizebenen (von Rosenstiel, 1975):

- die finanziellen Anreize wie die direkte Entlohnung oder verbilligte Einkaufs- und Tankmöglichkeiten,
- die sozialen Anreize, u.a. in Form von Quantität und Qualität der Möglichkeit des Mitarbeiters zur Kontaktaufnahme,
- Anreize der Arbeit per se, die die Gestaltung des Arbeitsplatzes oder die Arbeitsbedingungen tangieren,

- Anreize des organisationalen Umfeldes beinhalten Aspekte zum Standort, der Größe oder des Images der Organisation.

Außerdem können Anreize zielgruppenspezifisch unterteilt werden. Eintrittsanreize, die sich besonders auf die Attraktivität des Unternehmens oder die besondere ausgeschriebene Position beziehen, sollen sich bspw. primär auf potenzielle, für das Unternehmen lukrative Interessenten konzentrieren. Nach der erfolgreichen Integration müssen Bleibeanreize gesetzt werden, damit die betreffende Person bestärkt wird, im Unternehmen zu bleiben. Daneben können Leistungsanreize vom Unternehmen gestaltet werden, die leistungsorientierte Verhaltensweisen bei einem speziellen Mitarbeiterklientel nach sich ziehen sollen. Eintritts- und Bleibeanreize entsprechen bei vielen Anreizsystemen oftmals einer universellen Form (Loffing und Loffing, 2010). Organisationen gestalten demnach Anreize, die Individuen zur Teilnahme motivieren sollen (Berger und Bernhard-Mehlich, 2006).

Im wirtschaftlichen Zusammenhang bedeutet die Motivation „(...) die Bereitschaft eines Individuums große Anstrengungen zur Erreichung der Organisationsziele zu leisten, unter der Bedingung, dass diese Anstrengungen zur Befriedigung der Bedürfnisse des Individuums beitragen.“ (Kirchler und Rodler, 2001). Unter dem Begriff Motivation verbirgt sich eine Vielzahl aktivierter Motive, die in einer komplexen Situation ein beobachtbares Verhalten hervorrufen (von Rosenstiel, 1975). Zudem spielt bei der Bestimmung der personalen Motivation neben dem situativen Anreiz die persönlichen Präferenzen und deren Wechselwirkung eine entscheidende Rolle (Heckhausen und Heckhausen, 2010).

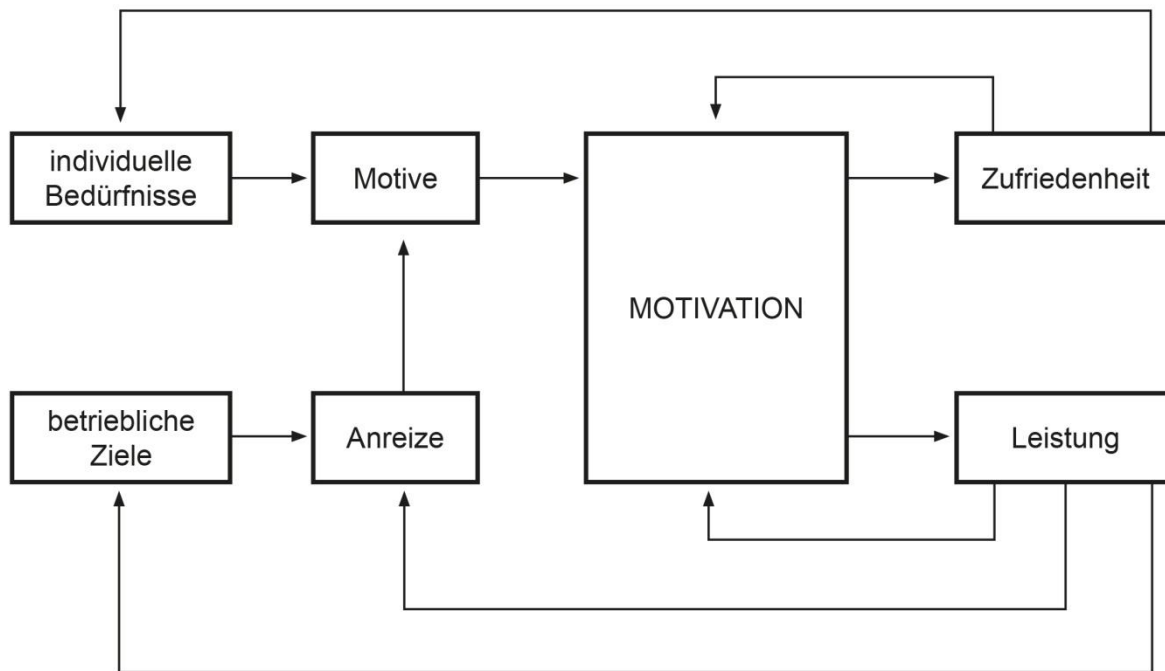


Abbildung 32: Determinanten der Motivation (aus Bühner, 2005)

Ein unbefriedigtes Bedürfnis wird zu einem aktivierten Motiv, das anschließend die Handlung bestimmt, die der Mitarbeiter zur Realisierung seiner subjektiven Ziele anstrebt, die im Endeffekt gleichbedeutend mit der Befriedigung des Bedürfnisses sind (Bühner, 2005).

Der Anreiz eines Netzwerkes hängt deswegen von der personenbezogenen Motivations- und Bedürfnislage eines Netzteilnehmers ab (Nick, 1975).

Die Kenntnis über die gewichtete Zusammensetzung der Motive der Netzteilnehmer wird demnach zum entscheidenden Vorteilskriterium für die optimale Gestaltung eines netzspezifischen Anreizsystems und somit zur Basis für eine subjektive Nutzenmaximierung für seine Mitglieder. Dabei wird keine explizite Differenzierung in intrinsische oder extrinsische Motive¹³ vorgenommen, da nach Heckhausen und Heckhausen die Auseinandersetzung, welche Motivationsart leistungsförderlicher ist bzw. auf sein Pendant stärkeren Einfluss ausübt, noch als illusionäres Konstrukt in der Literatur verweilt (Heckhausen und Heckhausen, 2010). Die Motivstruktur der Netzwerkakteure muss dementsprechend die Grundlage hinsichtlich der Berechnung der Effizienz („Stabilitätsfaktor“) und aktuellen Effektivität eines Praxisnetzes sein.

¹³ Intrinsische Motive: Wunsch, ein Verhalten um seiner selbst willen zu zeigen. Extrinsische Motivation: Wunsch, ein Verhalten wegen versprochener Belohnungen oder drohender Bestrafung zu zeigen. Vgl. hierzu Myers, 2008.

5.2.4. Berücksichtigung der subjektiven Gerechtigkeit und Nutzendynamik

Der Nutzendiskurs muss aber noch um den wesentlichen Aspekt erweitert werden, dass der Erfolg eines sozialen Systems von der Identifikation der Mitglieder abhängt, die aber nur auf Dauer gewährt werden kann, solange sich die Mitglieder der Einrichtung als gerecht behandelt fühlen. Bei subjektiv empfundener Ungerechtigkeit verliert jeder Anreiz seine motivationswirkende Leistung, so dass sich die subjektive Gerechtigkeit zum bedeutenden Schlüsselobjekt hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit, Leistungsbereitschaft und dem Betriebsklima manifestiert (Kühn et al., 2005). Die notwendige Berücksichtigung der Einbindung der Gerechtigkeit in die Anreizkonstellation zeigt die Abbildung 33, in der die Transparenz der Anreize ebenfalls eine wichtige Rolle spielt.

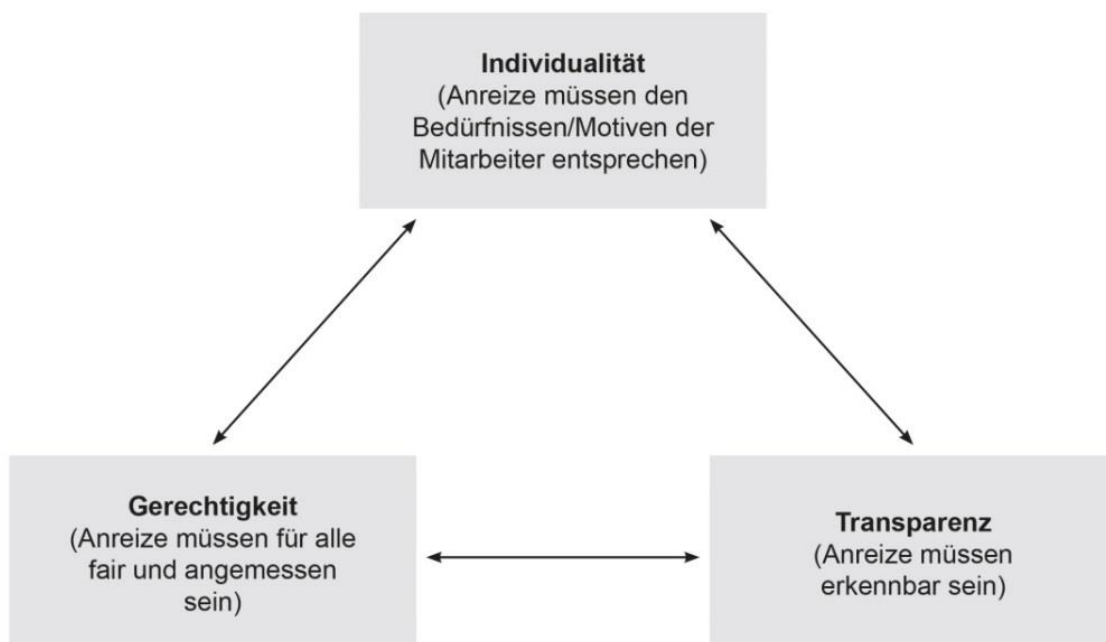


Abbildung 33: Anforderung an Anreize (Quelle: Loffing und Loffing, 2010)

Das Gerechtigkeitsempfinden wird im Netzwerkdiskurs eng mit der Reziprozität verknüpft, so dass von einer distributiven Gerechtigkeit gesprochen werden kann. Die subjektive Bilanzierung eines Netzteilnehmers seiner Input-Output-Relation zu einer Vergleichsperson wird als Maßstab für die Wahrnehmung von Gerechtigkeit definiert (Spieß, 2005). Adams verdeutlicht diesen Kerngedanken der Gerechtigkeit: „Inequity exists for Person whenever he perceives that the ratio of his outcomes to inputs and the ratio of Other’s outcomes to Other’s inputs are unequal. This may happen either (a) when he and the Other are in a direct exchange relationship or (b) when both are in an exchange relationship with a third party and Person compares himself to Other.” (Adams, 1965). Die Vielfalt und Heterogenität der

Verhaltensweisen aufgrund subjektiv wahrgenommener Ungerechtigkeit werden nun an den folgenden Beispielen verdeutlicht (Kühn et al., 2005):

- Veränderung des eigenen Outputs (Steigerung oder Senkung der Anstrengung; Überstunden),
- Veränderung des eigenen Inputs (Gehaltsforderung),
- Neubewertung von Einsatz und Ertrag,
- Änderung der Vergleichsbasis (vorzugsweise werden Personen oder Personengruppen gewählt, deren Input-Output-Verhältnis noch unausgewogener ist),
- Einwirken auf die Vergleichsperson (in Akkordgruppen werden solche Kollegen beeinflusst, die den Akkord drücken),
- Verlassen der unbefriedigenden Situation (Absentismus, Kündigung).

Des Weiteren müssen neben dem Gerechtigkeitsaspekt Grenznutzenprobleme und dynamische Nutzenbewertungen in die kritische Betrachtung einbezogen werden. Der proportionale Anstieg von subjektiver Nutzenbewertung und des objektiven Zustandes ist meistens nicht gegeben. Coleman verdeutlicht diesen Standpunkt durch folgende Aussage: „Wenn ich beispielsweise einmal eine Portion Eis gegessen habe, ist jede weitere Portion für mich immer weniger von Nutzen, bis hin zu dem Punkt, an dem ich mich weigere, überhaupt noch Eis zu essen. Dasselbe Gesetz trifft auf alles zu, was zum Gegenstand meiner Begierde werden könnte; Nahrung, Kleidung, Wohnung, Möbel, Fernsehprogramme, Gespräche, Partys, Bücher, Philosophie, Physik, Religion, Gebet, Tanz, Laufen, Musik, Liebe, Hass und so weiter.“ (Münch, 2004).

So entstehen verschiedene individuelle Kurvenverläufe zu Nutzenbewertungen in Abhängigkeit des objektiven Zustandes, die nachfolgend illustriert werden.

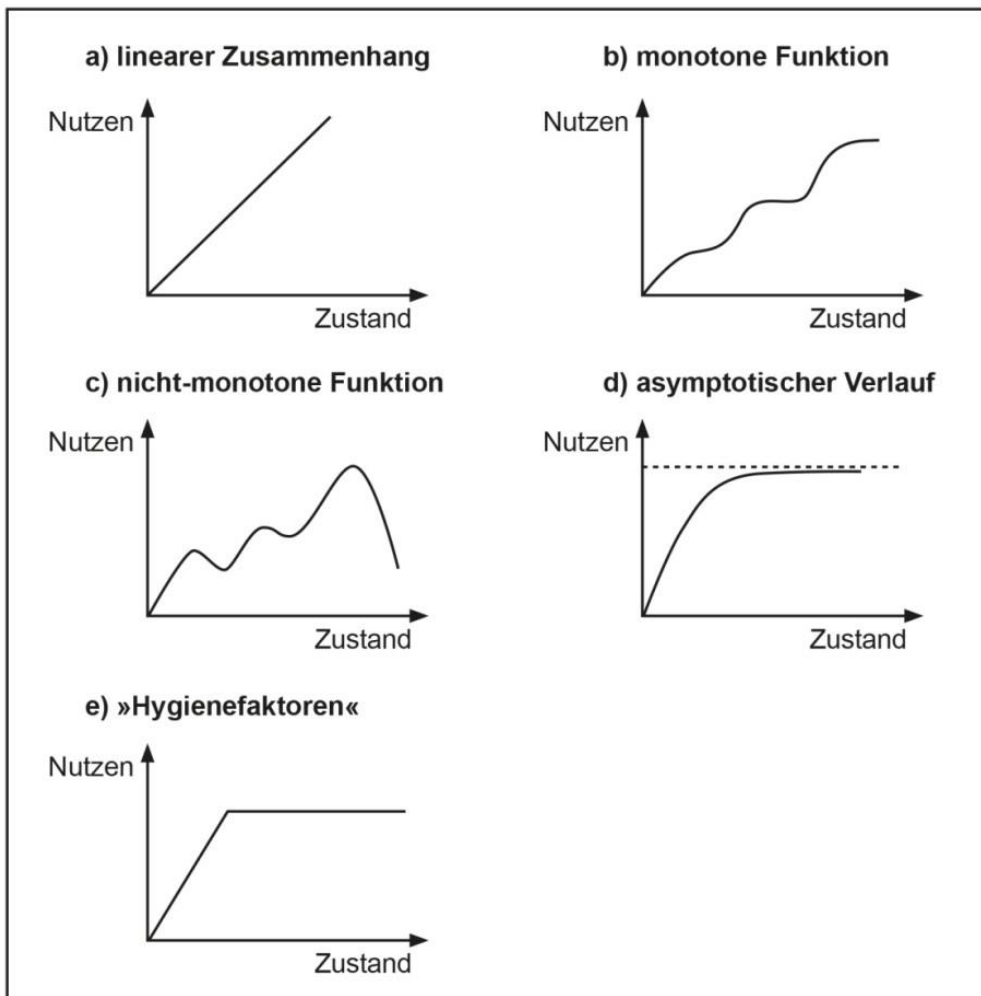


Abbildung 34: Typische funktionale Zusammenhänge zwischen objektiven Zustand und subjektivem Nutzen (aus Kühn et al., 2005)

Bei finanziellen Entlohnungen ist ein monotoner Kurvenverlauf vorstellbar, so dass der Anstieg eines Mitarbeitergehaltes mit einem höheren Nutzen beurteilt wird. Aber nicht jede finanzielle Aufwertung bewirkt dieselbe Zunahme des subjektiven Nutzenportfolios. Die Grafik c kann hier als Beispiel präsentiert werden, in der eine gegensätzliche Nutzenentwicklung im Laufe der Steigerung der objektiven Gegebenheit eintritt. Dieser Fall tritt bspw. ein, wenn der Vorgesetzte an der privaten Situation des Mitarbeiters Interesse zeigt, jedoch bei anhaltender Anteilszunahme der mitarbeiterbezogenen Privatsphäre einen sensiblen Schwellenwert bei der betreffenden Person überschreitet, so dass dies eine Nutzenreduzierung zur Folge hat. Die letzten beiden Nutzenkurven werden im Kontext zur Anstrengung und Leistung dargelegt. Beim Diagramm d nimmt der Nutzenzuwachs bis zu einer bestimmten Limitierungslinie stetig ab und passt sich dieser immer mehr an. Die finanzielle Entlohnung hätte zwar am Anfang einen erheblichen Anschlag des subjektiven empfundenen Nutzens, jedoch wird die Anstrengung oder das Leistungsspektrum auch intensiver, so dass ab einem fixen Punkt kein erheblicher Nutzenertrag mehr gewonnen werden kann und sich resultierend daraus ein

Grenznutzenproblem herausstellt. Der letzte Kurventypus weist annähernd auf denselben Komplex hin, jedoch wird hier auf spezielle Hygienefaktoren Bezug genommen, die Motive bezeichnen, denen eine besondere Gewichtung in der Nutzenbewertung zu Teil wird. Werden diese speziellen, präferierten Motive befriedigt, ist eine Maximierung der Nutzenbeurteilung eingetroffen, die nicht mehr gesteigert werden kann (Kühn et al., 2005). Vor allem bei einer ausschließlichen Fokussierung auf extrinsische Anreize stellt sich tendenziell diese Abstumpfung des Kurvenverlaufs ein, die in der zu häufigen Anwendung oder personifizierten Selbstverständlichkeit der Anreizinstrumente begründet liegt (Fischer und Wiswede, 2002). Ein weiterer kritischer Gesichtspunkt muss in Bezug auf das Merkmal der Dynamik des Nutzens exemplifiziert werden. Denn die subjektive Nutzenbewertung kann sich im Laufe der Zeit verändern, so dass kurz nach der Bedürfnisbefriedigung eines Anreizes wie bspw. einer Beförderung eine gewisse Zeitdauer vergehen muss, bis die Prämisse dieses Faktors bei einem Akteur wiederhergestellt ist. Für die Personalführung liefert die dynamische Betrachtungsweise wichtige Erkenntnisse für einen adäquaten Maßnahmenkatalog (Kühn et al., 2005):

- Einstellungsschwankungen können reduziert werden, indem man versucht, entweder die positiven oder die negativen Aspekte des Bewertungsobjekts zu ignorieren oder einer Neubewertung zu unterziehen. Das Management kann durch eine entsprechende Umsetzung der Unternehmensphilosophie hierbei eine Vorbildfunktion leisten.
- Ausgehend von der Beobachtung, dass die Einstellung von Personen zu Sachverhalten (wellenförmigen) Schwankungen unterliegen kann, ist es sinnvoll, Mitarbeitern von Zeit zu Zeit andere Tätigkeiten zuzuweisen und auf veränderte Anreizwirkungen bestimmter Tätigkeiten zu reagieren.
- Treten bei den Mitarbeitern keine Schwankungen trotz wahrgenommener Ambivalenz des Beurteilungsgegenstands auf, so ist anzunehmen, dass die Bewertungsstruktur der Mitarbeiter sehr viel komplexer ist und Verknüpfungen zu anderen Einstellungsobjekten vorliegen können. Es müssen bislang unbekannte Einflussfaktoren angenommen werden, die in Erfahrung zu bringen sind.

5.2.5. Die Integrationspflicht der Arbeitszufriedenheit – Der Vorteil der Multifunktionalität

Um nun die Stabilitätswerte objektiv zu bewerten, muss noch die Arbeitszufriedenheit (AZ) in das Modell eingebunden werden, die sich als Netzzufriedenheit instrumentalisiert und als Synonym agiert. Von Rosenstiel untermauert diese Denkweise, in dem er besonders hervorhebt, dass sich die Motivation positiv auf das Leistungsniveau und die Arbeitszufriedenheit auswirkt (von Rosenstiel, 2001). Die intensive Assoziation von Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit kann über verschiedene Theorien hinweg durch deren gegenseitigen, semantischen Affinität und Kongruenz bezüglich der Anwendung von Elementen interpretiert werden (Myers, 2008). Jedoch dürfen auch die kritischen Aspekte zur AZ nicht vernachlässigt werden. So hebt Kirchler hervor, dass Zufriedenheit relativ und subjektiv ist (Kirchler und Hölzl, 2008). Des Weiteren pointiert er weitere fragwürdige, inhärente Elemente der AZ: „Obwohl im Alltag kein Zweifel darüber besteht, was Arbeitszufriedenheit ist, haben die wissenschaftlichen Definitionsversuche bald gezeigt, dass die Abgrenzung des Begriffes von anderen Konzepten, wie Wohlbehagen, Erfüllung und Glück, strittig ist und die theoretischen Fundamente ziemlich unterschiedlich sind.“ (Kirchler und Hölzl, 2002). In weiteren kritischen Ausführungen wird die AZ als Artefakt der Forschung bezeichnet (Wiswede, 2007).

Trotz aller Kritik wird aber an dem Modell der AZ festgehalten, weil es in seiner Funktion die Kontrolle der Stabilität („Anreiz-Beitrags-Werte“) ermöglicht und zugleich als Flexibilitätsindiz („Entwicklungsfähigkeit“) wirkt. Ferner ist ein Vorteil, dass AZ als etwas relativ Stabiles charakterisiert wird (Comelli und von Rosenstiel, 2011) und somit eine Persistenz zeigt, die auch für das Benchmarkmodell benötigt wird.

Zudem gewinnt die AZ bezogen auf ein Netzwerkgelingen an Relevanz, da die Zufriedenheit der Netzteilnehmer sogar als Erfolgsbedingung eines Netzes deklariert wird (Institut für betriebswirtschaftliche Analysen, Beratung und Strategie-Entwicklung, 2010). Die AZ ist ergo mehr als nur eine statische Größe, hinter der nicht nur ein theoretischer Definitionsansatz verbirgt. Mit dem Terminus wird dabei generell ein kognitiver Vergleichsprozess verbunden, in dem nicht nur das Ausmaß der AZ von Interesse ist, sondern sich vor allem Zusammenhänge, Konsequenzen und Ausprägungsformen im Fokus der Untersuchungen wiederfinden.

Primär geht die Definition des Erkenntnisobjektes, die Operationalisierung und die Bestimmung des Messinstrumentes voraus (Albers, 2008).

5.3. Arbeitszufriedenheitsformen als Flexibilität – Die 2. Achse des Entwicklungspotenzials (y_F)

5.3.1. Definition der Flexibilität – Die Entwicklungsfähigkeit eines Netzes

Im subjektiven Nutzen spiegelt sich die Effektivität und Effizienz des gegenwärtigen Status eines Praxisnetzes. Der Mitgliedsnutzen kann nur die Stabilität abbilden, jedoch vermag dieser nicht, die zukünftige Leistungsorientierung eines Praxisnetzes anzudeuten. Deswegen ist die Einbindung der Flexibilität von fundamentaler Bedeutung, die das zukünftige Effektivitätspotenzial zeigt. Durch die Flexibilität wird vor allem die Entwicklungsorientierung des Modells vor allem hervorgehoben. Aber auch hier muss wieder betont werden, dass eine Extrempolarität verhindert werden muss, denn andauernde Veränderungen können einen Mangel an Kontinuität zur Folge haben, wodurch die Identität des Netzwerkes verloren geht (von Oelsnitz, 1995). Die Flexibilität ist besonders für den Gesetzgeber von Interesse, womit die Netzwerke der turbulenten und dynamischen Umwelt bezüglich der vergangenen und anstehenden Reformierungsmenge erfolgreich begegnen können. Thielen konkretisiert das Ausmaß bezüglich Umweltkomplexität und -dynamik:

„Das erforderliche Ausmass an Flexibilität hängt genau genommen von der Komplexität und Dynamik in der Umwelt ab. Die Unternehmung muss so flexibel gestaltet sein, dass ihre Varietät und Dynamik mit der Dynamik und Komplexität in der Umwelt korrespondiert.“ (Thielen, 1993).

Ergo bedingt ein Praxisnetz für die Gesetzintentionen ein hohes Maß an Flexibilität.

Dynamik und Flexibilität sind nun mal erforderlich, um Handlungsweisen den Umweltveränderungen anzupassen. Hierzu werden gewohnte Abläufe hinterfragt und neue Handlungsmuster getestet (Siegler, 1998). Als Katalysator und Enabler bewirkt speziell die Flexibilität die organisatorische Wandlungsfähigkeit.

Vereinfacht ausgedrückt stellt die Flexibilität die organisatorischen Potenziale dar, aus denen organisatorische Wandlungsfähigkeit erwächst (Brehm, 2003).

Grundsätzlich sind die Forschungsarbeiten zur Flexibilität aber noch in den Anfängen, ein Umstand, der auch in der uneinheitlichen Terminologie des Terminus bemerkt wird. Sethi und Sethi bemerkten dies schon früh:

„The literature makes one thing abundantly clear: flexibility is a complex, multidimensional and hard-to-capture concept. At least 50 different terms for various types of flexibilities can be found in the manufacturing literature. Usually there are several terms referring to the same flexibility type.“ (Sethi und Sethi, 1990). Eine passende, allgemeingültige Definition wird bspw. von Kaluza aufgezeigt, die viele Definitionselemente differierender betriebswissenschaftlicher Theorieansätze inkludiert:

„Flexibilität ist die Eigenschaft eines Systems proaktive und reaktive sowie zielgerichtete Änderungen der Systemkonfiguration zu ermöglichen, um die Anforderungen von sich verändernden Umweltbedingungen zu erfüllen.“ (Kaluzza, 2005). Bezogen auf den Netzwerkdiskurs präzisiert Sydow den Terminus als Fähigkeit zum organisationalen bzw. interorganisationalen Wandel, der das Leistungsvolumen eines Netzes positiv beeinflusst (Sydow, 2010b). Diese Terminologisierung wird auch für die Studie angewendet.

Für ihn liegt der entscheidende Vorteil eines Netzwerks in der Strategischen Flexibilität, sich unter Nutzung organisationaler und interorganisationaler Flexibilitätspotenziale gewandelten Umweltsituationen anzupassen bzw. auf diese in ihrem Interesse Einfluss zu nehmen.

Folgende Aspekte werden als elementare Voraussetzungen für diesen präferierten Zustand angesehen (Sydow, 1992):

- die typischerweise nur wenig spezifizierten Verträge,
- die strukturelle und kulturelle Organisiertheit der Netzwerkbeziehungen im Sinne einer losen Kopplung,
- das im Netzwerk verfügbare Ausmaß an Slack¹⁴ und Redundanz¹⁵ und
- die Höhe der Mobilitätsbarrieren, die sich einer einzelnen Unternehmung bei Ein- und Austritt aus dem Netzwerk entgegenstellen.

Trotz dieser anschaulichen Prämissen manifestiert sich das zentrale und ungelöste Problem in der Messbarkeit des Terminus. Die Messmethoden sind noch unzureichend erforscht (Kaluzza, 2005). Deswegen wird nur ein „weicher“ Flexibilitätsindiz für diese Studie berechnet, der auf einem einfachen AZ-Modell nach Bruggemann basiert, die die Gesamtzufriedenheit in sechs Formen qualifiziert hat. Besonders die individuellen Interpretationsspielräume der differenten Zufriedenheitsformen können ideal als Flexibilitätsindikator agieren, so dass das Benchmarkmodell letztendlich komplettiert wird. Die Plausibilität und Kausalität der Substituierung der Formen als Flexibilitätsstufen werden in der Darstellung des Konzeptes noch deutlicher.

¹⁴ Als Slack („cooperative slack“) werden grundsätzlich alle Ressourcen im Netzwerk bezeichnet, die jedem Kooperationspartner zur Verfügung stehen, die aber im Moment nicht zur Leistungserstellung benötigt werden, die aber essentiell für zukünftige Anforderungen sind (Blecker, 1999).

¹⁵ Redundanz ist ein Maß für die Anzahl funktionsäquivalenter Organisationen und/oder funktionsäquivalenter Interorganisationsbeziehungen (Sydow, 1992).

5.3.2. Das Grundgerüst des Flexibilitätsfaktors (y_F) – Die Arbeitszufriedenheitsformen nach Bruggemann

Die Flexibilitätskomponente wird nun in Anlehnung an das Bruggemann-Schema konstruiert. Im Grundsatz wird nach diesem Konzept die AZ als Zufriedenheit mit einem gegebenen betrieblichen Verhältnis interpretiert (Bruggemann et al., 1975). Bruggemann untersuchte vor allem die Strukturen und die Entstehung der AZ, dessen Resultat ein bis heute sehr renommiertes AZ-Modell ist, da es die Gesamtzufriedenheit nach Formen qualifiziert.

Das vielzitierte Arbeitszufriedenheitsmodell beinhaltet multidimensionale Arbeitszufriedenheitsformen. Im Gegensatz zu bipolaren Modellen, die nur die Gesamtzufriedenheit in Unzufriedenheit oder Zufriedenheit klassifizieren, werden hier sechs verschiedene Qualitätsformen von AZ und AUZ dargelegt (siehe Abbildung 35).

So kennzeichnet Bruggemann den Prozess als Soll-Ist-Vergleich, in dem durch situationsspezifische Merkmale der jeweiligen Arbeitssituation produzierte Erwartungen und Bedürfnisse zu einem Soll-Wert assimilieren und mit dem aus dem tatsächlichen Arbeitsverhältnis eingestuften Befriedigungsmaßstab kognitiv abgewogen werden. Die unterschiedlichen Ausprägungsformen von AZ entstehen durch diese essentiellen Prinzipien (Bruggemann et al., 1975):

- Befriedigung bzw. Nicht-Befriedigung der Bedürfnisse und Erwartungen zu einem gegebenen Zeitpunkt;
- Erhöhung, Aufrechterhaltung oder Senkung des Anspruchsniveaus als Folge von Befriedigung oder Nicht-Befriedigung;
- Problemlösung, Problemfixierung, Problemverdrängung im Falle der Nicht-Befriedigung.

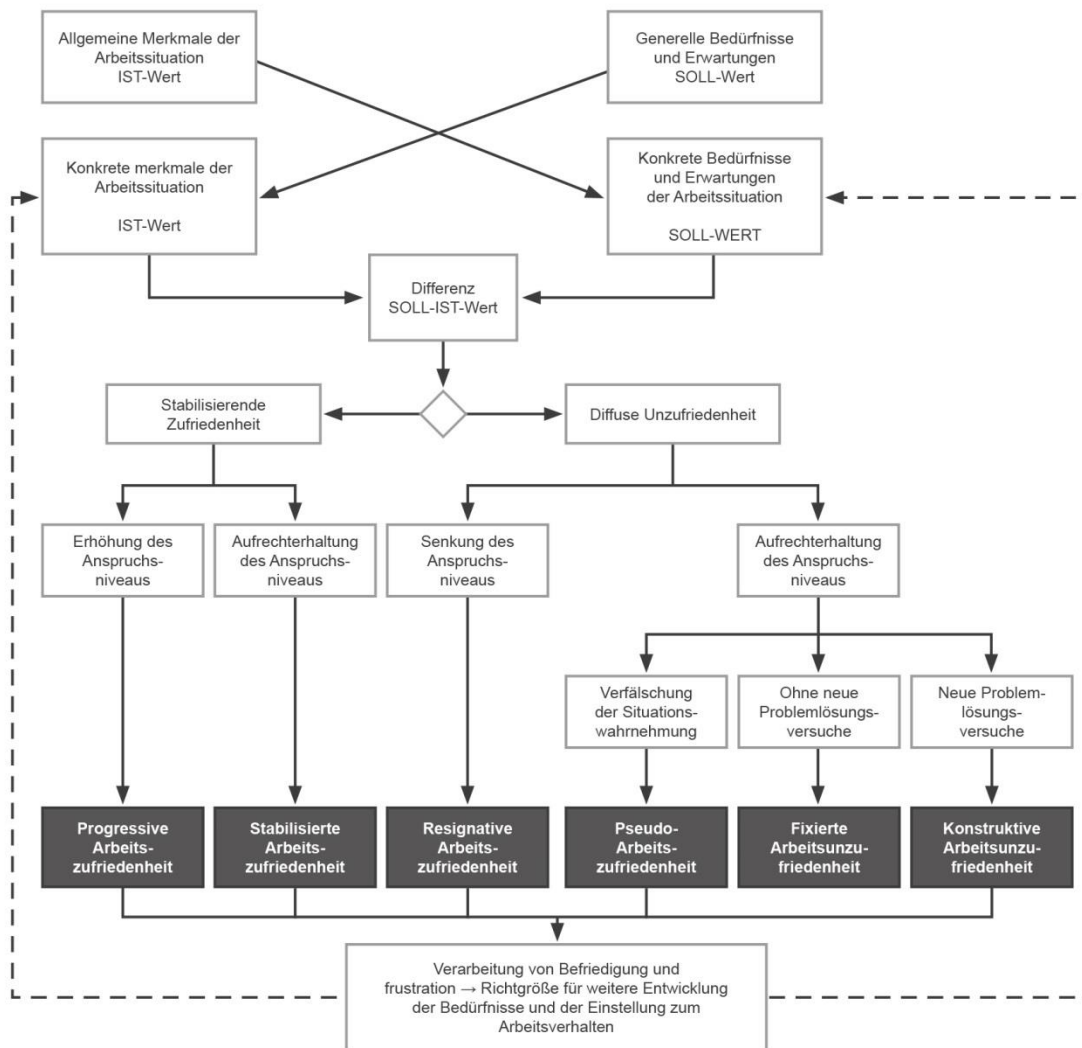


Abbildung 35: Formen von Arbeitszufriedenheit (AZ) als Ergebnisse von Abwägungs- und Erlebnisverarbeitungsprozessen (aus Bruggemann et al., 1975)

Bei positiver Beurteilung dieses Vergleichs wird eine stabilisierende Zufriedenheit festgestellt, die noch anschließend bezüglich des Anspruchsniveaus in progressive und stabilisierte AZ unterteilt wird. Eine Erhöhung des Anspruchsniveaus führt zu einer Konstatierung einer progressiven AZ, da aufgrund der bisherigen subjektiven Erfahrungen der Person höhere Zielvorstellungen und Erwartungen gesetzt werden (Baumgartner und Udris, 2006). Während die progressive AZ eine Leistungssteigerung erwarten lässt, zieht die Beibehaltung des Anspruchs bei AZ eine andere Verhaltensweise nach sich. Hier dominiert eher eine personale Denkweise hinsichtlich eines Ausruhens auf den bisherigen Erfolgen (von Rosenstiel, 2001). Bruggemann fasst die AZ-Form bezüglich wichtiger Wesenszüge wie folgt zusammen: „In Bezug auf die Motivation ist die stabilisierte Arbeitszufriedenheit durch das Bemühen um Aufrechterhaltung der gegebenen befriedigenden Arbeitssituation und Wahrung der erreichten Befriedigungsmöglichkeiten gekennzeichnet (Bruggemann et al., 1975). Diffuse Arbeitsunzufriedenheit (AUZ) entsteht primär durch eine negative Bewertung aus dem Soll-Ist-

Vergleich. Wenn anschließend eine Senkung des Anspruchsniveaus resultiert, stellt sich eine resignative AZ ein. Nach von Rosenstiel wird diese Form der AZ häufig in empirischen Studien registriert, mit der vor allem negative Konsequenzen hinsichtlich Kreativität und Leistungsbereitschaft assoziiert wird (von Rosenstiel, 2001). Bei einer Stagnation der subjektiven Erwartungshaltung (in einer Unzufriedenheitssituation) entwickeln sich drei weitere Formen mithilfe von Problemlösungsaspekten. Aufgrund der Verfälschung der Situationswahrnehmung typisiert sich die Pseudozufriedenheit, die es dem Subjekt ermöglicht, seinen derzeitigen Status zu ertragen (Fischer, 1989). Fixierte und konstruktive AUZ können explizit durch diese Aussagen beschrieben werden: „Bei fixierter Arbeitsunzufriedenheit wird vermutlich eine Haltung dominieren, die sich ausdrücken lässt mit: „Schlecht ist's, da kann man nichts machen“, während konstruktive Arbeitsunzufriedenheit eher zu der Haltung führt: „Schlecht ist's, also machen wir's künftig besser!“ (von Rosenstiel, 2001). Konstruktive AUZ setzt eine ausreichende Frustrationstoleranz voraus, auf der dann die Motivation zur Lösungssuche gründet. Dagegen wird bei der fixierten AUZ die Situation als ausweglos analysiert, weil das Subjekt den Aufwand zur Ermittlung nach entsprechenden Lösungsalternativen als jenseits der individuellen Möglichkeiten beurteilt. Nur die Frustrationstoleranz verhindert eine Verdrängung bzw. Wahrnehmungsverzerrung der Situation bei der betreffenden Person im Sinne einer Pseudo-AZ (Bruggemann et al., 1975). Theoretisch wird dem Modell von Bruggemann hohe Aufmerksamkeit zu Teil, jedoch steht es bezüglich der Empirie in der Kritik (Neuberger und Allerbeck, 1978). Besonders für die Entwicklungschancen eines Netzes ist dieses Konzept aber federführend, weil die Dynamik von den Netzwerkakteuren ausgeht und die komplexe Flexibilität skizzierbar wird. Außerdem können die Formen ideal auf Flexibilitätskategorien transferiert werden, die nachher in eine bipolare Methodik (positive und negative Flexibilitätsstufen) eingeteilt werden können, wodurch ein Flexibilitätsindikator gebildet werden kann. Das Modell bildet so die potenzielle Entwicklungsfähigkeit eines Netzes passend ab, so dass durch die Formen der Potenzialwert eines progressiven Wandlungsprozesses komplettiert wird.

6. Messmethodik und Datenauswahl

6.1. Zielpopulation, Messinstrument und Studiencharakteristiken

Nachdem die theoretische Methodik des Modells analysiert worden ist, widmet sich dieser Abschnitt mit den konkreten Messtechniken und -methoden der Zielwerte. Durch den bottom-up Ansatz definiert sich die Zielpopulation als Netzteilnehmer, der die Entwicklungsquelle ist. Zum Zeitpunkt der Befragung muss der Studienbefragte in einem Praxisnetz als Mitglied aufgeführt sein. Dabei ist die Dauer der Netzzugehörigkeit irrelevant.

Die Definition „Praxisnetz“ orientiert sich dabei an Gotzen. Ein Praxisnetz ist demnach „(...) ein freiwilliger Zusammenschluss von rechtlich und wirtschaftlich selbstständigen, ambulant tätigen Ärzten, die ein definiertes Netzwerkziel verfolgen, welches durch eine Kooperation aller Beteiligten erzielt werden kann und zu dessen Erreichung sich die Mitglieder verpflichten, Ressourcen („Patienten“, Informationen, Dienstleistungen) auszutauschen und gemeinsame Netzwerkregelungen einzuhalten (Gotzen, 2003).“

Durch die geringe Spannweite der Definition wird die hohe Individualität der Netze berücksichtigt und kein selektiver Bias durch den Autor vorgenommen, die die Studienergebnisse verzerrt. Dies ist vor allem für die Testung des Benchmarksystems notwendig, da ein Hauptziel dieses Modells die Reduktion der Individualgewichtung eines Netzes bei der objektiven Netzvergleichbarkeit sein soll. Das Benchmarking wird auch für verschiedene Gruppenattribute durchgeführt, die für die Prüfung der Hypothesen relevant sind. Die Professionalität von Praxisnetzen wird anhand der Rechtsform festgelegt. Hier werden auch Tochtergesellschaften der Praxisnetze berücksichtigt. Kapitalgesellschaften wie GmbH und AG werden den professionellen Netzen zugeordnet. Nicht-professionelle Netze charakterisieren sich durch eine Rechtsform einer Personengesellschaft wie e.V. oder GbR. Ebenfalls wird eine Unterscheidung von zwei Netzgrößen vorgenommen, die sich anhand der Mitgliederanzahl der Netze bestimmen lässt. Der Grenzwert für die Einstufung eines großen Netzes liegt bei mehr als 100 Teilnehmern. Die Cluster werden vor allem bei der Messung der Netzeffektivität, des Stabilitäts- und Flexibilitätsfaktors angewendet. Als Messinstrument wird ein Fragebogen konzipiert, der schriftlich oder elektronisch ausgefüllt werden kann. Die schriftliche Methodik wird den Netzen grundsätzlich nur als Ersatzvariante angeboten, wenn diese nicht über eine netzflächendeckende Emailkommunikationsplattform verfügen. Denn die elektronische Variante hat vor allem den Vorteil, dass die Datenqualität durch Pflichtfragen hochgehalten wird. Der Fragebogen ist in Anlehnung an standardisierte Befragungsmethoden bzw. Messverfahren (Bsp. in Anlehnung an Fragestellungen des ABB bzw. Bruggemann-Befragungskonzept) entwickelt worden. So beruht das Befragungskonstrukt grundsätzlich aus

geschlossenen Fragen, die mithilfe von Likertskalen beantwortet werden. Ein Pre-Test Verfahren ist mit einem Praxisnetz aus Viersen durchgeführt worden.

6.2. Motivstrukturanalyse

6.2.1. Allgemein

Kernstück der Studienbefragung ist vor allem die Motivstrukturanalyse, die die Grundlage für die Messung der Effizienz und Effektivität eines Netzes ist. Die Motivstruktur der Netzmitglieder wird mithilfe von sechs Netzeintritts- bzw. -gründungsmotiven analysiert, die schon in den Praxisnetzausführungen von Lindenthal, Sohn und Schöffski erarbeitet worden sind. Auf folgenden Netzmotiven bzw. Netzmotivklassen baut die Motivstrukturanalyse auf:

- Steigerung der Lebensqualität (M1),
- Finanzielle Vorteile/ Mobilisation zusätzlicher Finanzquellen (M2),
- Erhöhung Patientenzufriedenheit/ Patientenbindung (M3),
- Verbesserung der regionalen Versorgungsqualität (M4),
- Sicherheit und Stärke in der Interessensgemeinschaft (M5),
- Sonstiges (M6).¹⁶

Bei der Auswertung der relativen und absoluten Häufigkeiten der Motivnennungen wird die erste Hypothese (H_1) überprüft. Ein dominierendes Netzmotiv wird als Motiv determiniert, das über einen relativen Anteil von 90% der Nennungen liegt.

Zielwert für H_1 : Relativer Anteil der Netz motive M1-6 unter allen Nennungen (Z_1 (M1-M6)). Falls Z_1 (M1-M6) \geq 90%, dann wird H_1 abgelehnt.

Anschließend werden die Netz motive nach Ihrer gegenwärtigen Bedeutung für das Netzmitglied auf einer zehnstufigen Likert-Skala bewertet. Eine Dominanz einer Netzmotivbedeutung wird ab 90% bzw. dem Punktwert 9 festgestellt.

Zielwert für H_2 : Relativer Anteil einer Netzmotivbedeutung unter allen Nennungen (Z_2 (M1-M6)). Falls Z_2 (M1-M6) \geq 90%, wird H_2 angenommen.

¹⁶ Unter Sonstiges können die Netzmitglieder noch eine bedeutende Motivklasse schriftlich ausführen, die nach der Meinung des Teilnehmers nicht in der Liste enthalten ist.

Für die Testung der Hypothese H_3 werden die Motive noch in zwei Motivcluster differenziert, die für weitere Auswertungen wie der Netzeffektivität sehr relevant sind. Netzeintritts- bzw. -gründungsmotive werden als Motivcluster „Primärmotive“ bezeichnet. Dementsprechend sind sekundäre Motive nicht präferierte Netzmotive beim Netzbeitritt bzw. -gründung. Die Fluktuation der Netzmotivgewichtung ist in der Rangierungsveränderung der Bedeutungswerte zwischen Primär- und Sekundärmotiven erkennbar. Ist der Anteil dieser Differenzen bei den Netzmotivklassen unter 20%, wird eine geringe Bedeutungsfluktuation in der Netzzugehörigkeit registriert.

Zielwert für H_3 : Relativer Anteil der Netzmotivklassen (M1-M6) mit einer Rangierungsveränderung bei den Motivbedeutungswerten von Primär- und Sekundärmotiven (Z_3). Falls $Z_3 < 20\%$, wird H_3 angenommen.

Nachdem die Mitglieder ihre Netzeintritts- bzw. gründungsmotive und die Bedeutung diesbezüglich bestimmt haben, werden die Erfüllungsgrade und die Zufriedenheit mit diesen Erfüllungsgraden untersucht. Die Basis bildet eine fünfstufige Likert-Skala. Die Erfüllungsgrade sind für die Berechnung der Netzeffektivität (subjektiver Nutzenscore) eine wichtige Grundlage. Die Ergebnisse der Zufriedenheit hinsichtlich der Erfüllungsgrade werden nach Primär- und Sekundärmotiven aufgegliedert, um H_4 zu testen. Wenn bei mehr als der Hälfte der Netzmotive ein durchschnittlicher Zufriedenheitswert, der nur mithilfe der Primärmotive errechnet wird, unter dem Wert 3 erreicht wird, kann H_4 angenommen werden.

Zielwert für H_4 : Relativer Anteil der durchschnittlichen Zufriedenheitswerte (Median) mit den Erfüllungsgraden der Primärmotive unter dem Wert 3 (Z_4). Falls $Z_4 < 50\%$, wird H_4 angenommen.

Bei der Berechnung der Effizienz ist der Gesamtnutzen und -aufwand der Netzmitglieder von Bedeutung. Ein positiver Effizienzwert wird bei einer signifikanten Differenz zwischen Gesamtnutzen und -aufwand registriert. Ein zehnstufiges Intervall wird angewendet.

Zielwert für H_6 : Effizienzwert (Z_6) = Differenz des durchschnittlichen Wertes des Gesamtnutzens der Mitglieder und des durchschnittlichen Wertes des Gesamtaufwandes der Mitglieder. Falls $Z_6 > 0$, wird H_6 angenommen.

Ebenfalls wird der Gesamtnutzen der Clustergruppen bezüglich „Professionalität“ und „Netzgröße“ näher untersucht. Die Hypothesen 7, 8 und 9 sind hier inbegriffen.

Zielwert für H₇: Gesamtnutzenwert der professionellen Netze (Z₇).

Falls Z₇ > Gesamtnutzenwert der nicht-professionellen Netze (Z_{7NP}), wird H₇ angenommen.

Zielwert für H₈: Gesamtnutzenwert der Praxisnetze mit kleineren Mitgliederzahlen (<100) (Z₈). Falls Z₈ > Gesamtnutzenwert der Praxisnetze mit größeren Mitgliederzahlen (≥100) (Z_{8≥100}), wird H₈ angenommen.

Zielwert für H₉: Effizienzwert (Differenz Gesamtnutzen- und Aufwandwert) der professionellen Netze (Z₉). Falls Z₉ > Effizienzwert der nicht-professionellen Netzen (Z_{9NP}), wird H₉ angenommen.

6.2.2. Die Berechnung der subjektiven Netzeffektivität – Der subjektive Nutzenscore eines Mitgliedes

Durch die Motivgewichtung und -erfüllung der Netzteilnehmer kann dann die momentane, subjektive Effektivität eines Praxisnetzes berechnet werden, die durch einen gewichteten Nutzenscore ausgedrückt wird. Vor allem der Anteil der Eintritts- bzw. Gründungsmotive am Effektivitätswert wird untersucht. Nach folgender Formel wird der gewichtete Mitgliederscore ermittelt:

Subjektiver Nutzenscore eines Netzmitgliedes (Persönlicher Netznutzen):

$$\sum_{i=0}^5 m(i) \times z(i) = \text{persönlicher Netznutzen (PN)}, W_{PN} = \{PN \in \mathbb{R} \mid 1 \leq PN \leq 5\}$$

m_i = Motiverfüllung der Motivklasse (i), $\mathcal{D}_{m(i)} = \{m(i) \in \mathbb{N} \mid 1 \leq m(i) \leq 5\}$

z_i = Gewichtung der Motivklasse (i) $= \frac{t(i)}{\sum_{i=0}^5 t(i)}$, $W_{z(i)} = \{z(i) \in \mathbb{R} \mid 1 \leq z(i) \leq 5\}$

t_i = Bedeutungswert der Motivklasse (i), Bedingung: $\sum_{i=0}^5 t(i) > 0$

Die Gewichtungen der Motive werden auf Basis der Ergebnisse der Motivbedeutungen eines Mitgliedes errechnet. Jedes Motiv erhält somit ein relatives Gewicht zwischen 0 und 1, das mit der entsprechenden Erfüllung des Motivs multipliziert wird. Für jedes Hauptmotiv kann somit ein gewichteter Nutzen berechnet werden, der in Summe aller Einzelposten einen subjektiven Gesamtnutzen ergibt. Ein Wert unter 3 bedeutet einen unterdurchschnittlichen Effektivitätswert.

Zielwert für H₅: Effektivitätswert (Z₅) = Persönlicher Netznutzen (PN). Falls Z₅ ≤ 3, wird H₅ angenommen.

6.3. Die Netzzufriedenheit

Die Quelle der Zufriedenheit liegt nach Rosenstiel in der Bedürfnisbefriedigung aktivierter Motive. Für ihn steigt sogar der personenbezogene Zufriedenheitsgrad mit der Befriedigung von subjektiv höher eingestuften Motiven an (von Rosenstiel, 2001). Die Arbeitszufriedenheit ist als Bewertungsprozess einer Person aufzufassen, in dem „[...] man einen wahrgenommenen Ist-Zustand mit einem persönlichen Anspruch, einem Soll-Zustand, vergleicht.“ (von Rosenstiel, 2001). Der organisationspsychologische Ansatz kongruiert nahezu mit den Meinungen von Vertretern einer Anreiz-Beitrags-Theorie, in der der Kostenaspekt mit in den Bewertungsprozess eingeschlossen wird, so dass die AZ als Indikator einer subjektiven Kosten-Nutzen-Wahrnehmung instrumentalisiert wird: „Austausch- und Equitytheorien verweisen vor allem auf den Vergleich zwischen den Kosten, die mit der Arbeit verbunden sind, und dem Nutzen durch die Arbeit sowie auf den Entgang des Nutzens alternativer Arbeitsplätze. [...] Erwartungen, Pläne, Hoffnungen, Vorstellungen und notwendige Anstrengungen werden mit den gebotenen Bedingungen verglichen und führen zu Zufriedenheit, wenn entweder die Kosten- und Ertragsquantitäten in Balance sind oder ein Nutzenüberhang entsteht.“ (Kirchler und Hölzl, 2008). So wird die AZ zu einer wichtigen Komponente hinsichtlich der Betrachtung des subjektiven Anreiz-Beitrags-Niveaus. Dieselbe Meinung vertritt Adams: „When the equality obtains, satisfaction is experienced (Adams, 1965).“ Die betroffene Person kalkuliert in dem Prozess das Ergebnis der AZ ein, das auf einer subjektiven Kosten-Nutzen-Bewertung basiert, in Relation zu den Erwartungen an das Arbeitsverhältnis, das durch persönliche Ansprüche und Bedürfnisse geprägt wird. Bei einer positiven Beurteilung der Person wird sich demnach Zufriedenheit herausstellen (Stock-Homburg, 2010). Die Überprüfung der Arbeits- bzw. Netzzufriedenheit wird hier durch die Hauptkomponenten eines praxisrelevanten Arbeitsbeschreibungsbogens (ABB) von Neuberger und Allerbeck durchgeführt, der hinsichtlich seiner Anwendung eine hohe Popularitätsresonanz genießt und wenig öffentliche Kritik erhält (Schwetje, 1999). Deswegen ist das AZ-Messinstrument als Kontrollfunktion am besten geeignet bzw. kann die Netzzufriedenheit adäquat abbilden. Der ABB charakterisiert sich als ein hochstrukturierter, schriftlicher, universell anwendbarer Mehr-Item-Fragebogen, der grundlegend in neun Hauptbereiche aufgeteilt ist: Kollegen, Vorgesetzter, Tätigkeit, Arbeitsbedingungen, Organisation und Leitung, Entwicklung, Bezahlung, Arbeitszeit, gesicherter Arbeitsplatz (Neuberger und Allerbeck, 1978). Aus diesen neun Hauptbereichen werden nun sieben

Parameter zur Plausibilitätskontrolle der Stabilitätswerte ausgewählt und netzspezifisch modelliert (siehe Abbildung 36), um schließlich die Hypothese 10 zu testen.

Zielwert für H_{10} : Anteil der Hauptbereiche der Netzzufriedenheit mit einem durchschnittlichen Zufriedenheitswert (Median) unter dem Wert 3 (Z_{10}).

Falls $Z_{10} < 50\%$, wird H_{10} angenommen.

Wie zufrieden sind Sie mit...

	sehr unzu- frieden	unzufrieden	teils/teils	zufrieden	sehr zufrie- den
... Ihren Kollegen im Netz?					
... Ihrem persönlichen Kosten-Nutzen- Verhältnis im Netz?					
... der Netzarbeit alles in allem?					
... der Organisation und Leitung?					
... Ihrer eigenen Tätigkeit im Netz?					
... der Entwicklung des Netzes?					
... alles in allem mit dem Netz?					

Abbildung 36: Die 9 Hauptbereiche der Netzzufriedenheit (eigene Darstellung, 2014)

6.4. Stabilitäts- (x_S) und Flexibilitätsfaktor (y_F) als Bewertungsparameter des Modells - Benchmarkwert: Das Entwicklungspotenzial (A_E)

Abschließend wird die Messmethodik des Benchmarkmodells beschrieben. Die Berechnung der Effizienz wird schon im vorgegangenen Abschnitt erläutert. Im Modell wird die Effizienz als Stabilitätsfaktor „ x_S “ bezeichnet. Der Stabilitätsfaktor symbolisiert die Entwicklungsbasis eines Praxisnetzes.

Der Wert muss nur noch in das Skalenniveau des Modells relativiert werden, um ein einheitliches Achsenverhältnis beizubehalten.

Durch dieses kongruente Verhältnis wird zum einen die homogene Bedeutung der beiden Achskategorien im Entwicklungspotenzialdiskurs hervorgehoben, zum anderen wird eine bessere, direkte Vergleichbarkeit von verschiedenen Entwicklungspotenzialflächen gewährleistet.

Berechnung des Stabilitätsfaktors x_S („Effizienz“)

$$x_S = \frac{1}{10n} \sum_{i=1}^n (G_i - A_i), W_x = \{x_S \in \mathbb{R} \mid -1 \leq x_S \leq 1\}$$

G_i = Wert des Gesamtnutzens eines Netzmitgliedes zum Zeitpunkt t

A_i = Wert des Gesamtaufwandes eines Netzmitgliedes zum Zeitpunkt t

$$\mathcal{D}_G = \{G \in \mathbb{N} \mid 0 \leq G \leq 10\}$$

$$\mathcal{D}_A = \{A \in \mathbb{N} \mid 0 \leq A \leq 10\}$$

Bei der Flexibilitätsachse sind die relativen Anteile der Zufriedenheitsformen von Bruggemann die Basis.

Zur Messung des Flexibilitätsfaktors wird eine simple Messmethodik mit einer Forced-Choice-Struktur angewendet, die schon häufig in der Schweiz zum Einsatz kam. Die Pseudozufriedenheit wird bei der Berechnung ausgeschlossen, die auch beim Fragebogen von Bruggemann nicht berücksichtigt worden ist.

Die AZ-Formen werden zuerst in negative und positive Flexibilitätsstufen eingeteilt. Während die resignierende, stabilisierte AZ und fixierte AUZ als negativ im Sinne einer progressiven Entwicklungsfähigkeit eingestuft werden, werden die progressive AZ und konstruktive AUZ als positive Flexibilitätsstufe kategorisiert (siehe Tabelle 12). Nur durch die vorherige Differenzierung der fünf AZ-Formen können die bipolaren Flexibilitätsstufen ermittelt werden.

Kategorie	AZ-Form (i)	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
F _{+i}	Konstruktive AUZ	n ₁	n ₁ /N
	Progressive AZ	n ₂	n ₂ /N
F _{-j}	Fixierte AUZ	n ₁	n ₁ /N
	Resignative AZ	n ₂	n ₂ /N
	Stabilisierte AZ	n ₃	n ₃ /N
Gesamt		N	1

$F_+ =$ Summe der positiven, relativen Flexibilitätsanteile zum Zeitpunkt t

$F_- =$ Summe der negativen, relativen Flexibilitätsanteile zum Zeitpunkt t

$$\mathcal{D}_{F_+} = \{F_+ \in \mathbb{R} \mid 0 \leq F_+ \leq 1\}$$

$$\mathcal{D}_{F_-} = \{F_- \in \mathbb{R} \mid 0 \leq F_- \leq 1\}$$

Tabelle 12: Berechnungsgrundlage des Flexibilitätsfaktors (eigene Darstellung, 2014)

Nach der Einteilung in die positive oder negative Flexibilitätsstufe wird eine Differenz aus den relativen Anteilen der beiden Gruppierungen gebildet, die dann den Flexibilitätsfaktor „ y_F “ spezifiziert.

Berechnung des Flexibilitätsfaktors y_F („Entwicklungsfähigkeit“)

$$y_F = \sum_{i=1}^n F_{+i} - \sum_{j=1}^m F_{-j}, W_y = \{y_F \in \mathbb{R} \mid -1 \leq y_F \leq 1\}$$

$F_{+i} =$ Summe der positiven, relativen Flexibilitätsanteile zum Zeitpunkt t

$F_{-j} =$ Summe der negativen, relativen Flexibilitätsanteile zum Zeitpunkt t

$$\mathcal{D}_{F_+} = \{F_+ \in \mathbb{R} \mid 0 \leq F_+ \leq 1\}$$

$$\mathcal{D}_{F_-} = \{F_- \in \mathbb{R} \mid 0 \leq F_- \leq 1\}$$

Für H_{11} und H_{12} ist die Berechnung des Flexibilitätsfaktors sehr relevant, der auch mit der Entwicklungsfähigkeit eines Praxisnetzes gleichgesetzt ist.

Zielwert für H_{11} : Entwicklungsfähigkeitswert aller Teilnehmer (Z_{11}).

Falls $Z_{11} < 0$, wird H_{11} abgelehnt.

Zielwert für H_{12} : Entwicklungsfähigkeitswert der professionellen Netze (Z_{12}).

Falls $Z_{12} >$ Entwicklungsfähigkeitswert der nicht-professionellen Netze (Z_{12NP}), wird H_{12} angenommen.

In den Ergebnissen des Benchmarkmodells können diese Hypothesen auch zukünftig kontrolliert werden. Die Achsenparameter „Stabilitäts- und Flexibilitätsfaktor“ definieren nun das Entwicklungspotenzial (A_E) eines Netzes, bestehend aus Stabilität (Entwicklungsbasis) und Flexibilität (Entwicklungsfähigkeit). Die Achswerte spannen ergo die Vergleichsfläche „ A_E “ auf, dass die nachfolgende Abbildung 37 skizziert.

Berechnung Entwicklungspotenzial (A_E) eines Netzes

$$A_E = (1 + x_S)(1 + y_F), W_A = \{A_E \in \mathbb{R} \mid 0 \leq A_E \leq 4\}$$

$$A_E \geq 1 \rightarrow E + (= \text{positives Entwicklungspotenzial})$$

$$A_E < 1 \rightarrow E - (= \text{negatives Entwicklungspotenzial})$$

x_S = Wert des Stabilitätsfaktors

y_F = Wert des Flexibilitätsfaktors

$$\mathcal{D}_x = \{x_S \in \mathbb{R} \mid -1 \leq x_S \leq 1\}$$

$$\mathcal{D}_y = \{y_F \in \mathbb{R} \mid -1 \leq y_F \leq 1\}$$

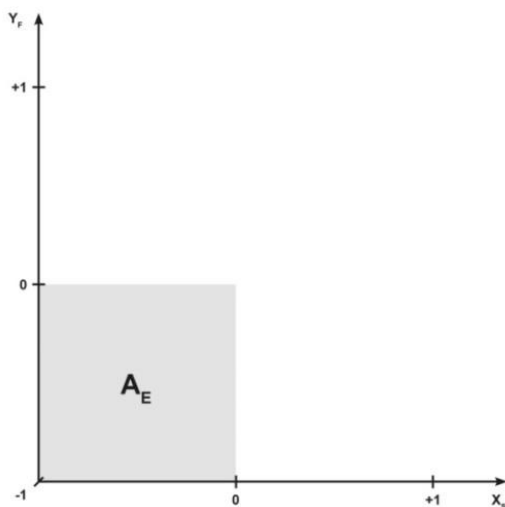


Abbildung 37: Das entwicklungsorientierte Benchmarkmodell (eigene Darstellung, 2014)

Die Fläche „ A_E “ ergibt sich aus dem Produkt der jeweiligen Achsenwerte. Je größer die Fläche, desto besser wird das Entwicklungspotenzial eingestuft.

Ein Effizienzwert von „-1“ entspricht einem maximalen Aufwand, der durch das Netz entsteht, bei zeitgleichem Fehlen jeglichen Netznutzens. Dagegen stellt ein negativer Flexibilitätsindex von „-1“ die totale Abwesenheit einer Entwicklungsfähigkeit seitens der Netzteilnehmer dar.

In dem Modell wird auch die Ausbalancierung der Polaritätsachsen berücksichtigt, die mithilfe der nächsten Abbildung 38 erläutert wird.

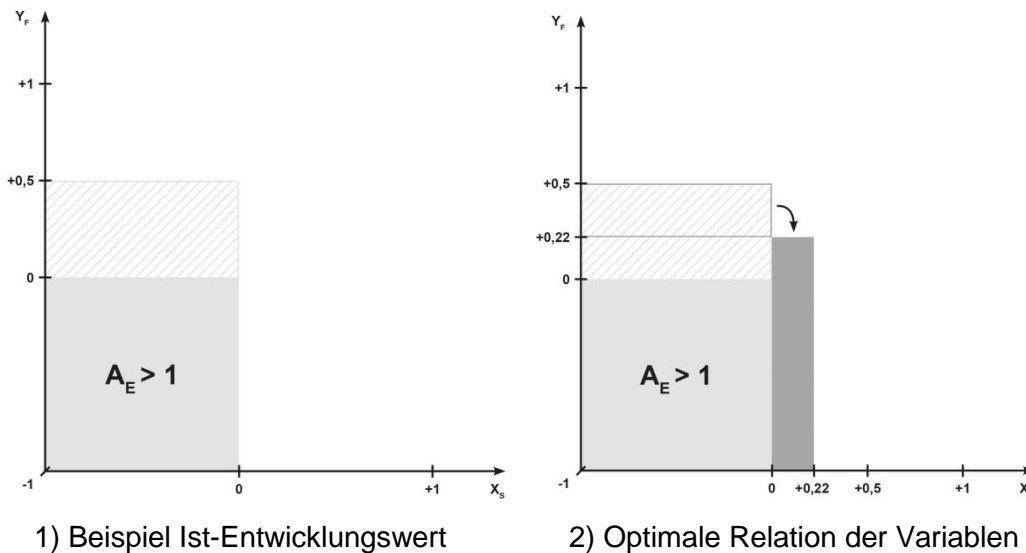


Abbildung 38: Balancierte Achsenverhältnisse als Ideal (eigene Darstellung, 2014)

Bei der Beurteilung des ersten Beispiels kann das Entwicklungspotenzial zunächst einmal positiv eingestuft werden, da die Fläche größer 1 ist. Während der Flexibilitätsindex mit 0,5 festgestellt wird, liegt der Stabilitätswert lediglich bei 0, so dass ein Überhang an Flexibilität existiert. Unter Berücksichtigung eines fehlenden Flächenwachstums muss die optimale Version aber die Realisierung identischer Vektorgrößen beinhalten, so dass ein idealer Wert von 0,22 für die Variablen resultiert.

6.5. Stichprobenauswahl

Abschließend muss noch die Datenauswahl festgelegt und kausalisiert werden.

Der Studienraum begrenzt sich auf Nordrhein-Westfalen, in dem im bundesweiten Vergleich quantitativ die meisten Netze geschätzt werden. Besonders in NRW sammelte sich schon nach den ersten Jahren im Vergleich zu anderen Bundesländern eine hohe Netzwerkdichte an. Diesen Befund verdeutlicht die Abbildung 39.

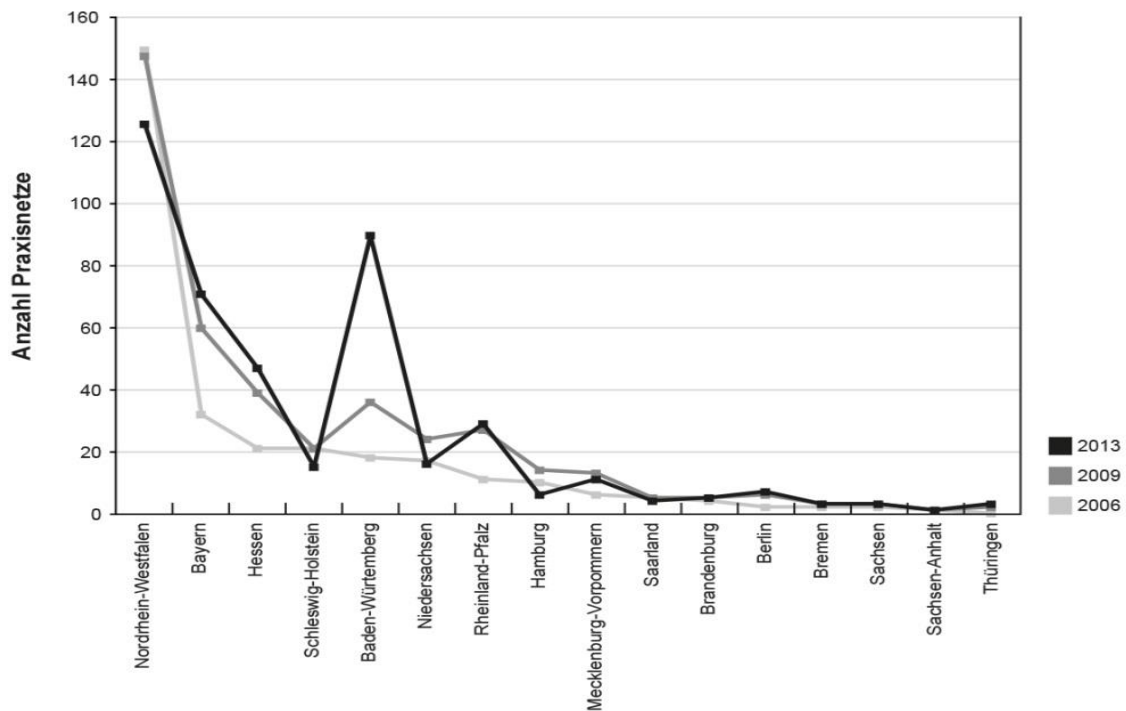


Abbildung 39: Zeitreihenvergleich der Praxisnetzanzahl nach Bundesländern (eigene Darstellung in Anlehnung an Daten von Fleßa und Wendler (2006), der Zeitschrift „Monitor-Versorgungsforschung“ (2009) und der Agentur Deutscher Arztnetze (2013), 2014)

Nach Angaben verschiedener Quellen besitzt NRW die numerische Spitzenposition bis heute. Die Daten der Agentur Deutscher Arztnetze, die u.a. die Grundlage für die Netzrecherche bilden, verstärken diese Aussage. Die Netzzahlen sind aber nur als Orientierungspunkt zu deuten, da sich bei der Netzrecherche auch anstehende Netzaufösungen abzeichneten. Zudem wurden „inaktive“ Netze aufgefunden, in denen keine Netzaktivität mehr stattfindet und die Organisationsform quasi nur noch einer Hülle ohne Inhalt gleicht.¹⁷ Ferner ist bei der Netzquantität die Dunkelziffer von Praxisnetzen zu berücksichtigen. Detailliertere Informationen des Studiendesigns werden noch im Anhang aufgezeigt, das sich an den Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis orientiert.¹⁸

¹⁷ Dies kann aufgrund der verschiedenen Antwortschreiben der netzspezifischen Ansprechpartnern belegt bzw. geschlossen werden.

¹⁸ siehe Anhang 1 („Studiendesign“).

7. Ergebnisse der Studie

7.1. Allgemein

An der „Praxisnetzevaluation NRW“ nehmen 18 Netze teil, so dass sich eine Anteilsquote von 14% ergibt (bezogen auf die Datenlage der Agentur Deutscher Arztnetze, Stand: 31.07.2013). Die meisten Netze, die mit Ihren Mitgliedern teilnehmen, sind in der Hochzeit der Netzentwicklung („Anschubfinanzierung der IV“) zwischen 2003 bis 2005 gegründet worden und besitzen größere Mitgliederzahlen (>100 Personen).

Gründungsintervall	Anzahl	%
vor 2000	1	6%
2000-2002	6	33%
2003-2005	7	39%
2006-2008	4	22%
Gesamt	18	100%

Mitgliederanzahl	Anzahl	%
0-25	1	6%
26-50	1	6%
51-75	4	28%
76-100	4	22%
>100	8	39%
Gesamt	18	100%

Tabelle 13: Allgemeine Statistiken zur Gründung und Größe (eigene Darstellung, 2013)

Reine Facharztnetze sind in der Minderheit, so dass heterogene Netze (78%) überwiegen. Die häufigste Rechtsform ist der eingetragene Verein mit 72%, von denen aber vier Netze Tochtergesellschaften in Form einer Kapitalgesellschaft aufgebaut haben, so dass die Datenlage bezüglich der Rechtsform dahingehend relativiert werden muss. Deswegen zeigt sich hier eine andere Datenlage, die in der Tabelle 14 erkennbar ist.

Rechtsform*	Anzahl	%
e.V.	9	50%
GbR	1	6%
GmbH	4	22%
GmbH & Co KG	1	6%
e.G.	2	11%
AG	1	6%
Gesamt	18	100%

* berücksichtigt wird die höchste Rechtsformstruktur des Praxisnetzes (inkl. Tochterfirmen)

Tabelle 14: Aufteilung nach Rechtsformen (eigene Darstellung, 2013)

Gemessen an den Mitgliederzahlen der Netze liegt der Rücklauf bei 12%. Die schriftliche Variante der Befragung ist nur von einem Netz präferiert worden und besitzt einen Anteil von 3% aller Studienfragebögen.

Absolut nehmen 245 Teilnehmer an der Praxisnetzevaluation teil, von denen aber sechs Studienbefragungen (2%) aufgrund der Einschlusskriterien der Studie ausgeschlossen werden müssen. Circa 70% der Studienteilnehmer sind männlich und im Durchschnitt ist die Netzzugehörigkeit auf 72 Monate attestiert. Dies entspricht sechs Mitgliedschaftsjahren. Die Teilnehmer sind dementsprechend lange im Netz, so dass dieser Aspekt für eine Beurteilung bzw. Bestandsaufnahme des subjektiven Nutzens vorteilhaft erscheint. Lediglich eine Person außerhalb des ärztlichen Berufsstatus wird als Studienteilnehmer kategorisiert (siehe Tabelle 15).

Kategorie	Wert
Beteiligte Netze (N)	18
Anzahl Netze in NRW (Daten der Agentur deutscher Arztnetze 2013)	126
Quote NRW	14%
Anzahl eingereichter Fragebögen	245
Ausgeschlossene Fragebögen	6
Studienteilnehmer (n)	239
Mitgliederanzahl aller teilnehmenden Netze	2054
Rücklaufquote in %	12%
Ø Alter in Jahren	53
Ø Netzzugehörigkeit in Monaten	72
Anzahl männliche Ärzte	162
Anzahl weibliche Ärzte	77
Anzahl Hausärzte	104
Anzahl Fachärzte	134
Anzahl sonstige Berufsteilnehmer	1
Anzahl Netzteilnehmer (Netzgröße: <100 Mitglieder)	103
Anzahl Netzteilnehmer (Netzgröße: >100 Mitglieder)	136
Anzahl Netzteilnehmer (Netzrechtsform: e.V./ GbR)	138
Anzahl Netzteilnehmer (Netzrechtsform: andere Rechtsformen)	101

Tabelle 15: Weitere allgemeine Statistiken zur Studie (eigene Darstellung, 2013)

7.2. Die Auswertung der Motivstrukturanalyse

7.2.1. Allgemeine Daten

Im ersten Teil der Befragung stehen die Netzmotive der Mitglieder im Zentrum des Interesses. Im Durchschnitt (Median) wählen die Teilnehmer drei Motive bezüglich des Eintritts bzw. der Gründung eines Praxisnetzes aus diesem Motivpool. 680 Motivnennungen geben die Netzteilnehmer insgesamt an, die nachfolgend in der Abbildung 40 dargestellt sind und einen ersten Ansatz hinsichtlich einer Priorisierung bzw. Favorisierung der Motivkategorien in Haupt- und Nebennotive erkennen lassen.

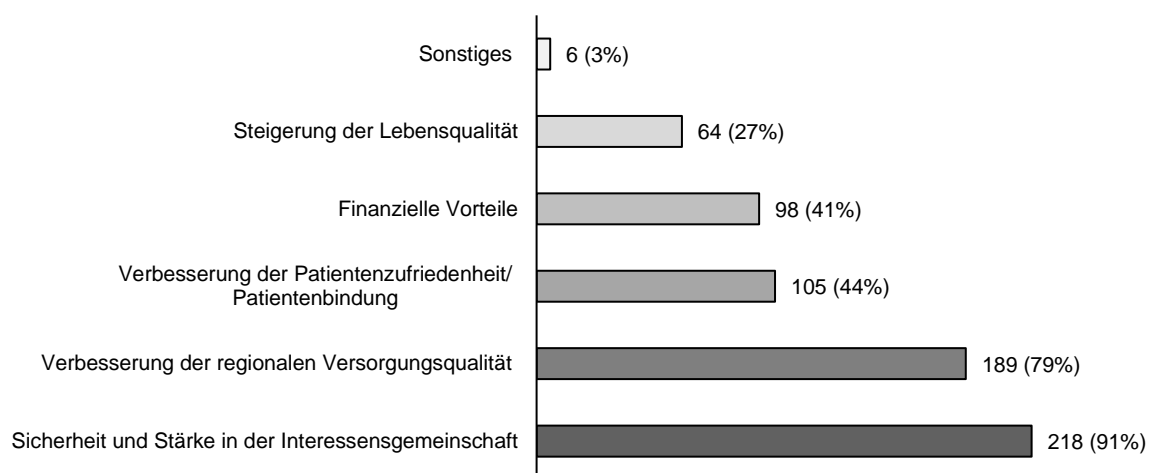


Abbildung 40: Absolute und relative Häufigkeit (n= 239 Netzärzte) der Motivnennungen (N=680) zum Beitritt bzw. zur Gründung eines Netzes (Mehrfachnennungen waren möglich) (eigene Darstellung, 2013)

Das Motiv „Sicherheit und Stärke in der Interessensgemeinschaft“ wird praktisch von allen Netzmitgliedern als Eintrittsmotiv angegeben. Mit 91% kristallisiert sich dieser Beweggrund als dominantes Hauptmotiv heraus. Dahinter platziert sich die Verbesserung der regionalen Versorgungsqualität mit 79%, die Erhöhung der Patientenzufriedenheit/Patientenbindung mit 44% und Finanzielle Vorteile mit 41%. Die Steigerung der Lebensqualität (27%) und Sonstiges (3%) fallen weniger in die Relevanz von Netzmitgliedern. Unter „Sonstiges“ sind u.a. folgende Freitextantworten hinzugefügt worden: Erleichterter Start als Selbstständiger, Kauf einer Praxis mit Netzanschluss. Auch nach Rechtsformen bzw. Mitgliederzahlen wird eine analoge Konstellation festgestellt. Nur bei den professionelleren Rechtsformen (nicht e.V./GbR) zeigt sich das Motiv „Finanzielle Vorteile“ mit 58% als „Ausreißer“ der starren Homogenität.

Bei der Gewichtung der einzelnen Motivkategorien wird deutlich, dass die Netzteilnehmer ihren Motivnennungen, die Hauptgründe für einen Beitritt bzw. die Gründung eines Praxisnetzes sind, durchweg eine überdurchschnittlich hohe Bedeutung beimessen. Die Abbildung 41 bekräftigt diese These durch die Kategorisierung der Motividimensionen in primäre und sekundäre Netz motive.

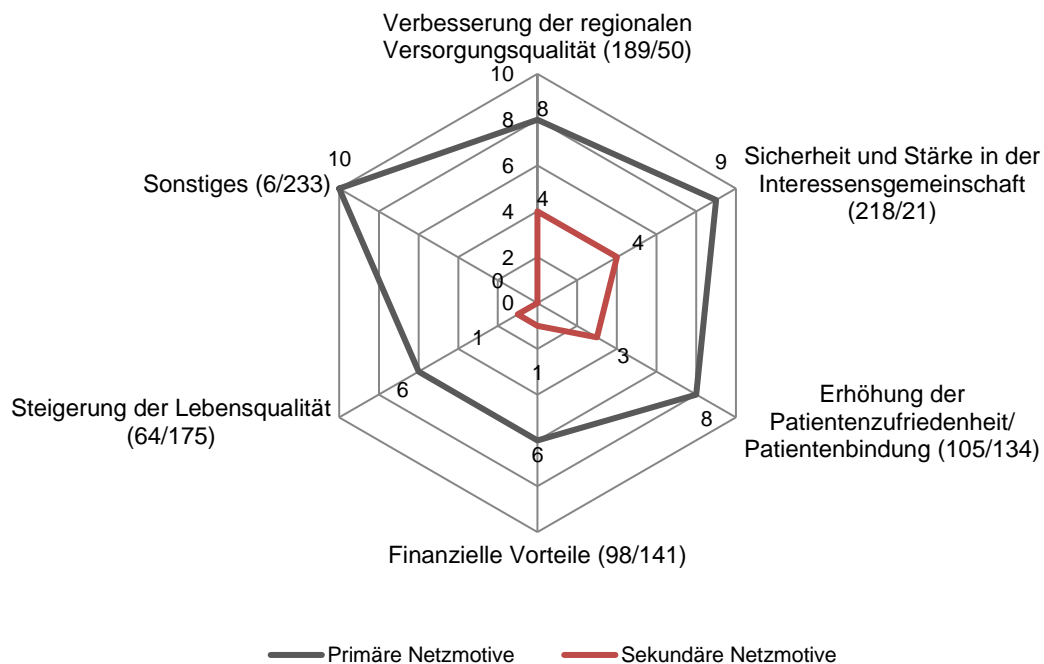


Abbildung 41: Durchschnittliche Motivbedeutung (Median) – nach primären und sekundären Netz motiven klassifiziert (n=239). In Klammern ist das quantitative Verhältnis von Primär- und Sekundärmotiv beigefügt (eigene Darstellung, 2014)

Bei den konkreten Eintrittsgründen wird partout eine überdurchschnittliche Datenlage erreicht, die sich signifikant von den sekundären Daten abgrenzt.

Die Kategorie „Sonstiges“ erhält bei den sechs Mitgliedern, die dieses Eintrittsmotiv angeben, den höchsten Relevanzwert von zehn Punkten. Mit neun Punkten schließt sich dann das primäre Motiv „Sicherheit und Stärke in der Interessensgemeinschaft“ an. Dahinter rangieren die „Verbesserung der Versorgungsqualität“ und „Erhöhung der Patientenzufriedenheit/Patientenbindung“ mit einem ebenfalls hohen primären Wert von 8. Dagegen liegen die Werte der sekundären Netz motive deutlich unter dem Wertenniveau der primären Netz motive und werden signifikant unterdurchschnittlich zu der primären Datenstruktur gewichtet. Die größten Punktespannweiten innerhalb der Motivkategorien werden bei Sonstiges, Steigerung der Lebensqualität und Finanzielle Vorteile festgestellt.

Die Auswertung der Motiverfüllung zeigt eine parallele Präferenzstruktur der Motivklassen in Relation zur Motivbedeutung, bei der die zweistufige Kategorisierung der Netzmotive weiterhin angewendet wird (siehe Abbildung 42).

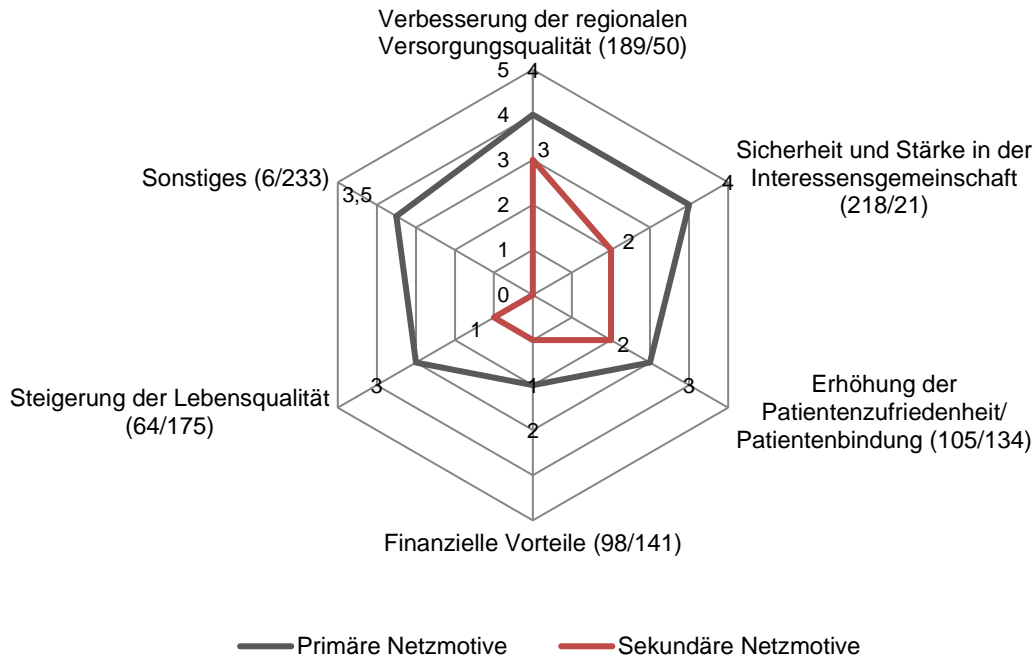


Abbildung 42: Durchschnittliche Motiverfüllungsgrade (Median) der einzelnen Motivdimensionen – nach primären und sekundären Netzmotiven klassifiziert (n=239). In Klammern ist das quantitative Verhältnis von Primär- und Sekundärmotiv beigelegt (eigene Darstellung, 2014)

Über 50% der Mitglieder stufen den Erfüllungsgrad der primären Motive „Sicherheit und Stärke in der Interessensgemeinschaft“ und „Verbesserung der Versorgungsqualität“ mit vier Punkten ein. Außerdem wird der Primärwert bei „Sonstiges“ überdurchschnittlich beobachtet. Relativ neutral wird das Eintrittsmotiv „Erhöhung der Patientenzufriedenheit/Patientenbindung“ mit drei Punkten bewertet.

Nur das primäre Motiv „Finanzielle Vorteile“ wird von den Netzteilnehmern als unterdurchschnittlich eingeordnet. Die sekundären Motive erhalten durchweg unterdurchschnittliche Bewertungen. Einzige Ausnahme ist das sekundäre Motiv der Verbesserung der Versorgungsqualität, bei dem ein neutraler Wert von 3 erreicht wird. Die schlechtesten Bewertungen werden bei der Steigerung der Lebensqualität, Sonstiges und Finanzielle Vorteile registriert. Mit den sekundären Motivbewertungen sind die Netzmitglieder jedoch nicht unzufrieden. Dies wird durch die Grafik 43 verdeutlicht.

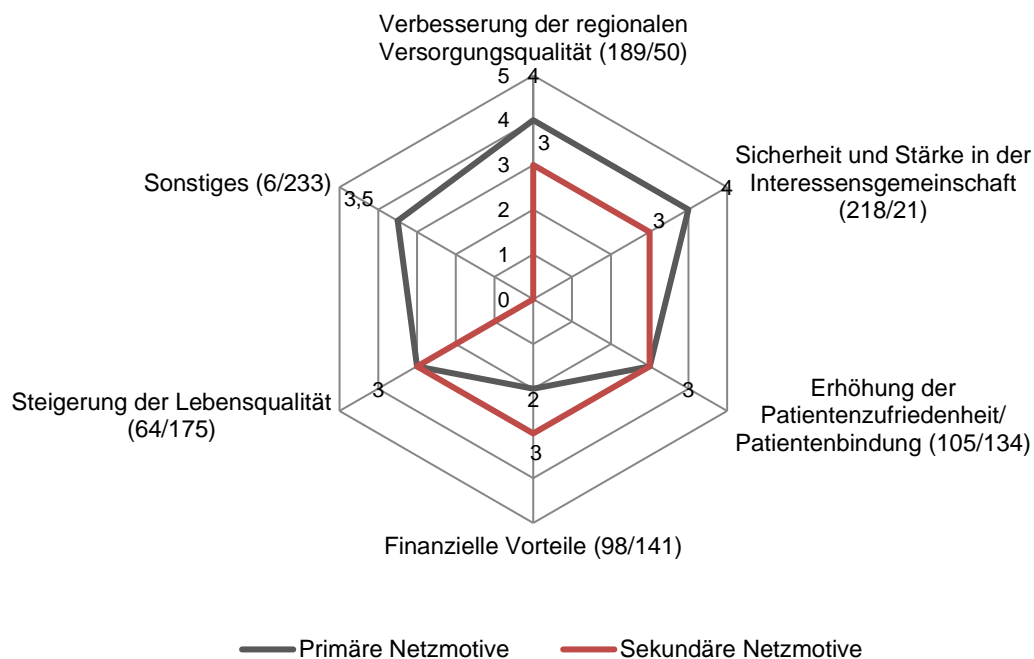
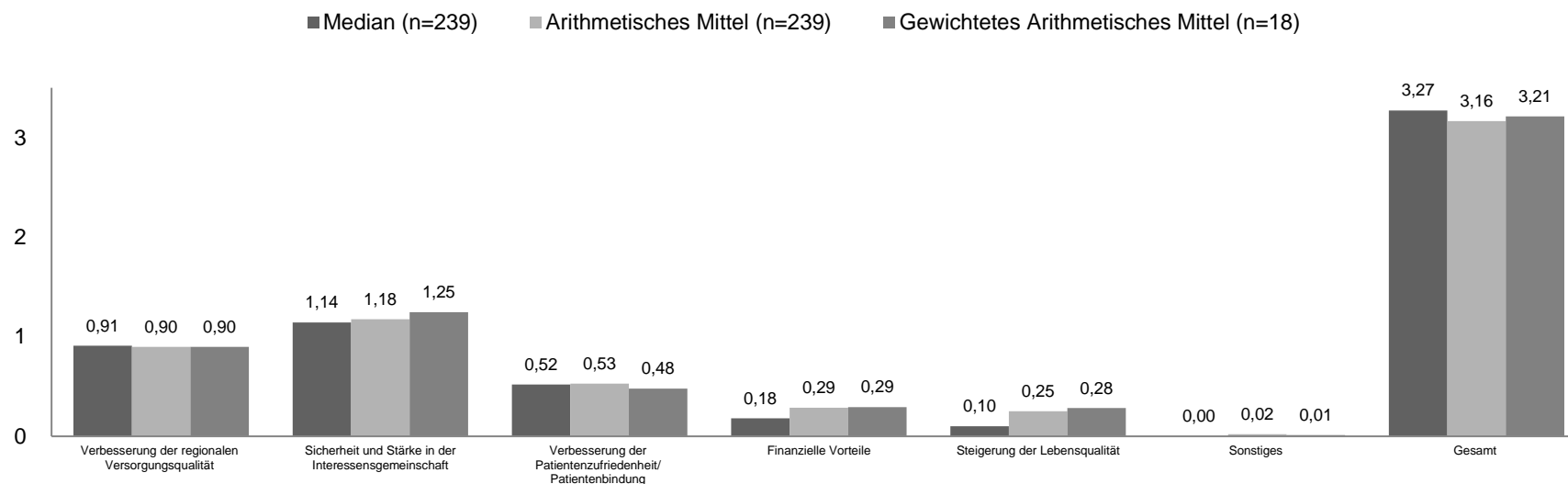


Abbildung 43: Durchschnittliche Zufriedenheit (Median) der Netzteilnehmer mit ihrer jeweiligen Motiverfüllung – klassifiziert nach primären und sekundären Netzmotiven (n=239). In Klammern ist das quantitative Verhältnis von Primär- und Sekundärmotiv beigefügt (eigene Darstellung, 2014)

Die Zufriedenheitswerte bei den sekundären Motiverfüllungen sind im neutralen Bereich angesiedelt. Die primären Zufriedenheitswerte sind fast mit dem Verlauf der primären Motiverfüllungen identisch. Nur das primäre Motiv „Finanzielle Vorteile“ erhält einen unterdurchschnittlichen Wert von zwei, so dass die Netzteilnehmer mit ihrem Netzeintrittsgrund unzufrieden sind.

7.2.2. Der subjektive Nutzenscore (Netzeffektivität)

Nachdem nun die Motivbedeutung, -erfüllung und -zufriedenheitswerte ermittelt worden sind, ist die Basis für die subjektive Nutzenberechnung geschaffen, so dass ein individueller Nutzenscore für die Mitglieder berechnet werden kann, der die momentane Netzeffektivität wiedergibt (siehe Abbildung 44).



Kategorie	Median (n=239)	Arithmetisches Mittel (n=239)	σ	95%-Konfidenzintervall	Gewichtetes Arithmetisches Mittel (n=18)	σ	95%-Konfidenzintervall
Verbesserung der regionalen Versorgungsqualität	0,91	0,90	0,467	[0,84;0,96]	0,90	0,212	[0,79;1,00]
Sicherheit und Stärke in der Interessensgemeinschaft	1,14	1,18	0,580	[1,10;1,25]	1,25	0,229	[1,13;1,36]
Erhöhung der Patientenzufriedenheit/ Patientenbindung	0,52	0,53	0,366	[0,48;0,58]	0,48	0,154	[0,40;0,56]
Finanzielle Vorteile	0,18	0,29	0,347	[0,24;0,33]	0,29	0,158	[0,22;0,37]
Steigerung der Lebensqualität	0,10	0,25	0,358	[0,21;0,30]	0,28	0,180	[0,19;0,37]
Sonstiges	0,00	0,02	0,154	[0,00;0,04]	0,01	0,023	[0,00;0,02]
Gesamt	3,27	3,16	0,803	[3,06;3,27]	3,21	0,373	[3,03;3,40]

Abbildung 44: Durchschnittliche, subjektive Nutzenscores der einzelnen Motivdimensionen und des Gesamtnutzens (n=239) (eigene Darstellung, 2014)

Neben dem Median wird zusätzlich das arithmetische Mittel verwendet, das auch netzspezifisch (gewichtetes arithmetisches Mittel) ausgewertet worden ist.

Der höchste Punktwert wird im Motiv der Sicherheit und Stärke in der Interessensgemeinschaft erzielt. Danach ergeben sich die altbekannten Platzierungen. Vor allem bei den Motiven „Finanzielle Vorteile“ und „Steigerung der Lebensqualität“ fällt die Differenz vom Median zu den beiden arithmetischen Kennzahlen auf. Der Gesamtnutzen überschreitet bei allen drei Varianten den Punktscore von drei, so dass der subjektive Gesamtnutzen auf Basis der Netz motive leicht überdurchschnittlich interpretierbar erscheint.

Grundsätzlich unterscheiden sich die Nutzenanteile der einzelnen Motivsparten auch signifikant (95%-Konfidenzintervall) voneinander. Nur zwischen den Motiven „Finanzielle Vorteile“ und „Steigerung der Lebensqualität“ wird keine signifikante Differenz identifiziert.

Die relative Aufteilung des Gesamtnutzens wird nun als nächstes repräsentiert, um die Relevanz einzelner Motivklassen am erreichten Nutzenscore weiter zu verdeutlichen (gemessen am arithmetischen Mittel).

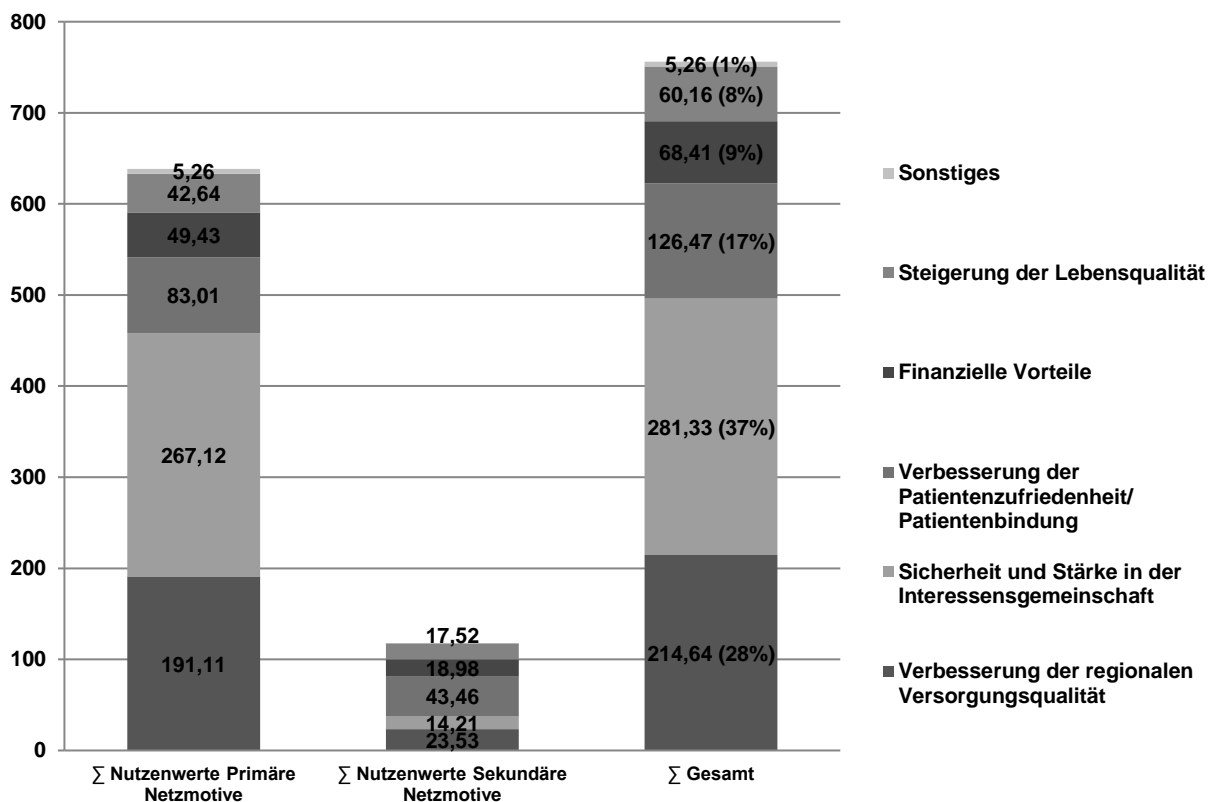


Abbildung 45: Anteile der primären und sekundären Netz motive am subjektiven Gesamtnutzen (n=239) (eigene Darstellung, 2014)

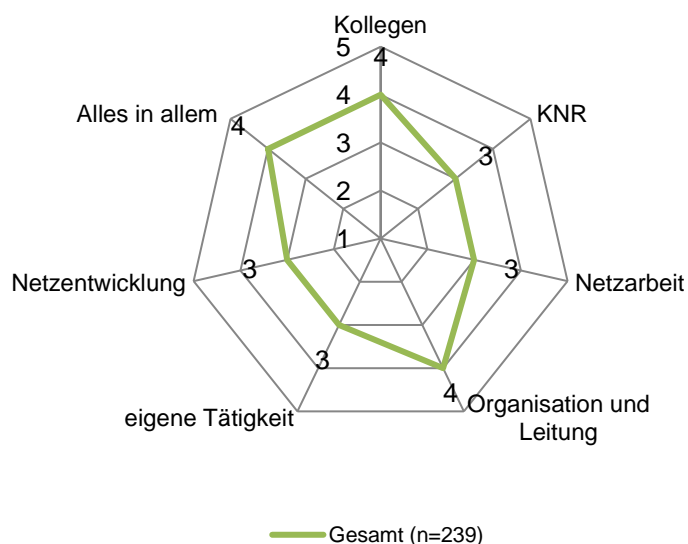
Der durchschnittliche Gesamtnutzen wird zu 37% durch das Motiv „Sicherheit und Stärke in der Interessensgemeinschaft“ dominiert. Dahinter rangiert die Verbesserung der

Versorgungsqualität mit 28%. Dementsprechend wird der subjektive, durchschnittliche Gesamtnutzen von diesen beiden Motiven grundsätzlich ausgefüllt. Während dem Motiv „Erhöhung der Patientenzufriedenheit bzw. Patientenbindung“ noch 17% zugesprochen werden können, erreichen die Kategorien „Finanzielle Vorteile“ und „Steigerung der Lebensqualität“ nur 9% bzw. 8%. Die Dimension „Sonstiges“ spielt wegen der geringen Resonanz nur eine Nebenrolle und hat einen prozentualen Anteil von 1%. Interessant ist nun der Anteil der primären Netz motive am Gesamtnutzen. So wird der Gesamtnutzen zu 84% mithilfe der konkreten Eintritts- bzw. Gründungsmotive realisiert. Dies zeigt wieder die Bedeutung der primären Netz motive im Bewertungsdiskurs hinsichtlich der Effektivität der Netze.

7.3. Die Ergebnisse der Netzzufriedenheit

Die Zufriedenheitsdaten stützen die vorherigen Ergebnisse bezüglich der Zufriedenheit mit dem Aufwand und Gesamtnutzen.

Die einzelnen Gruppierungen setzen sich aus der Zufriedenheit mit Kollegen, der eigenen Netz t ä t i g k e i t, mit Organisation und Leitung, der Netz ent w i c k l u n g und der Gesamtzufriedenheit zusammen. Nachfolgend sind die Ergebnisse der Messung dargestellt, bei der die standardisierte Differenzierung nach Rechtsformen und Mitgliederzahlen beibehalten wird (siehe Abbildung 46).



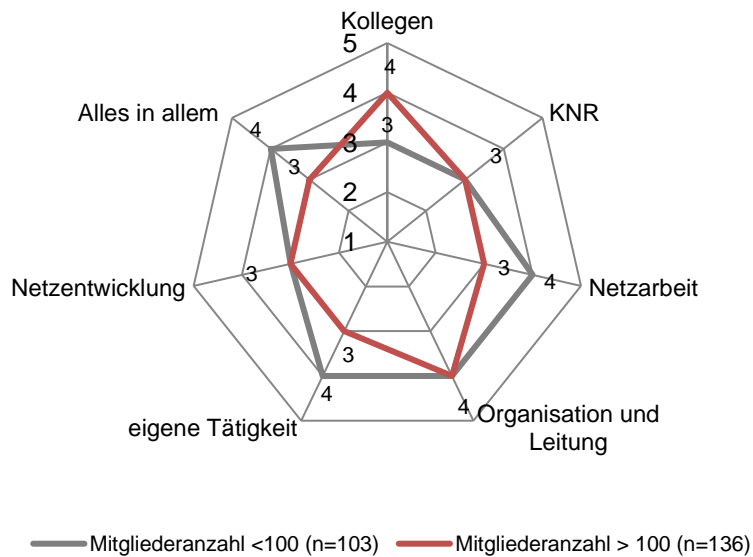
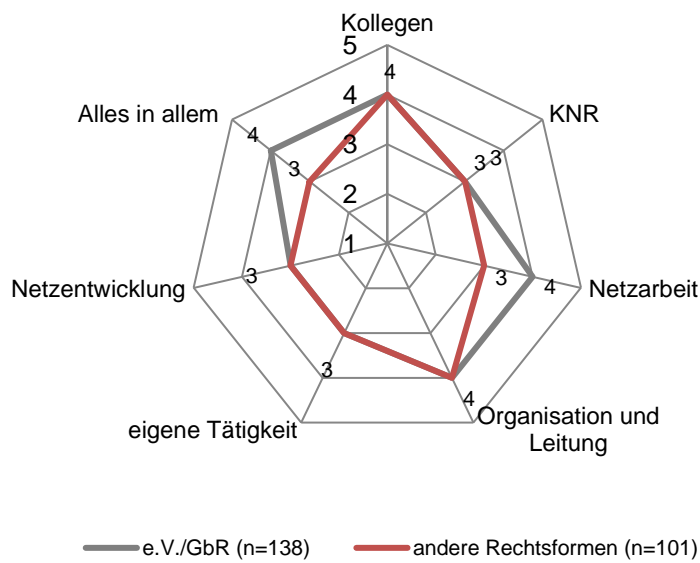


Abbildung 46: Durchschnittliche Zufriedenheitswerte ausgewählter Netzparameter – zusätzlich klassifiziert nach verschiedenen Rechtsformen und Mitgliedergrößen (eigene Darstellung, 2014)

Im allgemeinen Durchschnitt erzielen die Rubrik „Kollegen“, „Organisation und Leitung“ und die Gesamtzufriedenheit die höchsten Werte. Speziell mit diesen Kategorien sind die Netzteilnehmer zufrieden. Unentschlossen bezüglich ihrer Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit sind die Teilnehmer bei der Netzentwicklung, eigenen Tätigkeit, KNR und der Netzarbeit. In keiner Rubrik wird aber eine Unzufriedenheit festgestellt.

Die Klassifizierung der Rechtsformstrukturen belegt ebenfalls eine positive Tendenz. Die Mitglieder in Rechtsformen eines „e.V.“ oder einer „GbR“ sind sogar mit der Netzarbeit

zufrieden. Diese Klasse erhält auch eine bessere Bewertung bei der allgemeinen Gesamtzufriedenheit, die bei den anderen Rechtsformen neutral beurteilt wird.

Die Verlaufskurve der höherklassigen Rechtsformstrukturen ist mit den Werten der Netze mit einem Mitgliedervolumen größer 100 identisch. Die kleineren Netze kennzeichnen sich geringfügig positiver in den einzelnen Parametern. Die Mitglieder der Gruppe sind neben der Organisation und Leitung und der Gesamtzufriedenheit mit der eigenen Tätigkeit und der Netzentwicklung zufrieden. Nur bei der Bewertung der Kollegen wird ein schlechterer Wert in Relation zu dem mitgliederstärkeren Netzcluster festgestellt.

7.4. Das Benchmarkmodell

7.4.1. Die Basiswerte des Stabilitätsfaktors

Die Effizienz (=Stabilitätsfaktor) wird nun in die Analyse miteinbezogen und lässt sich in der Tabelle 16 erkennen.

Durchschnittlicher Aufwand und Gesamtnutzen pro Person werden von den Netzteilnehmern mit einem Wert von 4,60 bzw. 4,86 beurteilt.

Kategorie	Gesamt (n=239)	95%-Konfidenzintervall	e.V./GbR (n=138)	95%-Konfidenzintervall	andere Rechtsformen (n=101)	95%-Konfidenzintervall
Aufwand p.P.	4,60	[4,27; 4,93]	3,79	[3,36; 4,22]	5,71	[5,25; 6,17]
Gesamtnutzen p.P.	4,86	[4,56; 5,16]	4,92	[4,50; 5,34]	4,78	[4,32; 5,24]

Tabelle 16: Durchschnittlicher Erfüllungsgrad (Arithmetisches Mittel) des Aufwandes und Gesamtnutzens pro Person – zusätzlich klassifiziert nach Rechtsformen (Quelle: eigene Darstellung, 2014)

Der Gesamtnutzen pro Person übertrifft dabei nicht signifikant den Erfüllungsgrad des Aufwandes. Eigentlich kann von einer Ausbalancierung zwischen Aufwand und Gesamtnutzen gesprochen werden, so dass weder ein eindeutiger Nutzenüberhang noch eine -unterdeckung in Relation zum Aufwand resultiert. Dieser wird erst bei den unterschiedlichen Rechtsstrukturklassen festgestellt. So erlangen Praxisnetze mit der Rechtsformklasse „e.V./GbR“ einen signifikanten Nutzenüberhang, so dass eine positive Effizienzbedingung resultiert. Dagegen belegen die Daten der anderen Rechtsformstrukturen einen negativen Trend. Die Praxisnetze aus dieser Kategorie erhalten eine signifikante negative Bilanz aus dem Aufwand-Nutzen-Vergleich. Während sich der Gesamtnutzen der anderen Rechtsformen nicht von der Klasse „e.V./GbR“ unterscheidet, ist der Aufwand der anderen Rechtsformen

signifikant höher. Ebenfalls kann diese Feststellung im direkten Vergleich mit dem durchschnittlichen Wert des Gesamtaufwandes getätigt werden.

Kategorie	Gesamt (n=239)	95%-Konfidenzintervall	Mitgliederanzahl <100 (n=103)	95%-Konfidenzintervall	Mitgliederanzahl > 100 (n=136)	95%-Konfidenzintervall
Aufwand p.P.	4,60	[4,27; 4,93]	5,07	[4,57;5,57]	4,25	[3,80;4,70]
Gesamtnutzen p.P.	4,86	[4,56; 5,16]	5,24	[4,75;5,73]	4,57	[4,19;4,96]

Tabelle 17: Durchschnittlicher Erfüllungsgrad (Arithmetisches Mittel) des Aufwandes und Gesamtnutzens pro Person – zusätzlich klassifiziert nach Mitgliederzahlen (Quelle: eigene Darstellung, 2014)

Bei den differenten Netzgrößen, bezogen auf die Mitgliederanzahl, wird keine heterogene Konstellation vorgefunden (siehe Tabelle 17). Die Werte der Netze mit Mitgliederzahlen unter 100 liegen nicht signifikant höher als bei den größeren Praxisnetzen. So ergibt sich bei den kleineren Netzen ein durchschnittlicher Aufwandscore von 5,07 pro Person, während der Gesamtnutzen mit 5,24 Punkten leicht unter diesem Niveau eingestuft wird. Größere Netze weisen einen geringeren Aufwand pro Person aus, der bei 4,25 registriert wird. Der Gesamtnutzen liegt bei 4,57 Punktwerten.

In den Zufriedenheitsdaten des Aufwandes und Gesamtnutzens manifestiert sich sogar dieser Homogenitätstrend, den die Tabelle 18 verdeutlicht, in allen Clustern.

Kategorie	Gesamt (n=239)	Rechtsformstruktur		Mitgliederanzahl	
		e.V./GbR (n=138)	andere Rechtsformen (n=101)	<100 (n=103)	> 100 (n=136)
Aufwand p.P.	3	3	3	3	3
Gesamtnutzen p.P.	3	3	3	3	3

Tabelle 18: Durchschnittliche Zufriedenheit (Median) des Aufwandes und Gesamtnutzens pro Person – zusätzlich klassifiziert nach Rechtsformstruktur und Mitgliederanzahl (eigene Darstellung, 2014)

Durchweg werden die Erfüllungsgrade von Aufwand und Gesamtnutzen (unabhängig der Differenzierung nach Rechtsform oder Mitgliederzahl) mit einer durchschnittlichen Zufriedenheit bewertet.

7.4.2. Die Basiswerte des Flexibilitätsfaktors

Die Auswertung der Zufriedenheitsformen nach Bruggemann, die sich zugleich als Basis eines Flexibilitätsfaktors instrumentalisieren, legt schon eher ein heterogenes Interpretationsmuster unter Beibehaltung der quantitativen Klassifizierungsordnung dar.

Kategorie	Rechtsformklasse				Gesamt (n=239)	%
	e.V./GbR (n=138)	%	Andere (n=101)	%		
Ich bin mit dem Netz zufrieden – ich sage mir, es könnte viel schlimmer sein. (Resignative AZ)	42	30%	24	24%	66	28%
Ich bin mit dem Netz unzufrieden, aber ich weiß auch nicht, was ich tun soll. (Fixierte AUZ)	30	22%	19	19%	49	21%
Ich bin mit dem Netz nicht zufrieden, weil mich wichtige Punkte ärgern. Ich glaube aber, dass sich in Zukunft einige dieser Punkte ändern. (Konstruktive AUZ)	16	12%	29	29%	45	19%
Ich bin mit dem Netz wirklich zufrieden – gerade auch, weil ich es dabei noch weiter bringen kann. (Progressive AZ)	22	16%	21	21%	43	18%
Ich bin mit dem Netz wirklich zufrieden und wünsche mir für die Zukunft nur, dass alles so gut bleibt. (Stabilisierte AZ)	28	20%	8	8%	36	15%
Gesamt	128	54%	111	46%	239	100%

Tabelle 19: Zufriedenheitswerte nach Bruggemann-Schema – zusätzlich klassifiziert nach verschiedenen Rechtsformenstrukturen (eigene Darstellung, 2014)

66 Mitglieder wählen die resignative AZ. Auf dem zweiten Platz rangiert mit 21% der Antworten die fixierte AUZ. Nach dem Bruggemann-Konzept können demnach circa zwei Drittel der Antworten der Diffusen-AUZ zugeordnet werden. Der Wunsch nach Stabilisation wird mit 15% am geringsten festgestellt.

Wenn die Ergebnisse zusätzlich nach der Rechtsform (hinsichtlich des Professionalitätsgrades eines Praxisnetzes) klassifiziert werden, ergibt sich wieder ein interessantes Dominanzbild der verschiedenen AZ-Formen. Bei Praxisnetzen, die durch die Rechtsform eines „e.V.“ oder „GbR“ gekennzeichnet sind, ist der Wert der resignativen AZ mit 30% federführend. Dahinter platziert sich die fixierte AZ mit 22%. Schlusslicht ist die konstruktive AZ. Bei anderen Rechtsformen zeichnet sich eine komplett kontroverse Rangierung ab. Dies wird durch die Spitzenpositionierung der konstruktiven AZ signalisiert. Zudem stützt sich diese These durch den Wert der stabilisierten AZ, die mit nur 8% den letzten Platz in dieser Klassifizierung erhält. Auch die bipolare Differenzierung nach Mitgliedergrößen (<100;>100) gibt aufschlussreiche Aspekte wider.

Kategorie	Mitgliederanzahl			
	<100 (n=103)	%	>100 (n=136)	%
Ich bin mit dem Netz zufrieden – ich sage mir, es könnte viel schlimmer sein.(Resignative AZ)	27	26%	39	29%
Ich bin mit dem Netz unzufrieden, aber ich weiß auch nicht, was ich tun soll.(Fixierte AUZ)	16	16%	33	24%
Ich bin mit dem Netz nicht zufrieden, weil mich wichtige Punkte ärgern. Ich glaube aber, dass sich in Zukunft einige dieser Punkte ändern. (Konstruktive AUZ)	19	18%	26	19%
Ich bin mit dem Netz wirklich zufrieden – gerade auch, weil ich es dabei noch weiter bringen kann. (Progressive AZ)	26	25%	17	13%
Ich bin mit dem Netz wirklich zufrieden und wünsche mir für die Zukunft nur, dass alles so gut bleibt. (Stabilisierte AZ)	15	15%	21	15%
Gesamt	103	100%	136	100%

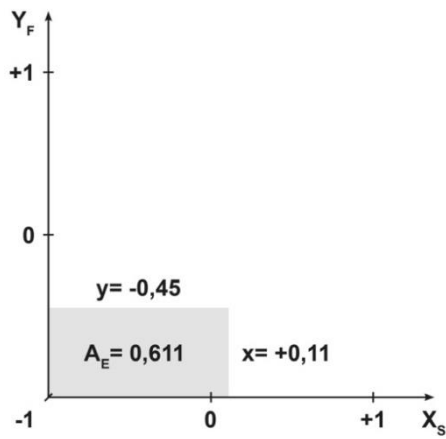
Tabelle 20: Zufriedenheitswerte (Bruggemann) nach Mitgliedergrößen (eigene Darstellung, 2014)

Der Wert der Diffusen-AUZ liegt bei Netzen, die über 100 Teilnehmern inkludieren, sogar bei 72%. In diesem Teilnehmerkreis wird die progressive Zufriedenheit am wenigstens genannt. Bei den kleineren Netzen (<100 Mitglieder) wird eine andere Datenverteilung beobachtet. Die progressive Zufriedenheit erhält hier 25% der Antworten und besitzt zusammen mit der resignativen AZ die höchsten Anteile. Die geringsten Mitgliederantworten werden bei der stabilisierten AZ verzeichnet. Somit zeigen sich die größten Unterschiede zwischen den mitgliederabhängigen Gruppen in den Daten der progressiven und fixierten AZ.

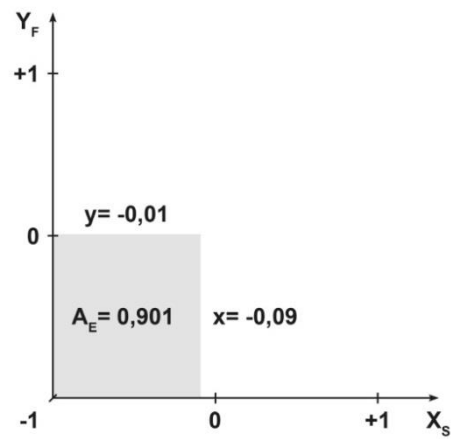
7.4.3. Die Berechnung des Zielwerts: Das Entwicklungspotenzial „A_E“

Abschließend können nun auf Basis der Daten der Motivstrukturanalyse und der Zufriedenheitsmessung nach Bruggemann die Achsenparameter der Stabilität und Flexibilität berechnet werden, so dass sich folgende Entwicklungspotenziale für die bereits verwendeten Cluster (Mitgliedergrößen, Rechtsformstruktur) ergeben, die in der Abbildung 47 erkennbar sind.

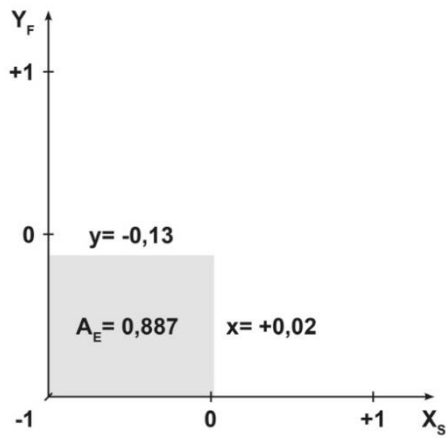
a) e.V./GbR (n=138)



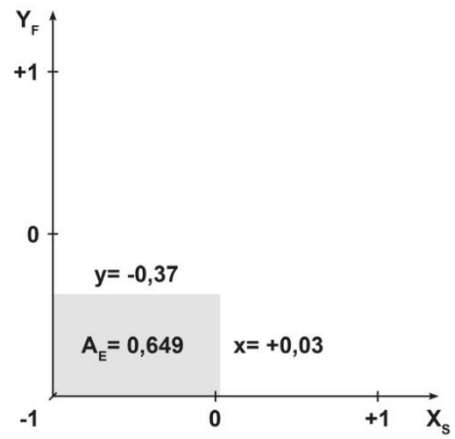
b) andere Rechtsformen (n=101)



c) Mitgliederanzahl <100 (n=103)



d) Mitgliederanzahl > 100 (n=136)



e) Gesamt (n=239)

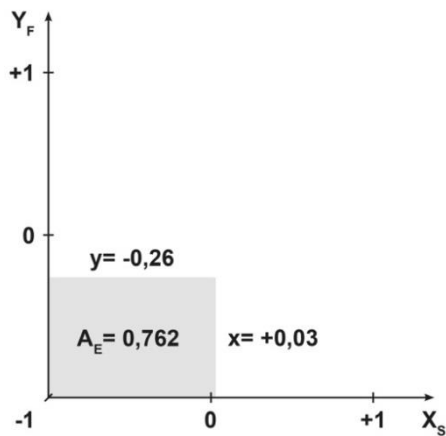


Abbildung 47: Entwicklungspotenzialdiagramme ausgewählter Cluster (eigene Darstellung, 2015)

Im Gesamtüberblick (e) wird die Flexibilität negativ eingestuft. Auch das direkte Verhältnis der Achsenwerte ist nicht annähernd identisch, so dass quasi ein Übermaß an Stabilität erreicht wird.

Zudem wird ein negatives Entwicklungspotenzial mit 0,76 festgestellt. Dieser negative Trend ist generell auch in den Subgruppen bemerkbar. In keiner Differenzierungsklasse wird ein positives Entwicklungspotenzial registriert. Nur die Kategorie „andere Rechtsformen“ (b) kommt annähernd mit 0,90 an den positiven Schwellenwert. Hier kann außerdem die kleinste Differenz zwischen den Variablen beobachtet werden. Jedoch liegt die Stabilität der Rechtsformstrukturklasse im negativen Bereich, was bei den Stabilitätswerten ein Unikum ist. In der kontroversen Gruppe der „e.V./GbR“ (a) ist dagegen die Spannweite am größten. Während die Entwicklungsfähigkeit mit -0,45 bewertet wird, rangiert der Stabilitätswert von 0,11 auf der Spitzenposition. Eine weniger heterogene Ergebnisstruktur wird beim direkten Vergleich der beiden Mitgliederklassen vorgefunden (c und d). Die Stabilitätswerte erreichen fast dieselben Werte. Nur hinsichtlich der Flexibilität schneiden die kleineren Praxisnetze besser ab.

7.5. Interpretation der Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen viele interessante Aspekte auf, die die Praxisnetzkultur besser verstehen lassen. So dann beziehen sich die Auswertungsergebnisse auf die vergangene, gegenwärtige und zukünftige Netzentwicklung, die eine objektive Interpretation der Netzwerke ermöglichen. Vor allem basierend auf den guten Rahmenbedingungen der Stichprobe, kann dies gewährleistet werden. Denn die meisten Praxisnetze, die an der Studie teilnehmen, sind circa zehn Jahre alt, so dass das Netzdurchschnittsalter optimal hinsichtlich der Messung der Netz motive und der Zufriedenheit ist. Ferner kann die Struktur der Rechtsformen als guter Ansatzpunkt einer objektiven Netzbewertung herangezogen werden. Vier Praxisnetze, die sich als eingetragener Verein institutionalisieren, haben noch eine Tochtergesellschaft in Form einer GmbH gegründet, so dass fast die Hälfte der teilnehmenden Praxisnetze (acht von 18) eine Tendenz einer professionellen Entwicklung erkennen lässt. Auch die Verteilung der 239 Studienteilnehmer inkludieren ideale Bedingungen hinsichtlich der Hypothesenprüfung (Netzverweildauer), um bspw. die Motivgründe in der „Boomzeit“ der Praxisnetze zu identifizieren und analysieren.

H₁: abgelehnt – Z₁(M5) > 90%; dominierender Hauptgrund eines Netzbeitrittes bzw. -gründung: Die Sicherheit und Stärke in der Interessensgemeinschaft (91%)

Die Studienteilnehmer haben durchschnittlich drei Motivgründe, um einem Praxisnetz beizutreten oder eines zu gründen. Der erste Anreiz der Netze zeichnet sich somit nicht in einer Spezifikation, sondern in einer Diversifikation des Motivprofils aus, die den Realisierungswunsch eines schnellen Wachstums im ersten Entwicklungszyklus erklären lässt. Die häufigste Kombination (72% der Mitglieder) wird zwischen dem Motiv „Verbesserung der Versorgungsqualität“ und „Sicherheit und Stärke in der Interessensgemeinschaft“ registriert, so dass eine erste quantitative Unterteilung in Haupt- und Nebenmotive vorgenommen werden kann. Die Auswahl der Netz motive kann auch aufgrund der geringen Antworten der Rubrik „Sonstiges“ als repräsentativ angesehen werden.

Die Sicherheit und Stärke in der Interessensgemeinschaft ist eindeutig das häufigste Motiv hinsichtlich eines Netzbeitrittes oder einer Netzgründung und deutet die hohe Assoziation mit einem Netz an, die potenzielle Netzanwärter mit der Organisationsform charakterisierten. Der Wert von 91% aller Motivnennungen lässt auch die These zu, dass dieses Motiv unabhängig der Rechtsform oder Netzgröße als universelles Netzwerkcharakteristikum betrachtet werden kann. Die hohe relative Häufigkeit des Motivs „Verbesserung der Versorgungsqualität“ (79%) führt ebenfalls zu der gleichen Erkenntnis. Zumindest zeigt die hohe Datenmenge bei der

Verbesserung der Versorgungsqualität, dass die gesetzliche Netzintention von den Netzmitgliedern verinnerlicht worden ist.

Weitere Netz motive wie die „Erhöhung der Patientenzufriedenheit/Patientenbindung“, „Finanzielle Vorteile“ und die „Steigerung der Lebensqualität“ können in der anfänglichen Netzevolution als Neben motive deklariert werden. In diesem Aspekt ist auch die geringe Resonanz der Verbesserung der finanziellen Situation nochmals hervorzuheben, obwohl die meisten teilnehmenden Praxisnetze in der Hochzeit der IV-Anschubfinanzierung (bezogen auf Selektivverträge) gegründet worden sind.

H₂: angenommen – Z₂(M5) ≥ 9; Vergangener und gegenwärtiger Anreizfaktor Nr. 1: „Die Sicherheit und Stärke in der Interessensgemeinschaft“

Die gegenwärtige Bedeutungseinschätzung der Netzteilnehmer zeigt ein fast identisches Bild in Bezug auf die Rangfolge der Motivbedeutungen.

Die Hauptschwerpunkte werden bei der „Verbesserung der Versorgungsqualität“, der „Sicherheit bzw. Stärke in der Interessensgemeinschaft“ und der „Erhöhung der Patientenzufriedenheit/Patientenbindung“ gesetzt. Unbestritten geht aber die größte vergangene und gegenwärtige Anziehungskraft eines Praxisnetzes vom Hauptmotiv „Sicherheit und Stärke in der Interessensgemeinschaft“ aus und zeigt, dass ein Netzeintritt die ärztliche Antwort auf die Dynamik des Umfeldes und die Neujustierung des Vertragswettbewerbes ist, um sich gemeinsam gegen die Krankenkassen zu positionieren und regionale ärztliche Interessen zu wahren. Der Missstand einer regionalen Instanz, die die Funktion ausfüllt, macht sich hier sicherlich bemerkbar. Berufsverbände können diese Funktionsrolle nicht mehr vollkommen sicherstellen, da regionale Strukturdefizite kontinuierlich wachsen, so dass die Diversifikation der Interessenslagen eine Vereinbarkeit der Berufsgruppe immens erschwert bzw. unmöglich macht.

Die primäre Datenlage zeigt des Weiteren, dass sich das Motiv zu anderen Eintrittsmotiven signifikant abgrenzt, so dass selbst bei den primären Motiven eine Priorisierung in Haupt- und Neben motive vorgenommen werden kann bzw. muss. So werden bei den primären Motiven der Kategorien „Finanzielle Vorteile“ und „Steigerung der Lebensqualität“ die niedrigsten Werte registriert, so dass die anderen drei Eintrittsmotive im direkten primären Vergleich innerhalb der Präferenzstruktur eines Netzteilnehmers bevorzugt werden. Für die Netzausrichtung bzw. Konzentration auf bestimmte Netzzielebenen ist dieser Hinweis ein entscheidender Vorteil, so dass die Effektivität des Zielsystems optimiert werden kann.

Die Ergebnisse der Neben motive „Steigerung der Lebensqualität“ oder auch „Finanzielle Vorteile“ sind aber noch in Anbetracht weiterer Umstände zu analysieren und plausibilisieren allgemeine Suppositionen zu diesen Motiven.

Niedergelassene Ärzte arbeiten laut dem Virchow-Verband durchschnittlich über 50 Stunden und wünschen sich ihre Arbeitszeit vor allem in der bürokratischen Dokumentation zu reduzieren (Heinrich, 2014). Der Aufwand bezüglich des Netzaufbaus bzw. Netzarbeit steht folglich zunächst konträr zu diesem Anliegen, so dass die Daten zum Motiv der „Steigerung der Lebensqualität“ evident erscheinen. Trotzdem scheint das Motivpotenzial dieser Sparte immens, wenn das Netz verstärkt diesem Wunsch in seiner Entwicklung nachgeht und den Arzt hinsichtlich dieses Parameters mit dem Outsourcing organisatorischer Einheiten entlasten kann. Die Dauer der Reziprozität dieses Motivs spielt eine wesentliche Rolle, die ebenfalls beim Motiv „Finanzielle Vorteile“ zur Bewährungsprobe wird. Denn der Abschluss eines Selektivvertrages kann ein langjähriger Verhandlungsprozess sein (vor allem nach dem Auslaufen der IV-Anschubfinanzierung), der durch den dynamischen Wandel des Systems und der Interessenslagen auch problematisiert wird und keine Abschlussgarantie trotz eines professionellen Organisationsgrades zusichert.

Ferner muss die Datenlage des Nebenmotivs im Hinblick der Praxiseinnahmen interpretiert werden, die in den letzten Jahren kontinuierlich ansteigen (GKV-Spitzenverband, 2014). Das Insolvenzrisiko ist ergo als Intendant des Netzmotivs „Finanzielle Vorteile“ nicht zu berücksichtigen. Folglich muss die These, ein Netz als seriöse monetäre Investitionsquelle anzusehen, eher revidiert werden.

Die gegenwärtige Bedeutungseinordnung der einzelnen Motivklassen ist ergo plausibel.

H₃: angenommen – Z₃ = 0%; Kontinuität statt Diskontinuität des Motivprofils

Unter Berücksichtigung der Netzverweildauer ist ebenfalls eine eindeutige Priorisierung der Eintrittsmotive zu verzeichnen, die durch die Klassifizierung in primäre und sekundäre Netz motive (Bedeutungsdaten) verdeutlicht wird. Die Motive „Verbesserung der Versorgungsqualität“, „Sicherheit und Stärke in der Interessensgemeinschaft“ und „Erhöhung der Patientenzufriedenheit/Patientenbindung“ kennzeichnen sich somit durch Beständigkeit und einer hohen Essenz in der Netzevolution aus. Wenn demgemäß ein Netzmitglied ein Motiv aus diesen Kategorien auswählt, die ihn zum Beitritt bzw. zur Gründung eines Netzes veranlassen, dann misst die Person dem Motiv konstant eine sehr hohe Bedeutung bei. Das essentielle Motivprofil eines Mitgliedes ändert sich demnach kaum und besitzt einen geringen fluktuierenden Gewichtungsgang im Laufe der Netzzugehörigkeit. Dementsprechend sind die Eintrittsanreize eines Praxisnetzes auch grundsätzlich mit Bleibeanreizen gleichzustellen, welches durch die Verlaufskurve der sekundären Motive gekennzeichnet wird. Die Implementierung von möglichen Leistungsanreizen muss hier verstärkt nachgefragt werden.

H4: abgelehnt – $Z_4 > 50\%$; nur unterdurchschnittlicher Erfüllungsgrad des primären Netzmotivs „Verbesserung der finanziellen Situation“ wird mit Unzufriedenheit eingestuft

Die Ergebnisse der Motiverfüllungsgrade knüpfen nahtlos an die Daten der Bedeutungswerte an. Die Erfüllungsgrade der sekundären Netz motive erhalten fortwährend niedrige Punktwerte in Relation zu den primären Sparten. Nur bei der Verbesserung der Versorgungsqualität wird ein durchschnittlicher Wert von 3 erzielt. Somit erhält ein Netzmitglied zwangsläufig einen Nutzen in dieser Hinsicht und demonstriert eine unbewusste Nutzenvariable, die unabhängig des Hauptanreizes vom Mitglied nach dem Eintritt wahrgenommen wird. Die primäre Verlaufskurve der Erfüllungswerte zeigt hingegen keine Überraschungen im Hinblick auf die ersten Auswertungsdaten. Nach den Mitgliederangaben werden das primäre Motiv „Sicherheit und Stärke in der Interessensgemeinschaft“ und „Verbesserung der Versorgungsqualität“ überdurchschnittlich erfüllt. Dies ist sehr positiv in Bezug auf die Zielpolitik der Netze zu deuten. Zusätzlich kann aus der Einordnung der Erhöhung der Patientenzufriedenheit diese Tendenz abgeleitet werden, auch wenn ein durchschnittlicher Wert von 3 erreicht wird. Nur beim Motiv „Verbesserung der finanziellen Situation“ wird ein unterdurchschnittlicher Wert von 2 diagnostiziert, so dass die Netze den Mitgliedern nur einen geringen Nutzen in Bezug auf dieses Motiv gewähren können, obwohl die Kategorie als Eintritts- bzw. Gründungsgrund angegeben worden ist.

Die Netzteilnehmer sind auch mit der Erfüllung des primären Motivs unzufrieden. Folglich können die Netze ihren Mitgliedern nicht die Erwartung hinsichtlich einer Verbesserung der finanziellen Situation vollkommen erfüllen und hier muss kritisch hinterfragt werden, wie die Netzteilnehmer, die dieses Motiv als Beweggrund eines Netzeintrittes angeben, auf die Unzufriedenheit des Nebenmotivs reagieren. Eine Senkung des Soll-Zustandes in der primären Präferenzstruktur wäre speziell für die Selektivvertragslandschaft sehr gravierend, so dass sich die Netzteilnehmer auf andere Motive verstärkt fokussieren. Dies kann sich wiederum zu einem Stagnationsfaktor herauskristallisieren, der den Progress des Professionalisierungsgrades negativ beeinflusst. Denn ohne entsprechende Motivation seitens der Netzteilnehmer stagniert die Intention des kontinuierlichen Vertragswettbewerbs des Gesetzgebers, der gerade den Abschluss eines Selektivvertrages als normative Zielfunktion eines Netzes deklariert.

Bei der sekundären Klasse dieses Motivs wird zumindest eine neutrale Haltung eingenommen. Dieselbe neutrale Tendenz zeigen die anderen sekundären Motivklassen. Demnach ist die Relevanz bzw. Auswirkung der sekundären Motive nach der Analyse gering. Dies bedeutet für ein potenzielles Netzmitglied, dass die Netze den Motivprofilen der Teilnehmer grundsätzlich gerecht werden. Dies setzt aber eine bewusste und kritische

Auseinandersetzung mit dem Netz voraus. Die Testung der Hypothesen H1, H2, H3 und H4 legen interessante Details zur ersten Forschungsfrage dar und helfen, neue Erkenntnisse zum Status Quo der geringen Professionalität der Netze zu gewinnen. Denn damals wie heute ist der stärkste Anreiz in der Sicherheit und Stärke in der Interessensgemeinschaft verankert. Das Motiv „Finanzielle Vorteile“, dass eindeutig die Tendenz von professionellen Strukturen andeutet, erhält einfach eine zu geringe Resonanz bzw. Gewichtung von den Netzteilnehmern, obwohl fast die Hälfte der Studienpopulation in professionelleren Rechtsformen organisiert ist. Auch die geringe Fluktuation und die Motivzufriedenheit mit dem Erfüllungsgrad zeigen, dass ein zukünftiger, fundamentaler Wandel der Netzwerke zur Farce symbolisiert. Somit scheinen die „älteren“ Netze entsprechend nicht auf eine progressive, gesetzeskonforme Entwicklung vorbereitet zu sein bzw. weisen keine idealen Voraussetzungen nach diesen ersten Ergebnissen vor. Denn die Zufriedenheit wird eindeutig bei den dominanten Motiven wie der Sicherheit und Stärke in der Interessensgemeinschaft festgestellt. Deswegen muss die Hypothese aufgestellt werden, ob der Erfolg von professionelleren Strukturen bei den Netzärzten grundsätzlich angezweifelt wird und die erste bzw. zweite Generation nicht mehr für die zukünftige Gesetzesintention geeignet ist. Dieser Standpunkt wird auch bei den nachfolgenden Ergebnissen untermauert.

H₅: abgelehnt – $Z_5 > 3$; Positive Netzeffektivität

Die Netzeffektivität kann nun mithilfe der Motivbedeutung und -erfüllung in Form eines gewichteten Nutzenscores berechnet werden.

Der subjektive Nutzenscore zeigt die Komptabilität zwischen Präferenzstruktur eines Mitgliedes und des netzspezifischen Zielerreichungsgrades, so dass die Effektivität messbar und vergleichbar wird.

Erstmals kann nun ein durchschnittlicher Nutzenwert auf Basis der Mitglieder berechnet werden, der nicht nur die Dominanz einzelner Motivklassen auf den Gesamtnutzen herausstellt, sondern vor allem eine objektive Bewertungsmaßzahl eines Netzes verkörpert. Der durchschnittliche Nutzenscore pendelt zwar im neutralen Bereich, zeigt aber den subjektiven Nutzenwert, den ein Netz für ein Mitglied realisiert. Vor allem ist dieser Wert nicht unterdurchschnittlich, so dass diese Maßzahl zuerst einmal positiv gedeutet werden kann, wenn ebenfalls die Aussagen aus dem Netzwerkumfeld berücksichtigt werden. Bedeutend ist in diesem Zusammenhang der Einfluss der Motivklasse auf diesen durchschnittlichen Nutzen, denn dadurch können grundlegende Rückschlüsse auf die Netzlandschaft abgeleitet werden, die für die Netzentwicklung sehr bedeutend sind.

Demnach realisiert ein Netz einen durchschnittlichen Nutzenwert für das Netzmitglied, der zu 82% aus drei Motivdimensionen resultiert, von denen das Motiv der Sicherheit und Stärke in

der Interessensgemeinschaft circa 37% einnimmt. Die Daten des subjektiven Nutzens plausibilisieren ebenfalls die Klassifizierung in Haupt- und Nebenmotive.

Die Motive „Finanzielle Vorteile“ und „Steigerung der Lebensqualität“ sind dementsprechend keine Stützpfeiler in der Netzentwicklung.

Interessant ist nun der Vergleich mit den subjektiven Netzintentionen, die in der Fachliteratur und im gesundheitspolitischen Diskurs immer präferiert bzw. favorisiert werden. Denn das dominierende Motiv „Sicherheit und Stärke in der Interessensgemeinschaft“ wird grundlegend nicht als favorisierendes Attribut zum Netzeintritt bzw. zur Netzgründung von externen Parteien erachtet und weist u.a. auf die kritische Revision der Gesetzentwicklung hin, die sicherlich nach diesen Ergebnissen hinterfragt werden muss.

Allgemein kann aber zusammengefasst werden, dass die Netze die Effektivitätsbedingung auf Basis der vorliegenden Datenlage einhalten und diese positiv beurteilt werden kann. Vor allem bei der Prüfung des Anteils der primären Netz motive am Gesamtnutzen wird deutlich, dass die Bedingung erfüllt wird. 84% des realisierten Nutzens basieren auf den Motiven, durch die ein Eintritt bzw. eine Gründung eines Netzes resultiert, und unterstützen die Verbesserung des öffentlichen Netzimages auf Basis einer objektiven Datengrundlage.

Infolgedessen ist die Zielrealisierung des Netzes generell mit dem Motivprofil des Mitgliedes kongruent und sollte auch in Zukunft unbedingt berücksichtigt werden, da die Effizienz der Netze kritischer beurteilt werden muss.

H₆: angenommen – $Z_6 = 0$, kritische Effizienz;

H₇: abgelehnt – $Z_7 = Z_{7NP}$; kein signifikanter Unterschied des Gesamtnutzens hinsichtlich der Rechtsformstruktur;

H₈: abgelehnt – $Z_8 = Z_{8 \geq 100}$; kein signifikanter Unterschied des mitgliederabhängigen Gesamtnutzens;

H₉: abgelehnt – $Z_9 < Z_{9NP}$; Anreiz-Beitrags-Wert bei „e.V./GbR“ signifikant höher

Es wird kein allgemeiner, signifikanter Nutzenüberhang in Relation zum Aufwand festgestellt. Erst die Aufspaltung in netzspezifische Cluster (hinsichtlich Rechtsformstruktur und Mitgliederzahlen) zeigt positive und negative Bilanzen. Die Effizienzwerte der „e.V.“ und „GbR“ sind positiv und es wird ein signifikanter Nutzenüberhang erreicht, obwohl der Nutzen nicht höher als bei den anderen Rechtsformen beurteilt wird. In dieser Rechtsformkategorie ist der Aufwand höher, so dass eine rechtsformunabhängige Generalisierbarkeit der Effizienzbedingung verhindert wird.

Die professionelleren Strukturen haben ergo eine Effizienzproblematik, die sich mehr im Aufwand widerspiegelt. Praxisnetze in Form einer „e.V./GbR“ weisen ergo bessere Effizienzwerte vor und somit auch eine höhere Stabilität.

Für die Gesetzgeberintention müsste die kritische Bewertung der anderen Rechtsformen ein alarmierendes Signal sein, denn diese Netze passen ins Raster des Gesetzgebers, haben aber eine schlechtere Basis für eine positive, progressive Professionalisierungsentwicklung. Bei den unterschiedlichen Netzgrößen wird dagegen kein bipolarer Trend wahrgenommen. Die Effizienz der Netze steht auf jeden Fall vor einem richtungsweisenden Punkt. Die Überprüfung der Zufriedenheit des Gesamtnutzens und Aufwandes bestätigt diese Tendenz. Die Zufriedenheitswerte bei beiden Parametern werden in der neutralen Mitte registriert und spiegeln im Endeffekt die erzielten Nutzenwerte.

Auf dieser Datenlage müssen die Motivschwerpunkte der Mitglieder explizit in die Netzstrategie einfließen, damit die Stabilität eines Netzes (besonders bei den professionellen Praxisnetzen) in Zukunft sichergestellt wird. Die Effizienz ist dabei zunächst bei den aktuellen Anreizschwerpunkten zu prüfen, bevor eine Steigerung der Erfüllungsgrade bei den Nebenmotiven anvisiert wird.

Die Vernachlässigung einer Konzentration auf finanzielle Anreize bei den externen Rahmenbedingungen und der geringen Resonanz bzw. Gewichtung der Mitglieder ist nach den Ergebnissen plausibel.

H₁₀: abgelehnt – Z₁₀ = 0%; stabile Zufriedenheitswerte unabhängig der Klassifizierung von Mitgliederzahlen und Rechtsformklasse

Grundsätzlich werden die divergenten sieben Zufriedenheitsbereiche als positiv eingestuft, so dass schon bei einem ausgeglichenen Kosten-Nutzen-Verhältnis eine positive Netzzufriedenheit erreicht wird, die die Austrittswahrscheinlichkeiten der Netzmitglieder reduziert.

In keiner Kategorie wird eine Unzufriedenheit festgestellt. Demnach wird die Effizienz in Form der Anreiz-Beitrags-Werte durch die Zufriedenheitseinstufungen verifiziert.

Speziell bei den mitgliederspezifischen Clustern müssen die Werte aber noch genauer analysiert werden, da hier die Problematik der Netzidentifikation deutlich wird.

So sind Netze unter 100 Mitgliedern mit der Netzarbeit und der eigenen Tätigkeit im Netz zufrieden, während das anzahlsspezifische Pendant (>100) nur neutrale Bewertungen erhält. Im Grunde genommen wird das Risiko eines schleichenden Identifikationsverlustes eines Mitgliedes beim mitgliederabhängigen Netzwachstum angedeutet. Deswegen sollte die Integration eines Mitgliedes (eigene Netzarbeit) beim Netzwachstum immer berücksichtigt werden. Bei der Interpretation der Bruggemann-Messung wird dieser Anschein noch stärker in den bipolaren Flexibilitätswerten ersichtlich.

Definitiv muss die Beurteilung der Praxisnetze nach diesen Studienergebnissen von H5 und H10 neu konzipiert werden, so dass eine Pauschalisierung einer monotonen

Bewertungsstruktur im Diskurs der gegenwärtigen und zukünftigen Praxisnetzentwicklung negiert werden muss. Die Netzlandschaft benötigt neue diversifizierende Ansätze, um sich effektiv fortzuentwickeln.

Die Ergebnisse zeigen dementsprechend eine Kehrtwende bei der Bewertung von Praxisnetzen, denn ab sofort stehen nicht nur professionelle Strukturen im Vordergrund, sondern der Kern der Dynamik, die Netzmitglieder, wird zum Untersuchungsgegenstand. Die Auswertung beweist, dass nicht nur ein flächendeckender Netznutzen existent ist, sondern vor allem auch der durchschnittliche Score nicht unterdurchschnittlich bewertet wird. Die allgemeine Netzeffektivität kann dementsprechend positiv interpretiert werden. Ferner kann die Interpretation auf die generelle Effizienz transferiert werden (siehe Ergebnisse des Benchmarkmodells).

Speziell im rechtsformspezifischen Cluster „andere Rechtsformen“ müssen die Werte kritischer betrachtet werden.

Denn im direkten Vergleich der beiden Rechtsformkategorien wird keine positive Dominanz der professionelleren Strukturen registriert – im Gegenteil. Die Mitglieder von Netzen, die als „e.V./GbR“ organisiert sind, haben einen signifikant besseren Anreiz-Beitrags-Wert als das professionellere Klientel. Ergo ist die positive Stabilitätsbilanz der Netze als „e.V./GbR“ eine bessere Voraussetzung bezüglich der Existenzsicherheit bzw. einer Entwicklungsbasis. Ein ausreichendes Stabilitätspolster fehlt definitiv den professionelleren Netzen.

Zumindest bei der Entwicklungsfähigkeit (=Flexibilität) wird bei den höheren Rechtsformen eine bessere Datenlage als im allgemeinen Durchschnitt registriert und relativieren die ersten, mäßigen Messergebnisse der Rechtsformsparte.

H₁₁: angenommen – $Z_{11} < 0$; Flexibilitätsfaktor grundsätzlich negativ;

H₁₂: angenommen – $Z_{12} > Z_{12NP}$; Stagnationstrend bei Netzen mit „e.V./GbR“ als Rechtsform und Mitgliederanzahlen > 100

Die Ergebnisse nach Bruggemann (sechs Qualitätsformen der Netzzufriedenheit) weisen im allgemeinen Durchschnitt auf ein Untermaß an Flexibilität (Stagnationstrend der Netze) hin, die sich in der prozentualen Datensumme der resignativen, stabilisierten AZ und fixierten AUZ manifestiert (über 60%).

Rund 28% der Studienteilnehmer zeichnen sich durch eine resignative AZ aus. Das Anspruchsniveau bei diesen Mitgliedern ist bereits herabgesetzt. Mehr als ein Viertel der Netzteilnehmer kennzeichnen sich durch eine verringerte Leistungsbereitschaft aus, die eine progressive Netzwerkführung immens erschwert. Direkt dahinter rangiert die fixierte AZ mit 21%. Die beiden Gruppierungen deuten auf eine Art Hilfslosigkeit bzw. Resignation der

Mitglieder in Bezug auf die Netzinitiative hin. Für eine progressive Netzentwicklung sind die Werte auf jeden Fall kontraproduktiv.

Die Adaptionsfähigkeit eines Netzes an seine Umwelt geht im „worst-case“ verloren, die für die gesetzgeberische Netzintention aber benötigt wird. Ansonsten kann das Netz der immensen Dynamik des Umfeldes nicht standhalten, so dass quasi eine „Igel-Taktik“ angewendet wird.

Besonders die Flexibilitätswerte der Mitglieder in Personengesellschaften wie „e.V.“ und „GbR“ sind mit ca. 70% von einer Stagnationstendenz geprägt. Der Wert ist noch höher als in der Gesamtbetrachtung der Bruggemann-Daten. In diesen Rechtsformen ist dementsprechend die Netzwerkdynamik sehr reduziert.

Professionellere Netzstrukturen haben dagegen ein eher ausgeglichenes Verhältnis vorzuweisen. Die konstruktive AZ dominiert hier und ca. 50% der Daten können der positiven Flexibilitätsstufe zugeordnet werden. Für eine progressive Netzentwicklung inkludieren die Netze mit professionelleren Rechtsformstrukturen bessere Entwicklungschancen.

Die Feststellung kann ebenfalls für Netze mit kleineren Mitgliederzahlen (<100) getätigt werden, in denen eine 46%ige positive Flexibilitätskategorie erreicht wird.

In der gegensätzlichen Gruppe wird ein negativer Flexibilitätswert von 74% registriert, so dass diese Netze im gleichen Maße wie die Rechtsformkategorie „e.V./GbR“ durch eine fixierte Stagnation charakterisiert sind.

Vor allem der Vergleich zwischen den mitgliederabhängigen Netzgrößen zeigt nochmal die Komplexität der Netzentwicklung auf, die in den Werten der fixierten und der progressiven AZ festgestellt werden. Hier werden die größten prozentualen Unterschiede bemerkt. Sie signalisieren wieder die Schwierigkeit zwischen Netzwachstum und Netzidentifikation, die besonders unter Berücksichtigung der Realisierung von Selektivverträgen interessant ist. Beim Netzwachstum darf diese Identifikationsbindung der Mitglieder nicht vernachlässigt werden, denn für soziale Systeme ist der Aspekt eine notwendige Bedingung. Die Forderung nach stringenten Teilnahmekriterien in Kombination mit soft skills muss verstärkt ausgesprochen werden. Kleinere oder junge Netze können Änderungen bezüglich ihrer formellen Einschlussbedingungen leichter und schneller umsetzen, aber für die bereits großen Netze wird es zu einer existenziellen Crux, die aber gerade von den Krankenkassen als Verhandlungspartner wahrgenommen werden. Aber ohne eine ausreichende Netzidentifikation wird die Handlungsfähigkeit des Netzes eingeschränkt und für die Realisierung eines Selektivvertrages sehr komplex.

Denn für die Umsetzung der Ziele sind die Mitglieder der essentielle Bestandteil und das Netzwerkmanagement muss den Mitgliedern diesen Zustand dauerhaft vermitteln, so dass jedes einzelne Mitglied diese Bedeutung unabhängig der Mitgliederanzahl verinnerlicht. Auch die Gesetzgebung sollte sich mit diesem Tatbestand in Bezug auf die zukünftige

Netzentwicklung befassen. Denn eine gezielte Förderung der Netze hinsichtlich einer stärkeren Identifikation der Netzmitglieder wäre wünschenswert und nicht die bloße Fixierung eines Schwellenwertes der Mitgliederzahl, bei der nicht nur die komplexe Koordination aufgrund der Heterogenität der Zufriedenheitswerte (Bsp. nach Bruggemann) erschwert wird, sondern zudem die Identität des Netzes sowie die Bedeutung jedes einzelnen Netzteilnehmers immer mehr verloren geht. Die Überzeugungskraft der Netzidee hängt von den Mitgliedern ab. Das Bruggemann-Modell gewährt auf jeden Fall einen differenzierten Einblick auf die Flexibilität (= Entwicklungsfähigkeit) eines Netzes, so dass die Komponente zu einem adäquaten Entwicklungsbarometer avanciert.

In der Gesamtbetrachtung muss aber der aktuelle Flexibilitätsindikator negativ eingestuft werden. Dennoch muss das Faktum festgehalten werden, dass die Netzteilnehmer bezüglich der Entwicklungseingruppierung sehr differieren. Die Klassifizierungsmuster von Praxisnetzen müssen mehr die Flexibilität der Netzmitglieder einbinden, um die entwicklungsorientierte Sichtweise stärker zu berücksichtigen, die besonders Netzwerke in der Gesundheitsbranche bedingen.

Die bisherigen Eingruppierungen von Praxisnetztypen müssen demnach neu überarbeitet werden und die Entwicklungsfähigkeit der Netzteilnehmer, die durch das neue Benchmarkmodell abgedeckt wird, miteinbeziehen. Speziell der Fokus auf die Bipolarität von Stabilität und Flexibilität kann die Netzlandschaft positiv unterstützen und die Netzsteuerung effektiv gestalten.

Das Benchmarkmodell als universelles, effektives Entwicklungsinstrument der Zukunft

Das Modell deckt die Individualität der Netze ab und identifiziert Schwachstellen, die für die gesetzeskonforme Netzintention oder die Existenzsicherheit substanziell sind.

Die Entwicklungspotenziale sind in der Gesamtbetrachtung und in den verschiedenen Clustern negativ. Die besten Werte erhalten Praxisnetze mit Mitgliederzahlen unter 100 und die professionelle Rechtsformklasse, die mit 0,90 Flächeneinheiten die größte Fläche aufspannt. Die Spitzenposition erhält die Rechtskategorie vor allem durch den hohen Flexibilitätswert von 0,5. Denn die Stabilität, die bei den anderen Kategorien grundsätzlich positiv ist, ist minimal unterdurchschnittlich.

Tendenziell zeigen die aktuellen Entwicklungspotenziale eine starke Assoziation mit der Charakteristik eines stabilen Netzwerkes auf, die nach Sydow von „caretakers“ dominiert

werden. Dynamische Netzwerke hingegen werden eher von „architects“ geprägt.¹⁹ Die Praxisnetze brauchen dementsprechend (besonders im Hinblick der Gesetzintention) vermehrt Netzwerkarchitekten. Die Maxime muss aber immer eine Ausbalancierung der Funktionsrollen darstellen.

Nach den Ergebnissen des Modells müssen die Netze das Hauptaugenmerk verstärkt auf die Flexibilität ausrichten, um den Anforderungen der Umwelt gerecht zu werden. Die Flexibilität, die besonders die Identifikation der Mitglieder in die Netzarbeit miteinbezieht, muss verstärkt mit gezielten Netzaktivitäten ausgebaut werden, damit das Netz mehr nach innen und außen gelebt wird. Die Stabilität muss dabei immer mitberücksichtigt werden. Dies wird durch das Modell partout gewährleistet, so dass es als effektives Entwicklungstool des Netzwerkmanagements aufsteigt.

Für Gesetzgeber und Krankenkassen sind die Daten des Modells ebenfalls sehr nutzbringend. Denn die Flächen der verschiedenen Mitgliedergrößen bestätigen die These, dass Praxisnetze in ihrer Mitgliedergröße restringiert werden müssen. Zudem müssen „andere Rechtsformen“ die Entwicklungsbasis ausbauen, um für eine progressive Netzentwicklung vorbereitet zu sein. Hier wird zukünftig die Frage sein, welche Wirkung die neuen Reformierungen (Bsp. Innovationsfonds) erzielen.

Eine Intensivierung der Stabilitätsvermehrung muss in dieser Gruppe fokussiert werden, da sonst deren Existenz gefährdet ist und die ideale Netzintention des Gesetzgebers versagt hat. Ein solcher Rückschlag wäre für den Gesetzgeber und Krankenkassen katastrophal und würde den Wettbewerb im ambulanten Sektor reduzieren.

Denn auch eine ausreichende Basis für neue professionellere Netze ist nicht direkt in Sicht, dass beim Entwicklungspotenzial der Netze als „e.V./GbR“ festgestellt wird. Die Achswerte offenbaren eine Stagnationstendenz bzw. eine Konsolidierung der Rechtsformstruktur und deuten nochmal die Bedeutsamkeit der Ausbalancierung der Bipolarität an, die komplett verfehlt wird. Während der höchste Stabilitätswert mit 0,11 Punkten in den Grafiken registriert wird, pendelt der Flexibilitätsindex bei -0,45 und liegt damit deutlich unter dem Gesamtdurchschnitt. Eine progressive Entwicklung zu mehr Professionalität ist eindeutig nicht erkennbar bzw. ist kein ausreichendes Potenzial existent.

Es zeichnet sich so immer mehr eine zweiteilige Entwicklungsproblematik der Praxisnetze ab, die durch die bipolare Netzcharakteristik aufgedeckt worden ist.

¹⁹ „architects“ und „caretakers“ bezeichnen Führungsfunktionen nach Snow et. al. bezüglich der operativen Steuerung eines Netzwerkes („Broker-Rollen“), welche für einen Netzwerkerfolg wichtig sind. „Caretakers“ konzentrieren sich dabei auf die Einhaltung der Effektivität und Effizienz eines Netzwerkes, welche bspw. durch ein Konflikt- und Krisenmanagement gewahrt bleibt. „architects“ sind bei der Bildung von Netzwerken essentiell. Der „Netzwerkarchitekt“ muss u.a. neue Marktchancen identifizieren und Kooperationspartner effizient für die Zielerreichung zusammenstellen. Vgl. hierzu Snow et. al., 1992.

Während Netze als „e.V./GbR“, die eine Weiterentwicklung ihrer Netzstrukturen anstreben, mehr in die Entwicklungsfähigkeit investieren sollten bzw. müssen, müssen professionellere Netze mehr die Stabilität im Fokus behalten, die die Basis einer progressiven, positiven Entwicklung ist. Gezielte Maßnahmen müssen dementsprechend an den bipolaren Schwachstellen zum Einsatz kommen.

Die Entwicklung eines Praxisnetzes wird ergo durch das Benchmarkmodell gefördert und zielt explizit auf dessen Zukunftssicherheit, so dass es zu einem chancenreichen Messinstrument avanciert.

Denn das Modell zielt einzig und alleine auf die positive Weiterentwicklung der Netzlandschaft, damit das ambulante Versorgungskonzept der Zukunft Realität werden kann.

8. Fazit

Quo vadis, Praxisnetz? Diese Frage stellt sich zwangsläufig bei der Analyse der letzten Dekaden. Die Netzlandschaft steht nun vor einem kritischen Punkt bezüglich ihrer Wirksamkeit auf verschiedenen Ebenen. Bewertungsmodelle externer Gesundheitsakteure kritisieren die Netze hinsichtlich ihrer Ergebnisse. Vor allem Krankenkassen stehen den Netzen kritisch als Vertragspartner gegenüber und vermissen eine professionelle Netzstruktur. Aber Krankenkassen wie auch externe Bewertungssubjekte sind nun mal nicht die Initiatoren eines Netzwerkes und nehmen die Individualität der Netzwerkcharakteristik kaum wahr. Fakt ist, dass ein Praxisnetz von außen immer mehr einer „Black Box“ ähnelt, an der noch viele ungeklärte Fragen symbiotisch zusammenhängen, die durch Praxisnetzstudien aufgeklärt werden müssen, damit die Netzwerkdatenlage für die kontinuierliche Förderung der Netzwerkevolution verbessert wird.

Besonders der erste Teil der Arbeit konzentrierte sich deswegen auf diese Problematik der „Black Box“, um ein besseres theoretisches Grundverständnis über die innovativen Organisationsformen auch in Bezug auf die Netzentwicklung zu erhalten und erörterte den Ursprung der Organisationsform. Selbst bei der Definition eines Unternehmensnetzwerkes ergibt sich eine so große heterogene Vielfalt, dass eindeutige Charakterzüge schwer zu nennen sind. Ergo stehen Unternehmensnetzwerke nicht nur in der Gesundheitsbranche vor Koordinierungsproblematiken, die in fast allen Wirtschaftsbereichen heute eingesetzt werden. Kongruenz herrscht dagegen kontinuierlich über die Zukunftsfähigkeit der Netzwerke, so dass diese in aller Regel als Organisationsform der Zukunft in Fachpublikationen deklariert werden. Dies darf jedoch nicht branchenübergreifend generalisiert werden. Konkrete Anforderungen für ein Netzwerkgelingen zur Bewertung eines Netzes werden nach aktuellem Datenstand nur vereinzelt in der Fachliteratur vorgefunden. Diese werden aber für eine gezielte Netzentwicklung benötigt. Externe Bewertungsmodelle orientieren sich aber definitiv zu wenig an den Mitgliedern, so dass die Investition „Netz“ nicht objektiv bewertet werden kann. Denn die Entwicklung wird vor allem durch die Mitglieder gesteuert und dieser Bewertungsansatz versucht gerade diese Individualität zu berücksichtigen, wodurch die Netzwerkevolution besser exemplifiziert wird. Deswegen wurde in der vorliegenden Studie die Voraussetzung für eine Netzwerkdynamik im Hinblick auf das konstituierende Polaritätscharakteristikum eines Netzes analysiert.

Folglich wird die Stabilität und Flexibilität eines Netzes zu einem bedeutenden Erfolgs- und Entwicklungsparameter in der Betrachtung eines Netzes, wobei besonders die Stabilität im Vordergrund der Studie steht, da das Element besser quantifizierbar ist. Dies stellt auch nach Siebert das entscheidende Kriterium eines Netzwerksgelings dar.

Entsprechend wird durch die Verknüpfung von konstituierenden, entwicklungsorientierten Netzcharakteristiken und dem Kern der Dynamik, die Netzmitglieder, ein objektives Benchmarkingsystem konzipiert, das zugleich die Entwicklungsbasis und -fähigkeit eines Praxisnetzes verkörpert und somit die Interpretationsplattform für die Bewertung der Netze im Sinne der Gesetzesintention optimiert. Der Weg dorthin geht nur über eine Motivstrukturanalyse, die auch die Basis für die Beantwortung der ersten Forschungsfrage darstellt. Nur durch die Einteilung in Primär- und Sekundärmotive können hier neue Erkenntnisse gewonnen werden. Die Fluktuation der Gewichtung ist zu gering und bedeutet im Umkehrschluss, dass neue stärkere Anreize für verbindlichere Strukturen geschaffen werden müssen. Dies verdeutlichen die Ergebnisse der ersten Hypothesen. Die Objektivität der Netzevolution wird hierdurch geschaffen und die Frage nach der Reformeffektivität gestellt. Das tangierte Studienziel, die Verbesserung der Objektivität, ist eindeutig realisiert worden. Resultierend dadurch wird branchenspezifisches Netzknow-How aufgebaut, das viele Adressaten wie Krankenkassen oder Netzvorstände anspricht und dringend benötigt wird. Wissen ist wie bei der Innovationsfähigkeit die Schlüsselvariable für die erfolgreiche Weiterentwicklung eines Netzwerkes.

Dieses Wissen ist auch bei den potenziellen Vertragspartnern, den Krankenkassen, mosaikstückhaft bzw. nicht existent. Dabei spielen mehrere kontroverse Komponenten eine maßgebende Rolle. Zum einen fehlt das organisatorische Netzwissen bezüglich der Komplexität (Steuerbarkeit), andererseits sind feste Idealparameter eines Netzes manifestiert, so dass die Frage der Plausibilität und Komptabilität der Kriterien zwangsläufig gestellt werden muss. Zusätzlich spielt die reduzierte Innovationsdynamik der Krankenkassen eine wesentliche Rolle.

Selbst der SVR für Gesundheit konstatierte dies in 2012:

„Die derzeit stagnierende Bereitschaft der Krankenkassen, in innovative Versorgungskonzepte zu investieren, geht maßgeblich auf finanzielle Erwägungen über die aus ihrer Sicht unsichere Rendite solcher Vorhaben zurück. Den teilweise erheblichen Anfangsinvestitionen in den Aufbau der neuen Versorgungsstrukturen stehen erst später mit hoher Unsicherheit behaftete Erträge gegenüber, sodass in den Anfangsjahren zunächst ein Ausgabenüberschuss droht. Zudem bleibt zum Entscheidungszeitpunkt weitgehend unklar, ob und inwieweit sich die positiven Effekte dieser Investitionen künftig in Ausgabeneinsparungen oder reinen Qualitätsverbesserungen der Versorgung niederschlagen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2012).“

Die heterogene Krankenkassenpolitik scheint deswegen auch kein Hilfsmittel für die gezielte, zukünftige Netzentwicklung zu sein. Das unsichere Agieren der Krankenkassen resultiert auch zum Teil aus Hilflosigkeit, da sie selbst durch den erhöhten Kostendruck relativ eindimensional zu Netzen eingestellt sind und nur bei spezifischen Indikationen eine Verbesserung der

Versorgungsqualität intendieren. Der Trend zum Selektivvertrag steht so mittlerweile in der Kritik und die Bilanzierung der Selektivvertragslandschaft fällt zwiespältig aus, so dass selbst bei den einzelnen Krankenkassen die These geprüft wird, ob das Gros an Selektivverträgen die Versorgungsqualität nachhaltig verbessert oder wirtschaftlich ist. Den Krankenkassen liegen zu wenig valide Daten vor, die mit Zurückhaltung und Unsicherheit auf diesen Zustand reagieren (Werner, 2013). Es fehlt auch an einer Mindestmenge an „architects“ bei den Krankenkassen.

Dieser Aspekt wird zu wenig bei der Netzentwicklung bzw. -förderung hervorgehoben. Die pauschale, negative Bewertungsthese simplifiziert nur diesen unwiderlegbaren Mangel, die auch durch die Studienergebnisse relativiert werden muss und somit das öffentliche Netzimage aufwertet. Die zweite Forschungsfrage kann demnach verneint werden.

Denn nach dem Urteil der bisherigen Bewertungsmechanismen entsteht der monotone Eindruck, dass die Netze keinen Nutzen für ihre Mitglieder akquirieren. Die Studienergebnisse belegen hingegen einen messbaren Nutzenscore, der sogar durch eine Einstufung in eine fünfstufige Skala interpretierbar ist. Hierdurch kann die momentane Netzeffektivität messbar gemacht werden.

Aber für den Gesetzgeber sind die zukünftigen Effektivitätschancen und -fähigkeiten von besonderem Interesse. Die Darstellung und Methodik dieses Parameters im objektiven Bewertungssystem stellt ein Novum dar. Die Methodik der Arbeitszufriedenheitsformen nach Bruggemann ermöglichen erst die Bewertung der Netze aus einer neuen Perspektive. Die Entwicklungsschwachstellen und -stärken des eigenen Netzes werden konkret. Die Ergebnisse des Benchmarkmodells belegen dies, wodurch ein essentieller Beitrag bezüglich der letzten Forschungsfrage geleistet wird.

Die Netze sind nach den Effizienzwerten generell stabil. Die Schwachstellen werden in der Flexibilität offenbart, so dass die Netze eher eine Grundkonsolidierung anstreben, als sich neuen Projekten zu widmen.

Hinsichtlich des politischen Bestrebens muss das Ziel die Verbesserung der Entwicklungsfähigkeit sein. Der Ursprung der Dynamik liegt zwar im Kern eines Netzes, bei den Mitgliedern. Diese müssen aber auch aktiviert werden. So muss sich auch das kontextuale Netzumfeld kritisch bezüglich der Netzevolution hinterfragen, ob es die Schuld an dem stagnierenden Professionalisierungsweg partiell mitträgt, so dass die Komplexität der Organisationsform nicht reduziert, sondern durch die Dynamik des Wandels verschiedener Akteure noch intensiviert worden ist. Infolgedessen gerät auch der Gesetzgeber in den Reformdruck, ob die Reformentwicklungen der letzten Dekaden Netzausbau und -stärkung viel zu wenig explizit fokussiert haben. So wird u.a. das Versäumnis einer gezielten und qualitativen Förderung der Netze vor allem im Hinblick der willkürlichen Finanzierung in Form der Anschubfinanzierung, die nur die Netzquantität vorantrug, deutlich. Viel zu spät erhalten

Netze eine gezielte, finanzielle Förderung, die aber aufgrund der Auswahl der Förderkriterien und einer viel zu späten Implementierung zu einer weiteren Diffamierung der wenig professionalisierten Netze führen wird. Außerdem wird eher eine Chancenungleichheit unter den Netzen bewirkt, als potenzielle Netze zu professionellen Netzstrukturen zu bewegen oder gezielte Netzprobleme zu lösen. Dementsprechend werden konstant dieselben Netze bevorzugt.

Ein Gewinner dieser Entwicklung ist so die KV, die mit der Netzevolution grundsätzlich zufrieden sein kann, weil ihre Vormachtstellung im deutschen Gesundheitssystem unangetastet bleibt.

Der Vertragssektor ist in dieser Hinsicht ein wichtigstes Instrument zur Machtausübung und eine bedeutende Finanzierungsquelle der öffentlichen Einrichtung, die mit der Gesetzentwicklung nicht interessenskonform ist. Denn die KV unterstützt die Netze provisorisch hinsichtlich des Aufbaus struktureller und organisatorischer Einheiten, kann aber nicht aus Plausibilitätsgründen der ursprünglichen Netzintention an der Teilauslagerung seines Vertragssegmentes interessiert sein. Das Know-How der KV wird zum entscheidenden Trumpf. Das Monopol der Vertragsexekutive besitzt zwar nicht mehr die KV, jedoch hat sie idealerweise ihre Machtposition in die Vertragskompetenz verlagert, von der Netze und Krankenkassen noch zu sehr abhängig sind, so dass die Netzentwicklung von der KV stark beeinflusst werden kann. Das Verhältnis der KV und der niedergelassenen Ärzte war auch in den letzten Jahren angespannt, so dass die Ausrichtung der Netze auf Sicherheit und Stärke in der Interessensgemeinschaft obligatorisch als Selbstläufer eines regionalen Machtinstrumentes gegenüber der KV verstanden werden kann (Berufsverband Deutscher Internisten e.V., 2007).

Die Antwort der KVen auf die kontinuierliche Netzförderung ist ferner sehr interessant zu beobachten, die Ängste zum drohenden Machtverlust mit Kompetenzabteilungen für den Netzaufbau kompensierten (siehe KV Nordrhein), um den Einfluss auf die Netzwerklandschaft weiterhin indirekt zu dirigieren. Hinsichtlich der Unterstützung beim Vertragsmanagement ist die Plausibilität sichergestellt. Als unkonventionell kann aber die Zunahme weiterer Netzkompetenzsparten angesehen werden, da zum einen der Netzaufbau zum Paradoxon der eigenen Ziele sich personifiziert und zum anderen die nachweisbare Komplexität der Netzstrukturen die Erfahrung der KV hinsichtlich einer Netzwerkkompetenz hinterfragt werden muss.

Zweifellos hat die Netzstagnation in den letzten Jahren die Position der KVen gestärkt und die These der vorläufigen Unersetzbarkeit des Gesundheitsakteurs in der Öffentlichkeit untermauert, so dass nur wenige professionelle Netze dies widerlegen können.

Als weiterer Profiteur können auch die fachgruppenspezifischen Berufsverbände aufgefasst werden, die in der Selektivvertragslandschaft nun mitwirken und mithilfe des

Vertragsinstrumentes ihren Einflussbereich im System bedeutend ausbauen. Das Instrument „Hausarztzentrierte Versorgung“ kann als Beispiel herangezogen werden, wodurch der Hausärzterverband seine Macht erweitert hat. Der Verband handelt nun auch Verträge mit den Krankenkassen aus, wobei seine Verhandlungsposition speziell von seinen hohen Mitgliederzahlen profitiert, so dass bessere Konditionen resultieren können. Neben der Gestaltung der Verträge organisiert der Verband ebenfalls die Abrechnung, so dass der spezifische Selektivvertrag auch immense finanzielle Auswirkungen auf die Verbandsentwicklung hat. Mittlerweile sind auch die ersten validen Evaluationen zu den HzV publiziert worden, die den Vertrag als kosteneffizientes Instrument darstellen. Erste Krankenkassenäußerungen stufen dementsprechend die HzV als sehr erfolgsversprechend ein. Sie soll in Zukunft weiter gefördert werden (Bühning, 2014). Die HzV stellt sich aber als schwierige Herausforderung eines Praxisnetzes dar, wenn der mitgliederstarke Verband im Vertragssegment „HzV“ mitmischet, weil die Mitglieder eines Netzes zum größten Teil aus Hausärzten bestehen. Die Ergebnisse des Motivs „Finanzielle Vorteile“ werden so wieder bestätigt. Die verstärkte Aufmerksamkeit der Hausärzte auf den Verband hemmt die Entwicklung zu professionellen Netzen, da der Hausärzterverband als Abrechnungs- und Vertragspartner agiert. Zudem müssen die Krankenkassen strategisch entscheiden, ob sie eine Monopolsituation begünstigen wollen, wodurch der zukünftige Vertragswettbewerb stagniert und im Grunde genommen wieder eine Art „Kollektivvertragssystem“ konzipiert wird. Eine professionelle Netzentwicklung, die sicherlich auch einen geeigneten strukturellen Netznährboden bzw. -nischen vorfinden müssen, wird so eher verhindert. Denn demographische Faktoren und die Existenz von adäquaten Versorgungsstrukturen spielen ebenfalls eine essentielle Rolle beim Ausbau von professionellen Strukturen, die gerade in ländlichen Regionen benötigt werden und Versorgungsengpässe beheben können. Besonders die demographische Entwicklung in ländlichen Regionen ist alarmierend, wenn die Altersquote als Referenzkennzahl fungiert. In Korrelation mit der Landflucht von niedergelassenen Ärzten, die in Städten bessere organisatorische und finanzielle Strukturen vorfinden, ergibt sich eine doppelte Problematik, die regionale Versorgungsqualitätsunterschiede exponentiell ansteigen lässt (von Borstel, 2014).

Die Potenzialkurve der Wirksamkeit eines Netzes, das in strukturschwachen Regionen eingesetzt wird, ist hier immens hoch, jedoch sind die kontextualen Voraussetzungen und Ausführung viel komplexer bzw. aufwendiger, professionelle Strukturen aufzubauen.

Die Netzmitglieder finden sich ergo in einen komplexen Kontext, mit dem sie zwangsläufig ständig konfrontiert werden. Der Hauptanreiz und die reduzierte Erwartungshaltung eines Mitgliedes können so immer besser verstanden werden.

Zukünftig stehen die Netzteilnehmer nun vor dem Dilemma, ob weitere Investitionen in Form monetärer und nicht-monetärer Einheiten in eine ungewisse Netzentwicklung Sinn machen,

wenn der Großteil des Nutzens durch zwei Motive erreicht wird, mit denen sie vollkommen zufrieden sind. Die Förderung des Entwicklungspotenzials muss dementsprechend mehr fokussiert werden.

Denn trotz des negativen Flexibilitätsfaktors sind die Stabilitätswerte als Erfolg zu werten – vor allem weil die Bewertung vom Kern der Netze ausgeht.

Die Stabilitäts- und Flexibilitätswerte müssen aber in Zukunft ausgebaut werden. Dabei darf die Ausbalancierung der Polaritäten nicht vergessen werden. Ein Netz ohne Entwicklungspotenzial verliert seine Identität. Primär sind die Netzvorstände gefragt, wenn es um die Erarbeitung von Lösungen geht. Aber sekundär rückt das externe Umfeld in Form des Gesetzgebers in den Fokus, der das Entwicklungspotenzial der professionelleren Netze stützen muss. Die Auswirkungen eines Netzversagens wären für ein zukünftiges Gesundheitssystem fatal.

Die Netze brauchen mehr effektive Unterstützung aus dem externen Kreis (vor allem Gesetzgeber), damit der grundsätzliche Netzgedanke weiterhin erhalten bleibt. Den Netzmitgliedern darf in jedem Fall kein Vorwurf gemacht werden, dass Sie unabhängig der Reduzierung ihrer Erwartungshaltung mit Ihrem Netznutzen zufrieden sind und den Nutzen aus einem weichen Faktor größtenteils beziehen, der zur Reduzierung bzw. Kontrolle der Umweltkomplexität beiträgt. Die Diskriminierung der Netze auf Basis willkürlicher externer Bewertungsmodelle, die ausschließlich harte Faktoren einschließen, ist demnach bewusst zu verneinen, da sie keine Hintergründe zur Netzentwicklung und deren Mitglieder aufzeigen.

Dabei muss die Anforderung von Stabilität und Flexibilität, die durch die Studie aufgezeigt worden ist und im Benchmarkmodell adäquat dargestellt wird, immer wahrgenommen werden. Das Modell durchbricht auf jeden Fall die starren, harten Bewertungsraster, vor allem mit dem Ziel, die Netzentwicklung in Zukunft positiv zu unterstützen. Denn das Praxisnetz ist unwiderruflich eine feste Instanz im zukünftigen Gesundheitssystem. Dieses Urteil teilt selbst die Ärzteschaft weiterhin:

„Diese Förderung vernetzter Strukturen muss daher konsequent ausgebaut werden. Arztnetze müssen einen Leistungserbringerstatus erhalten und regionale Versorgungsverantwortung übernehmen können. Arztnetze müssen aber neben der besseren koordinierten Versorgung des Patienten, einem stärkeren kollegialen und fachlichen Austausch auch Entlastung bei der Bürokratie bieten. Denn die regionale Vernetzung von Einzel- und Gemeinschaftspraxen wird das Erfolgsmodell der nächsten Jahre und Jahrzehnte sein.“ (Heinrich, 2014).

Literaturverzeichnis

Adams J (1965): Inequity in social exchange. In: Berkowitz L (Hrsg.): Advances in Experimental Social Psychology. 2. Aufl., 267-299, Academic Press, New York.

Adams J (1980): Interorganizational process and organization boundary activities. Research in organizational behavior 2, 321-355.

Ärzte Zeitung (2012): Mehr Koordinationsaufgaben für den Hausarzt – Max Kaplan prophezeit. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/824239/max-kaplan-prophezeit-koordinationsaufgaben-hausarzt.html (Tag des Zugriffs: 16.10.2012).

Agentur Deutscher Ärztenetze (2013a): 115. Deutscher Ärztetag: Kooperationen sollen stärker gefördert werden. <http://www.deutsche-aerztenetze.de/index.php?show=19> (Tag des Zugriffs: 08.07.2013).

Agentur Deutscher Ärztenetze (2013b): Konzepte. http://www.deutsche-aerztenetze.de/service_fuer_netze/netze_gruenden/konzepte-php (Tag des Zugriffs: 15.07.2013).

Albers H-J (2008): Arbeitszufriedenheit. In: May H, Albers H-J (Hrsg.): Handbuch zur ökonomischen Bildung. 9. Aufl., 149-162, Oldenbourg, München.

Aldrich H, Herker D (1977): Boundary spanning roles and organization structure. The academy of management review 2, 217-230.

Alps, H (2011): Dynamische Unternehmensnetzwerke – Ansätze zur Organisation und Steuerung wandlungsfähiger Strukturen von Netzwerken der Unternehmen. Dr. Kovac, Hamburg.

Alvarez Privado S (2012): Rechtliche Gestaltung medizinischer Kooperationen – Grundlagen und Rahmenbedingungen in Österreich, Deutschland und der Schweiz. Facultas, Wien.

Amelung V (2009): Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement. In: Amelung V, Deimel D, Reuter W, van Rooij N, Weatherly J (Hrsg.): Managed Care in Europa. 3-30, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Amelung V (2012): Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement. 5. Aufl., Gabler, Wiesbaden.

Amelung V, Janus K (2005): Modelle der integrierten Versorgung im Spannungsfeld zwischen Management und Politik. In: Klauber J, Robra, B-P, Schellschmidt H (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2005 – Schwerpunkt: Wege zur Integration. 13-25, Schattauer, Stuttgart.

Amelung V, Lägél R (2008): Neue Versorgungsformen – Eine Idee setzt sich durch. In: Amelung V, Meyer-Lutterloh K, Schmid E, Seiler R, Weatherly J (Hrsg.): Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren – Von der Idee zur Umsetzung. 2. Aufl., 35-75, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Amelung V, Wagner C (2006): Neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung. In: Brinkmann V (Hrsg.): Case Management – Organisationsentwicklung und Change-Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen. 2. Aufl., 169-200, Gabler, Wiesbaden.

Amelung V, Schumacher H (2013): Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement. Springer, Berlin.

Amelung V, Sydow J, Windeler A (2008): Vernetzung im Gesundheitswesen im Spannungsfeld von Wettbewerb und Kooperation. In: Amelung V, Sydow J, Windeler A (Hrsg.): Vernetzung im Gesundheitswesen – Wettbewerb und Kooperation. 9-24, Kohlhammer, Stuttgart.

Amelung V, Sydow J, Windeler A (2009): Vernetzung im Gesundheitswesen im Spannungsfeld von Wettbewerb und Kooperation. In: Amelung V, Sydow J, Windeler A (Hrsg.): Vernetzung im Gesundheitswesen – Wettbewerb und Kooperation. 9-24, Kohlhammer, Stuttgart.

Ankowitz E (2014): Die ersten KVen gehen an den Start – Förderung von Praxisnetzen. Deutsches Ärzteblatt 111, 20.

AOK-Bundesverband (2013): Arztnetze.

http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/arztundpraxis/vertraege/index_09732.html (Tag des Zugriffs: 08.07.2013).

Arrow K (1974): The limits of organization. Norton, New York.

Axelrod, R (2009): Die Evolution der Kooperation. 7. Aufl., Oldenbourg, München.

Bader E (2009): Strukturierung unterschiedlicher Netzkonstellationen. In: Hellmann W, Eble S (Hrsg.): Gesundheitsnetzwerke initiieren – Kooperationen erfolgreich planen. 37-44, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Ballsieper K, Lemm U, von Reibnitz, C (2012): Überleitungsmanagement – Praxisleitfaden für stationäre Gesundheitseinrichtungen. Springer, Berlin u.a.

Barnard C (1938): The functions of the executive. Harvard University Press, Cambridge.

Barth D (1999): Mediziner-Marketing – Vom Wettbewerbsverbot zur Patienteninformation: Eine rechtsvergleichende und interdisziplinäre Studie zur Kommunikation zwischen Patienten und Ärzten. Springer, Berlin u.a.

Baum H, Delfmann W (2010): Strategische Handlungsoptionen der deutschen Automobilindustrie in der Wirtschaftskrise. Kölner Wissenschaftsverlag, Köln.

Baumann P, Metzger K, Bühler A (2005): Budgetverantwortung ist ein Muss – Warum Ärztenetze eine Budgetverantwortung übernehmen sollten und was es dazu braucht. Managed Care 9, 17-19.

Baumgarten C (1998): Unternehmenskooperation – Eine Betrachtung aus der Perspektive der Führung. Barbara Kirsch, München.

Baumgartner C, Udris I (2006): Das „Züricher Modell“ der Arbeitszufriedenheit – 30 Jahre „still going strong“. In: Fischer L (Hrsg.): Arbeitszufriedenheit – Konzepte und empirische Befunde. 2. Aufl., 111-134, Hogrefe, Göttingen u.a.

Baumgärtner W, Holzmann M, Holzmann S (2012): Zukunft Arztpraxis – Auswirkungen der Veränderungen des Gesundheitsmarktes und der Versorgungsformen auf die Gestaltung der Berufsausübung. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Baur R (2002): Die erste Generation Arztnetze – Bestandsaufnahme und Bewertung im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. http://aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/arztundpraxis/arztnetze_generation.pdf (Tag des Zugriffs: 25.11.2011).

Bausch A, Glaum M (2003): Unternehmenskooperationen und Unternehmensakquisitionen als alternative Wachstumsformen – Theoretische Erklärungsansätze und empirische Befunde. In: Bach N, Buchholz W, Eichler B (Hrsg.): Geschäftsmodelle für Wertschöpfungsnetzwerke. 41-77, Gabler, Wiesbaden.

Bea F, Friedl B, Schweitzer, M (2004): Allgemeine Betriebswirtschaftslehre – Band 1: Grundfragen. 9. Aufl., Lucius & Lucius, Stuttgart.

Bea F, Göbel E (2006): Organisation. 3. Aufl., Lucius & Lucius, Stuttgart.

Bea F, Haas J (2005): Strategisches Management. 4. Aufl., Lucius & Lucius, Stuttgart.

Becker F, (1995): Anreizsysteme als Führungsinstrumente. In: Kieser A, Reber G, Wunderer R (Hrsg.): Handwörterbuch der Führung – Enzyklopädie der Betriebswirtschaftslehre. 2. Aufl., 34-45, Schäffer-Poeschel, Stuttgart.

Becker T, Dammer I, Howaldt J, Killich St, Loose A (2007): Netzwerke – praktikabel und zukunftsfähig. In: Becker T, Dammer I, Howaldt J, Killich St, Loose A (Hrsg.): Netzwerkmanagement – Mit Kooperation zum Unternehmenserfolg. 2.Aufl., 3-12, Springer, Berlin.

Beckmann H-J, Beneke, H, Schrewe C (2007): Der Klassiker der Netze – Medizin und Mehr (MuM) Bünde. In: Weatherly J, Seiler R, Meyer-Lutterloh K, Schmid E, Lägél R, Amelung V (Hrsg.): Leuchtturmprojekte integrierter Versorgung und medizinischer Versorgungszentren – Innovative Modelle der Praxis. 189-200, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Behar B, Wichels R (2008): Einweisermanagement in Gesundheitsnetzwerken – Ein schmaler Grat zwischen Kooperation und Wettbewerb. In: Amelung V, Sydow J, Windeler A (Hrsg.): Vernetzung im Gesundheitswesen – Wettbewerb und Kooperation. 349-358, Kohlhammer, Stuttgart.

Berchthold P (2009): Vorreiter in Managed Care – Reformen in der Schweiz. In: Amelung V, Deimel D, Reuter W, van Rooij N, Weatherly J (Hrsg.): Managed Care in Europa. 75-82, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Berchtold P, Hess K (2006): Evidenz für Managed Care – Europäische Literaturanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Schweiz: Wirkung von Versorgungssteuerung auf Qualität und Kosteneffektivität. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchatel.

Berger U, Bernhard-Mehlich I (2006): Die Verhaltenswissenschaftliche Entscheidungstheorie. In: Kieser A, Ebers M (Hrsg.): Organisationstheorien. 6. Aufl., 169-214, Kohlhammer, Stuttgart.

Bergmann R, Garrecht M (2008): Organisation und Projektmanagement. Physica, Heidelberg.

Bertelsmann Stiftung (2009): Zukunft vernetzter Strukturen in der ambulanten Versorgung – Ergebnisbericht: Die zukünftige Rolle vernetzter Strukturen in Deutschland. http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_27790_27791_2.pdf (Tag des Zugriffs: 15.08.2011).

Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (2007): BDI-Aktuell. http://www.bdi.de/fileadmin/PDF/bdi_aktuell/2007/03/BDI_0307.pdf (Tag des Zugriffs: 10.08.2011).

Binder S (1999): Effizienz durch Wettbewerb im Gesundheitswesen – Gesundheitssystemsteuerung durch wettbewerbsorientierte Anreize im Bereich der Leistungserbringung. P.C.O., Bayreuth.

Blankart C, Fasten E, Schwintowski H-P (2009): Das deutsche Gesundheitswesen zukünftig gestalten – Patientenseite stärken, Reformunfähigkeit überwinden. Springer, Berlin u.a.

Blecker T (1999): Unternehmen ohne Grenzen – Konzepte, Strategien und Gestaltungsempfehlungen für das Strategische Management. Gabler, Wiesbaden.

Bleicher K (1979): Unternehmensentwicklung und organisatorische Gestaltung. Gustav Fischer, Stuttgart u.a.

Bleicher K, Meyer E (1976): Führung in Unternehmung – Formen und Modelle. Rowohlt, Hamburg.

Blohm H (1980): Kooperation. In: Grochla, E. (Hrsg.): Handwörterbuch der Organisation. 2. Aufl., 1112-1117, Schäffer- Poeschel, Stuttgart.

Böhm K (2010): Demografischer Wandel als Chance für die Gesundheitswirtschaft. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 53, 460-473.

Börkircher H (2004): Betriebswissenschaftliche Praxisführung für Ärzte – Steigern Sie ihren Praxis-Erfolg in wenigen Schritten. Springer, Berlin u.a.

Bohle T (2008): Integrierte Versorgung – Rechtsfragen, Checklisten, Vertragsmuster. 2. Aufl., Economica, Heidelberg u.a.

Bott H (1967): Zwischenbetriebliche Kooperationen und Wettbewerb. Diss. Köln.

Braun G (2006): Zukunftsaufgabe Vernetzung – Strategie und Management für Gesundheitsnetzwerke in Caritas-Strukturen. Krankendienst 79,1-8.

Braun G, Güssow J, Heßbrügge G (2006): Neue Versorgungsstrukturen – Kein Start-up ohne Business-Plan. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/52617/Neue-Versorgungsstrukturen-Kein-Start-up-ohne-Business-Plan> (Tag des Zugriffs: 08.07.2013).

Brede H (2004): Betriebswirtschaftslehre - Einführung. 8. Aufl., Oldenbourg, München.

Brehm C (2003): Organisatorische Flexibilität in Wertschöpfungsnetzwerken. In: Bach N, Buchholz W, Eichler B (Hrsg.): Geschäftsmodelle für Wertschöpfungsnetzwerke. 79-100, Gabler, Wiesbaden.

Breitschuh J, Wöller T (2007): Internationales Marketing – Ausgewählte Strategien zur Sicherung von Absatz- und Beschaffungsmärkten. Oldenbourg, München.

Bridts W (2009): Steuerliche Rahmenbedingungen innovativer Versorgungsformen. In: Hellmann W, Eble S (Hrsg.): Gesundheitsnetzwerke initiieren – Kooperationen erfolgreich planen. 63-88, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Bruggemann A, Groskurth, P, Ulich, E (1975): Arbeitszufriedenheit. Hans Huber, Bern u.a.

Bühler E (2006): Durch Kooperation fit für die Zukunft. In: Bühler E (Hrsg.): Überleitungsmanagement und integrierte Versorgung – Brücke zwischen Krankenhaus und nachstationärer Versorgung. 11-28, Kohlhammer, Stuttgart.

Bühner R (2005): Personalmanagement. 3. Aufl., Oldenbourg, München.

Bühren A (2010): Ärztinnen und Ärzte im Gleichgewicht – Beruf, Familie, Freizeit und Gesundheit. In: Schwartz F, Angerer P (Hrsg.): Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzte – Befunde und Interventionen. 17-28, Deutscher Ärzteverlag, Köln.

Bühning P (2014): Chronisch kranke und ältere Patienten profitieren. Deutsches Ärzteblatt 111, 1548.

Büssing A et al. (2006): Formen der Arbeitszufriedenheit und Handlungsqualität in Arbeits- und Nicht-Arbeitskontexten. In: Fischer L (Hrsg.): Arbeitszufriedenheit – Konzepte und empirische Befunde. 2. Aufl., 135-159, Hogrefe, Göttingen u.a.

Bullinger H (2003): Wegweiser in die Zukunft. In: Bullinger H, Warnecke H (Hrsg.): Kunststück Innovation – Praxisbeispiele aus der Fraunhofer-Gesellschaft. 261-268, Springer, Berlin.

Bundesärztekammer (2008): Niederlassung und berufliche Kooperation – Neue Möglichkeiten: Hinweise und Erläuterungen zu §§ 7-19 und 23a-d (Muster-) Berufsordnung (MBO). <http://www.aerzteblatt.de/archiv/60111/Mitteilungen-Niederlassung-und-berufliche-Kooperation> (Tag des Zugriffs: 27.06.2013).

Bundesärztekammer (2012): 115. Deutscher Ärztetag in Nürnberg - Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen. http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/BAeK_Ground_kooperative_Versorgung-neu.pdf (Tag des Zugriffs: 23.05.2012).

Bundesministerium für Gesundheit (2010): BMG-Argumentationspapier zur Finanzreform für ein gerechtes, soziales, stabiles, wettbewerbliches und transparentes Gesundheitssystem. http://www.dkgev.de/media/file/8011.DasKrankenhaus_8-10.pdf_BMG-Eckpunkte_GKV-Finanzreform.pdf (Tag des Zugriffs: 02.08.2010).

Bundesministerium für Gesundheit (2013a): Hausarzt. <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/zusatzleistungen-wahltarife/hausarzt.html> (Tag des Zugriffs: 04.07.2013).

Bundesministerium für Gesundheit (2013b): Integrierte Versorgung – Optimierung der Versorgung. <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/zusatzleistungen-wahltarife/integrierte-versorgung.html> (Tag des Zugriffs: 04.07.2013).

Bundesministerium für Gesundheit (2015): Gesetzesentwurf – Versorgungsstärkungsgesetz im Bundestag. <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/gkv-versorgungsstaerkungsgesetz/gkv-vsg.html> (Tag des Zugriffs: 12.06.2015).

Bundesverband der Deutschen Industrie (2013): Die Gesundheitswirtschaft – Ein stabiler Wachstumsfaktor für Deutschlands Zukunft: Strategisches Programm des BDI-Ausschusses für Gesundheitswirtschaft.

http://www.bdi.eu/download_content/ForschungTechnikUndInnovation/FinalBDI_Gesundheit_A5_4.pdf (Tag des Zugriffs: 30.11.2013).

Bundesverband Managed Care e.V. (2012): Geschäftsbericht 2011. Pinguin Druck, Berlin.

Bundesverband Managed Care e.V. (2015): BMC Kongress – Starke Absichtserklärung des Gesundheitsministers beim BMC-Kongress 2015: Patientenorientierung wird Maßstab aller zukünftiger Gesundheitsreformen. <http://www.bmcev.de/kongress> (Tag des Zugriffs: 20.02.2015).

Bundesversicherungsamt (2013): Zulassung der Disease Management Programme (DMP) durch das Bundesversicherungsamt (BVA). <http://www.bundesversicherungsamt.de/weitere-themen/disease-management-programme/zulassung-disease-management-programme-dmp.html#c203> (Tag des Zugriffs: 27.06.2013).

Busse R, Schreyögg J, Tiemann O (2010): Management im Gesundheitswesen. 2. Aufl., Springer, Berlin u.a.

Callon M (1991): Techno-economic networks and irreversibility. In: Law J (Hrsg.): A Sociology of Monsters - Essays on Power, Technology and Domination. 132-164, Routledge, London.

Comelli G, von Rosenstiel L (2011): Führung durch Motivation – Mitarbeiter für Unternehmensziele gewinnen. 4. Aufl., Franz Vahlen, München.

Corsten H (2001): Unternehmensnetzwerke – Formen unternehmensübergreifender Zusammenarbeit. Oldenbourg, München u.a.

Dammer I (2007): Gelingende Kooperation („Effizienz“). In: Becker T, Dammer I, Howaldt J, Killich S, Loose A (Hrsg.): Netzwerkmanagement – Mit Kooperation zum Unternehmenserfolg. 2. Aufl., 49-59, Springer, Berlin.

Dapd Nachrichtenagentur (2007): Bundesbürgern sind Gesundheit und Freundschaft am wichtigsten. <http://www.epochtimes.de/bundesbuergern-sind-gesundheit-und-freundschaft-am-wichtigsten-168316.html> (Tag des Zugriffs: 30.09.2011).

Das T, Teng B-S (2002): The dynamics of alliances conditions in the alliance development process. *Journal of Management Studies* 39, 725-746.

David D, Schäfer R (2001): Neue Berufe im Krankenhaus. In: Arnold M, Klauber J, Schellschmidt H (Hrsg.): Krankenhausreport 2001 – Schwerpunkt: Personal. 99-108, Schattauer, Stuttgart.

Deimel D, Fröhlich A, Henke A (2009): Unternehmenskommunikation. In: Deimel D, Henke A, Jersch N, Kaestner R, Lägel R, Weatherly J, Meyer-Lutterloh K (Hrsg.): Das Gesundheitsunternehmen als Versorger der Zukunft – Perspektiven erkennen, Chancen ergreifen, Strategien umsetzen. 101-106, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Deutscher Industrie- und Handelskammertag-Ausschuss (2010): Wachstumsmarkt Gesundheit – Stellschrauben und sinnvolle Rahmenbedingungen zur Entfaltung des zweiten Gesundheitsmarktes.

http://www.dihk.de/ressourcen/downloads/Wachstumsmarkt_Gesundheit_2.Gesundheitsmarkt.pdf (Tag des Zugriffs: 25.09.2010).

Dieterich A (2007): Arzt-Patient-Beziehung im Wandel – Eigenverantwortlich, informiert, anspruchsvoll. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/56904/Arzt-Patient-Beziehung-im-Wandel-Eigenverantwortlich-informiert-anspruchsvoll> (Tag des Zugriffs: 30.09.2011).

Dörner K (2008): Thesen für ein zukünftiges Versorgungskonzept. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 51, 565-568.

Doz Y (1996): The evolution of cooperation in strategic alliances – initial conditions or learning processes? *Strategic Management Journal* 17, 55-83.

Drucker P (1974): *Management – Tasks, Responsibilities, Practices*. Harper & Row, New York.

Drucker P (1980): Managing in Turbulent Times. Harper & Row, New York.

Duschek S (2002): Innovation in Netzwerken – Renten, Relationen, Regeln. Deutscher Universitätsverlag, Wiesbaden.

Duschek S, Rometsch M (2005): Netzwerktypologien – Nutzen und Grenzen am Beispiel Kompetenzentwicklung. In: Stahl H, Friedrich von den Eichen S (Hrsg.): Vernetzte Unternehmen – Wirkungsvolles Agieren in Zeiten des Wandels. 121-138, Erich Schmidt Verlag, Berlin.

Dwyer R, Schurr P, Oh S (1987): Developing Buyer-Seller Relationships. Journal of marketing 51,11-27.

Eble S (2009): Das Gesundheitswesen im Wandel. In: Hellmann W, Eble S (Hrsg.): Gesundheitsnetzwerke initiieren – Kooperationen erfolgreich planen. 3-26, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Eble S, Maier P (2009): Neue Versorgungsstrukturen erfordern professionelles Netzmanagement. In: Hellmann W, Eble S (Hrsg.): Gesundheitsnetzwerke managen – Kooperationen erfolgreich steuern. 15-32, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Ehlers A, Ebermann T, Heinemann A-K (2008): Der Arzt von morgen – Manager und Medicus? In: Merz F (Hrsg.): Wachstumsmotor Gesundheit – Die Zukunft unseres Gesundheitswesens. 213-227, Carl Hanser Verlag, München.

Eligehausen S (2009): Die Gesundheitsbranche wandelt sich – Im Wettbewerb bestehen nur wirtschaftliche, innovative und kommunikationsstarke Gesundheitsnetzwerke und Unternehmen. In: Hellmann W, Eble S (Hrsg.): Gesundheitsnetzwerke managen – Kooperationen erfolgreich steuern. 137-154, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Eppmann C (2007): Kooperation zwischen Krankenhäusern. In: Kölking H (Hrsg.): DRG und Strukturwandel in der Gesundheitswirtschaft. 89-102, Kohlhammer, Stuttgart.

Erbsen M (2003): Praxisnetze und das Berufsrecht der Ärzte – Der Praxisverbund als neue Kooperationsform in der ärztlichen Berufsordnung. Peter Lang, Frankfurt a. M.

Erdogan-Griese B (2012): Praxisnetze – Neue Chancen für eine integrierte Versorgung. <http://www.aekno.de/downloads/archiv/2012.07.012.pdf> (Tag des Zugriffs: 19.06.2012).

Ertner T, Anwand T (2010): Entwicklung von Behandlungspfaden in Einzelschritten. In: Hellmann W, Eble S (Hrsg.): Ambulante und Sektoren übergreifende Behandlungspfade – Konzepte, Umsetzung, Praxisbeispiele. 59-78, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Etzioni A (1964): Modern Organizations. Prentice Hall, Englewood Cliffs.

Europäische Kommission (1995): Grünbuch zur Innovation. Amt für amtliche Veröffentlichungen der europäischen Gemeinschaft, Luxemburg.

Europäische Kommission - Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher (2007): Weißbuch – Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013. http://www.eur-lex.europa.eu/lexUriServ/site/de/com/2007/com2007_0630de01.pdf (Tag des Zugriffs: 30.09.2011).

Evanschitzky H (2003): Erfolg von Dienstleistungsnetzwerken – Netzwerkmarketingansatz. Diss. Münster.

Felfe J, Six B (2006): Die Relation von Arbeitszufriedenheit und Commitment. In: Fischer L (Hrsg.): Arbeitszufriedenheit - Konzepte und empirische Befunde. 2. Aufl., 37-60, Hogrefe, Göttingen u.a.

Fink D, Knoblach B, Wamser C (2005): Vernetzung – Ein Managementkonzept der Zukunft? In: Stahl H, Friedrich von den Eichen S (Hrsg.): Vernetzte Unternehmen – Wirkungsvolles Agieren in Zeiten des Wandels. 21-38, Erich Schmidt Verlag, Berlin.

Fischer L (1989): Strukturen der Arbeitszufriedenheit – Zur Analyse individueller Bezugssysteme. Verlag für Psychologie, Göttingen.

Fischer L, Wiswede G (2002): Grundlagen der Sozialpsychologie. 2. Aufl., Oldenbourg, München.

Fit für Innovation – Arbeitskreis 4 (2011): Innovation in Netzwerken aufbauen. <http://www.iao.fraunhofer.de/lang-de/images/downloadbereich/200/innovation-in-netzwerken-aufbauen.pdf> (Tag des Zugriffs: 19.06.2012).

Fleißa S, Wendler L (2009): Praxisnetze in Deutschland – Aktuelle Übersicht und Strukturmerkmale ausgewählter Praxisnetze. http://www.bdi.de/fileadmin/PDF/bdi_aktuell/2009/01/BDI_aktuell_2009_1_Berufspolitik.pdf (Tag des Zugriffs: 30.09.2011).

Frank M (2010): Meine Arztpraxis – Erfolgreich im Neuen Gesundheitsmarkt: Die besten Strategien, Ideen und Konzepte. Springer, Berlin u.a.

Freytag S (2010): Eine Systematik der Erträge des Krankenhauses. In: Debatin J, Ekkernkamp A, Schulte B (Hrsg.): Krankenhausmanagement – Strategien, Konzepte, Methoden. 195-232, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Fritz W (1992): Marktorientierte Unternehmensführung und Unternehmenserfolg – Grundlagen und Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Schäffer-Poeschel, Stuttgart.

Frodl A (2004): Management von Arztpraxen – Kosten senken, Effizienz steigern: Betriebswissenschaftliches Know-How für Heilberufe. Gabler, Wiesbaden.

Gassmann O, Wolff T (2007): Technologiekompetenz: Innovation durch Lieferanten. In: Rudolph T, Drenth R, Meise J (Hrsg.): Kompetenzen für Supply Chain Manager. 247-254, Springer, Berlin u.a.

Gebert D, von Rosenstiel L (2002): Organisationspsychologie. Kohlhammer, Stuttgart.

Gensichen J, Muth C, Butzlaff M, Rosemann Th, Raspe H, Müller de Cornejo G, Beyer M, Härter M, Müller U, Angermann C, Gerlach F, Wagner E (2006): Die Zukunft ist chronisch – Das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärversorgung: Übergreifende Behandlungsprinzipien einer proaktiven Versorgung für chronische Kranke. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 100, 365-374.

Gerardy L, Vogel J, Steinbrinker L, Falke S (2010): Zukunftsmodell Ärztenetzwerke – Eine empirische Untersuchung der Auswirkungen auf die Health Care Industrie. Josef Eul, Lohmar.

Giddens A (1979): Central Problems in Social Theory – Action, Structure and Contradiction in Social Analysis. University of California Press, Berkeley u.a.

Giddens A (1997): Die Konstitution der Gesellschaft – Grundzüge einer Theorie der Strukturierung. 3. Aufl., Campus, Frankfurt a.M. u.a.

GKV-Spitzenverband (2014): Faktenblatt – Ärztliche Vergütung. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressekonferenzen_gespraech/2014_1/pk_2014_02_27_amb_versorgung/Faktenblatt__Aerzte_Verguetung_2014-02-25.pdf (Tag des Zugriffs: 25.02.2014).

GKV-Spitzenverband (2015): Alle gesetzlichen Krankenkassen. http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenversicherung_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp#lightbox (Tag des Zugriffs: 20.02.2015).

Glock G, Schöffski O, Sohn S (2004): IT-Unterstützung für den medizinischen Prozess in der integrierten Versorgung. Books on Demand, Burgdorf.

Gold M, Hurley R, Lake T, Ensor T, Berenson R (1995): A National Survey of the Arrangements Managed Care Plans Make with Physicians. The New England Journal of Medicine 333, 1678-1683.

Gotzen G (2003): Ärztenetzwerke als Reformansatz für den ambulanten Sektor – Eine institutionenökonomische Analyse verschiedener Netzwerkarrangements. Diss. Trier.

Grabatin G (1981): Effizienz von Organisationen. Walter de Gruyter, Berlin u.a.

Greve G, Müller H, Hörter S (2009): Prosper-Modelle der Knappschaft – Strukturen, Finanzierungsaspekte und Prozessmanagement in der Integrierten Versorgung der Knappschaft Bahn See. In: Braun G, Güssow J, Schumann A, Heßbrügge G (Hrsg.): Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen – Konzepte und Praxisbeispiele erfolgreicher Finanzierung und Vergütung. 75-92, Deutscher Ärzteverlag, Köln.

Güssow J (2007): Vergütung Integrierter Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen – Weiterentwicklung pauschaler Vergütungsansätze zur Förderung prozessorientierter Strukturen und besonderer Berücksichtigung der Krankenhausperspektive. Gabler, Wiesbaden.

Haas H, Neumair S (2006): Internationale Wirtschaft – Rahmenbedingungen, Akteure, räumliche Prozesse. Oldenbourg, München.

Hage J, Alter C (1997): A typology of interorganizational relationship and networks. In: Hollingsworth, S, Rogers J, Boyer R (Hrsg.): Contemporary capitalism - the embeddedness of institutions. 94-126, Cambridge University Press, Cambridge.

Haubrich R (2010): Lauter Weltmeister – Norbert Klusen. www.welt.de/welt_print/debatte/article8095678/Lauter-Weltmeister-Norbert-Klusen.html (Tag des Zugriffs: 18.06.2011).

Heckhausen J, Heckhausen H (2010): Motivation und Handeln. 4. Aufl., Springer, Berlin u.a.

Heinrich D (2014): Ärzte-Monitor 2014.

http://www.nav-virchowbund.de/uploads/files/statement_dr._heinrich.pdf

(Tag des Zugriffs: 02.07.2014).

Hellmann W (2009): Klinische Pfade als Schlüsselfaktor für erfolgreiche Netzarbeit. In: Hellmann W, Eble S (Hrsg.): Gesundheitsnetzwerke managen – Kooperationen erfolgreich steuern. 89-104, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Hellmann W (2010): Klinische Pfade und Behandlungspfade – Einführung und Überblick. In: Hellmann W, Eble S (Hrsg.): Ambulante und Sektoren übergreifende Behandlungspfade – Konzepte, Umsetzung, Praxisbeispiele. 3-58, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Hentze J, Graf A (2005): Personalwirtschaftslehre 2. 7. Aufl., Haupt, Bern u.a.

Hess T (2002): Netzwerkcontrolling – Instrumente und ihre Werkzeugunterstützung. Habil. Schr. Göttingen.

Hillenbrand H, Sattler B (2010): Praktische Umsetzung von Behandlungspfaden in einem integrierten Versorgungsnetz – Beispiel Ärztenetz Mittelbaden. In: Hellmann W, Eble S (Hrsg.): Ambulante und Sektoren übergreifende Behandlungspfade – Konzepte, Umsetzung, Praxisbeispiele. 255-268, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Hinterhuber H (2004): Strategische Unternehmensführung – I Strategisches Denken. Walter de Gruyter, Berlin u.a.

Hoffmann W (2001): Management von Allianzportfolios – Strategien für ein erfolgreiches Unternehmensnetzwerk. Schäffer-Poeschel, Stuttgart.

Huber E (2007): Gesundheitsreform als Gesundheitssystementwicklung. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 101, 397-406.

Hunecke H, Sauer J (2003): Innovation in Netzwerken. In: Henning K, Oertel R, Isenhardt I (Hrsg.): Wissen, Innovation, Netzwerke – Wege zur Zukunftsfähigkeit. 55-60, Springer, Berlin u.a.

Hüttner M, Heuer K (2004): Betriebswirtschaftslehre – Einführung und Überblick. 3. Aufl., Oldenbourg, München.

Hutzschenreuter T (2009): Allgemeine Betriebswirtschaftslehre – Grundlagen mit zahlreichen Praxisbeispielen. 3. Aufl., Gabler, Wiesbaden.

Institut für betriebswirtschaftliche Analysen, Beratung und Strategie-Entwicklung (2010): Zufriedenheit der Mitglieder bestimmt den Erfolg. Berliner Ärzteblatt 123, 10.

Jacobs K, Schröder W (2002): Wettbewerb als Motor der Integration? In: Arnold M, Klauber J, Schellschmidt H (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2002 – Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb. 103-112, Schattauer, Stuttgart.

Jäger C (2013): Kriterienkatalog der KBV – Wie können Ärztenetze die gestellten Anforderungen zur Förderungswürdigkeit erfüllen? http://www.unternehmen-arztpraxis.de/_up/unternehmen_arztpraxis_de/documents/Carsten_Jaeger_Kriterienkatalog_der_KBV_Wie_koennen_Aerztenetze_die_gestellten_Anforderungen_zur_Foerderungswuerdigkeit_erfuellen.pdf (Tag des Zugriffs: 26.01.2013).

Jansen C (2012): Dauerbaustelle des Gesetzgebers – Überwindung der Sektorengrenze. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/127259/Überwindung-der-Sektorengrenze-Dauerbaustelle-des-Gesetzgebers> (Tag des Zugriffs: 29.06.2012).

Jarillo C (1988): On Strategic Networks. *Strategic Management Journal* 9, 31-41.

Johanson M, Mattsson L (1987): Market investments and market investments in industrial networks. *International journal of research in marketing* 4,185-195.

Jones G, Bouncken R (2008): *Organisation – Theorie, Design und Wandel*. 5. Aufl., Pearson Studium, München.

Jost P-J (2008): *Organisation und Motivation – Eine ökonomisch-psychologische Einführung*. 2. Aufl., Gabler, Wiesbaden.

Kaluza B (2005): *Erfolgsfaktor Flexibilität – Strategien und Konzepte für wandlungsfähige Unternehmen*. Erich Schmidt, Berlin.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2010): *Vertragsmöglichkeiten*. <http://www.kbv.de/koop/8790.html> (Tag des Zugriffs: 23.03.2010).

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2012a): *Politik – Versorgungsstrukturgesetz*. <https://www.kbv.de/39452.html> (Tag des Zugriffs: 01.01.2012).

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2012b): *Disease-Management-Programme*. <http://www.kbv.de/6041.html> (Tag des Zugriffs: 10.08.2012).

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2013a): *Praxisnetze*. <http://www.kbv.de/koop/8793.html> (Tag des Zugriffs: 29.05.2013).

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2013b): *Spezialfachärztliche Versorgung – Neues Angebot für schwer kranke Patienten*. www.kbv.de/40807.html (Tag des Zugriffs: 03.07.2013).

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2013c): Rahmenvorgabe für die Anerkennung von Praxisnetzen nach §87b Abs. 4 SGB V – Versorgungsziele, Kriterien, Qualitätsanforderungen zur Anerkennung von Praxisnetzen im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband. http://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvorgabe_Anerkennung_Praxisnetze_Ausfertigung.pdf (Tag des Zugriffs: 17.11.2014).

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (2011): Arbeitsbuch – Leitfaden für Gründung und Reorganisation. <http://www.kvhh.net/media/public/db/media/1/2009/10/44/itabkvhamburg.pdf> (Tag des Zugriffs: 19.07.2011).

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (2013a): Die Praxisnetze in Nordrhein. <http://www.kvno.de/10praxis/10praxisinformationen/60praxisnetze/40netzinno/index.html> (Tag des Zugriffs: 08.07.2013).

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (2013b): Häufige Fragen und Antworten zu den Praxisnetzen. http://www.kvno.de/10praxis/10praxisinformationen/60praxisnetze/50faq_netz/index.html#q1 (Tag des Zugriffs: 08.07.2013).

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (2014): GMG Gesundheitsmanagementgesellschaft mbH. https://www.kvno.de/10praxis/70gmg_gesundheitsmanagement/ (Tag des Zugriffs: 17.12.2014).

Keats B, Hitt M (1988): A casual model of linkages among environmental dimensions, macro organizational characteristics, and performance. *Academy of Management Journal* 31, 570-598.

Kieser A, Walgenbach P (2003): *Organisation*. Schäffer-Poeschel, Stuttgart.

Killich S (2007): Formen der Unternehmenskooperation. In: Becker T, Dammer I, Howaldt J, Killich S, Loose A (Hrsg.): *Netzwerkmanagement – Mit Kooperation zum Unternehmenserfolg*. 2. Aufl., 13-22, Springer, Berlin.

Kirchhof F (2010): Das Berufsbild des Arztes zwischen Ethos, Spardiktat und Schönheitsideal. *Rheinisches Ärzteblatt* 64, 12-15.

Kirchler E, Hölzl E (2002): *Arbeitsgestaltung in Organisationen*. WUV, Wien.

Kirchler E, Hölzl E (2008): Arbeitsgestaltung. In: Kirchler E (Hrsg.): Arbeits- und Organisationspsychologie. 2. Aufl., 199-318, Facultas, Wien.

Kirchler E, Rodler C (2001): Motivation in Organisationen – Arbeits- und Organisationspsychologie. WUV, Wien.

Kleer M (1991): Gestaltung von Kooperationen zwischen Industrie- und Logistikunternehmen – Ergebnisse theoretischer und empirischer Untersuchungen. Erich Schmidt, Berlin.

Klein B, Crawford, R, Alchian A (1978): Vertical Integration - Appropriable rents, and the competitive contracting process. Journal of law and economics 21, 297-326.

Klemm U (1985): Wachstum und Unternehmenspolitik. Düsseldorf. Diss. St. Gallen.

Klesse H-J (2008): Fusionen – Warum Zusammenschlüsse von Unternehmen häufig scheitern.<http://www.wiwo.de/finanzen/fusionen-warum-zusammenschluesse-von-unternehmen-haeufig-scheitern-seite-all/5445908-all.html> (Tag des Zugriffs: 18.06.2011).

Klimecki R, Gmür M (2005): Personalmanagement – Strategien, Erfolgsbeiträge, Entwicklungsperspektiven. 3. Aufl., Lucius & Lucius, Stuttgart.

Kloiber O (2004): Auf dem Weg nach Europa?
<http://www.aekno.de/downloads/archiv/2004.03.003.pdf> (Tag des Zugriffs: 30.09.2012).

Knoblich H (1969): Zwischenbetriebliche Kooperation. Zeitschrift für Betriebswissenschaft 39, 497-514.

Knop R (2007): Erfolgsfaktoren strategischer Netzwerke kleiner und mittlerer Unternehmen – Ein IT-gestützter Wegweiser zum Kooperationserfolg. Diss. Klagenfurt.

Knöppler K (2009): Strategische Planung in Einzelschritten. In: Hellmann W, Eble S (Hrsg.): Gesundheitsnetzwerke initiieren – Kooperationen erfolgreich planen. 253-274, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Knorr B (2009): Berufsbild Netzmanager – Qualifikationen und Anforderungen. In: Hellmann W, Eble S (Hrsg.): Gesundheitsnetzwerke managen - Kooperationen erfolgreich steuern. 129-136, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Komar W (2005): Kooperation und Vernetzung begünstigen das Unternehmenswachstum – Das Beispiel der Branche der modernen Biotechnologie. *Wirtschaft im Wandel* 11,146-153.

Kongstvedt P (2009): *Managed Care – What it is and how it works*. 3. Aufl., Jones and Bartlett Publishers, Sudbury.

Korzilius H, Gerst T (2009): Hausarztverträge – Vorbild sucht Nachahmer. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/64229/Hausarztvertraege-Vorbild-sucht-Nachahmer> (Tag des Zugriffs: 30.09.2012).

Koschnick W (1998): *Management and Marketing – Encyclopedic Dictionary*. Walter de Gruyter, Berlin u.a.

Kraege R (1997): *Controlling strategischer Unternehmungsk Kooperationen – Aufgaben, Instrumente und Gestaltungsempfehlungen*. Rainer Hampp, München.

Kreft M (2002): Praxisnetze – Zeit für Professionalisierung. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/30845/Praxisnetze-Zeit-fuer-Professionalisierung> (Tag des Zugriffs: 30.09.2012).

Kuch C (2009): Behandlungspfad im Ärztenetz – Erfolgsfaktoren aus der Praxis. In: Bellabarba J, Kuch C (Hrsg.): *Qualitätsmanagement jenseits von Checklisten – Wie Qualitätsmanagement in der Praxis wirklich Nutzen bringt*. 181-194, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Kühn S, Platte I, Wottawa H (2005): *Psychologische Theorien für Unternehmen*. 2. Aufl., Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

Kuhr N (2002): Status Ärztenetze – Ergebnisse der Mednet-Unfrage. In: Eissing U, Noelle G, Kuhr N (Hrsg.): *Mednet - Arbeitsbuch für die integrierte Gesundheitsversorgung 2002/2003*. 54-73, Edition Temmen, Köln.

Küttner T (2008): *Prozessmanagement und Klinische Behandlungspfade*. In: Roeder N, Hensen P (Hrsg.): *Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem und öffentliche Gesundheitspflege – Ein praxisorientiertes Kurzlehrbuch*. 109-120, Deutscher Ärzteverlag, Köln.

Laschet H (2011): Ärzte-Burnout-Studie – Viel Stress, aber Erfolgserlebnisse. <http://www.springermedizin.de/aerzte-burnout-studie-viel-stress-aber-erfolgserlebnisse/342894.html> (Tag des Zugriffs: 17.05.2013).

Lauer T (2010): Change Management – Grundlagen und Erfolgsfaktoren. Springer, Berlin u.a.

Lauterbach K, Lungen M, Schrappe M (2010): Gesundheitsökonomie, Management und Evidence-based Medicine – Handbuch für Praxis, Politik und Studium. 3. Aufl., Schattauer, Stuttgart.

Lehner F (2009): Wissensmanagement – Grundlagen, Methoden und technische Unterstützung. 3. Aufl., Hanser, München u.a.

Leifer R, Delbecq A (1978): Organizational/ Environmental Interchange – A model of boundary spanning activity. *The academy of management review* 3, 40-50.

Leithoff S (2009): Neuorientierung von niedergelassenen Ärzten – Verändertes Selbstverständnis als Voraussetzung für die erfolgreiche Bewältigung von Aufgaben im Kontext kooperativer Versorgungsstrukturen. In: Hellmann W, Wambach V (Hrsg.): *Das Strategiebuch für den niedergelassenen Arzt – Optionen und praktische Tipps für die Zukunftssicherung*. 265-278, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Lindenthal J, Sohn S, Schöffski O (2004): Praxisnetze der nächsten Generation – Ziele, Mittelverwendung und Steuerungsmechanismen. Herz, Burgdorf.

Lindenthal J, Wambach V (2009): Kundenorientierung als Erfolgsfaktor für das Überleben im Wettbewerb. In: Hellmann W, Wambach V (Hrsg.): *Das Strategiebuch für den niedergelassenen Arzt – Optionen und praktische Tipps für die Zukunftssicherung*. 225-264, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Loffing D, Loffing C (2010): Mitarbeiterbindung ist lernbar – Praxiswissen für Führungskräfte in Gesundheitsfachberufen. Springer, Berlin u.a.

Loose A, Sydow J (1994): Vertrauen und Ökonomie in Netzwerkbeziehungen – Strukturtheoretische Betrachtungen. In: Sydow J, Windeler A (Hrsg.): *Management interorganisationaler Beziehungen – Vertrauen, Kontrolle und Informationstechnik*. 160-193, Westdeutscher Verlag, Opladen.

Lötzerich U (2009): Praxisnetze – Die Manager kommen. Klinikmanagement aktuell 7, 26-32.

Luhmann N (1973): Vertrauen – Ein Mechanismus zur Reduktion von Komplexität. Enke, Stuttgart.

Lüngen M (2007): Ambulante Behandlung im Krankenhaus – Zugang, Finanzierung, Umsetzung. LIT-Verlag, Münster.

Macharzina K, Wolf J (2008): Unternehmensführung – Das internationale Managementwissen: Konzepte, Methoden, Praxis. 6. Aufl., Gabler, Wiesbaden.

March J (1991): Exploration and exploitation in organizational learning. Organization science 2, 71-87.

March J, Simon H (1993): Organizations. 2. Aufl., Blackwell, Cambridge.

March J, Sutton R (1997): Organizational Performance as a Dependent Variable. Organization Science 8, 698-706.

Meffert H (1985): Größere Flexibilität als Unternehmenskonzept. Schmalenbachs Zeitschrift für betriebswissenschaftliche Forschung 37, 121-137.

Meffert H, Burmann C, Kirchgeorg M (2012): Marketing – Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung. 11. Aufl., Gabler, Wiesbaden.

Meissner W (2004): Praxisnetz – Ziele professionell erreichen. <http://www.praxisnetz-suederelbe.de/sites/default/files/prfile/presse-06.pdf> (Tag des Zugriffs: 25.01.2011).

Meyer J-A, Lorenzen K (2002): Internationale Kooperationen von kleinen und mittleren Unternehmen in Europa. Josef Eul, Lohmar.

Meyer-Lutterloh K (1999): Praxiskooperationen und Praxisnetze – Chancen, Vorteile, Umsetzung. 2. Aufl., MD-Verlag, München.

Miles R (1980): Macro Organizational Behaviour. Goodyear Publishing Company, Santa Monica.

Miles R, Snow C (1978): Organizational Strategy, Structure and Process. Stanford University Press, New York u.a.

Miles R, Snow C (1992): Causes of failure in network organizations. California management review 28, 53-72.

Mirrow M (1998): Innovation als strategische Chance. In: Franke N, von Braun C (Hrsg.): Innovationsforschung und Technologiemanagement – Konzepte, Strategien, Fallbeispiele. 481-492, Springer, Berlin.

Mißbeck A (2009): Behandlungspfade – Einstiegspforte für Praxisnetze in Verträge mit Krankenkassen. http://www.ae-mb.de/fileadmin/user_upload/AeMB_aerztezeitung.pdf (Tag des Zugriffs: 17.03.2011).

Mitchel J (1969): The concept and use of social networks. In: Mitchel J (Hrsg.): Social networks in urban situations. 1-50, University of Manchester Press, Manchester.

Mohr H (2008): Einführung in (natur-) wissenschaftliches Denken. Springer, Berlin u.a.

Monitor-Versorgungsforschung (2009): Status – Ärztenetze in Deutschland: Übergangserscheinung, konstitutives Element der ambulanten Versorgung oder gar Lösungsansatz? <http://www.monitor-versorgungsforschung.de/downloads/m-vf-02-2009-Arztenetze.pdf> (Tag des Zugriffs: 18.10.2011).

Moser K (1996): Commitment in Organisationen. Hans Huber, Bern u.a.

Müller K, Goldberger E (1986): Unternehmenskooperation bringt Wettbewerbsvorteile – Notwendigkeit und Praxis zwischenbetrieblicher Zusammenarbeit in der Schweiz. Verlag Industrielle Organisation, Zürich.

Münch R (2004): Soziologische Theorie – Band 2: Handlungstheorie. Campus, Frankfurt a.M.

Myers D (2008): Psychologie. 2. Aufl., Springer, Heidelberg.

NAV-Virchow-Bund (2014): Ärztemonitor – Ergebnisse zur zweiten Befragung im Frühjahr 2014. http://www.nav-virchowbund.de/uploads/files/infas_praesentation_aerztemonitor_5213_20140701.pdf (Tag des Zugriffs: 05.01.2015).

Neubauer G (2005): Versorgungssteuerung über Vergütungsanreize – Braucht integrierte Versorgung integrierte Vergütung? In: Klauber J, Robra B-P, Schellschmidt H (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2005 – Schwerpunkt: Wege zur Integration. 37-54, Schattauer, Stuttgart.

Neuberger O (1974): Messung der Arbeitszufriedenheit. Kohlhammer, Stuttgart.

Neuberger O, Allerbeck M (1978): Messung und Analyse von Arbeitszufriedenheit – Erfahrungen mit dem „Arbeitsbeschreibungsbogen (ABB)“. Hans Huber, Bern u.a.

Nick F (1975): Anreiz-Beitrags-Theorie. In: Gaugler E (Hrsg.): Handwörterbuch des Personalwesens. 38-47, Poeschel, Stuttgart.

Nohria N (1992): Is a network perspective a useful way of studying organizations? In: Nohria N, Eccles R (Hrsg.): network and organizations – structure, form and action. 1-22, Harvard Business School Press, Boston.

Oechsler W (2005): Human Ressource Management in strategischen Allianzen. In: Zentes J Swoboda B, Morschett D (Hrsg.): Kooperationen, Allianzen und Netzwerke – Grundlagen, Ansätze, Perspektiven. 1057-1076, Gabler, Wiesbaden.

Organisation for Economic Co-operation and Development (2011): fostering innovation to adress social challenges. <http://www.oecd.org/science/innovationinsciencetechnologyandindustry/47861327.pdf>, 27.05.2011.

Organisation for Economic Co-operation and Development (2013): OECD Gesundheitsdaten 2013 - Deutschland im Vergleich. <http://www.oecd.org/berlin/Briefing-Note-DEUTSCHLAND-2013-in-German.pdf> (Tag des Zugriffs: 28.06.2013).

Orlowski U, Wasem J (2007): Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG) – Änderungen und Auswirkungen auf einen Blick. Hüthig Jehle Rehm, Heidelberg u.a.

Pechlaner H, Hammann E-M (2008): Netzwerke und Geschäftsbeziehungen als Kompetenz des Gründungsunternehmers. In: Freiling J, Kollmann T (Hrsg.): Entrepreneurial Marketing – Besonderheiten, Aufgaben und Lösungsansätze für Gründungsunternehmen. 405-424, Gabler, Wiesbaden.

Pfeffer J, Salancik G (1978): The external control of organization – A resource dependence perspective. Harper & Row, New York.

Pleschak F, Sabisch H (1996): Innovationsmanagement. Schäffer-Poeschel, Stuttgart.

Porter M (1995): Wettbewerbsstrategie. Campus, Frankfurt a. M. u.a.

Porter M, Guth C (2012): Chancen für das deutsche Gesundheitssystem – Von Partikularinteressen und Patientennutzen. Springer, Berlin u.a.

Porter M, Teisberg E (2006): Redefining health care – Creating value-based competition on results. Harvard Business School Press, Boston.

Prahalad C, Hamel G (1990): The core of the corporation. Harvard Business review 68, 79-91.

Preusker U (2008): Das deutsche Gesundheitssystem verstehen – Strukturen und Funktionen im Wandel. Economica, Heidelberg u.a.

Purucker J, Schicker G, Bodendorf F, Böhm M (2009): Praxisnetz-Studie 2009 – Management, Prozesse, Informationstechnologie: Status Quo, Trends und Herausforderungen. Lehrstuhl Wirtschaftsinformatik II, Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg.

Rammert W (1997): Innovation im Netz – Neue Zeiten für technische Innovationen: Heterogen verteilt und interaktiv vernetzt. Soziale Welt 48, 397-416.

Rautenstrauch T, Generotzky L, Bigalke, T (2003): Kooperationen und Netzwerke – Grundlagen und empirische Ergebnisse. Josef Eul, Köln.

Rebscher H (2008): Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie – Der Bedingungsrahmen zukünftiger Versorgungsformen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 51, 552-557.

Reihlen M (2009): Führung in Heterarchien. In: Albers S, Reihlen M (Hrsg.): Management integrierter Wertschöpfungsnetzwerke – Werner Delfmann zum 60. Geburtstag. 75-112, Kölner Wissenschaftsverlag, Köln.

Reinert A (2009): Management von Versorgungs- und Ärztenetzen als Geschäftsmodell. In: Hellmann W, Eble S (Hrsg.): Gesundheitsnetzwerke managen – Kooperationen erfolgreich steuern. 277-286, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Riedel R-R (2005): Kostenplanung und Erfolgskontrolle in der Arztpraxis. In: Riedel R-R, Hansis M, Wehrmann W, Schlesinger A (Hrsg.): Wirtschaftlich erfolgreich in der Arztpraxis – Das Einmaleins der Betriebswirtschaft für Ärzte. 205-226, Deutscher Ärzteverlag, Köln.

Rief A (2008): Entwicklungsorientierte Steuerung strategischer Unternehmensnetzwerke. Diss. Hohenheim.

Riegl G (2000): Netzwerkmarketing, Teil 1 – Erfolgssystematik für Praxisnetze. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/24531/Netzwerk-Marketing-Teil-1-Erfolgssystematik-fuer-Praxisnetze> (Tag des Zugriffs: 08.07.2013).

Ries H, Schnieder K-H, Althaus J, Großbölting R, Voss M (2012): Arztrecht – Praxishandbuch für Mediziner. 3. Aufl., Springer, Heidelberg u.a.

Rieser S (2013): Anerkennung für Teamworker – Rahmenvorgabe für Praxisnetze. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/137571/Rahmenvorgabe-fuer-Praxisnetze-Anerkennung-fuer-Teamworker> (Tag des Zugriffs: 17.11.2014).

Ring P, Van de Ven A (1994): Developmental processes of cooperative interorganizational relationships. *Academy of Management Review* 19, 90-118.

Robbins S (2001): Organisation der Unternehmung. 9. Aufl., Pearson Studium, München.

Robert-Koch-Institut (2012): GBE Kompakt – Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitssystem 3.

Röpke J (1977): Die Strategie der Innovation. J. C. B. Mohr (Paul Siebeck), Tübingen.

Rotering C (1990): Forschungs- und Entwicklungskooperationen zwischen Unternehmen – Eine empirische Analyse. Schäffer-Poeschel, Stuttgart.

Rüschmann H, Roth A, Krauss C (2000): Vernetzte Praxen auf dem Weg zu Managed Care – Aufbau, Ergebnisse, Zukunftsvision. Springer, Berlin u.a.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1997): Gesundheitswesen in Deutschland – Kostenfaktor und Zukunftsbranche. http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/1997/kurzf-de97.pdf (Tag des Zugriffs: 16.02.2012).

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Sondergutachten 2012 – Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Kurzfassung.pdf (Tag des Zugriffs: 21.01.2014).

Salfeld R, Hehner S, Wichels R (2009): Modernes Krankenhausmanagement – Konzepte und Lösungen. 2. Aufl., Springer, Berlin u.a.

Scherm E, Pietsch G (2007): Organisation – Theorie, Gestaltung, Wandel. Oldenbourg, München.

Schicker G (2008): Koordination und Controlling in Praxisnetzen mithilfe einer prozessbasierten E-Service-Logistik. Gabler, Wiesbaden.

Schluckebier S (2003): Managed Care – Aktive Unterstützung der versicherten Personen im Schadensfall – Kostentreiber oder Kostenersparnis in den Tarifen? <http://www.maxpool-server.de/archiv/kv/tour2003/consal.pdf> (Tag des Zugriffs: 04.04.2012).

Schmid-Domin H (2009): Bewertung von Arztpraxen und Kaufpreisfindung – Methoden, Beispiele, Rechtsgrundlagen. 3. Aufl., Erich Schmidt, Berlin.

Schmidt K-H (2006): Beziehung zwischen Arbeitszufriedenheit und Arbeitsleistung – Neue Entwicklungen und Perspektiven. In: Fischer L (Hrsg.): Arbeitszufriedenheit – Konzepte und empirische Befunde. 189-204, Hogrefe, Göttingen u.a.

Schnabel S (2010): Praxisnetze – Professionalisierung kann sich lohnen: Viele Ärztenetze sind schlecht organisiert. Doch es gibt Alternativen. Die Gesundheitswirtschaft 4, 49.

Schneider D (2004): Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre – Kompaktes Wissen. Books on Demand, Norderstedt.

Schnitzler S, Kuhlmeier A, Balke K, Litschel A, Walter A, Schenk L (2011): Kenntnisstand und Bewertung gesundheitspolitischer Reformen im Spiegel sozialer Determinanten – Ergebnisse der KBV Versichertenbefragung 2009. Gesundheitswesen 73, 153-161.

Scholz C (1987): Strategisches Management – Ein integrativer Ansatz. Walter de Gruyter, Berlin u.a.

Schreyögg G (1984): Unternehmensstrategie – Grundfragen einer Theorie strategischer Unternehmensführung. Walter de Gruyter, Berlin u.a.

Schreyögg G (2003): Organisation: Grundlagen moderner Organisationsgestaltung. 4.Aufl., Gabler, Wiesbaden.

Schreyögg, G. (2012): Grundlagen der Organisation – Basiswissen für Studium und Praxis. Gabler, Wiesbaden.

Schumacher H (2002): Hoppe warnt vor Medizin nach Checkliste. <http://www.aekno.de/downloads/archiv/2002.05.011.pdf> (Tag des Zugriffs: 18.11.2011).

Schumpeter J (1997): Theorie der wirtschaftlichen Entwicklung - Eine Untersuchung über Unternehmerrisiko, Kapital, Kredit, Zins und den Konjunkturzyklus. 9. Aufl., Duncker & Humblot, Berlin.

Schurr M, Dumont M, Kunhardt H (2008): Unternehmen Arztpraxis – Ihr Erfolgsmanagement: Aufbau, Existenzsicherung, Altersvorsorge. Springer, Heidelberg.

Schwerk A (2000): Dynamik von Unternehmenskooperationen. Duncker & Humblot, Berlin.

Schwetje T (1999): Kundenzufriedenheit und Arbeitszufriedenheit bei Dienstleistungen – Operationalisierung und Erklärung der Beziehungen am Beispiel des Handels. Gabler, Wiesbaden.

Sethi A, Sethi S (1990): Flexibility in manufacturing – A survey. International Journal of Flexible Manufacturing Systems 2, 289-328.

Seiler R, Schmid E (2008): Der Businessplan. In: Amelung V, Meyer-Lutterloh K, Schmid E, Seiler R, Weatherly J (Hrsg.): Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren – Von der Idee zur Umsetzung. 2. Aufl., 227-256, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Semlinger K (1993): Effizienz und Autonomie in Zulieferungsnetzwerken. Managementforschung 3, 309-354.

Siebert H (2010): Ökonomische Analyse von Unternehmensnetzwerken. In: Sydow J (Hrsg.): Management von Netzwerkorganisationen – Beiträge aus der „Managementforschung“. 5. Aufl., 7-28, Gabler, Wiesbaden.

Siegler O (1998): Die dynamische Organisation: Grundlagen – Gestalt - Grenzen. Diss. Cottbus.

Simon H (1981): Entscheidungsverhalten in Organisationen – Eine Untersuchung von Entscheidungsprozessen in Management und Verwaltung. Verlag Moderne Industrie, Landsberg.

Six B, Eckes A (1991): Der Zusammenhang von Arbeitszufriedenheit und Arbeitsleistung – Resultate einer metaanalytischen Studie. In: Fischer L (Hrsg.): Arbeitszufriedenheit – Beiträge zur Organisationspsychologie. 21-45, Verlag für angewandte Psychologie, Stuttgart.

Snow C, Miles R, Coleman H (1992): Managing 21st century network organizations. Organizational dynamics 20, 5-20.

Sohn S, Schöffski O (2002): Organisations- und prozesstheoretische Grundlagen für den Aufbau und Betrieb von Praxisnetzen. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 7, 365-372.

Spieß E (2005): Wirtschaftspsychologie – Rahmenmodell, Konzepte, Anwendungsfelder. Oldenbourg, München.

Staehele W (1994): Management – Eine verhaltenswissenschaftliche Perspektive. 7. Aufl., Franz Vahlen, München.

Stahl M (2004): Encyclopedia of health care management. Sage Publications, Thousand Oaks u.a.

Statistisches Bundesamt (2015): Gesundheitseinrichtungen nach Einrichtungen in Millionen Euro.

<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/Einrichtungen.html> (Tag des Zugriffs: 15.06.2015).

Staudt E, Kriegesmann B (2002): Zusammenhang von Kompetenz, Kompetenzentwicklung und Innovation – Maßnahmen und Bewertungsansätze der Kompetenzentwicklung: Ein Überblick. In: Staudt E, Kailer N, Kottmann M, Kriegesmann B, Meier A, Muschik, C, Stephan H, Ziegler A (Hrsg.): Kompetenzentwicklung und Innovation – Die Rolle der Kompetenz bei Organisations-, Unternehmens- und Regionalentwicklung. Waxmann, Münster.

Stock-Homburg R (2010): Personalmanagement – Theorien, Konzepte, Instrumente. 2. Aufl., Gabler, Wiesbaden.

Stratmann L, Philipp R, Kottmair S (2010): Klinische Pfade im Kontext telemedizinischer Anwendungen. In: Hellmann W, Eble S (Hrsg.): Ambulante und Sektorübergreifende Behandlungspfade – Konzepte, Umsetzung, Praxisbeispiele. 185-196, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Süddeutsche Zeitung (2011): Worte der Woche – Weltmeister des Suboptimalen. <http://www.sueddeutsche.de/politik/worte-der-woche-weltmeister-des-suboptimalen-1.960978> (Tag des Zugriffs: 05.01.2011).

Sydow J (1992): Strategische Netzwerke – Evolution und Organisation. Gabler, Wiesbaden.

Sydow J (1993): Von der Unternehmensorganisation zu Unternehmensnetzwerken. In: Scharfenberg H (Hrsg.): Strukturwandel in Management und Organisation – Neue Konzepte sichern die Zukunft. 383-396, FBO-Fachverlag, Baden-Baden.

Sydow J (2001): Management von Unternehmensnetzwerken – Auf dem Weg zu einer reflexiven Netzwerkentwicklung? In: Howaldt J (Hrsg.): Kooperationsverbände und regionale Modernisierung – Theorie und Praxis der Netzwerkarbeit. 79-101, Gabler, Wiesbaden.

Sydow J (2003): Dynamik von Netzwerkorganisationen - Entwicklung, Evolution, Strukturation. In: Hoffmann W (Hrsg.): Die Gestaltung der Organisationsdynamik - Konfiguration und Evolution. 327-356, Schäffer-Poeschel, Stuttgart.

Sydow J (2005): Wie entwickeln sich Unternehmensnetzwerke? Neue Einsichten für die die Praxis des Networking. In: Stahl H, Friedrich von den Eichen S (Hrsg.): Vernetzte Unternehmen - Wirkungsvolles Agieren in Zeiten des Wandels. 39-64, Erich Schmidt, Berlin.

Sydow J (2006): Über Netzwerke, Allianzsysteme, Verbände, Kooperationen und Konstellationen. In: Sydow J (Hrsg.): Management von Netzwerkorganisationen – Beiträge aus der „Managementforschung“. 4. Aufl., 1-6, Gabler, Wiesbaden.

Sydow J (2010a): Über Netzwerke, Allianzsysteme, Verbände, Kooperationen und Konstellationen. In: Sydow J (Hrsg.): Management von Netzwerkorganisationen – Beiträge aus der „Managementforschung“. 5. Aufl., 1-6, Gabler, Wiesbaden.

Sydow J (2010b): Management von Netzwerkorganisationen - Zum Stand der Forschung. In: Sydow J (Hrsg.): Management von Netzwerkorganisationen – Beiträge aus der „Managementforschung“. 5. Aufl., 373-471, Gabler, Wiesbaden.

Sydow J, Windeler A (1994): Über Netzwerke, virtuelle Integration und Interorganisationsbeziehungen. In: Sydow J, Windeler A (Hrsg.): Management interorganisationaler Beziehungen – Vertrauen, Kontrolle und Informationstechnik. 1-21, Westdeutscher Verlag, Opladen.

Sydow J, Windeler A (1997): Komplexität und Reflexivität – Management interorganisationaler Netzwerke. In: Ahlemeyer H, Königswieser R (Hrsg.): Komplexität managen – Strategien, Konzepte und Fallbeispiele. 147-162, Gabler, Wiesbaden.

Sydow J, Windeler A, Krebs M, Loose A, van Well B (1995): Organisation von Netzwerken – Strukturierungstheoretische Analysen der Vermittlungspraxis in Versicherungsnetzwerken. Westdeutscher Verlag, Opladen.

Thielen C (1993): Management als Flexibilität – Integriertes Anforderungskonzept für eine flexible Gestaltung der Unternehmung. Diss. St. Gallen.

Thill K-D (2012): Infografik IFABS Healthcare Statistics ToGo – Unausgeschöpftes Leistungspotential von Arztpraxen in Relation zum Best Practice Praxismanagement-Standard. <https://ifabsthill.wordpress.com/2012/06/15/infografik-unausgeschopftes-leistungspotential-von-arztpraxen-in-relation-zum-best-practice-praxismanagement-standard/> (Tag des Zugriffs: 05.01.2015).

Thorelli H (1986): Networks – Between markets and hierarchies. *Strategic Management Journal* 7, 37-51.

Tiberius V (2008): Prozesse und Dynamik des Netzwerkwandels. Diss. Braunschweig.

Tiska G (2005): Praxisnetze – Erfolgsaussichten erkennen. <http://data.aerzteblatt.org/pdf/102/10/a649.pdf> (Tag des Zugriffs: 25.11.2012).

Tröndle D (1987): Kooperationsmanagement – Steuerung interaktioneller Prozesse bei Unternehmenskooperationen. Joseph Eul, Bergisch Gladbach.

van Borstel S (2014): Deutschland droht der große Hausarztmangel. <http://www.welt.de/wirtschaft/article131810585/Deutschland-droht-der-grosse-Hausarztmangel.html> (Tag des Zugriffs: 01.09.2014).

von Oelsnitz D (1995): Individuelle Selbststeuerung – der Königsweg "moderner" Unternehmensführung? *Die Betriebswirtschaft* 55, 707-720.

von Reibnitz C (2009): Implementierung von Versorgungsplänen. In: Von Reibnitz C (Hrsg.): *Case Management – Praktisch und effizient*. 70-85, Springer, Heidelberg.

von Rosenstiel L (1975): Die motivationalen Grundlagen des Verhaltens in Organisationen – Leistung und Zufriedenheit. Duncker & Humblot, Berlin.

von Rosenstiel L (2001): *Motivation im Betrieb*. 10. Aufl., Rosenberger Fachverlag, Leonberg.

Walgenbach P (2002): Neoinstitutionalistische Organisationstheorie – State of the Art und Entwicklungslinien. In: Schreyögg G, Conrad P (Hrsg.): *Theorien des Managements – Managementforschung*. 155-202, Gabler, Wiesbaden.

Walgenbach P (2006): Die Strukturierungstheorie. In: Kieser A, Ebers M (Hrsg.): *Organisationstheorien*. 6. Aufl., 403-426, Kohlhammer, Stuttgart.

Wambach V (2013): Anreizmodelle in der Versorgungssteuerung. http://www.kbv.de/media/pdf/Vortrag_Wambach.pdf (Tag des Zugriffs: 03.06.2013).

Wambach V, Lindenthal J (2010): Pfadarbeit in medizinischen Praxisnetzen am Beispiel des Versorgungsnetzes QuE Nürnberg. In: Hellmann W, Eble S (Hrsg.): Ambulante und Sektoren übergreifende Behandlungspfade – Konzepte, Umsetzung, Praxisbeispiele. 269-282, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Weatherly J (2008): Projektmanagement – Der Weg. In: Amelung V, Meyer-Lutterloh K, Schmid E, Seiler R, Weatherly J (Hrsg.): Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren – Von der Idee zur Umsetzung. 2. Aufl., 79-121, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Weber B (1994): Unternehmensnetzwerke aus systemtheoretischer Sicht – Zum Verhältnis von Autonomie und Abhängigkeit in Interorganisationsbeziehungen. In: Sydow J, Windeler A (Hrsg.): Management interorganisationaler Beziehungen – Vertrauen, Kontrolle und Informationstechnik. 275-297, Westdeutscher Verlag, Opladen.

Weber J (2002): Bedeutung und Methoden einer bewussten Partnerwahl im Rahmen der Erfolgssicherung von Kooperationen. In: Macharzina K, Oesterle M (Hrsg.): Handbuch Internationales Management – Grundlagen, Instrumente, Perspektiven. 2. Aufl., 573-600, Gabler, Wiesbaden.

Weinländer L (1995): Gestaltung und Finanzierung des Wachstums von Konzernen. Difo-Druck, Bamberg.

Weisner E (1996): Mehr Lebensqualität durch mehr Kooperation. http://data.aerzteblatt.org/pdf/93/47/a3094_6.pdf (Tag des Zugriffs: 18.10.2013).

Werner S (2013): Zwiespältige Bilanz zu DMP, IV und Co. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/iv-vertraege/article/848154/selektivvertraege-zwiespaeltige-bilanz-dmp-iv-co.html (Tag des Zugriffs: 18.10.2013).

Werthern M (2009a): Organisation, Rechtsformen, Versorgungskonstellationen. In: Hellmann W, Eble S (Hrsg.): Gesundheitsnetzwerke initiieren – Kooperationen erfolgreich planen. 115-130, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Werthern M (2009b): Aktuelle Möglichkeiten der Zukunftssicherung. In: Hellmann W, Wambach V (Hrsg.): Das Strategiebuch für den niedergelassenen Arzt – Optionen und praktische Tipps für die Zukunftssicherung. 1-38, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Werthern M (2009c): Wohin geht die Reise nach der Gesundheitsreform, worauf müssen wir uns einstellen? In: Hellmann W, Wambach V (Hrsg.): Das Strategiebuch für den niedergelassenen Arzt – Optionen und praktische Tipps für die Zukunftssicherung. 39-108, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Werthern M (2009d): GKV-WSG und VÄndG – Herausforderungen und Chancen für Leistungserbringer und Kostenträger. In: Hellmann W, Eble S (Hrsg.): Gesundheitsnetzwerke initiieren – Kooperationen erfolgreich planen. 103-114, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Westebbe P (1999): Ärzte im Netz – Eine qualitative Untersuchung über die Entwicklung neuer Kooperations- und Organisationsformen in der ambulanten Medizin in Deutschland. Neuss.

Westebbe P (2000): Woran kranken die Praxisnetze – Probleme und Konflikte vernetzter Praxen in Deutschland. Managed Care 4, 21.

Wichelhaus D (2009): Vision, Strategiefindung und Strategieumsetzung. In: Hellmann W, Eble S (Hrsg.): Gesundheitsnetzwerke initiieren – Kooperationen erfolgreich planen. 241-252, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Wiechmann M (2002): Managed Care – Grundlagen, internationale Erfahrungen und Umsetzung im deutschen Gesundheitswesen. Diss. Karlsruhe.

Wieland J, Weinzierl U (2011): Moderne Soziologische Theorien und Sozialer Wandel. 2. Aufl., VS Verlag, Wiesbaden.

Windeler A (2001): Unternehmensnetzwerke – Konstitution und Strukturation. Westdeutscher Verlag, Opladen.

Wiswede G (2007): Einführung in die Wirtschaftspsychologie. 4. Aufl., Reinhardt, München u.a.

Wojda F, Herford I, Barth A (2006): Ansatz zur ganzheitlichen Gestaltung von Kooperationen und Kooperationsnetzwerken und die Bedeutung sozialer und personeller Einflüsse. In: Wojda F, Barth A (Hrsg.): Innovative Innovationsnetzwerke. 1-26, Deutscher Universitätsverlag, Wiesbaden.

Wolf L (2005): Mitarbeiterzufriedenheit als Determinante der wahrgenommenen Dienstleistungsqualität – Das Beispiel der stationären Patientenversorgung. Deutscher Universitätsverlag, Wiesbaden.

Wolff H, Spieß K, Mohr H (2001): Arbeit, Altern, Innovation. Universum Verlagsanstalt, Wiesbaden.

Wulfert E (2013): Warum die KV die Zügel in der Hand behält – Netzförderung. http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/netze_kooperation/article/830924/netzfoerderung-kv-zuegel-hand-behaelt.html (Tag des Zugriffs: 19.03.2013).

Wurche S (1994): Vertrauen und ökonomische Rationalität in kooperativen Interorganisationsbeziehungen. In: Sydow J, Windeler A (Hrsg.): Management interorganisationaler Beziehungen. 142-159, Westdeutscher Verlag, Opladen.

Zahn E (2000): Strategische Innovationen für den dynamischen Wettbewerb. In: Häflinger G, Meier J (Hrsg.): Aktuelle Tendenzen im Innovationsmanagement. 155-171, Physica, Heidelberg.

Zeichhardt R, Voss H (2008): Integrierte Gesundheitsversorgung im Spannungsfeld von Hierarchie, Kooperation und Wettbewerb – Der Netzwerkfall UGOM. In: Amelung V, Sydow J, Windeler A (Hrsg.): Vernetzung im Gesundheitswesen – Wettbewerb und Kooperation. 237-260, Kohlhammer, Stuttgart.

Zentes J, Swoboda B, Morschett D (2003): Kooperationen, Allianzen und Netzwerke – Metaanalyse und Kurzaussatz. In: Zentes J, Swoboda B, Morschett D (Hrsg.): Kooperationen, Allianzen und Netzwerke – Grundsätze, Ansätze, Perspektiven. 3-34, Gabler, Wiesbaden.

Ziegler M (2011): Wie misst man Erfolg? Erfolgs- und Budgetverantwortung in Netzen. <http://www.nav-virchowbund.de/uploads/files/modellaok5.pdf> (Tag des Zugriffs: 9.12.2011).

Anhang 1

Studienplan in Anlehnung an die Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis (GEP)

1. Forschungsfragen

1) *Warum gehen so wenig Netze den Weg in die Professionalisierung (höhere Managementstrukturen, verbindlichere Rechtsformen usw.)?*

2) *Reicht der Reifegrad eines Praxisnetzes aus, um die Arbeit eines Netzes zu bewerten? Bedeutet ein niedriger Reifegrad zugleich, dass ein Praxisnetz seine Ziele (bezogen auf den Mitgliedernutzen) verfehlt hat?*

3) *In welchen Netztypus ordnen sich die Netze selber ein? Wie sehen die Netze ihre Zukunft im ständigen Wandel des Systems?*

2. Studientyp

Querschnittsstudie

3. Zielpopulation

Mitglieder von Praxisnetzen

4. Studienumfang

Aufgrund der hohen Netzdichte wird NRW als Zielgebiet ausgewählt. Als Recherchequelle dienen die Informationsseiten der Agentur deutscher Arztnetze und der KV Nordrhein.

5. Studienzeitraum

Die Befragung ist für den Zeitraum vom 01.02.2013 bis zum 31.07.2013 angelegt.

6. Einschlusskriterien

Ein Praxisnetz definiert sich als *„[...] ein freiwilliger Zusammenschluss von rechtlich und wirtschaftlich selbstständigen, ambulant tätigen Ärzten, die ein definiertes Netzwerkziel verfolgen, welches durch eine Kooperation aller Beteiligten erzielt werden kann und zu dessen Erreichung sich die Mitglieder verpflichten, Ressourcen („Patienten“, Informationen, Dienstleistungen) auszutauschen und gemeinsame Netzwerkregelungen einzuhalten“ (Gotzen, 2003).*

Ein Netzmitglied definiert sich als eingeschriebene Person des Netzes, die in entsprechenden Satzungen bzw. Registern der jeweiligen Rechtsform zum Zeitpunkt der Befragung offiziell erfasst ist.

Geographisch muss sich der Hauptsitz des Praxisnetzes im Bundesland Nordrhein-Westfalen befinden. Die Abgabe der Fragebögen ist auf den Studienzeitraum begrenzt. Die schriftlichen Fragebögen müssen bis zum 31.07.2014 per Fax oder Post beim Autor der Studie eingegangen sein. Ein weiteres Einschlusskriterium ist die mündliche oder schriftliche Einwilligung der Praxisnetzvorstände bzw. Ansprechpartner in die Studie.

Des Weiteren muss jedem Bogen eine eindeutige Identifikation hinsichtlich einer Codierung gegeben werden. Auch muss die Netzzugehörigkeit erkenntlich sein, damit der Datensatz verwendet werden kann.

7. Stichprobenauswahl

Wegen den geringen Einschlusskriterien der Studie kann jedes registrierte Praxisnetz in NRW teilnehmen. Deswegen wird die Grundgesamtheit der Praxisnetze in NRW (Basis der Agentur deutscher Arztnetze) gezielt zur Studienteilnahme (telefonisch, Email) eingeladen. Durch diesen Rekrutierungsweg kann der Rücklauf der Netzteilnehmer hochgehalten werden, da die Netzansprechpartner (Vorstand, Manager, Pressesprecher etc.) die Studie vor Ort unterstützen.

8. Messinstrument

Als Messinstrument wird ein Fragebogen konzipiert, der schriftlich oder elektronisch ausgefüllt werden kann. Die schriftliche Methodik wird den Netzen grundsätzlich nur als Ersatzvariante angeboten, wenn diese nicht über eine netzflächendeckende EMailkommunikationsplattform verfügen. Denn die elektronische Variante hat vor allem den Vorteil, dass die Datenqualität durch Pflichtfragen hochgehalten wird. Der Fragebogen ist in Anlehnung an standardisierte Befragungsmethoden bzw. Messverfahren (Bsp. in Anlehnung an Fragestellungen des ABB bzw. Bruggemann-Befragungskonzept) entwickelt worden. So beruht das Befragungskonstrukt grundsätzlich aus geschlossenen Fragen, die mithilfe von Likertskalen beantwortet werden. Der Fragebogen wurde im Gesundheitsnetz Viersen AG vom 01.01.2013 bis 31.01.2013 erfolgreich getestet.

9. Aufbau des Fragebogens

Die elektronische und schriftliche Variante des Fragebogens sind identisch konzipiert und in drei Abschnitte gegliedert. Im ersten Teil des Fragebogens werden allgemeine Personendaten wie die Netzverweildauer oder das Alter abgefragt. Direkt am Anfang sichert eine Codierung die Voraussetzung für eine hohe Datenqualität.

Anschließend steht die subjektive Motivationsstrukturanalyse im Zentrum des Interesses, die primär auf die Angabe der Netzmotive, die zum Eintritt bzw. zur Gründung eines Netzes veranlasst haben, zielt. Hierfür werden den Studienteilnehmern sechs Motivkonstanten als Antwort vorgegeben, die auf den Ausführungen von Sohn, Schöffski und Lindenthal basieren. Folgende Hauptmotive stehen grundlegend als Antwortmöglichkeiten zur Verfügung, die durch eine Mehrfachnennung gekennzeichnet sind:

- Steigerung der Lebensqualität (M1),
- Finanzielle Vorteile/Mobilisation zusätzlicher Finanzquellen (M2),
- Erhöhung Patientenzufriedenheit/ Patientenbindung (M3),
- Verbesserung der regionalen Versorgungsqualität (M4),
- Sicherheit und Stärke in der Interessensgemeinschaft (M5),
- Sonstiges (M6).²⁰

Anschließend werden die angegebenen Motive nach dem subjektiven Befinden bezüglich ihrer Erfüllung, Bedeutung und Zufriedenheit mit einer fünf- bzw. zehnstufigen Likert-Skala differenziert. Zudem wird die Bewertung des Aufwandes und Gesamtnutzens der Netzteilnehmer auf einer zehnstufigen Likert-Skala untersucht.

Im dritten Teil des Fragebogens steht dann die Netzzufriedenheit auf Basis differenter Methodiken im Zentrum der Analyse. Als erstes müssen die Netzteilnehmer ihre Zufriedenheit bezüglich ihres persönlichen Aufwandes sowie des Gesamtnutzens, der durch das Netz entsteht, unter Verwendung einer fünfstufigen Likert-Skala bestimmen. Danach werden Zufriedenheitswerte mit einer fünfstufigen Likert-Skala zu ausgewählten Netzparametern kontrolliert, die auf der Befragungsstruktur des ABB beruhen. In der letzten Fragekonstruktion des Abschnittes wird dann das Bruggemann-Konzept angewendet und mittels einer „Forced-Choice-Zuordnung“ untersucht, die u.a. in einer Schweizer Zeitreihenstudie empirisch verwendet wird (Baumgartner und Udris, 2006). Der Terminus „Arbeit“ wird in den einzelnen Ausführungen der Qualitätsformen für „Netzarbeit“ substituiert, um den konkreten Bezug speziell zum Netzwerk herzustellen. Die Pseudozufriedenheit wird angesichts der geringen literarischen Relevanz nicht für die Arbeit weiter eingeplant.

²⁰ Bei Angabe der Kategorie „Sonstiges“ müssen die Studienteilnehmer eine Freitextantwort zur Umschreibung des Motivs hinzufügen. Erst nach einem Plausibilitätscheck der Antwort hinsichtlich der Relevanz und dem totalen Ausschluss einer tangentialen Schnittmenge zu den anderen Motivgruppen wird die Kategorie zugelassen.

	Ich bin mit dem Netz zufrieden – ich sage mir, es könnte viel schlimmer sein. (<i>resignativ zufrieden</i>)
	Ich bin mit dem Netz nicht zufrieden, weil mich wichtige Punkte ärgern. Ich glaube aber, dass sich in Zukunft einige dieser Punkte ändern. (<i>konstruktiv zufrieden</i>)
	Ich bin mit dem Netz wirklich zufrieden und wünsche mir für die Zukunft nur, dass alles so gut bleibt. (<i>stabilisiert zufrieden</i>)
	Ich bin mit dem Netz unzufrieden, aber ich weiss auch nicht, was ich tun soll. (<i>fixiert unzufrieden</i>)
	Ich bin mit dem Netz wirklich zufrieden – gerade auch, weil ich es dabei noch weiterbringen kann. (<i>progressiv zufrieden</i>)

„Forced-choice“-Zuordnung für die Netzumfrage (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Baumgartner und Udris 2006)

10. Auswertungsstrategie

Die Auswertung erfolgt grundlegend mit Microsoft-Excel und basiert auf gängigen statistischen Kennzahlen. Aufgrund der unterschiedlichen Rücklaufquoten aus den einzelnen Praxisnetzen werden zusätzlich die Kennzahlen auf Basis der Netzzugehörigkeit berechnet, damit die Werte unabhängig der Netzzugehörigkeit interpretiert werden können. So kann ein Bias hinsichtlich der Dominanz der Rücklaufquoten einzelner Netze ausgeschlossen werden. Deswegen wird neben dem arithmetischen Mittel das gewichtete arithmetische Mittel berechnet. Zu diesen werden ebenfalls 95%-Konfidenzintervalle gebildet. Zusätzlich wird immer der Median ermittelt, der hinsichtlich der hohen erwarteten Streuung der Daten generell als Mittelwert präferiert wird und für die Auswertungsschwerpunkte als Basiskennzahl referiert.

Die Studienergebnisse konzentrieren besonders auf folgende drei Zielparameter: Netzeffektivität, Stabilitäts- und Flexibilitätsfaktor (Achswerte des zweidimensionalen Benchmarkmodells).

Für die Analyse des Effektivitätswertes ist eine Differenzierung in primäre und sekundäre Netz motive eine elementare Voraussetzung, die bei der Datenvorstellung der Motivbedeutung, -erfüllung und -zufriedenheit angewendet wird. Netzeintritts- bzw. -gründungsmotive werden als Motivcluster „Primärmotive“ bezeichnet. Dementsprechend sind sekundäre Motive nicht präferierte Netz motive beim Netzbeitritt bzw. -gründung.

Die Klassifizierung wird auch auf die Analyse des subjektiven Nutzenscore übertragen, der mit folgender Formel berechnet wird:

$$\sum_{i=0}^5 m(i) \times z(i) = \text{persönlicher Netznutzen (PN)}, W_{PN} = \{PN \in \mathbb{R} \mid 1 \leq PN \leq 5\}$$

$m_i =$ Motiverfüllung der Motivklasse (i), $\mathcal{D}_{m(i)} = \{m(i) \in \mathbb{N} \mid 1 \leq m(i) \leq 5\}$

$z_i =$ Gewichtung der Motivklasse (i) $= \frac{t(i)}{\sum_{i=0}^5 t(i)}$, $W_{z(i)} = \{z(i) \in \mathbb{R} \mid 1 \leq z(i) \leq 5\}$

$t_i =$ Bedeutungswert der Motivklasse (i), Bedingung: $\sum_{i=0}^5 t(i) > 0$

Bei den weiteren primären Zielwerten der Studie werden auch verschiedene Gruppenattribute berücksichtigt, die für die Forschungsfragen relevant sind. Die Professionalität von Praxisnetzen wird anhand der Rechtsform festgelegt. Hier werden auch Tochtergesellschaften der Praxisnetze berücksichtigt. Kapitalgesellschaften wie GmbH und AG werden den professionellen Netzen zugeordnet. Nicht-professionelle Netze charakterisieren sich durch eine Rechtsform einer Personengesellschaft wie e.V. oder GbR. Ebenfalls wird eine Unterscheidung von zwei Netzgrößen vorgenommen, die sich anhand der Mitgliederanzahl der Netze bestimmen lässt. Der Grenzwert für die Einstufung eines großen Netzes liegt bei mehr als 100 Teilnehmern. Die Berechnung der Effizienzwertes wird mit folgender Formel errechnet:

Berechnung des Stabilitätsfaktors x_S („Effizienz“)

$$x_S = \frac{1}{10n} \sum_{i=1}^n (G_i - A_i), W_x = \{x_S \in \mathbb{R} \mid -1 \leq x_S \leq 1\}$$

$G_i =$ Wert des Gesamtnutzens eines Netzmitgliedes zum Zeitpunkt t

$A_i =$ Wert des Gesamtaufwandes eines Netzmitgliedes zum Zeitpunkt t

$$\mathcal{D}_G = \{G \in \mathbb{N} \mid 0 \leq G \leq 10\}$$

$$\mathcal{D}_A = \{A \in \mathbb{N} \mid 0 \leq A \leq 10\}$$

Bei der Flexibilitätsachse sind die relativen Anteile der Zufriedenheitsformen von Bruggemann die Basis. Zur Messung des Flexibilitätsfaktors wird eine simple Messmethodik mit einer Forced-Choice-Struktur, die schon häufig in der Schweiz zum Einsatz kam, angewendet. Die Pseudozufriedenheit wird bei der Berechnung ausgeschlossen, die auch beim Fragebogen von Bruggemann nicht berücksichtigt worden ist.

Die AZ-Formen werden zuerst in negative und positive Flexibilitätsstufen eingeteilt. Während die resignierende, stabilisierte AZ und fixierte AUZ als negativ im Sinne einer progressiven Entwicklungsfähigkeit eingestuft werden, werden die progressive AZ und konstruktive AUZ als positive Flexibilitätsstufe kategorisiert (siehe Tabelle 12). Nur durch die vorherige Differenzierung der fünf AZ-Formen können die bipolaren Flexibilitätsstufen ermittelt werden.

Kategorie	AZ-Form (i)	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
F _{+i}	Konstruktive AUZ	n ₁	n ₁ /N
	Progressive AZ	n ₂	n ₂ /N
F _{-j}	Fixierte AUZ	n ₁	n ₁ /N
	Resignative AZ	n ₂	n ₂ /N
	Stabilisierte AZ	n ₃	n ₃ /N
Gesamt		N	1

$F_{+} =$ Summe der positiven, relativen Flexibilitätsanteile zum Zeitpunkt t

$F_{-} =$ Summe der negativen, relativen Flexibilitätsanteile zum Zeitpunkt t

$$\mathcal{D}_{F_{+}} = \{F_{+} \in \mathbb{R} \mid 0 \leq F_{+} \leq 1\}$$

$$\mathcal{D}_{F_{-}} = \{F_{-} \in \mathbb{R} \mid 0 \leq F_{-} \leq 1\}$$

Nach der Einteilung in die positive oder negative Flexibilitätsstufe wird eine Differenz aus den relativen Anteilen der beiden Gruppierungen gebildet, die dann den Flexibilitätsfaktor „ y_F “ spezifiziert.

Berechnung des Flexibilitätsfaktors y_F („Entwicklungsfähigkeit“)

$$y_F = \sum_{i=1}^n F_{+i} - \sum_{j=1}^m F_{-j}, W_y = \{y_F \in \mathbb{R} \mid -1 \leq y_F \leq 1\}$$

$F_{+i} =$ Summe der positiven, relativen Flexibilitätsanteile zum Zeitpunkt t

$F_{-j} =$ Summe der negativen, relativen Flexibilitätsanteile zum Zeitpunkt t

$$\mathcal{D}_{F_{+}} = \{F_{+} \in \mathbb{R} \mid 0 \leq F_{+} \leq 1\}$$

$$\mathcal{D}_{F_{-}} = \{F_{-} \in \mathbb{R} \mid 0 \leq F_{-} \leq 1\}$$

Die Achsenparameter „Stabilitäts- und Flexibilitätsfaktor“ definieren nun das Entwicklungspotenzial (A_E) eines Netzes, bestehend aus Stabilität (Entwicklungsbasis) und Flexibilität (Entwicklungsfähigkeit). Die Achswerte spannen ergo die Vergleichsfläche „ A_E “ auf.

Berechnung Entwicklungspotenzial (A_E) eines Netzes

$$A_E = (1 + x_S)(1 + y_F), W_A = \{A_E \in \mathbb{R} \mid 0 \leq A_E \leq 4\}$$

$$A_E \geq 1 \rightarrow E + (= \text{positives Entwicklungspotenzial})$$

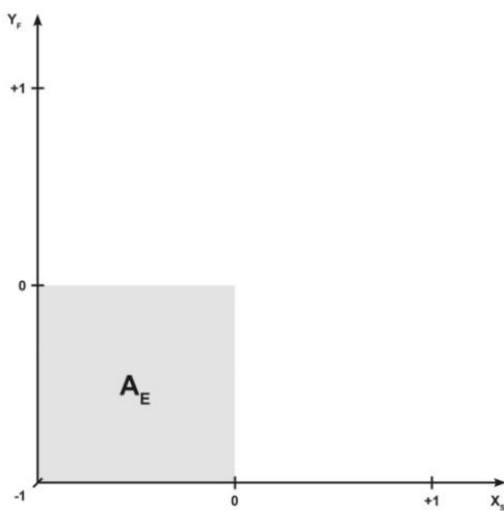
$$A_E < 1 \rightarrow E - (= \text{negatives Entwicklungspotenzial})$$

x_S = Wert des Stabilitätsfaktors

y_F = Wert des Flexibilitätsfaktors

$$D_x = \{x_S \in \mathbb{R} \mid -1 \leq x_S \leq 1\}$$

$$D_y = \{y_F \in \mathbb{R} \mid -1 \leq y_F \leq 1\}$$



Die Fläche „ A_E “ ergibt sich aus dem Produkt der jeweiligen Achsenwerte. Je größer die Fläche, desto besser wird das Entwicklungspotenzial eingestuft.

Ein Effizienzwert von „-1“ entspricht einem maximalen Aufwand, der durch das Netz entsteht, bei zeitgleichem Fehlen jeglichen Netznutzens. Dagegen stellt ein negativer Flexibilitätsindex von „-1“ die totale Abwesenheit einer Entwicklungsfähigkeit seitens der Netzteilnehmer dar.

11. Qualitätssicherung

Für die Datenquantität und -qualität ist zunächst der jeweilige Netzansprechpartner vor Ort verantwortlich, der u.a. die Weiterleitung und Sicherung des elektronischen und schriftlichen Messinstrumentes sicherstellt. Jeder eingehende Fragebogen (elektronisch, schriftlich) wird hinsichtlich der Einschlusskriterien der Studie kontrolliert. Danach werden die Freitextantworten zu den Personenangaben geprüft, gegebenenfalls korrigiert und angepasst (Bsp. Angabe der Netzverweildauer in Jahren). Anschließend durchlaufen beide Verfahren unterschiedliche Plausibilitätsprüfungen, da vor allem die elektronische Variante des Fragebogens eine hohe Datenqualität durch die stetige Verwendung von Pflichtfragen

gewährleistet. Bei der Kategorie „Sonstiges“ wird hier nur die Angabe einer Freitextantwort kontrolliert. Danach wird die Studienantwort auf Essenz und Schnittmenge zu anderen Motivklassen überprüft. Erst dann wird die Freitextantwort als Motivklasse in der Studie inklusive Bedeutung, Erfüllung und Zufriedenheit berücksichtigt. Bei der schriftlichen Fragebogenmethodik wird dagegen jede Fragestellung auf Vollständigkeit und Plausibilität überprüft. Fehlende Werte einzelner Fragestellungen werden mit dem entsprechenden Durchschnittswert des jeweiligen Netzes bzw. schlechtesten Wert der Skala ersetzt. Der Durchschnittswert wird bei den allgemeinen Personenangaben (Netzverweildauer, Alter) verwendet. Bei allen anderen Fragestellungen wird der schlechteste Wert der jeweiligen Skala eingesetzt. Bei vollkommener Unvollständigkeit des Befragungsabschnitts (Bsp. Abschnitt: Motivzufriedenheit) wird dieser für die Auswertung ausgeschlossen. Erst nach diesen Plausibilitätschecks und Korrekturmaßnahmen wird ein Datensatz für die Auswertung relevant.

Anhang 2

Praxisnetzevaluation 2013

Sehr geehrte Damen und Herren,

dankeschön, dass Sie an der Studie teilnehmen wollen.

Die Bearbeitungszeit des Fragebogens beträgt weniger als 10 min.

Die von Ihnen gemachten Angaben werden selbstverständlich vertraulich und anonym behandelt. Zudem wird bei den späteren Auswertungen die Anonymität des Netznamens garantiert.

Pflichtfragen sind entsprechend gekennzeichnet:

* **Erforderlich**

A) Codierung

1. Bitte geben Sie für die Codierung den Anfangsbuchstaben Ihres Nachnamens mit Ihrem Geburtsdatum ein. *

Bsp. Nachname: Müller, Geburtstag: 14.10.1989
ergibt die Codierung: M14101989

.....

B) Allgemein

2. 1. Wie heißt ihr Netz? *

.....

3. 2. Bitte geben Sie ihr Geschlecht an? *

Markieren Sie nur ein Oval.

- Männlich
 Weiblich

4. 3. Welcher Berufsgruppe gehören Sie an? *

Bsp. Hausarzt, Facharzt, Physiotherapeut etc.

.....

5. 4. Wie lange sind Sie schon Mitglied im Netz? *

Bitte Monatsangaben

.....

C) Motivgenerierung

6. 5. Bitte geben Sie die Motive an, die Sie veranlasst haben, dem Netz beizutreten bzw. es zu gründen. *

Mehrere Antwortmöglichkeiten können angekreuzt werden.
Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

- Steigerung der Lebensqualität
 Finanzielle Vorteile/ Mobilisation zusätzlicher Finanzquellen
 Erhöhung der Patientenzufriedenheit/ Patientenbindung
 Verbesserung der regionalen Versorgungsqualität
 Sicherheit und Stärke in der Interessensgemeinschaft
 Sonstiges:

D) Motivgewichtung

Hinweis: Bitte gewichten Sie die Netzmotive nach Ihrer persönlichen Bedeutung auf einer Skala von 0 - 10.

7. 6. Steigerung der Lebensqualität *

Markieren Sie nur ein Oval.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
min	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	max

8. 7. Finanzielle Vorteile/ Mobilisation zusätzlicher Finanzquellen *

Markieren Sie nur ein Oval.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
min	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	max

9. 8. Erhöhung der Patientenzufriedenheit/ Patientenbindung *

Markieren Sie nur ein Oval.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
min	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	max

10. 10. Verbesserung der regionalen Versorgungsqualität *

Markieren Sie nur ein Oval.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
min	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	max

11. 11. Sicherheit und Stärke in der Interessensgemeinschaft *

Markieren Sie nur ein Oval.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
min	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	max

12. 12. Sonstiges

Markieren Sie nur ein Oval.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
min	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	max

E) Motiverfüllungsgrad und -zufriedenheit

13. 13. Wie hoch stufen Sie den Nutzen der Netzarbeit in Bezug auf folgende Motive ein? *

Bsp. 1=min; 5=max.

Markieren Sie nur ein Oval pro Zeile.

	1	2	3	4	5
Steigerung der Lebensqualität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verbesserung der finanziellen Situation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erhöhung der Patientenzufriedenheit/ Patientenbindung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verbesserung der regionalen Versorgungsqualität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sicherheit und Stärke in der Interessensgemeinschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. 14. Wie zufrieden sind Sie mit dem Nutzen folgender Motive? *

Markieren Sie nur ein Oval pro Zeile.

	sehr unzufrieden	unzufrieden	teils/teils	zufrieden	sehr zufrieden
Steigerung der Lebensqualität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verbesserung der finanziellen Situation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erhöhung der Patientenzufriedenheit/ Patientenbindung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verbesserung der regionalen Versorgungsqualität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sicherheit und Stärke in der Interessensgemeinschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

F) Gesamtnutzen/ Aufwand

Gemeint ist der persönliche Gesamtnutzen bzw. der Aufwand (Zeit,Kosten), der durch das Netz geschaffen bzw. verursacht wird.

15. 15. Wie hoch stufen Sie Ihren Gesamtnutzen auf einer Skala von 0 -10 ein? *

Markieren Sie nur ein Oval.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
min	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	max

16. 16. Wie hoch stufen Sie Ihren Aufwand auf einer Skala von 0 -10 ein? *

Markieren Sie nur ein Oval.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
min	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	max

17. 17. Wie zufrieden Sind Sie mit Ihrem... *

Markieren Sie nur ein Oval pro Zeile.

	sehr unzufrieden	unzufrieden	teils/teils	zufrieden	sehr zufrieden
...Gesamtnutzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Aufwand?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

G) Netzzufriedenheit

18. 18. Wie zufrieden sind Sie mit... *

Markieren Sie nur ein Oval pro Zeile.

	sehr unzufrieden	unzufrieden	teils/teils	zufrieden	sehr zufrieden
...Ihren Kollegen im Netz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Ihrem persönlichen Kosten- Nutzen-Verhältnis im Netz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...der Netzarbeit alles in allem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...der Organisation und Leitung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Ihrer eigenen Tätigkeit im Netz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...der Entwicklung des Netzes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...alles in allem mit dem Netz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. 19. Welche der folgenden Beschreibungen auf dieser Liste trifft auf Sie in Bezug auf das Netz am ehesten zu? *

Markieren Sie nur ein Oval.

- Ich bin mit dem Netzarbeit zufrieden - ich sage mir, es könnte viel schlimmer sein.
- Ich bin mit der Netzarbeit nicht zufrieden, weil mich wichtige Punkte ärgern. Ich glaube aber, dass sich in Zukunft einige dieser Punkte ändern.
- Ich bin mit der Netzarbeit wirklich zufrieden und wünsche mir für die Zukunft nur, dass alles so gut bleibt.
- Ich bin ich mit der Netzarbeit unzufrieden, aber ich weiß auch nicht, was ich tun soll.
- Ich bin mit der Netzarbeit wirklich zufrieden - gerade auch, weil ich es dabei noch weiter bringen kann.

Dankeschön für Ihre Teilnahme.

Anhang 3

Allgemeiner Überblick der Auswertungsdaten zur Praxisnetzstudie

Netzspezifische Datengrundlage (Stand 01.09.2013).

Kategorie	N1	N2	N3	N4	N5	N6	N7	N8	N9	N10	N11	N12	N13	N14	N15	N16	N17	N18	Gesamt
Studienteilnehmer	10	10	6	22	3	8	4	44	16	22	7	4	18	20	25	11	7	2	239
Mitgliederanzahl	71	146	86	71	27	272	10	121	51	360	92	80	146	84	143	72	117	105	2054
Rücklaufquote	14%	7%	7%	31%	11%	3%	40%	36%	31%	6%	8%	5%	12%	24%	36%	15%	6%	2%	12%
∑ Alter	578	533	294	1158	143	450	214	2293	814	1107	386	205	925	1070	1337	541	409	121	12578
Ø Alter	58	53	49	53	48	56	54	52	51	50	55	51	51	54	53	49	58	61	53
Teilnahme (Summe)	1008	724	465	1954	220	804	291	3012	981	937	592	297	1404	1831	1655	462	424	241	17302
Ø Dauer	101	72	78	89	73	101	73	68	61	43	85	74	78	92	66	42	61	121	72
Männlich	9	7	5	14	3	6	4	29	11	4	5	0	14	15	21	9	4	2	162
Weiblich	1	3	1	8	0	2	0	15	5	18	2	4	4	5	4	2	3	0	77
Hausarzt	4	5	2	14	0	3	0	23	4	0	5	0	10	11	13	6	3	1	104
Facharzt	6	5	3	8	3	5	4	21	12	22	2	4	8	9	12	5	4	1	134
Sonstiges	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

Statistiken zur Motivstruktur

Kategorie	Gesamt (n=239)		Rechtsformstruktur				Mitgliederanzahl			
			e.V./GbR (n=138)		andere Rechtsformen (n=101)		<100 (n=103)		> 100 (n=136)	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sicherheit und Stärke in der Interessensgemeinschaft	218	91%	124	90%	94	93%	96	93%	122	90%
Verbesserung der regionalen Versorgungsqualität	189	79%	109	79%	80	79%	77	75%	112	82%
Verbesserung der Patientenzufriedenheit/ Patientenbindung	105	44%	53	38%	52	51%	51	50%	54	40%
Finanzielle Vorteile	98	41%	39	28%	59	58%	50	49%	48	35%
Steigerung der Lebensqualität	64	27%	39	28%	25	25%	21	20%	43	32%
Sonstiges	6	3%	3	2%	3	3%	3	3%	3	2%

Statistiken zur Motivbedeutung, -erfüllung und -zufriedenheit

Bedeutungswerte der primären Netz motive

Kategorie	n	Median	Arithmetisches Mittel	σ	95%-Konfidenzintervall	N (Netze)	Gewichtetes Arithmetisches Mittel	σ	95%-Konfidenzintervall
Verbesserung der regionalen Versorgungsqualität	189	8	7,60	2,090	[7,30;7,90]	18	7,42	0,950	[6,95;7,89]
Sicherheit und Stärke in der Interessensgemeinschaft	218	9	8,20	1,954	[7,94;8,46]	18	8,23	0,648	[7,91;8,55]
Erhöhung der Patientenzufriedenheit/ Patientenbindung	105	8	7,25	1,984	[6,86;7,63]	17	6,86	1,434	[6,12;7,60]
Finanzielle Vorteile	98	6	6,10	2,396	[5,62;6,58]	16	6,21	1,514	[5,40;7,01]
Steigerung der Lebensqualität	64	6	5,80	2,048	[5,29;6,31]	16	6,25	1,639	[5,38;7,13]
Sonstiges	6	10	9,00	2,000	[6,90;10,00]	4	8,63	2,428	[4,76;10,00]

Bedeutungswerte der sekundären Netz motive

Kategorie	n	Median	Arithmetisches Mittel	σ	95%-Konfidenzintervall	N (Netze)	Gewichtetes Arithmetisches Mittel	σ	95%-Konfidenzintervall
Verbesserung der regionalen Versorgungsqualität	50	4	3,56	2,589	[2,82;4,30]	15	3,34	1,733	[2,38;4,29]
Sicherheit und Stärke in der Interessensgemeinschaft	21	4	4,86	2,555	[3,70;6,02]	11	4,85	1,988	[3,51;6,18]
Erhöhung der Patientenzufriedenheit/ Patientenbindung	134	3	3,43	2,591	[2,99;3,88]	17	3,12	1,584	[2,30;3,93]
Finanzielle Vorteile	141	1	1,97	1,931	[1,65;2,29]	18	1,69	0,875	[1,26;2,13]
Steigerung der Lebensqualität	175	1	1,69	1,813	[1,42;1,96]	18	1,71	1,202	[1,11;2,30]

Bedeutungswerte der einzelnen Netz motive (Gesamt)

Kategorie	Median (n=239)	Arithmetisches Mittel (n=239)	σ	95%-Konfidenzintervall	Gewichtetes Arithmetisches Mittel (N=18)	σ	95%-Konfidenzintervall
Verbesserung der regionalen Versorgungsqualität	8	6,76	2,747	[6,41;7,11]	6,59	1,143	[6,02;7,16]
Sicherheit und Stärke in der Interessensgemeinschaft	8	7,90	2,220	[7,62;8,19]	7,98	0,835	[7,56;8,40]
Erhöhung der Patientenzufriedenheit/ Patientenbindung	5	5,11	3,012	[4,72;5,49]	4,62	1,360	[3,94;5,30]
Finanzielle Vorteile	3	3,67	2,946	[3,29;4,04]	3,57	1,382	[2,88;4,26]
Steigerung der Lebensqualität	2	2,79	2,615	[2,45;3,12]	2,87	1,357	[2,20;3,54]
Sonstiges	0	0,23	1,440	[0,05;0,41]	0,12	0,288	[0,00;0,26]

Erfüllungsgrade der primären Netz motive

Kategorie	n	Median	Arithmetisches Mittel	σ	95%-Konfidenzintervall	N (Netze)	Gewichtetes Arithmetisches Mittel	Σ	95%-Konfidenzintervall
Verbesserung der regionalen Versorgungsqualität	189	4	3,51	1,045	[3,36;3,66]	18	3,49	0,562	[3,21;3,77]
Sicherheit und Stärke in der Interessensgemeinschaft	218	4	3,69	1,091	[3,55;3,84]	18	3,74	0,468	[3,51;3,97]
Erhöhung der Patientenzufriedenheit/ Patientenbindung	105	3	3,24	1,005	[3,04;3,43]	17	3,21	0,481	[2,96;3,46]
Finanzielle Vorteile	98	2	2,24	1,140	[2,02;2,47]	16	2,49	0,888	[2,01;2,96]
Steigerung der Lebensqualität	64	3	3,08	0,997	[2,83;3,33]	16	3,31	0,509	[3,04;3,58]
Sonstiges	6	3,5	3,17	1,472	[1,62;4,71]	4	3,25	0,645	[2,22;4,28]

Erfüllungsgrade der sekundären Netz motive

Kategorie	n	Median	Arithmetisches Mittel	σ	95%-Konfidenzintervall	N (Netze)	Gewichtetes Arithmetisches Mittel	σ	95%-Konfidenzintervall
Verbesserung der regionalen Versorgungsqualität	50	3	2,56	1,072	[2,26;2,86]	15	2,57	0,837	[2,10;3,03]
Sicherheit und Stärke in der Interessensgemeinschaft	21	2	2,52	1,209	[1,97;3,07]	11	2,44	1,076	[1,72;3,16]
Verbesserung der Patientenzufriedenheit/ Patientenbindung	134	2	2,17	0,938	[2,01;2,33]	17	2,32	0,467	[2,08;2,56]
Finanzielle Vorteile	141	1	1,54	0,722	[1,42;1,66]	18	1,60	0,577	[1,31;1,89]
Steigerung der Lebensqualität	175	1	1,39	0,694	[1,29;1,50]	18	1,50	0,467	[1,26;1,73]

Motiverfüllungsgrade (Gesamt)

Kategorie	Median (n=239)	Arithmetisches Mittel (n=239)	σ	95%-Konfidenzintervall	Gewichtetes Arithmetisches Mittel (N=18)	σ	95%-Konfidenzintervall
Verbesserung der regionalen Versorgungsqualität	3	3,31	1,118	[3,17;3,46]	3,28	0,569	[3,00;3,56]
Sicherheit und Stärke in der Interessensgemeinschaft	4	3,59	1,148	[3,44;3,74]	3,66	0,494	[3,42;3,91]
Erhöhung der Patientenzufriedenheit/ Patientenbindung	3	2,64	1,102	[2,50;2,78]	2,59	0,448	[2,37;2,81]
Finanzielle Vorteile	2	1,83	0,979	[1,70;1,95]	1,84	0,404	[1,64;2,04]
Steigerung der Lebensqualität	1	1,85	1,083	[1,71;1,98]	1,97	0,564	[1,69;2,25]
Sonstiges	1	1,05	0,401	[1,00;1,11]	1,03	0,060	[1,00;1,06]

Zufriedenheitswerte der primären Netzmotive

Kategorie	n	Median	Arithmetisches Mittel	σ	95%-Konfidenzintervall	N (Netze)	Gewichtetes Arithmetisches Mittel	σ	95%-Konfidenzintervall
Verbesserung der regionalen Versorgungsqualität	189	4	3,57	0,980	[3,43;3,71]	18	3,55	0,503	[3,30;3,80]
Sicherheit und Stärke in der Interessensgemeinschaft	218	4	3,61	1,043	[3,47;3,74]	18	3,48	0,479	[3,24;3,72]
Erhöhung der Patientenzufriedenheit/ Patientenbindung	105	3	3,48	0,867	[3,31;3,64]	17	3,54	0,472	[3,30;3,78]
Finanzielle Vorteile	98	2	2,47	1,151	[2,24;2,70]	16	2,65	0,930	[2,16;3,15]
Steigerung der Lebensqualität	64	3	3,42	0,922	[3,19;3,65]	16	3,50	0,524	[3,23;3,78]
Sonstiges	6	3,5	3,83	0,983	[2,80;4,87]	4	3,75	0,500	[2,95;4,55]

Zufriedenheitswerte der sekundären Netz motive

Kategorie	n	Median	Arithmetisches Mittel	σ	95%-Konfidenzintervall	N (Netze)	Gewichtetes Arithmetisches Mittel	σ	95%-Konfidenzintervall
Verbesserung der regionalen Versorgungsqualität	50	3	3,14	0,904	[2,88;3,40]	15	3,68	2,781	[2,14;5,22]
Sicherheit und Stärke in der Interessensgemeinschaft	21	3	3,29	1,056	[2,81;3,77]	11	3,20	0,756	[2,69;3,70]
Erhöhung der Patientenzufriedenheit/ Patientenbindung	134	3	2,97	0,949	[2,81;3,13]	17	3,18	0,615	[2,86;3,50]
Finanzielle Vorteile	141	3	2,62	0,976	[2,45;2,78]	18	2,72	0,640	[2,40;3,04]
Steigerung der Lebensqualität	175	3	2,57	0,985	[2,42;2,72]	18	2,55	0,631	[2,24;2,87]

Zufriedenheitswerte (Gesamt)

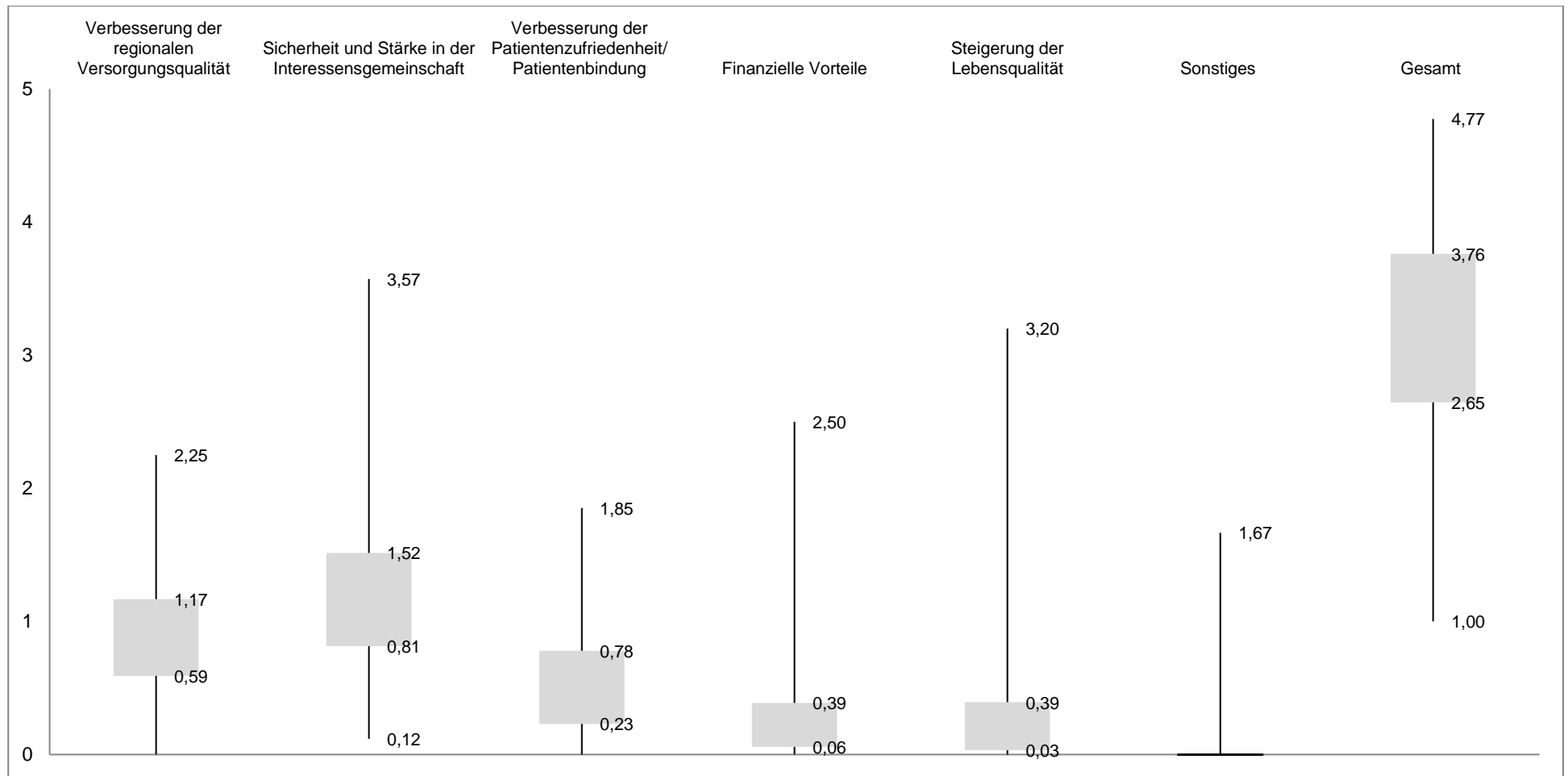
Kategorie	Median (n=239)	Arithmetisches Mittel (n=239)	σ	95%-Konfidenzintervall	Gewichtetes Arithmetisches Mittel (N=18)	σ	95%-Konfidenzintervall
Verbesserung der regionalen Versorgungsqualität	4	3,48	0,978	[3,35;3,60]	3,47	0,498	[3,22;3,72]
Sicherheit und Stärke in der Interessensgemeinschaft	4	3,58	1,046	[3,44;3,71]	3,67	0,424	[3,46;3,88]
Erhöhung der Patientenzufriedenheit/ Patientenbindung	3	3,19	0,946	[3,07;3,31]	3,19	0,505	[2,94;3,44]
Finanzielle Vorteile	3	2,56	1,051	[2,42;2,69]	2,62	0,604	[2,32;2,92]
Steigerung der Lebensqualität	3	2,80	1,038	[2,67;2,93]	2,84	0,538	[2,57;3,11]

Statistiken zum subjektiven Nutzenscore

Gewichtete Nutzenwerte nach Netzmotiven

Kategorie	Median (n=239)	Arithmetisches Mittel (n=239)	σ	95%-Konfidenz- intervall	Gewichtetes Arithmetisches Mittel (n=18)	σ	95%-Konfidenz- intervall
Verbesserung der regionalen Versorgungsqualität	0,91	0,90	0,467	[0,84;0,96]	0,90	0,212	[0,79;1,00]
Sicherheit und Stärke in der Interessensgemeinschaft	1,14	1,18	0,580	[1,10;1,25]	1,25	0,229	[1,13;1,36]
Erhöhung der Patientenzufriedenheit/ Patientenbindung	0,52	0,53	0,366	[0,48;0,58]	0,48	0,154	[0,40;0,56]
Finanzielle Vorteile	0,18	0,29	0,347	[0,24;0,33]	0,29	0,158	[0,22;0,37]
Steigerung der Lebensqualität	0,10	0,25	0,358	[0,21;0,30]	0,28	0,180	[0,19;0,37]
Sonstiges	0,00	0,02	0,154	[0,00;0,04]	0,01	0,023	[0,00;0,02]
Gesamt	3,27	3,16	0,803	[3,06;3,27]	3,21	0,373	[3,03;3,40]

Datenverteilung der subjektiven Nutzenwerte (Arithmetisches Mittel, n=239)



Statistiken zum Gesamtnutzen und Aufwand

Erfüllungsgrad pro Person nach Rechtsformklasse

Kategorie	Gesamt (n=239)			e.V./GbR (n=138)			andere Rechtsformen (n=101)		
	Arithmetisches Mittel	σ	95%-Konfidenzintervall	Arithmetisches Mittel	σ	95%-Konfidenzintervall	Arithmetisches Mittel	σ	95%-Konfidenzintervall
Aufwand p.P.	4,60	2,623	[4,27; 4,93]	3,79	2,451	[3,36; 4,22]	5,71	2,447	[5,25; 6,17]
Gesamtnutzen p.P.	4,86	2,389	[4,56; 5,16]	4,92	2,374	[4,50; 5,34]	4,78	2,419	[4,32; 5,24]

Erfüllungsgrad pro Person nach Mitgliedergröße

Kategorie	Gesamt (n=239)			Mitgliederanzahl <100 (n=103)			Mitgliederanzahl > 100 (n=136)		
	Arithmetisches Mittel	σ	95%-Konfidenzintervall	Arithmetisches Mittel	σ	95%-Konfidenzintervall	Arithmetisches Mittel	σ	95%-Konfidenzintervall
Aufwand p.P.	4,60	2,623	[4,27; 4,93]	5,07	2,556	[4,57; 5,57]	4,25	2,627	[3,80; 4,70]
Gesamtnutzen p.P.	4,86	2,389	[4,56; 5,16]	5,24	2,499	[4,75; 5,73]	4,57	2,269	[4,19; 4,96]

Zufriedenheit pro Person (Gesamt)

Kategorie	Median (n=239)	Arithmetisches Mittel (n=239)	σ	95%-Konfidenzintervall	Gewichtetes Arithmetisches Mittel (n=18)	σ	95%-Konfidenzintervall
Aufwand p.P.	3	3,24	0,850	[3,13;3,35]	3,21	0,496	[2,96;3,46]
Gesamtnutzen p.P.	3	3,20	0,992	[3,07;3,33]	3,16	0,584	[2,86;3,45]

Zufriedenheit pro Person nach Rechtsformklasse

Kategorie	Gesamt (n=239)			e.V./GbR (n=138)			andere Rechtsformen (n=101)		
	Arithmetisches Mittel	σ	95%-Konfidenzintervall	Arithmetisches Mittel	σ	95%-Konfidenzintervall	Arithmetisches Mittel	σ	95%-Konfidenzintervall
Aufwand p.P.	3,24	0,850	[3,13; 3,35]	3,38	0,857	[3,27; 3,49]	3,05	0,805	[2,65; 3,45]
Gesamtnutzen p.P.	3,20	0,992	[3,07; 3,33]	3,28	0,987	[3,15; 3,41]	3,10	0,995	[2,61; 3,59]

Zufriedenheit pro Person nach Mitgliedergröße

Kategorie	Gesamt (n=239)			Mitgliederanzahl <100 (n=103)			Mitgliederanzahl > 100 (n=136)		
	Arithmetisches Mittel	σ	95%-Konfidenzintervall	Arithmetisches Mittel	σ	95%-Konfidenzintervall	Arithmetisches Mittel	σ	95%-Konfidenzintervall
Aufwand p.P.	3,24	0,850	[3,13; 3,35]	3,39	0,831	[3,23; 3,55]	3,13	0,850	[2,99; 3,27]
Gesamtnutzen p.P.	3,20	0,992	[3,07; 3,33]	3,33	1,042	[3,13; 3,53]	3,10	0,945	[2,94; 3,26]

Statistiken zur Netzzufriedenheit

Durchschnittliche Zufriedenheitswerte zu ausgewählten Netzparametern

Kategorie	Median (n=239)	Arithmetisches Mittel (n=239)	σ	95%-Konfidenzintervall	Gewichtetes Arithmetisches Mittel (N=18)	σ	95%-Konfidenzintervall
Kollegen	4	3,53	0,859	[3,42;3,64]	3,48	0,414	[3,27;3,68]
KNR	3	3,03	1,012	[2,90;3,16]	3,09	0,566	[2,81;3,38]
Netzarbeit	3	3,36	0,847	[3,25;3,46]	3,34	0,386	[3,15;3,53]
Organisation und Leitung	4	3,97	0,830	[3,87;4,08]	3,83	0,397	[3,63;4,03]
eigene Tätigkeit	3	3,29	0,771	[3,19;3,39]	3,31	0,355	[3,13;3,49]
Netzentwicklung	3	3,13	0,979	[3,00;3,25]	3,14	0,503	[2,89;3,39]
Alles in allem	4	3,37	0,924	[3,25;3,49]	3,31	0,573	[3,02;3,59]

Durchschnittliche Zufriedenheitswerte nach Rechtsformstruktur

Kategorie	Gesamt (n=239)			e.V./GbR (n=138)			andere Rechtsformen (n=101)		
	Arithmetisches Mittel	σ	95%-Konfidenzintervall	Arithmetisches Mittel	σ	95%-Konfidenzintervall	Arithmetisches Mittel	σ	95%-Konfidenzintervall
Kollegen	3,53	0,859	[3,42;3,64]	3,49	0,873	[3,34;3,64]	3,59	0,839	[3,42;3,76]
KNR	3,03	1,012	[2,90;3,16]	3,22	0,928	[3,06;3,38]	2,77	1,067	[2,56;2,98]
Netzarbeit	3,36	0,847	[3,25;3,46]	3,43	0,845	[3,29;3,57]	3,25	0,841	[3,08;3,42]
Organisation und Leitung	3,97	0,830	[3,87;4,08]	4,09	0,787	[3,96;4,22]	3,82	0,865	[3,65;3,99]
eigene Tätigkeit	3,29	0,771	[3,19;3,39]	3,28	0,762	[3,15;3,41]	3,32	0,787	[3,16;3,48]
Netzentwicklung	3,13	0,979	[3,00;3,25]	3,16	0,998	[2,99;3,33]	3,08	0,956	[2,89;3,27]
Alles in allem	3,37	0,924	[3,25;3,49]	3,41	0,949	[3,25;3,57]	3,31	0,890	[3,13;3,49]

Durchschnittliche Zufriedenheitswerte nach Mitgliedergrößen

Kategorie	Gesamt (n=239)			Mitgliederanzahl <100 (n=103)			Mitgliederanzahl > 100 (n=136)		
	Arithmetisches Mittel	σ	95%-Konfidenzintervall	Arithmetisches Mittel	σ	95%-Konfidenzintervall	Arithmetisches Mittel	σ	95%-Konfidenzintervall
Kollegen	3,53	0,859	[3,42;3,64]	3,50	0,803	[3,34;3,66]	3,55	0,901	[3,40;3,70]
KNR	3,03	1,012	[2,90;3,16]	3,17	1,076	[2,96;3,38]	2,93	0,952	[2,77;3,09]
Netzarbeit	3,36	0,847	[3,25;3,46]	3,37	0,828	[3,21;3,53]	3,35	0,864	[3,20;3,50]
Organisation und Leitung	3,97	0,830	[3,87;4,08]	3,92	0,871	[3,75;4,09]	4,01	0,798	[3,87;4,15]
eigene Tätigkeit	3,29	0,771	[3,19;3,39]	3,50	0,778	[3,35;3,65]	3,14	0,732	[3,02;3,26]
Netzentwicklung	3,13	0,979	[3,00;3,25]	3,21	1,026	[3,01;3,41]	3,06	0,941	[2,90;3,22]
Alles in allem	3,37	0,924	[3,25;3,49]	3,50	0,928	[3,32;3,68]	3,27	0,915	[3,11;3,43]

Statistiken zum Benchmarkmodell

Entwicklungspotenzialwerte für verschiedene, netzwerkspezifische Kategorien

Kategorie	Gesamt (n=239)	Rechtsformstruktur		Mitgliederanzahl	
		e.V./GbR (n=138)	andere Rechtsformen (n=101)	<100 (n=103)	> 100 (n=136)
Flexibilitätsindex (y_f)	-0,26	-0,45	-0,01	-0,13	-0,37
Stabilitätswert (x_s)	0,03	0,11	-0,09	0,02	0,03
A_E	0,762	0,611	0,901	0,887	0,649

Danksagung

„Dankbarkeit ist das Gedächtnis des Herzens“ (Jean-Baptiste Massillon)

Worte können meine Dankbarkeit kaum umschreiben und meine Wertschätzung gegenüber den an der Dissertation beteiligten Personen wiedergeben. Auch diese Arbeit basiert auf dem Terminus „Kooperation“ und verdankt einem Netzwerk von vielen Personen, Gesellschaften und öffentlichen Institutionen seiner Realisierung. Ohne diese kooperative Unterstützung wäre die Dissertation bloß eine Fiktion des Autors geblieben.

Meine Laudatio richtet sich vor allem an meine erste Betreuerin des Projektes, Frau Professor Dr. med. Sabine Framke, die sich von Anfang an als idealer Ansprechpartner meiner Dissertationsintention herausstellte. Seit meinem Praktikum am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf hat Sie mich gefördert und mir viel kompetentes Praxiswissen vermittelt. Hierdurch nahm Sie auch maßgeblichen Einfluss auf meine weitere Studienmotivation. Zusammengefasst war Sie die tragende Säule meiner Dissertation, die sich immer Zeit für mich nahm und jederzeit zur Verfügung stand. Dieses vertrauensvolle Gefühl hat Sie mir von Anfang bis Ende vermittelt und in gemeinsamen Gesprächen gezeigt.

Nur Ihrem Einsatz ist es zu verdanken, dass ich am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie dissertieren konnte und Professor Dr. med. Alexander Katalinic mein Doktorvater wurde. Ihm gilt mein zweiter Dank. Herr Professor Dr. med. Alexander Katalinic ist Direktor des Instituts der Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck und stand von Beginn an dem Projekt sehr positiv gegenüber. Er unterstützte mich vorbildlich und zeigte reges Interesse an meinem Thema. Von meiner Seite muss auch dem gesamten Institut der Sozialmedizin und Epidemiologie gedankt werden, da ich nie den Eindruck erhalten habe, bloß als externer Promotionsstudent funktionalisiert zu werden.

Außerdem gilt mein Dank den Ärztinnen und Ärzte in den Netzwerken, die sich an meiner Dissertation beteiligt haben. Ob durch die Studienteilnahme oder hilfreiche Anregungen hinsichtlich der Konzeption des Fragebogens haben sich die Netzärzte meiner schwierigen Herausforderung angenommen und die Arbeit stets gefördert. Auch aufgrund dieser selbstlosen Unterstützung bin ich fest davon überzeugt, dass die Basis einer erfolgreichen, zukünftigen Netzlandschaft existent ist. Des Weiteren möchte ich meinen Eltern Dank sagen, dass Sie mich nach meinem Studium in meinem Promotionswunsch bestärkt und in schwierigen Zeiten ermutigt haben, die Dissertation fortzuführen. Auch meiner restlichen Familie bin ich zu Dank verpflichtet. Zum Schluss möchte ich aber der wichtigsten Person in meinem Leben danken, meiner Ehefrau. Worte können nicht ausdrücken, was du für mich bedeutest. Ich bin überglücklich, Dich an meiner Seite zu haben. Vielen Dank für deine Ruhe und Unterstützung bezüglich dieser Arbeit. Bleib immer so wie du bist, perfekt für mich.

LEBENS LAUF

Lars Witthake

Diplom-Gesundheitsökonom

*14.10.1981 in Viersen



Johannisstraße 23

49074 Osnabrück

Tel: 0151 / 614 747 38

E-Mail: larswitthake@gmx.de

Familienstand

verheiratet, keine Kinder

Schulbildung

1988 - 1992

Kreuzherrengrundschule

1992 - 2001

Albertus-Magnus-Gymnasium in Viersen-Dülken mit
Abiturabschluss

Zivildienst

2001 - 2002

Arbeiter-Samariter-Bund in Viersen

Berufsausbildung

2002 - 2004

HSBC Trinkaus & Burkhardt AG mit Abschluss zum
Bankkaufmann

2004 - 2010

Studium

Studium an der Universität zu Köln

Studiengang: Gesundheitsökonomie

Seit Frühjahr 2011

Promotion

Promotion am Institut für Sozialmedizin und

Epidemiologie der Universität zu Lübeck

01.09.2013 – 30.11.2015

Berufstätigkeiten

Projektmanager bei der 1aMedico GmbH

Seit 01.12.2015

Operativer Direktor bei der Limes Schlosskliniken AG

07.08.2006 - 17.09.2006

Praktika

Klinik Norderney

01.03.2008 - 31.07.2008

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

18.08.2008 - 26.09.2008

Allgemeines Krankenhaus Viersen GmbH

Ende 2010 - Frühjahr 2011

Sonstiges

sechsmonatige Weltreise (u.a. HongKong, Australien)

Sprachliche Kenntnisse

Englisch (5 Jahre)

Französisch (3 Jahre)

Hobbys

Tennis, Handball