



Prof. Dr. iur. Dr. med. Alexander P.F. Ehlers

Bestehende Strukturen, Hierarchien und Aufgaben werden aufgehoben.

Managed-Care ist der Versuch, den Problemen des Gesundheitswesens, die sich aus dem Zusammenspiel von überkommenen Strukturen, der demographischen Entwicklung und den – meist kostenintensiven – Fortschritten in der Medizin ergeben, zu begegnen. Gemeinsam ist den Managed-Care-Prinzipien, das Bemühen um eine Optimierung und Neustrukturierung der jeweiligen Gesundheitssysteme. Dabei stehen die USA im Blickpunkt des Interesses, da jenseits des Atlantiks schon seit den 70er Jahren mit Managed-Care-Instrumenten und integrierten Versorgungssystemen experimentiert wurde. Die Ansätze von Managed-Care sind auch in Deutschland seit längerem bekannt, aber erst seit Mitte der neunziger Jahre hat sich hier beim Gesetz-

Strukturen des freien Wettbewerbs

Rechtsanwalt Oliver Sude aus der Sozietät von Prof. Dr. iur. Dr. med. Alexander P.F. Ehlers erläutert das Managed-Care-Prinzip.

geber die Erkenntnis durchgesetzt, dass das Problem einer bis dahin unbeherrschbaren Kostenentwicklung mit Hilfe verstärkt am freien Wettbewerb orientierter Strukturen entgegengetreten werden könnte. In Deutschland sind diese Ideen gleichwohl nicht uneingeschränkt auf Zustimmung gestoßen. Vielmehr wurde immer wieder die Auffassung geäußert, dass eine Ausrichtung des öffentlichen Gesundheitswesens an betriebswirtschaftlichen Parametern dem „humanen Anliegen des medizinischen Versorgungssystems“ widerspreche. Dennoch hat das Managed-Care-Konzept in der Folgezeit die Gesetzgebung im Hinblick auf die gesetzliche Krankenversicherung nachhaltig beeinflusst. Managed-Care in Deutschland steht dabei für eine kontrollierte und gesteuerte Medizin, die auch wirtschaftlichen Kriterien standzuhalten vermag. Betrachtet man die Ausgangslage in Deutschland, so verhindern das Finanzierungsverfahren und die Aufgaben- und Verantwortungszuteilungen eine sinnvolle Zusammenarbeit aller Sektoren. Ein Wettbewerb der Leistungserbringer um den Patienten als Kunden fand nicht statt. Im Wettbewerb standen lediglich

die Sektoren hinsichtlich der Verteilung der budgetierten Finanzmittel. Die erste Implementierung von Managed-Care-Grundsätzen in die sozialrechtliche Gesetzgebung erfolgte im Rahmen des 2. Neuordnungsgesetzes vom 01.07.1997, wonach es den Krankenkassen gemäß §§ 63 bis 65 SGB V erlaubt war, neue Leistungen, Maßnahmen und Verfahren zu erproben, um das System der gesetzlichen Krankenversicherung weiterzuentwickeln.

Umsetzung im Rahmen des GMG

Einen weiteren Schritt in Richtung Umsetzung von Managed-Care-Prinzipien ging der deutsche Gesetzgeber im Jahr 2000, als er im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes der gesetzlichen Krankenversicherung die Integrationsversorgung einführt. Integrierte Versorgung fand in der Praxis aber kaum statt, da die Regeldichte und Komplexität der Vorschriften die Beteiligten überforderte. Größere Bedeutung erfuhr die Umsetzung von Managed-Care-Prinzipien nun im Rahmen des GMG. Nach dem erklärten Willen des Gesetzgebers soll-

te damit die Finanzierbarkeit des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung vor allem durch mehr Wettbewerb der Leistungserbringer und Krankenkassen erreicht werden. Dies umfasst sowohl den Wettbewerb zwischen den einzelnen Kassen als auch den im Medikamentenhandel und zwischen Ärzten sowie Krankenhäusern. Im Hinblick auf die Umsetzung von Managed-Care-Prinzipien ist vor allem die Weiterentwicklung der integrierten Versorgung zu nennen, da nun die Bildung kooperativer unternehmerischer Strukturen aufgrund der Streichung einer Reihe von bürokratischen und einengenden Vorgaben deutlich vereinfacht wurde. Dieser letzte Reformschritt hat gezeigt, dass der Gesetzgeber durchaus gewillt ist, Erkenntnisse des Managed-Care-Prinzips umfassend umzusetzen. Insofern wird sich der niedergelassene Arzt künftig gegenüber konkurrierenden Leistungsanbietern wie Krankenhäusern, aber insbesondere auch medizinischen Versorgungszentren behaupten müssen. Einerseits mag die Orientierung an Wirtschaftlichkeitskriterien zu Kostenersparnissen führen. Andererseits kann dies auch zu einer Profitorientierung führen, die langfristige

neue Kosten generieren kann. Managed-Care ist daher auch als ein flexibles System zu verstehen, das sich den jeweiligen Gegebenheiten anpassen muss. Sicher ist, dass das bestehende System auch in Zukunft starke Umbrüche erfahren wird. Bestehende Strukturen, Hierarchien und Aufgabenverteilungen werden aufgehoben und durch neue flexiblere Strukturen ersetzt. Von den Ärzten verlangt dies über ihre Fachkenntnisse hinaus in beträchtlichem Umfang Kenntnisse und Fähigkeiten auf wirtschaftlichem Gebiet. Es erscheint fraglich, ob der Einzelne diese zu erbringen in der Lage ist oder ob sich Ärzte nicht eher in größeren Einheiten zusammenschließen werden.

Weitere Informationen:

Prof. Dr. iur. Dr. med. Alexander P. F. Ehlers
Rechtsanwalt Oliver Sude
Büro München:
Widenmayerstr. 29, 80538 München
Tel.: 089 / 21 09 69 - 0
Fax: 089 / 21 09 69 - 99
e-mail: munich@eep-law.de

Alternative für gesetzlich Versicherte

Behandlung ohne Risiko?

Hagen Engelhard erläutert, wie Dermatologe und Patient die im GMG vorgesehene Alternative der Kostenerstattung nutzen.

Die Praxisgebühr, knapper werdende Budgets, Rationierung von Gesundheitsleistungen, steigende Beiträge und hohe Zuzahlungen bei Arzneimitteln, alles Faktoren, die bei den gesetzlich versicherten Patienten die Angst schüren, nur noch eine Behandlung zweiter Klasse zu erhalten. Im Gegenzug freuen sich private Krankenversicherungen über viele Neukunden. Privatpatienten können optimal behandelt werden und nicht „ausreichend zweckmäßig, wirtschaftlich und das Maß des Notwendigen nicht überschreitend“ (§12 Sozialgesetzbuch V). Es gibt keine Budgets und keine Leistungsengrenzungen. Allerdings haben diese Leistungen auch ihren Preis.

Status eines Privatpatienten

Seit In-Kraft-Treten des GMG bietet der Gesetzgeber nun allen gesetzlich Versicherten die Möglichkeit, den Status eines Privatpatienten zu wählen, ohne die gesetzliche Krankenkasse zu verlassen. Eine Neuregelung des §13 SGB V macht dies möglich. Statt nach dem Sachleistungsverfahren über die Chipkarte wählt der Patient das Kostenerstattungsverfahren. In der Arztpraxis wird dieser Patient als Privatpatient geführt und abgerechnet. Von der Terminvereinbarung bis zum Verlassen der Praxis genießt dieser Patient alle Vorzüge eines Privatpatienten, bleibt aber dennoch mit seiner Familie gesetzlich krankenversichert.

Der Patient und sein Arzt entscheiden praktisch alleine, welche Therapie für ihn die richtige ist, welches Arznei-Heil- oder Hilfsmittel verordnet werden soll, ohne dass die Krankenkassen die vom Gesetzgeber auferlegten wirtschaftlichen Zwangsvorschriften einfordern. Diskussionen über mögliche oder nicht mögliche Verordnungen und Therapien erübrigen sich. Die Zahlung der Praxisgebühr als Eintrittsgeld für die Behandlung entfällt. Aber kaum jemand weiß, wie dieses vom Gesetzgeber gewollte Verfahren in der Praxis genau funktioniert. Mittlerweile existieren Beratungsfirmen und ein Verein, die sich ausschließlich mit diesem Verfahren beschäftigten um Ärzten und Patienten das Modell der Kostenerstattung näher zu bringen. Nach dem Gespräch mit der Kasse und der Mitteilung, dass man zukünftig von der Kostenerstattung nach § 13 SGB V Gebrauch machen wird, legt sich der Patient zunächst für ein Jahr fest und entscheidet danach erneut. Wie ein Privatpatient bekommt der Kassenversicherte eine Privatrechnung nach GOÄ und Privatrezepte, und reicht diese zur Kostenerstattung bei seiner Kasse ein. Die Kosten werden erstattet, die im Rahmen einer normalen Kassenbehandlung nach Chipkarte und EBM von der Praxis mit der KV abgerechnet worden wären.

Den so errechneten Betrag überweist die Krankenkasse auf das Konto des Versicherten. Die Rechnungen erhält der Versicherte mit einem Vermerk über die Höhe des erstatteten Betrags von der Kasse zurück. Vorschriften über die verbleibenden Restkosten hat der Gesetzgeber nicht getroffen. Das Verfahren ist somit für den Versicherten mit einem unkalkulierbaren Risiko verbunden und für eine dauerhafte Nutzung nicht geeignet. Es sei denn, der Versicherte nutzt das aus dem Krankenhausbereich schon bekannte Verfahren. Wer hier eine privatärztliche Behandlung und eine Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer wünscht, schließt eine Zusatzversicherung ab. Einige Versicherungsunternehmen bieten solche Zusatzversicherungen auch für die ambulante Behandlung an. Mit Abschluss einer solchen Zusatzversicherung kann man auch im ambulanten Bereich eine Privatbehandlung ohne Kostenrisiko beanspruchen. Die Kosten für eine solche Zusatzversicherung belaufen sich je nach Alter und Geschlecht auf dreißig bis einhundert Euro im Monat.

Weitere Informationen:

Hagen Engelhard
Medi-Kost
Postfach 1901 - 58589 Iserlohn
Fax: 02374-924398
service@medi-kost.de

Für den höheren Verwaltungsaufwand wird von der Rechnung noch eine Kostenspauale abgezogen.

KLAUS LISCHKE
MEDIZIN-TECHNIK
Der Arzt- und
Erstversorger
FÜR DIE
DERMATOLOGIE
PRAXIS

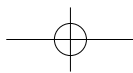
- Kryochirurgie
- Proktologie
- Haut-Meß
- Fluoreszenz- und Labor-Mikroskopie
- Auflichtmikroskopie
- Bildspeichersystem
- OP-Brillen
- Herpifix

Bitte anrufen, für
die gewünschten Leistungen

KLAUS LISCHKE
MEDIZIN-TECHNIK

Mühlenberg 10 - 58762 Altena
Telefon (023 52) 97 30 61
Telefax (0 23 52) 97 30 62
e-mail: info@lischke-medizintechnik.de
Internet: www.lischke-medizintechnik.de

© HEBEL-Verlag



Weißbuch zur Allergie in Deutschland



Eine umfassende Bestandsaufnahme der Allergologie

Mehr Asthma- als Verkehrstote

29 Autoren und 43 Kommentatoren aus den verschiedenen Disziplinen der Allergologie präsentieren eine umfassende Bestandsaufnahme.

Allergische Erkrankungen gehören zu den großen medizinischen Herausforderungen unserer Gesellschaft. Jeder dritte Deutsche ist inzwischen allergiekrank, und die Zahl der Asthmadesfälle übersteigt die der Verkehrstoten.

Um die Versorgung Allergiekranke zu verbessern und die Zunahme von Allergien zu stoppen, sind fachübergreifende Maßnahmen erforderlich. Deshalb stellen die beiden verantwortlichen Fachgesellschaften, die Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAI) und der Ärzteverband Deutscher Allergologen (ÄDA), unter dem Dach der Deutschen Akademie für Allergologie und Umweltmedizin (DAAU) den aktuellen Wissensstand der Allergologie in dem „Weißbuch Allergie in Deutschland“ dar.

Fülle neuer Erkenntnisse

29 Autoren und 43 Kommentatoren haben an dem Fachbuch mitgearbeitet. Es enthält neben einer umfassenden Bestandsaufnahme konkrete Lösungsvorschläge für kurz- und mittelfristige Verbesserungen. Die Fortschritte der experimentellen Immunologie und Allergologie der letzten Jahre haben eine Fülle neuer Erkenntnisse verfügbar gemacht. Richtig umgesetzt könnten sie für viele allergiekranken Patienten Linderung oder Heilung bringen. Derzeit werden aber nur etwa zehn Prozent der Allergiker in Deutschland ausreichend versorgt. Das kann sich unser Land weder unter volkswirtschaftlichen noch unter gesundheitspolitischen Aspekten leisten. Das Weißbuch bietet eine neutrale und fundierte Diskussionsgrundlage.

Goldstandard: Spezifische Immuntherapie

Die spezifische Immuntherapie als einzige kausale Allergietherapie wird in einem Positionspapier der WHO als „Golden Standard“ bezeichnet. Der dauerhafte Therapieerfolg und die daraus resultierende Einsparung bei ansonsten chronisch verlaufenden allergischen Krankheiten sind umfassend und eindeutig dokumentiert. Dennoch besteht bei der Rezeptur und Durchführung dieser Behandlung eine nicht zu akzeptierende Rechtsunsicherheit.

Bisher ist die spezifische Immuntherapie nur von zwei Kassenärztlichen Vereinigungen durch die Aufnahme in die Anlage drei der Arzneimittelrichtgrößenvereinbarung als Praxisbesonderheit anerkannt worden. Als Folge unterbleibt die notwendige Therapie häufig, mit allen daraus resultierenden negativen Konsequenzen für die Patienten.

Fachübergreifende Behandlung kaum möglich

Allergie-Patienten werden in Deutschland – vorausgesetzt, sie gelangen zu einem allergologisch ausgebildeten Spezialisten – von Ärzten betreut, die auf die engen Grenzen ihres Fachgebietes, beispielsweise HNO-Heilkunde oder Dermatologie, festgelegt sind.

Das gilt auch für die Ärzte, die die Zusatzbezeichnung „Allergologie“ erworben haben. Die Kenntnisse, die während der Weiterbildung fachübergreifend vermittelt werden, dienen berufsrechtlich nur der besseren Verständigung der Fachgebiete untereinander, dürfen aber nicht bei der Versorgung des Patienten angewendet werden.

Ein Heuschnupfenpatient ist also aufgrund der Weiterbildungsordnung gezwungen, verschiedene Ärzte für die jeweils betroffenen Organe aufzusuchen, weil Allergologen nicht mit der notwendigen fachübergreifenden Versorgungskompetenz ausgestattet sind. Die Herausgeber fordern die Gesundheitspolitiker von Bund und Ländern

auf, an einer breiten Debatte zur Bekämpfung der Volkskrankheit Allergie und damit an einer Trendwende für eine bessere Versorgung der Patienten mitzuwirken.

Sie haben dazu auch das abgebildete, zehn Punkte umfassende Sofortprogramm erstellt. (kk) ◆

Frau Junghans
Anzeige Schering
Motiv Bein
aus 3-04
Seite 5
einsetzen.

