in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung nochmals überdenken. Als vor über 70 Jahren eine Bedarfszulassung auf der Grundlage von Verhältniszahlen erstmals angeordnet wurde, gab es in Deutschland eine fachärztliche Versorgung im engeren Sinne erst in bescheidenen Ansätzen. Nach heutigem Sprachgebrauch dominierte damals ganz eindeutig die sogenannte "hausärztliche Versorgung". Allenfalls diese Versor-

gungsart (einschließlich Kinderheilkunde und Gynäkologie) lässt sich auf der Grundlage von "Anhaltszahlen" bedarfsgerecht planen. Im übrigen hat sich die geltende "Verteilungsplanung" weit mehr bewährt, als dies öffentlich diskutiert wird. Nur auf der Grundlage dieser Planung ist es gelungen, die Versorgung ländlicher Gebiete mit fachärztlichen Leistungen nachhaltig zu verbessern.

Lothar Krimmel

Mehr Gesundheit durch budgetfreie Medizin

Die MedWell-Initiative für vertrauenswürdige Privatmedizin als Angebot an den Verbraucherschutz

Angesichts des nicht mehr zu verdeckenden Missverhältnisses zwischen dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung und der Finanzierungsschwäche der gesetzlichen Krankenkassen hat die rot-grüne Regierungskoalition mit der sogenannten Gesundheitsreform des Jahres 2000 ein massives Ablenkungsmanöver inszeniert (vgl. Abb. 1). Das Grundproblem der zunehmend ungenügenden Finanzierung eines explodierenden Versorgungsbedarfs soll auf die Ebene der sogenannten Leistungserbringer verschoben werden. Im Zentrum dieser Verschiebung steht die Aussage, nicht die Finanzierung sei das Problem, sondern die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung, und nicht der Versorgungsbedarf und der Leistungskatalog seien das Problem, sondern die Qualität der Leistungserbringung.

Die gesetzlichen Leerformeln, welche die Verschiebung der entscheidenden Leistungs- und Finanzierungsfrage auf die Ebene von Qualität und Wirtschaftlichkeit begründen sollen, heißen Vernetzung, Verzahnung und "integrierte Versorgung". Im Ergebnis sollen insbesondere die Kassenärzte in ein "Qualitäts-Hamsterrad" gezwungen werden, in dem sie für eine pauschale, deutlich hinter der wirtschaftlichen Entwicklung zurückbleibende Gesamtvergütung nicht nur den wachsenden Versorgungsbedarf zu fallenden Leistungsvergütungen abdecken, sondern dies auch noch unter zunehmenden Qualitätsauflagen tun sollen.

Mit der Gesundheitsreform 2000 hat die rot-grüne Regierungskoalition darüber hinaus die versorgungsfeindliche Budgetierung insbesondere in der ambulanten Medizin weiter ausgebaut (vgl. Abb. 2). Es ist vor diesem Hintergrund äußerst kühn, wenn man Patienten einre-

den will, dass ihre Behandlung nicht auf irgendeiner Ebene der Budgetierung an Rationierungsgrenzen stößt. Daher ist auch die im Zusammenhang mit Rationierungsdiskussionen häufig von Politik und Krankenkassen zu hörende Einlassung, es gebe nirgendwo ein Budget für den einzelnen Patienten, wenig überzeugend. Das Fehlen expliziter Patientenbudgets ändert nämlich nichts an den gravierenden Rationierungsgefahren einer durchbudgetierten Versorgung. Rationierung ist ja keinesfalls etwa darauf beschränkt, dass ein Patient für ein bestimmtes Anliegen überhaupt keine Behandlung mehr bekäme. Die wesentliche Rationierungsgefahr, die für den Patienten aus umfassenden Budgetierungsregelungen erwächst, besteht vielmehr im zunehmenden Absinken des Behandlungsniveaus bzw. des Behandlungsstils.

Die Rationierungs-Geschwindigkeit in der Kassenmedizin wird sich durch die "Gesundheitsreform 2000" nochmals erhöhen. Bereits heute kann unter Budgetund Regress-Druck häufig nur noch ein suboptimaler Behandlungsstil angeboten werden. Vor diesem Hintergrund entspricht es sowohl ärztlicher Verantwortung als auch den Forderungen des Verbraucherschutzes, den Kassenpatienten Auswege aus den Rationierungsfallen in der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuzeigen. Genau hierauf zielt das MedWell-Konzept einer optimierten Individualmedizin.

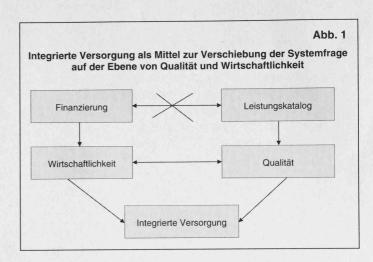
Verbraucherschutz in der Kassenmedizin

Angesichts der beschriebenen Durchbudgetierung der Kassenmedizin kommt es zwangsläufig zunehmend dazu, dass Ärzte in der Behandlung von Kassenpatienten vom Patienten gewünschte Leistungen deswegen verweigern, weil sie befürchten müssen, hierfür nachträglich von den Krankenkassen mit Strafzahlungen in Form von Regressen bedroht zu werden. Im Wettbewerb sowohl mit anderen Krankenkassen als auch gegenüber der privaten Krankenversicherung greifen viele Krankenkassen in solchen Situationen auf Behauptungen zurück, die das Selbstbild als "Rundum-Versorger" trotz umfassender Budgetierung aufrechterhalten sollen. Solche Behauptungen sind nicht selten irreführend, in vielen Fällen sogar eindeutig falsch. Sie verletzten damit elementare Anliegen des Verbraucherschutzes. Das Ziel von MedWell ist es daher, den Informationsstand der Kassenpatienten zu verbessern, damit diese sich ein wirkliches Bild über die Leistungsfähigkeit einer durchbudgetierten ärztlichen Versorgung machen können. Im folgenden sollen einige Beispiele für diese MedWell-spezifischen Bemühungen um mehr Wahrhaftigkeit dargestellt werden:

1. Behauptung: "In der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es ein Einsparpotential von 25 Milliarden DM."

Bereits auf der Ebene allgemeiner gesundheitspolitischer Aussagen sind täuschende Wortspielereien an der Tagesordnung. Wenn etwa in den Bundestagsdebatten behauptet wird, es gebe angesichts eines GKV-Gesamtvolumens von jährlich 250 Mrd. DM ein Einsparpotential von mindestens 10 Prozent, und wenn dieses Einsparpotential ausgeschöpft sei, könne über Budgetanhebungen diskutiert werden, so ist dies aus folgenden Gründen eine massive Bedrohung der Patienten:

- Schon der Begriff der "Wirtschaftlichkeitsreserven" ist tendenziell verbraucherfeindlich. Es ist anhand von Einzelbeispielen gut dokumentierbar, dass die "Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven" häufig nichts anderes ist als die offene Rationierung bei Patientengruppen ohne ausreichende Lobby. Wenn z.B. in der Privatmedizin Alzheimer-Patienten dreimal häufiger moderne Arzneimittel erhalten als Kassenpatienten, diese Kassenpatienten jedoch dreimal häufiger die billigen ruhigstellenden Medikamente bekommen, wird dieser Zusammenhang offensichtlich.
- Die Behauptung von Wirtschaftlichkeitsreserven in der Größenordnung von 25 Mrd. DM ist blanke Spekulation. Wege zur systematischen Erschließung dieser postulierten Reserven, die nicht gleichzeitig massiv in die Ansprüche von Patienten eingreifen, sind von Einzelfällen abgesehen bislang nicht aufgezeigt worden. Wer z.B. behauptet, es gebe in der Massagebehandlung ein Einsparpotential von 1 Mrd. DM, der soll auch vor die Patienten treten und ihnen erklären, dass sie künftig für 1 Mrd. DM weniger Massagen erhalten.
- Soweit es denn überhaupt die postulierten Wirtschaftlichkeitsreserven gibt, steht diesen ein massiver

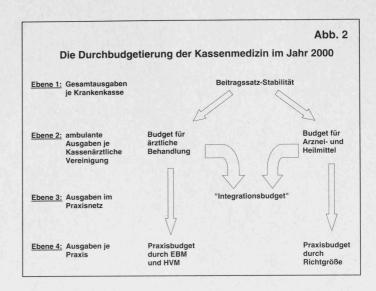


Nachholbedarf in anderen Versorgungsbereichen gegenüber. Allein im Bereich der Behandlung von Diabetikern, Hepatitis-Kranken und MS-Patienten besteht ein jährlicher Nachholbedarf von rd. 10 Mrd. DM, wenn die aktuelle Behandlung an die heute zu postulierenden Standards herangeführt würde. Bezogen auf die gesamte Kassenmedizin steht den unbewiesenen Wirtschaftlichkeitsreserven ein medizinischer Nachholbedarf in mindestens doppelter Größenordnung gegenüber.

- Besonders unglaubwürdig wird Gesundheitspolitik dort, wo sie Budgetanhebungen an offensichtlich nicht einlösbare Bedingungen knüpft. So ist die Aussage, dass vor einer Anhebung der Arzneimittelbudgets für innovative Medikamente erst angebliche Einsparpotentiale in anderen Versorgungsbereichen erschlossen werden müssten, äußerst fragwürdig. Dies ist etwa so, als würde man der ÖTV in Tarifverhandlungen sagen: Solange ein Bundesminister mehr als 300.000 DM pro Jahr verdient, haben die Gewerkschaften ihre Forderungen nach Gehaltsverbesserungen für die Verwaltungsangestellten des Bundes zurückzustellen. Den genannten Beispielen ist eines gemeinsam: In beiden Fällen wird für die Mittelbereitstellung zum Ausgleich eines notwendigen Nachholbedarfs eine aus dem Gesamtsystem abgeleitete, für den einzelnen jedoch unerfüllbare Bedingung gefordert. Im Fall der Arzneimittelbudgets ist dies sogar besonders krass. Da wird dem Kassenarzt in Aschaffenburg vermittelt, er könne seine Tumor-Patienten ohne Angst vor Strafzahlungen wieder versorgen, wenn seine Kollegen im 400 km entfernten Berchtesgaden den Patienten mit Verspannungszuständen nicht so viele Massagen verordnen würden. Es bleibt daher festzustellen: Mit der Verteidigung von Kollektivbudgets betreibt Gesundheitspolitik auf abstraktem Niveau Irreführung von Verbrauchern.
- 2. Behauptung: "Wir bräuchten keine Diskussion um Grund- und Wahlleistungen, wenn alleine die 7 Mrd. DM an Einsparpotential in der Arzneimittelbehandlung ausgeschöpft würden."

- So oder ähnlich wird häufig von manchen Politikern und Kassenfunktionären in gesundheitspolitischen Debatten argumentiert. Möglicherweise fällt manchem Redner gar nicht auf, dass solche Behauptungen in sich widersprüchlich sind. Wenn die Krankenkassen nämlich permanent im Arzneiverordnungs-Report das sogenannte Einsparpotential in der Arzneimittelbehandlung thematisieren, so definieren sie damit bereits eine Grundversorgung, da die postulierten Wirtschaftlichkeitsreserven nichts anderes sind als die von ihnen angeblich abgelehnte Ausgliederung von "Wahlleistungen". Wenn die Krankenkassen somit im Arzneimittelbereich sich auf den Arzneiverordnungs-Report beziehen, definieren sie faktisch folgende Grundversorgung für ihre Mitglieder:
- Statt des Originalpräparates hat der Kassenpatient nur Anspruch auf das billigste Generikum, denn darauf beziehen sich alle Einsparberechnungen der Krankenkassen:
- bei Innovationen in der Arzneimittel-Galenik (z.B. Hautpflaster statt Tablette) hat der Kassenpatient nur Anspruch auf die "ausreichende Versorgungsform" (also z.B. Tablette);
- bei Weiterentwicklungen bestehender Wirkprinzipien, deren Mehrnutzen vergleichsweise teuer ist, hat der Patient nur Anspruch auf die bewährte und billige Standardversorgung;
- auf von den Kassen als "umstritten" definierte Arzneimittel hat der Patient keinen Anspruch, auch wenn der Nutzen bei ihm im Einzelfall nachgewiesen ist.

Mit der beständigen Bezugnahme auf die im Arzneiverordnungs-Report angeblich aufgezeigten Wirtschaftlichkeitsreserven definieren die Krankenkassen somit faktisch eine Grund- und Wahlversorgung. Die vier genannten Bereiche dokumentieren nämlich eindeutig, dass es durchaus vernünftige Gründe für Patienten gibt, die aus ihrer Sicht jeweils höherwertige "Wahlleistung" zu beanspruchen. Dies betrifft sogar das schlichteste der genannten Beispiele, nämlich das Vertrauen des Patienten in den Markennamen des Originalpräparates. Es darf deswegen sowohl gesundheitspolitisch als auch unter Aspekten des Verbraucherschutzes nicht unwidersprochen bleiben, wenn die Krankenkassen auf der einen Seite das Prinzip von Grund- und Wahlleistungen für die gesetzliche Krankenversicherung ablehnen, auf der anderen Seite jedoch mit dem Bezug auf sogenannte Wirtschaftlichkeitsreserven exakt dies permanent postulieren. Unter dem Druck von Patientenklagen über die Verweigerung gewünschter, von den Kassen jedoch diskreditierter Leistungen durch Kassenärzte verbinden die Krankenkassen nicht selten diese beiden Aspekte, so dass es zu fast schon schizoiden Formulierungen etwa folgender Art kommt: "Wenn die Kassenärzte bei Wunschverordnungen mehr sparen würden, bräuchten sie bei Wunschverordnungen nicht



so viel zu sparen!" Die damit verbundene Irreführung von Verbrauchern abzustellen, ist eines der wesentlichen Anliegen der MedWell-Aktivitäten zum Verbraucherschutz.

3. Behauptung: "Die Krankenkassen bezahlen alles medizinisch Notwendige."

Diese Aussage ist falsch und irreführend. Schon im Gesetzbuch heißt es anders. Danach müssen die Kassenleistungen "ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich" sein und "dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten". Und gerade im Vorsorgebereich ist es den Krankenkassen sogar verboten, eine Reihe von eindeutig medizinisch notwendigen Leistungen zu bezahlen. Hierzu gehören etwa die reisemedizinische Vorsorge oder die sportmedizinische Vorsorge-Untersuchung. Auch viele Möglichkeiten der erweiterten Krebsfrüherkennung bei Gesunden werden von den Kassen nicht übernommen und müssen deshalb vom Arzt privat angeboten werden. Beispiele hierfür sind die Vorsorge-Untersuchung auf Hautkrebs, die Mammographie zur Früherkennung des Brustkrebses oder bestimmte Laboruntersuchungen wie etwa der PSA-Test zur Früherkennung des Prostata-Krebses.

Doch auch im eigentlichen Bereich der Krankenbehandlung führt die gesetzliche Durchbudgetierung dazu, dass gerade neue und vielfach auch teure medizinische Entwicklungen nur noch in der Privatmedizin angeboten werden. Besonders deutlich wird dies in der Behandlung chronischer Erkrankungen wie Bluthochdruck, Rheuma und auch Morbus Alzheimer. In diesen Bereichen wird - wie das Gesetz es vorschreibt - das medizinisch "Ausreichende" vom Arzt auch in der Kassenversorgung noch geleistet, jedoch entfernt sich dieser Behandlungsstil in vielen Fällen zunehmend vom medizinisch Optimalen.

Das Anliegen von MedWell ist es in diesem Zusammenhang auch, die Patienten über die faktische Unverbindlichkeit des Begriffs von der "medizinischen Notwendigkeit" aufzuklären. Dieser Begriff ist nämlich äußerst dehnbar und wird insbesondere von Politikern und Krankenkassen häufig ganz anders verstanden als von den betroffenen Patienten. Dies ist etwa so, als wenn ein Politiker behaupten würde: "Der notwendige Urlaub wird jedem Bürger in Deutschland gewährleistet." Damit ist weder gesagt, wie lange dieser Urlaub ist, noch weiß man, wo Urlaub gemacht werden kann. Wenn sich mancher Bürger vielleicht 3 Wochen Teneriffa und noch 2 Wochen Wintersport vorstellt, könnte sich der Politiker bei Nachfragen darauf zurückziehen, dass "2 Wochen Balkonien" doch auch nicht schlecht seien und er daher bei seiner Aussage bleibe: "Jeder Bürger erhält den notwendigen Urlaub!"

Daher informiert MedWell Kassenpatienten z.B. über medizinisch empfehlenswerte Vorsorgemaßnahmen, die von den Krankenkassen nicht bezahlt werden dürfen. Darüber hinaus soll den Kassenpatienten erläutert werden, welche Unterschiede auch im Krankheitsfall bestehen zwischen dem in der budgetierten Kassenmedizin noch möglichen Behandlungsstil, der das "medizinisch Ausreichende" abdeckt, und dem vollen Spektrum an Möglichkeiten der modernen Medizin. Hierdurch wird offensichtlich: Die "ausreichende Behandlung" in der budgetierten Kassenmedizin und der budgetfreie Behandlungsstil in einer "Optimierten Individualmedizin" liegen manchmal weit auseinander.

4. Behauptung: "Wenn Ihr Arzt Ihnen das verschreibt, dann bezahlen wir das auch."

Auch diese Aussage ist unter Aspekten des Verbraucherschutzes äußerst fragwürdig. Die Krankenkassen werfen den Kassenärzten bekanntlich häufig vor, zu viele angeblich "unnötige" Arzneimittel und Heilmittel zu verschreiben. Dabei handelt es sich nicht selten um solche Mittel, die von Patienten ausdrücklich gewünscht werden, weil sie damit eine Linderung ihrer Beschwerden verspürt haben. Die verordnenden Ärzte werden jedoch von den Krankenkassen für die Verordnung dieser Mittel häufig nachträglich mit Strafzahlungen bedroht. Daher ist es gegenüber den Patienten unaufrichtig, wenn diese auf Nachfrage bei ihrer Krankenkasse erfahren, die Kasse würde "alle vom Arzt verordneten Arzneimittel und Heilmittel bezahlen". MedWell rät daher allen Verbrauchern, sich von ihrer Krankenkasse schriftlich bestätigen zu lassen, dass ihr Arzt von dieser nicht nachträglich mit Strafzahlungen in Form von sogenannten Regressen bedroht wird.

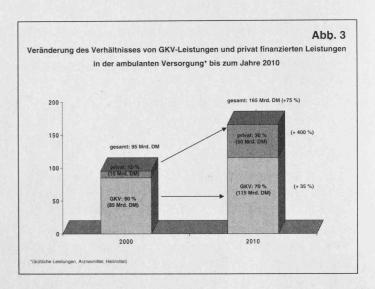
5. Behauptung: "Individuelle Gesundheitsleistungen sind unsinnige oder sogar gefährliche Angebote."

Der Begriff der "Individuellen Gesundheitsleistungen" wird bekanntlich durch folgende drei Merkmale geprägt:

- Es sind Leistungen außerhalb der Kassenmedizin,
- die Leistungen werden von Patienten nachgefragt,
- die Leistungen sind ärztlich empfehlenswert oder zumindest ärztlich vertretbar.

Die Krankenkassen haben seit der Vorstellung des "IGEL-Konzepts" durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung im März 1998 beständig versucht, dieses Modell einer Definition von Zusatzoptionen gesetzlich Krankenversicherter zu diskreditieren. Dabei wurde etwa folgender Tenor gewählt: Über einen Teil der Individuellen Gesundheitsleistungen könne man reden, der größte Teil sei jedoch entweder "Schrott" oder aber sogar "gefährlich".

Mit den Leistungen, "über die man reden" könne, waren insbesondere Anliegen wie die reisemedizinische Vorsorge oder die sportmedizinische Vorsorge-Untersuchung gemeint. Die Bedeutung solcher Angebote als



Individuelle Gesundheitsleistungen wird offensichtlich auch von den Krankenkassen nicht bestritten. Daher soll im folgenden insbesondere auf die sog. "gefährlichen" Leistungen und die vermeintlichen "Schrott"-Leistungen eingegangen werden.

• In der Argumentation zu den angeblich gefährlichen Leistungen zeigt sich die Beschränktheit des kassenmedizinischen Horizonts sowie ihre Isolation von den tatsächlichen Verbraucherbedürfnissen. Als Beispiele für eine angeblich "gefährliche Leistung" wird nämlich immer wieder der PSA-Test zur Früherkennung des Prostata-Karzinoms gewählt. So wird die "Gefährlichkeit" des PSA-Tests damit begründet, dass bei einem flächendeckenden Screening viele falsch-positive Ergebnisse mit der Notwendigkeit weiterer Abklärungen zustande kämen, obwohl bekanntlich nur wenige Prostatakrebs-Träger auch tatsächlich an dieser Erkrankung versterben würden.

Genau hierin liegt nun gerade die Chance Individueller Gesundheitsleistungen. Da es sich dabei gerade *nicht*

Abb. 4

Die 3 Eckpunkte des MedWell-Konzepts

- Definition der privatmedizinischen Komfort- und Zusatzleistungen
- Leistungsdurchführung in einer Qualitätsgemeinschaft von MedWell-Partner-Ärzten
- 3. Angebot MedWell-spezifischer privater Zusatzversicherungen

um Reihenuntersuchungen handelt, kann der ältere Mann nach entsprechender Aufklärung jeweils für sich entscheiden, ob ihn der Hinweis auf die vergleichsweise geringe Aggressivität des Prostatakrebses beruhigt oder ob er die Ungewissheit, evtl. einen Prostatakrebs zu haben, nicht ertragen könnte und daher den Test in Anspruch nehmen will. Auch in diesem Fall setzt also das Konzept der Individuellen Gesundheitsleistungen auf den informierten Verbraucher, während das paternalistische Modell davon ausgeht, dass auch noch im 21. Jahrhundert die Krankenkasse entscheidet, was der Patient "wollen soll".

Auch im Hinblick auf die aus Kassensicht "unsinnigen" oder "Schrott"-Leistungen zeigt sich die Überlegenheit eines Konzepts, das sich vom überholten autoritären Medizin-Modell verabschiedet und statt dessen ganz auf den informierten Verbraucher setzt. Viele dieser angeblichen "Schrott"-Leistungen werden nämlich keineswegs vom Arzt aktiv angeboten. Wenn jedoch z.B. ein Glatzenträger um kosmetische Hilfe oder ein Tätowierter um Befreiung von seiner Jugendsünde bittet, so ist der Arzt der richtige Ansprechpartner für professionelle Hilfe. Und gerade in diesem Segment ist es wichtig, dass die entsprechenden Individuellen Gesundheitsleitungen als Nicht-Kassenleistungen definiert werden, da ansonsten von vielen Patienten davon ausgegangen wird, sie hätten als Kassenpatienten Anspruch auf diese Versorgung.

Zum Kundenbegriff in der Medizin

Im Zusammenhang mit dem Angebot privatmedizinischer Zusatzleistungen an Kassenpatienten wird immer wieder eingewendet, dies sei bereits deswegen problematisch, weil der Patient eben "Patient" und nicht "Kunde" sei. Darüber hinaus bestehe in der Medizin ein dermaßen eklatantes Wissensgefälle zwischen dem kundigen Arzt und dem hilfesuchenden Patienten, dass das Angebot von Privatleistungen bereits deswegen unärztlich sei. Schließlich sei es auch geradezu unethisch, solche privaten Zusatzleistungen anzubieten, die angesichts unterschiedlicher Vermögensverhältnisse für manche Patienten unerschwinglich seien.

Eine derartige Argumentation, die im Ergebnis den niedergelassenen Arzt - bei vollem freiberuflichen Risiko auf die Funktion eines Kassenangestellten zurückstutzen würde, geht aus folgenden Gründen in die Irre:

- 1. Bereits im Bereich einer notwendigen Krankenversorgung profitiert der "Patient" in hohem Maße von einem Dienstleistungsansatz des Arztes, der auf die Kundensouveränität setzt, anstatt dem Arzt-Patienten-Kontakt ein autoritäres Versorgungsmodell überzustülpen.
- 2. Die moderne Medizin ermöglicht heutzutage nicht nur wichtige medizinische Grundleistungen wie lebensverlängernde Maßnahmen oder Schmerzfreiheit; sie besetzt vielmehr zunehmend auch Felder wie Wellness, Fitness, Lifestyle, Komfort, Schönheit und Sicherheit. Die Inanspruchnahme der betreffenden Leistungen obliegt stets der persönlichen Entscheidung des einzelnen und kann daher niemals von einer solidarischen Krankenversicherung umfasst werden. Es ist offensichtlich, dass im Hinblick auf die Allokation privater Finanzmittel medizinische Komfort- und Zusatzleistungen zunehmend mit anderen Luxusgütern wie Urlaub, Auto oder Einfamilienhaus konkurrieren werden. Es gibt keinen ethischen, sozialpolitischen oder rechtlichen Grund, die medizinischen Dienstleistungen außerhalb einer notwendigen Grundversorgung aus solchen Allokationsentscheidungen auszublenden. In diesem Umfeld der individuellen Wahl zusätzlicher Gesundheitsleistungen ist der Bürger auch keineswegs "Patient", sondern vielmehr "Gesundheits-Kunde".
- 3. Im Bereich Individueller Gesundheitsleistungen kann auch in aller Regel keine Rede davon sein, dass die professionelle Überlegenheit des Arztes gegenüber dem Gesundheits-Kunden derartige Angebote ins Zwielicht rücke. Wer als Autokäufer nach entsprechender Information die Entscheidung über den Kauf von Autos mit Differenzialsperre und Traktionskontrolle trifft, der ist



Abb. 6

Definition der Optimierten Individualmedizin im MedWell-System

Die Optimierte Individualmedizin nach dem MedWell-Konzept umfasst

- einen gehobenen privatärztlichen Praxisservice im Sinne des Privaten Extraservice-Programms (PEP: vgl. Abb. 7),
- ausgewählte Individuelle Gesundheitsleistungen in den 5 Bereichen Prävention, Innovation, Service, Alternativmedizin und Lifestyle-Medizin,
- die stärkere Berücksichtigung individueller Patientenwünsche bei der Wahl des Behandlungsumfangs, der Behandlungstiefe und des Behandlungsverfahrens.
- auf Wunsch des Patienten das Angebot einer möglichst optimalen Behandlung ohne Berücksichtigung von Budgetgrenzen und kollektiven Kosten-Nutzen-Überlegungen,
- auf Wunsch des Patienten das Angebot des aus Sicht des Partner-Arztes jeweils modernsten Behandlungsverfahrens,
- eine über das Maß des Notwendigen hinausgehende erweiterte Diagnostik und Behandlung bei erhöhtem Sicherheitsbedürfnis des Patienten (z.B. erweiterte Ausschlussdiagnostik mittels bildgebender Verfahren).
- 7. auf Wunsch des Patienten die Einbeziehung bewährter alternativer Heilverfahren in die ärztliche Behandlung,
- die Berücksichtigung individueller Komfortwünsche bei ärztlichen Leistungen (z.B. kosmetische Wundversorgung) sowie in der Arznei- und Heilmittelbehandlung (z.B. transdermale Therapie statt Tablette).
- die Definition individuell optimierter Therapieziele (z.B. in der Behandlung von Bluthochdruck und Fettstoffwechsel-Störungen),
- **10.** eine allgemein höhere Flexibilität in der medizinischen Versorgung (z.B. Hepatitis A/B-Kombi-Impfung statt 2 getrennter Impfungen).

auch in der Lage, frei darüber zu befinden, ob er im Rahmen eines erweiterten Gesundheits-Check-up's ein Belastungs-EGK oder im Rahmen einer erweiterten Krebsvorsorge eine Ultraschalluntersuchung in Anspruch nehmen möchte.

4. Schließlich ist es auch keineswegs unethisch, Gesundheits-Kunden privat zu finanzierende Gesundheitsangebote vorzustellen. Die ungleiche Verteilung materieller Güter gehört zu den grundlegenden Erfahrungen aller Gesellschaften. Ein teures Auto mit hohem Sicherheitsstandard ist für die Gesundheit des Besitzers besser als ein Kleinwagen älterer Bauart. Ein großes Haus in einer ruhigen Vorstadt entfaltet einen deutlich höheren gesundheitlichen Komfort als eine kleine Hochhauswohnung in Flughafennähe. Daher kann es nicht unethisch sein, sozialversicherte Gesundheits-

Kunden über die erweiterten Möglichkeiten Individueller Gesundheitsleistungen aufzuklären. Das Gegenteil ist der Fall. Das Verschweigen derartiger Möglichkeiten ist gerade unter den Gesichtspunkten ärztlicher Ethik unentschuldbar. Als vor einigen Jahren der Beifahrer-Airbag noch eine teure Zusatzausstattung war, ist kein Autohersteller auf die Idee gekommen, die Möglichkeit einer solchen gesundheits- und sicherheitsfördernden Zusatzausstattung zu verschweigen. In ähnlicher Weise wäre es absurd, den gesetzlich Krankenversicherten die Inanspruchnahme einer mammografischen Brustkrebs-Früherkennung, einer Hautkrebs-Früherkennung oder einer Glaukom-Vorsorge durch Verschweigen dieser Möglichkeit vorzuenthalten.

Das MedWell-Konzept

Über die Entwicklung des Gesundheitsmarktes in den nächsten 10 bis 20 Jahren gibt es zwischenzeitlich eine ganze Reihe von Untersuchungen und Prognosen. Alle diese Prognosen gehen übereinstimmend davon aus, dass bei der Weiterentwicklung der Finanzierungsgrundlagen des Gesundheitsmarktes die gesetzliche Krankenversicherung eine immer geringere und die Eigenleistungen der Bürger, einschließlich privater Zusatzversicherungen, eine immer größere Rolle spielen werden (vgl. Abb. 3).

Vor dem Hintergrund der ausgabensteigernden Faktoren wie demographische Veränderungen, medizinischer Fortschritt und Anspruchsverhalten der Patienten besteht Grund zu der Annnahme, dass die Ausgaben für die ambulante Versorgung der 72 Millionen Kassenpatienten bis zum Jahre 2010 um rund 75 Prozent auf rd. 165 Mrd. DM steigen. Wegen der äußerst begrenzten Finanzierungsreserven der gesetzlichen Krankenversicherung wird sich bis zu diesem Zeitpunkt das Verhältnis zwischen kollektiver und privater Finanzierung von derzeit 90 zu 10 auf dann 70 zu 30 ändern.

Das MedWell-Konzept der Optimierten Individualmedizin geht davon aus, dass diese massive Verschiebung in den Finanzierungsgrundlagen und der damit verbundene forcierte Ausbau der Privatmedizin nur in einem strukturierten und qualitätsgesicherten Rahmen erfolgreich sein kann. Daher setzt das MedWell-Konzept auf eine dreifache Unterstützung dieses Änderungsprozesses (vgl. Abb. 4):

Die beiden Kernelemente des MedWell-Konzepts sind zum einen die klare Abgrenzung von Kassen- und Privatmedizin und zum anderen das Angebot der so definierten privatmedizinischen Leistungen in einer bundesweiten Qualitätsgemeinschaft von MedWell-Partner-Ärzten. Eine dritte Komponente des MedWell-Konzepts, von der erhebliche Synergieeffekte erwartet werden, besteht in der Entwicklung und dem Angebot einer Palette von MedWell-spezifischen privaten Zusatzversicherungstarifen.

Hinsichtlich der Abgrenzung von Kassen- und Privatmedizin hat MedWell das Konzept der Optimierten Individualmedizin entwickelt, das auf einen hochwertigen
privatärztlichen Praxis-Service, definierte Individuelle
Gesundheitsleistungen sowie einen Schutz vor budgetbedingter Rationierung im Krankheitsfall setzt (vgl.
Abb. 5). Dieses Konzept ermöglicht auch den Kassenpatienten zu fairen Konditionen die Inanspruchnahme
einer modernen, individuell optimierten und qualitätsgesicherten privatärztlichen Behandlung ohne Budgetgrenzen. Die einzelnen Anliegen der Optimierten Individualmedizin ergeben sich aus Abbildung 6.

IGEL und Kostenerstattung

MedWell geht davon aus, dass der medizinische Fortschritt nicht nur für die Patienten die Möglichkeiten der Krankenbehandlung erweitert, sondern auch den Gesundheits-Kunden weitere Optionen im Bereich der Individuellen Gesundheitsleistungen eröffnet. Es gehört in einer Dienstleistungsgesellschaft zu den legitimen Verbraucherinteressen, beim Arzt des Vertrauens als dem hierfür ausgewiesenen Experten medizinische Dienstleistungen im Sinne etwa der erweiterten Gesundheitsvorsorge oder der kosmetischen Medizin nachzufragen. MedWell wird dazu beitragen, der wachsenden Nachfrage nach derartigen Gesundheitsleistungen durch ein qualitätsgesichertes medizinisches Leistungsangebot entgegenzukommen.

Das MedWell-Institut für Individuelle Gesundheitsleistungen, Privat- und Komfortmedizin wird bis Ende November eine grundlegend überarbeitete MedWell-Liste Individueller Gesundheitsleistungen mit jeweils konkret definierten, auf die Bedürfnisse von Patienten und Gesundheits-Kunden abgestimmten Leistungsangeboten vorlegen. Darüber hinaus erarbeitet MedWell zusammen mit einer großen deutschen privaten Krankenversicherung eine erste Zusatzversicherung für rund 30 konkret definierte Individuelle Gesundheitsleistungen, die erstmals im Herbst 2000 in Anspruch genommen werden kann.

MedWell vertritt im übrigen nachdrücklich die Auffassung, dass das Recht auf Wahl der Kostenerstattung gem. § 13 Abs. 2 SGB V ein wichtiges Patientenrecht darstellt, das es dem gesetzlich Krankenversicherten gestattet, eine optimierte Versorgungsform jenseits der möglichen Restriktionen einer budgetdominierten Kassenmedizin wählen zu können. Daher wird MedWell auf verschiedenen Wegen die Attraktivität der privatärztlichen Behandlung im GKV-Kostenerstattungsverfahren fördern und auf diese Weise den gesetzlich Krankenversicherten nahelegen, durch wesentliche Einflussnahme auf die Behandlungsform und den Behandlungsumfang ihr Grundrecht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit auch im Hinblick auf die medizinische Versorgung zu verwirklichen.

Abb. 7

Privates Extraservice-Programm (PEP)

Ein spezifisch privatärztlicher Praxis-Service ist Teil des MedWell-Konzepts der Optimierten Individualmedizin. Das Private Extraservice-Programm (PEP) ermöglicht es den gesetzlich Krankenversicherten, die folgenden privatärztlichen Serviceleistungen zu wählen, soweit diese in der Praxis des Arztes den Privatpatienten angeboten werden:

- geringere Wartezeit für Terminvereinbarungen, ggf. einschl. Soforttermine außerhalb der Sprechstunde
- geringere Praxis-Wartezeit, z.B. durch feste Terminvergabe,
- gesonderte Warte- und ggf. Behandlungsräume,
- auf Wunsch ausführliche, über das Maß des Notwendigen hinausgehende Erläuterungen zum Krankheitsbild,
- auf Wunsch über das Maß des Notwendigen hinausgehende Dauer der ärztlichen Beratung,
- aktiver Telefonservice des Arztes (z.B. bei Befundmitteilungen).

Diese Überlegungen zeigen im übrigen, dass die privaten Dienstleister im Gesundheitswesen die Strukturen für das notwendige Wachstum des Gesundheitsmarktes selbst schaffen können und gut daran tun, eine von der gesetzlichen Krankenversicherung unabhängige Strategie für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens zu verfolgen. Genau diese Überlegung ist auch eine der Grundlagen für das Unternehmenskonzept der MedWell Gesundheits-AG.

Partnerschaft zwischen MedWell und niedergelassenen Ärzten

MedWell möchte insbesondere überdurchschnittlich qualifizierte und entsprechend erfolgreiche Ärzte von den Vorteilen einer Partnerschaft überzeugen. Die MedWell-Partner-Ärzte sollen maximal motiviert sein, außerhalb der budgetierten Kassenmedizin den Patienten eine außergewöhnlich gute ärztliche Qualität anzubieten. Ziel soll sein, dass die Qualitätsgemeinschaft der Partner-Ärzte unter dem Markennamen MedWell bundesweit zum Inbegriff für eine faire und qualitativ hochstehende Privatmedizin wird. Daher sollen Partner-Ärzte folgende Bedingungen erfüllen:

- Angebot einer durchgehend fairen Privatmedizin hinsichtlich Beratung, Indikationsstellung und Abrechnung,
- auf Wunsch des Patienten Beratung über die Möglichkeiten einer budgetfreien optimierten Behandlung im Krankheitsfall,
- ärztliche Fortbildung von mindestens 40 Stunden pro Jahr,
- Verfügbarkeit einer Praxis-EDV.

Abb. 8

Verbraucherschutz und Qualitätssicherung im MedWell-System

I. Allgemeiner Verbraucherschutz

- Selbstverpflichtung der Partner-Ärzte auf eine durchgehend faire Privatmedizin hinsichtlich Beratung, Indikationsstellung und Abrechnung
- Unterlassung jeglicher Irreführung, Bedrängung oder Übervorteilung der Patienten und Gesundheits-Kunden

II. Leistungsangebot

- 1. Transparenz über die Inhalte der Optimierten Individualmedizin
- 2. Angebot eines privatärztlichen Praxisservice
- 3. Angebot der von MedWell definierten und zertifizierten Individuellen Gesundheitsleistungen
- **4.** Definition optimierter Therapieziele und eines Rationierungs-Schutzes
- Entwicklung, Verbreitung und Management ambulanter Zusatzversicherungen für eine Optimierte Individualmedizin

III. Strukturqualität

- 1. Verfügbarkeit einer Praxis-EDV
- 2. 40 Stunden Pflichtfortbildung pro Jahr
- 3. Erfüllung mindestens der vertragsärztlichen Qualifikationsanforderungen
- Besondere Qualifikationsanforderungen z.B. für Akupunktur und Homöopathie

IV. Qualitätskontrolle

- Einrichtung eines mit Patientenvertretern paritätisch besetzten Qualitätsbeirats
- Im Verbraucherschutz erfahrener Rechtsanwalt als unparteiischer Vorsitzender des Qualitätsbeirats
- 3. Überprüfung der Arztabrechnungen in Stichproben durch den Qualitätsbeirat
- Möglichkeit der Direktbeschwerde der Patienten und Gesundheits-Kunden beim Qualitätsbeirat
- Möglichkeit der fristlosen Kündigung des Partner-Arzt-Vertrages bei schweren Regelverstößen

V. Transparenz der Abrechnung

- Information über die voraussichtliche H\u00f6he der Behandlungskosten
- 2. Bei Zusatzversicherung Information über die voraussichtliche Höhe der Selbstbeteiligung
- Honorarempfehlungen unterhalb der Schwellenwerte der GOÄ
- Direktabrechnung des Arztes mit der Zusatzversicherung

Voraussetzung für die Anerkennung (Zertifizierung) als MedWell-Partner-Arzt und MedWell-Praxis ist die Selbstverpflichtung des Arztes auf die im Partner-Arzt-Vertrag definierten Qualitäts- und Fairnessanforderungen (vgl. Abb. 8). Diese Anforderungen sind den Anliegen des Verbraucherschutzes und der Qualitätssicherung verpflichtet und sollen die Stellung von MedWell als Qualitätsmarke für vertrauenswürdige Privatmedizin festigen.

Der Partner-Arzt wiederum soll auf vielfältige Weise von der Partnerschaft mit MedWell profitieren:

- Der MedWell-Newsletter und die MedWell-Kundenzeitschrift informieren den Arzt und seine Patienten fortlaufend über wichtige Entwicklungen in der Privatund Komfortmedizin.
- MedWell stellt den Partner-Ärzten arztgruppenspezifisch umfassende Materialien für die Ansprache ihrer Patienten zur Verfügung. Dies betrifft sowohl die allgemeine komfortmedizinische Information als auch spezifische IGEL-Themen.
- Partner-Ärzte können mit einer persönlichen PIN-Nummer die von MedWell eingerichtete Telefon-Hotline für Fragen zu Individuellen Gesundheitsleistungen, zur Kostenerstattung und zur optimierten Arzneimittelbehandlung nutzen.
- MedWell unterstützt den Partner-Arzt in Fragen, welche die Abgrenzung zwischen Kassen- und Privatmedizin betreffen. Dies gilt auch für die Fälle, in denen Partner-Ärzte z.B. von Krankenkassen wegen des Angebots einer individuell optimierten privatärztlichen Behandlung unter Druck gesetzt werden.
- Nach Zertifizierung erfolgt eine Aufnahme in die Liste der MedWell-Partner-Ärzte, durch die interessierte Patienten geeignete Ärzte für eine Optimierte Individualmedizin finden.
- Der Partner-Arzt nimmt an den Verträgen teil, die MedWell mit Unternehmen der privaten Krankenversicherung über die privat- und komfortmedizinische Behandlung von Patienten mit ambulanter Zusatzversicherung abschließt.
- Schließlich partizipieren Partner-Ärzte unmittelbar am wachsenden Markenwert, den MedWell als Vermittler für qualitätsgesicherte und vertrauenswürdige Privatmedizin etablieren wird.

Private Zusatzversicherungen

Mit der Definition einer Optimierten Individualmedizin sowie der Selbstverpflichtung der MedWell-Partner-Ärzte auf eine durchgehend faire und vertrauenswürdige Privatmedizin schafft MedWell auch die entscheidende Voraussetzung für die Entwicklung entsprechender ambulanter Zusatztarife. Die künftige MedWell-spezifische Produktfamilie privater Zusatztarife soll z.B. folgende Angebote umfassen:

- zentrale Individuelle Gesundheitsleistungen im Bereich von Vorsorge und Prävention (z.B. großer Gesundheits-Check-Up, erweiterte Krebsvorsorge, Vorsorge-Mammographie, Hautkrebs-Vorsorge, Glaukom-Vorsorge),
- Schutz vor budgetbedingter Rationierung in der Krankenbehandlung (z.B. bei Labordiagnostik und bildgebenden Verfahren),
- Schutz vor budgetbedingter Rationierung in der Arzneimittelversorgung,
- Privates Extraservice-Programm (PEP: z.B. kurzfristige Terminvergabe, geringe Wartezeiten).

Bereits im Herbst 2000 wird die erste MedWell-spezifische Zusatzversicherung für 30 wichtige Individuelle Gesundheitsleistungen angeboten werden. Dieses Angebot, das MedWell zusammen mit einer großen deutschen Krankenversicherung erarbeitet hat, wird z.B. folgende Leistungsbereiche umfassen:

- kleiner und großer Gesundheits-Check-up,
- erweitertes Vorsorge-Angebot f
 ür Kinder,
- große Krebsvorsorge für Frauen und Männer,
- Hautkrebs-Vorsorge,
- Brustkrebs-Vorsorge (Mammographie),
- Glaukom-Vorsorge,

- Osteoporose-Vorsorge,
- reisemedizinische Beratung und Impfung,
- sportmedizinische Vorsorge-Untersuchung.

Die MedWell Gesundheits-AG ist davon überzeugt, dass sie aufgrund eines zukunftsweisenden Unternehmenskonzeptes und der Konzentration eines hochspezifischen Know-hows die Voraussetzungen erfüllt, auf dem im Umbruch befindlichen Gesundheitsmarkt eine führende Rolle einzunehmen und hierdurch auch wirtschaftlich überdurchschnittlich erfolgreich zu sein. Darüber hinaus wird MedWell eine "Eisbrecherfunktion" übernehmen, um die erstarrten Strukturen einer weitgehend durchbudgetierten ambulanten Medizin aufzubrechen und die Gesundheitschancen insbesondere der 72 Millionen Kassenpatienten zu erweitern. Dadurch ist eine Kooperation mit MedWell auch eine Investition in den Ausbau der medizinischen Versorgung sowie in die Weiterentwicklung des Gesundheitsmarktes insgesamt.

Herausforderung für den Verbraucherschutz

FAX-Antwort

Die mit der Gesundheitsreform 2000 vollendete Durchbudgetierung der Kassenmedizin stellt gerade auch den Verbraucherschutz in der Medizin vor große Herausforderungen. Es besteht allenthalben die Gefahr,

Forum für Gesellschaftspolitik
Burbacher Straße 52-54

0228/9111582

53129 Bonn

Ich möchte die Zeitschrift Forum für Gesellschaftpolitik im Abonnement zum Preis von jährlich DM 132,– (EUR 67,49) incl. MWSt. und Versandkosten bestellen.			
Ich möchte die Zeitschrift Forum für Gesellschaftpolitik näher kennerlernen. Bitte übersenden Sie mir ein kostenloses Probeexemplar.			
Absender:	Name/Institution:		
	Straße:	Charles Land Land Carlo	
	PLZ/Ort :		
	Ort. Datum	Linterceptrift	