Neue Bücher

■ **Handbuch des sozialgerichtlichen Verfahrens – Systematische Gesamtdarstellung mit zahlreichen Beispielen und Mustertexten**
von Prof. Dr. Otto Ernst Krasney und Prof. Dr. Peter Udsching, 6., neu bearbeitete Auflage, Erich Schmidt Verlag, Berlin 2011, 687 Seiten, ISBN 978-3-503-13633-9, 98,60 €

Auch wenn die Eigenständigkeit der Sozialgerichtsbarkeit immer wieder in Frage gestellt wird, hat diese sich aus Sicht der Bürgerinnen und Bürger bewährt. In kaum einem anderen Rechtsgebiet wird so bürgerfreundlich geurteilt wie im Sozialrecht. Dazu trägt auch ein transparentes und effizientes Verfahrensrecht bei. Das bereits in 6. Auflage vorliegende Handbuch von Krasney und Udsching will den Beteiligten und ihren Prozessbevollmächtigten die rechtlichen und praktischen Besonderheiten des sozialgerichtlichen Verfahrens näherbringen und deren Ausgestaltung durch die Rechtsprechung erläutern. Dieses Ziel hat das Handbuch ohne Zweifel erreicht. Es ist zum Standardwerk geworden, weil es sich nicht nur auf eine trockene Darstellung des spröden Verfahrensstoffes beschränkt, sondern diesen mit instruktiven Beispielen erläutert und den Praktikern mit Mustertexten wirksame Hilfestellungen bietet. Die Neuauflage bringt einen weit gestreuten Benutzerkreis auf den neuesten Stand. Ihr ist wiederum eine weite Verbreitung zu wünschen.

Franz Knieps, Berlin

■ **Chancen für das deutsche Gesundheitssystem – Von Partikularinteressen zu mehr Patientennutzen**
von Michael E. Porter / Clemens Guth, Springer Verlag, Berlin Heidelberg 2012, 374 Seiten, ISBN 3-642-25682-0, 59,95 €

Michael Porter ist einer der Managementgurus der internationalen Businesswelt. Seine Werke zu Wettbewerbsfähigkeit und Strategiebildung stehen auf den Bestsellerlisten der Wirtschaftsbücher weltweit. Seine Seminare in der Harvard Business School sind ausgebucht. Seine Vorträge locken viel Prominenz an. So auch sein Auftritt in der American Academy im März dieses Jahres, wo er u. a. im Berliner Hotel Adlon sein auf deutsche Verhältnisse adaptiertes Standardwerk Redefining Health Care aus dem Jahr 2006 einem hochkarätigen Publikum vorstellte. Parallel dazu erscheint das zusammen mit Clemens Guth erarbeitete deutschsprachige Porter Werk zum Gesundheitswesen, begleitet von vielen Vorschusslorbeeren hochkarätiger Wissenschaftler und Praktiker im deutschen Gesundheitswesen.

Porter und Guth wollen das deutsche Gesundheitssystem vom Kopf auf die Füße stellen. Während sie dem Versicherungsschutz uneingeschränktes Lob aussprechen, kritisieren sie die Defizite und Fehlallokationen auf der Versorgungsseite. Sie konstatieren Kosten- und Qualitätsprobleme und führen als wesentliche Ursache dafür die Dominanz von Partikularinteressen an. Sie sehen den Ausweg aus den Problemen nicht in einer verstärkten Kostenkontrolle, sondern in der Steigerung des Patientennutzens als das zentrale Ziel, das die Chance biete, alle Interessen zu bündeln und zu vereinheitlichen. In ihren Empfehlungen sprechen sie sich dafür aus, Behandlungskosten und –ergebnisse auf der Ebene der Krankheitsbilder über die gesamte Behandlungskette zu messen und zu veröffentlichen. Dieser Behandlungskette müsse die Organisation der Versorgung mit einer Spezialisierung auf bestimmte Krankheitsbilder und Patientenpopulationen folgen. Sie sprechen sich dafür aus, sogenannte integrierte Behandlungseinheiten für ein Krankheitsbild oder eng miteinander zusammenhängende Krankheitsbilder zu schaffen. Dabei seien die Trennlinien zwischen den Versorgungssektoren zu beseitigen und Primär- und Präventivversorgung zu integrieren. Versicherte und Patienten seien in diese Organisationsarbeit einzubinden. Das Vergütungssystem müsse auf den gesamten Behandlungszyklus ausgerichtet und nicht mehr in Einzelleistungen differenziert werden. Auf Seiten der Leistungserbringer sei gezielt Wettbewerb zu initiieren, der den Fokus auf den Patientennutzen haben müsse. Gleiches gelte für den Versicherungsmarkt. Krankenversicherer müssten sich vor allem durch das Streben nach maximaler Gesundheit für ihre Versichertenpopulation auszeichnen. Dabei seien insbesondere die Möglichkeiten einer modernen Informationstechnologie besser als bisher auszuschöpfen.

All dies ist wenig überraschend. Wer die deutsche Reformdebatte verfolgt, wird diese Gedanken spätestens seit Ende der 90-er Jahre als gesundheitswissenschaftlichen Mainstream wiederfinden. Gleichwohl mag es nützlich sein, dass ein internationaler Guru den Deutschen in Erinnerung bringt, dass diese Potenziale zur Steuerung der Versorgung nicht genutzt werden und der Wettbewerb auf inhaltliche Ziele sowohl auf der Leistungserbringer– als auch auf der Versicherungsseite ausgerichtet sein muss. Ob allerdings der Ansatz, neue fachärztliche Spezialversorgungsketten zu schaffen, der demografischen und epidemiologischen Entwicklung ausreichend Rechnung trägt, darf mit Fug und Recht bezweifelt werden. Das zentrale Problem – die Gewährleistung einer flächendeckenden Primärversorgung – wird zwar von den Autoren erkannt. Ihre Lösungsvorschläge berücksichtigen daraus resultierende Fragen allerdings nur am Rande. Deshalb wird das Werk von Porter und Guth nur sehr begrenzten Einfluss auf die Ausgestaltung des Gesundheitswesens in Deutschland ausüben; eine interessante und teilweise pointierte Lektüre ist es allemal.

Franz Knieps, Berlin

■ **Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement**
von Volker E. Amelung, 5. Auflage, Gabler Verlag / Springer Fachmedien, Wiesbaden 2012, 369 Seiten, ISBN 978-3-8349-3359-1, 49,95 €

Wer Reformen im deutschen Gesundheitswesen für erforderlich hält, wird

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2012-2-70

über kurz oder lang auf das Thema »Managed Care« treffen. Taucht er tiefer in die Diskussionen um eine gesteuerte Versorgung ein, wird er einerseits auf die üblichen Verteilungskämpfe um Macht und Geld treffen, andererseits aber erstaunliche Heilserwartungen finden und tief sitzende Ängste und Befürchtungen spüren. Managed Care ist ein Thema, das auch nach mehr als 25 Jahren Gesundheitsreformen niemanden kalt lässt. Dabei fokussiert sich die Debatte nicht mehr einseitig auf die Übernahme von Organisationsmodellen und Steuerungsinstrumenten aus dem US Gesundheitswesen, sondern wird durch Erfahrungen in europäischen Nachbarländern, speziell in der Schweiz und in den Niederlanden, stark beeinflusst.

Es ist das Verdienst des Hannoveraner Gesundheitsökonomen und Mitherausgebers dieser Zeitschrift Volker Amelung, die Diskussion um Managed Care in Deutschland zu versachlichen und ihr immer wieder neue Anstöße zu geben. Dies geschieht nicht nur im Rahmen der Arbeit des Bundesverbandes Managed Care, sondern auch durch vielfältige wissenschaftliche und praktische Aktivitäten. Im Kern seines wissenschaftlichen Werks steht das nunmehr in 5. Auflage aktualisierte und umfassend erweiterte Standardwerk zu Managed Care. Die Neuauflage trägt der Tatsache Rechnung, dass Managed Care sich in den letzten Jahren vielfältig weiterentwickelt hat und um neue Themen bereichert worden ist. Exemplarisch seien die Consumer-driven Health Plans, Accountable Care Organizations, Patientcentered Medical Homes, Pay for Performance oder Patientencoaching genannt, die erstmals in der Neuauflage systematisch beschrieben und bewertet werden.

Aufbau und Inhalt des Lehrbuches folgen bewährten Strukturen. Nach dem Einführungskapitel, das die Grundideen von Managed Care – speziell im amerikanischen Kontext – beschreibt, stellen die zentralen Kapitel Managed Care Organisationen und –Produkte sowie Managed Care Instrumente vor. Das erste Hauptkapitel differenziert dabei zwischen versicherungsorientierten und anbieterorientierten Organisationen und Produkten und beleuchtet Institutionen im Managed Care Umfeld. Die Managed Care Instrumente zielen auf die Vertragsgestaltung, die Ausgestaltung von Vergütungsanreizen, die Qualitäts- und Kostensteuerung sowie auf Evaluationsverfahren. Abgeschlossen wird das Buch durch eine Bewertung von Managed Care hinsichtlich Kosten, Qualität, Verteilungseffekten und Akzeptanz.

Das Werk besticht auch in der neuen Auflage durch eine klare Gliederung und eine schnörkellose, gut verständliche Sprache. Der Text wird aufgelockert durch zahlreiche Abbildungen und ausführliche Fallstudien aus unterschiedlichen Ländern. Abgeschlossen wird jedes Kapitel durch ein umfangreiches Literaturverzeichnis. Wer immer sich mit neuen Versorgungsmodellen im Gesundheitswesen, sei es politisch oder wissenschaftlich, sei es praktisch in der unterschiedlichen Rollen und Aufgabenfeldern befasst, wird am Klassiker von Amelung nicht vorbei können. Alles andere wäre mehr als fahrlässig.

Franz Knieps, Berlin

■ **Der Deutsche Apothekenmarkt – Reformoptionen für eine effiziente und nachhaltige Versorgung**
von Haucap, J., Coenen, M., Herr, A., Kuschinke, B., erschienen in der Reihe »Wettbewerb und Regulierung von Märkten und Unternehmen«, broschiert, 94 Seiten, Baden-Baden (NOMOS) 2012.

Die Autoren analysieren den deutschen Apothekenmarkt und kommen gerade unter dem Gesichtspunkt einer flächendeckenden Versorgung zu dem Ergebnis, dass die ökonomischen Anreize dafür dringend verbessert werden müssen. Sie schlagen daher vor, Bedarf und Nachfrageverhalten der Patienten über den wirtschaftlichen Erfolg und damit den Standort einer Apotheke entscheiden zu lassen. Statt den Patienten, der eine ärztliche Verordnung erhalten hat, mit einer Zuzahlungsgebühr zu belegen, sollte er den Abgabezuschlag für die Apotheke als Selbstbehalt tragen. Dazu müsste er seine Rechte als Verbraucher einsetzen und einen neuen Apothekenwettbewerb nutzen können. Die Voraussetzung dafür ist, den Abgabezuschlag je Packung, den die Apotheken abrechnen können, unterhalb eines Höchstzuschlages gesetzlich freizugeben. Heute sind der Preis des Mittels und der Zuschlag für die Abgabe gesetzlich gebunden bzw. fixiert. Die Preisbindung aufzuheben wird nicht diskutiert. Statt den Patienten aber für das Befolgen einer ärztlichen Verordnung sinnfrei mit einer Zuzahlungsgebühr zu belegen, sollte er künftig (ohne jede Mehrbelastung) mit seiner Nachfrage die Leistung der Apotheke honorieren. Bei hoher Angebotsdichte könnte der Zuschlag dann sinken, während er sich bei geringer Angebotsdichte dem Höchstbetrag nähern und so Anreize für neue Niederlassungen begründen könnte. Zuzahlungsbefreiungen, die über Stadt und Land gleich verteilt sind, blieben bestehen. Wo Zuzahlungsbefreiungen regional vermehrt auftreten, wird wegen der höheren Bevölkerungsdichte auch ein höherer Umsatz insgesamt erwartet werden. Bildete der Höchstzuschlag wirtschaftlich etwa den Status quo ab, könnten die Patienten durch sinkende Zuschläge und/oder höheren Komfort des Angebotes (Angebotsdichte, Heimservice) nur gewinnen. Hier funktionierte der viel beschworene »Markt im Gesundheitswesen« einmal tatsächlich im Sinne der Konsumenten (für die er da ist), wenn der Arzt die Art der Versorgung bestimmt, die Krankenkasse die Kosten beeinflusst und der Patient in einem wirtschaftlichen Rahmen den Einzelhandel steuert. Bei einer Höchstgebühr für die Abgabe in Höhe von 10 Euro erwarten die Autoren unter sonst gleichen Bedingungen Einsparungen in Höhe von 100 bis 450 Mio. Euro.

Gegen solche Vorschläge wird die Apothekerzunft all den ethischen Nebel in Wallung bringen, der ihn vom übrigen Einzelhandel unterscheidet. Während den Arbeitnehmern zum Erfolg der deutschen Wirtschaft ungeahnte Beweglichkeit und Unsicherheiten abverlangt werden, haben sich die Apotheker auf den Fixzuschlag eingerichtet. Der galt vielen Gesundheitspolitikern als heilberufliche Freisprechung von kaufmännischen Interessen. Aber Vorsicht! Gesundheitspolitik unterliegt häufig einer doppelten Irrtumsgefahr. Je schneller der Gesetzgeber die Interventionsspirale dreht, desto höher wird zum einen die Wahrscheinlichkeit, dass er Phänomene attackiert, deren Ursache er selbst gesetzt hat. Das zu unterscheiden fällt in einem komplett regulierten

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2012-2-70

Patientenversorgung verbessern

Patientenversorgung verbessern durch interdisziplinäre Kooperation

Erkenntnisse der Arbeits- und Komplexitätsforschung

Von Beatrice Valeska Podtschaske

2012, 212 S., brosch., 49,– €
ISBN 978-3-8329-7490-9

(Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft, Bd. 35)

Thema ist das Phänomen Komplexität im Arbeitskontext der Patientenversorgung. Eine Analyse der Patientenversorgung sowie Stand der Komplexitäts- und Arbeitsforschung bilden die Grundlage, für drei Praxisbeispiele erfolgt eine Evaluation. Zentrales Ergebnis ist das DESPINA-Modell: ein Ordnungsrahmen für die Gestaltung von komplexen Arbeitssystemen.

www.nomos-shop.de/14695

Nomos

System unter heftiger Interventionstätigkeit schwer. Zum anderen hält die Umlaufgeschwindigkeit guter Vorschläge den Zentrifugalkräften dieser Interventionstätigkeit selten Stand. Hat sich ein wohlmeinender Gedanke im politischen Repertoire endlich durchgesetzt, können ihm die realen Grundlagen bereits entzogen sein. So ging es auch mit dem viel gelobten Fixzuschlag für Arzneimittel aus Apotheken. Wohlmeinend hatte die Diskussion erkannt, dass ein prozentualer Apothekenzuschlag Anreize für die Abgabe teurer Mittel beinhaltete. Also kappte der Gesetzgeber die Handelsspannen und stellte grundlegend auf den Fixzuschlag um. Regelungsbeteiligt war nicht mehr der Wirtschaftsminister, sondern der Gesundheitsminister mit seinen Krankenkassen. Diese haben seither die Vorgabe, über die Anpassung des Zuschlags zu verhandeln. Allerdings wurde der Fixzuschlag erst durchgesetzt, als (1. und offensichtlich) die Apothekendichte ein Extrem erreicht hatte und Apotheken (2. und schlimmer noch) keinerlei Einfluss mehr auf die Abgabe rezeptpflichtiger Arzneimittel zu Lasten der Krankenkassen hatten. Was abzugeben ist, bestimmen der Arzt und Verträge mit den Krankenkassen. Es gab gar keine realen Anlässe mehr, die vor kaufmännischen Anreizen bei der Abgabe auf Rezept hätten ethisch geschützt werden müssen. Vielmehr stellte der Fixzuschlag die Krankenkassen auf dem Höhepunkt der Niederlassungsdichte in eine wirtschaftlich nicht vertretbare Alimentationspflicht auch unwirtschaftlicher Apotheken. Die meisten Anpassungen enden daher in Schiedssprüchen und Klageverfahren.

Als Treiber für die flächendeckende Versorgung reicht der OTC-Markt allein nicht aus, obschon die Margen hier bei der »Drehung und Kappung« der Preisspannen zu Lasten der Verbraucher angehoben worden waren. Auch der kassenfinanzierte Rezeptmarkt müsste hier mehr Anreize geben. Während es bald mehr Apotheken als Bankfilialen gibt, wird die Versorgung auf dem Lande brüchig. Versandapotheken, die eine flächendeckende Versorgung auch für ländliche und strukturschwache Regionen herstellen können, werden von den Apothekerverbänden politisch mit Verve bekämpft. Daher ist der Ansatz der Autoren, den Versicherten mehr Einfluss zu geben, in hohem Maße diskussionswürdig. Es kann nicht sein, dass die Versicherten, deren Einkommen in den letzten 20 Jahren netto nicht gestiegen sind, über hohe Steuern und Sozialbeiträge hinaus Zuzahlungen leisten, die nichts für eine effizientere Beschaffung der Arzneimittel bewirken. Lohnzurückhaltung und Wettbewerb am Arbeitsmarkt werden erträglicher, wenn der Wettbewerb auch für moderate Preise sorgt. Die Chancen dazu sind im deutschen Einzelhandel zumindest teilweise gewahrt – sie sollten auch für den Arzneimitteleinzelhandel gesichert werden. Bei allen Besonderheiten, die hier zu schätzen sind, sollte ein funktionaler Wettbewerb nicht abgeschnitten werden. Von daher verdient der Vorschlag der Autoren eine Diskussion über das Exotische hinaus. Der gesundheitspolitische Leitantrag zum letzten Parteitag der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands deutete eine solche Bereitschaft zur Diskussion zumindest an. Da die Apotheker verkammert sind und zunftartig organisiert, wird die pure Möglichkeit eines Wettbewerbs aber nicht reichen, wie das OTC-Beispiel zeigt. Dort bestimmen Höchstzuschläge die Margen, ohne dass über anfängliche Rabatte hinaus etwas passiert. Dazu müssen als Rahmenbedingung auch die Besitz- und Betriebsformen im Arzneimitteleinzelhandel für den Wettbewerb geöffnet werden.

Karl-Heinz Schönbach, Berlin

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2012-2-70