

# Ansatz mit hohem Entwicklungspotential?

*In Deutschland steckt Managed Care noch in den Kinderschuhen*

von Jürgen Brenn

Über den großen Teich hinweg bekommt das deutsche Gesundheitswesen neidische Blicke zugeworfen. „Das deutsche Krankenversicherungssystem ist aus amerikanischer Sicht hervorragend, beneidenswert“, schwärmte Professor Dr. Uwe Rheinhardt von der Princeton-University in New Jersey, USA, auf der Jubiläumsfeier zum 50jährigen Bestehen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung 1997 in Köln. Gleichzeitig geißelte er das US-System. Es ist „teuer, asozial. Es ist nicht insurance, es ist unsurance.“

Hierzulande fehlt in kaum einer Diskussion zum Thema Kostensenkung im Gesundheitswesen der Hinweis auf das System der Amerikaner, das mit dem Schlagwort „Managed Care“ (MC) eng verknüpft ist. Aber offensichtlich ist dieses Modell auch nicht der Königsweg. Mitte Januar berichtete die „Frank-

furter Allgemeine Zeitung“ davon, wie Ärzte vergeblich versuchten, die Preise für die erbrachten Leistungen zu erhöhen. Die MCOs (Managed-Care-Organizations) ignorierten einfach die Anpassung, die weit unter der Inflationsrate lag.

## 1. Juli 1997 war nicht die „Stunde Null“

Während sich die Amerikaner bereits mit den negativen Folgen von Managed Care auseinandersetzen, steckt die Idee in Deutschland noch in den Kinderschuhen. Der Bundesverband Managed Care e.V. (BMC) feierte kürzlich seinen ersten Geburtstag und zog gleichzeitig Bilanz.

Das am 1. Juli '97 in Kraft getretene GKV-Neuordnungsgesetz ermöglichte Modellprojekte zu Praxisnetzen und Strukturverträge. Deshalb wird dieses Datum häufig

als die „Stunde Null“ für MC in Deutschland bezeichnet. Hans-Dieter Koring, Vorstandsmitglied der Techniker Krankenkasse in Hamburg, wollte sich darauf nicht festlegen lassen. Es gäbe seit langem Voraussetzungen für Managed Care. Er verstehe unter MC-Elementen Lösungsansätze für die rationale und effektive Steuerung der Versorgung und Inanspruchnahme und damit die Ausschöpfung von Rationalisierungsprozessen. „Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen beinhaltet die Regelung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten sowie einer angemessenen Vergütung der ärztlichen Leistung“, sagte Koring. Ebenso verpflichtete das Krankenhausfinanzierungsgesetz Länder und Krankenhausträger zur Abstimmung der Versorgungserfordernisse und zur Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Der Krankenkassenvertreter Koring stellte fest, daß die Instrumente von MC nur dann erfolgversprechend etabliert werden könnten, wenn ein Umdenkungsprozeß beginne. „Aus diesem Grund müssen die in Deutschland noch immer tief verankerten Gleichungen 'mehr Leistung = bessere Versorgung' und 'weniger Leistungen = schlechtere Versorgung' dringend relativiert werden“, meinte Koring. Nach seiner Meinung ist eine „Flexibilisierung des Vertragsgeschehens“ nötig, um zu vertraglichen Vereinbarungen mit den verschiedenen Arztnetzen zu kommen. Die ge-

## Über Managed Care

### Der Ursprung

Der Begriff „Managed Care“ ist in den Vereinigten Staaten entstanden. Unter diesem Dachbegriff wurden in den 70er Jahren verschiedene Versorgungsformen im Gesundheitswesen entwickelt, deren Zweck es war, dem zunehmenden Kostendruck entgegenzuwirken. Auch die Qualitätssicherung durch Behandlungsstandards, vermehrte Transparenz des Leistungsgeschehens sowie die Förderung der Prävention sind Inhalte von Managed Care.

### Die aktuelle Bedeutung

Zur Zeit versteht man unter Managed Care oder auch Managed Health Care unterschiedliche Organisationsformen und Instrumente, mit denen eine effiziente, qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung erreicht werden soll.

### Die Europäische Sicht

Managed Care ist ein Prozeß, um den Nutzen der Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung mit den zur Verfügung stehenden Mitteln zu maximieren. Die Dienstleistung wird auf der geeigneten Stufe erbracht. Die erbrachten Dienstleistungen werden auf der Ebene des Falles überwacht, um sie stetig zu verbessern und die staatlichen Zielvorgaben für die öffentliche Gesundheit ebenso wie den individuellen Bedarf an Gesundheitsversorgung zu erreichen.

Quelle: Glossar Managed Care des Forum Managed Care (1998); Praxisnetz-Glossar, Das Wörterbuch der Praxisnetze, Walter Plassmann, Medikontor 1998.

wachsenen Vertragspartnerschaften mit den KVen wolle er aber nicht in Frage stellen, dennoch müsse eine stärkere „Lieferantenorientierung der Krankenkassen“ möglich sein, meinte Koring.

Dr. Michael C. Müller von einer Münchner Unternehmensberatergesellschaft drückte den Nachholbedarf Deutschlands im Bezug auf MC positiv aus: „Managed Care hat in Deutschland noch ein hohes Entwicklungspotential.“ Es müsse noch viel getan werden, um Praxisnetze als Instrument von MC in Deutschland zum Erfolg zu führen, so Müller.

## Zu wenig quantifizierbare Ergebnisse

Er bemängelte, daß das Thema MC zwar viel diskutiert werde, aber nur wenige quantifizierbare Ergebnisse vorhanden seien. In seiner Analyse wies Müller auf die „Veränderung des Berufsbildes durch die Formierung von Ärztenetzen“ hin. So müsse der niedergelassene Arzt lernen, mit den Behandlungsgrundsätzen in einem Netz umzugehen. Dazu gehörten das rechtzeitige Heranziehen anderer Ärzte, dem Wunsch des Patienten nach Zweitmeinung nachzugehen oder Berichte für andere Ärzte zeitgerecht zu erstellen, so Müller.

Zu den Kinderkrankheiten, an denen die Arztnetze leiden, zählte Müller unter anderem die ungelöste Datenschutzproblematik, die eine echte Vernetzung verhindere. Auch fehle oft ein professionelles Netzmanagement. Echte Inhalte und die nötige Zeit für die Kooperation seien Mangelware. Daneben bemängelte der Unternehmensberater, daß oft die Position der Kassenärztlichen Vereinigung unklar bliebe.

Dr. Jürgen Treusch vom Medizinischen Qualitätsnetz München berichtete über den Aufbau eines Netzes mit rund 200 Kolleginnen und Kollegen und dem Versuch, den Verbund vertraglich zu etablieren. Die Ärztinnen und Ärzte ließen sich bei ihrer Planung von Unternehmensberatern unterstützen und kamen rasch mit Vertretern einiger

## Wissenswertes über Praxisnetze

In Deutschland stellen Praxisnetze einen organisierten Zusammenschluß von vertragsärztlichen Praxen dar. Ziel ist es, durch eine intensive Kooperation und Kommunikation eine verbesserte Versorgung bei gleichzeitiger Senkung der Behandlungskosten und möglichst auch der Praxiskosten anbieten zu können. In einem Verbund können auch nichtärztliche Gesundheitsberufe einbezogen werden.

Mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz haben Praxisnetze seit dem 1.7.1997 die Möglichkeit, in einen Vertrag zwischen Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung über ein Modellvorhaben oder einen Strukturvertrag eingebunden zu werden. Honorar- und Leistungsformen können von den übrigen Vorgaben des Gesetzes abweichen.

So können Netzärzte in Strukturverträgen (§ 73a SGB V) die Steuerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im Rahmen eines sektorübergreifenden Budgets übernehmen. Die mit dem Budget auf die Ärzte übergegangene ökonomische Verantwortung ist ein typisches Steuerungselement von Managed Care. Ein weiteres Managed-Care-Instrument ist der finanzielle Anreiz für Versicherte durch deren Beteiligung an Einsparungen (§ 63 SGB V).

Quelle: siehe oben

Krankenkassen ins Gespräch. „Es zeigte sich, daß darüber, wie ein Netz beschaffen sein sollte, und auch über die Zielsetzung weitgehende Übereinstimmung besteht“, sagte Treusch über den Dialog.

Nach den Vorgesprächen schalteten die Netzärzte die zuständige KV – hier die KV Bayerns – ein. Die Verhandlungen zwischen KV und den Krankenkassen hätten sich über ein Jahr ergebnislos in die Länge gezogen, berichtete Treusch.

Die KV Bayerns habe argumentiert, daß man sich nur nach sehr sorgfältigen Überlegungen in 'unbekanntes Gebiet' wagen dürfe, referierte der Netzarzt. Treusch ärgerte sich: „Ärztennetze sind keine Kindergärten. Ärzte sind sehr wohl in der Lage, für sich selbst zu sorgen, wenn sie nicht durch ihre Standesvertretung behindert werden“.

## Nicht nur Kostendämpfung

Nachdenkliche Töne schlug der BMC-Vorstandsvorsitzende Dr. Klaus Meyer-Lutterloh an. Bisher seien in Deutschland über die Problemlösungskraft von MC nur theoretische Aussagen möglich. „Wir können allenfalls Rückschlüsse aus Erfahrungen ziehen, die in anderen Ländern gewonnen wurden“, so Meyer-Lutterloh. Er erinnerte an die negativen Schlagzeilen der Health Maintenance Organizations (HMOs). „Insbesondere waren es jene HMOs mit angestellten Ärzten – sogenannte Staff Models –, die durch Leistungsbeschränkungen

und starken Druck auf die Leistungserbringer die Versorgungsqualität verringerten. „Ein Beispiel dafür sind zu frühe Entlassungen von Patientinnen nach komplizierten Geburten“, sagte der BMC-Vorsitzende. In Deutschland könne das Ziel von MC nicht allein Kostendämpfung sein. Qualität, Wirtschaftlichkeit, Solidarität, Humanität und medizinischer Fortschritt bildeten zusammen die „Meßlatte“, an der sich die MC-Instrumente orientieren müßten.

## Patienten nicht vergessen

Meyer-Lutterloh rief dazu auf, nicht die Vernetzung als einziges Instrument zu favorisieren. Er berichtete von einer Kooperation zwischen Ärzten, Krankenkassen und Apotheken bei einem Impfprogramm. Das Projekt verbesserte die Durchimpfungsrate der Bevölkerung bei gleichzeitiger Kostenreduktion, ohne daß Strukturen verändert werden mußten. „Eine effiziente Versorgungssteuerung ist in Teilbereichen durchaus auch ohne Netzbildung oder Eingriffe des Gesetzgebers möglich“, resümierte Meyer-Lutterloh.

Er sagte weiter, daß zuerst die Ziele klar sein müßten, bevor man an die Auswahl der geeigneten Steuerungsinstrumente gehe. Auch rief er dazu auf, die Patienten und Versicherten und deren Bedürfnisse nie aus den Augen zu verlieren.