

Was meinen wir eigentlich, wenn wir von Managed Care (MC) in Europa und Deutschland sprechen? Eine 1:1-Kopie amerikanischer MC-Modelle? Ein fertig umsetzbares Konzept? Ein „Allheilmittel“ für nahezu alle Probleme der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder den Einstieg in den Ausverkauf der solidarischen Krankenversicherung?

Die Diskussion über MC wird dadurch erschwert, daß es für diesen Begriff viele, aber nicht deckungsgleiche Definitionen gibt, und daß ganz unterschiedliche Organisations- und Versorgungsformen die Bezeichnung Managed Care für sich beanspruchen. Professor Karl Lauterbach, Leiter des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln meint, daß es sich bei uns bereits jetzt schon um einen Modebegriff handele, „während die damit verbundenen Ideen auch in Zukunft aus der Diskussion um Struktur-reformen im Gesundheitssystem nicht mehr wegzudenken“ sein werden. Ursula Rachold bezeichnet MC in der Zeitschrift *Perspectives on Managed Care* eher als „eine Philosophie, die zunächst nur das Ziel bestimmt, nicht aber den Weg zur Erreichung des Ziels“.

Gehen wir von der Überlegung aus, daß „Managen“ ein gemeinsames zielgerichtetes Handeln bedeutet, so stellt MC oder besser Managed Health Care (MHC) ein gemeinsames zielgerichtetes Handeln dar, um Versicherte mit Gesundheitsleistungen zu versorgen. Dabei sind Strukturkomponenten, also die Formen der Versorgung etwa durch Vernetzung oder Verzahnung (zum Beispiel in Praxisverbänden oder der Integrationsversorgung) und Prozeßsteuerungskomponenten zu unterscheiden, also die Frage, wie die Versorgung durch die Anwendung von MC-Instrumenten geregelt wird. Bei näherer Betrachtung sind MHC-Modelle durch folgende Merkmale festgelegt: die Struktur, die Ziele, die an-

Europäische Variante von Managed Care ■

Das schweizerische Forum Managed Care (FMC) und der deutsche Bundesverband Managed Care (BMC) haben Anfang des Jahres 1999 in einem gemeinsamen Papier niedergelegt, was sie unter „Managed Care“ oder „Managed Health Care“ in Europa verstehen: „Organisationsformen und Prozesse, deren Ziel es ist, die Versorgung mit Gesundheitsleistungen innerhalb eines Solidaritätssystems qualitativ besser und wirtschaftlicher zu gestalten – trotz unterschiedlicher Interessen innerhalb der Schicksalsgemeinschaft von Versicherten und Patienten, Leistungserbringern und Kostenträgern.“

Zukunft durch Managed Care

Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung und ein effizienter Umgang mit den begrenzten Finanzmitteln sind die wichtigsten Ziele. Dagegen sind die Verweigerung notwendiger Leistungen zur Kosteneinsparung oder eine gezielte Risikoselektion mit den in Deutschland gesellschaftlich anerkannten Grundsätzen nicht vereinbar.

*von Klaus Meyer-Lutterloh**

und Patienten zur sparsamen Mittelverwendung, partielle Unterversorgung chronisch Kranker und Überversorgung mit bestimmten technischen Untersuchungsleistungen, teilweise unzureichende Qualitätssicherung und mentale Fehleinstellungen („Wagenburgmentalität“) der an der Versorgung Beteiligten mit der Folge der Ressourcenverschwendung, von Qualitätsdefiziten und der Blockade von Kreativität und Innovation.

Ziele von Managed Health Care

Als vorrangige Ziele gelten Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung und ein effizienter Umgang mit den begrenzten Finanzmitteln. Dem steht die sektorale Zergliederung unseres Systems und die Möglichkeit der ungesteuerten und unkoordinierten Nutzung aller Versorgungsangebote im Wege. Daraus ergeben sich als weitere Ziele die Verbesserung der Koordination innerhalb der Versorgungskette und eine Vernetzung im Sinne der Integrationsversorgung. Der Begriff Versorgungsqualität sollte in diesem Zusammenhang möglichst durch Orientierung an Gesundheitszielen eindeutig definiert werden. Dann können außer medizinisch-wissenschaftlichen auch subjektive, von den Patienten vorgegebene Ziele (z.B. Lebensqualität) berücksichtigt werden.

Instrumente von Managed Health Care

Ein MHC-Modell erhält sein Profil durch ein möglichst wirkungsvolles Zusammenspiel unterschiedlichster Instrumente, von denen viele auch einzeln eingesetzt werden können. Aber erst die Synergie verschiedener Elemente macht das Wesen und den Nutzen eines MHC-Modells aus. Instrumente eines optimierten medi-

gewandten Instrumente und den staatlichen Ordnungsrahmen.

Handlungsbedarf im Gesundheitswesen

Die entscheidende Frage ist, ob MHC in der Lage ist, spezifische Probleme des Gesundheitssystems zu lösen. In Deutschland bieten sich dafür viele Ansatzpunkte: die sektorale Zergliederung und Finanzierung, eine unzureichende sektorübergreifende Prozeßsteuerung, der ungesteuerte Zugang der Versicherten zu den Ressourcen, keine Gesamtverantwortung für einen sektorübergreifenden Mitteleinsatz, fehlende Anreize für Leistungserbringer

*Dr. Klaus Meyer-Lutterloh ist Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Managed Care e.V. (BMC).

zischen Versorgungsmanagements sind beispielsweise sektorübergreifende Disease- und Case-Management-Konzepte, Leitlinien, die patientenfreundliche Überbrückung der Schnittstellen zwischen ambulanter, stationärer, hausärztlicher, fachärztlicher, pflegerischer und rehabilitativer Versorgung sowie die Verbesserung des patientenbezogenen Informationsaustausches zwischen den Versorgungsbereichen. Auch die evidenzbasierte Medizin kann als Instrument von MC eingesetzt werden. Allerdings führt die Kenntnis der richtigen Behandlungskonzepte noch längst nicht zu deren Anwendung. Es sind vielmehr zusätzliche Anreizfaktoren nötig. Die Motivation der Versicherten und Patienten zum gesundheitsbewußten Verhalten, Angebote von Gesundheitsberatungen, Patientenschulungen, Hilfe zur Selbsthilfe, Prävention sowie auch Anreize zur Nutzung der MHC-Strukturen gehören zum Spektrum notwendiger MHC-Instrumente.

Es wäre fehlerhaft, den Konzepten nur medizinische oder nur ökonomische Entscheidungskriterien zugrunde zu legen. Vielmehr müssen Medizin und Ökonomie gleichermaßen berücksichtigt werden. Beispielsweise lassen sich durch kombinierte Budgets mit Budgetverantwortung für Praxisnetze oder interprofessionelle Systemanbieter Anreize für mehr Wirtschaftlichkeit schaffen. Die Absicherung eines MHC-Modells gegenüber dem Risiko der Morbiditätsschwankungen oder der Änderung der Risikostruktur der Versicherten erfordert ergänzende Regelungen. Als Beispiel sei die Beteiligung der Krankenkassen an hohen oder schwer vorhersehbaren Kostenrisiken genannt. Zum differenzierten Umgang mit der Risikofrage bietet sich auch die Nutzung des Erfahrungs- und Erkenntnischatzes der privaten Versicherungswirtschaft an.

Zur schrittweisen Weiterentwicklung und Verbesserung des Managements sind darüber hinaus weitere Voraussetzungen nötig, insbesondere eine bessere Datenverfügbarkeit und Transparenz im System, um eine interne und externe Qualitätssicherung ebenso zu ermöglichen wie die sektorübergreifende Leistungs- und Kostenerfassung sowie die Erfassung von medizinischen Ergebnissen und Patientenzufriedenheit.

Die Qualifikation des „Lotsen“ im System

Eine zur Zeit viel diskutierte Frage ist, wer die Lotsenrolle für den Patienten im komplizierten Gesundheitssystem übernehmen soll. Derzeit agieren oft mehrere „Fall-Manager“ unkoordiniert nebeneinander: zum Beispiel der Patient selbst, der Hausarzt, der Apotheker, der Pflegedienst, Fachärzte, der Medizinische Dienst der Krankenkassen und so weiter. Angesichts der Bindung des überwiegenden Anteils besonders älterer Patienten



Dr. Klaus Meyer-Lutterloh,
Vorstandsvorsitzender
des Bundesverbandes
Managed Care e. V.
Foto: Archiv

an einen Hausarzt ist dessen strategische Rolle unbestreitbar. Der primär in Anspruch genommene Hausarzt oder „Kordinationsarzt“ kann seiner Lotsenfunktion nur dann gerecht werden, wenn er die dafür nötige Qualifikation besitzt und zusätzlich für eine kontinuierliche Qualitätssicherung gesorgt ist. Es läßt sich nicht leugnen, daß diese Voraussetzungen zur Zeit keinesfalls flächendeckend gegeben sind. Zur Lösung dieses Problems könnte am ehesten ein Prozeß des kontinuierlichen Lernens, der Ergebniskontrolle und der interdisziplinären Konsensfindung in überschaubaren Verbänden von Ärzten und/oder anderen Leistungserbringern beitragen. Die freie Arztwahl steht bei uns nicht zur Disposition. Das bedeutet, die Entscheidung

eines Patienten, sich in die Obhut eines Koordinationsarztes zu begeben, ist freiwillig. Kein Patient wird sich dazu entschließen, wenn er nicht für sich die Vorteile und den Nutzen erkennt. Das persönliche Arzt-Patienten-Verhältnis spielt dabei eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Literaturliste liegt der Redaktion vor.

Gesetzliche Bestimmungen zum Praxisverbund

Vertragsärztliche MHC-Modelle sind unter den gesetzlichen Rahmenbedingungen, die seit 1. Juli 1997 gelten, als Modellvorhaben oder im Rahmen von Strukturverträgen möglich. Die Musterberufsordnung für Ärzte verlangt dabei einerseits, daß Praxisverbände, die einen Versorgungsauftrag im Rahmen der GKV wahrnehmen, grundsätzlich allen teilnahmeberechtigten Vertragsärzten offenstehen, erlaubt aber andererseits, Ärzte auszuschließen, die qualitativen und räumlichen Kriterien nicht entsprechen. Die Berufsordnung für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte vom 14.11.1998 regelt in §35 Nr. 11 den „Praxisverbund“ entsprechend. Die Beschränkung der Behandlungsermächtigung auf ausgewählte Leistungserbringer ist in Deutschland im Rahmen des Berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens geläufig und deshalb kein Novum.

Die bei uns inzwischen in Praxisnetzen gewonnenen Erfahrungen zeigen, daß die neuen Versorgungsstrukturen in der Regel auf ein professionelles Unternehmensmanagement nicht verzichten können. In noch viel stärkerem Maße gilt dies für sektorübergreifende integrative Versorgungsformen. Schon die Einzelunternehmen Arztpraxis, Gemeinschaftspraxis, Krankenhaus oder Reha-Einrichtung müssen ihre Organisationsabläufe steuern. Dies gilt auch für neue Strukturen, die durch Vernetzung und Integration entstehen. Diese Tatsache wird oft verkannt und gelegentlich – und wie ich meine, fälschlicherweise – als unnötiger Kostenfaktor angesehen sowie als Argument gegen Vernetzung und MHC benutzt.

Der Ordnungsrahmen

MHC-Konzepte lassen sich nicht ohne weiteres von einem Staat auf den anderen übertragen. Jeder Staat hat seinen eigenen Ordnungsrahmen. Gleichwohl stellt sich die Frage nach der Finanzierbarkeit von Gesundheitsleistungen und der Stärkung der Eigenverantwortung des Patienten. Es widerspricht nicht den Grundsätzen des deutschen Gesundheitswesens, wenn beispielsweise der versicherte Patient die Finanzierung kleinerer Krankheitsrisiken selbst übernimmt. Die Vorenthaltung notwendiger Leistungen zur Kosteneinsparung, eine gezielte Risikoselektion oder gar die Kopie US-amerikanischer MC-Konzepte sind allerdings mit den in Deutschland gesellschaftlich anerkannten Grundsätzen nicht vereinbar.