

# **Managed Care im sozialen Staat Deutschland**

Dr. med. habil. Thomas Schang,  
23701 Eutin, Stolbergstraße 6

**12. Managementkurs der health care akademie, Düsseldorf  
Management für neue Versorgungs- und Kooperationsformen im  
Gesundheitswesen**

**Dozent: Prof. Dr. phil. Günther E. Braun**

<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>Seite</b>
<b>1. Einleitung.....</b>	<b>3</b>
<b>2. Managed Care.....</b>	<b>4</b>
<b>3. Managed Care in den USA.....</b>	<b>5</b>
3.1. Beispiel Montefiore.....	5
3.2. Beispiel Kaiser Permanente.....	6
<b>4. Managed Care in der Schweiz.....</b>	<b>7</b>
<b>5. Managed Care in Deutschland.....</b>	<b>9</b>
5.1. Sektorengrenzen.....	9
5.2. Berufsgenossenschaften und Managed Care.....	10
5.3. Gesetzliche Krankenversicherung und Managed Care.....	10
5.4. Beispiel Prospernetze.....	12
5.5. Beispiel Gesundes Kinzigtal.....	14
5.6. Medizinische Versorgungszentren.....	16
5.7. Finanzierung / Vergütung.....	18
5.8. Implementierung von Managed Care –Modellen.....	19
5.9. Hindernisse für Managed Care in Deutschland.....	20
<b>6. Schlussfolgerung.....</b>	<b>22</b>

## **Literatur**

## 1. Einleitung

Die Gesundheitssysteme der westlichen Industriestaaten stehen seit Jahrzehnten in ständiger Diskussion und unterliegen einem substanziellen Umbauprozess. Zumindest in Deutschland existiert dieser gesellschaftliche Diskurs spätestens seit der Bismarckschen Sozialgesetzgebung in nicht weniger heftiger Form als heute. Triebkraft dieses Prozesses sind nicht so sehr medizinisch-wissenschaftliche Probleme als vielmehr volkswirtschaftliche Zwänge. Stetiger medizinischer Fortschritt führte nicht nur zu immer besseren medizinischen Behandlungsmöglichkeiten sondern auch zu steigenden Kosten insbesondere durch moderne apparative Diagnostik und innovative Pharmaka.

Seit der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts erlebte die Medizin, begünstigt durch revolutionäre naturwissenschaftliche Erkenntnisse und eine rasante industrielle Entwicklung, einen nie dagewesenen Fortschritt.

Epidemien wurden eingedämmt durch ein entstehendes Impfwesen und medizinische Erkenntnisse, die die Kanalisationssysteme der Großstädte revolutionierten. Behandlungsmethoden der Spätantike und schamanistischer Volksmedizin traten einer wissenschaftlich begründeten Pharmakotherapie und bis dahin unerhörte chirurgische Eingriffe gegenüber. Technische Entwicklungen eröffneten ungeahnte diagnostische und therapeutische Möglichkeiten. Schon sehr frühzeitig erkannten Weitsichtige jedoch auch paradoxe ethische und wirtschaftliche Probleme des Fortschritts.

So schrieb der Chirurg Theodor Billroth bereits 1872 an den Komponisten Johannes Brahms: „Ich habe übrigens schon seit vielen Jahren das Paradoxon aufgestellt, dass die steigende Vervollkommnung der ärztlichen Kunst wohl dem Individuum zugute kommt, die menschliche Gesellschaft aber ruinieren muss.“ (Greither, A).

Jahrzehnte des Wohlstands ließen die Ansprüche der Bevölkerung an medizinische Versorgung steigen. Immer ausgefeiltere solidarische Sozialsysteme kommen diesen Bedürfnissen nach, schaffen jedoch auch immer drängendere, systematische volkswirtschaftliche Probleme.

Gleichzeitig erhöht der demografische Wandel den Druck auf die Sozialsysteme und damit auf die gesamte Volkswirtschaft, die wiederum auch hinsichtlich der Kosten ihrer Sozialsysteme im globalen Wettbewerb steht. Kernproblem des demografischen Wandels ist dabei nicht einmal das Verhältnis des arbeitsfähigen Bevölkerungsanteiles zum nicht arbeitsfähigen Anteil. Dieses Verhältnis hat sich in den letzten Jahrzehnten tatsächlich eher günstig entwi-

ckelt, wegen des sinkenden Anteils der noch nicht Arbeitsfähigen. Problematisch ist vielmehr der steigende Anteil der über 65 – jährigen mit seinen überproportional hohen Krankheitskosten in Kombination mit tendenziell sinkenden Rentenbezügen und damit geringeren Beitragsleistungen der Rentner zur GKV. Der Anteil der über 65-jährigen an der Bevölkerung steigt von 6,7 % in 1950 auf aktuelle 16,9 % bis auf 22,3 % in 2030 (Statistisches Bundesamt, 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung).

Es wurde bereits vielfältig darauf hingewiesen, dass die seit den 1970er Jahren von Sozial- und Wirtschaftspolitikern behauptete sogenannte Kostenexplosion des Gesundheitswesens in Deutschland sich mit dem langfristig stetig gleich bleibenden Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandsprodukt (BIP) von 6 % nicht wirklich belegen lässt. Problematisch ist allerdings ein stetig wachsender Anteil der Beitragskosten zur Gesetzlichen Krankenversicherung an den Einkommen der Versicherten von 5,5 % in den 1950er Jahren bis zu den aktuellen 14,9 %, die auch nur durch einen wachsenden Steuerzuschuss zum Gesundheitsfond, Selbstbeteiligungen der Versicherten und durch Zusatzbeiträge der Versicherten aufrecht erhalten werden können.

Ein Lösungsansatz aktueller Gesundheitspolitik in Deutschland besteht etwa seit Anfang der 1990er Jahre in der Förderung der Anwendung von Managementelementen in der Gesundheitsversorgung. In Analogie zur Organisation moderner industrieller Produktions- und Wirtschaftsprozesse liegt es nahe, den immer komplexer werdenden Prozess gesundheitlicher Versorgung nach den Regeln modernen Managements zu organisieren. Dabei geht es nicht nur um Kostenkontrolle, sondern auch um die dauerhafte Gewährleistung einer definierten Versorgungsqualität. Bis auf wenige „Leuchtturmprojekte“ konnte Managed Care in Deutschland jedoch noch keine weitere Verbreitung finden. Die vorliegende Arbeit möchte Grundprinzipien des Managed Care darstellen. Dazu sollen ausgewählte Beispiele aus dem Ausland erläutert werden, denen Modelle aus Deutschland gegenüber gestellt werden. Dabei soll auf die historisch bedingten Besonderheiten des deutschen Gesundheitswesens hingewiesen werden, die vom Ausland differierende Formen des Managed Care begünstigen.

## **2. Managed Care**

Managed care ist ein Begriff aus der U.S.-amerikanischen Gesundheitswirtschaft, der nicht völlig einheitlich verwendet wird. Wesentliche Definitionselemente sind jedoch die Integration von Kostenträger und Leistungserbringer und die Anwendung von Managementprinzipien in der Organisation von Gesundheitsversorgung (Kühn, H). Amelung präzisiert in seiner

Definition von Managed Care dahingehend, dass eine zumindest partielle Integration von Leistungserbringung und Leistungsfinanzierung, die Anwendung von Managementprinzipien bei der Leistungserbringung und selektives Kontrahieren der Kostenträger mit ausgewählten Leistungserbringern vorliegen. Ziel von Managed Care ist die effiziente Steuerung von Kosten und Qualität im Gesundheitswesen (Amelung, V(a)).

Während die Steuerung eines Wirtschaftsunternehmens mittels Managementprinzipien weltweit eine Selbstverständlichkeit darstellt wird dies im Gesundheitswesen selbst im Mutterland des Managed Care durchaus auch kritisch gesehen. Ärzte wie Patienten scheuen sich davor, das Gesundheitswesen wie einen profitorientierten, industriellen Produktionsprozess organisieren zu lassen. Ärzte reklamieren für sich eine ethische Grundhaltung, die im Gegensatz zum Primat einer Profitmaximierung steht und befürchten darüber hinaus einen Verlust professioneller Entscheidungsbefugnisse zu Gunsten eines ökonomisch orientierten Managements. (Wiechmann, M).

Patienten argwöhnen, aus Profitgründen notwendige Leistungen in erforderlicher Qualität vorenthalten zu bekommen. Wie der amerikanische Filmemacher Michael Moore in seinem Film „sicko“ darstellte, sind diese Befürchtungen zumindest in Einzelfällen nicht grundlos. Dennoch kann es am grundsätzlichen Nutzen rationaler Planung eines komplexen Versorgungsprozesses keinen vernünftigen Zweifel geben. Entscheidend für eine breite Akzeptanz von Managed Care sind jedoch die konkreten Ziele, die Methoden der Umsetzung und der erforderliche Aufwand zur Systemoptimierung.

Die Aufgabenstellung kann daher lauten:

- 1) Definition einer von den entscheidenden Akteuren im Gesundheitswesen akzeptierten Zielsetzung
- 2) Identifikation geeigneter Methoden der Umsetzung
- 3) Finanzierung des erforderlichen organisatorischen Aufwandes.

Diese 3 Aufgaben werden in unterschiedlichen Gesundheitssystemen und Regionen möglicherweise unterschiedlich gelöst werden.

### **3. Managed Care in den USA**

#### **3.1. Beispiel Montefiore**

Eines der ältesten Beispiele einer nach Managed Care –Prinzipien organisierten medizinischen Versorgung stellt Montefiore im New Yorker Stadtteil Bronx dar.

Ausgehend von einem 1884 gegründeten Invalidenheim wurde in zahlreichen Einzelschritten ein komplexes Versorgungsnetz geknüpft, teils durch Übernahme von Einrichtungen, teils durch Kooperationsverträge. Am Ende stand eine komplette Versorgungs- und Wertschöpfungskette von Primär- und Facharztpraxen, Akut- und Rehakliniken, ambulanter und stationärer Pflege, sowie medizinischen Ausbildungs- und Forschungseinrichtungen. Die Versorgungskette beginnt bereits mit Präventionsprogrammen in den Schulen durch einen speziellen „Health Service to Children“. Die partielle Integration von Kostenträger und Leistungserbringer wird durch die Übernahme der Budgetverantwortung für 150.000 Medicaid-Versicherte auf der Grundlage eines Capitationmodells erreicht. Wesentliche Bausteine der Versorgung sind Disease Management Programme für chronisch Kranke ( KHK, Diabetes, Asthma, Depression, Bluthochdruck, Nierenversagen) und eine telemedizinische Unterstützung. Die Investitionen in das Versorgungskonzept waren enorm. Von 1995 – 2005 wurden 950 Mio. US \$, davon 150 Mio. US \$ für Informationstechnologie aufgewendet. Im Ergebnis erreicht Montefiore in allen Qualitätsindikatoren überdurchschnittliche Werte in New York, trotz eines stark problematischen sozialen Umfeldes mit 30 % Sozialhilfeempfängern (Amelung, V (b)).

### **3.2. Beispiel Kaiser Permanente**

Das wohl bekannteste Beispiel eines Managed Care- Modells im Rahmen einer „Health Maintenance Organisation“ (HMO) stellt der Gesundheitskonzern Kaiser Permanente (KP) dar. Der Industrielle Henry Kaiser gründete 1933 eine Krankenversicherung für einen Teil seiner Arbeiter. Um die Finanzierung einer Klinik in der Mojave-Wüste, die die Arbeiter eines grossen Bauprojektes versorgte, langfristig sicher zu stellen, wurde ein „Prepaid-Modell“ mit dem Klinikbetreiber Dr. Garfield vereinbart. Die Klinik erhielt von der Versicherung eine Vorauszahlung von 1,50 \$ pro Monat für jeden Arbeiter zur Abdeckung von Arbeitsunfällen. Die Arbeiter zahlten 5 Cents pro Tag zur Abdeckung der übrigen medizinischen Versorgung. Dieses erfolgreiche Modell wurde auf weitere Regionen übertragen, auf Druck der Gewerkschaften nun auch für die Angehörigen der Versicherten. 1973 unterzeichnete Präsident Nixon den „Health Maintenance Organisation Act“, der grossen Arbeitgebern vorschrieb, ihren Angestellten mindestens eine Krankenversicherung über eine HMO anzubieten. KP wurde der führende HMO-Anbieter mit derzeit ca. 9 Millionen Versicherten.

Rückgrat der Unternehmensphilosophie waren die Bindung der Versicherten an Leistungserbringer von KP, vorgezeichnete Behandlungspfade und ein Focus auf elektronische Kommunikation der Leistungserbringer untereinander und mit dem Patienten unter dem Stichwort „real

time health care“. In der Versorgung wird ein besonderer Schwerpunkt auf die Prävention gelegt. Kostensparend sollen insbesondere die Vergütung der Ärzte auf Gehaltsbasis wegen fehlender Anreize zur Erbringung unnötiger Leistungen wirken und die Minimierung von stationären Aufenthalten.

Bemerkenswert ist die Tatsache, dass die Entwicklung von KP keineswegs geradlinig, sondern vielfach nach dem Prinzip Versuch und Irrtum erfolgte. Dies schloss beinahe ruinöse finanzielle Verluste ein durch den vergeblichen Versuch, eigene Software-Lösungen zur IT-Vernetzung zu entwickeln.

Der Ausbau der HMO stand von Anfang an unter scharfer Kritik der American Medical Association (AMA), die eher den Ausbau der Versicherungen „Blue Cross“ und „Blue Shield“ favorisierte (Hendricks,R). Diese am ehesten mit den europäischen privaten Krankenversicherungen zu vergleichenden Versicherungen arbeiteten nach dem Prinzip der „Preferred Provider“, in dem der Versicherte wählen kann zwischen unter Vertrag stehenden Leistungserbringern oder anderen Leistungserbringern, die er gegen eine erhöhte Zuzahlung ebenfalls konsultieren darf.

Die Versorgungsqualität von KP wird regional unterschiedlich bewertet. Spitzenwerte erzielen insbesondere die kalifornischen KP-Unternehmensteile.

#### **4. Managed Care in der Schweiz**

1996 trat mit dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) in der Schweiz eine grundlegende Gesundheitsreform in Kraft. Die privatwirtschaftlichen Krankenversicherer unterliegen bezüglich ihrer Versicherten einem Kontrahierungszwang. Erstmals wurde eine allgemeine Krankenversicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung geschaffen. Versicherungsbeiträge werden grundsätzlich in Form von einkommensunabhängigen Pauschalen erhoben, lediglich differenziert nach Kindern, jungen Erwachsenen und Erwachsenen. Allerdings sind die Prämienhöhen regional sehr unterschiedlich, in städtischen Regionen höher als in ländlichen. Der Versicherte zahlt für seine Behandlung stets einen festen Betrag (Franchise) selbst. An allen Kosten darüber hinaus wird er prozentual beteiligt. Die Höhe der Selbstbeteiligung kann in Wahlтарifen bestimmt werden, mit entsprechenden Prämienrabatten bei höherer Selbstbeteiligung (Deimel,D).

Auf der Seite der Leistungserbringer stehen insbesondere Kliniken und Klinikverbände sowie einzelne niedergelassene Ärzte und 87 lokale oder regionale Ärztenetze (Stand 01.01. 2008, (Erhebung Ärztenetze 2008. Forum Managed Care, Winterthur, Schweiz). Die Kosten des

Gesundheitssystem der Schweiz liegen, gemessen am Anteil des Bruttoinlandproduktes (BIP), hinter den USA weltweit an zweiter Stelle. Die Steigerungsraten betragen jährlich durchschnittlich 5,6 % bei einer jährlichen durchschnittlichen Steigerung des BIP 1998-2008 von 1,2 % (Statistisches Amt Basel-Stadt). Es ist daher nicht erstaunlich, dass gerade in der Schweiz Ansätze des Managed Care intensiv verfolgt werden. Eine Umstellung der Klinikvergütungen auf DRG-Pauschalen erfolgte dabei wesentlich nach deutschem Vorbild wie auch die Implementierung von DMP-Programmen.

Die Hälfte der niedergelassenen Ärzte sind einem Versorgungsnetz angeschlossen, das wesentliche Elemente des Managed Care verwirklicht und entsprechende Verträge mit Krankenkversicherern abgeschlossen hat. Die Anzahl der beteiligten Netzärzte in einem Netz reicht von 2 bis 251 (Erhebung Ärztenetze 2008. Forum Managed Care, Winterthur, Schweiz).

Ca. 30 % der Versicherten sind aktuell in so genannten alternativen Versorgungsmodellen (AVM) eingeschrieben (Eisler,R).

Dabei ist jedoch zu unterscheiden zwischen echten Formen der integrierten Versorgung, den Vertragsmodellen und sogenannten Listenmodellen.

Vertragsmodelle beinhalten in der Regel eine sektorenübergreifende Organisation der Versorgung, geregelte Behandlungspfade, Qualitätsmanagement, IT-Vernetzung, vor allem aber verbindliche Versorgungs- und Vertragsstrukturen. Erste Anlaufstelle des Patienten ist entweder der Hausarzt im Sinne eines Gatekeepers oder ein Betreuungsarzt (Hausarzt oder Facharzt), der für den Patienten eine Lotsenfunktion wahrnimmt. Ein Teil der Verträge beinhaltet auch telemedizinische Angebote. Dabei hat der Versicherte vor einem Arztbesuch zunächst über ein Callcenter abzuklären, ob der Arztbesuch sinnvoll ist und ggf. auch, welchen Arzt er aufsuchen soll.

2/3 der beteiligten Netze übernehmen eine Budgetverantwortung in Form von Capitationmodellen oder Bonus/Malus-Regelungen. Vertragspartner sind einerseits die Krankenkversicherer und andererseits Ärztenetze, hauptsächlich als Vereine oder Aktiengesellschaften organisiert, oder HMO mit angestellten Leistungserbringern.

Listenmodelle stellen demgegenüber ein „Preferred Provider“ Modell dar, in dem die Versicherer einzelne ausgewählte Leistungserbringer unter Vertrag nehmen, die die Versicherten aufzusuchen haben, wenn sie in den Genuss von Prämienrabatten kommen wollen.

Listenmodelle bieten keine wesentlichen strukturellen Steuerungsmöglichkeiten, sind aber insbesondere bei gesunden Versicherten beliebter als die Vertragsmodelle, da hier Prämienrabatte erzielbar sind ohne die zahlreichen Festlegungen in einem Modell der integrierten Versorgung.

Für Versicherer stellen Listenmodelle zunächst einen Wettbewerbsvorteil bei der Akquise gesunder Versicherter dar. Dies wird jedoch durch einen Risikoausgleich zwischen den Versicherern relativiert.

Ärztennetze sind naturgemäß an einer Bevorzugung der Vertragsmodelle interessiert, so dass die aktuelle Diskussion in der Schweiz darauf abzielt, Listenmodelle regional nur dort zuzulassen, wo Vertragsmodelle nicht zu Stande kommen (Orientierungspapier des Forum Managed Care).

## **5.Managed Care in Deutschland**

### **5.1. Sektorengrenzen**

Solidarische Sozialsysteme hatten auf dem Gebiet des späteren Deutschen Reiches schon eine lange vorstaatliche Tradition in Zunftkassen, späteren Handwerker- und Angestelltenkassen und Arbeiterhilfsvereinigungen bevor die mit dem Namen Bismarcks verknüpfte Sozialgesetzgebung die Grundlagen unserer heutigen Sozialsysteme schuf. Darin liegt wohl ein wesentlicher Grund, warum das noch junge 2. Deutsche Reich, obwohl ansonsten zentralistisch organisiert und in Machtfragen nicht gerade zurückhaltend, kein rein staatliches Gesundheitssystem, sondern ein System des Interessenausgleichs der betroffenen gesellschaftlichen Gruppen auf gesetzlicher Grundlage gestaltete. Bis heute ist Deutschland daher weniger ein „Sozialstaat“ als ein „sozialer Staat“. Der Unterschied wird vielleicht deutlicher beim Vergleich eines „Militärstaates“ mit einem „Staat, der auch Militär hat“.

Im sozialen Staat stellt das Soziale ein wesentliches Prinzip dar, es wird aber nicht der gesamte Staat dem Sozialen untergeordnet und das Soziale ausschließlich und umfassend von Staatsorganen organisiert.

Die belassene weitgehende Eigenständigkeit der Interessengruppen wie Krankenkassen, Unfallversicherungsträger, diverse Träger der stationären Versorgung, niedergelassene Ärzte und andere Leistungserbringer, bedingte jedoch auch eine Abschottung verschiedener Versorgungsbereiche. Die Sektorengrenzen hatten stets einen ambivalenten Charakter. Einerseits sicherten sie auf Grund klar geregelter Zuständigkeiten und getrennter Finanzierungsquellen die Existenzgrundlage der Sektoren und schufen daher auch Versorgungssicherheit. Andererseits wurde eine sektorenübergreifende Kooperation und Koordination erschwert.

## **5.2. Berufsgenossenschaften und Managed Care**

Eine bezüglich des Managed Care Konzeptes wenig beachtete Ausnahme von der Sektorentrennung bildete jedoch von Anfang an die Gesetzliche Unfallversicherung (GUV). Finanziert aus Beiträgen der Arbeitgeber, beziehungsweise durch die Unfallkassen der Länder, stellt die GUV ein sektorenübergreifendes System der Unfallversorgung dar mit einheitlicher Finanzierung, einheitlicher Vergütungsordnung, einheitlichem Berichtswesen und einheitlichen Behandlungspfaden dar. Die Berufsgenossenschaften als gewerbliche Träger der GUV bieten auch ein gutes Beispiel der Integration von Kostenträger und Leistungserbringer. Sie unterhalten mehrere Unfallkliniken, die zu den anerkannt besten Kliniken in Deutschland zählen, und haben ca. 6.000 ausgewählte niedergelassene Unfallchirurgen und ambulante Einrichtungen unter Vertrag. Beteiligte Kliniken und Arztpraxen sind mit den Berufsgenossenschaften elektronisch über das System DALE-UV vernetzt, allerdings nicht untereinander.

Darüber hinaus ist die GUV auch Träger der gesetzlichen Unfallrente. Diese Gesamtverantwortung für die lebenslangen Kosten eines Berufsunfalles führt in der GUV zur Umsetzung der jeweils bestmöglichen Therapie in Akutversorgung und Rehabilitation ohne Gedanken an spürbare Kostenbegrenzung und Budgetierung. Die Versorgungskette der GUV beginnt sogar schon bei der Prävention in Form von Unfallverhütungsvorschriften und ihrer Überwachung. Die Betrachtung der deutschen Berufsgenossenschaften unter dem Managed Care-Gesichtspunkt erscheint deshalb sinnvoll und wesentlich, weil hier belegbar wird, dass Managed Care keineswegs zu Leistungsvermeidung und reiner Profitorientierung des Leistungs- und Kostenträgers führen muss. Eine Grundvoraussetzung für die optimale Versorgung im Rahmen des Managed Care scheint demnach die Budgetverantwortung für den gesamten Leistungsbereich von der Prävention bis zur Rente zu sein.

Die zweite Grundvoraussetzung ist die Vorgabe eines gesetzlichen Rahmens der Leistungsverpflichtung.

## **5.3. Gesetzliche Krankenversicherung und Managed Care**

Der enorme Wissenszuwachs in der Medizin machte zwangsläufig eine zunehmende Spezialisierung der Akteure erforderlich, so dass medizinische Behandlung, von Bagatellfällen abgesehen, heute durch mehrere Fachrichtung und Sektoren erfolgt und immer mehr einem komplexen Prozess entspricht, der eine entsprechende Steuerung erfordert.

Die Notwendigkeit einer Steuerung der medizinischen Versorgung wird auch in Deutschland wesentlich mit dem Ziel einer Kostenkontrolle verknüpft. Bereits in den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts sah der zuständige Arbeitsminister Theodor Blank in GKV Beitragssätzen von 5,5 % eine unzumutbare Kostensteigerung im Gesundheitssystem, scheiterte jedoch mit seiner Reform des Gesundheitssystems am Widerstand der Ärzteverbände, der Gewerkschaften und des Arbeitnehmerflügels der CDU (Döhler,M).

Seit Beginn der 90er Jahre begann eine Serie von Gesundheitsreformen, die auf eine strukturelle Veränderung des Gesundheitssystems abzielten, mit wesentlichen Teil-Elementen von Managed Care. Dazu gehörten ambulante und stationäre Budgetierungssysteme, Niederlassungsbeschränkungen und letztlich als Steuerungselement auch der Risikostrukturausgleich (RSA). 1998 traten Disease Management Protokolle (DMP) hinzu, die im Kern das Ziel eines Case Managements für kostenträchtige chronische Erkrankungen verfolgten. Wegen der Verknüpfung mit dem RSA und unzureichender Controlling-Konzepte blieb ihr Nutzeffekt hinsichtlich Verbesserung der Versorgungsqualität und Kostenkontrolle jedoch umstritten (Schoder,J).

In Deutschland wurde der Hausarzt, ehemals als Praktischer Arzt schon kurz nach dem Studium zur Niederlassung berechtigt, durch eine Pflichtweiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin aufgewertet, nicht zuletzt auch, um die Steuerung komplexer Versorgungsprozesse übernehmen zu können. Den gesetzlichen Rahmen dazu lieferte 2000 (erweitert 2004) die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) nach §73 b SGB V. Der erste deutschlandweite HZV-Vertrag der Barmer Ersatzkasse (BEK), wohl auch wegen der damaligen Anschubfinanzierung für Verträge zur integrierten Versorgung (IV) als IV-Vertrag abgeschlossen, zeigte jedoch während seiner 3-jährigen Laufzeit, dass das Steuerungspotential der Hausärzte weder zu einer Kosteneinsparung noch zu einer geringeren Rate an Facharztüberweisungen führte (Laschet,H). In Wahrheit erzielte die HZV für die BEK ein Defizit und die Anzahl der Facharztüberweisungen sowie die Zahl der Arztkontakte stieg sogar an (Böcken,J). Steuerungspotentiale durch Behandlungspfade, Case-Management und sektorenübergreifende Koordination der Behandlung fehlen in der HZV ebenso wie eine partielle Integration von Kostenträger und Leistungserbringer. So gesehen stellt die HZV bezüglich des Managed Care-Gedankens eher einen ordnungspolitischen Rückschritt gegenüber dem klassischen Kollektivvertrag dar, der wenigstens eine Budgetverantwortung der Vertragsärzte insgesamt in Form des Globalbudgets (Gesamtvergütung) vorsieht. Niedergelassene Hausärzte dürften hingegen in der Loslösung vom Kollektivvertrag durch eine HZV im Selektivvertrag einen Fortschritt hinsichtlich der Befreiung von Budgetgrenzen sehen. Allerdings erfolgt die Vergütung in der

HZV stark pauschaliert, in Teilen sogar unabhängig von Patientenkontakten und damit nur sehr begrenzt leistungsbezogen. Im Gegensatz zur ursprünglichen Absicht einer Verringerung von apparativen Leistungen enthält die HZV derzeit starke Anreize zur Ausweitung apparativer Leistungen, nur eben nicht durch den Facharzt sondern durch den Hausarzt.

Folgerichtig gehört die BEK ,auch nach der Fusionierung zur BEK-GEK, heute zu den entschiedensten Gegnern der HZV ohne neue Elemente einer Versorgungssteuerung, wird jedoch wie alle GKV-Kassen durch die Gesetzgebung zum Abschluss einer HZV mit dem Hausärzterverband gezwungen sein.

Die engste Annäherung an das Managed Care - Konzept wurde bisher 2004 mit der Integrierten Versorgung nach § 140 ff. SGB V erreicht. Bis auf wenige Ausnahmen wurden jedoch nur indikationsbezogene Verträge geschlossen, die aber bereits die Elemente sektorenübergreifende Versorgung, Definition einer Behandlungskette und frei verhandelte Vergütung verknüpften.

Erst populationsorientierte IV-Verträge, die sektorenübergreifend die gesamte medizinische Versorgung einer Region umfassen und auch den Leistungserbringern durch Budgetverantwortung wenigstens partiell die Rolle des Kostenträgers übertragen, können als echte Managed Care-Konzepte angesprochen werden.

#### **5.4. Beispiel Prosper-Netze**

Das älteste und erfolgreichste Managed Care-Konzept im Bereich der GKV stellen seit 1998 die Prosper-Netze der Knappschaftskrankenkasse dar. Namensgeber waren die Prosper-Bergwerke der Ruhrgebietsstadt Bottrop. Die Knappschaft, als traditionsreiche Krankenkasse der Bergleute, sah sich nach der Stilllegung der meisten Bergwerke einem wachsenden Altersdurchschnitt ihrer Versicherten ausgesetzt, da die jungen und tendenziell gesünderen Mitglieder ausblieben. So lag der Altersdurchschnitt der Knappschaftsversicherten 1999 mit 59,1 Jahren 18 Jahre über dem Durchschnitt der GKV Versicherten mit 41,3 Jahren. Darüber hinaus besteht bei den Versicherten der Knappschaft eine Krankheitslast über dem GKV Durchschnitt. Insbesondere die Kosten für Neubildungen und Herz-Kreislaufkrankheiten haben bei der Knappschaft einen deutlich höheren Anteil an den Gesamtkosten als im Bundesdurchschnitt der GKV. Daher stand die Knappschaft unter einem besonderen Druck, ihre medizinischen Versorgungskosten zu senken.

Gleichzeitig lagen bei der Knappschaft jedoch schon wesentliche Voraussetzungen eines Managed Care - Ansatzes vor. Die Knappschaft mit 1,4 Millionen Krankenversicherten be-

treibt 6 eigene Kliniken und ist an 5 weiteren Kliniken beteiligt mit insgesamt ca. 7.000 Betten, dazu kommen 10 Reha-Kliniken mit ca. 1.300 Betten. Ca. 1.400 niedergelassene Ärzte stehen als Knappschaftsärzte in einer besonderen Vertragsbeziehung zur Knappschaft neben ihrer sonstigen vertragsärztlichen Tätigkeit im übrigen GKV-System. Zusätzlich ist die Knappschaft auch Rentenversicherungsträger für ca. 2,8 Millionen Rentenversicherte. Es bestehen also einige Gemeinsamkeiten mit dem System der Berufsgenossenschaften. Insbesondere besteht eine partielle Integration von Kostenträger und Leistungserbringer.

Es fehlten noch die konsequente Umsetzung von Managementprinzipien in einer definierten Versorgungskette mit einer elektronischen Vernetzung der Leistungserbringer als Rückgrat des Integrationskonzeptes.

Dies wurde seit 1998 schrittweise umgesetzt. Dabei wurde auf eine angemessene Mitsprachemöglichkeit der Leistungserbringer geachtet.

Knappschaftsärzte einer Region bildeten einen Netzverbund mit dem regionalen Knappschaftskrankenhaus. Ca. 1060 niedergelassene Knappschaftsärzte haben einen Netzvertrag unterschrieben (Stand 2008), das entspricht einer Beteiligung von ca. 75% aller Knappschaftsärzte. Innerhalb des Netzes wurden von den Leistungserbringern an die regionalen Ressourcen angepasste Behandlungspfade entwickelt und ein Kontrollsystem zur Einhaltung dieser Regeln entwickelt. Eine rationale Arzneimittelverordnung wurde einheitlich für Kliniken und den ambulanten Sektor vereinbart. Herzstück der Informationsübermittlung in der Versorgungskette ist eine elektronische Patientenakte.

Die Teilnahme am Prosper-Netz erfolgt auch seitens der Versicherten freiwillig und ist mit besonderen Serviceleistungen verbunden wie definierten Ansprechpartnern, Hot-lines und reibungsloser interdisziplinärer Versorgung innerhalb des Netzes. Ein wesentlicher Anstieg der Einschreibquote wurde allerdings insbesondere mit der Befreiung der Netz-Patienten von der Praxisgebühr erreicht.

In den 5 Prosper-Netzen (Bottrop/Oberhausen, Gelsenkirchen, Recklinghausen, Saar und Lausitz) sind derzeit ca. 140.000 Versicherte eingeschrieben. Dies entspricht einer Einschreibquote von ca. 10 % der Gesamtheit der Knappschaftsversicherten.

Die Kosten für stationäre und ambulante Versorgung, Medikation und häusliche Krankenpflege der Versicherten im Prosper-Netz werden mit einer risikoadjustierten Vergleichsgruppe außerhalb der Netzversorgung verglichen. Dabei ergeben sich Einsparungen durch die Netzversorgung von bis zu 16 %. Von den Einsparerlösen werden die Kosten des Netzmanagements und die Aufwandsentschädigung der Kliniken finanziert. Der verbleibende Erlös wird zwischen Knappschaft und Netzärzten aufgeteilt.

(Alle Daten dieses Absatzes sind entnommen aus dem Vortrag Dr. Ulrich Kannapin: Qualitäts- und Controllorientierung vernetzter Versorgungs- und Kooperationsformen: Erfahrung aus prosper – Das Modellprojekt zur integrierten Versorgung in Bottrop, 25.10.09, health care akademie, Düsseldorf).

### **5.5. Beispiel Gesundes Kinzigtal**

Anfang der 90er Jahre führte eine Reihe von gesundheitspolitischen Änderungen, darunter Zulassungsbeschränkungen und Einführung von Honorarbudgets zu wachsender Unzufriedenheit der niedergelassenen Ärzte mit ihren bisherigen Organisationen. Es entstanden daher zunehmend lokale, fachübergreifende Zusammenschlüsse als Ärztenetze bzw. Praxisnetze mit dem Anspruch einer eigenen Interessenvertretung, aber auch einer eigenverantwortlich organisierten Verbesserung der lokalen medizinischen Versorgung durch intensivere Kommunikation in Qualitätszirkeln.

So fanden sich auch im Kinzigtal, einer ländlichen Region im Schwarzwald, niedergelassene Ärzte 1993 zu einer Ärzteinitiative Kinzigtal zusammen, die 1999 in die verbindliche Struktur des Medizinischen Qualitätsnetzes Ärzteinitiative Kinzigtal e.V. überführt wurde. Nur etwa die Hälfte der regionalen niedergelassenen Ärzte war jedoch zur Einhaltung verbindlicher Beschlüsse bereit. Ab 2004 befasste sich das Netz mit den neuen Möglichkeiten der IV-Verträge und schloss 2006 mit der AOK Baden-Württemberg und der LKK Baden-Württemberg einen populationsorientierten Vollversorgungsvertrag als integrierte Versorgung nach § 140 SGB V ab. Zur Umsetzung des Vertrages wurde zusammen mit der Beratungsgesellschaft Optimedis AG eine Managementgesellschaft gegründet, die Gesundes Kinzigtal GmbH.

So entstand ein sektorenübergreifendes Gesundheitsnetz mit Kooperationspartnern aus den Bereichen stationäre Versorgung, Arztpraxen, Therapeuten, Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten. Hinzu kamen regionale Sportvereine und Apotheken. Die Partner verständigten sich auf gemeinsame Standards in der Patientenversorgung, im Qualitätsmanagement und in der elektronischen Vernetzung mit dem Ziel einer regionalen kompletten medizinischen Versorgung aus einem Guss nach Managed Care - Prinzipien.

Das Netz umfasste Anfang 2009 44 niedergelassenen Ärzte aller Fachrichtungen, 7 Kliniken, 5 Pflegeheime und 3 ambulante Pflegedienste. Teilnahmewillige Patienten können sich kostenfrei in das Netz einschreiben. Finanzielle Anreize wie Befreiung von der Praxisgebühr werden jedoch nicht gewährt. Von den ca. 31.000 AOK-Versicherten der Region waren 2009

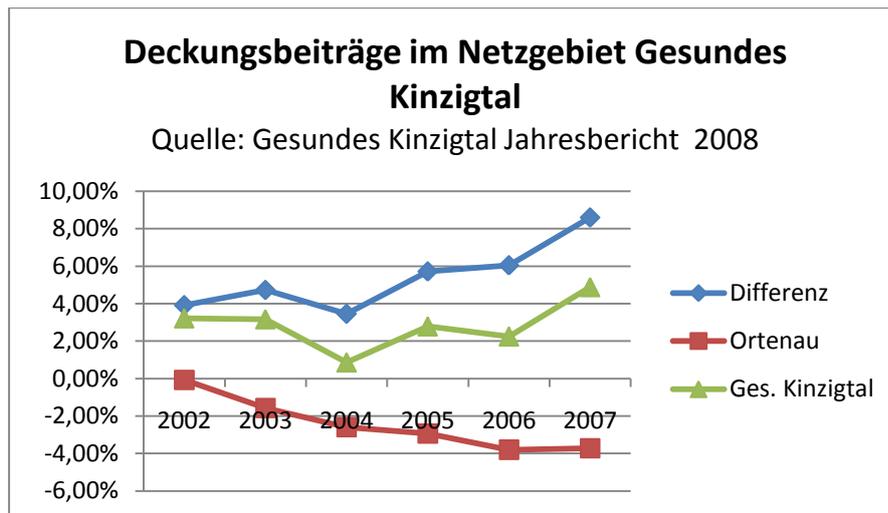
bereits ca. 5.700 Versicherte (18 %) eingeschriebene Netzmitglieder. Die Zusammensetzung der Netzmitglieder zeigt eine deutliche Altersverschiebung zu den älteren Versicherten.

Während Rentner im Netzgebiet 28,2 % aller AOK-Versicherten stellen beträgt ihr Anteil bei den Netzpatienten 42,9 %. Offensichtlich wirken die Netzangebote einer umfassend strukturierten Versorgung für ältere Patienten besonders attraktiv.

Nach einer Phase der Anschubfinanzierung für 3 Halbjahre durch die beteiligten Krankenkassen muss sich die Gesundes Kinzigtal GmbH aus ihren Erlösen selbst tragen, was bisher gelingt. Allerdings wurde bis 2009 noch keine Gewinnausschüttung an die Gesellschafter vorgenommen.

Haupteinnahmequelle sind Beteiligungen an Verbesserungen der Deckungsbeiträge der Kassen. Der Deckungsbeitrag errechnet sich aus der Differenz von Zuweisungen aus dem Gesundheitsfond, Basiszuweisung plus morbiditätsorientiertem Risikozuschlag, und den Versorgungskosten. Insbesondere für die kostenintensiven Diagnosegruppen sind die Zuweisungen an die Kassen so berechnet, dass der Deckungsbeitrag in der Regel negativ ausfällt. Erst durch besondere Bemühungen um eine effizientere Versorgung kann der Deckungsbeitrag positiv werden. Anderenfalls müssen die Verluste bei der Versorgung der Risikogruppen durch leichte Überschüsse bei den Deckungsbeiträgen der Versicherten mit geringeren Risiken oder eben durch Zusatzbeiträge für die Kassen ausgeglichen werden.

Die vorliegenden Zahlen für 2007 und 2008 für das Gesunde Kinzigtal zeigen einen Anstieg der Deckungsbeiträge im Netzgebiet gegenüber einem Abfall der Deckungsbeiträge in der benachbarten Vergleichsregion Ortenau. Dabei fällt auf, dass auch schon vor dem Start des Gesunden Kinzigtals im Netzgebiet ein besserer Deckungsbeitrag als in der Vergleichsregion erzielt wurde. Auch wenn Interpretationen derartiger Effekte sicher schwierig sind, so ist doch zu bedenken, dass auch schon in den früheren Jahren im Netzgebiet eine besonders engagierte Netzarbeit der niedergelassenen Ärzte erfolgt war. Bemerkenswert ist die Tatsache, dass im Netzgebiet ein durchweg positiver Deckungsbeitrag erzielt wurde, in der Vergleichsregion dagegen trotz dort ja auch etablierter kassenseitiger Programme ein durchweg negativer Deckungsbeitrag. Die Beteiligung des Netzes an den Verbesserungen des Deckungsbeitrages bedeutet im Sinne des Managed Care eine partielle Integration von Kostenträger und Leistungserbringer. Der wirtschaftliche Netzerfolg ist unmittelbar an den wirtschaftlichen Erfolg der Kasse gekoppelt.



Eine Verbesserung der Versorgungsqualität lässt sich naturgemäß erst für einen längeren Zeitraum untersuchen. Erste Ergebnisse aus einem Programm zur gesunden Lebensführung im Alter mit Beratungen zur Ernährung, Trinkverhalten und sportlicher Betätigung zeigen eine geringere Krankheitshäufigkeit, einen geringeren Medikamentenbedarf und eine deutlich geringere Entwicklung einer Pflegebedürftigkeit der Teilnehmer (0,4 %) gegenüber einer Vergleichsgruppe (3,5 %) innerhalb von 2 Jahren.

( Alle Daten dieses Absatzes sind aus dem Jahresbericht Gesundes Kinzigtal 2008 entnommen.)

## 5.6. Medizinische Versorgungszentren

Während die Integrationsmodelle Prosper und Gesundes Kinzigtal im Wesentlichen den Ansatz einer Vernetzung vieler auch wirtschaftlich eigenständiger Kooperationspartner aufweisen geht das Modell der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) noch einen Schritt weiter. Historische Wurzeln der MVZ liegen in den von Krankenkassen vor allem in Berlin betriebenen Ambulatorien der 1920er Jahre und in den Polikliniken der DDR. Nachdem im Zuge der deutschen Wiedervereinigung die Polikliniken der ehemaligen DDR aufgelöst wurden erlebten sie eine Renaissance auf der Grundlage der Gesundheitsreform 2004 (§95,1 SGB V). MVZ sind Zusammenschlüsse mehrerer ärztlicher Fachrichtungen, ggf. auch nichtärztlicher Leistungserbringer, unter gemeinsamer ärztlicher Leitung. Ärztliche Leistungserbringer können sowohl Angestellte als auch Selbständige sein. Für jeden ärztlichen Leistungserbringer ist jedoch eine gesonderte KV-Zulassung erforderlich.

Zum 01.09.2008 existierten bereits 1152 MVZ mit durchschnittlich 4 Ärzten. 57% bestanden aus nur 2 Fachgebieten. (Jäger,C). 36,9. % der MVZ befanden sich in Trägerschaft von Kli-

niken. Von den 4.803 in MVZ arbeitenden Ärzten waren 74% Angestellte (KBV-Statistik 2. Quartal 2008).

Die wirtschaftlichen Vorteile und die besonderen Aspekte der Versorgungsstruktur kommen jedoch nur bei grösseren Einheiten mit einem möglichst breit gefächerten Versorgungsangebot zum Tragen.

Herausragendes Beispiel sind die Polikum - MVZ in Berlin. In den Räumlichkeiten ehemaliger Polikliniken wurden mehrere MVZ etabliert. Die entsprechenden Zulassungen wurden im Raum Berlin erworben und mit angestellten Ärzten besetzt. Ein MVZ beherbergt ca. 40 Ärzte aller Fachrichtungen inklusive Hausärzten.

Die Situation der Neugründungen ermöglichte es, von Anfang an ein komplettes aufeinander abgestimmtes Versorgungsangebot zu planen und insbesondere mit einer einheitlichen Praxis-EDV eine allen Ärzten zugängliche Patientenakte zu etablieren. Ein langwieriger und aufwendiger Abstimmungsprozess zahlreicher Partner wie im Falle der Ärztenetze entfiel.

Die Öffnungszeiten der Polikum- MVZ von 08 bis 20 Uhr und der integrative Versorgungsansatz unter einem Dach wirken auf Patienten grundsätzlich attraktiv. Allerdings hat der Patient in einem solchen MVZ keine Garantie auf Versorgung durch immer denselben vertrauten Arzt.

Die wirtschaftlichen Vorteile eines MVZ bestehen in einer wesentlich besser optimierbaren Ausnutzung der personellen, räumlichen und apparativen Ressourcen. Allerdings erfordert die Koordination zahlreicher Fachrichtungen in einem Haus auch einen erheblichen Managementaufwand von der Etablierung eines aufwendigen Qualitätsmanagements bis zu logistischen Problemen wie der Bereitstellung von ausreichendem Parkraum. Der eigentliche Vorteil des MVZ, der erleichterte integrative Versorgungsansatz, kann allerdings nur im Rahmen eines Selektivvertrages mit den Kostenträgern auch in wirtschaftlichen Erfolg umgemünzt werden. So hat Polikum mit der AOK, BEK, GEK und HEK populationsorientierte Versorgungsverträge nach §140 SGB V abgeschlossen. Finanzierungsgrundlage der Verträge ist eine hälftige Beteiligung an Einsparungen der Versorgungskosten. Einsparungen werden insbesondere in den Bereichen Krankenhausbehandlung und Arzneimittelversorgung erzielt. Wesentliche Hebel zur Erzielung der projektierten 15 % Einsparung sind die langen Öffnungszeiten, der integrative Versorgungsansatz mit kurzen Wegen innerhalb des MVZ und ein Case Management der ca. 20 % hochmorbiden Patienten durch ein eigenes Case Management-Zentrum (Jäger,C).

## 5.7. Finanzierung/Vergütung

Konzepte zur integrierten Versorgung, bzw. Managed Care-Ansätze erfordern einen beträchtlichen organisatorischen Aufwand, der zu finanzieren ist. Darüber hinaus erwarten die teilnehmenden Leistungserbringer für ihre Bereitschaft zu zusätzlichem Engagement einen Mehrwert. Die beschriebenen Modelle im GKV-Bereich schaffen die erforderlichen finanziellen Ressourcen durch Ausschöpfen von Effizienzreserven. Sinnvolle Behandlungspfade können unnötige stationäre Behandlungen vermeiden. Dies führt jedoch nicht notwendig zu Einsparungen für die Kostenträger, da unnötige Klinikaufenthalte in der Regel vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen moniert werden und zu Abzügen für die Kliniken führen. Vermeidung von nicht indizierten Klinikaufhalten führt daher eher zu direkten Einsparungen bei den Kliniken als bei den Kassen. Behandlungspfade führen insbesondere auch zu beschleunigten Behandlungsverläufen mit entsprechenden Einsparpotentialen beim Krankengeld und der Vermeidung von Chronifizierungen.

Rationale Arzneimitteltherapie, nicht nur hinsichtlich der Rezeptierung preiswerter Medikamente sondern auch hinsichtlich der Vermeidung von Übermedikation, falscher Medikation und unverträglicher Medikation, führt zu Kosteneinsparungen und Qualitätsverbesserung der Versorgung.

Langfristig sind auch Einsparungen durch Präventionsmodelle zu erwarten.

Vor Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs waren Einsparungen bezüglich eines Vergleichskollektiv eine adäquate Berechnungsgrundlage. Mit Einführung des Gesundheitsfonds werden die Deckungsbeiträge zur Berechnungsgrundlage des Effizienzgewinnes. Letztlich kann aus den Deckungsbeiträgen einer Vergleichsregion ein virtuelles Budget berechnet werden, bei dessen Unterschreiten ein Gewinn für das Versorgungsmodell erzielt wird. Bei einem Überschreiten des virtuellen Budgets wird das Risiko bisher weiterhin von den Kostenträgern übernommen. Eine Integration von Kostenträger und Leistungserbringer besteht nur partiell.

Eine Übernahme des finanziellen Risikos durch die Leistungserbringer läge in einem Capitation-Modell vor. Faktisch stellte die Gesamtvergütung eines KV-Bereiches bereits ein Capitation-Modell für den Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung dar, bis sie seit 2009 um einen möglichen Morbiditätszuschlag erweiterbar wurde.

Ein Capitation -Modell für einen Versorgungsbereich, der wesentlich kleiner als ein KV-Bereich ist, stellte einen erheblichen Risikozuwachs für die Leistungserbringer dar, der zunächst durch entsprechend berechnete, deutliche Erhöhungen gegenüber den früheren KV-

Kopfpauschalen ausgeglichen werden könnte. Dies dürfte aber nicht im Sinne der Kostenträger sein. Also müssten die Leistungserbringer das erhöhte Risiko mit der Erwirtschaftung einer entsprechend hohen Effizienzreserve mehr als ausgleichen, um noch einen Mehrwert zu erzielen. Dies kann für ein kleines Gesundheitsnetz riskant sein.

Andererseits sind niedergelassene Ärzte an Risikomodelle bereits gewöhnt. Schließlich sind sie bereits seit den 1990er Jahren im Rahmen verschiedener Formen der Budgetierung dem Morbiditätsrisiko ihrer Patienten ausgesetzt.

## **5.8. Implementierung von Managed Care-Modellen**

Die vorgestellten exemplarischen Modelle einer Managed Care-Versorgung in Deutschland unterscheiden sich wesentlich hinsichtlich der Trägerschaft und Implementierung der Versorgung, weisen aber Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Grundprinzipien von Managed Care auf. Die berufsgenossenschaftliche Versorgung im Rahmen der Gesetzlichen Unfallversicherung stellt ein hierarchisch organisiertes körperschaftliches Modell dar mit einem seit Jahrzehnten top-down implementierten Versorgungssystem. Das Prosper Modell mit einer GKV-Kasse als Träger baut auf eine wesentliche Mitgestaltung der beteiligten Knappschaftsärzte obwohl die Knappschaft der eigentliche Motor der Entwicklung ist. Es liegt hier ein Mischsystem aus einer top-down und bottom-up Implementierung vor. Das Modell Gesundes Kinzigtal wiederum ging aus der Graswurzelbewegung der Ärztenetze hervor und ist in seinen Inhalten wesentlich von niedergelassenen selbstständigen Praxisärzten bestimmt, also ein typisches bottom – up Modell der Implementierung. Das Modell des grossen MVZ ist hinsichtlich der Implementierung nicht eindeutig zuzuordnen. Wird das MVZ von einem Investor oder einer Klinik betrieben dürfte ein top-down vorherrschen, handelt es sich um eine Betreibergesellschaft aus selbstständigen Ärzten, die auch innerhalb des MVZ tätig sind, dürfte eine Implementierung bottom-up vorliegen.

Top-down Modelle haben den Charme der zunächst einfacheren Durchsetzbarkeit, allerdings nur, wenn die beteiligten Leistungserbringer in einem Abhängigkeitsverhältnis zum Träger des Modells stehen. In jedem Fall ist ein höherer Organisations- und Kontrollaufwand zu erwarten, je grösser und anonymere die Versorgungssysteme werden. Außerdem wird Eigeninitiative und besonderes Engagement wenig gefördert, beziehungsweise erfordert besondere Anreize wie eine bessere Vergütung. Die Theorie der „street level bureaucracy“ (Lipsky, M) beschreibt sogar den nachteiligen Effekt von top-down Modellen, indem an der Basis Strategien zur Umgehung hierarchischer Anweisungen entwickelt werden.

In bottom-up Modellen kann letztlich ein hohes Engagement der Leistungserbringer erwartet werden, allerdings geht die Implementierung von Versorgungsmodellen in aller Regel mit sehr zeitraubenden und mühsamen Diskussionsprozessen einher. Es kann wohl als Regel gelten, dass Ärztenetze, die sich auf den Weg zu einer professionellen Versorgungsstruktur begeben, einen erheblichen Anteil ihrer Mitglieder aus den Zeiten der Unverbindlichkeit verlieren.

Allen vorgestellten Modellen gemeinsam ist die Nutzung sektorenübergreifender Behandlungskonzepte durch professionelle Organisationsstrukturen. Managementelemente wie ein intensives Controlling zur Steuerung komplexer Behandlungsketten und zur Kostenkontrolle, respektive des Nachweises erhöhter Effizienz, werden ebenso genutzt wie elektronische Vernetzung zur raschen Informationsübermittlung.

## **5.9. Hindernisse für Managed Care in Deutschland**

Die gesetzlichen Grundlagen zur Etablierung von Managed Care-Elementen wurden in Deutschland im Wesentlichen seit 1998 in vielen Einzelschritten geschaffen. Die entscheidenden gesetzlichen Bausteine sind die Grundlagen der Selektivverträge § 73 a-c und §140 ff. SGB V, § 95 SGB V (MVZ), §155 und § 116 zur Öffnung der Kliniken für die ambulante Versorgung und das Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz von 2007. Insgesamt zielen alle Paragraphen auf die Auflösung der Sektorengrenze ambulant/stationär. Dabei sah der Gesetzgeber offensichtlich das KV-System als Haupthindernis zur Durchsetzung von Selektivverträgen und schloss die KVen weitgehend aus dem Vertragsgeschehen aus. Insbesondere der Abschluss von IV-Verträgen, der eigentlichen Chance für Managed Care-Versorgung, wurde den KVen verwehrt. Es ist schwer zu entscheiden, ob anderenfalls die KVen zum Motor der integrierten Versorgung geworden wären oder Ärztenetz-Initiativen wie Gesundes Kinzigtal, Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte (UGOM), Qualität und Effizienz (QuE, Nürnberg-Nord), Solimed (Solingen) und viele andere den nötigen Raum zur Emanzipation erhalten hätten. Andererseits haben einzelne KVen, insbesondere auch die KV-Schleswig-Holstein, die Ärztenetze bisher erheblich unterstützt. Selektivverträge sind grundsätzlich nicht denkbar ohne eine korrespondierende Regelversorgung im Kollektivvertrag. Anderenfalls würden die Krankenkassen Gefahr laufen, dass im Falle nicht zu Stande kommender Selektivverträge Teile der Versorgung ihrer Versicherten wegbrächen.

Dies gilt insbesondere im Licht der demografischen Entwicklung mit der klar erkennbaren Tendenz zu einem relativen Ärztemangel. Ohne ein KV-System mit Sicherstellungsauftrag

und Zwangsmitgliedschaft der niedergelassenen Ärzte würde sich mit hoher Wahrscheinlichkeit in der Gesundheitsversorgung ein Anbietermarkt entwickeln.

Es macht daher auf Dauer wenig Sinn, die KVen an der Gestaltung der Selektivverträge und ihrer Einpassung in die Landschaft des Kollektivvertrages nicht zu beteiligen, vorausgesetzt, die KVen erkennen Selektivverträge als Chance und Aufgabe zur Weiterentwicklung der Versorgung.

Managed Care-Versorgung erfordert einen erheblichen Aufwand an Controlling mit sehr hohen IT-Investitionen. In der Tat scheitern Projekte oft an genau diesem Problem.

Gleichzeitig besitzen die KVen sämtliche Daten der ambulanten Versorgung, die erforderlichen Rechenkapazitäten und das erforderliche Wissen, um ein effektives Controlling für Managed Care-Ansätze zu liefern. Eine Einbeziehung der KVen könnte das Controlling-Problem leicht lösen.

Das Denken in Sektorengrenzen lebt in manchen Konzepten zur integrierten Versorgung weiter, in dem Sinne, dass Träger der stationären Versorgung die Übernahme der ambulanten Versorgung unter ihrem Dach anstreben. In solchen Regionen wird der Weg zu partnerschaftlichen Kooperationen von Kliniken und niedergelassenen Ärzten leicht langfristig verbaut. Auch innerhalb der niedergelassenen Ärzteschaft existieren erhebliche Widerstände gegen sektorenübergreifende Versorgungskonzepte mit einem Managed Care-Ansatz. Dabei wird der Verlust professioneller Entscheidungshoheit ebenso befürchtet wie ein zusätzlicher organisatorischer Aufwand ohne Garantie auf eine entsprechende Rückvergütung.

Dem ist entgegen zu halten, dass Entscheidungshoheit über ärztliche Behandlung keinesfalls unbegrenzt ist, sondern sie sollte sich innerhalb der Grenzen medizinischer Erkenntnis bewegen. Die Vereinbarung von leitliniengestützten Behandlungspfaden verlangt nichts anderes. Leistungsverpflichtung ohne entsprechende Vergütung ist für den budgetierten Vertragsarzt im Kollektivvertrag geradezu garantiert.

Im Selektivvertrag besteht zumindest eine gute Chance, einen Mehraufwand auch vergütet zu bekommen.

Ein aktuelles Hindernis zur Realisierung sektorenübergreifender Versorgung mit Managed Care hat sich der Gesetzgeber mit der HZV selbst geschaffen. Die erzwungene Implementierung der HZV auch gegen den Willen der Kostenträger steht der Etablierung einer populationsorientierten integrierten Versorgung leider diametral entgegen. Das selbst auferlegte 3-jährige Moratorium der aktuellen Regierungskoalition hinsichtlich der Bewertung der HZV kann eigentlich nur zu einem 3-jährigen Moratorium populationsorientierter integrierter Ver-

sorgung führen. Es erscheint daher fraglich, ob Kassenverträge mit Managed Care-Ansatz in den nächsten Jahren eine Chance haben werden.

## **6. Schlussfolgerung**

Die eingangs aufgestellten Eckpunkte zu einer Umsetzung von Managed Care in Deutschland ließen sich wie folgt beantworten:

1) Definition einer von den entscheidenden Akteuren im Gesundheitswesen akzeptierten Zielsetzung.

Es muss eine gesellschaftliche Entscheidung hinsichtlich der bevorzugten Form der Versorgung getroffen werden oder ein Nebeneinander verschiedener Versorgungsformen muss ermöglicht werden. Die bestehende Gesetzeslage hinsichtlich § 73 b und § 140 SGB V ist kontraproduktiv. Während den Krankenkassen die gesetzliche Pflicht zum Abschluss der HZV auferlegt wurde stellen Verträge zu einer echten integrierten Versorgung unter Beachtung von Prinzipien des Managed Care lediglich eine Option dar. Sinnvolle entscheidende Ziele neuer Versorgungsformen sind sicherlich Kostenkontrolle und gleichzeitig Qualitätsverbesserung der Versorgung. Die Vertragspartner im Gesundheitssystem sollten die Freiheit haben, Verträge ausschließlich unter dem Gesichtspunkt dieser Ziele abschließen zu können.

2) Identifikation geeigneter Methoden der Umsetzung

Umsetzung von Managed Care erfordert in Deutschland regional unterschiedliche Modelle. In Ballungsräumen kann sich sowohl ein Prosper – Modell wie ein Modell Polikum bewähren. In ländlichen Regionen ist ein Modell Gesundes Kinzigtal sinnvoller. Die regionale Umsetzung neuer Versorgungsformen sollte im Dialog der Versorgungspartner, möglichst mittels neuer gemeinsamer Organisationen erfolgen. Konfrontative Ansätze unter Missachtung bestehender Strukturen wirken kontraproduktiv in einem System, das auf Kooperation angewiesen bleibt.

3) Finanzierung des erforderlichen organisatorischen Aufwandes.

Die Finanzierung kann zumindest für eine Übergangszeit aus Effizienzreserven erfolgen.

## Literatur

Amelung, V (a)(2009): Managed Care-Neue Wege im Gesundheitsmanagement:5. In: Amelung, V et al.(Hrsg): Managed Care in Europa. Schriftenreihe des Bundesverbandes Managed Care. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin

Amelung, V (b)(2008): Managed Care – Modell der Zukunft?:29-32. In: Amelung, V et al: Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin

Böcken, J (2006): Hausarztmodelle in Deutschland: Teilnehmerstruktur, Beitrittsgründe und die Koordination zum Facharzt, in: Böcken u.a.: Gesundheitsmonitor: S.247-271, Bertelsmannstiftung, Gütersloh

Deimel, D(2009): Das Schweizer Gesundheitssystem im Überblick: S.69. In: Amelung, V et al.(Hrsg): Managed Care in Europa. Schriftenreihe des Bundesverbandes Managed Care. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin

Döhler, M; Manow, P(1995): Formierung und Wandel eines Politikfeldes- Gesundheitspolitik von Blank zu Seehofer. Discussion Paper 95/6:S.26. Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, Köln.

Eisler, R(2009): Transparenz bei der Qualität interessiert den Versicherten nicht. Care Management 2009 (2,1), EMH Editores Medicorum Helveticorum, Schweizerischer Ärzteverlag, Muttenz (CH)

Greither, A(Hrsg.) (1964): Billroth im Briefwechsel mit Brahms. Urban & Schwarzenberg, Wien

Hendricks, R(1993): A Model for National Health Care: The History of Kaiser Permanente, Rutgers University Press, New Brunswick, NJ (USA)

Jäger, C et al.(2009): Wirtschaftliche Kalkulation und Zukunft großer Medizinischer Versorgungszentren. In: G.E. Braun et al. (Hrsg.): Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen: 147-161. Deutscher Ärzte –Verlag, Köln

Kühn, H (1997): Managed Care. Medien zwischen kommerzieller Bürokratie und Integrierter Versorgung am Beispiel USA. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health des Wissenschaftszentrums Berlin

Laschet, H (2008): Das Barmer-Hausarztmodell scheitert an Unverbindlichkeit. Ärzte Zeitung, 02.06.2008, Springer-Verlag

Lipsky, M(1980): Street-level Bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services. Russel Sage Foundation, New York

Orientierungspapier des Forum Managed Care „Integrierte Versorgung in der Schweiz“. Care Management 2009 (Juni,3), EMH Editores Medicorum Helveticorum, Schweizerischer Ärzteverlag, Muttenz (CH)

Schoder, J, Zweifel,P(2008):The contribution of Managed Care to the Performance of Healthcare Systems – Evidence from three Countries. Swiss Journal of Economics and Statistics, 144(3):477-493

Wiechmann,M (2003): Chancen und Risiken von Managed Care. Gesundheitswesen 65(7): 432-437, Georg Thieme Verlag , Stuttgart-New York