Die erste Generation Arztnetze

Bestandsaufnahme und Bewertung
im Auftrag des AOK-Bundesverbandes

Dr. Rita Baur

Basel, im März 2002

INHALTSVERZEICHNIS

1. Entstehung und Systematik der Arztnetze der 1. Generation	Seite 2
2. Beschreibung der Arztnetze	5
2.1 Datenbasis und Vertragssituation	5
2.2 Netzregionen und Teilnehmer	6
2.3 Ziele und Instrumente	7
2.4 Honorierung und Finanzierung	10
2.5 Versuch einer Typisierung der bisherigen Arztnetze	12
3. Eine vorläufige Bewertung	13
3.1 Evaluationsergebnisse	13
3.2 Erfolgs- und Misserfolgskfaktoren	15
3.3 Vergleich mit Erfahrungen in der Schweiz	21
3.4 Engpass: Zeit und Flexibilität	25
Literaturverzeichnis	26

1. Entstehung und Systematik der Arztnetze der 1. Generation

Kaum eine Analyse des deutschen Gesundheitssystems kommt ohne Diagnose folgender wesentlicher Schwachstellen aus:

- die Segmentierung der einzelnen Versorgungssektoren, zementiert durch je eigene Budgets;
- die mangelhafte Koordination der Leistungen und dadurch verursachte Qualitätseinbussen **und** Kostensteigerungen;
- die „falschen“ Anreize in der Honorierung der einzelnen Leistungserbringer.

Zwei Jahrzehnte Gesundheitsreformgesetze „von oben“ haben gezeigt, dass jeweils nur kurzfristige Effekte zu erzielen waren, die Grundprobleme aber bestehen blieben und (deshalb) auch die Kosten weiter stiegen. Angestossen durch Entwicklungen in den USA und später auch in der Schweiz, gefördert durch die Problematik einer immer schärfer spürbaren Budgetierungspolitik, verbreitete sich seit Anfang der 90er Jahre die Vorstellung, dass „von unten“, durch Veränderungen der Organisation der Gesundheitsversorgung vor Ort, eine Chance für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit gegeben sei.

Praktisch von Anfang an wurde in Deutschland aber der amerikanische und schweizerische Managed-Care-Ansatz der direkten Steuerung des einzelnen Patienten und das damit verbundene Gatekeeping in einem vernetzten System zurückgedrängt zugunsten eines rein organisatorischen Ansatzes der besseren Zusammenarbeit bzw. Vernetzung der Leistungserbringer. „Arztnetze“, „Praxisnetze“, „vernetzte Praxen“ sollten Voraussetzungen dafür schaffen, die Qualität zu verbessern und Ineffizienzen zu vermeiden.

Mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz von 1997 wurden 2 Fenster geöffnet für neue Elemente der regionalen/lokalen Versorgungsstrukturen. Die §§ 63–65 SGB V beziehen sich auf Modellvorhaben zur „Weiterentwicklung der Versorgung“, § 73a auf Strukturverträge, mit denen die Selbstverwaltung neue Versorgungs- und Vergütungsstrukturen vereinbaren kann.¹ Bei den Modellvorhaben können die Krankenkassen direkt Verträge mit Gruppen von Leistungserbringern abschliessen, während bei den Strukturverträgen Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen Vertragspartner sind. Die vertraglichen Versorgungsregelungen und neuen Finanzierungsformen beziehen sich nur auf Vertragsärzte, nicht auch auf Krankenhäuser. Erst die im Zuge der Gesundheitsreform 2000 im Gesetz verankerte „Integrationsversorgung“ (§ 140a–h SGB V) durchbrach diese Abgrenzung.

Akteure und Interessen

Eine Vernetzung von **Ärzten** bzw. Praxen war in vielen Aspekten nie auf gesetzliche Neuregelungen angewiesen. Ärzte haben sich in grosser Zahl in Qualitätszirkeln zusammengeschlossen, haben Einkaufsgemeinschaften gebildet, eine gemeinsame Gerätenutzung vereinbart, sich als politische Lobbygruppen organisiert u.a.m. Neu sind jedoch die Möglichkeiten einer anderen Art der Vergütung, z.B. die Finanzierung bestimmter Netzleistungen. Allgemein sieht man die Chancen einer Aufwertung

¹) Im Rahmen der Modellvereinbarungen ist zu unterscheiden zwischen sog. Strukturmodellen zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringer sowie Leistungsmodellen oder medizinischen Modellen zur Entwicklung/Finanzierung von Leistungen, die bisher noch nicht zum Leistungskatalog der Krankenversicherung gehören.

der ambulanten gegenüber der stationären Versorgung und langfristiger Einkommensstabilität. Eine Rolle spielt auch die implizite Erwartung, Ärzte aus der „Gefangenschaft“ der Kassenärztlichen Vereinigung zu befreien und zu direkten Gestaltern als Vertragspartner von Krankenkassen werden zu lassen. Solche Hoffnungen, verbunden auch mit einem wachsenden Unbehagen an dem immer prägnanter werdenden Einzelkämpfertum und der durch Budgetierungen geschürten Konkurrenz, lassen es nicht überraschend erscheinen, dass das Interesse der niedergelassenen Ärzte an einer Vernetzung gross war und sehr viele Netzgründungen zustande kamen.

Von Seiten der **Krankenkassen** bestand und besteht zweifellos ein Interesse, einen grösseren Einblick in sowie Einfluss auf das Versorgungsgeschehen zu gewinnen und so vom Payer zum Player zu werden. Auch die Positionierung im Krankenkassenwettbewerb spielt zukunftsbezogen eine Rolle, wenn auch aktuell durch die konkreten Gesetzesvorgaben (Beitrittsrecht jeder Krankenkasse zu einem Netz-Vertrag) nur beschränkt ein Wettbewerbsvorteil zu erlangen war. Die Krankenkassen haben aber auch die Vorgabe der Beitragssatzstabilität zu beachten und sind mit der Erfahrung behaftet, dass Neuregelungen tendenziell immer zu Kostenausweitungen führen, denen keine Kosteneinsparungen gegenüber stehen. Teilweise unrealistische Finanzierungsforderungen von Netzen in Kombination mit allenfalls vagen Strukturen und noch vageren Einsparererwartungen sind sicher ein wesentlicher Grund dafür, dass letztendlich viele Verhandlungen geführt wurden, aber nur wenig Verträge zustande kamen.

Den **Kassenärztlichen Vereinigungen** wird nachgesagt, dass sie der Idee der neuen Versorgungsstrukturen nicht gerade aufgeschlossen gegenüber standen oder stehen, weil sie sie als Bedrohung für ihr Monopol empfanden. Ob es tatsächlich eine einheitliche Politik des Verzögerns und Verhinderns gab, ist zweifelhaft; es scheint, dass die Politik der Kassenärztlichen Vereinigungen in den einzelnen Bundesländern recht unterschiedlich war.¹

Arztnetze im Rahmen „neuer Versorgungsformen“

Wie sieht die Landschaft der „neuen Versorgungsformen“ nun tatsächlich aus? Die Frage ist nicht einfach zu beantworten, weil eine systematische und à jour gehaltene Erhebung fehlt. Öfter ist von 200–300 neuen Versorgungsmodellen die Rede², nach anderen Aussagen gibt es 100–120 mit einem gewissen Organisationsgerüst³. Zwei Quellen sollen zunächst zur Quantifizierung und Sortierung dienen.

Die sog. „Merke-Datei“ weist mit Stand 1999 274 „Modellvorhaben, Strukturverträge und Sondervereinbarungen“ aus.⁴ Die vom AOK-Bundesverband erstellte ANIS-Datei führt auf dem Stand 2000, 112 Netze.

¹) Plassmann (2000); Westebbe (1999).

²) Rübiger (2002)

³) Plassmann (2000)

⁴) Klaus Merke, Merke-Consulting. Datei überlassen durch das Berliner Zentrum Public Health

Übersicht 1:

Arztnetze und Modelle/Vereinbarungen für indikationenbezogene Versorgung
oder andere Sondervereinbarungen – Stand 1999 / Basis: Merke-Datei und ANIS

	Arztnetze			Spezielle Versorgungssegmente	
	... mit Vertrag mit Krankenkassen	... nur mit KV- Vertrag	... ohne Vertrag	Indikations- bezogene Versorgung	Sonstiges
Baden- Württemberg	4	3	7	6	5
Bayern	3	–	19	7	2
Berlin	2 ¹⁾	1	1	3	7
Brandenburg	–	–	2	6	15
Bremen	–	–	2	6	–
Hamburg	–	2	x	x	x
Hessen	5	4	4	3	6
Mecklenburg- Vorpommern	1	1	–	2	9
Niedersachsen	–	1	9	5	3
Nordrhein- Westfalen	4	1	30	7	7
Rheinland- Pfalz	–	–	–	5	2
Saarland	–	–	3	4	–
Sachsen	2	–	5	1	3
Sachsen-Anhalt	–	–	x	x	x
Schleswig- Holstein	7	–	5	9	10
Thüringen	–	–	3	1	2
GESAMT	28	13	90²⁾	65²⁾	71²⁾

1) davon 1 mit PKK

x = dazu lagen keine Angaben aus der Merke-Datei vor

2) Summe ohne Zahlen für Hamburg und Sachsen-Anhalt

Nur knapp die Hälfte (131) der aufgeführten Gruppierungen firmiert unter dem Begriff „Arztnetze“. Gut die Hälfte (136) ist den „Leistungsmodellen“ zuzuordnen, deren Kern darin besteht, Leistungen und Verfahren zu erproben, die nicht zum Leistungskatalog der Krankenversicherung gehören. Zum einen Teil handelt es sich dabei um indikationenbezogene Versorgung (Diabetes/Geriatrie/Onkologie ect.). Die Rubrik „Sonstiges“ umfasst nicht indikationenbezogene Spezialvereinbarungen, insbesondere „ambulantes Operieren“, „rationale Pharmakotherapie“, Krankenhausverbände, reine EDV-Netze, Beitragsrückerstattungsregelungen und schliesslich als Spezialfall in den neuen Bundesländern auch die an den ehemaligen Polikliniken orientierten Ärztehäuser, die sich vor allem durch ein gemeinsames betriebswirtschaftliches Management auszeichnen. Ohne Zweifel erhalten manche dieser auf spezielle Versorgungssegmente oder Verfahren bezogenen Vorhaben auch Elemente der Vernetzung: Diabetes-Verträge z.B. regeln die Aufgabenwahrnehmung zwischen Hausärzten und diabetologischen Schwerpunktpraxen sowie die Einbindung der Krankenhäuser; wenn Ärzte sich zum Zwecke einer einheitlichen EDV-Struktur zusammenschließen, kann das eine Vorstufe eines

Arztnetzes i.e.S. sein. Dennoch scheint es sinnvoll, Arztnetze i.e.S. abzugrenzen von allen möglichen Gruppierungen, bei denen auch Vernetzung vorkommt.

Als Arztnetze i.e.S. sollen im folgenden Gruppierungen verstanden werden, in denen sich auf lokaler/regionaler Ebene niedergelassene Ärzte (ärztliche Praxen und evt. weitere Leistungserbringer) zusammengeschlossen haben mit dem Ziel, durch bessere Koordination und Qualitätsentwicklung die medizinische Versorgung in der Region zu beeinflussen. Um dieses Ziel zu erreichen, haben sie sich eine gewisse organisatorische Struktur gegeben.

Im folgenden sollen Strukturen und Handlungsweisen der **Arztnetze der 1. Generation** dargelegt und eine Bewertung vorgenommen werden. „1. Generation“ ist dabei mehr eine zeitliche als eine inhaltliche Abgrenzung. Es geht darum die Erfahrungen der ersten 5 Jahre (1996–2000) der Arztnetz-Geschichte aufzubereiten.¹

2. Beschreibung der Arztnetze

2.1 Datenbasis und Vertragssituation

Eine Beschreibung der Arztnetze der 1. Generation kann sich nur auf Angaben von 35 der insgesamt gezählten 131 stützen, da für den Rest keine Informationen vorliegen oder nur einige sehr allgemeine Sätze zu den Zielen.² Auch wo Angaben vorliegen, sind sie nicht immer vollständig.

Die Arztnetze, für die Angaben vorliegen, hatten einen Vertrag mit einer Krankenkasse (28) oder (nur) mit einer Kassenärztlichen Vereinigung (7).

Bei den Verträgen mit Krankenkassen sind die Modellversuche nach § 63 SGB V etwa gleich häufig wie die Strukturverträge nach § 73a SGB V. Die Hälfte hatte nur mit einer Krankenkasse einen Vertrag, die Hälfte mit mehreren. Am meisten Arztnetzverträge hatte die AOK gefolgt vom VdAK/AEK bzw. einzelnen Mitgliedskassen und BKK/IKK bzw. einzelnen Mitgliederkassen. Nicht berücksichtigt sind hier die Struktur- oder Rahmenverträge, die in einzelnen Ländern zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen bzw. Landesverbänden von Krankenkassen abgeschlossen wurden.

¹) Basis sind die vorhandenen Informationen über Netze (ANIS), Verträge, veröffentlichte Evaluationen, andere Literatur, Internetrecherchen und 8 telefonische Fachgespräche, davon 6 mit AOK-VertreterInnen auf Landesebene, 2 mit VertreterInnen Kassenärztlicher Vereinigungen. Die wesentlichen Informationen in ANIS sind: Vertrags- und Netztyp, Rechtsgrundlage, beteiligte Krankenkassen und KVen, Beginn und Laufzeit, Anzahl und Struktur der Leistungserbringer, Ziele und Instrumente.

²) Unter den 96 Netzen ohne nähere Angaben können sich natürlich auch noch solche befinden, die gar keine Arztnetze i.e.S. sind. Eigene Recherchen zum Auffüllen der Lücken waren nicht vorgesehen.

Übersicht 2:

Arztnetze mit Verträgen mit Krankenkassen 1998/99

	Anzahl Arztnetze
GESAMT	28
Vertrag nach § 63, SGB V ¹⁾ (Modellversuche)	12
Vertrag nach § 73a SGB V ¹⁾ (Strukturverträge)	13
keine Angabe/anderes	4
Vertrag nur mit einer Krankenkasse	14
Vertrag mit mehreren Krankenkassen	14
Vertrag abgeschlossen	
1996	3
1997	6
1998	9
1999	2
keine Angabe	8

- 1) Bei Verträgen mit mehreren Krankenkassen kann ein Vertrag nach § 63, der andere nach § 73a abgeschlossen sein, daher sind Mehrfachangaben möglich.

2.2 Netzregionen und Teilnehmer

Bei den Arztnetzen handelt es sich um regionale/lokale Gruppierungen, denn nur innerhalb einer Versorgungsregion können die Ziele der Vernetzung umgesetzt werden. Die Mehrzahl der Netze hat sich im mittelstädtischen oder ländlichen Raum gebildet, grossstädtische Netze sind in der Minderheit und nur in Ausnahmefällen beziehen sie sich auf eine ganze (Gross-)Stadt. Vermutlich gab es in den ländlichen Strukturen eher Anknüpfungspunkte an schon vorhandenen (informellen) Zirkeln als in den unübersichtlichen grossstädtischen Verhältnissen.

An der weit überwiegenden Mehrzahl der Netze sind weniger als 100 Ärzte bzw. Praxen beteiligt; der Schwerpunkt liegt bei 30–50 Mitgliedern. Das kleinste hier erfasste Netz hat 18, das grösste mehr als 500 Teilnehmer (die dann allerdings in regionalen Unternetzen organisiert waren). Mit Ausnahme eines Falls (Pilotphase des Hausarztmodells Frankfurt/Main) sind in allen Netzen Hausärzte und Fachärzte vertreten; die Relation liegt i.d.R. bei etwa 50:50.

Ein sehr wichtiges Kennzeichen fast aller Netze ist das Bemühen, möglichst alle niedergelassenen Ärzte in der jeweiligen Region als Teilnehmer zu rekrutieren. Die faktische Beteiligungsquote ist denn auch mit 60–80 % sehr hoch, wobei natürlich die Tatsache zu berücksichtigen ist, dass es sich bei den 35 Netzen um zustandegekommene, „arbeitende“ Netze handelt. Wie viele Netze nie richtig in Gang kamen, weil sie nicht genügend interessierte Ärzte fanden, ist nicht bekannt. Es findet sich unter den betrachteten Netzen aber auch nicht ein einziges, das gezielt eine Auswahl vorgenommen oder

angestrebt hätte (z.B. nach dem zeitlichen Engagement oder der Bereitschaft, Leitlinien anzuwenden oder der finanziellen Risikobereitschaft). Die Teilnehmer müssen sich zwar per Unterschrift auf ein bestimmtes Engagement und netzadäquates Verhalten verpflichten, die Anforderungen sind jedoch gering und mangels Kontrolle und Sanktionen leicht zu unterlaufen.

Die grosse Mehrzahl der Arztnetze sind reine Arzt- bzw. Praxisnetze; nur in einer Minderheit (4–5 von 35) ist mit Krankenhäusern vertraglich verbunden.

2.3 Ziele und Instrumente

Alle hier betrachteten Arztnetze verfolgen als allgemeine Zielsetzung die **Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung**. Konkret geht es um folgende Unterziele:

- Vermeidung von „unnötigen“ Krankenhausaufhalten und Verkürzung der Verweildauer, vor allem durch verbesserte Notfalldienste, erweiterte Präsenzzeiten, bessere Verknüpfung mit anderen Diensten (Pflege);
- strukturelle Verbesserungen der ambulanten Versorgung vor allem durch verbesserte Kommunikation zwischen den Arztgruppen, Verbesserung der Erreichbarkeit, Einsatz von Leitlinien. Konkret insbesondere Vermeidung von Doppeluntersuchungen;
- rationalere Pharmakotherapie;
- effizientere, bessere Versorgung durch Qualitätszirkel, Erstellung von Leitlinien.

Man kann sagen, dass diese Anliegen im Prinzip für alle Arztnetze gelten, wenn auch nicht notwendig alle mit gleicher Priorität verfolgt werden. Nur in einem Ausnahmefall (der Pilotphase des Hausarztmodells Frankfurt/Main) focussierte sich das Arztnetz auf bestimmte chronische Erkrankungen, in allen anderen Fällen wurden die Ziele für alle Patienten bzw. Erkrankungen verfolgt.

Neben diesen den Netzen gemeinsamen Zielen sind teilweise explizit noch andere Zielsetzungen formuliert:

- Verbesserung der Information der Patienten, Patientenschulung
- Erprobung neuer Vergütungsformen
- Stärkung des Zusammenhalts und des Einflusses der Vertragsärzte.

Die folgende Übersicht fasst zusammen, mit welchen Instrumenten und Massnahmen die Ziele erreicht werden sollen.

Bei einer Reihe von konkreten Massnahmen geht es in erster Linie darum, **Krankenhausaufenthalte zu vermeiden**. Vor allem die (notfallmässigen) Selbsteinweisungen sollen reduziert werden durch bessere Erreichbarkeit der Ärzte auch ausserhalb der regulären Sprechstunden. Abgestimmte erweiterte **Präsenzzeiten** der einzelnen Praxen und/oder die Installation einer **Anlaufpraxis** (rollierend oder in eigenen festen Räumen) sollen dafür sorgen, dass mobile Patienten auch abends (meist bis 22 Uhr) oder am Wochenende einen Arzt aufsuchen können. Auch die Organisation von **Hausbesuchen** ausserhalb der üblichen Zeiten gehört zu diesem Massnahmenbündel. Eine

automatische Rufweiterleitung vom Hausarzt zum „Präsenzarzt“ sorgt für die richtige Weitervermittlung, ein fachärztlicher (Hintergrund-)Konsiliardienst steht für Spezialfragen zur Verfügung und mittelfristig soll durch **elektronische Vernetzung** auch der Zugriff auf Patientenunterlagen möglich sein.

Übersicht 3:

Instrumente/Massnahmen der Arztnetze

Alle, fast alle Netze	<ul style="list-style-type: none"> - Hausarztzirkel, Qualitätszirkel - Überweisungsbegleitbrief - EDV-Vernetzung (angestrebt)
Mehrzahl der Netze	<ul style="list-style-type: none"> - Erweiterte Präsenzzeiten - Anlaufpraxen - Organisation Hausbesuche, Visitedienste - Einrichtung einer Leitstelle - Konsiliarischer fachärztl. Hintergrunddienst (für Notfälle) - Second-Opinion bei (bestimmten) Krankenhauseinweisungen - Entwicklung von Leitlinien - Erarbeitung von Pharmakoempfehlungen, Positivlisten - Gemeinsames Einkaufen
Etwas ein Drittel bis Hälfte der Netze	<ul style="list-style-type: none"> - Koordinationsarzt/Einschreibung der Patienten - Patientenbuch - „betreutes Schlafen“ - Förderung des ambulanten Operierens - Aufbau einer netzinternen Dokumentation, netzinterner Controllingdaten - Mitarbeiter-/Gerätepool - Patientenschulung und Patienteninformation
Nur vereinzelt	<ul style="list-style-type: none"> - Bestellung eines Patientenobmannes - Individuelle Patientenberatung - Regelmässige Patientenbefragungen

Weiterhin hat ein Teil der Arztnetze ein systematisches **Second-Opinion-Programm** für bestimmte Diagnosen aufgestellt und ein Teil hat Listen erarbeitet, in welchen Fällen vorgängig ambulantes Operieren angestrebt werden soll. Der Verkürzung und/oder Vermeidung von Krankenhausaufenthalten dient auch das Angebot „betreutes Schlafen“ in Verbindung mit Pflegeeinrichtungen und schliesslich allgemein die Kooperation mit Pflegediensten. Vereinzelt wird auch versucht, sich mit Krankenhäusern über die vorstationäre Diagnostik abzustimmen, um die präoperative Liegezeit im

Krankenhaus zu verkürzen. Ein weiteres Abstimmungsanliegen ist die rechtzeitige Information über Entlassungen und vorgesehene weitere medizinische Massnahmen.

Zur **Koordination** sowohl im ambulanten Bereich als auch mit Krankenhäusern haben praktisch alle Netze den **Patientenbegleitbrief/Überweisungsbegleitbrief** kreiert, mit dem die nächstfolgende Stelle die benötigten Informationen/Untersuchungsergebnisse rechtzeitig erhält. Damit sollen insbesondere „unnötige“ Doppeluntersuchungen vermieden werden.

Weiter geht das **Patientenbuch**, das als permanentes Gesundheits- bzw. Behandlungsdokument Auskunft geben soll über Grundinformationen, behandelte Krankheiten, Medikationen ect. Ins Auge gefasst ist eine spätere Ablösung durch eine Chipkarte.

Leitstellen haben die Funktion, Informationen über die Angebote bzw. deren aktuelle Verfügbarkeit zu sammeln – z.B. Sprechstunden, freie Krankenhausbetten, ambulante Pflege – und an Patienten und Ärzte auf Anfrage weiter zu vermitteln. Wieweit sie nur Informationen weitergeben oder auch direkt Angebote vermitteln, ist unterschiedlich.

Bisher nur einmal wurde eine echte **individuelle Gesundheitsberatung** in ein Netz integriert: in der Pilotphase des Frankfurter Hausarztmodells übernahmen Krankenschwestern die laufende telefonische Beratung der chronisch kranken Patienten: Terminerinnerungen, Organisation von Beratungen (Ernährungsberatung), Ansprechpartner für Patientenfragen u.a.m.

Relativ viel Raum nimmt die Frage der richtigen **Technik** ein, wenn es um Koordination/Kommunikation zwischen den verschiedenen Stellen geht. Während anfangs noch die „Aufrüstung“ mit Faxgeräten schon erstrebenswert war, kam bald die elektronische Vernetzung ins Spiel. Ziel ist zunächst die rasche, zeitnahe Übermittlung von Patienteninformationen im konkreten Einzelfall. Viel weiter gesteckt ist das Ziel einer eigentlichen Vernetzung mit Zugriff auf Informationen im Netz und zur Generierung von patientenbezogenen Leistungsdaten. Datenschutz gegenüber Patienten ist hier ein grosses Thema, aber auch die Offenlegung gegenüber Kollegen. Ein wirklich elektronisch vernetztes Arztnetz existiert in der ersten Generation wohl noch nicht.

Es gibt also viele Koordinationsansätze auf organisatorischer Ebene. Eine der grossen Fragen ist, wie man die **Patienten einbindet**, um im konkreten Einzelfall das organisatorische Gerüst zur Wirkung kommen zu lassen. Dabei geht es zum einen um den Verbleib der Patienten im Netz, weil die Aktivitäten ja nur wirksam werden können, wenn sich die Patienten auch im Netz behandeln lassen. Im Normalfall steht nur der werbende Hinweis auf die Netzvorteile zur Verfügung. Nur wenige Arztnetze der 1. Generation haben ein **Einschreibemodell**, bei dem die Versicherten im Netz einen **Koordinationsarzt** wählen, verbunden mit der Absicht (nicht der Verpflichtung), im Krankheitsfall zunächst diesen Arzt aufzusuchen, der die Steuerung der Gesundheitsversorgung des Patienten übernehmen soll. Mit der Wahl eines Koordinationsarztes verbunden ist auch das Einverständnis des Versicherten, die Behandlungsdaten an dieser Stelle zusammenzuführen.

Ein Kernstück aller Netze sind die **Arbeitsgruppen, (Haus-)Arztzirkel oder Qualitätszirkel**. Sie dienen sowohl dem Zweck, die Netzinstrumente zu entwickeln und Koordination bzw. Kooperation zu fördern, als auch der eigentlichen Qualitätsentwicklung. Arbeitsgruppen zu den Netzinstrumenten befassen sich z.B. mit der Ausarbeitung des Überweisungsbegleitbriefs/ Patientenbuches, mit der EDV-

Ausrüstung, Absprachen mit Krankenhäusern und Pflegediensten. Die eigentlichen Qualitätszirkel haben verschiedene Untergliederungen, u.a.

- Fallkonferenzen, in denen – meist interdisziplinär – Fälle vorgestellt und deren Behandlung kritisch beleuchtet wird;
- Pharmakotherapiegruppen, die sich mit der Ausarbeitung von Pharmakotherapie-Empfehlungen befassen, evtl. auch eine eigentliche Positivliste erstellen;
- Diskussion/Adaption von Leitlinien für die ambulante Netzversorgung.

Die Netzärzte haben sich i.d.R. verpflichtet, an solchen Zirkeln teilzunehmen; die vorgesehene zeitliche Mindestintensität (z.B. 1–2x pro Quartal) dürfte für die Akteure schon belastend sein, ist aber zur Bewältigung der Aufgaben eher gering..

Die **Leitung der Arztnetze** ist in fast allen Fällen ehrenamtlich, ebenso die Geschäftsführung. Ein professionelles Management kommt nur äusserst selten vor.

2.4 Honorierung und Finanzierung

Bei den Arztnetzen, die Verträge mit Krankenkassen haben, geht es um die Fragen:

- Wie werden die netzspezifischen Sonderleistungen honoriert und finanziert?
- Welche Konsequenzen ergeben sich aus der sektorellen Verlagerung von Leistungen, z.B. von stationären in den ambulanten Sektor?
- Wie werden etwaige „Einsparungen“ ermittelt und verteilt?

Grundsätzlich ist ferner danach zu unterscheiden, ob die Honorierung im Prinzip dem herkömmlichen Schema (Einzelleistungsvergütung) folgt, wie es bei der grossen Mehrzahl der Arztnetze der 1. Generation der Fall ist, oder ob neue Wege beschritten wurden.

Solche Fragen stellen sich aber nur für Netze, die Verträge mit Krankenkassen und/oder Kassenärztlichen Vereinigungen haben. Andere Netze finanzieren ihre Aufwendungen entweder über Mitgliederbeiträge oder Spenden/Sponsoren. Kassenärztliche Vereinigungen können Budget-Sonderregelungen vereinbaren und/oder Anschubfinanzierungen geben. Teilweise haben sie dafür eigene Fonds geschaffen, z.B. „Netze 2000“ in Hessen.

Netzspezifische Sonderleistungen, wie Betrieb von Anlaufpraxen, Leitstellen, Second-opinion, Überweisungsbegleitbriefe, Tätigkeit des Koordinationsarztes, Teilnahme an Qualitätszirkeln, Ausstattung mit EDV, wurden teilweise als Einzelleistung (die speziell für das Netz definiert wurde und extrabudgetär finanziert wird) honoriert, teilweise über zweckgebundene Pauschalen (z.B. für Teilnahme an Sitzungen), teilweise über pauschale Anschub- bzw. Vorschussfinanzierungen von den Krankenkassen an die Netze. Für jedes einzelne Netz ist auch eine Kombination aus allen drei Ansätzen möglich. In Einzelfällen tragen Kassen oder Kassenärztliche Vereinigungen auch direkt bestimmte Kosten (z.B. für den Betrieb einer Leitstelle) oder stellen eigenes Personal (z.B. Krankenschwestern, Verwaltungspersonal für das Management). Quantitativ wird wohl vom Finanzvolumen

her die pauschale Anschub- bzw. Vorschusssubventionierung das grösste Gewicht haben. In einigen wenigen Fällen scheint es überhaupt keine Vorschussfinanzierung zu geben, sondern nur eine nachträgliche Finanzierung aus festgestellten Einsparungen.

Die **geltende Honorierung von Gesundheitsleistungen** (EBM, HVM, Budgets) hat für die Netzleistungen – abgesehen von den o.g. Sonderfinanzierungen – folgende Konsequenzen:

- Mehrleistungen im ambulanten Bereich wegen Verlagerung aus dem stationären führen wegen des Punktwerteverfalls nicht zu mehr Einkommen; betroffen wären zudem auch die Nicht-Netzärzte.¹
- Kostenersparnis im vertragsärztlichen Bereich durch verbesserte Koordination führt – individuell, je einsparendem Arzt – zu Mindereinkommen.

Zur Lösung dieses Dilemmas wurde für einen Teil der Netze ein **eigenes Netzbudget** „herausgerechnet“, i.d.R. als „historisches Budget“ aufaddiert aus der Summe der bisherigen Praxishonorare der Netzärzte. Dem Netz werden die landesweiten Zuwächse zugebilligt. Minderleistungen durch Effizienzerhöhung führen in dieser Konstruktion nun nicht zu Mindereinkommen für die Ärzte. Mehrleistungen wegen Verlagerung bedürfen allerdings einer weiteren Sonderregelung: für das Rieder Netz wurde z.B. festgelegt, dass ein Absinken des Netzpunktwertes unter den Hessen-Punktwert dann nicht zum Tragen kommt, wenn nachweislich im Netz die Krankenhauseinweisungen reduziert wurden. Die Regelungen sind enorm kompliziert – auch durch kassen- und fachgruppenspezifische Punktwerte – und höchst intransparent, weil eine Unzahl externer Effekte hineinspielen.²

Schliesslich geht es auch noch um die Feststellung von Einsparungen insgesamt und deren Verteilung. Nicht in allen Fällen ist dieser Punkt geregelt: manchmal wurden die ins Netz investierten Subventionen bzw. Anschubfinanzierungen auch als allgemeine Investition in eine verbesserte Versorgung aufgefasst, ohne dass die Effekte genau ermittelt wurden. In der Mehrzahl der Verträge jedoch sind die Ermittlung und Verteilung der Einsparungen geregelt, teilweise sehr pauschal (gemeinsam festzustellende Einsparungen), teilweise sehr genau unter Nennung von Formeln. Bezogen genommen wird auf das Einsparpotential bei Krankenhäusern (nicht die tatsächlichen Einsparungen, da diese wegen der Regelung zum Erlösausgleich nicht unmittelbar realisiert werden) und die Einsparungen bei Medikamenten.³ Eher selten werden Einsparungen in der ambulanten ärztlichen Tätigkeit einbezogen. Zum Vergleich wird entweder der Landesdurchschnitt oder eine Vergleichsregion herangezogen.

Mit den ermittelten Einsparungen bzw. Einsparpotentialen werden die Subventionen/Anschubfinanzierungen verrechnet. Die Nettoeinsparungen sollen i.d.R. etwa hälftig an die Netze gehen, hälftig an die Krankenkassen, die sie ggf. an die Versicherten weitergeben können. Es ist nicht genau

¹) Bei den schleswig-holsteinischen Netzen wurde ein Sonderweg beschritten. Die Ärzte können sog. OK-Fälle (ohne Krankenhaus) geltend machen – Patienten für die eine Krankenhauseinweisung vermieden wurde – und erhalten dafür ein Pauschalhonorar.

²) Rüschemann et al.(1999); Szecsenyi et al. (1999).

³) Mit dem erst vor kurzem gestarteten „Modell Herdecke“ wurde ein neuer Ansatz der direkten finanziellen Integration dieses Krankenhauses kreiert: das Budget für die Abdeckung der zusätzlichen Netzkosten wird durch den Träger des Krankenhauses finanziert und soll sich in der Folge aus Rationalisierungsgewinnen des Krankenhauses speisen.

festzustellen, wie oft diese Regelungen überhaupt schon zum Zuge kamen. Jedenfalls dürften sich die Verfahren auch nicht gerade durch Transparenz auszeichnen und scheinen eher konfliktträchtig zu sein.

Echte Budgets als Sonderformen

Echte Pauschalbudgets (Kopfpauschalen) gibt es bisher kaum. Sie kommen in zwei Formen vor:

- als Partialbudgets nur für die ambulante Versorgung durch Vertragsärzte (arztbezogenes Budget),
- aus Full Capitation = kombiniertes Budget für alle medizinischen Leistungen (versichertenbezogenes Budget).

Die erste Variante (Partial-capitation) wird in einigen Netzen praktiziert, die (nur) einen Vertrag mit einer Kassenärztlichen Vereinigung, nicht mit Krankenkassen, haben.¹ Die Netzärzte erhalten eine feste praxisindividuelle Fallpauschale; die Anzahl der Fälle ist begrenzt auf die Fallzahl der vorausgegangenen Quartale.

Die zweite Variante wurde in bisher 2 Netzen praktiziert: Praxisnetz Berliner Ärzte und MQM München. Bei dieser Full Capitation wird auf altersstandardisierte Normkostenprofile abgestellt. Notwendigerweise ist diese Form mit einem Einschreibemodell verknüpft, da nur dann die Budgetverantwortung übernommen werden kann, wenn sich die Patienten im Netz bewegen bzw. im Netz gesteuert werden können.

2.5 Versuch einer Typisierung der bisherigen Arztnetze

Systematisch lassen sich die bisherigen Arztnetze nach verschiedenen Kriterien klassifizieren.²

<p>Nach der Art der Honorierung/Finanzierung und damit dem Anreizsystem:</p> <ul style="list-style-type: none"> – (nur) Subventionierung/Honorierung reiner Netzsonderleistungen – virtuelle „herausgerechnete“ Budgets – echte Budgets, partial oder kombiniert 	<p>Nach der Integration der Leistungssektoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> – (reines) Hausarztnetz – Ärztenetz mit allen Vertragsärzten – Ärztenetz in Kombination mit einem Krankenhaus
<p>Nach der Tätigkeits-/Angebotsbreite</p> <ul style="list-style-type: none"> – Schwerpunkt auf infrastrukturellen, organisatorischen Elementen – Schwerpunkt auf Qualitätszirkeln, Leitlinien 	

¹) z.B. das Netz "Medizin und Mehr" in Bünde und einige Hamburger Netze

²) Vgl. auch Rübiger (2002).

Von wirklichem Interesse ist eine Typisierung aber erst dann, wenn sie entweder zur Orientierung der Versicherten in einem breiten Spektrum an Wahlmöglichkeiten dient, oder wenn in einer Evaluation Auskunft über die Effekte der verschiedenen Typen gesucht wird. Beides ist im Moment nicht der Fall.

Den dominierenden Typus der 1. Generation Ärztenetze kann man wie folgt kennzeichnen:

Reines Ärztenetz mit Einbezug aller Fachrichtungen, mit am traditionellen System orientierten Finanzierungsregelungen. Breites Spektrum der Aktivitäten.

3. Eine vorläufige Bewertung

Haben die Arztnetze der 1. Generation nun Erfolg gehabt mit ihren Bemühungen um die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung? Fundiert beantworten lässt sich diese Frage nicht, da viel zu wenig Informationen dazu vorliegen. Diese vorläufige Bewertung muss sich also stützen auf die wenigen wirklichen Evaluationen, auf punktuelle Informationen zu anderen Netzen und auf Meinungen und Einschätzungen.

Einen ersten Eindruck vermittelt sicher der Blick auf die Netzlandschaft. 1998/99 gab es 28 Arztnetze, die Verträge mit Krankenkassen hatten, Ende 2001 – nach einer Liste der KBV – nur noch 15, darunter sechs neue, deren Vertrag ab 2000 zustande kam¹. Das heisst zwar nicht, dass die Mehrzahl der Netze aufgelöst wurde, aber doch, dass ihre Bedingungen erschwert sind. Da auch nur wenige neue Arztnetze hinzukamen, ist von Dynamik im vertraglich geregelten Bereich wirklich nichts zu spüren. Wo die Ursachen liegen – an Ermüdungserscheinungen und Resignation bei der Ärzteschaft, an der sehr zögerlichen Bereitschaft der Krankenkassen, den kaum schnellen Erfolg versprechenden Acker weiter zu bearbeiten, an der Verunsicherung durch geänderte gesetzliche Rahmenbedingungen (die neue „Integrationsversorgung“ und „Disease management“) bzw. der Energie, die durch die neuen Entwicklungen abgezogen wird – kann hier nicht beantwortet werden; jede Akteursgruppe benennt andere als Hemmschuh.

Auf der anderen Seite bleibt aber auch festzuhalten, dass die Idee, die hinter den Arztnetzen steckt, nicht obsolet geworden ist. Vielmehr ist der Gedanke der Kooperation und Koordination eher noch wichtiger geworden. Das kann man unter anderem daran erkennen, dass laufend neue Arztnetze gebildet werden. Auch die zu entwickelnde Integrationsversorgung stellt eine neue Herausforderung dar.

¹) KBV (Internet): Verträge auf Basis von §§ 63ff bzw. 73a zu Praxisnetzen, Stand 12/01.

3.1 Evaluationsergebnisse

Trotz einer nunmehr rd. 5-jährigen Arztnetz-Geschichte gibt es nur drei einigermaßen umfassende Evaluationen, die sich auf zusammen 10 resp. 4 Arztnetze beziehen:

- Die Evaluation der 7 Netze in Schleswig-Holstein, wovon 5 nur im Hinblick auf den finanziellen Erfolg evaluiert wurden.¹
- Die Evaluation der „Ärztlichen Qualitätsgemeinschaft Ried“.²
- Die Evaluation zur Pilotphase des Hausarztmodells in Frankfurt/Main.³

Schon diese geringe Zahl an Evaluationen legt den Verdacht einer gewissen Halbherzigkeit bei den Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und den Gesundheitsministerien nahe.⁴ Die Evaluationsergebnisse sollen kurz zusammengefasst werden:

Schleswig-Holstein: „Finanzielle Einsparpotentiale der regionalen Praxisnetze zeigen sich nur sehr zögernd. Erfolge können die Netzärzte im Arzneimittelbereich vorweisen ... Die sektorenübergreifende Steuerung von Patientenkarrieren ist im gegenwärtigen System äusserst schwierig. Einsparpotentiale im Bereich akut-stationärer Versorgung bewegen sich vorerst im Bereich statistischer Schwankungen. Die vernetzten Praxen sind dennoch insgesamt als erfolgreich zu bewerten, weil sie bei annähernd gleichen bzw. leicht geringeren Fallkosten strukturelle Verbesserungen für die Patienten ihrer Region und für die Vertragspartner erreichen.“⁵ Die strukturellen Verbesserungen beziehen sich auf die Präsenzzeiten und Anlaufpraxis, mehr Freizeit für Ärzte, Verbesserung durch Einkaufs- und Personal-Gerätepool.

Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Ried: Einsparungen konnten erzielt werden im Arzneimittelbereich: Verschreibungsrate, Verordnungskosten je Fall und Zahl der Verordnungen pro Arzneimittelpatient sanken relativ gesehen zur Kontrollgruppe. Im Heilmittelbereich reichen die Daten nicht aus. Einweisungsrate und Verweildauer im stationären Bereich zeigen keine relevanten Veränderungen bzw. Unterschiede zur Kontrollgruppe. Eine eindeutige Schlussfolgerung, ob die Vernetzung zu einer stabilen Verbesserung der Honorarsituation führt, lässt sich nicht ziehen.⁶

Pilotphase des Hausarztmodells Frankfurt/Main: Finanzielle Effekte sind wegen der kurzen Laufzeit und geringer Fallzahlen nicht feststellbar. Die Hausarztzirkel sind stark verbesserungsfähig. Das Fallmanagement für chronisch Kranke durch Krankenschwestern wird von Patienten positiv, von Ärzten eher zurückhaltend bewertet. „Als flächendeckendes Angebot wäre das Fallmanagement jedoch unter heutigen Bedingungen nicht bezahlbar“.⁷

Gemeinsames Ergebnis ist also, dass die angestrebte verbesserte Wirtschaftlichkeit der Versorgung kaum erreicht wurde bzw. mit den vorhandenen Daten nicht transparent gemacht werden kann. Nur bei Arzneimitteln scheinen einigermaßen stabile und spürbare Einsparungen erreicht worden zu sein.

¹) Rüschemann et al. (1999, 2001).

²) Szecsenyi et al. (Hrsg.) (1999).

³) AOK Hessen, KV Hessen, AOK Bundesverband (1999).

⁴) Offenkundig haben die Gesundheitsministerien es tatenlos geschehen lassen, dass die vom Gesetz vorgeschriebene Evaluation in Modellversuchen meist nicht realisiert wurde.

⁵) Roth (2002), S. 88.

⁶) Szecsenyi et al. (1999), S. 204 ff.

⁷) AOK Hessen, KV Hessen, AOK Bundesverband (1999), S.100

Bezüglich qualitativer Verbesserungen wurden Patientenbefragungen durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Zufriedenheit auch ohne Netz sehr hoch ist und in Netzregionen in wenigen Aspekten sogar ganz leicht verbessert werden konnte. Sehr viele Patienten haben aber gar nicht gemerkt, dass sie jetzt in einem Arztnetz versorgt werden.

Die vorliegenden Evaluationen beschreiben zwar die eingesetzten Instrumente und Verfahren, geben aber leider nur teilweise Auskunft über deren Nutzung und Nutzen. Das ist um so bedauerlicher, als Lerneffekte zu erzielen wären, da ja immer wieder von neuem mit den gleichen Instrumenten angefangen wird. Es wäre z.B. interessant zu wissen:

- ob der Überweisungsbegleitbrief überhaupt durchgängig angewandt wird, wie er beurteilt wird, was er bewirkt;
- ob das Patientenbuch, das ja relativ aufwendig ist, à jour gehalten wird, ob die Patienten es mitbringen, wie die Zweitkonsultierten es nutzen;
- zu den Visitediensten: werden sie überhaupt in Anspruch genommen, sind Hausbesuche von anderen als dem vertrauten Hausarzt erwünscht?
- Zu den Anlaufpraxen: wie werden sie in Anspruch genommen und unter welchen Umständen, wie ist deren Ausstattung? Hierzu gibt es immerhin Hinweise, dass sie am Krankenhaus angesiedelt sein müssen, um gut genutzt zu werden.
- Zu den Leitstellen: welche Funktion haben sie wirklich, wer nutzt sie wofür? Können sie kompetent weiterhelfen oder sind sie, wie in Schleswig-Holstein angedeutet, mangels qualifizierter Besetzung allenfalls Auskunftgeber für Telefonnummern?
- Zu den Leitlinien: werden sie auch angewandt?

Die Chance, die neuen Strukturen und Organisationsformen zu durchleuchten, ist also weitgehend ungenutzt geblieben.

3.2 Erfolgs- und Misserfolgskfaktoren

Die Faktoren, die von grosser Bedeutung für die (potentiellen) Erfolge oder Misserfolge der Arztnetze sind, sollen thesenartig benannt werden. Dabei wird unterschieden zwischen 3 Basisaspekten und 5 mehr operationalen; sie sind nicht durchweg trennscharf abzugrenzen, sondern beeinflussen resp. verstärken sich wechselseitig.

Grundlegende Elemente:	Weitere Elemente:
1. Die Anreize für die Leistungserbringer 2. Die Anreize für die Versicherten/Patienten und deren Steuerung. 3. Das Innovationshemmnis „alle sollen teilnehmen“.	4. Kommunikation, Kooperation 5. Leitung, Management, Kontrolle, Sanktionen 6. Multidimensionalität, der Ziele 7. Datenlage, Erfolgsbewertung
8. Zeit und Flexibilität (siehe dazu Kap. 3.4)	

These 1: Die Anreize für die Leistungserbringer zu einer nachhaltigen Verhaltensänderung sind schwach oder z.T. sogar invers.

„Die Bildung von Netzen ist Ausdruck des Bemühens engagierter Vertragsärzte, durch eine Qualitätsoffensive zur langfristigen Sicherung der wirtschaftlichen Grundlagen ihrer Praxen beizutragen.“¹

„Managed Care entwickelt sich nur, wenn der Arzt mit der effizientesten Behandlungsform auch den grössten Profit erzielt.“²

„Faustregel“: Finanziell am besten sind die Netzärzte gestellt, wenn sie

- die Anschubfinanzierung pauschal an alle verteilen,
- einfach weniger arbeiten,
- das ärztliche Verhalten kaum ändern,
- so viel Patienten wie irgend möglich ins Krankenhaus überweisen.“³

Irgendwo in diesem Widerspruch zwischen Anspruch, theoretischer Erkenntnis und (vielleicht etwas überzeichneter) Realität bewegen sich die Netze der 1. Generation. Entweder es gibt überhaupt keinen Anreiz zu Wirtschaftlichkeit (z.B. bei Modellen, für die nur zusätzliche Abrechnungsposten geschaffen wurden oder eine pauschale Anschubfinanzierung), oder er ist in sich zweifelhaft. Rüschemann weist zu Recht darauf hin, dass mit den für Netze separat betrachteten Budgets nur kleine Kassenärztliche Vereinigungen gebildet werden, in denen sich eigenes wirtschaftliches Verhalten nur dann lohnt, wenn Vertrauen besteht, dass auch die Kollegen sich entsprechend verhalten (sog. Gefangenendilemma). Angesichts der Konstruktion der meisten Netze dürfte dieses Vertrauen schwer zu gewinnen sein: keine Selektion unter den Leistungserbringern, keine wirklichen Verpflichtungen, keine Sanktionen und auch keine Offenlegung des „Praxisstils“ gegenüber den Netzkollegen. Es ist plausibel anzunehmen, dass sich unter solchen Bedingungen ein gemeinsames wirtschaftliches Verhalten (bzw. das Vertrauen darauf) am ehesten noch in kleinen Netzen, wo man sich gut kennt und eine gewisse informelle soziale Kontrolle herrscht, herstellen lässt.

Nur in zwei Netzen wurde die „Umkehrung der Anreize“ realisiert, im Praxisnetz Berliner Ärzte und im Medizinischen Qualitätsnetz München (MQM). „Anreizumkehr“ meint dabei, dass Ärzte nicht daran verdienen, dass sie möglichst viel tun (unabhängig vom medizinischen Nutzen), sondern dass

¹) KBV (1999), S. 37.

²) Plassmann (2000), S. 19.

³) Rüschemann et al.(1999), S. 245.

sie das Richtige tun. Den konkreten Ausdruck findet dieses Prinzip in der Vorgabe eines „kombinierten Budgets“, das für die gesamte Versorgung eines Patienten gilt, weil sonst die Gefahr besteht, dass die Leistungen nur in andere Sektoren verschoben werden. Die Arztnetze mit kombiniertem Budget sind gescheitert, die Verträge wurden durch die Krankenkassen nach 2–3 Jahren gekündigt. Dieses Scheitern ist jedoch nicht dem kombinierten Budget anzulasten, sondern zeigt nur, wie schwer es ist, unter den gegebenen gesetzlichen Rahmenbedingungen (fehlende Möglichkeiten, die Patienten ans Netz zu binden), ohne Auswahl unter den Ärzten, ohne ein wirklich professionelles Management und ohne Zeit (oder Willen) für den allmählichen Aufbau von Steuerungselementen, ein solches Modell erfolgreich auf die Beine zu stellen.

Es wäre abwegig zu behaupten, dass das (materielle) Anreizsystem in jedem Fall und immer das Verhalten steuert. Natürlich gibt es Ärzte, deren Verhalten von anderen Prinzipien geleitet wird, natürlich wird es auch Netze geben, in denen zumindest in der Anfangszeit ein Impetus für qualitative Veränderungen die entscheidende Rolle gespielt hat. Jedoch wird ein solcher Impetus kaum die Jahre überdauern und kaum alle Netzärzte beflügeln.

These 2: Es fehlen die Möglichkeiten, Patienten zu steuern und es fehlen die Anreize für Patienten, sich in einem Netz zu bewegen bzw. sich steuern zu lassen.

In den meisten vorliegenden Fällen ist der Einfluss der Arztnetze auf die Versicherten strukturell gering oder gar nicht vorhanden. „Dass die Krankenkassen mit den vernetzten Praxen nicht in erster Linie den Patienten, sondern den Leistungserbringer steuern wollen, hängt eng mit dem Grundverständnis der Solidarität in der GWK zusammen.“¹ Eine feste Einbindung von Versicherten durch das Gatekeeping ruft sofort den Vorwurf der Einschränkung der freien Arztwahl und in der Folge der Zwei-Klassen-Medizin hervor.

Die Realität ist,

- dass die Versicherten auch in sog. Einschreibemodellen explizit die freie Arztwahl garantiert bekommen (und diese auch nutzen, wie das Beispiel Berlin zeigt, wo gut 2/3 aller Leistungen ausserhalb des Netzes nachgefragt wurden)²
- und dass sie in den übrigen Fällen vermutlich mehrheitlich gar nichts davon wissen, dass sie nun in einem „Netz“ betreut werden.³

Bei Einschreibemodellen (mit der Wahl eines Koordinationsarztes) darf man davon ausgehen, dass die eingeschriebenen Versicherten wenigstens eine Ahnung haben, dass sie sich in einem Netz befinden und was das ist. Durch die Erlaubnis, die eigenen Patientendaten zu speichern und im Netz zu verwerten, nehmen sie auch ein gewisses Opfer auf sich. Eine Bindung an das Netz besteht jedoch nicht. Einschreibemodelle waren bisher nicht gerade von grossem quantitativen Erfolg gekrönt: in München konnten kaum Versicherte gewonnen werden, in Berlin, wo immerhin ein kleiner Bonus

¹) Rüschemann (1999), S. 243.

²) Dreykluft (2000)

³) Szecsenyi (1999).

gezahlt wurde, kümmerten sie sich nicht um die Spielregeln.¹ Es dürfte auch nicht so einfach sein, den Patienten/ Versicherten die Vorteile klar zu machen. Untersuchungen zeigen immer wieder, dass die Patienten mit ihrer ambulanten gesundheitlichen Versorgung hoch zufrieden sind und die medizinischen Leistungserbringer bzw. deren Standesvertreter werden auch nicht müde, die ausserordentlich hohe Qualität des deutschen Gesundheitssystems zu preisen. Wie soll man da Verbesserungen „verkaufen“, zumal es sich grösstenteils um Verbesserungen handelt, deren Abwesenheit den Patienten gar nicht bewusst gewesen sein dürfte?

Dies behindert die Einschreibemodelle und macht Gatekeeper-Modelle praktisch unmöglich. Es ist lebensfremd von Versicherten zu erwarten, sie sollten sich in Modelle einschreiben, deren Nutzen nur sehr unklar ist, die ihnen aber zunächst Einschränkungen auferlegen. Ohne einen spürbaren materiellen Anreiz geht das nicht und dieser materielle Anreiz muss als „Vorschuss“ geleistet werden, nicht als vages Versprechen für eine ferne Zukunft.

These 3: Innovation mit allen ist ein Widerspruch in sich.

Vielleicht der grösste Hemmschuh ist der zwar nicht formal erzwungene, aber faktisch doch fast nicht zu umgehende Anspruch, **allen** einschlägigen regionalen Leistungserbringern die Teilnahme offen zu lassen. Die Tatsache, dass dann auch faktisch eine Mehrheit teilnimmt, ist leicht verständlich: die „Kosten“ (z.B. in Form von Verpflichtungen) sind minimal, Sanktionen fehlen und warum sollte man dann nicht bei etwas dabei sein, was vielleicht einmal wichtig werden könnte? Grosser Förderer dieses Prinzips ist die Kassenärztliche Vereinigung, die unter allen Umständen vermeiden möchte, dass die Ärzteschaft sich als „unterschiedlich“ darstellt. Aber auch ohne diesen Druck dürfte es aktuell fast unmöglich sein, dass Ärzte sich „absondern“, der Widerstand innerhalb der Kollegenschaft ist zu gross.² Mit allen kann man nicht innovativ sein:

- wirkliche Neuerungen von vornherein zu implementieren dürfte sehr schwierig sein, da ein erheblicher Teil der Netzärzte gar keine gravierenden Veränderungen will;
- der Schwung derer, die qualitative Verbesserungen im (weichen) Bereich anstreben, wird gebremst durch die vielen, die nur Mitläufer sind, selbst kaum etwas beitragen, aber stets Bedenken äussern, wenn irgend etwas getan werden soll.

Die Hemmnisse sind möglicherweise zu Beginn noch nicht so gross, weil genügend Schwung bei den „treibenden Kräften“ vorhanden ist; im Laufe der Zeit und mit dem Ausbleiben der erwarteten messbaren Erfolge werden sie jedoch gewichtig. Gerade weil die harten Anreize in den Netzen weitgehend fehlen, wären positive Motivation, Idealismus, Wunsch nach Veränderungen so wichtig und sollten sich als Antriebskräfte ungebremst entfalten können.

¹) Im Praxisnetz Nürnberg-Nord scheint es besser zu laufen, immerhin rd. die Hälfte der Patienten hat sich dort bei einem Koordinationsarzt eingeschrieben.

²) Beim MQM beispielsweise stiegen beteiligte Fachärzte wieder aus, weil sie befürchten mussten, von Nicht-Netzärzten keine Patienten mehr zu bekommen.

These 4: Bei den Arztnetzen handelt es sich um eine Entwicklung von unten. Der Prozess setzt kommunikations- und kooperationsgeübte Mitspieler voraus.¹

Niedergelassene Ärzte gelten in der Zusammenarbeit untereinander nicht gerade als kommunikations- und kooperationsgeübt. Dafür ist nicht nur das viel beschworene strukturelle Einzelkämpfertum verantwortlich (fehlende interne Kooperation), sondern auch das Fehlen institutioneller Aussenkooperationen (wie z.B. zwischen Anwälten und Gerichten) sowie die sehr spezifische Klientenbeziehung im ärztlichen Bereich. Ärzte sind typischerweise nicht gewöhnt sich auseinander zu setzen, von anderen in Frage gestellt oder gar kritisiert zu werden, ihr Handeln darzulegen und zu begründen. Das führt zu einer Vielzahl von Folgen, die in den Netzen teilweise angegangen/bearbeitet, teilweise als gegeben hingenommen werden:

- Völlig tabu ist z.B. ein Blick auf das Handeln des einzelnen Arztes im Netz. Wo Daten zur Verfügung stehen, die dieses Handeln abbilden (z.B. Medikamentenverschreibungen) erhält der einzelne Arzt zwar sein eigenes Profil im Vergleich zu dem der Gesamtgruppe, aber sonst bekommt niemand dieses Einzelprofil zu sehen. Für eine Gruppe mit echter Budgetverantwortung wäre ein solches Vorgehen kaum denkbar.
- Man geht von der Besprechung konkreter Fälle zu anonymen Fällen über, um die Gefahr von Schuldzuweisungen und Blößen zu umgehen.

Wenig Zeit wird aufgewendet für die Diskussion der Ziele des Netzes, da eine ernsthafte Diskussion möglicherweise rasch ergeben würde, dass unterschiedliche Ziele verfolgt werden; statt dessen beschäftigt man sich lieber ausgiebig mit technischen Aspekten.

Als Problem werden auch die unterschiedliche Sprache und das unterschiedliche Rollenverständnis von Allgemeinärzten einerseits, Fach- und Klinikärzten andererseits benannt.

Engpässe in der Kommunikation sind aber auch erkannt und werden bearbeitet, z.B. mit Hilfe von Moderatoren und durch Schulung in Gesprächsführung. Auch scheint es in einem längeren Prozess durchaus zu gelingen, die „Sprachbarrieren“ zwischen den Fachgruppen abzubauen.

Es muss vor allem betont werden, dass viele Ärzte heute die Kommunikation und Kooperation suchen und die Netze hervorragende Entwicklungs- bzw. Lernchancen bieten. Denn was immer zukünftig im Gesundheitswesen für Regeln gelten werden: ohne vermehrte Kooperation wird nichts gehen.

These 5: Eine ehrenamtliche Leitung ohne professionelle Unterstützung gerät schnell an Grenzen.

Der Normalfall bei den Arztnetzen ist eine ehrenamtliche Leitung aus gewählten Mitgliedern. Ihre Position ist relativ schwach, der Zeitaufwand relativ hoch. Sie kann sich i.d.R. nicht auf eine professionelle Geschäftsführung stützen, sondern allenfalls darauf, dass andere Stellen (hauptsächlich Kassenärztliche Vereinigungen) Geschäftsstellenfunktion übernehmen (Versand von Einladungen, Protokollen ect.). In kleinen Netzen wird eine ehrenamtliche Struktur wohl ausreichend sein, für grosse Netze bedeutet sie zwangsläufig ein Entwicklungshemmnis. Allerdings garantiert auch eine

¹) Vgl. dazu im wesentlichen: Westebbe (1999).

hauptamtliche Struktur nicht den Erfolg; sie muss akzeptiert sein und Instrumente zur Durchsetzung haben und auch die Durchsetzung wollen.

Sowohl mit der „schwachen“ Leitung als auch mit dem Kooperationsverständnis hängt es zusammen, dass in den Netzen so gut wie nie eine Art „Eigenevaluation“ verabredet oder in Angriff genommen wurde. Nur in einem einzigen Vertrag beispielsweise findet sich die Absichtserklärung, die Anwendung von im Netz entwickelten Leitlinien zu überprüfen. Auch findet z.B. keine systematische Erfahrungssammlung über die verabredeten Koordinationsinstrumente wie Überweisungsbegleitbriefe ect. statt. Eine systematische Weiterentwicklung wird dadurch behindert, Schwachstellen werden nicht analysiert, untaugliche Massnahmen nicht beseitigt. Und nicht zuletzt gibt es auch keinerlei Sanktionen, wenn Netzmitglieder sich nicht an Verabredungen halten und/oder keinerlei Input, z.B. in Form von Teilnahme an Qualitätszirkeln in das Netz einbringen.

These 6: Zu viele Ziele werden gleichzeitig verfolgt.

Ein regelmässiger Einwand in den Evaluationen oder Evaluationsansätzen ist die Multidimensionalität der Zielsetzungen, verbunden mit dem Fehlen einer planvollen schrittweisen Inangriffnahme. Gleichzeitig Leitlinien entwickeln, neue Praxisstrukturen aufbauen, eine Leitstelle so organisieren und mit Informationen ausstatten, dass sie von Nutzen ist, Vereinbarungen mit Krankenhäusern treffen, Instrumente zur Koordination der ambulanten Ärzte entwickeln und implementieren, die Pharmakotherapie analysieren und Empfehlungen erarbeiten, die EDV-Ausstattung diskutieren, geeignete Systeme auswählen und implementieren, mit Krankenkassen über die Finanzierung verhandeln – und dies alles im wesentlichen mittels ehrenamtlicher Arbeit, ohne professionelle Unterstützung –, das darf man wohl als deutliche Überforderung bezeichnen. Ein schrittweises Herangehen wäre wohl zielführender gewesen. Der Druck, rasch Erfolge nachzuweisen, hat diesen schrittweisen Aufbau ebenso behindert wie ein häufiges Unterschätzen des notwendigen Aufwandes durch die Netzakteure.

These 7: Es besteht ein Mangel an aussagefähigen, transparenten und zeitnahen Daten

Die vorliegenden Evaluationen und Evaluationskonzepte zeigen, wie schwierig es ist, Daten zum Leistungsgeschehen und den Kosten in der benötigten Differenzierung und innerhalb nützlicher Zeit zu erhalten. Zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen aufgeteilte „Datenhoheit“¹⁾, der unterschiedliche Aufbau und die unterschiedliche technische Umgebung bei verschiedenen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, mangelnde Qualität von Daten, die ja für andere Zwecke (Abrechnung) erhoben wurden, bezeichnen einen Teil der Probleme. Weiterhin geht es um die Wahl der richtigen Vergleichsgruppe, um etwaige Netzeffekte von allgemeinen Entwicklungen unterscheiden zu können. Bei Einschreibemodellen muss ein möglichst exaktes Vergleichskollektiv gebildet werden; der dafür bevorzugte matched-pair-Ansatz ist noch nicht wirklich getestet.

¹⁾ Krankenkassen haben die Daten über stationäre Leistungen und Arzneimittel, Kassenärztliche Vereinigungen haben die Abrechnungen der Vertragsärzte.

Die genannten Schwierigkeiten bringen es mit sich, dass im wesentlichen nur im Zuge von externen Evaluationen versucht wird, die Einsparpotentiale zu ermitteln. Bei der Mehrzahl der Arztnetze ohne externe Evaluation ist diese wichtige Information also nicht vorhanden. Ein Teil der Netze erhält immerhin Daten zu den Krankenhauseinweisungen und den Arzneimittelverordnungen bzw. –kosten.¹ Sie sind jedoch „roh“, das heisst ohne Bezug auf eine wirkliche Vergleichsregion und ohne sachkundige Interpretationshilfe oft nicht besonders aussagefähig. Die Inanspruchnahme im vertragsärztlichen Bereich bleibt völlig intransparent. Ein weiteres Problem ist die relativ grosse zeitliche Verzögerung.

Teilweise wird versucht, im Netz Paralleldaten zu generieren, um die genannten Mängel zu entschärfen: z.B. Krankenhauseinweisungen, Verweildauer, Arzneimittelverordnungen. Jedoch scheint es relativ schwierig zu sein, dies zuverlässig und genau durchzuführen.² Es bestehen hohe Erwartungen an EDV-Lösungen; bis diese die Bedürfnisse der Arztnetze nach Controllingdaten erfüllen, dürfte es aber noch ein weiter Weg sein.

3.3 Vergleich mit Erfahrungen in der Schweiz

In der Schweiz wurden seit 1990 Managed-Care-orientierte Versorgungsformen aufgebaut; zunächst wurden HMOs (Health-Maintenance-Organizations) gegründet, ab 1994/95 kamen Hausarztmodelle/-Hausarztnetze dazu. Die wesentlichen Prinzipien und eine Kurzbeschreibung finden sich am Ende dieses Kapitels. Ein vergleichender Blick ist von besonderem Interesse, weil es in der Konzeption Unterschiede und Gemeinsamkeiten gibt, die den Blick für die „Erfolgsfaktoren“ schärfen können.

Am ehesten vergleichbar den deutschen Arztnetzen sind die Schweizer Hausarztmodelle; wesentliche Gemeinsamkeiten und Unterschiede sind in Übersicht 4 aufgeführt.

Übersicht 4:

Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen deutschen Arztnetzen und Schweizer Hausarztmodellen

¹) Es gilt auch die Erfahrung, dass Netze nicht gerade „datenhungrig“ sind, weil mehr Transparenz auch zu Diskussionsbedarf und evtl. Konflikten führt.

²) Rüschemann et al.(1999).

Gemeinsamkeiten	Unterschiede
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regionale Zusammenschlüsse von niedergelassenen Ärzten, kaum Selektion, hohe Teilnahmequote ▪ Honorierung weiterhin nach Einzelleistungen, nur in Ausnahmefällen kombinierte Budgets ▪ Netzaktivitäten teilweise speziell honoriert ▪ Zusammenarbeit in Hausarzt-/Qualitätszirkeln mit meist eher geringer Intensität 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In der Schweiz i.d.R. nur Hausärzte, allgemeine Internisten und andere Ärzte, die hausärztliche Funktion übernehmen. ▪ In der Schweiz durchgängig „Einschreibemodell“ und Gatekeeping, d.h. der Patient muss ausser in Notfällen zuerst den Hausarzt aufsuchen. ▪ In der Schweiz Bonus für Versicherte in Form prozentualer Prämienreduktion ▪ In der Schweiz kaum Aufbau spezieller Infrastruktur (wie Anlaufpraxen ect.) ▪ In der Schweiz haben alle Hausarztmodelle Verträge mit einer oder mehreren Krankenkassen ▪ Die Netze in der Schweiz erhalten mehrmals jährlich und relativ aktuell Daten über die Überweisungen, die selbst verursachten und veranlassten Kosten.

Zunächst einmal ist festzuhalten, dass es in der bevölkerungsmässig zehnmal kleineren Schweiz 1999/2000 gut 70 Hausarztnetze gab, in denen knapp 400'000 Personen versichert waren. Es besteht also eine ganz andere Dynamik und die Netze sind weit über das Stadium von Einzelversuchen hinaus. Auch ist die grössere Stabilität zu nennen: zwar haben sich 2001/2002 zwei Krankenkassen weitgehend aus den Hausarztmodellen zurückgezogen, bei den meisten existieren die Verträge aber schon seit 6–7 Jahren und laufen weiter. Worauf es hier jedoch ankommt, ist nach den Erfahrungen und Erfolgen zu fragen und da gibt es mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede.

Hinsichtlich des zentralen Aspektes der Wirtschaftlichkeit (der Einsparungen oder Einsparpotentiale) sieht die Bilanz in der Schweiz auch nicht blendend aus. Die meisten Hausarztnetze rechnen sich aus Kassensicht allenfalls knapp oder gar nicht: sie können die den Versicherten gewährte Prämienreduktion von 10–15 % und die zusätzlichen Verwaltungskosten kaum einsparen; vordergründige Kostenvorteile lösen sich auf, wenn man eine vertiefende Bewertung der Risikostruktur vornimmt. Bezieht man nur Alter und Geschlecht ein, wird nicht ausreichend erfasst, dass vorwiegend Gesunde (und zwar in jeder Alters-/Geschlechtsgruppe) den Schritt in eine neue Versorgungsform tun.¹

Im Endeffekt kann man also von den Schweizer wie von den deutschen Arztnetzen sagen, dass sie bisher ihr Ziel von mehr Wirtschaftlichkeit verfehlt haben. Eine deutliche Ausnahme bilden in der Schweiz die (wenigen) Hausarztmodelle mit kombiniertem Budget.² Sie unterscheiden sich aber nicht nur durch das kombinierte Budget von den "normalen" Hausarztmodellen. Wesentlich ist zum einen, dass es sich um eine Auswahl unter den Ärzten handelt, d.h., dass sich nur Ärzte zusammengetan haben, die wirklich eine andere Versorgung wollen. Zum anderen ist die Zusammenarbeit sehr

¹) Indra (2002); Baur (2000).

²) z.B. Schaller et al. (2002).

intensiv: man trifft sich wöchentlich oder mindestens zweimal im Monat in Qualitätszirkeln und zur Besprechung der Controllingdaten. Man kann daraus recht gut ableiten, dass das Gatekeeping allein (bzw. ein Einschreibemodell) die Wirtschaftlichkeit nicht garantiert. In den meisten Faktoren, die in Kap. 3.2 diskutiert wurden, sind die deutschen und Schweizer Netze auch sehr ähnlich.¹

In relativ grossem Kontrast stehen die Erfahrungen der HMOs. Ausser dem Gatekeeping-Prinzip haben sie nicht allzu viel gemeinsam mit den faktisch existierenden Hausarztnetzen. Die meisten HMOs „rechnen“ sich, d.h. auch bei verfeinerter Risikostrukturberechnung liegen ihre Krankenpflegekosten tiefer als im traditionellen System und die Prämienreduktion von 15–25 % ist daher gerechtfertigt. Ihr Prinzip ist ein wirkliches Management der Gesundheitsversorgung für den Patienten. Sie haben beide Eckpunkte der besseren Steuerung der Gesundheitsversorgung realisiert: die individuelle Steuerung des Patienten **und** die dafür nötige Vernetzung und Kooperation. Ihre Instrumente sind: (angewandte) Leitlinien, gesteuerter Medikamenteneinsatz, laufendes Controlling der selbst erbrachten und verursachten Leistungen, systematische Fallbesprechungen (z.B. Besprechung jedes Krankenhausfalles) und eine selektive Zusammenarbeit mit externen Leistungserbringern, die z.T. durch Verträge geregelt ist. Vieles wurde auch erst allmählich entwickelt und manches ist bisher nicht gelungen (z.B. die Einflussnahme auf Krankenhäuser), aber doch auf dem Weg. Auch um gegen die Vorwürfe der Risikoselektion und der Billigmedizin gewappnet zu sein, haben schweizerische HMOs mit EQUAM eine Stiftung zur Qualitätssicherung gegründet und lassen sich zertifizieren.

Die Schweizer Form der „staff-model-HMOs“ eignet sich nicht für die Versorgung in der Fläche. Die Zukunft liegt wahrscheinlich eher in der Kombination von HMOs und Hausarztnetzen, wie sie in einzelnen Fällen schon erfolgreich praktiziert wird.

Hauptelemente der Managed-Care-Modelle in der Schweiz

Hausarztmodell

- Niedergelassene Ärzte (Grundversorger) in freier Praxis, die sich auf regionaler (lokaler) Ebene zu einer Gruppe zusammengeschlossen haben.
- Finanzierung bisher fast ausschliesslich nach herkömmlicher Art über Einzelleistungsabrechnung.
- Nur vereinzelt Gruppen mit echter Budgetverantwortung, aber z.T. Erfolgsbeteiligung.
- Verträge mit einer oder mehreren Krankenkassen.
- Gatekeeping.

Insgesamt wurden für 1999 71 Hausarztnetze mit zusammen 378'039 Versicherten und 3'699 beteiligten Ärzten erfasst. Mitte 2002 sank wegen des Rückzugs von zwei Krankenkassen die Anzahl der Hausarztnetze auf 58, die der Versicherten auf 342'445.² In einigen Kantonen haben sich zwischen 15 % und 22 % aller Versicherten einem Hausarztmodell angeschlossen. Bei der Wahl eines Hausarztmodells erhalten die Versicherten eine Prämienreduktion, die je nach Krankenkasse zwischen 10 % und 15 % beträgt.

¹) Was die Erfahrung aber auch lehrt: die freie Arztwahl, in der Schweiz vielleicht noch höher gehalten als in Deutschland, ist kein absolutes Hindernis. Wenn in einzelnen Kantonen 20 % oder mehr der Versicherten einem Hausarztmodell beigetreten sind, heisst das doch, dass bei ausreichendem Angebot und spürbaren Anreizen relativ viele Menschen bereit sind, auf die freie Arztwahl zu verzichten.

²) Managed Care 4/5 2002

Die Mehrzahl der Hausarztmodelle ist eher klein (30–40 Ärzte); kleinen Netzen gelingt es besser als grossen, eine ausreichende Versichertenbasis zu erlangen. In günstigen Fällen hat ein Hausarzt in seinem Patientenstamm 300 oder mehr Versicherte, für die er Gatekeeper ist.

Die Hausarztnetze, gegründet i.d.R. auf Initiative einzelner Ärzte oder der kantonalen Ärztesellschaften, haben meist Verträge mit mehreren Partnern auf Versichererseite. Die Verträge regeln vor allem die Teilnahme der Ärzte, das Verhältnis gegenüber den Versicherten, die Abrechnungsvorgänge und Aufgaben der MCO bzw. Krankenkassen, Aufwandsentschädigung und Gewinn-/Verlustbeteiligung.

Als Steuerungsdaten erhalten die Hausarztnetze meist vierteljährliche Statistiken zu eigenen und veranlassten Kosten und Leistungen. Generell ist aber der Ansatz einer neuen und ganzheitlichen Steuerung der Gesundheitsversorgung bei der Mehrzahl der Hausarztnetze eher schwach verankert und die Intensität der Zusammenarbeit in den Hausarztnetzen ist eher gering. Eine Ursache dafür ist sicher, dass in den meisten Hausarztnetzen die Teilnahme der Ärzte nach dem Territorialprinzip erfolgte und nicht nach ihrem Engagement für oder Interesse an einer neuen Versorgungsform.

Fazit ist, dass wohl in den meisten der heutigen Hausarztnetze, ausser dem Gatekeeping, noch nicht viel von Managed-Care zu verzeichnen ist. Interessante Entwicklungen sind insbesondere die (wenigen) Hausarztmodelle, die sich schliesslich zur Übernahme der vollen Budgetverantwortung entschlossen haben und sich teilweise mit einer HMO verknüpft haben, weil dort das Steuerungs-Know-how vorhanden ist. Eine andere Entwicklung geht in Richtung der Übernahme der „Datenhoheit“.

HMO

- Gruppenpraxis mit angestellten Ärzten
- Finanzierung über Kopfpauschalen, die die eigenen und externen Kosten der Gesundheitsversorgung abdecken; Budgetverantwortung.
- Verträge mit einer oder mehreren Krankenkassen.
- Gatekeeping.

Insgesamt existieren 1999 28 HMOs mit zusammen gut 100'000 Versicherten. Im Jahr 2002 war die Anzahl der HMOs auf 23 zurückgegangen, die Anzahl der Versicherten auf gut 109'000 angestiegen. Die Reduzierung der HMOs ist teils auf Fusionen, teils auf Auflösung zurückzuführen.¹Der Höhepunkt der HMO-Gründungen lag in den Jahren 1994 und 1995. Nur in Ausnahmefällen verzeichnen die HMOs seit 1998 noch einen Zuwachs an Versicherten. HMOs sind typischerweise in grösseren Städten angesiedelt, lediglich ein Versicherer hat eine breitere Streuung vorgenommen.

Die Versichertenzahlen der meisten HMOs liegen 1999 zwischen 2'500 und 4'000; mehr als 10'000 Versicherte konnten nur dort erreicht werden, wo die HMO mit einem Hausarztnetz verknüpft ist. Die Prämienreduktion für die HMO-Versicherten liegt zwischen 15 % und 25 %.

Überwiegend sind Krankenkassen Träger der HMOs; es gibt 1999 drei Ausnahmen: 2 ärztteigene HMOs und 1 HMO in der Trägerschaft einer Stiftung. Die HMOs haben jedoch Verträge mit mehreren Krankenkassen (2–6), die das Produkt „HMO“ ihren Versicherten anbieten. Sie vergüten die Krankenpflegekosten ihrer HMO-Versicherten über eine Kopfpauschale an die HMO. Die Kopfpauschalen wurden zunächst primär nach Alter und Geschlecht gewichtet, später auch nach Morbiditätskriterien.

HMOs orientieren sich an der evidenzbasierten Medizin. Behandlungsleitlinien spielen eine wachsende Rolle; der Medikamenteneinsatz ist gesteuert, die HMOs kommen mit sehr viel weniger Spezialitäten aus als im traditionellen System verordnet werden. Die Zusammenarbeit mit externen Leistungserbringern (Fachärzten, Labors, Krankenhäuser) ist selektiv, auf der Basis von Auswahllisten und -kriterien, die im Laufe der Zeit erarbeitet wurden. Intern ergänzt ein medizinisches Controlling das betriebswirtschaftliche: das Handeln der HMO-Ärzte ist transparent und wird kontinuierlich im Team besprochen.

Für die HMOs war von Anfang an der Qualitätsaspekt von grosser Bedeutung. In einem System der Gesundheitsversorgung, das explizit auch die Kosten berücksichtigt, muss die Qualität transparenter gehandhabt werden als im herkömmlichen System. Dies dürfte das Hauptmotiv sein, warum die HMOs dazu übergehen oder bereits übergegangen sind, sich zertifizieren zu lassen. Verschiedene Träger haben eine Stiftung zur Qualitätssicherung – EQUAM – gegründet.

¹) Managed Care 4/5 2002

3.4 Engpass: Zeit und Flexibilität

Vermutlich haben alle beteiligten Akteure unterschätzt, wieviel Zeit es braucht, Arztnetze zu entwickeln. Man kann wohl relativ schnell z.B. eine Anlaufpraxis einrichten, aber sich zu einem wirklich koordinierten und kooperierenden Netz zu entwickeln, gute Instrumente dafür zu schaffen, anzuwenden und zu verbessern, gelingt sicher nicht in 2–3 Jahren. Insofern ist es bedauerlich, dass so viele Verträge mit Arztnetzen nur eine kurze Laufzeit hatten oder vorzeitig gekündigt wurden. In der Schweiz ist man überwiegend einen anderen Weg gegangen: auch dort gibt es viele Netze, die keine gute „Erfolgsprognose“ haben, aber man lässt den Prozessen doch mehr Zeit. Die Ärzte selbst müssen herausfinden, in welche Richtung sie gehen wollen und welche Strukturen sie dafür brauchen. So hat sich z.B. ein Hausarztmodell erst nach 5-jähriger Zusammenarbeit gut genug vorbereitet empfunden, die volle Budgetverantwortung zu übernehmen. Sogar in den strafferen HMO-Strukturen wird viel Zeit gebraucht für den Aufbau und die Steuerung der Aussenbeziehungen: erst nach 10 Jahren ist es beispielsweise der Basler HMO gelungen, zu einem vernünftigen Agreement mit den Frauenärzten zu gelangen und die bisherige Konflikthaltung abzubauen.

Entwicklung setzt aber auch Flexibilität voraus. Neben der „inneren“ Flexibilität muss es auch eine solche der Rahmenbedingungen geben. Die Vertragssituation erschwert diese Flexibilität: wenn für Vertragsänderungen die Zustimmung von drei Parteien – Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Arztnetz – und dann oft auch noch von mehreren Krankenkassen und mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen nötig ist, wird es sehr schwer, Fehlentwicklungen zu korrigieren und die Verträge den neuen Erkenntnissen anzupassen. Auch in diesem Aspekt gibt es für die Schweizer Hausarztmodelle bessere Bedingungen, da nur zwei Parteien mitspielen und die Verträge auch einfacher sind, weil es kaum um die Finanzierung zusätzlicher Infrastruktur geht. Deshalb können die Verträge mit den Krankenkassen unterschiedlich sein und es ist weniger problematisch, wenn z.B. eine Krankenkasse einen Vertrag nicht verlängert.

Letztlich wird es darauf ankommen, Arztnetze als Entwicklungsfeld zu sehen und Zeit und Spielraum zu geben, ohne von vornherein nach allen Richtungen absichern zu wollen. Die Arztnetze ihrerseits müssten sich als Entwicklungsprojekte begreifen, die ihr Ziel mit den bisherigen Instrumenten noch nicht erreicht haben. Die Erfahrungen, die mit der 1. Generation Arztnetze von allen Akteuren gesammelt wurden, sind notwendiger Teil des Entwicklungsprozesses. Allmählich sollten aber, auf der Basis der bisherigen Erfahrungen, die Weichen besser gestellt werden. Es geht vor allem darum, eine höhere Verbindlichkeit zu schaffen. Die schrittweise Übernahme der Budgetverantwortung, die aber nur als „Full-Capitation“ sinnvoll ist, ist ein Weg. Ein anderer – oder auch paralleler – Weg wäre, in Zusammenarbeit aller beteiligten Akteursgruppen klare und realistische Zielvorgaben zu entwickeln (die sich nicht allein auf finanzielle Ziele konzentrieren müssen) und deren Erfüllung periodisch zu überprüfen. In beiden Fällen handelt es sich nur um Rahmenvorgaben, denn über die Wege müssen die Arztnetze notwendig selbst entscheiden.

Literaturverzeichnis

- AOK Hessen, Kassenärztliche Vereinigung Hessen, AOK-Bundesverband (1999): Das Hausarztmodell in Frankfurt/Main. Bericht zur Pilotphase 1997/98
- Baur Rita, Braun Ulrike (2000): Bestandsaufnahme besonderer Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenversicherung. Bundesamt für Sozialversicherung: Beiträge zur sozialen Sicherheit Nr.15/00.
- Bausch Frank, Stock Johannes (2000): Arztnetze: Team ist Trumpf.
In: Gesundheit und Gesellschaft 3/2000
- Dreykluft Hans Rüdiger (2000): Anspruch und Wirklichkeit in der Arbeit eines Praxisnetzes.
In: ZFA 12/2000
- Häussler Bertram, Bohm Steffen (2000): Praxisnetze auf dem Weg zur integrierten Versorgung.
In: Sozialer Fortschritt 6/2000.
- Indra Peter (2002): Ansätze der Helsana zur Einführung von Managed Care in der Schweiz. In: Preuss Klaus Jürgen, Rübiger Jutta, Sommer Jürg H.: Managed Care. Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (1999): Praxisnetze – Innovation des Gesundheitssystems.
KBV – Kontext 12
- Managed Care – Schweizer Zeitschrift für Managed Care, Public Health, Gesundheits- und Sozialökonomie 4/5 2002
- Meyer-Lutterloh Klaus (2001): Die ambulante Versorgung – Netzwerke und Managed Care. Gesundheitspolitische Vortragsreihe Sommersemester 2001, Klinikum Grosshadern München.
- Plassmann Walter (2000): Wir arbeiten in einem lebenden System. In: Managed Care 3/2000
- Rübiger Jutta, Hasenbein Uwe, Klatt Stefan, Sinha Monika, Brenner Harvey M., Henke Klaus-Dirk (2002): Konzept für eine standardisierte Evaluation Managed-Care-orientierter Versorgungsmodelle in Deutschland: ein Werkstattbericht. In: Preuss Klaus Jürgen, Rübiger Jutta, Sommer Jürg H.: Managed Care. Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle.
- Richard Sabine (2001): Integrierte Versorgung: Chancen und Perspektiven.
In: Arbeit und Sozialpolitik 1–2/2001
- Roth Andrea (2002): Erfolgsrechnung und -bewertung vernetzter Praxen in Schleswig-Holstein. In: Preuss Klaus Jürgen, Rübiger Jutta, Sommer Jürg H.: Managed Care. Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle.
- Rüschmann Hans-Heinrich, Roth Andrea, Krauss Christian (1999): Vernetzte Praxen auf dem Weg zu Managed Care.
- Rüschmann Hans-Heinrich, Krauss Christian, Roth Andrea (2001): Regionale Praxisnetze in Schleswig-Holstein. Abschliessende Erfolgsrechnung/-bewertung.
- Schaller Philippe (2002): Réseau Delta: Betrachtung nach 10 Jahren Erfahrung. In: Managed Care 2/2002
- Szecsényi Joachim, Magdeburg Klaus, Kluthe Brigitte, Weber Christoph, Bausch Jürgen, Schindler Hubert (Hrsg.) (1999): Ein Praxisnetz erfolgreich gestalten. Erfahrungen und Ergebnisse aus zwei Jahren „Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Ried“.
- Westebbe Peter W. (1999): Ärzte im Netz. Eine qualitative Untersuchung über die Entwicklung neuer Kooperations- und Organisationsformen in der ambulanten Medizin in Deutschland. Institut für angewandte Kommunikation und Sozialforschung, München.