

Die Leistungskette in die Verantwortung nehmen

Schnittstellenmanagement im «Integrierten Managed Care Thurgau»

Das Schnittstellenmanagement wird einfacher, wenn die Hauptverantwortung für Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesamten Leistungskette in die Leistungskette hineinverlagert wird. Diese These wird im Folgenden am Beispiel des Projekts «Integriertes Managed Care Thurgau» veranschaulicht. Das Projekt sieht vor, innerhalb des Zusammenschlusses der Leistungserbringer auch professionelle Strukturen aufzubauen, welche das Leistungsmanagement übernehmen und die Behandlungsprozesse steuern.

Jürg Baumberger

Grundidee des Modells «Integriertes Managed Care Thurgau» IMC TG¹ ist es, die ambulanten und stationären Leistungserbringer in einer Interessengemeinschaft zusammenzuschliessen, die einen Managed-Care-Vertrag mit den Versicherern abschliesst². Für die

Versicherten ändert sich hinsichtlich des Managed-Care-Produkts nichts. Sie müssen sich weiterhin bei einem Arzt (meist einem Facharzt für Allgemeinmedizin) einschreiben, der als Hausarzt die Care-Manager-Funktion übernimmt. Neu ist, dass die Care-Manager-Funktion allenfalls – je nach Vertrag mit dem Versicherer – auch von einem Spezialisten übernommen werden kann.

In die Interessengemeinschaft eingebunden werden in einem ersten Schritt die niedergelassenen Ärzte (Allgemeinpraktiker und Spezialisten) sowie die öffentlichen und privaten Spitäler. Über die Spitäler eingebunden sind die in ihnen tätigen Ärztinnen und Ärzte.

Voraussetzungen für ein erfolgreiches Schnittstellenmanagement

Für ein erfolgreiches Schnittstellenmanagement sind zwei Voraussetzungen wichtig:

1. Die Beeinflussung des Leistungserstellungsprozesses aus diesem heraus und nicht durch eine externe Instanz.
2. Die Einbindung beider Seiten einer Schnittstelle in die Verantwortung für Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Beide Punkte sind wichtig für die Legitimität und damit für die Akzeptanz der Beeinflussungs- und Steuerungsintervention. Case Management, das von einer Instanz ausserhalb des Behandlungsprozesses veranlasst und gesteuert wird, wird von den Betroffenen als externe Aufsicht, externer Eingriff empfunden. Ein solcher Eingriff wird oft als impliziter Vorwurf verstanden, die eigenen Aufgaben



Jürg Baumberger

nicht selbst lösen zu können. Deshalb wird auch der Sachverstand der eingreifenden Instanz sehr oft angezweifelt. Kurz: Das von aussen kommende Schnittstellenmanagement führt tendenziell zu einer Verteidigungs- und Rechtfertigungshaltung, die dem Prozess nicht förderlich ist.

Doch wer sonst soll das Schnittstellenmanagement übernehmen? In der traditionellen Versicherungs- und Versorgungsform gibt es keine sektorübergreifenden Instanzen der Leistungserbringer (vgl. *Abbildung 1*). Wird, wie in den traditionellen Hausarztsystemen, das Schnittstellenmanagement einem einzelnen Sektor übertragen, so kommt dieser gegenüber dritten Leistungserbringern in die gleiche Rolle wie ein Krankenversicherer oder ein Vertrauensarzt, der das Case Management von aussen veranlasst (vgl. *Abbildung 2*).

Schnittstellenmanagement im integrierten System

Im Unterschied zum traditionellen Hausarztsystem erfüllt das IMC

¹ Ausführliche Darstellung siehe «Managed Care» 2/2003, Seiten 33 ff.

² ILIT: Interessengemeinschaft der Leistungserbringer Thurgau

TG die oben genannten Voraussetzungen. In diesem Modell bestehen sektorenübergreifende gemeinsame Interessen, sich gegenseitig auf ein erfolgreiches Schnittstellenmanagement zu verpflichten. Das gemeinsame Interesse wird dadurch geschaffen, dass die Interessengemeinschaft für alle darin Eingebundenen gemeinsam einen Managed-Care-Vertrag mit dem Versicherer

«Case-Management, das von einer Instanz ausserhalb des Behandlungsprozesses veranlasst und gesteuert wird, wird von den Betroffenen als externer Eingriff empfunden.»

abschliesst. Mit diesem Vertrag übernimmt die Interessengemeinschaft einen Teil des wirtschaftlichen Risikos der Behandlung. Dieses Risiko wird gemeinsam getragen und in die Form eines Budgets (Capitation oder andere Formen) gegossen. Der Erfolg oder Misserfolg wird nach internen Regeln auf die einzelnen Leistungserbringer umgelegt. So haben alle in der ILIT zusammengeschlossenen Leistungserbringer gemeinsam ein Interesse, die Behandlung sowohl qualitativ als auch wirtschaftlich zu optimieren. Das IMC TG ist somit im Hinblick auf das Schnittstellenmanagement eine Weiterentwicklung der bisherigen Hausarztssysteme.

Unterschiedliche Steuerungsinstanz

In den bisherigen Hausarztssystemen haben die Versicherer die Verantwortung für Wirtschaftlichkeit und Steuerung einem einzelnen Leistungserbringer übertragen (siehe *Abbildung 2*).

Im IMC TG sieht das Bild anders aus (vgl. *Abbildung 3*): Hier übernehmen mehrere Arten von Leistungserbringern im Verbund die Koordinationsverantwortung. Sie re-

Abbildung 1:

Leistungsverträge im traditionellen Gesundheitssystem (traditionelle Form des «Care Managements»)

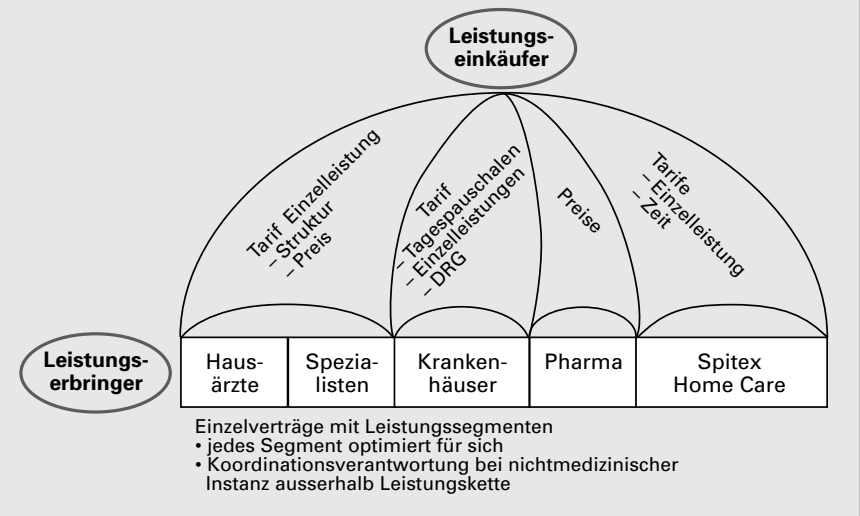


Abbildung 2:

Leistungsverträge in Managed-Care-Systemen mit hausärztlichem Gatekeeping

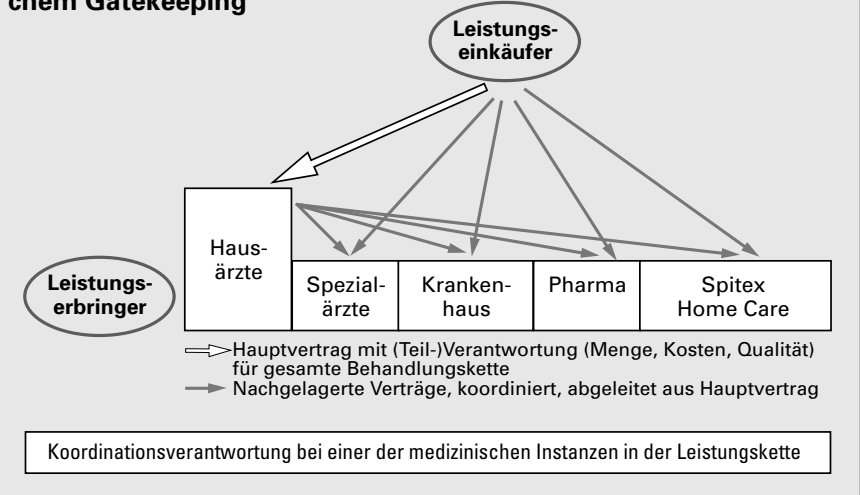
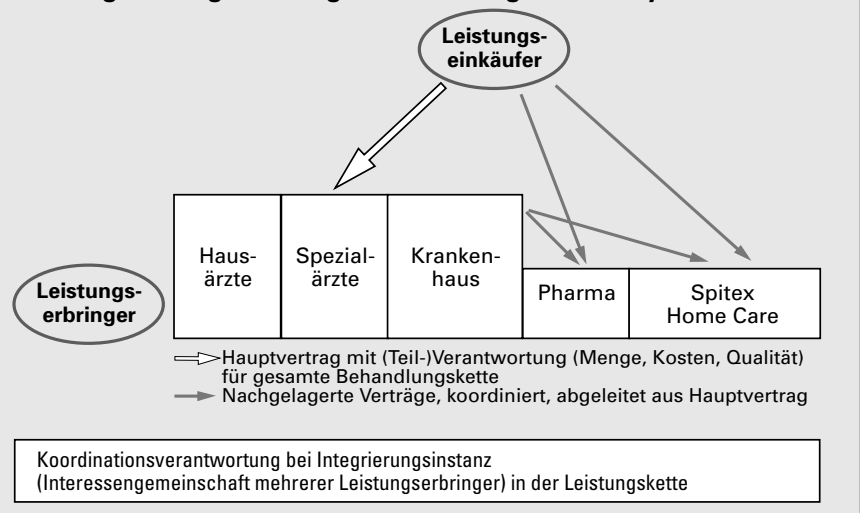


Abbildung 3:

Leistungsverträge in integrierten Managed-Care-Systemen



Kasten:

Geschäftsstelle ILIT (Geschäftsleitung)

(aus dem Projektbericht³)

Die Erfahrung der bisherigen Hausarztssysteme zeigt, dass die Durchführung von Steuerungsmassnahmen professionelle Strukturen, die über ein reines Milizsystem hinausgehen, verlangt. Nur so können die entsprechenden Prozesse aufgebaut, aufrechterhalten und weiterentwickelt werden.

Daher sollte die ILIT eine Geschäftsstelle einrichten. Diese ist für die operative Umsetzung der Steuerungsinstrumente im Behandlungs- und Betreuungsprozess zuständig. Solche Instrumente sind:

- Disease Management
- Fallmanagement
- Reklamationsbehandlung
- Auskunft (Demand Management).

Die Instrumente sollen schrittweise aufgebaut werden. Mit diesem Konzept werden Elemente des inhaltlichen Managed Care durch die Leistungserbringer übernommen.

Der Aufbau der Geschäftsstelle erfolgt schrittweise, die Nutzung bestehender Strukturen von Leistungserbringern der ILIT kann sinnvoll sein. Der Umfang der Geschäftsstelle richtet sich nach den vorhandenen Mitteln.

Die Versicherer wünschen, bei der Professionalisierung der Medical-Management-Organisationen mit einbezogen zu werden. Die Verantwortung der Leistungserbringer für die medizinische Behandlung wird dadurch nicht tangiert. Dieser Einbezug der Versicherer soll Gegenstand der Vertragsverhandlungen und der Vertragsgestaltung sein.

geln die Aufteilung dieser Verantwortung intern; das ist mit einem zusätzlichen Koordinationsaufwand verbunden.

Deshalb soll innerhalb der Interessengemeinschaft eine professionelle Managementstruktur geschaffen werden, sowohl für die allgemeinen Managementaufgaben als auch insbesondere

«Im IMC TG bestehen sektorenübergreifende gemeinsame Interessen, sich gegenseitig auf ein erfolgreiches Schnittstellenmanagement zu verpflichten.»»

für die Aufgaben des medizinischen Managements. Die Überlegungen zu Aufbau und Funktion der professionalisierten Struktur zeigt der *Kasten*.

Einbindung weiterer Leistungserbringer

Die *Abbildungen 2* und *3* zeigen, dass weitere Leistungserbringer an das System angekoppelt werden, auch wenn sie noch nicht direkt in die Interessengemeinschaft einge-

bunden sind. Diese Ankoppelung erfolgt durch Anschlussverträge mit den externen Leistungserbringern, in denen sowohl inhaltliche (Abläufe, Rechte und Pflichten usw.) als auch wirtschaftliche (Beteiligung am Risiko) Verabredungen getroffen werden können. Solche Verträge sind vor allem mit Spitem, Chiropraktoren⁴ und Physiotherapeuten, aber auch mit ausserkantonalen Spitälern möglich. Durch die Verträge kommen diese Leistungserbringer in die Position von Preferred Providers, von Leistungserbringern also, denen bevorzugt Patienten überwiesen werden.

Schlussfolgerung

Das Konzept IMC TG zeigt, dass die Einbindung weiterer Leistungserbringer eine gute Grundlage für ein effizienteres Schnittstellenmanagement bildet. Das Modell fördert ein sektorenübergreifendes Handeln, und es führt dazu, dass die sektorenübergreifende Steuerung durch die Leistungserbringer selbst organisiert wird. Dadurch wird die Steuerung und damit das Schnittstellenmanagement als notwendig und legitim empfunden, was die Wirksamkeit wesentlich erhöht. ■

Autor:

Dr. phil. Jürg Baumberger

Im Hauweg 6

8370 Sirnach

E-Mail: jb@juergbaumberger.ch

³ Der Projektbericht kann gegen eine Gebühr von 20 Franken beim Kantonsarzt Thurgau, Dr. Alfred Muggli, bezogen werden (E-Mail: alfred.muggli@kttg.ch).

⁴ Im Fürstentum Liechtenstein haben wir im Modell «Gesundheitsnetz Liechtenstein», das aus politischen Gründen abgebrochen wurde, einen Anschlussvertrag mit Chiropraktoren entwickelt.

gemeinsam

Rosenfluh Media AG
Schaffhauserstrasse 13
8212 Neuhausen am Rheinflall
Telefon 052-675 50 50
Fax 052-675 50 51
E-Mail: romed@rosenfluh.ch

