

Managed Care in den USA: Viele Ansätze, viele Probleme

Michael Nash ¹⁾

■ Es werden die wesentlichen Eigenheiten des Managed Care Systems in den Vereinigten Staaten dargestellt, insbesondere auch was die Anwendung von Psychotherapie betrifft. Die Situation für medizinische und psychosoziale Dienste ist sehr instabil und Veränderungen sind nötig. Es herrscht jedoch große Uneinigkeit darüber, wie diese Veränderungen aussehen sollen.

Schlüsselwörter: Managed Care, Psychotherapie

Das derzeitige Hauptinteresse am psychosozialen Versorgungssystem in den USA gilt den Fragen: Wer bezahlt - für welche Leistungen - welche Therapeuten und zu welchen Konditionen. Um aber die Gesundheitsversorgung im seelischen Bereich verstehen zu können, müssen Sie auch etwas wissen über das Versorgungssystem im allgemeinen, zumindest nach dem derzeitigen Stand.

Betrachten wir zunächst einmal kurz, wie Ärzte und Krankenhäuser in den USA bis Mitte der 80er Jahre bezahlt wurden. Bis die Kosten im Gesundheitswesen in den 80er Jahren anstiegen, wurden die Behandlungskosten jedes Versicherten durch Einzeileistungsvergütung oder pauschal ersetzt. In diesem System holte ein Unternehmer oder eine Firma bei verschiedenen in Frage kommenden privaten Krankenversicherungen Angebote ein, um die Krankenversicherung für seine Angestellten, deren Ehefrauen und Kinder zu bezahlen. Diese Krankenversicherungen, die häufig Ärzten oder Krankenhäusern gehörten, waren sehr umfassend. Das jeweilige Unternehmen musste sich für eine, und zwar eine einzige Versicherung entscheiden; diese sicherte die Finanzierung der ärztlichen Behandlung zu, solange jeder Betriebsangehörige bei dieser Gesellschaft versichert war und solange der Betrieb einen bestimmten Betrag für die Versicherungsleistungen entrichtete. So wählte also üblicherweise der Arbeitgeber eine Versicherungsgesellschaft aus und die Firma sowie die Angestellten bezahlten die Prämie für den Versicherungsschutz. Manchmal bezahlten Firmen die Prämien voll oder aber den größten Teil, manchmal aber auch nur einen geringen Teil. Bisweilen konnte der Arbeitnehmer auch zwischen mehr oder weniger kostspieligen Leistungsangeboten wählen. Entscheidend war indes: waren die Prämien erst einmal bezahlt, so konnten die Angestellten und ihre Familien

jederzeit jeden beliebigen Arzt aufsuchen und dessen Rechnung wurde bezahlt. Der behandelnde Arzt war derjenige, der über Untersuchungen und Behandlungen bestimmte. Was der Arzt anordnete, wurde von der Versicherung ohne weitere Nachfrage bezahlt.

Nun denn, jene glücklichen Zeiten sind vorbei. Und warum? Einfach weil es zu teuer wurde, den Mediziner bestimmen zu lassen, was der Patient braucht, und dem Patienten zu gestatten, sich von kostspieligen Spezialisten behandeln zu lassen, wo ein einfacher Allgemeinmediziner es auch getan hätte. Tatsache ist, dass in diesem System ein erhebliches Maß an Gier und Missbrauch herrschte, wobei Ärzte, Krankenhäuser und Pharmakonzern Geld unter der Hand machten. Mitte der 80er Jahre beliefen sich die Krankenversicherungskosten auf annähernd eine Billion Dollar pro Jahr. Es war bereits vorauszu sehen, dass eines Tages die monatliche Versicherungsprämie, die ein Berufstätiger für diese unaufhaltsam steigenden Kosten des Gesundheitssystems entrichten muss, sein monatliches Gehalt übersteigen werde!

Zunächst wurde das Leistungs-Vergütungs- bzw. traditionelle Versicherungssystem, das noch keine Managed Care kannte, abgeschafft. Statt dessen gab es nun zwei wesentliche Vorgehensweisen:

1. Bei der ersten besteht ein freier Versicherungsplan mit Managed Care. Hier gibt es eine Reihe von Managed Care-Plänen, die aber alle im wesentlichen immer noch dem herkömmlichen Leistungs-Vergütungssystem gleichen, allerdings mit dem Unterschied, dass sowohl Patient als auch Arzt einer Einschränkung in der Wahl der Personen und Verfahren unterliegen. Anders ausgedrückt: Es gibt einen Dritten im Bunde, der derlei Entscheidungen trifft. Dabei handelt es sich um eine Managed Care-Organisation, welche die Versicherungsgesellschaft engagiert hat, um die Kosten niedrig zu halten ... und das tut sie auch.
2. Das zweite verbreitete System ist die Selbst-Versicherung. Auch sie funktioniert nach dem Managed-Care-Prinzip. Unter "Selbst" ist allerdings nicht der Patient zu verstehen, sondern die Firma. Sie sagt: Wir schließen mit keiner einzigen Versicherungsgesellschaft einen Vertrag ab, sondern wir sorgen mit unseren eigenen Mitteln für die Gesundheitsbelange unserer Angestellten. Mit anderen Worten: Die Firma wird selbst zur Versicherungsgesellschaft. Warum das, anstatt eine Versicherungsgesellschaft zu engagieren? Darauf werde ich noch zurückkommen - aber der große Vorteil dieser Vorgehensweise liegt darin, dass die selbstversichernden Unternehmen, im Gegensatz zu den Versicherungsgesellschaften, nicht den bisweilen kostspieligen, von der Regierung festgelegten Standards zu entsprechen brauchen.

Und nun muss ich Sie durch die Feinheiten von Managed Care führen. Wie also halten die Versicherungsgesellschaften und die Unternehmen selbst die Kosten niedrig? Es gibt vier Möglichkeiten.

1. Health Maintenance Organizations

(HMO, Organisationen zur Aufrechterhaltung der Gesundheit)

Diese Unternehmen bieten ihren Patienten ihre Leistungen von der Wiege bis zur Bahre an. Die Arbeitgeber bezahlen die HMO und die Ärzte beziehen ein Gehalt von der HMO, sind mithin

deren Angestellte. Bisweilen erhielten die Ärzte auch nur ein pauschales Honorar pro Patient. In jedem Fall erwirtschaftet die HMO Gewinn, wenn ein Patient wenig ärztliche Leistungen in Anspruch nimmt, und sie hat Verlust, wenn die medizinische Versorgung des Patienten kostenintensiv ist. So ist also der finanzielle Anreiz für den Arzt genau ins Gegenteil des ehemaligen Einzelleistungsvergütungsmodell verkehrt, bei dem um so mehr Geld zu verdienen war, je mehr Leistungen ein Patient brauchte. Manchmal arbeiten diese HMOs auch auf der Basis eines einzigen großen Krankenhauses mit angestellten Ärzten, die Gehalt beziehen, oder aber sie haben Verträge mit einer Reihe von Vertragsärzten in freier Praxis. In letzterem Fall erhält der Arzt eine Vorauszahlung pro Patient.

Sie können sehen, wie dieser Anreiz funktioniert, um Kosten zu dämpfen. Als Lotse fungiert der Hausarzt des Patienten, ob er nun angestellt ist oder nicht. Überweisungen zu anderen Ärzten werden nur dann bezahlt, wenn sie vom Erstversorger angeordnet sind. Es braucht nicht erwähnt zu werden, dass die HMO-Verwaltung nicht auf Erstversorger erpicht ist, die zu häufig überweisen oder viel Zeit für ihre Patienten aufwenden. Selbst dann, wenn der Erstversorger eine bestimmte Untersuchung oder Behandlung verschreibt, kann er von einer Kommission zur Überprüfung der Anwendungen überstimmt werden. Es ist klar, wo die Kosteneinsparung stattfindet. Selbstverständlich ergeben sich bei jenen Patienten Probleme, die mehr Versorgung benötigen und diese nicht zugestanden bekommen.

2. Organisationen mit freier Arztwahl

(Physician Provider Organization, PPO)

Sie sind flexibler als die HMOs. Berufstätige, deren Firmen sich für diesen Modus entschieden haben, genießen freie Arztwahl, obgleich die PPO versucht, Kosten zu kontrollieren, indem sie die Patienten zu bekanntermaßen kostengünstigen Ärzten dirigiert. Wenn der Patient vom vorgegebenen Kurs abweicht, zahlt er eben mehr aus eigener Tasche.

3. Organisationen mit voll abgedeckter Arztwahl

(Exclusive Provider Organizations)

Sie entsprechen den PPOs, aber wenn der Patient von Arzt zu Arzt wandert, dann bezahlen sie alle entstehenden Kosten.

4. Versorgungsplan mit Ärzteempfehlung

(Point-of-Service Plans, POS)

Das ist eine gewisse Mischung aus den o.g. Konzepten; der Patient erhält eine Art Empfehlungsliste mit Ärzten, die er aufsuchen kann und die ein niedriges Honorar berechnen; zusätzlich besteht die Möglichkeit, jederzeit und aus welchen Gründen auch immer, einen außerplanmäßigen Arzt aufzusuchen. Das ist eine teure Variante mit höherer Eigenbeteiligung, falls ein außerplanmäßiger Arzt gewählt wird.

Wie funktioniert Managed Care?

Wir haben bereits über die Lotsenfunktion des Hausarztes gesprochen, welche typisch ist für die HMO. Die HMOs sehen sich die Statistiken der Erstversorgungsärzte hinsichtlich Überweisungen, Laboruntersuchungen und der Medikamente an und vergleichen jeden einzelnen Arzt mit allen übrigen. Etwa die Hälfte aller HMOs verwenden solche Aufstellungen, um das Arzthonorar oder die Vergütungen zu regeln, indem sie beispielsweise jenen Ärzten einen Bonus einräumen, die die Kosten gering halten.

Alle diese Versorgungssysteme beinhalten noch weitere Komponenten des Managed Care. Zwei davon sind besonders wichtig: Die Inanspruchnahmekontrollabteilung (Utilization Review Committee) und die Verschreibungsabteilung (Prescription Committee). Diese Einrichtungen kontrollieren die ärztlichen Maßnahmen, Untersuchungen und Verschreibungen. In vielen Fällen muss eine kostspielige Behandlung zunächst von der entsprechenden Abteilung genehmigt werden, ehe sie zur Anwendung kommen kann. Bisweilen wird schon allein die Verschreibung eines teuren Medikaments dem behandelnden Arzt einen Anruf der Kontrollabteilung eintragen. Tatsächlich entscheiden diese Kontrollinstanzen, was die Krankenversicherung erstattet und was nicht. Selbstverständlich ist es dem Patienten freigestellt, jegliche Behandlung aus seiner eigenen Tasche zu bezahlen, - was wahrscheinlich nicht immer realistisch ist.

Kehren wir zur Frage zurück, wie das alles das Erbringen von Leistungen im Bereich der psychosozialen Versorgung beeinflusst.

Seelische Gesundheitsversorgung

Was hat das alles für die Behandlung psychischer Störungen zu bedeuten? Eine Menge. Und zwar nicht nur für unseren gewöhnlichen ambulanten neurotischen Psychotherapie-Patienten, sondern sogar für den erheblich beeinträchtigten psychotischen Patienten. Zunächst Folgendes: Die Kosten im Gesundheitswesen sind in den letzten 12 Jahren um 54% zurückgegangen, während die Ausgaben für medizinische Leistungen sich nur um 7% verringert haben. Was bedeutet das für Therapeuten und Patienten?

1. Ein stationärer Aufenthalt von mehr als 6 Tagen wird - wofür auch immer - praktisch nie bewilligt.
2. Hilfen im Bereich psychosozialer Leistungen (inklusive für Stoffabhängigkeit) sind geringer, halten sich in sehr viel engerem Rahmen als die sonstige medizinische Versorgung; es besteht die Notwendigkeit zu gesonderter und höherer Zuzahlung; ferner sind die maximalen Leistungen übers Jahr und auf die gesamte Lebenszeit gerechnet geringer.
3. Staatliche und private psychiatrische Krankenhäuser schließen in alarmierendem Tempo, weil die Anbieter von Managed Care Langzeitaufenthalte jeglicher Art verweigern.
4. Kommunale Einrichtungen der psychischen Gesundheitsversorgung, die ehemals ausgezeichnete ambulante Nachsorge und kompetente Psychotherapie angeboten haben, verfügen nun mehr über unterqualifiziertes Personal und bieten nur noch sehr eingeschränkte, weitgehend medikamentöse Unterstützung.
5. Psychotherapeuten müssen sich herumschlagen, um auf die Liste der zugelassenen Thera-

peuten zu kommen.

6. Die Managed Care-Gesellschaften fördern nicht-akademische und selbst nicht-professionelle Alternativen für die Versorgung im Bereich der seelischen Gesundheit.
7. Kliniker ersticken in Papierflut, bisweilen müssen Verlängerungsanträge alle vier Sitzungen genehmigt werden.
8. Diese Entwicklung hat ein neues Interesse an empirischer Überprüfung der Wirksamkeit psychosozialer Behandlungen gefördert. Was sich als wirksam erweist, wird unterstützt, was wirkungslos erscheint eben nicht - ähnlich bei pharmazeutischen Erzeugnissen.
9. Ein relativ gutes psychotherapeutisches Versicherungspaket zu 100\$ pro ambulanter Sitzung bedeutet, dass der Patient oder die Patientin die ersten 200\$ bis 400\$ ganz aus der eigenen Tasche zahlt. Dann muss der Patient für jede weitere Sitzung 25\$ zahlen, und die Kasse zahlt 75\$. Die Anzahl der Sitzungen ist aber auf 25 pro Jahr begrenzt.

Lösungen

Gleichstellungsgesetze auf Bundesebene für die seelische Gesundheitsversorgung

Mit solchen Gesetzen könnte Schluss gemacht werden mit den unterschiedlichen Limitierungen der Lebenslagen bzw. jährlichen Leistungen; d.h. was für die allgemeinen medizinischen Leistungen als Grenze gilt, muss auch auf die psychosoziale Versorgung zutreffen. Besteht demnach im allgemeinen medizinischen Bereich eine jährliche Leistungsgrenze bei 1.000.000 \$, dann muss diese Million auch die maximale Deckungssumme für die psychosoziale Versorgung sein. Es müssen auch professionelle Standards festgelegt werden.

Das gilt jedoch nicht für Betriebe mit weniger als 50 Angestellten;

es schließt nicht Stoffabhängigkeit mit ein;

es erlaubt hohe Abzüge, Zuzahlung und jährliche Leistungsgrenzen für Arztbesuche und

es trifft nicht auf privat abgeschlossene Versicherungspolice zu.

Radikale Neufassung des Gesundheitsversorgungssystems in der Hand einer einzigen Finanzierungsinstanz

Alles in allem können Sie jetzt vielleicht erraten, warum ich sage, dass die Situation der seelischen Gesundheitsversorgung in den USA heute kompliziert, ja sogar trostlos ist. In den psychologischen und psychiatrischen Berufen wird schlimmer Schaden angerichtet, die Berufsverbände reagieren fast immer mit Schuldgefühlen, wenn es um die Belange der Patientenversorgung geht, wodurch die Überzeugungsarbeit beim Gesetzgeber nur noch erschwert wird.

Im allgemeinen bedarf es heute mehr denn je des Marketing, der Vernetzung, der Beteiligung an Gremien, des Sich-Verkaufens, um eine erfolgreiche klinische Praxis betreiben zu können, und insgesamt muss man den begrenzten Dollars hinter herjagen, die für seelische Gesundheit zur Verfügung stehen.

Es ist hart, Zeuge des Niedergangs einer Menninger-Klinik zu sein - einst in vielerlei Hinsicht das Flaggschiff der Psychiatrie in Amerika. Es ist ernüchternd mitzubekommen, wie der Idealismus der kommunalen Bewegung sozialpsychiatrischer Einrichtungen, die in den 60er

Jahren entstand, demokratisiert zu Grunde geht. Ich schäme mich schlicht, dass Amerika zulässt, dass seine Schizophrenen durch die Straßen der Städte ziehen mit nichts als dem schönen Schein des Mitleids, dass seine gestörten Kinder lediglich mit Medikamenten zugeschnitten werden und wie es seine Gefährdeten jeglicher Couleur übersieht. Ich gestehe, ich weiß nicht, was die nächsten 10 Jahre bringen werden, vermute aber, irgend etwas Dramatisches wird geschehen; wir werden sehen ...

Managed Care in the United States: Multiple approaches, multiple problems

Abstract: *This paper briefly reviews the essentials of managed care systems in the United States, with special attention to how it impacts delivery of psychotherapy services. It is clear that the situation for medical and mental health services is not at all stable. It appears that changes must be made, but there is great controversy as to the nature of those changes.*

Key-words: *psychotherapy, managed care, USA*

Michael Nash, Prof. PhD
Psychology Department
University of Tennessee
307 Austin Peay Building,
Knoxville, TN 37996-0900, USA
mnash@UTKUX.UTCC.UTK.EDU

Original erhalten: 3.12.00 deutsche Version akzeptiert: 15.5.01

1) Übersetzung aus dem Amerikanischen von Alida Iost-Peter, mit Dank an Winfried Häuser für fachliche Beratung

Gesellschaftliche Positionierung der Psychotherapie

Siegfried Höfling

■ *In der langen Zeit vor dem Psychotherapeutengesetz (PTG) beklagten wir Psychologen und Psychotherapeuten die fehlende Unterstützung in der Politik und in der Gesellschaft. Nach dem PTG beschränken wir uns auf die Beschäftigung mit Budget, Punktwert und Gebaren der KV. Gleichzeitig steigt die Nachfrage bei Psychopharmakas wieder kräftig an. Patienten verlassen enttäuscht die Praxen von Richtlinienpsychotherapeuten, weil sie sich zu funktional behandelt fühlen. Weiterhin verstehen wir nicht, den Wert von Psychotherapie in der und für die Gesellschaft zu vermitteln. Welche gesellschaftlichen Bedürfnisse gibt es? Lassen sich diese nur individuell behandeln? Wie sieht der moderne Umgang mit Stress aus? Was kann psychotherapeutische Bedeutungslehre der demokratischen und kapitalisierten Gesellschaft (Ich-AG und Gesellschaft-AG) entgegensetzen? Wie definiert sich Psychotherapie im Gegensatz zu den Psycho-Optimierern?*

Diese und andere Fragen sollen Psychotherapeuten ermuntern, eine offensivere Stellung in der Gesellschaft zu finden, anstatt sich als Reparaturberuf zu bescheiden, der dann im Prokrustes-Bett der KV zum Zuge kommt, wenn bequemere Lösungsversuche gescheitert sind.

Schlüsselwörter: *Psychotherapie, Kondratieff-Zyklus, Pharmakotherapie, Psycho-Logik*

Jenseits der wissenschaftlichen Anerkennung und finanziellen Wertschätzung hat Psychotherapie sich um die gesellschaftliche Anerkennung Sorgen zu machen. Denn: Ihre Rolle hat sie weder im Gesundheitswesen noch in der öffentlichen Meinung gefunden.

