

Volker Eric Amelung

Managed Care

Volker Eric Amelung

# Managed Care

Neue Wege im Gesundheitsmanagement

Mit 17 Fallstudien aus den USA,  
Großbritannien und Deutschland

Unter Mitarbeit von Andrea Amelung,  
Andreas Domdey, Katharina Janus,  
Christian Kraut und Christoph Wagner

4., überarbeitete und aktualisierte Auflage



Bibliografische Information Der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der  
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über  
<<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

**Univ.-Prof. Dr. oec. Volker Eric Amelung** ist Professor für Gesundheitssystemforschung an der  
Medizinischen Hochschule Hannover und Geschäftsführer des Bundesverbandes Managed Care e.V.

An der 4. Auflage haben außerdem mitgewirkt: Andrea Amelung, Dr. Andreas Domdey,  
Dr. Katharina Janus, PD Dr. Christian Kraut und Christoph Wagner.

1. Auflage 1999
2. Auflage 2000
3. Auflage 2004
4. Auflage 2007

Alle Rechte vorbehalten

© Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler | GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden 2007

Lektorat: Susanne Kramer | Renate Schilling

Der Gabler Verlag ist ein Unternehmen von Springer Science+Business Media.  
[www.gabler.de](http://www.gabler.de)



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede  
Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne  
Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für  
Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung  
und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk  
berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im  
Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher  
von jedermann benutzt werden dürften.

Umschlaggestaltung: Ulrike Weigel, [www.CorporateDesignGroup.de](http://www.CorporateDesignGroup.de)

Druck und buchbinderische Verarbeitung: Wilhelm & Adam, Heusenstamm

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Printed in Germany

ISBN 978-3-8349-0373-0

## Vorwort

Unser Lehrbuch Managed Care ist nun seit acht Jahren auf dem Markt und mittlerweile bereits in der vierten Auflage. Nachdem ich die beiden ersten Auflagen gemeinsam mit Harald Schumacher verfasst habe, muss ich seit seinem viel zu frühen Tod im Jahre 2001 auf ihn verzichten. Ich habe bei allen folgenden Auflagen versucht, mich immer wieder in die vielen gemeinsamen Diskussionen hineinzusetzen und zu überlegen, was Harald wohl vorgeschlagen und angemerkt hätte.

Es gibt wenige Begriffe im Gesundheitswesen, die derart kontrovers diskutiert werden wie Managed Care. Die einen sehen in Managed Care den „Untergang des Gesundheitswesens“ und die reine Kommerzialisierung. Managed Care wird hier gleichgesetzt mit Profitstreben, Zwei- oder Mehrklassenmedizin und Entsolidarisierung. Auf der anderen Seite stehen diejenigen, die ein Aufbrechen verkrusteter Strukturen fordern und in Managed Care einen Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen sehen. Wie so häufig ist die Realität komplexer. Managed Care ist keine in sich geschlossene Theorie, sondern vielmehr ein Bündel ganz unterschiedlicher Organisationsmodelle und Management-Instrumente, die in vielfältigen Kombinationen eingesetzt werden. Genau aus diesem Grund ist es auch nicht möglich, „für“ oder „gegen“ Managed Care zu sein. Dies kann ausschließlich auf der Ebene der einzelnen Organisationsformen oder Management-Instrumente stimmen.

Besonders faszinierend ist allerdings, dass eine generell eher ablehnende Einstellung zu Managed Care besteht, wohingegen die Nachfrage nach klassischen Managed Care-Institutionen oder -Instrumenten anders ausfällt. Das beste Beispiel hierzu ist die Integrierte Versorgung. Es gibt keine ernst zu nehmenden Stimmen gegen Integrierte Versorgung. Alle Akteure sehen die Notwendigkeit für mehr sektoren- und berufs-feldübergreifende Versorgungskonzepte. Zu offensichtlich sind die bestehenden Defizite und die möglichen Optimierungspotenziale. Dabei ist Integrierte Versorgung Managed Care.

Entsprechend ist auch die aktuelle Gesundheitsreform, die unter dem etwas sperrigen Titel GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz firmiert, in weiten Zügen ein Managed Care unterstützendes Gesetz. Die Förderung und Forcierung der populationsorientierten Integrierten Versorgung ist nichts anderes als die Forderung nach der „Königsdisziplin“ von Managed Care. Derartige Institutionen, die für gesamte Populationen die Versorgung steuern und das finanzielle Risiko zumindest partiell übernehmen, sind der Prototyp von Managed Care-Organisationen, die in diesem Buch ausführlich dargestellt werden. Gleichermaßen ist die Vielzahl von neuen Möglichkeiten, selektiv zu kontrahieren, die Grundlage für die Umsetzung von Managed Care-Konzepten.

Ein wesentlicher Faktor zur Förderung von Managed Care ist allerdings im deutschen Gesundheitswesen noch unzureichend umgesetzt. Damit sich neue Versorgungsformen entsprechend im Wettbewerb mit überlegenden Versorgungskonzepten durchsetzen können, muss deutlich mehr Transparenz geschaffen werden. Nach wie vor ist das deutsche Gesundheitssystem durch weitgehende Intransparenz gekennzeichnet. Entsprechend ist den Akteuren, seien es Krankenkassen als Einkäufer von Gesundheitsleistungen, oder auch unmittelbar Patienten, kaum möglich, qualifizierte Entscheidungen zu treffen. Erste zaghafte Ansätze, wie die gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsberichte, eignen sich nur unzureichend, für Markttransparenz zu sorgen, da sie keine wirkliche Entscheidungshilfe darstellen. Hier würde es – wie in den USA sehr verbreitet – Institutionen bedürfen, die im Sinne einer „Stiftung Warentest Gesundheit“ schonungslos die unterschiedliche Leistungsfähigkeit aufzeigen.

In den letzten Jahren ist darüber hinaus eine deutliche Zunahme an Internationalisierung des Gesundheitswesens festzustellen. Der Fokus liegt aber nicht auf der klassischen Frage, „ist das deutsche oder das englische System“ besser, sondern sehr viel stärker auf der Ebene der einzelnen Institutionen. Was können wir von den spanischen Erfahrungen mit selektivem Kontrahieren lernen, wie funktioniert die leistungsorientierte Vergütung in Großbritannien oder welche Instrumente des Risikomanagements haben sich in der Schweiz bewährt? Auf dieser Ebene der Systemvergleiche und des Lernens von best practice liegen auch die deutlich größeren Lernpotenziale.

Mit jeder weiteren Auflage wächst auch die Anzahl derer, die beigetragen haben. Bei der dritten Auflage hatten Andrea Amelung, Dr. Andreas Domdey und Dr. Katharina Janus intensiv mitgewirkt. Ihnen gilt besonderer Dank, wiederum intensiv an der Aktualisierung und Erweiterung der vierten Auflage mitgewirkt zu haben. Insbesondere Dr. Katharina Janus, die seit 2006 Harkness Fellow an der Columbia University ist, hat wichtige Impulse zu den neuesten Entwicklungen in den USA geliefert und das gesamte Manuskript nochmals kritisch überarbeitet. Neu hinzugekommen sind PD Dr. Christian Krauth aus unserer Abteilung, der das Kapitel zur Evaluation umfassend überarbeitet und aktualisiert hat. Die Nutzenbewertung spielt im Rahmen von Managed Care eine zentrale Rolle. Nur mit den entsprechenden Entscheidungshilfen hat zielgerichtete und somit gesteuerte Versorgung eine Basis. Entsprechend ist auch eine deutliche Verschiebung in der Gesundheitsökonomie festzustellen. Zunehmend an Bedeutung gewinnen diejenigen Methoden, die Management-Entscheidungen unterstützen. Dafür ist es notwendig, zeitnah unterschiedliche Optionen zu bewerten und Handlungsempfehlungen zu geben. Außerdem ist Herr Christoph Wagner hinzugekommen. Er hat maßgeblich an den neuen Fallstudien aus Deutschland und an dem neuen Kapitel zum Demand Management mitgewirkt.

Ein besonderer Dank gebührt drei weiteren Beteiligten: Frau Susanne Kramer vom Gabler Verlag, die mit viel Geduld die Entstehung dieser Neuauflage begleitet hat. Ohne ihre kontinuierliche Unterstützung hätten wir diese Auflage nicht derart umsetzen können. Monika Laut hatte die undankbarste Aufgabe. Seit der ersten Auflage, die

im Wesentlichen im Jahr 1998 verfasst wurde, und der jetzigen vierten Auflage lagen eine Vielzahl von Rechtschreibreformen. In mühsamer Kleinstarbeit hat sie diese Auflage an die aktuelle Rechtschreibung angepasst und das Layout gestaltet. Sabine Maertens hat die Vielzahl von Abbildungen komplett neu gestaltet und somit einen wesentliche Beitrag zur optischen Gestaltung dieser Auflage geleistet.

Selbstverständlich bleibe ich für sämtliche verbleibenden inhaltlichen und formalen Mängel alleine verantwortlich. Entsprechend würde ich mich sehr über Rückmeldungen und Anregungen unserer Leser freuen. Sie erreichen mich über die Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover oder direkt über E-Mail ([amelung@berlin.de](mailto:amelung@berlin.de)).

Berlin im Mai 2007

Prof. Dr. Volker Eric Amelung

## Vorwort zur 3. Auflage

Während die beiden ersten Auflagen durch eine wirkliche Teamarbeit mit vielen Stunden gemeinsamer Diskussionen über einzelne Aspekte von Managed Care und den unterschiedlichen Sichtweisen zwischen einem Volks- und einem Betriebswirt entstanden sind, musste ich bei dieser 3. Auflage ohne ihn auskommen. Harald Schumacher, der mehr als nur mein akademischer Lehrer war, verstarb plötzlich und viel zu früh im Januar 2001. Ihm ist diese Auflage gewidmet und ich habe mir während der Überarbeitung oft gewünscht, auf seinen Rat zurückgreifen zu können.

Seit der zweiten Auflage sind vier Jahre vergangen, die eine tiefgreifende Veränderung von Managed Care in seinen unterschiedlichsten Ausprägungen mit sich gebracht haben. Wurde Managed Care Mitte bis Ende der 90er Jahre noch als das Konzept der Zukunft gesehen, hat sich das Bild deutlich gewandelt. Nach einer kurzen Phase der nahezu absoluten Ablehnung Anfang des Jahrzehnts hat sich jetzt wieder eine deutlich differenzierte Einstellung zu Managed Care durchgesetzt. An die Stelle grundsätzlicher Fragen über das Für und Wider treten nun Ansätze über die konkrete Ausgestaltung von einzelnen Elementen von Managed Care. Insofern fühlen wir uns hier auch bestätigt in der Definition aus der ersten Auflage, die hervorgehoben hat, dass Managed Care keine in sich geschlossene Theorie darstellt, sondern einen bunten Strauß aus unterschiedlichen Instrumenten und Organisationsformen. Bereits damals hatten wir deshalb hervorgehoben, dass es unmöglich ist, eine generelle Aussage zu treffen, ob Managed Care „gut oder schlecht“ ist, sondern dass jeweils die einzelnen Instrumente und Organisationsformen in ihrer jeweiligen Kombination betrachtet werden müssen. Das ermöglicht zwar keine einfachen Antworten, wird aber der Komplexität des Ansatzes gerecht.

Nichtsdestotrotz hat sich aufgrund von neuen Forschungsergebnissen – und auch in erheblichem Maße durch veränderte Wettbewerbsbedingungen – die Einschätzung von einzelnen Managed Care-Instrumenten und ihrer Kombination verändert. Nach unserer Definition verstehen wir unter Managed Care den Einsatz von Managementinstrumenten im Gesundheitswesen, die zumindest partielle Integration der Funktionen Leistungserstellung und Finanzierung sowie das selektive Kontrahieren. Der Einsatz von Managementinstrumenten im Gesundheitswesen ist heute gar nicht mehr wegzudenken. Die Standardisierung von Leistungsprozessen über guidelines und Disease Management-Programme ist weitgehend uneingeschränkt akzeptiert und in den letzten Jahren wurden erhebliche Fortschritte erzielt. Gleiches gilt für die Adaption von Qualitäts- und Risikomanagementkonzepten für Institutionen im Gesundheitswesen. Die Notwendigkeit wird nicht mehr in Frage gestellt, allerdings „hapert“ es teilweise noch an der Umsetzung.

Anders sieht es bei der Frage nach der Integration der Funktionen Leistungserstellung und –finanzierung aus, wo nunmehr auf umfangreiche empirische Ergebnisse zurückgegriffen werden kann. In den USA hat sich gezeigt, dass der Sprung von funktionaler zu klinischer Integration ausgesprochen schwierig ist. Mag es noch relativ einfach sein, verschiedene Systemkomponenten „zusammenzukaufen“, erweist es sich als ausgesprochen schwierig, diese auch wirklich auf der Ebene der Leistungserstellung zu integrieren und in unterschiedlichsten Unternehmenskulturen zusammenzuführen. So haben wir dort deutlich mehr Aggregation als Integration gesehen. Da dieses eher mehr Probleme aufwirft als Vorteile bringt, ist es auch nicht verwunderlich, dass die ersten großen Demerger stattgefunden haben und sich institutionelle Arrangements als vorteilhaft herausgestellt haben, die mehr auf Netzwerke (hybride Organisationsmodelle) aufbauen. Haben sich diese doch als deutlich flexibler und einfacher in der Umsetzung erwiesen.

Eine der zentralen Veränderungen in der Einschätzung von Managed Care betrifft den nächsten und weitestgehenden Schritt der Integration. Hier geht es um die tatsächliche Übernahme des Versicherungsrisikos durch die Leistungsersteller. Über so genannte capitation rates (Kopfpauschalen) sollten die Leistungsersteller feste Summen pro Versicherten für eine Zeitperiode erhalten und somit das gesamte Morbiditätsrisiko übernehmen. Hier hat sich deutlich gezeigt, dass capitation, so attraktiv es theoretisch auch sein mag, im kleinen Rahmen, z. B. für Hausärzte, funktionieren mag, nicht aber geeignet ist, um Krankenhäuser oder integrierte Versorgungssysteme zu vergüten. Auch wenn es für die Krankenversicherungen attraktiv erscheint, das gesamte Risiko zu delegieren, stößt man hier an Grenzen. In der Praxis wurden im ersten Schritt feste Summen vereinbart, die dann kontinuierlich bis zu einem Punkt gedrückt wurden, an dem das System kollabierte und die Leistungsersteller derartige Verträge nicht mehr eingehen konnten.

Auch in Deutschland hat die integrierte Versorgung eine turbulente Zeit durchlebt. Nachdem Ende der 90er Jahre eine wahre Euphorie herrschte, muss heute konstatiert werden, dass keines der in der ersten und zweiten Auflage dieses Buches dargestellten Modellvorhaben heute noch existiert. Neben anderen Gründen hat sich gezeigt, dass erhebliche finanzielle Anreize existieren müssen, damit integrierte Versorgung funktionieren kann, und dass, und hier kommen wir zum dritten konstituierenden Element von Managed Care, selektives Kontrahieren möglich sein muss. Integrierte Versorgung wird nur dann funktionieren, wenn sie für die Beteiligten unmittelbaren Nutzen generiert. Die ursprünglichen Regelungen, dass jeder jederzeit beitreten kann, erwiesen sich erwartungsgemäß als ausgesprochen innovationsfeindlich. Mit dem neuen Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) bestehen berechtigte Hoffnungen, dass die integrierte Versorgung in Deutschland einen erheblichen und nachhaltigen Schub erfahren wird. Auch wenn die konkreten Ausgestaltungen des Paragraphen 140a-d SGB V noch mehr als unklar sind, kann dennoch davon ausgegangen werden, dass zwei wesentliche Problemfelder adressiert wurden: erstens die weitgehende

Möglichkeit des selektiven Kontrahierens und zweitens die erheblichen finanziellen Anreize durch die Bereitstellung eines gesonderten Topfes.

Insgesamt lässt sich für die Zeit zwischen der 2. und der 3. Auflage dieses Buches festhalten, dass Managed Care-Instrumente heute in weniger scharfer Form eingesetzt werden. Damit wird den Kritikern von Managed Care sicherlich viel Wind aus den Segeln genommen, aber dies natürlich auch zu dem Preis, dass Managed Care an Steuerungswirkung verliert. In der ersten Phase wurde z. B. völlig unterschätzt, wie schwer Managed Care potentiellen Kunden und dem politischen Umfeld zu vermitteln ist. Nach wie vor kämpft Managed Care mit einem schlechten Image, ganz nach dem Motto, „gut, wenn man gesund ist, aber wehe, man wird krank“. Hier bedarf es noch viel Überzeugungsarbeit.

Diese dritte Auflage unterscheidet sich von der zweiten in zwei Bereichen. Erstens wurde ein theoretisches Kapitel über die Principal-Agent-Theorie und die Transaktionskostentheorie eingefügt. Zweitens wurden zu nahezu allen Themengebieten kurze Fallstudien zur Verdeutlichung hinzugefügt. Hier gilt mein besonderer Dank Frau Dr. rer. pol. Katharina Janus, die nicht nur den überwiegenden Teil der Fallstudien aus den USA verfasst hat, sondern gleichermaßen das gesamte Manuskript intensiv und kritisch durchgearbeitet hat. Dr. med. dent. Andreas Domdey hat die Überarbeitung der Kapitel zum Disease- und Qualitätsmanagement übernommen und zwei Fallstudien ausgearbeitet. Darüber hinaus stand er mir in vielen langen, konstruktiven Diskussionen über konkrete versicherungstechnische und medizinische Fragen zur Verfügung. Andrea Amelung hat nicht nur Fallstudien zu Managed Care-Institutionen verfasst, sondern ebenfalls an der gesamten Überarbeitung der neuen Auflage intensiv mitgewirkt. Und dies in Doppelbelastung mit der Geburt unserer Tochter Leonie. Marcos Dintsios hat das Kapitel über Evaluationsverfahren kritisch durchgesehen und wichtige Impulse gegeben. Matthias Schwenkglens und Prof. Thomas Szuc haben die ausgesprochen spannende Fallstudie zum schweizerischen Gatekeeping verfasst. Ihnen allen gebührt mein besonderer Dank.

Darüber hinaus möchte ich mich an dieser Stelle ganz herzlich bei Frau Daniela Albrecht bedanken, die in mühsamer Kleinarbeit aus den vielen Dokumenten ein druckfähiges Buch geschaffen hat. Außerdem möchte ich mich an dieser Stelle auch bei Frau Schilling und Frau Kramer vom Gabler Verlag sowohl für die konstruktive Zusammenarbeit als auch die Geduld bedanken.

Unsere Leser möchte ich gerne zu einem Gedankenaustausch anregen. Erreichbar sind wir an der Hannover School of Health Management (HSHM) und der Abteilung für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung (Univ.-Prof. Dr. F.W. Schwartz) der Medizinischen Hochschule Hannover (Carl-Neuberg-Str. 1, OE 5410, 30625 Hannover; 0511-532 5417) oder unter [amelung.volker@mh-hannover.de](mailto:amelung.volker@mh-hannover.de).

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort .....	V
---------------	---

## Teil I: Grundideen von Managed Care

1	Definitionen und Konzepte .....	3
2	Grundzüge des amerikanischen Gesundheitswesens .....	15
3	Theoretische Konzepte zur Beurteilung von Managed Care .....	23

## Teil II: Managed Care-Organisationen und -Produkte

1	Vorbemerkungen .....	45
2	Versicherungsorientierte Managed Care-Organisationen und -Produkte .....	49
2.1	Staff-, Group-, IPA- und Network-HMOs .....	49
2.2	Point of service-Produkte .....	64
3	Anbieterorientierte Managed Care-Organisationen und -Produkte .....	67
3.1	Independent Practice Association (IPA) .....	67
3.2	Preferred Provider Organizations (PPO) .....	70
3.3	Provider Sponsored Organizations (PSO) .....	72
3.4	Networks .....	73
3.5	Integrated Delivery Systems (IDS) .....	76
3.6	Physician Hospital Organizations (PHO) .....	90
4	Institutionen im Managed Care-Umfeld .....	93
4.1	Management Service Organizations (MSO) .....	93
4.2	Physician Practice Management Organizations (PPMO) .....	97

## Inhaltsverzeichnis

5	Fazit .....	105
---	-------------	-----

### Teil III: Managed Care-Instrumente

1	Vertragsgestaltung .....	115
1.1	Selektives Kontrahieren .....	115
1.2	Gestaltung der Versicherungsverträge .....	123
2	Vergütungssysteme .....	139
2.1	Grundlagen .....	139
2.2	Vergütungsformen für Ärzte .....	143
2.3	Vergütungsformen für stationäre Leistungen .....	157
2.4	Fazit .....	164
3	Qualitäts- und Kostensteuerung .....	169
3.1	Gatekeeping .....	169
3.2	Demand Management .....	181
3.3	Guidelines und clinical pathways .....	186
3.4	Positivlisten .....	197
3.5	Disease Management und chronic care .....	203
3.6	Case Management .....	215
3.7	Utilization review und management .....	229
3.8	Qualitätsmanagement .....	236
4	Evaluationsverfahren .....	253
4.1	Überblick .....	253
4.2	Ökonomische Evaluationsverfahren .....	254
4.3	Evidenzbasierte Medizin (EBM) .....	265
4.4	Outcomes-Forschung .....	268
4.5	Health Technology Assessment (HTA) .....	271

Teil IV: Bewertung von Managed Care

1	Vorbemerkungen .....	277
2	Kosteneffekte von Managed Care .....	279
3	Qualitätseffekte von Managed Care .....	281
4	Verteilungseffekte von Managed Care .....	285
5	Akzeptanz von Managed Care .....	287
6	Fazit .....	289
	Stichwortverzeichnis .....	295

Teil I

---

Grundideen von

---

Managed Care

---

# 1 Definitionen und Konzepte

Im Rahmen dieser Einleitung soll zuerst auf die Managed Care fördernden und hemmenden Entwicklungstendenzen eingegangen werden. Anschließend wird ein definitorisches Gerüst entwickelt, um dann konkret auf die Instrumente und Organisationsformen und die daraus resultierenden Konsequenzen einzugehen. Die Berücksichtigung hemmender Faktoren ist notwendig, da nach einer Phase des massiven Wachstums Managed Care in den letzten Jahren zunehmend kritischer – teilweise sogar feindselig – betrachtet wurde und einzelne Marktsegmente sich als nicht nachhaltig herausgestellt haben und wieder verschwunden sind. Trotz aller teilweise auch berechtigter Kritiken am Konzept Managed Care (vgl. Cooper et al. 2006, Rechovsky/Hargraves 2002; Draper et al. 2002; Landon et al. 2001; Mechanic 2000 oder Havighurst 2001; Berchtold/Hess 2006), besteht kein Zweifel, dass wesentliche Elemente nicht wieder aus unserem Gesundheitswesen wegzudenken sind und mittlerweile als selbstverständlich angesehen werden.

Im zweiten Abschnitt dieses Kapitels werden in einem Exkurs die wesentlichen Strukturmerkmale des amerikanischen Gesundheitswesens dargestellt, da dies zum Verständnis der Organisationsformen erforderlich ist. Im dritten Abschnitt werden zwei theoretische Konzepte zur Analyse von Managed Care-Instrumenten und -Institutionen vorgestellt. Dieser Abschnitt richtet sich primär an die theorieinteressierten Leser und kann auch problemlos übersprungen werden.

## **Managed Care fördernde und hemmende Entwicklungstendenzen**

Die Entwicklung von Managed Care ist maßgeblich von Veränderungen der Rahmenbedingungen der Gesundheitssysteme geprägt. Die zentralen Aspekte sollen hier kurz skizziert werden:

- Ressourcenverknappung und Mischfinanzierung,
- Wettbewerb als wirtschaftspolitische Zielgröße,
- Veränderungen des Krankheitspanoramas und demografischer Wandel,
- veränderte Rolle der Medizin in der Gesellschaft und
- neue Technologien.

Das Gesundheitswesen sieht sich – wie alle sozialen Sicherungssysteme – mit einer zunehmenden Verknappung der Ressourcen konfrontiert. Unabhängig davon, ob das System mehr marktwirtschaftlich, korporatistisch oder planwirtschaftlich organisiert

ist, öffnet sich die Schere zwischen dem Finanzierbaren und dem medizinisch Machbaren. Finanzknappheit dominiert zunehmend die Entscheidungen in der Gesundheitsversorgung. D. h. nicht nur das medizinisch Machbare ist ausschlaggebend, sondern es wird nach Lösungen gesucht, die gleichermaßen ökonomische Ziele berücksichtigen. Außerdem ist in nahezu allen Industrienationen eine zunehmende Mischfinanzierung festzustellen. Neben den traditionellen Finanzierungsformen gewinnen privatwirtschaftliche Komponenten an Bedeutung. In der Schweiz beträgt bereits heute der Anteil der Gesundheitsausgaben, die direkt von Patienten bezahlt werden, 29% der gesamten Gesundheitsausgaben (OECD 2006). Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass sogenannte basic-benefit-packages eine große Bedeutung erlangen werden.

Ein wichtiger Aspekt ist auch die seit Mitte der 70er Jahre in nahezu allen westlichen Industrieländern artikulierte generelle Forderung nach mehr Wettbewerb in allen Wirtschaftssektoren und somit auch im Gesundheitswesen (Brown/Amelung 1999). Von den Reaganomics und Thatcheristen wurde Wettbewerb beispielsweise als eigenständiges Ziel angesehen und nahezu unkritisch gefordert. So hat der oberste amerikanische Gerichtshof bereits damals festgestellt, dass die Medizin kein vom Wettbewerbsgesetz befreiter Berufsstand sei, sondern ein Gewerbe (Light 1997, S. 41). Hiermit geht ein Wechsel von einer eher makropolitischen zu einer mehr mikropolitischen Perspektive einher (Schumacher 1996), die das Hauptaugenmerk auf die Effizienz der einzelnen Institutionen des Gesundheitswesens legt. Die dabei entstandenen Institutionen und Instrumente sind sowohl für die USA als auch für Deutschland teilweise keine Innovationen, sondern die Rückkehr und vor allem Weiterentwicklung bekannter Formen, die nun aber unter anderen Rahmenbedingungen eingesetzt werden.

Im Zusammenhang mit Managed Care werden auch die Veränderungen im Versichertenkollektiv, d. h. Verschiebungen im Krankheitspanorama viel diskutiert. Stichworte sind hier die zunehmende Multimorbidität und die wachsende Bedeutung chronischer Erkrankungen (Schlette/Knieps/Amelung 2005). So ist der Anteil chronischer Erkrankungen bereits heute (2000) bei 46% aller Erkrankungen und wird voraussichtlich bis 2020 auf 60% ansteigen (Gensichen et al. 2006, S. 366). Bei den über 65-Jährigen ist der Anteil chronisch Kranker bereits jetzt über 70% und 80% der Hausarztbesuche betreffen chronische Erkrankungen (Gensichen et al. 2006 S. 366). In diesem Zusammenhang stehen nicht nur die Auswirkungen auf die Gesamtkosten für die Gesundheitsversorgung im Vordergrund, sondern gleichermaßen die veränderten Anforderungen an die Behandlung. Gerade chronisch Kranke sind in einem fragmentierten Gesundheitssystem mit starker Dominanz der Akutversorgung schlecht aufgehoben (Badura/Feuerstein 1994). So geht man in Deutschland von 10 Millionen chronisch Kranken aus, die circa 2/3 der gesamten Krankenhausausgaben verursachen. Bei Medicare, dem Versorgungsprogramm der über 65-jährigen Amerikaner, entfallen 89% der gesamten Ausgaben auf Patienten mit drei oder mehr chronischen Erkrankungen (Boyd 2005). Managed Care-Ansätze, die ihren Fokus auf die Inte-

gration von Leistungsstufen legen, sind deutlich angemessener und können der übergeordneten Zielvorstellung, sowohl qualitätssteigernd als auch kostensenkend zu wirken, eher entsprechen. Darüber hinaus darf der demografische Wandel nicht unberücksichtigt bleiben, da er nicht nur Finanzierungsaspekte, die hier weniger relevant sind, sondern gleichermaßen Verschiebungen in der Struktur der Nachfrage beinhaltet.

Eine wesentliche Rolle spielt auch das Verhältnis der Gesellschaft zum System der Gesundheitsversorgung. Die Leistungserbringer und insbesondere die Ärzteschaft sehen sich einem zunehmenden Druck ausgesetzt, den Kostenanstieg zu begrenzen und ihre Leistungserstellung zu begründen. Das Klischee von Ärzten als „Halbgötter in Weiß“ bröckelt mehr und mehr ab. Überspitzt formuliert ist diese Entwicklung vergleichbar mit dem Wandel von einem stark autoritätsorientierten Verkäufermarkt zu einem kundenorientierten Käufermarkt, in dem die Konsumenten zunehmend souveräner, kritischer und anspruchsvoller werden (Witte/Amelung 1999; SVRKAiG 2003, S. 181ff.; Draper et al. 2002, S. 11). So wird in diesem Zusammenhang immer häufiger vom „empowered consumer“ gesprochen. Dies führt zwangsläufig zu erheblicher Verunsicherung bis hin zu Abwehrhaltungen bei den Leistungserbringern, die ihre Rolle neu definieren müssen.

Der letzte Aspekt betrifft die technologischen Veränderungen. Nahezu alle Managed Care-Ansätze basieren auf einer Optimierung der Informationsprozesse (Ziegler 1998). Umfassende Patienteninformationen an allen Stellen der Integrierten Versorgung „online“ verfügbar zu haben, ist ein wesentliches Element des Konzepts. Gefördert wird dieser Anspruch dadurch, dass neue Technologien der Informationsverarbeitung und -speicherung nicht nur deutlich günstiger geworden sind, sondern auch eine ganz andere Art der Vernetzung erlauben. Selbst speicherintensive Röntgenbefunde können heute ohne Qualitätsverluste gemeinsam genutzt werden. Auch auf den eingesetzten Chipkarten können mittlerweile alle wesentlichen Informationen über einen Patienten gespeichert werden, sodass weniger technologische, als vielmehr Datenschutzfragen die Grenzen aufzeigen.

Neben diesen fördernden Faktoren, die auch nach dem sogenannten „Managed Care-Backlash“ nicht an Bedeutung und Relevanz verloren haben, gibt es allerdings zwei bedeutsame, stark interdependente hemmende Faktoren. Zum einen geht es um die Frage des Vertrauens in Managed Care im Allgemeinen und zum anderen um das in for-profit-Organisationen. So sehr Managed Care begrüßt wird, solange man gesund ist (da es mit niedrigeren Prämien verbunden ist), so groß sind auch die Befürchtungen, dass im Falle von Krankheiten Leistungen vorenthalten oder Wahlmöglichkeiten eingeschränkt werden. Gleiches gilt auch für das tief sitzende Misstrauen gegenüber for-profit-Organisationen im Gesundheitswesen. Beides ist zwar nicht nachgewiesen, führt aber zu einer latenten Ablehnung respektive negativen Wahrnehmung und der Forderung nach stärkeren Patientenrechten (Rechovsky et al. 2002). Bis zu einem gewissen Grad handelt es sich hier um einen nicht aufzulösenden

Konflikt. Patienten werden grundsätzlich einer zunehmenden Kommerzialisierung ihrer Versorgung kritisch gegenüberstehen und – wohl auch berechtigt – Misstrauen haben. Deshalb muss das Hauptaugenmerk von Managed Care-Organisationen auch darin liegen, Vertrauen aufzubauen. Vertrauen lässt sich primär durch Kontinuität, positive Erfahrungen und entsprechende Öffentlichkeitsarbeit aufbauen. Genau in diesen Bereichen haben amerikanische Managed Care-Organisationen in den letzten Jahren häufig versagt und die Bedeutung unterschätzt. Aber auch die in Deutschland in sehr viel weniger einschneidender Art verbreiteten integrierten Versorgungskonzepte haben in erster Linie ein Kommunikations- und viel weniger ein Leistungsproblem (Amelung et al. 2006, Weatherly et al. 2007).

### Definitionen von Managed Care

Wie bei nahezu allen neuen Management-Konzepten gibt es auch bei Managed Care eine Fülle von Definitionsansätzen. Folgende Auflistung stellt eine kleine Auswahl möglicher Definitionen und Begriffsbeschreibungen dar.

---

#### *Ausgewählte Managed Care-Definitionen in der amerikanischen Literatur ...*

---

„When one thinks about managed care, one should distinguish between the techniques of managed care and the organizations that perform the various functions. Managed care can embody a wide variety of techniques, ... These include various forms of financial incentives for providers, promotion of wellness, early identification of Disease, patient education, self-care, and all aspects of utilization management.“ (Fox 2001, S. 3)

„Managed care is a system that integrates the efficient delivery of your medical care with payment for the care. In other words, managed care includes both the financing and delivering of care.“ (Cafferky et al. 1997, S. 3f.)

„The original idea of ‚managed care‘ was simple and elegant – a primary care physician close to the patient would ensure that the care delivered was neither too much nor too little, involved appropriate specialists, and reflected the individual patient’s needs and values.“ (Porter et al. 2006, S. 76)

---

#### *... und in der deutschen Literatur*

---

„Der Begriff Managed Care bezieht sich auf eine Vielzahl struktureller und ablauforganisatorischer Sachverhalte, durch die das Versorgungssystem und die Versorgungsstruktur ... verändert wurde“ (Seitz/König/von Stillfried 1997, S. 5)

„Der Begriff Managed Care umschreibt ein Versorgungsprinzip, das auf eine effiziente Allokation von Mitteln und Ressourcen zielt, so daß jeder Patient die „richtige“ Art und Menge an präventiven und kurativen medizinischen Leistungen erhält. Überflüssige und fragwürdige Leistungen werden in diesem Prozeß ausgeschlossen. Managed

Care wird in einer Vielzahl z. T. sehr unterschiedlicher Organisationsformen angeboten.“ (Schwartz/Wismar 2003, S. 571)

„Entsprechend bedeutet ‚Managed Care‘ zum einen die Anwendung von Managementprinzipien auf die medizinische Versorgung, besonders auf die ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten und das Inanspruchnahme-Verhalten der Patienten, zum anderen meint es die Integration der Funktion Versicherung und Versorgung.“ (Kühn 1997, S. 7)

„Managed Care ist ein Oberbegriff für eine Vielzahl von Versorgungssystemen, bei denen die klassische Trennung zwischen Kostenträgern und Leistungsanbietern aufgelockert oder aufgehoben wird. Sinngemäß bedeutet Managed Care ‚gesteuerte Versorgung‘, ...“ (v. d. Schulenburg et al. 1999, S. 106)

„In den USA ist Managed Care ein Überbegriff für eine nicht solidarisch finanzierte, kommerzialisierte versicherungsrechtliche Form medizinischer Dienstleistungsprozesse in der Regel für Arbeitnehmer und ihre Familienangehörigen. In Deutschland versteht man unter Managed Care kontext- und systemabhängig lediglich Elemente zur zielgerichteten Steuerung medizinischer Versorgungsabläufe unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten“. (Schluckebier 2003, S. 42)

---

Im Rahmen dieser Arbeit soll unter Managed Care nicht eine geschlossene Theorie verstanden werden, sondern ein Bündel von Management-Instrumenten und Organisationsformen zur Steigerung der Effizienz in der Gesundheitsversorgung.

---

### *Diesem Buch zugrunde liegende Managed Care-Definition*

---

Managed Care ist die Anwendung von Management-Prinzipien, die zumindest partielle Integration der Leistungsfinanzierung und -erstellung sowie das selektive Kontrahieren der Leistungsfinanzierer mit ausgewählten Leistungserbringern. Ziel ist die effiziente Steuerung der Kosten und Qualität im Gesundheitswesen.

---

Konstitutiv für das Managed Care-Konzept ist unserer Ansicht nach die Annahme, dass Kosten und Qualität nicht zwangsläufig gegenläufige Ziele sind, sondern Qualitätssteigerung und Senkung der Kosten gleichzeitig erreicht werden können. Durch die unmittelbare Einflussnahme des Leistungsfinanzierers sowohl auf den Leistungserbringer als auch auf den Versicherten, sollen beide Ziele kompatibel gemacht werden. Hier liegt auch die wesentliche Attraktivität des Konzeptes. Managed Care gleichzusetzen mit Kostenreduzierungen ist eine wesentlich zu kurz greifendene Annahme.

Managed Care ist kein Synonym für das amerikanische Gesundheitswesen (siehe Kapitel 2). Auch wenn dort sicherlich die meisten Instrumente und Organisationsformen entwickelt wurden, muss sehr scharf zwischen dem Gesamtsystem und dessen Zielen sowie den eingesetzten Instrumenten und Organisationsformen differenziert werden. Mit diesem Buch wollen wir gerade zeigen, dass Managed Care durchaus mit den Zielen des deutschen Gesundheitswesens kompatibel sein kann, weil es primär ein Tool von Instrumenten und Organisationsformen zur Steuerung auf der Ebene der einzelnen Organisationen darstellt.

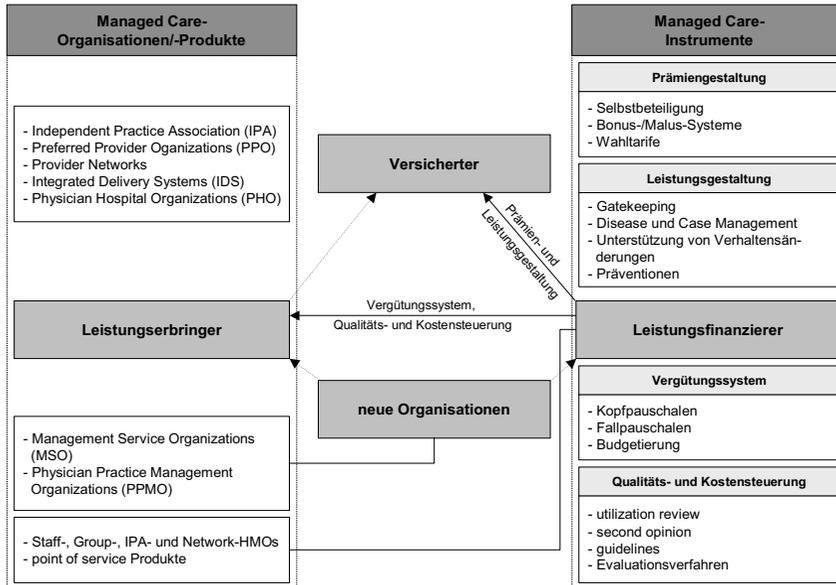
Es muss deutlich hervorgehoben werden, dass Managed Care kein Ansatz zur Gestaltung des gesamten Gesundheitssystems ist und auch keine spezifischen Rahmenbedingungen voraussetzt. Im staatlichen Gesundheitssystem Großbritanniens wurden gleichermaßen Managed Care-Instrumente eingeführt, wie auch in den skandinavischen Ländern. Wettbewerb kann auch über sogenannte „internal markets“ in einem im Prinzip dirigistischen System implementiert werden (Jérôme-Forgot et al. 1995). In Europa kann die Schweiz als Vorreiter für Managed Care angesehen werden. Die Ergebnisse aus der Schweiz, auf die in diesem Buch vielfach Bezug genommen wird, sind insbesondere aufgrund der kulturellen Ähnlichkeit der Länder und auch der sehr guten Evaluation von besonderem Interesse (zur Schweiz vgl. Baumberger 2001; Lehmann 2003; Gerlinger 2003; Berchtold/Hess 2006).

Dabei soll nicht in Frage gestellt werden, dass Gesundheitssysteme hoch kulturspezifisch sind (Payer 1996). Steuerungsinstrumente, die in länderspezifischen Gesundheitssystemen funktionieren, oder eben auch nicht, müssen nicht in einem anderen Land zwangsläufig zu gleichen Resultaten führen. Deshalb konzentrieren wir uns in diesem Buch auf die Funktionsweisen von Instrumenten und Organisationsformen und nicht auf konkrete empirische Ergebnisse und anekdotische Evidenz.

### **Welche Instrumente und Organisationsformen gehören zu Managed Care?**

Managed Care führt zu einer starken Ausdifferenzierung sowohl hinsichtlich der Organisationsformen als auch bezüglich der eingesetzten Management-Instrumente.

Abbildung 1-1: Institutionen und Instrumente im Managed Care



Aus dem ehemals klar strukturierten System wird ein ausgesprochen heterogenes System mit ausgeprägter Differenzierung und entsprechender Intransparenz. Diese Differenzierung findet nicht nur zwischen Organisationsformen und Management-Instrumenten statt, sondern auch in deren Ausgestaltung. Es ist beispielsweise ausgesprochen schwierig HMOs zu vergleichen, da jede HMO – was in einem Wettbewerbsumfeld auch nur folgerichtig ist – wieder unterschiedliche Strukturen aufweist und abweichende Wettbewerbsstrategien verfolgt, die es nahezu unmöglich machen, komplette Institutionen zu vergleichen.

Sehr viele der im Rahmen von Managed Care diskutierten Instrumente und Organisationsformen stellen für das deutsche Gesundheitswesen keine wirklichen Innovationen dar, sondern vielmehr die Rückkehr zu längst erprobten Instrumenten. Zum Teil sind, wie bereits erwähnt, lediglich die amerikanischen Begriffe, nicht aber die Instrumente an sich, neu. Auch sind zahlreiche Aspekte seit Jahren vom Sachverständigenrat (SVRKAiG 1989, 1995, 2003 und 2005) vorgeschlagen worden.

## Was ändert sich für die Beteiligten im Managed Care-Umfeld?

Bevor im nächsten Kapitel konkret auf die einzelnen Instrumente und Organisationsformen eingegangen wird, sollen in folgender Tabelle einige zentrale Veränderungen idealtypisch hervorgehoben werden.

Für die Versicherten bedeutet Managed Care vor allem, dass der Markt für Gesundheitsleistungen intransparenter wird, aber auch deutlich mehr Konsumentensouveränität bietet. Anstelle von „Einheitskost“ treten differenzierte Leistungsangebote, denen allerdings hohe Informationskosten über den geeigneten Versicherungsschutz gegenüberstehen. Der Versicherte muss nun seine heutigen als auch zukünftigen – hier liegt eines der zentralen Probleme – Bedürfnisse bestimmen und entsprechende Angebote heraussuchen. Die entscheidende Veränderung ist aber das Verhältnis zum Leistungserbringer, dem Arzt. Anstelle des ausschließlichen Vertreters der Interessen der Versicherten tritt nun ein Leistungserbringer, der tendenziell auch andere Interessen als die des Versicherten vertritt, nämlich jene des Leistungsfinanzierers.

Für die Leistungsfinanzierer bedeutet Managed Care eine deutlich aktivere Rolle. Aus den „Geldsammelstellen“ werden managementorientierte Leistungsfinanzierer, die unmittelbar in die Leistungserstellung steuernd eingreifen und selektiv kontrahieren. Neue Gestaltungsspielräume führen auf der einen Seite zu mehr Flexibilität, können aber auch zu einem Verdrängungswettbewerb führen.

Als Verlierer im Managed Care-Konzept sind sicherlich weite Teile der Leistungserbringer anzusehen. Der von ihnen lange Jahre dominierte Markt verschiebt sich hin zu einer Dominanz der Konsumenten und Leistungsfinanzierer. Die Leistungserbringer werden zunehmend zu Marktanpassern, die sich nicht nur neuen Herausforderungen, sondern auch einem Verdrängungswettbewerb gegenübergestellt sehen. Besonders schmerzhaft dürfte wohl die Begrenzung der Entscheidungskompetenz sein. Nicht mehr der Arzt, sondern tendenziell der Leistungsfinanzierer entscheidet, welche Leistungen überhaupt erbracht werden dürfen und wie diese durchzuführen sind. Als Abwehrstrategie bieten sich strategische Allianzen der Leistungserbringer an, die eine Marktmacht entwickeln und Freiräume schaffen sollen. Wobei deutlich hervorgehoben werden muss, dass es auch ganz maßgeblich an den Leistungserbringern selbst liegt, ob Managed Care für sie eine Bedrohung oder die Öffnung neuer Möglichkeiten darstellt.

Abbildung 1-2: Gegenüberstellung von Managed Care und fee for service

Managed Care-Umfeld	traditionelles System
<b>Managed Care Instrumente</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gatekeeping</li> <li>- utilization review</li> <li>- Präventionsorientierung über guidelines</li> <li>- integriertes Qualitätsmanagement</li> <li>- integrierte Behandlungsprozesse durch Case- und Disease Management</li> <li>- Outcomes-Orientierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- freie Arztwahl, direkter Zugang zu Spezialisten</li> <li>- Kontrolle nur bei Verdachtsmoment</li> <li>- Kurationsorientierung</li> <li>- weitreichende Therapiefreiheit</li> <li>- Qualitätssicherung</li> <li>- fragmentierte Behandlungsabläufe mit Informationsverlusten an den Schnittstellen</li> <li>- Prozess-Orientierung</li> </ul>
<b>Integration der Leistungsfinanzierung und -erstellung</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leistungserbringer und -finanzierer teilen sich die Risikoübernahme (risk sharing)</li> <li>- Delegation des finanziellen Risikos auf die unterste Ebene der Leistungserstellung (Primärärzte)</li> <li>- eigene Ressourcen der Leistungsfinanzierer zur Leistungserstellung</li> <li>- integrierte Gesundheitsversorgungssysteme</li> <li>- Sachleistungsprinzip</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- das Risiko liegt ausschließlich beim Leistungsfinanzierer</li> <li>- keine finanzielle Einbindung der Primärärzte in das Risiko der Leistungserstellung</li> <li>- strikte Trennung zwischen Leistungserstellung und -finanzierung</li> <li>- fragmentierte Leistungserstellung mit erheblichen Schnittstellenproblemen</li> <li>- Kostenerstattungsprinzip</li> </ul>
<b>selektives Kontrahieren</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- gezielte Auswahl der Leistungsanbieter</li> <li>- differenzierte Systeme zur Auswahl von Leistungsanbietern</li> <li>- Einschränkung der Wahlfreiheit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontrahierungspflicht</li> <li>- keine Instrumente zur Beurteilung von Leistungsanbietern</li> <li>- freie Wahl des Leistungsanbieters</li> </ul>

Die Gewinner im Managed Care-Konzept sind neue Organisationsformen, für die neue Märkte entstanden sind. Überwiegend sind dies managementorientierte Beratungen, die Teilfunktionen im Leistungserstellungsprozess übernehmen. Dies können sowohl Leistungen im medizinischen Prozess sein, z. B. → utilization review oder → Disease Management, als auch im klassischen Management-Bereich, wie die Steuerung eines Netzwerkes. Nach der großen Euphorie Mitte bis Ende der 90er hat sich allerdings gerade in diesem Segment Ernüchterung breitgemacht und viele Geschäftsmodelle sind kläglich gescheitert. Dies war insbesondere bei internetbasierten Geschäftsmodellen der Fall, die zum überwiegenden Teil vom Markt wieder verschwunden sind. Ausschlaggebend dürfte hierbei gewesen sein, dass etliche nicht über ausreichendes medizinisches Know-how verfügten und unterschätzt wurde, wie lange es dauert, sich auf dem Markt zu etablieren und entsprechend die Geschäftsmodelle deutlich zu kurzfristig ausgelegt waren.

Nahezu vollständig an Bedeutung verlieren die Verbände und Standesorganisationen, die gesamte Berufsgruppen abdecken. Selektives Kontrahieren und Wettbewerb stehen konsensualen Verhandlungen konträr gegenüber. So ist auch nicht verwunderlich, dass die massivste Kritik am Managed Care-Konzept aus diesen Reihen kommt. Aber auch in einem Managed Care-Umfeld werden Berufsverbände eine große Bedeutung

haben. Ihre Aufgaben und Kompetenzbereiche verändern sich allerdings gravierend und es wird eine deutlich größere Vielfalt unterschiedlicher Vertretungsgruppen geben.

Auch die Rolle des Staates verändert sich nachhaltig. Anstatt unmittelbar ins Geschehen einzugreifen, reduziert sich seine Rolle auf die Schaffung von wettbewerbsfähigen Rahmenbedingungen und die Sicherstellung einer externen Qualitätskontrolle (Knight 1998, S. 227ff.). An dieser Stelle muss nochmals darauf hingewiesen werden, dass die meisten Managed Care-Ansätze auch (teilweise sogar besser) in staatlichen Gesundheitssystemen wie beispielsweise jenes von Großbritannien oder Dänemark eingeführt werden können. So ist die leistungsorientierte Vergütung zurzeit in Großbritannien – zumindestens bei den Hausärzten – am weitesten umgesetzt.

Bevor in den nächsten Teilen konkret auf die Organisationsformen und Management-Instrumente im Managed Care-Umfeld eingegangen wird, sollen in den nächsten Kapiteln zunächst das amerikanische Gesundheitswesen kurz betrachtet und anschließend zwei theoretische Konzepte zur Beurteilung von Managed Care dargestellt werden.

## Literatur

AMELUNG, V. E./MEYER-LUTTERLOH, K./SCHMID, E./SEILER, R./WEATHERLY, J. N. (2006), Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren – Von der Idee zur Umsetzung, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

BADURA, B./FEUERSTEIN, G. (1994), Systemgestaltung im Gesundheitswesen, Juventa, Weinheim

BAUMBERGER, J. (2001), So funktioniert Managed Care. Anspruch und Wirklichkeit der integrierten Gesundheitsversorgung in Europa, Thieme, Stuttgart

BERCHTOLD, P./HESS, K. (2006), Evidenz für Managed Care – Europäische Literaturanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Schweiz: Wirkung von Versorgungssteuerung auf Qualität und Kosteneffektivität, Arbeitsdokument 16, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Obsan Zollikofen

BOYD, C. ET AL (2005), Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases – implications for P4P, JAMA, 294(6), S. 717–724

BROWN, L. D./AMELUNG V. E. (1999), „Manacled“ Competition in the German Health Insurance Market, in: Health Affairs, May/June, S. 76–91

CAFFERKY, M. E. (1997), Managed Care & You – The Consumer Guide to Managing Your Health Care, Practice Mgmt Information corp, Los Angeles

COOPER, P./SIMON, K./VISTNESS, J. (2006), A Closer Look at the Managed Care Backlash, *Medical Care*, 44(5), I-4-I-11

CORTEKAR, J./HUGENROTH, S. (2006), *Managed Care als Reformoption für das deutsche Gesundheitswesen*, Metropolis Verlag

DRAPER, D ET AL. (2002), The Changing Face of Managed Care, in: *Health Affairs*, Jan.–Feb., S. 11–23

FOX, P. (2001), An Overview of Managed Care, in: KONGSTVEDT, P. R., *The Managed Health Care Handbook*, Aspen, Gaithersburg, S. 3–15

GENSICHEN, J. ET AL (2006), Die Zukunft ist chronisch – Das chronic care modell in der deutschen Primärversorgung, *Z Ärztl Fortb Qual*, 100, S. 365–374

GERLINGER, TH. (2003), Gesundheitsreform in der Schweiz – ein Modell für die Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: *Jahrbuch für kritische Medizin*, 38, S. 10–30

HAVIGHURST, C. (2001), Consumers Versus Managed Care: The New Class Actions, *Health Affairs*, July-Aug., S. 8–27

JÉROME-FORGOT, M./WHITE, J./WIENER, J. (HRSG.) (1995), *Health Care Reform Through Internal Markets*, Institute for Research on Public Policy, Montreal

KNIGHT, W. (1998), *Managed Care – What It Is and How It Works*, Gaithersburg

KÜHN, H. (1997), *Managed Care*, Discussion Paper Wissenschaftszentrum, Berlin

LANDON B. E. ET AL. (2001), Health Plan Characteristics and Consumers' Assessment of Quality, in: *Health Affairs*, March-April, S. 274–286

LEHMANN, H. (2003), *Managed Care. Kosten senken mit alternativen Versicherungsformen?* Rüeegger, Zürich

LIGHT, D. W. (1997), Gründe für den Kostenanstieg und Kostenkontrolle im Gesundheitswesen: Die Vereinigten Staaten, in: ARNOLD, M./LAUTERBACH K. W./PREUß K.-J., *Managed Care*, DUV Gabler Edition Wissenschaft, Stuttgart

MECHANIC, D. (2000), Managed care and the imperative for a new professional ethic, in: *Health Affairs (Millwood)*, Sep.–Oct. 19 (5), S. 100–111

ORGANISATION FOR ECONOMIC COLLABORATION AND DEVELOPMENT (2006), *OECD health data 2006*, CD-ROM, Paris PAYER, L. (1996), *Medicine and Culture*, 2. Aufl., Holt, New York

PORTER, M./TEISBERG, E. (2006), *Redefining Health Care – Creating Value-Based Competition on Results*, Harvard Business School Press

RESCHOVSKY, J./HARGRAVES, L./SMITH, A. (2002), Consumer Beliefs and Health Plan Performance: It is not whether you are in an HMO but whether you think you are, in: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, June, S. 353–377

SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (SVRKAiG) (1989), Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Jahresgutachten 1989, Baden-Baden

SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (SVRKAiG) (1995), Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Sondergutachten 1995, Baden-Baden

SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (SVRKAiG) (2003), Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Gutachten 2003, Bonn

SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (SVRKAiG) (2005), Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Gutachten 2005, Stuttgart

SCHLETTE, S./KNIEPS, F./AMELUNG, V. E. (HRSG.) (2005), Versorgungsmanagement für chronisch Kranke, Kompart

SCHLUCKEBIER, S. (2003), in: CORTEKAR, J./HUGENROTH, S. (2006), Managed Care als Reformoption für das deutsche Gesundheitswesen, Metropolis Verlag

SCHULENBURG, J.-M. GRAF VON DER ET AL. (1999), Praktisches Lexikon der Gesundheitsökonomie, Asgard Verlag, St. Augustin

SCHUMACHER, H. (1996), Die Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen im Vergleich, in: Hamburger Jahrbuch für Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik, 41. Jahr., Hamburg, S. 189–215

SCHWARTZ, F. W./WISMAR, M. (2003), Planung und Management, in: SCHWARTZ, F. W. ET AL. (HRSG.), Das Public Health Buch, 2. Aufl., Urban und Fischer, München, S. 558–573

SEITZ, R./KÖNIG, H.-H./STILLFRIED, D. GRAF VON (1997), Grundlagen von Managed Care, in: ARNOLD, M. ET AL. (HRSG.), Managed Care, GUV Gabler Edition Wissenschaft, Stuttgart, S. 3–23

WEATHERLY, J. N./SEILER, R./MEYER-LUTTERLOH, K./SCHMID, E./LÄGEL, R./AMELUNG, V. E. (2007), Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren – Innovative Modelle der Praxis, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

WITTE, R./AMELUNG, V. E. (1999), Kundenzufriedenheit im Krankenhaus, in: Gesundheitsökon.Qual.manag, 4, S. 1–10

ZIEGLER, R. (HRSG.) (1998), Change Drivers – Information Systems for Managed Care, American Hospital Publishing, Chicago

## 2 Grundzüge des amerikanischen Gesundheitswesens

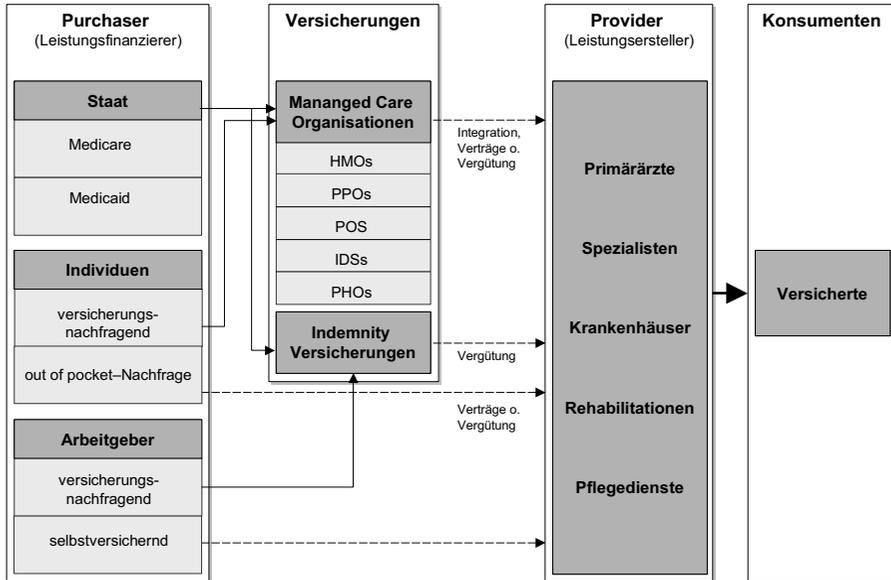
Im Folgenden sollen die wesentlichen Grundzüge des hoch komplexen amerikanischen Gesundheitswesens aufgezeigt werden (vgl. Kovner et al. 2005; Haase 2005; Anderson et al. 2003; Hsiao 2002; Huber/Orosz 2003; Bodenheimer/Grumbach 2002; Glied 1997; Brown 1994; Zelman 1996; Dranove 2000; Katz 2006). Im Zentrum der Betrachtung stehen dabei die Charakteristika der Leistungsfinanzierer.

Sowohl auf der Seite der Leistungserbringer als auch der Leistungsfinanzierer unterscheidet sich das amerikanische Gesundheitswesen erheblich vom deutschen und anderen europäischen Systemen. Dabei muss aber berücksichtigt werden, dass es „das amerikanische Gesundheitswesen“ nicht gibt – auch wenn in der allgemeinen Diskussion immer wieder dieser Eindruck entstehen mag –, sondern im Wesentlichen eine Vielzahl von Systemen parallel. Die Gesundheitssysteme Kaliforniens und New Yorks unterscheiden sich mindestens im gleichen Maße wie jene Deutschlands und der Niederlande. Aber es gibt in den USA zumindest Marktsegmente, die einheitlich sind. Dies sind insbesondere Medicare (die Versorgung der älteren Amerikaner) und die Veteran Affairs (das Versorgungssystem für aktive und ehemalige Soldaten). Daneben gibt es Gesundheitssysteme auf der Ebene der einzelnen Bundesstaaten, die erheblich voneinander abweichen. In einzelnen Bundesstaaten ist es beispielsweise den Krankenhäusern nicht erlaubt, eigene Ärzte einzustellen und man ist darauf angewiesen, mit Belegärzten zu arbeiten. Auch in anderen Bereichen, wie beispielsweise in Medicaid-Programmen sind die Unterschiede zwischen den Bundesstaaten erheblich.

Besonders aber unterscheiden sich die Bundesstaaten hinsichtlich der Managed Care Penetration. So gibt es nach wie vor Staaten, die weitgehend Managed Care frei sind und andere, in denen Managed Care nach einer Phase des massiven Wachstums sich nun in einer Phase der Konsolidierung befindet. Die Gründe, warum sich Managed Care nicht gleichmäßig über die USA entwickelt hat ist sowohl in der Attraktivität der Märkte begründet als auch in den jeweiligen, stark divergierenden rechtlichen Rahmenbedingungen.

Folgende Grafik stellt sehr vereinfacht die komplexen Strukturen dar.

Abbildung 2-1: Grundzüge des amerikanischen Gesundheitssystems



Betrachten wir zuerst die Leistungsfinanzierer von Gesundheitsleistungen. Der amerikanische Staat kommt mit seinen beiden 1965 initiierten Programmen Medicare und Medicaid (Bodenheimer/Grumbach 2002, S. 5ff.; Tilson/Ross/Calkins 1995, S. 102ff.) für knapp die Hälfte der Gesundheitsausgaben auf (45% im Jahr 2000; California Health Care Foundation 2006). Insofern ist es auch nur sehr begrenzt angemessen, von einem privatwirtschaftlich organisierten System zu sprechen.

Medicare übernimmt die Versorgung der über 65-jährigen Amerikaner und ausgewählter anderer Berechtigter, wie beispielsweise Dialysepatienten oder Behinderte. Medicare wird über einkommensabhängige Beiträge der Arbeitgeber und Arbeitnehmer finanziert. Das Medicare-Programm besteht aus zwei Teilen. Teil A beinhaltet die obligatorische Krankenversicherung aller Bürger im Rentenalter. Teil B ist dagegen eine freiwillige, private Versicherung – wenn auch subventioniert – zur ambulanten medizinischen Versorgung sowie für ergänzende Leistungen und besseren Service im Krankenhaus (Medigap) (Knight 1998, S. 169). Die Bush-Administration hat 2003 erhebliche Änderungen für Medicare verabschiedet. Insbesondere geht es um eine Leistungsausweitung bei Medikamenten, deren Auswirkungen zurzeit noch nicht umfänglich beurteilt werden können. Tendenziell hat sich aber herauskristallisiert, dass wesentliche Problemfelder nicht gelöst wurden und insbesondere die „Hochnutzer“ weiterhin Probleme haben, ihre Medikamente zu finanzieren.

Medicaid sorgt für die medizinische Versorgung der ärmsten Amerikaner (medizinische Leistungen und Pflegeversorgung). Der Prozentsatz des individuellen Einkommens in Relation zur Armutsgrenze als Anspruchsgrundlage variiert dabei aber stark je nach Bundesstaat. Im Gegensatz zu Medicare liegt die Finanzierung von Medicaid überwiegend bei den einzelnen Bundesstaaten. Während Medicare von der CMS (ehemals HCFA, Health Care Financing Administration) direkt gesteuert wird, legt diese bei Medicaid nur die Rahmenbedingungen fest, die erfüllt werden müssen. Die Bundesstaaten erhalten Zuschüsse, wenn sie diese Kriterien erfüllen. Beide Programme wurden eingeführt, um die Unterversorgung von Bedürftigen zu reduzieren. Diese beiden Programme sind auch dafür verantwortlich, dass die Unversicherten (zzt. 43 Mio. Amerikaner) nicht die ärmsten Amerikaner oder Alte sind, sondern überwiegend sogenannte „working poor“. Diese haben zwar einen Arbeitsplatz, aber der Arbeitgeber finanziert keine Krankenversicherung. Durch die Verschiebung der Alterspyramide der amerikanischen Bevölkerung sieht sich das Medicare-Programm erheblichen Finanzierungsproblemen ausgesetzt (Knight 1998, S. 169). Entsprechend groß sind auch die Anstrengungen, von der traditionellen Einzelleistungsvergütung und der Vergütung über Fallpauschalen zu günstigeren, pauschalierten Vergütungsformen wie Kopfpauschalen zu kommen. Sowohl Medicare, aber insbesondere Medicaid haben wesentlich zur Entwicklung von Managed Care beigetragen. 27 Mio. Amerikaner sind in Medicaid Managed Care-Programmen eingeschrieben und ca. 5 Mio. in Medicare Managed Care-Programmen. Der Fokus bei Medicaid Managed Care liegt eindeutig bei Kostensenkung und Sicherstellung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen. Demgegenüber steht die Leistungsoptimierung bei Medicare Managed Care-Programmen im Vordergrund (Hurley/Sheldon 2006).

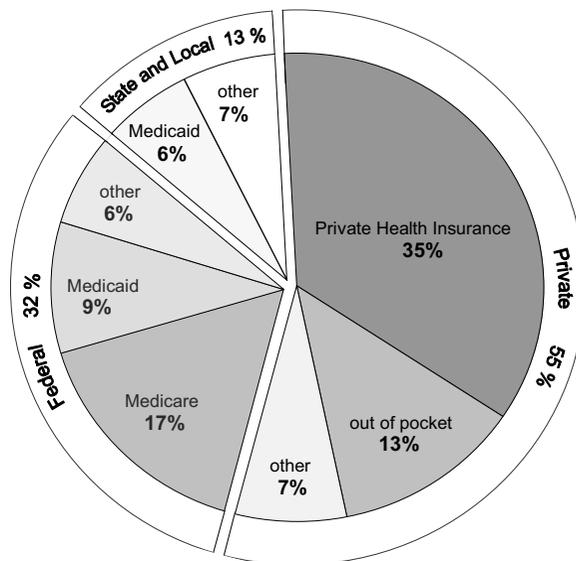
Neben dem Staat sind die privaten Arbeitgeber die wichtigsten Leistungsfinanzierer von Gesundheitsleistungen (Drake 1997, S. 560ff.; Dowd/Feldman 1998, S. 24ff.). Zwei Arten können hier unterschieden werden. Erstens jene Arbeitgeber, die die Versicherungsfunktion für ihre Mitarbeiter selbst übernehmen, sogenannte self insurer. Dies sind überwiegend Großunternehmen oder solche, die sich mit anderen Unternehmen zusammenschließen, um die Zwischenfunktion Krankenversicherung zu umgehen, da ihr Versichertenkollektiv groß genug ist, das Risiko selbst tragen zu können. Die zweite Gruppe sind Unternehmen, die ihren Mitarbeitern Krankenversicherungen als betriebliche Sozialleistungen anbieten. Je nach Größe des Unternehmens wird entweder nur eine Versicherung angeboten, oder aber die Mitarbeiter können zwischen verschiedenen Varianten auswählen.

Die Bedeutung der Arbeitgeber als Leistungsfinanzierer hat einen historischen und einen steuerrechtlichen Grund. Während des Zweiten Weltkrieges gab es in den Vereinigten Staaten einen staatlichen festgeschriebenen Lohnstopp. Nicht davon betroffen waren aber betriebliche Sozialleistungen, sodass die Unternehmen hier die Möglichkeit der indirekten Lohnerhöhung sahen (Knight 1998, S. 138). Darüber hinaus sind Prämien für Krankenversicherungen steuerbefreit, sodass ein erheblicher Anreiz existiert, den Mitarbeitern solche Sozialleistungen anzubieten.

Die Arbeitgeber waren, da sie nach Lösungswegen suchten, sowohl die treibende Kraft bei der Forcierung von Managed Care, die Ende der 80er Jahre jährlich zwischen 15 und 20% steigenden Prämien zu begrenzen (Zelman/Berenson 1998, S. 1) als auch für „Managed Care-Backlash“ Anfang des 21. Jahrhunderts. Arbeitgeber reagieren sehr stark nach der aktuellen Arbeitsmarktsituation. Ist der Arbeitsmarkt wie in den letzten Jahren sehr angespannt, sind nicht die Kosten primär entscheidend, sondern dass die Krankenversicherungsprodukte für aktuelle und potenzielle Mitarbeiter attraktiv sind.

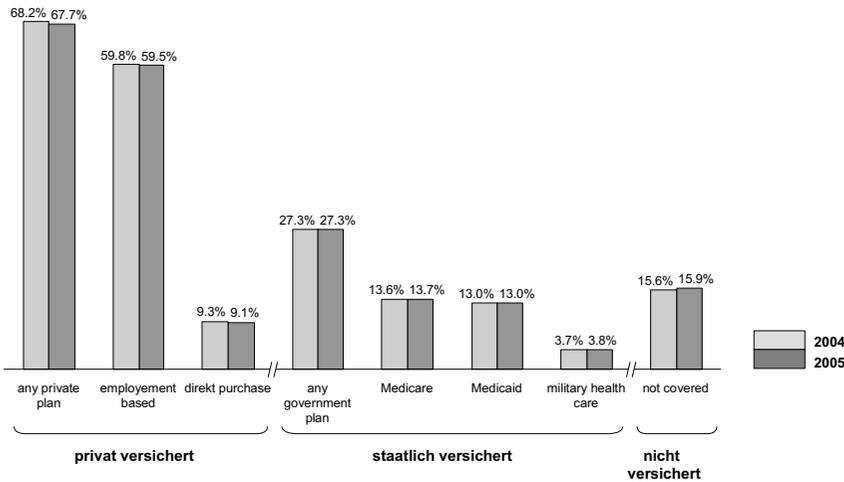
Die einzelnen Individuen spielen bei der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen keine bedeutende Rolle. Ihr Anteil an den Gesundheitsausgaben setzt sich im Wesentlichen aus Selbstbehalten und Zuzahlungen sowie nicht gedeckten Leistungen (out of pocket) zusammen. Wie in dem nachfolgenden Kapitel detailliert diskutiert wird, können die Zuzahlungen sehr unterschiedliche Formen annehmen und einen Quasi-Ausschluss bedeuten. Auch muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass die Unversicherten keine Leistungen erhalten, sondern primär über die Notaufnahme und Selbstzahlung versorgt werden. Zusammenfassend stellt sich die Finanzierungsseite wie folgt dar:

**Abbildung 2-2:** Finanzierungsquellen des amerikanischen Gesundheitssystems  
(California Health Care Foundation 2006)



Dabei ist, wie in allen Gesundheitssystemen keine Proportionalität zwischen Finanzierungsquellen und Quellen des Versicherungsschutzes. Folgende Grafik stellt die Quellen des Versicherungsschutzes (respektive den Anteil Unversicherter) dar.

**Abbildung 2-3: Quellen des Versicherungsschutzes**  
(in Anlehnung an DeNavas-Walt et al. 2006)



Charakteristisch ist somit für das amerikanische Gesundheitswesen die Finanzierung von Versicherungsleistungen bzw. der Leistungseinkauf durch Dritte. Dies können entweder staatliche Institutionen oder Arbeitgeber sein (Brown 1994). Dabei ist hervorzuheben, dass aufgrund von kartellrechtlichen Bestimmungen und strategischen Ausrichtungen jeder Nachfrager sein eigenes Vergütungssystem hat. Gleiche Leistungen werden nicht nur unterschiedlich hoch vergütet, sondern auch die Art der Vergütung (Einzelleistungen, Tages- oder Kopfpauschalen) variiert. Der Versicherte selbst tritt nur mittelbar in Erscheinung und hat auch – noch – nur sehr wenig Einfluss auf die Gestaltung des Gesundheitssystems. Als bedeutendster Trend der letzten Jahre wird der rasante Anstieg von sogenannten consumer-driven health plans (CDHP) angesehen (Commonwealth Fund 2006; Katz 2006). Unter diesem Begriff werden insbesondere health saving accounts (HSA) und health reimbursement accounts (HRS) subsumiert. Handelt es sich bei health saving accounts um klassische Rücklagenbildung, liegt der Schwerpunkt bei health reimbursement accounts eher auf der Absicherung von Schicksalsschlägen. Somit sind sehr hohe Selbstbehalte hier charakteristisch (Lee/Zappert 2005).