

Volker Eric Amelung

Managed Care

Neue Wege im
Gesundheitsmanagement

5. Auflage



Volker Eric Amelung

Managed Care

Volker Eric Amelung

Managed Care

Neue Wege im
Gesundheitsmanagement

5. Auflage

Unter Mitwirkung von
Anika Brümmer, Dr. Mirella Cacace,
Christoph Wagner, Professor Dr. Axel Mühlbacher,
Susanne Bethge, Professor Dr. Katharina Janus,
Dr. Andreas Domdey und PD Dr. Christian Krauth



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.

1. Auflage 1999
2. Auflage 2000
3. Auflage 2004
4. Auflage 2007
5. Auflage 2012

Alle Rechte vorbehalten

© Gabler Verlag | Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2012

Lektorat: Guido Notthoff

Gabler Verlag ist eine Marke von Springer Fachmedien.

Springer Fachmedien ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media.

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: KünkelLopka Medienentwicklung, Heidelberg

Druck und buchbinderische Verarbeitung: Stürtz GmbH, Würzburg

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Printed in Germany

ISBN 978-3-8349-3359-1

Vorwort zur 5. aktualisierten und umfassend erweiterten Auflage

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 einseitig gleichgesetzt mit Profitstreben, Zwei- oder Mehrklassenmedizin und Entsolidarisierung.

Auf der anderen Seite stehen diejenigen, die ein Aufbrechen verkrusteter Strukturen fordern, die Fragmentierung der Versorgungsstrukturen bei gleichzeitiger Zunahme von chronischen Erkrankungen und von Multimorbidität als zentrales Problem wahrnehmen und in Managed Care, im Sinne von gesteuerter Versorgung, einen sinnvollen und notwendigen Entwicklungsschritt sehen. Steigerung der Qualität und gleichzeitige Senkung der Kosten werden hier nicht als Gegensätze, sondern als Konsequenz betrachtet. So wird in der Schweiz diskutiert, dass Managed Care die Regelversorgung – somit die „normale“ Versorgung – darstellen sollte. Gesteuerte Versorgung somit als Antwort auf veränderte Versorgungsherausforderungen.

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 häufig eine eher ablehnende Einstellung zum Thema Managed Care besteht, wohingegen die Nachfragen 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 nach mehr sektoren- und berufs-feldübergreifenden Versorgungskonzepten. Zu offensichtlich sind die bestehenden Defizite und die möglichen Optimierungspotenziale. Dabei ist das Konzept der Integrierten Versorgung klassisches Managed Care. Gleiches gilt für eine Vielzahl weiterer Managed Care-Instrumente oder -Institutionen.

Einige wesentliche Faktoren zur Förderung von Managed Care sind im deutschen Gesundheitswesen noch unzureichend umgesetzt. Damit sich neue Versorgungsformen entsprechend im Wettbewerb mit besseren Versorgungskonzepten durchsetzen können, muss deutlich mehr Transparenz geschaffen werden. Nach wie vor ist das deutsche Gesundheitssystem durch weitgehende Intransparenz gekennzeichnet. Ent-

sprechend ist es den Akteuren – seien es Krankenkassen als Einkäufer von Gesundheitsleistungen – oder auch unmittelbar Patienten, kaum möglich, qualifizierte Entscheidungen zu treffen, respektive es fehlen die Anreize. Erste zaghafte Ansätze, wie die gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsberichte, eignen sich nur unzureichend, um für Markttransparenz zu sorgen, da sie keine wirkliche Entscheidungshilfe darstellen. Hier würde es – wie in den USA sehr verbreitet – an Institutionen bedürfen, die im Sinne einer „Stiftung Warentest Gesundheit“ schonungslos die unterschiedliche Leistungsfähigkeit aufzeigen. Darüber hinaus müssen selektivvertragliche Lösungen als Wettbewerbselement verstanden werden. Nur wenn es möglich ist, durch Wettbewerb auch Wettbewerbsvorteile aufzubauen und hiervon zu profitieren, werden Investitionen getätigt. Gerade hier liegt eine der zentralen Schwächen des deutschen Gesundheitssystems. Es ist nicht auf Investitionen ausgerichtet und wird dominiert von Institutionen, die aus den unterschiedlichsten Gründen nicht investieren können oder wollen.

In den letzten Jahren ist eine deutliche Zunahme der Internationalisierung der Gesundheitssysteme 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. Entsprechend haben wir in diesem Buch eine Vielzahl von Fallstudien aus verschiedenen Ländern eingebaut.

Managed Care hat sich in den letzten Jahren deutlich weiterentwickelt und neue Themen sind hinzugekommen. Auch diesen Entwicklungen wurden in der fünften Auflage Rechnung getragen. Neu hinzugekommen sind beispielsweise Kapitel zu Consumer-driven Health Plans (CDHP), Accountable Care Organizations (ACO), Patient-centered Medical Homes (PCMH), Pharmaceutical Benefit Management (PBM), Bundled Payments, Pay for Performance (P4P), Public Reporting und Patientencoaching sowie eine Vielzahl neuer Fallstudien. Entsprechend ist aus einem schlanken Lehrbuch von weniger als 200 Seiten in den letzten Jahren ein Werk von fast 400 Seiten entstanden.

Unser Lehrbuch Managed Care ist nun seit zwölf Jahren auf dem Markt und mittlerweile bereits in der fünften Auflage (sowie einer ersten englischen Auflage, die Anfang 2012 bei Springer erscheinen wird). 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, habe aber bei allen folgenden Auflagen versucht, seine grundlegenden Ansichten zu berücksichtigen. Mit jeder weiteren Auflage wächst auch die Anzahl derer, die hierzu beigetragen haben. Bei der fünften Auflage haben Anika Brümmer, Dr. Mirella Cacace, Christoph Wagner, Professor Dr. Axel Mühlbacher, Susanne Bethge, Dr. Andreas Domdey, Stefan Gildemeister, Urs Zanoni, Peter

Berchtold, Felix Huber und PD Dr. Christian Krauth mitgewirkt. Dank gilt auch Professor Katharina Janus, die an der vorangegangenen Auflage mitgewirkt hat.

Ein besonderer Dank gebührt Herrn Guido Notthoff vom Gabler Verlag, der mit viel Geduld die Entstehung dieser Neuauflage begleitet hat. Ohne seine kontinuierliche Unterstützung hätten wir diese Auflage nicht derart umsetzen können.

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).

Berlin im Oktober 2011

Prof. Dr. Volker Eric Amelung

Vorwort zur 1. Auflage

Managed Care ist das dominante Thema im amerikanischen Gesundheitssystem und gewinnt zunehmend auch an Bedeutung in der europäischen Diskussion über die Gestaltung von Gesundheitssystemen. Managed Care hat das amerikanische Gesundheitswesen in den letzten zehn Jahren nachhaltig verändert. Der Marktanteil der traditionellen Krankenversicherungen ist von 1988 bis 1996 von über 70 Prozent auf unter 30 Prozent gefallen und mittlerweile sind fast drei Viertel aller über ihren Arbeitgeber versicherten Amerikaner in einer der verschiedenen Formen von Managed Care-Organisationen versichert. Experten gehen davon aus, dass bis zu 20 Prozent der Gesundheitsausgaben durch Managed Care eingespart werden können.

In diesem Buch soll der Frage nachgegangen werden, was sich hinter dem Konzept Managed Care verbirgt und welche Lehren aus den amerikanischen Erfahrungen von nunmehr fast zwanzig Jahren Managed Care für die Gesundheitssystemgestaltung gezogen werden können. Dies ist aber kein Buch über das amerikanische Gesundheitswesen, sondern über die dort eingesetzten Organisationsformen und Management-Instrumente. Die sozioökonomischen, kulturellen und politischen Unterschiede machen eine unmittelbare Übertragung wenig sinnvoll. Daher konzentrieren wir uns auf solche Organisationsformen und Management-Instrumente, die sich auch in einem auf den Prinzipien des deutschen Gesundheitswesens aufbauenden System implementieren lassen.

Ziel dieses Buches ist es, einen systematischen Überblick über die im Rahmen von Managed Care eingesetzten Organisationsformen und Management-Instrumente zu geben. Mit diesem Buch wollen wir die Diskussion anregen, neue Wege zu gehen, ohne die Grundprinzipien des deutschen Gesundheitssystems aufzugeben. Es ist aber unsere Überzeugung, dass seine Leistungsfähigkeit nur erhalten werden kann, wenn weitreichende Strukturreformen durchgeführt werden.

Die enorme Attraktivität des Konzepts von Managed Care liegt in der Erwartung, dass durch den Einsatz geeigneter Organisationsformen und Management-Prinzipien sowohl die Kosten begrenzt werden können als auch die Qualität der medizinischen Leistungserstellung erhöht werden kann. Managed Care ist weit mehr als eine reine Strategie zur Kostensenkung. Gleichmaßen geht es um eine Steigerung der Qualität, beispielsweise durch eine verstärkte Evidenzbasierung der Leistungserstellung. Dabei hat Managed Care eine eigene Begrifflichkeit entwickelt. Die Managed Care-Begriffe – die auch im deutschsprachigen Raum meist in der Originalsprache gebraucht werden – erschließen sich oftmals nicht auf den ersten Blick. Vielfach geben reine Übersetzungen die Bedeutung der Ausdrücke nur eingeschränkt wieder. Begriffe wie „guidelines“, „utilization review“ oder „health maintenance organization“ müssen

daher erläutert werden, um ihre Bedeutung und ihren Sinnzusammenhang mit anderen Begriffen voll auszuschöpfen.

Dieses Buch richtet sich an ein sehr breites und heterogenes Zielpublikum. Einerseits wollen wir Studierende der verschiedenartigsten Studiengänge zur Gesundheitsökonomie und zum Gesundheitsmanagement ansprechen, andererseits richtet es sich gleichermaßen an Praktiker aus den unterschiedlichsten Feldern. Diese umfassen sowohl interessierte Ärzte, die sich im Gesundheitsmanagement weiterbilden wollen, als auch Vertreter der Krankenkassen oder reforminteressierte Politiker. Aufgrund des breiten Adressantenkreises haben wir versucht, nicht auf spezifisches Hintergrundwissen zurückzugreifen. Dieses Buch soll sowohl für Ökonomen, Soziologen, Mediziner als auch für Politologen verständlich sein. Es ist unsere Überzeugung, dass die Herausforderungen in unserem Gesundheitswesen nur gemeinsam gelöst werden können und „Blockbildung“ kontraproduktiv ist.

Wesentliches Strukturmerkmal dieses Buches ist es, dass die einzelnen Kapitel in sich geschlossene Einheiten darstellen. Durch entsprechende Verweise (→) wird auf die Zusammenhänge hingewiesen. Dabei war es nicht unser Ziel, das komplexe Themengebiet abschließend zu bearbeiten, sondern eine Einführung zu geben.

Auch wenn es sich bewusst um ein knapp gehaltenes Buch handelt, hätte dies nicht ohne die Unterstützung vieler Mitwirkender entstehen können. Für inhaltliche Anregungen möchten wir uns bei Timm Volmer, Antje Steffen und insbesondere bei Larry D. Brown von der Columbia University bedanken. Für die Durchsicht des Manuskriptes gilt unser Dank darüber hinaus Christiane Melbeck und Anette Wichmann-Palicio. Der Techniker Krankenkasse danken wir für die finanzielle Unterstützung im Rahmen der Schaltung einer Anzeige. Für verbleibende Fehler sind wir selbstverständlich alleine verantwortlich.

Hamburg im Juni 1999

Volker E. Amelung, Harald Schumacher

Inhaltsverzeichnis

Vorwort zur 5. aktualisierten und umfassend erweiterten Auflage	5
Vorwort zur 1. Auflage	9
Teil I – Grundideen von Managed Care.....	15
1 Definitionen und Konzepte	15
2 Grundzüge des amerikanischen Gesundheitswesens	29
3 Theoretische Konzepte zur Beurteilung von Managed Care.....	39
Teil II – Managed Care-Organisationen und -Produkte	61
1 Vorbemerkungen.....	61
2 Versicherungsorientierte Managed Care-Organisationen und -Produkte	65
2.1 Staff-, Group-, IPA- und Network-HMOs.....	66
2.2 Point of service-Produkte (POS)	82
2.3 Consumer-driven Health Plans (CDHPs) und Health Saving Accounts.....	83
3 Anbieterorientierte Managed Care-Organisationen und -Produkte	90
3.1 Independent Practice Association (IPA)	90
3.2 Preferred Provider Organizations (PPO)	91
3.3 Provider Sponsored Organizations (PSO)	93
3.4 Networks.....	94
3.5 Integrated Delivery Systems (IDS).....	101
3.6 Accountable Care Organizations (ACO).....	114
3.7 Patient-centered Medical Home (PCMH)	116
3.8 Physician Hospital Organizations (PHO)	118
4 Institutionen im Managed Care-Umfeld	121
4.1 Management Service Organizations (MSO)	121
4.2 Physician Practice Management Companies (PPMC).....	124
4.3 Pharmaceutical Benefit Management (PBM).....	130
5 Fazit	136
Teil III – Managed Care-Instrumente	153
1 Vertragsgestaltung	153
1.1 Selektives Kontrahieren	153
1.2 Gestaltung der Versicherungsverträge	160
2 Vergütungssysteme	174
2.1 Grundlagen.....	174
2.2 Vergütungsformen für Ärzte	178
2.3 Vergütungsformen für stationäre Leistungen	186

2.4	Qualitätsorientierte Vergütung (P4P) und Public Reporting	195
2.4.1	Qualitätsorientierte Vergütung	195
2.4.2	Public Reporting.....	205
2.5	Fazit.....	208
3	Qualitäts-und Kostensteuerung.....	218
3.1	Gatekeeping.....	218
3.2	Guidelines und clinical pathways	234
3.3	Positivlisten.....	245
3.4	Utilization review und management.....	251
3.5	Disease Management und Chronic Care.....	259
3.6	Case Management.....	276
3.7	Demand Management.....	283
3.8	Patienten Coaching.....	288
3.9	Qualitätsmanagement	295
4	Evaluationsverfahren.....	313
4.1	Überblick.....	313
4.2	Ökonomische Evaluationsverfahren.....	314
4.3	Präferenzmessung	325
4.4	Evidenzbasierte Medizin (EBM).....	333
4.5	Outcomes-Forschung	336
4.6	Health Technology Assessment (HTA).....	339
	Teil IV – Bewertung von Managed Care	347
1	Vorbemerkungen.....	347
2	Kosteneffekte von Managed Care.....	349
3	Qualitätseffekte von Managed Care	351
4	Verteilungseffekte von Managed Care.....	354
5	Akzeptanz von Managed Care.....	356
6	Fazit	358
	Stichwortverzeichnis	365

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 am Anfang des Jahrzehnts 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. Die Kritik richtet sich in den meisten Fällen auch nicht gegen Managed Care-Instrumente (z. B. Disease Management Programme), sondern gegen das Verhalten der Akteure (unangemessener Ausschluss von Leistungen, Risikoselektion und/oder übertriebener Druck auf Leistungserbringer). Entsprechend hat Managed Care zumindest in den USA ein erhebliches Imageproblem. Aufgrund des offensichtlichen Defizits, ungesteuerter Versorgung und zunehmenden finanziellen Handlungsdrucks, erlebt Managed Care allerdings eine Renaissance. Eine Vielzahl von Pilotprojekten hat gezeigt, dass höhere Qualität und gleichzeitig niedrigere Kosten kein Widerspruch sein müssen. Es setzt sich zunehmend die Überzeugung durch, dass es nichts Teureres gibt als schlechte Versorgungsqualität und gleichermaßen im Umkehrschluss gute Versorgung die günstige Versorgungsform darstellt.

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,
- das Gesundheitswesen als bedeutende Einzelbranche in unserer Dienstleistungsgesellschaft,
- 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 den Patienten bezahlt werden, 30,3% der gesamten Gesundheitsausgaben (OECD 2010). 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 Rahmen-

bedingungen eingesetzt werden. Außerdem muss berücksichtigt werden, dass das Gesundheitswesen in allen westlichen Industrieländern die größte Einzelbranche darstellt (OECD 2010). In Deutschland sind beispielsweise mehr als 4,7 Mio. Beschäftigte im Gesundheitswesen tätig (Statistisches Bundesamt 2009). Gesundheits- und Wirtschaftspolitik überschneiden sich zunehmend (Amelung 2011). Dies führt auch dazu, dass neben dem Gesundheitsministerium die Ministerien mit der Verantwortung für Finanzen, Wirtschaft, Arbeitsmarkt, Bildung, Forschung, Familien, Verbraucherschutz und Soziales sich zumindest partiell auch für Gesundheitspolitik verantwortlich fühlen.

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 (Amelung/Eble/Hildebrandt 2011; Scheldt-Nave et al. 2010; WHO 2008; Schlette/Knieps/Amelung 2005). So lag der Anteil chronischer Erkrankungen 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 zwei Drittel 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 Integration 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 (z. B. Optimierung der Schnittstelle Akutversorgung und Pflege).

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. 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 (Fischer/Sibbel 2011; Busse/Schreyögg/Gericke 2006; SVRKAIg 2003, S. 181ff.). 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. Eine wichtige Rolle spielt hierbei auch die veränderte Struktur in der Ärzteschaft. War der Arztberuf in der Vergangenheit „männerdominiert“, beträgt heute der Frauenanteil der Absolventen in der Humanmedizin 63% (Statistisches Bundesamt 2009). Dies wird längerfristig massive Auswirkungen auf die Art der Leistungserbringung haben.

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 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 teilweise berechtigt – Misstrauen haben. Deshalb muss das Hauptaugenmerk von Managed Care-Organisationen auch darauf 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; Amelung 2011). Eine besondere Bedeutung kommt hier der Evaluation zu. Nach wie vor sind die wenigsten Modelle wissenschaftlich evaluiert. Es gibt viele Leistungsversprechen, aber nur wenig

belastbare Studien, die dies untermauern. Managed Care wird sich aber nur dann nachhaltig durchsetzen, wenn massiv in begleitende Versorgungsforschung investiert wird.

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 not 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)

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 gesteuerte Versorgung und somit 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 und somit eine Optimierung der Versorgungsprogramme. Managed Care umfasst Organisationsmodelle und Steuerungsinstrumente, die die Versorgungsstrukturen aus der Sicht des Patienten optimieren. Der Blickwinkel ist somit eine konsequente Optimierung der Wertschöpfungskette aus Patientensicht.

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. Sowohl durch Kosten- als auch durch Qualitätsaspekte führt Managed Care somit zu einer „besseren“ Versorgung.

Managed Care somit gleichzusetzen mit Kostenreduzierungen ist eine wesentlich zu kurz greifende Annahme. Somit sind beispielsweise Rabattverträge oder discounted fee for service-Verträge allein keine Managed Care-Ansätze.

Managed Care ist kein Synonym für das amerikanische Gesundheitswesen (siehe Kapitel 2). Auch wenn dort sicherlich viele Instrumente und Organisationsformen entwickelt wurden, muss sehr deutlich 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 eine Kombination von Instrumenten und Organisationsformen zur Steuerung auf der Ebene der einzelnen Organisationen darstellt.

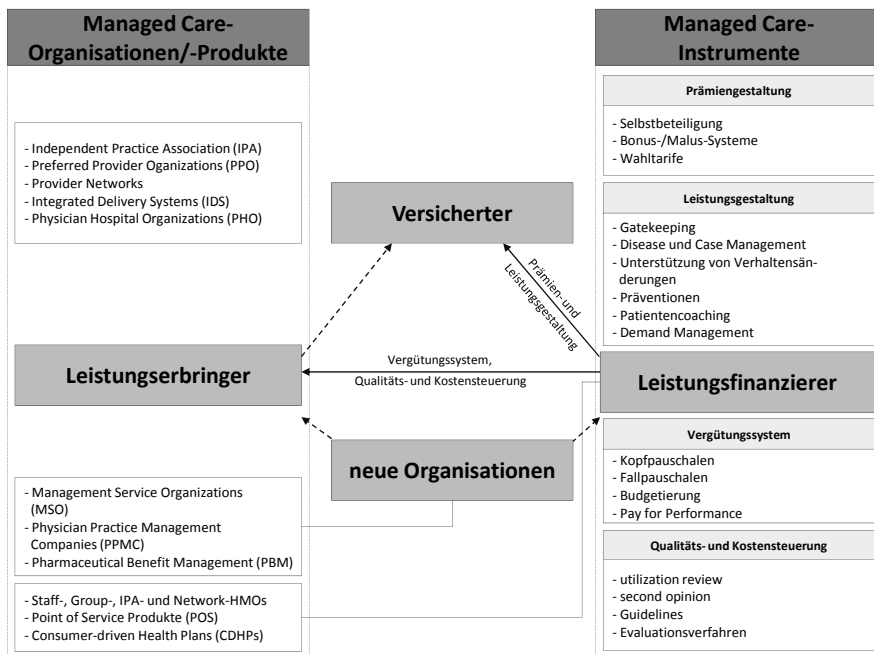
Es muss auch deutlich hervorgehoben werden, dass Managed Care kein Ansatz zur Gestaltung des gesamten Gesundheitssystems ist und auch keine spezifischen Rahmenbedingungen voraussetzt. Im staatlichen Gesundheitssystem Großbritanniens wurden gleichermaßen Managed Care-Instrumente eingeführt, wie auch in den skandinavischen Ländern (Amelung et al. 2008). 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; Berchtold/Huber 2011).

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 primär 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 (Auswahl)



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 oder Arztnetze zu vergleichen, da jede HMO oder jedes Arztnetz – 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, 2005 und 2007) 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. An die Stelle von „Einheitskost“ treten differenzierte Leistungsangebote, denen allerdings hohe Informationskosten über den geeigneten Versicherungsschutz gegenüberstehen. Der Versicherte muss nun seine heutigen und zukünftigen – hier liegt eines der zentralen Probleme – Bedürfnisse bestimmen und entsprechende Angebote herausuchen. 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 (die indirekt die eigenen werden).

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 bieten auf der einen Seite mehr Flexibilität, können aber auch zu einem Verdrängungswettbewerb führen.

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

Ein 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 solche im klassischen Management-Bereich, wie die Steuerung eines Netzwerkes. Nach der großen Euphorie Mitte bis Ende der 90er Jahre hat sich allerdings gerade in diesem Segment Ernüchterung breitgemacht und viele Geschäftsmodelle sind kläglich gescheitert. Dies war insbesondere bei internetbasiereten 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. Allerdings erleben einige Konzepte, die vor zehn Jahren grandios gescheitert sind, heute eine Renaissance, da der Markt nun reif für derartige Konzepte ist.

Stärker 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 folgenden Kapiteln vorerst das amerikanische Gesundheitswesen kurz betrachtet und anschließend zwei theoretische Konzepte zur Beurteilung von Managed Care dargestellt werden.

Literatur

AMELUNG, V. E./ WEATHERLY, J. N./DEIMEL, D./REUTER, W./VAN ROOIJ, N. (2008), *Managed Care in Europa*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

AMELUNG, V. E./MEYER-LUTTERLOH, K./SCHMID, E./SEILER, R./WEATHERLY, J. N. (2009), *Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren – Von der Idee zur Umsetzung*, 2. Auflage, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

AMELUNG, V. E./ EBLE, S./ HILDEBRANDT, H. (2011), *Innovatives Versorgungsmanagement, Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand*, 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

BERCHTOLD, P./HUBER F. (2011), Schweitzer Ärztenetze-ein Beitrag zur Integrierten Versorgung, In: AMELUNG, V. E./ EBLE, S./HILDEBRANDT, H. (2011), Innovatives Versorgungsmanagement, Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

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

BUSSE, R. /SCHREYÖGG, J. /GERICKE, C. (HRSG.) (2006), Management im Gesundheitswesen, Heidelberg

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

FISCHER, A./SIBBEL, R. (2011), Der Patient als Kunde und Konsument, Wieviel Patientensouveränität ist möglich?, Wiesbaden

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?* Rüegger, 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

PARIS PAYER, L. (1996), *Medicine and Culture*, 2. Aufl., Holt, New York

ORGANISATION FOR ECONOMIC COLLABORATION AND DEVELOPMENT (2011), *OECD health data 2010*, erhältlich unter: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH>, Zugriff am 11.06. 2011

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

SCHEIDT-NAVE, C. ET AL. (2010), *Herausforderungen an die Gesundheitsforschung für eine älternde Gesellschaft am Beispiel „Multimorbidität“*, In: *Bundesgesundheitsblatt* 2010, 53:441-450

SCHLETTE, S./KNEIPS, 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

STATISTISCHES BUNDESAMT (2009), Hochschulstandort Deutschland 2009, Ergebnisse aus der Hochschulstatistik, erhältlich unter: <http://www.destatis.de> Zugriff am 01. 06. 2011

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: *Gesundh.ökon.Qual.manag*, 4, S. 1–10

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2008), The World Health Report 2008, Primary Health Care, Now More Than Ever, erhältlich unter: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf, Zugriff am 10.05.2011

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

2 Grundzüge des amerikanischen Gesundheitswesens

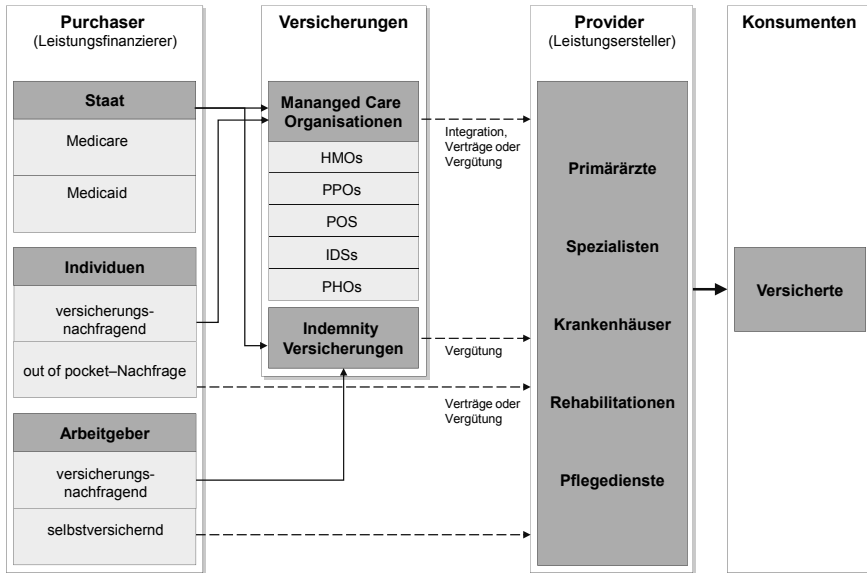
Im Folgenden sollen die wesentlichen Grundzüge des hoch komplexen amerikanischen Gesundheitswesens aufgezeigt werden (vgl. Niles 2011; Sultz/Young 2010; Davidson 2010; Greenwald 2010; Shi/Singh 2009; Jonas et al. 2007; Katz 2006; Kovner et al. 2005; Haase 2005; Anderson et al. 2003; Hsiao 2002; Huber/Orosz 2003; 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 sich Managed Care nach einer Phase des massiven Wachstums nun in einer Phase der Konsolidierung befindet. Die Gründe, warum sich Managed Care nicht gleichmäßig über die USA entwickelt hat, sind 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 (47% im Jahr 2008; California Health Care Foundation 2010). Hinzu kommen weitreichende Steuervergünstigungen, mit denen der Staat die private, an den Arbeitgeber gebundene Versicherung fördert. Diese hinzugerechnet, beträgt der öffentliche Finanzierungsanteil heute bereits deutlich über 50% (Cacace 2010, S. 140ff.). Insofern ist es auch nur sehr begrenzt angemessen, von einem privatwirtschaftlich finanzierten 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 im Wesentlichen aus drei Teilen. Teil A beinhaltet die obligatorische Krankenversicherung aller Bürger im Rentenalter und deckt stationäre Behandlungen ab. Teil B ist dagegen eine freiwillige, mittels Pauschalbeiträgen finanzierte Versicherung zur ambulanten medizinischen Versorgung. Für ergänzende Leistungen, besseren Service im Krankenhaus und um Zuzahlungen zu vermeiden, leistet sich ein Teil der Medicare-Versicherten eine private Zusatzversicherung (Medigap) (Knight 1998, S. 169). Die Bush-Administration hat 2003 erhebliche Änderungen für Medicare verabschiedet. Mit Part D führte sie, eben-

falls optional, eine Versicherung für ambulant verabreichte Medikamente ein. Mittlerweile hat sich herauskristallisiert, dass wesentliche Problemfelder durch diese Reform 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 finanzieren Bund und die einzelnen Bundesstaaten das Medicaid-Programm gemeinsam. Der Bundesanteil richtet sich nach dem Pro-Kopf-Einkommen im jeweiligen Bundesstaat und liegt heute zwischen 50% und 77%. Während Medicare von der CMS (ehemals HCFA, Health Care Financing Administration) direkt gesteuert wird, legt diese bei Medicaid nur die Rahmenbedingungen fest, die die Bundesstaaten erfüllen müssen, um Zuschüsse zu erhalten. Beide Programme wurden eingeführt, um die Unterversorgung von Bedürftigen zu reduzieren. Diese beiden Programme sind auch dafür verantwortlich, dass die Unversicherten (etwa 50 Mio. Amerikaner) nicht primär die ärmsten Amerikaner oder Alte sind, sondern sehr viele junge Menschen zwischen 18 und 35 Jahren sowie sogenannte „working poor“ (DeNavas-Walt et al. 2010, S. 77). Letztere 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; Cleverley et al. 2010, S. 174). 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. 33 Mio. Amerikaner sind in Medicaid Managed Care-Programmen eingeschrieben und ca. 7,5 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 (Shi/Singh 2009, S. 7). 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 staatlich 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 angespannt (Mangel an qualifizierten Mitarbeitern), sind nicht die Kosten primär entscheidend, sondern dass die Krankenversicherungsprodukte für aktuelle und potenzielle Mitarbeiter attraktiv sind.

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 (HRA) subsumiert. Charakteristischerweise paaren CDHP diese Sparkonten mit einer Versicherung mit sehr hohem Selbstbehalt (Lee/Zappert 2005).

Die einzelnen Individuen spielen bei der Nachfrage nach Versorgungsprodukten keine mittelbar entscheidende Rolle. Ihr Anteil an den Gesundheitsausgaben setzt sich im Wesentlichen aus Selbstbehalten und Zuzahlungen sowie nicht gedeckten Leistungen zusammen (out of pocket). Wie in dem nachfolgenden Kapitel detailliert diskutiert wird, können die Zuzahlungen sehr unterschiedliche Formen annehmen und einen Quasi-Ausschluss bedeuten. Zusammenfassend stellt sich die Finanzierungsseite wie folgt dar: