

Volker Eric Amelung

Managed Care

4. Auflage

Neue Wege im Gesundheitsmanagement



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



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

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).

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.

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