

1 Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement¹

Volker E. Amelung

Einleitung

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 ernstzunehmenden Stimmen gegen integrierte Versorgung. Alle Akteure sehen die Notwendigkeit nach mehr sektoren- und berufsfeldübergreifenden Versorgungskonzepten. 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 Beitrag ausführlich dargestellt werden. Gleichermäßen 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 um-

¹ Der vorliegende Beitrag ist eine Kurzfassung des Lehrbuchs Amelung, Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement, 4. Auflage, Gabler Verlag, 2007 und spiegelt ausschließlich die Auffassung des Autors wider, mit freundlicher Genehmigung des Verlags.

gesetzt. Damit sich neue Versorgungsformen im Wettbewerb mit überlegenen 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 bedarf es – wie in den USA sehr verbreitet – Institutionen, die im Sinne einer „Stiftung Warentest Gesundheit“ schonungslos die unterschiedliche Leistungsfähigkeit aufzeigen.

Definitionen und Konzepte

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 Begriffsumschreibungen 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 et al. 1997, S. 5).

„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 Funktionen 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 dieses Beitrags 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 Beitrag

wird folgende Managed Care-Definition zugrunde gelegt:

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 meiner 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 greifende Annahme.

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, so auch in den skandinavischen Ländern. Wettbewerb kann auch über so genannte „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 Beitrag 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).

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 (s. Abb. 1).

Aus dem ehemals klar strukturierten System wird ein äußerst 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 Health Maintenance Organisationen (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.

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

Bevor im nächsten Abschnitt konkret auf die einzelnen Instrumente und Organisationsformen eingegangen wird, sollen im Folgenden 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 als auch zukünftigen – hier liegt eines der zentralen Probleme – Bedürfnisse bestimmen und entsprechende Angebote herausuchen.

Für die Leistungsfinanzierer bedeutet Managed Care eine deutlich aktivere Rolle. Aus den „Geldsammelstellen“ werden manage-

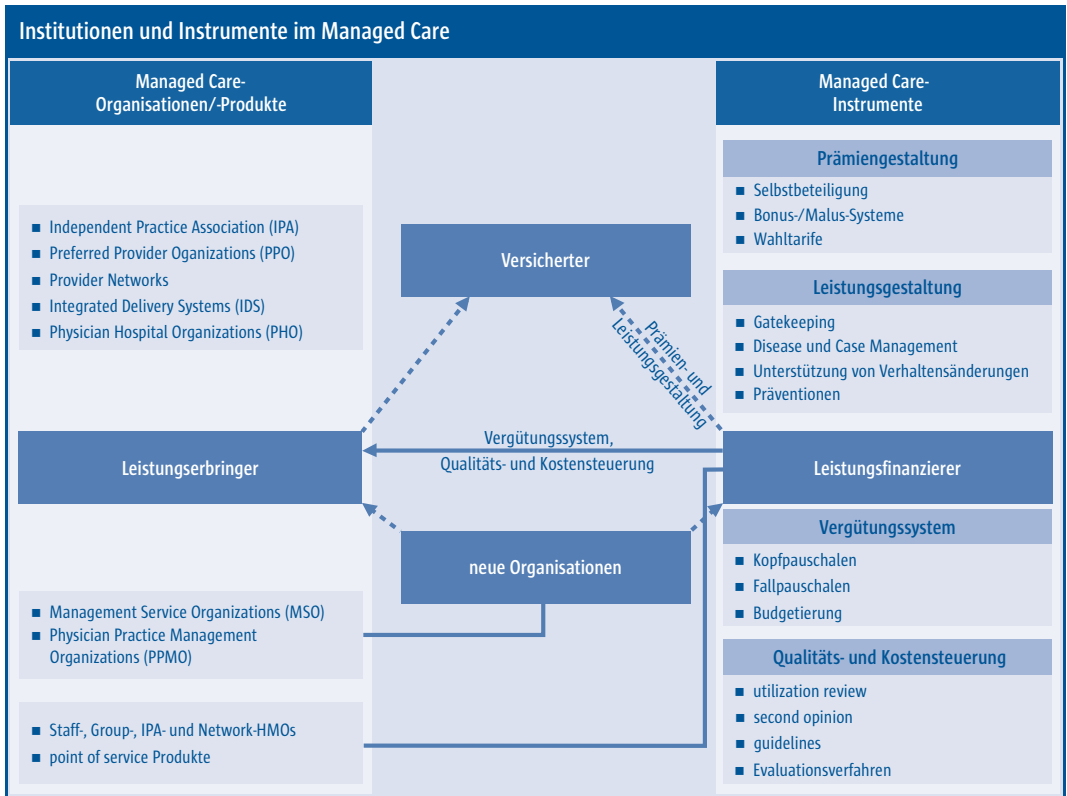


Abbildung 1: Institutionen und Instrumente im Managed Care

mentororientierte 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 Teile der Leistungserbringer anzusehen. Der von ihnen lange Jahre dominierte Markt verschiebt sich hin zu einer stärkeren Dominanz der Patienten/Versicherten 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 partielle Begrenzung der Entscheidungskompetenz sein. Nicht mehr der Arzt alleine entscheidet, sondern tenden-

ziell entscheidet der Leistungsfinanzierer mit, welche Leistungen überhaupt erbracht werden dürfen und wie diese durchzuführen sind. 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 (s. Abb. 2).

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 (z. B. spezialisierte Anbieter von Disease Management-Programmen oder Coaching-Ansätzen).

Nahezu vollständig an Bedeutung verlieren die Verbände und Standesorganisationen, die gesamte Berufsgruppen abdecken. Selektives

Kontrahieren und Wettbewerb stehen konsensualen Verhandlungen konträr gegenüber. So ist es 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 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 Rahmen-

bedingungen und die Sicherstellung einer externen Qualitätskontrolle (Knight 1998, S. 227 ff.). An dieser Stelle muss nochmals darauf hingewiesen werden, dass die meisten Managed Care-Ansätze auch (teilweise sogar besser) in staatlichen Gesundheitssystemen wie beispielsweise in Großbritannien oder Dänemark eingeführt werden können.

Managed Care-Organisationen (MCOs)

Unter Managed Care-Organisationen (MCOs) werden Institutionen verstanden, die ausgewählte Managed Care-Instrumente einsetzen

Managed Care und traditionelles System	
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) ■ Delegation des finanziellen Risikos auf die unterste Ebene der Leistungserstellung (Primärärzte) ■ eigene Ressourcen der Leistungsfinanzierer zur Leistungserstellung ■ integrierte Gesundheitsversorgungssysteme ■ Sachleistungsprinzip (in HMO) 	<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

Abbildung 2: Gegenüberstellung von Managed Care und fee for service

und zumindest bis zu einem gewissen Grad die Funktionen Versicherung und Leistungserstellung integrieren.

Als charakteristisch für ein Wettbewerbsumfeld kann die Ausdifferenzierung von Organisationsformen und die Produktdifferenzierung angesehen werden. Je stärker der Wettbewerb ist, desto ausgeprägter sind diese Tendenzen. Immer neue Organisationsformen und Produkte drängen auf den Markt und lösen alte Organisationsformen ab bzw. entstehen neben ihnen.

Nach dem enormen Wachstum von Managed Care bis Ende der 1990er Jahre hat in den letzten Jahren eine erhebliche Konsolidierung stattgefunden (Janus 2003). Unter dem Stichwort „Managed Care-Backlash“ wurden viele Gründe diskutiert, warum Managed Care-Organisationen die zahlreichen Erwartungen nicht haben erfüllen können und einige der eingesetzten Instrumente – insbesondere jene, die nahezu das gesamte finanzielle Risiko an die Leistungsersteller delegieren – wieder verschwunden sind (vgl. Peterson 1999, Reinhardt 1999, Friedman/Goes 2001, Sullivan 2000, Havighurst 2001, Draper et al. 2002).

Health Maintenance Organizations (HMOs)

Der Begriff Health Maintenance Organization (HMO) wurde von dem amerikanischen Arzt Paul Ellwood Anfang der 1970er Jahre geprägt, um die negativ besetzte „Prepaid Group Practice“-Bezeichnung abzulösen (Knight 1998, S. 6 ff.). Den Durchbruch erlangten HMOs jedoch nicht durch Markterfolge, sondern durch staatliche Regulierungen. Das von Nixon initiierte HMO-Gesetz von 1973 legte fest, dass Arbeitgeber, die mehr als 25 Mitarbeiter beschäftigen und die ihren Mitarbeitern Krankenversicherungen als Sozialleistungen anbieten, mindestens ein HMO-Produkt offerieren müssen (Barrett 1997, S. 49 f.). Nur durch diese staatliche Anschubförderung, die die Türen zu den potenziellen Kunden öffnete, konnten sich HMOs durchsetzen.

Managed Care wird nach wie vor häufig mit HMOs gleichgesetzt, obwohl die klassische Form, d. h. die weitgehend vollständige Verschmelzung der Funktionen Versicherung und Leistungserstellung, in der Praxis fast nicht mehr existiert. Auch gibt es nicht lediglich eine Form von HMOs, vielmehr haben sich sehr unterschiedliche Ausgestaltungen, mit stark differierendem Markterfolg, herausgebildet (vgl. Janus 2003, Wagner 2001).

Alle HMOs haben jedoch eines gemeinsam: Sie heben die Trennung zwischen Leistungsfinanzierung und -erbringung zumindest partiell auf. In ihrer engsten und ursprünglichsten Form erbringen HMOs sämtliche Leistungen selbst oder beauftragen die Leistungserbringung ausgewählter Leistungen für eine definierte Personengruppe (Mitglieder). Auch bei nicht unmittelbar selbst erbrachten Leistungen wird indirekt durch die Vertragsgestaltung Einfluss auf den Prozess der Leistungserstellung genommen. Die HMO erhält einen ex ante festgelegten Monats- oder Jahresbeitrag und übernimmt dafür das volle finanzielle Risiko der Leistungserstellung. Entscheidend ist, dass die HMO bei dieser Form nur für die selbst erbrachten oder in Auftrag gegebenen Leistungen aufkommen muss. In diesen ursprünglichen so genannten „Closed Panel-HMOs“ wurden Leistungen außerhalb des Systems nicht finanziert, d. h. der Versicherungsschutz beschränkte sich auf die eigenen Anbieter. Aus Marketinggründen wurden diese Restriktionen in den letzten Jahren zunehmend gelockert, da es zumindest in Ballungsgebieten kaum möglich ist, ein Versicherungsprodukt zu verkaufen, das die freie Wahl derart stark begrenzt. Deshalb wurden Modelle entwickelt, bei denen beispielsweise externe Leistungsersteller nur in dem Umfang vergütet werden, den die gleiche Leistungserstellung im eigenen System kosten würde. Der Versicherte kann dann selbst entscheiden, ob er im System ohne Zuzahlung oder außerhalb des Systems bei Übernahme der Mehrkosten behandelt werden möchte. Heute sind mehr als 75 % der HMOs so genannte „Open

Panel-HMOs“ (Zelman 1997, S. 25). In den letzten Jahren hat sich der Trend zur Rücknahme von restriktiven Managed Care-Elementen verstärkt (Draper et al. 2002, S. 13) und dies kann auch als die entscheidende Veränderung durch den Managed Care-Backlash angesehen werden. Dabei darf aber nicht außer Acht gelassen werden, dass dadurch auch die Steuerungsfähigkeit eingeschränkt wird und somit das Potenzial von Managed Care als Konzept erheblich geschwächt wird.

Wesentliches Charakteristikum ist die Umkehrung der Anreize: Eine HMO verdient wegen der Vergütungsform grundsätzlich nicht an der Krankheit der Mitglieder, sondern an deren Gesundheit. Der Verdienst an der Gesundheit führt dazu, dass die Prävention von Krankheiten einen größeren Stellenwert bekommt, beziehungsweise bekommen sollte. So haben HMOs theoretisch ein sehr großes Interesse an allen Formen von vorbeugenden Maßnahmen (Fitness-Programme, Raucherentwöhnungsprogramme etc.), weil diese Investitionen eine hohe Rentabilität (Return on Investment) haben. Jeder Euro, der für Impfungen ausgegeben wird, verhindert ein Mehrfaches der Folgekosten, die durch mangelhaften Impfschutz entstehen können.

Anbieterorientierte Managed Care-Organisationen

Managed Care führte auch dazu, dass die Anbieter von Gesundheitsleistungen neue Organisationsformen gebildet haben. Die unmittelbare Reaktion sind beispielsweise so genannte „Preferred Provider Organisationen (PPOs)“, die Verkaufsgenossenschaften (Kühn 1997, S. 12) darstellen oder „IDS (Integrated Delivery Systems)“. PPOs, respektive PPO-Produkte können und werden grundsätzlich von allen Marktteilnehmern entwickelt. So kann eine Arztgruppe, eine Versicherungsgesellschaft, ein Krankenhaus oder auch ein großer Arbeitgeber eine PPO initiieren (Shi und Singh 1998, S. 317).

Preferred Provider Organizations (PPOs)

PPOs als Organisationsform basieren auf einer Anzahl von Ärzten oder Krankenhäusern, die sich zusammenschließen oder zusammengeschlossen werden, um gegenüber direkt versichernden Arbeitgebern oder traditionellen Indemnity-Versicherungsgesellschaften, entsprechend den deutschen Krankenversicherungen, die Einzelverträge vergüten, ein konkurrenzfähiges Angebot zu entwickeln. Sie können somit als direkte Antwort der Leistungsanbieter auf den zunehmenden Druck durch die HMOs verstanden werden. Es sollen Anreize geschaffen werden, um die Attraktivität von HMOs zu schmälern. Deshalb bieten PPOs ihren Vertragspartnern so genannte „discounted fee for service“-Prämien an. Das Prinzip der Einzelleistungsvergütung bleibt dabei bestehen, aber mit zum Teil erheblichen Preisabschlägen.

Das Interesse der an einer PPO beteiligten Leistungserbringer ist die Akquisition von Patienten und die Abwehr von Druck durch die zunehmende Marktpenetration von HMOs. Für ein Krankenhaus beispielsweise kann die Motivation für die Beteiligung an einer PPO darin liegen, bereits verlorene Marktanteile zurückzugewinnen, respektive nicht noch weitere zu verlieren.

Charakteristisch für eine PPO ist, dass grundsätzlich auch Leistungsanbieter außerhalb des Systems gewählt werden können. Bei diesen Leistungsanbietern, die nicht „preferred“ sind, müssen aber höhere Zuzahlungen und/oder Selbstbehalte gezahlt werden. Diese Zuzahlungen erreichen Größenordnungen von bis zu 10.000 US-\$ und mehr (Robinson 1999, S. 14). Hiermit soll die Nachfrage zumindest leicht gesteuert werden.

Die Leistungsersteller haben den entscheidenden Vorteil, dass sie die traditionelle Einzelleistungsvergütung beibehalten und somit im Prinzip auch nicht das Versicherungsrisiko tragen. Dies bleibt weitgehend bei den Vertragspartnern einer PPO.

PPOs legen großen Wert auf die Auswahl der beteiligten Leistungsanbieter. Durch die

selektive Kontrahierung kann verhindert werden, dass übermäßig viele kostspielige Leistungsanbieter, wie beispielsweise die Academic Medical Centers (Universitätskliniken), frequentiert werden.

PPOs sind die großen „Gewinner“ der letzten Jahre. Ihr Marktanteil beträgt 61% (Kaiser Family Foundation 2006) und hat sich in den letzten Jahren deutlich erhöht. Die Gründe hierfür liegen sowohl auf der Angebots- als auch auf der Nachfrageseite. Die Leistungsanbieter haben mittlerweile überwiegend akzeptiert, dass auf ihre Leistungserstellung Einfluss genommen wird. PPOs sind aus deren Sicht als das kleinere Übel anzusehen. Auch wurden deutliche Konzessionen hinsichtlich der Preise gemacht. Allein die „Discounted fee for service“-Raten liegen in den USA mit 15–20% unter den üblichen Sätzen (Shi/Singh 1998, S. 317). Das Einsparpotenzial erreicht zwar nicht die Dimensionen, die HMOs erzielen können, ist aber immerhin signifikant höher als bei klassischen Indemnity-Produkten.

Integrierte Versorgungssysteme

Integrierte Versorgungssysteme oder Integrated Delivery Systems (IDS) werden als die weitestgehende Form von MCOs bezeichnet und können als „umbrella organizations“ (Dachorganisationen) verstanden werden (Lega 2007, S. 259). Unter einem IDS wird ein Netzwerk von Organisationen verstanden, das die Leistungen selbst erbringt oder die Erstellung organisiert und zwar über das gesamte Kontinuum von Gesundheitsbedürfnissen hinweg (Amelung 2007, Janus/Amelung 2005 a). Gleichzeitig übernimmt ein IDS sowohl die medizinische als auch die finanzielle Verantwortung für die Versorgung der vorab definierten Bevölkerungsgruppe (Shortell et al. 1996, S. 7). Dabei gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher Begriffsdefinitionen und -bezeichnungen. Kein anderes Thema im Rahmen von Managed Care wird ausgiebiger diskutiert als die Vor- und Nachteile von

integrierten Versorgungssystemen und vor allem die Frage, wie solche Systeme konfiguriert sein müssen (Janus 2003, Mühlbacher 2002, Braun 2003, Scott 2000, Janus und Amelung 2005 a). Aber es muss deutlich hervorgehoben werden, dass es sich hierbei wohl um die anspruchvollste Aufgabe in der Gestaltung eines Gesundheitssystems handelt (Rosenbrock und Gerlinger 2004, S. 226).

Charakteristisch für ein IDS ist, dass die benötigten Leistungen entweder selbst erbracht oder hinzugekauft werden, wobei aber das integrierte Versorgungssystem auch die Koordination der Leistungen übernimmt. Dies gilt nicht nur für eine Behandlungsepisode, sondern prinzipiell für unbestimmte Zeit, in der reinsten Form von der Geburt bis zum Tod. Somit wird die Fragmentierung der Gesundheitsversorgung zugunsten einer ganzheitlichen, systemübergreifenden Versorgung aufgehoben. Neben der Art der Leistungserstellung ist die Frage der Verantwortung entscheidend. Das IDS übernimmt die vollständige medizinische und die finanzielle Verantwortung. Dies beinhaltet somit zwangsläufig, dass integrierte Versorgungssysteme entweder die Versicherungsfunktion mit übernehmen, z. B. indem sie direkt mit Großarbeitgebern kontrahieren oder aber nach vollständigen Kopfpauschalen vergütet werden (vgl. auch Janus und Amelung 2005 a, b).

Diese Form der Versorgung ist auch in den USA noch eine reine Zielvorstellung, die bei Weitem noch nicht erreicht wurde. Die meisten Systeme – auch wenn sie sich integrierte Versorgungssysteme nennen – befinden sich eher auf dem Weg, diesen Status zu erreichen (Shortell 1996, S. xiv, Shortell et al. 2000). Im Folgenden (s. Abb. 3) sollen zuerst die wesentlichen zu integrierenden Funktionen (in Anlehnung an Aventis 2003, S. 2) dargestellt werden.

Unter *Funktionsintegration* wird die Integration nicht-medizinischer Leistungen wie das Personalwesen, das Finanz- und Rechnungswesen, das Marketing oder die strategische Planung verstanden. Dies bedeutet aber nicht

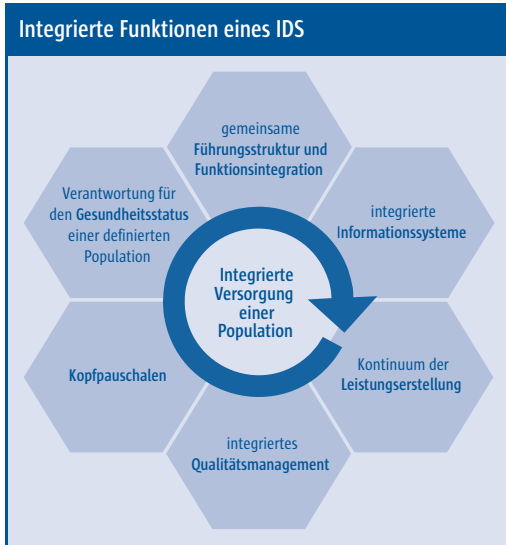


Abbildung 3: Integrierte Funktionen eines IDS (Quelle: in Anlehnung an Sanofi Aventis 2006)

zwangsläufig Zentralisierung oder Standardisierung, sondern primär die Abstimmung aufeinander. Eine zentrale Rolle kommt hier der integrierten Führungsstruktur zu. Der Erfolg eines IDS hängt ganz wesentlich davon ab, ob die Verschmelzung unterschiedlicher Unternehmenskulturen erfolgreich gelingt. Krankenhäuser haben oft sehr starke Kulturen und Subkulturen, vor allem wenn es sich um konfessionell begründete Häuser handelt, die die neue Konstellation unterstützen müssen. Neben der Kultur sind aufeinander abgestimmte Anreizsysteme von entscheidender Bedeutung. Gerade in einem fragmentierten Finanzierungssystem bestehen häufig gegenläufige Interessen, die es zu harmonisieren gilt. Klassisches Beispiel sind Fallpauschalen, die dazu führen, dass nachgelagerte Versorgungsstufen die Patienten „quicker and sicker“ bekommen. Dies kann nicht im Interesse des Gesamtsystems sein und entsprechend müssen die Anreize gestaltet werden.

Obwohl *integrierte Informationssysteme* zu den Kernfunktionen eines IDS gehören und strategische Relevanz besitzen, sind in der Praxis hier die größten Schwierigkeiten zu

finden. Grundsätzlich müsste jede Patienteninformation an jedem Ort zugänglich und auch die finanziellen Transaktionen in diesem System integriert sein. Die elektronische Patientenakte ist ein wesentliches Steuerungsinstrument in der integrierten Versorgung.

Von besonderer Bedeutung ist, dass ein IDS in der Lage ist, über Systemgrenzen hinweg ein *Kontinuum an Leistungen* anzubieten, womit weder alle Leistungen noch eigene Leistungen gemeint sind. In der Literatur hat sich durchgesetzt, dass es mindestens drei Leistungskomponenten sein müssen (Sanofi Aventis 2006, S. 3). Neben den dominanten Komponenten „ärztliche Leistungen“ und „Krankenhausleistungen“ handelt es sich überwiegend um so genannte „Home Health Agencies“ (ähnlich der ambulanten Pflege in Deutschland), Altenheime, ambulante Operationszentren oder Tageskliniken.

Mindestens die gleiche Bedeutung hat die Planung der ärztlichen Leistungserstellung. In einem Wettbewerbssystem wie in den USA ist es kaum möglich, steuernd einzugreifen. Das Ergebnis ist ein enormer Überhang an Spezialisten und eine völlig unzureichende Versorgung mit Primärärzten. Diesem Phänomen kann zumindest innerhalb eines Systems mit der Kontrolle über die ärztliche Leistungserstellung begegnet werden. Denn IDSs sind nach außen wettbewerbsorientiert; bei der Innenorganisation handelt es sich um eine „Planwirtschaft“. Was Kanada oder England auf der Systemgestaltungsebene durchführen, d. h. die konkrete Planung der benötigten Leistungen, wird nun innerhalb des IDS durchgeführt. So wird beispielsweise für 270.000 Werktätige und 30.000 Rentner ein Bedarf von 171 Hausärzten (ein Hausarzt pro 2.000 Werktätige, respektive einer pro 900 Rentner), 81.300 Krankenhaustagen und 13.020 ambulanten Operationen kalkuliert (Golembesky 1997). In dieser präzisen internen Steuerung des Leistungsbedarfs liegt eine wesentliche Stärke von integrierten Versorgungssystemen.

Diese IDS-interne Planung verfolgt zwei Ziele. Erstens sollen keine Überkapazitäten aufgebaut und genau die richtigen Versorgungsmengen vorgehalten werden. Weiters entscheidender ist aber zweitens, dass von teureren Versorgungsstufen auf günstigere umgeschichtet werden soll. Dies hat nicht zwangsläufig mit Rationierung zu tun, sondern mit Versorgung auf der kostenoptimalen Leistungsstufe. Hier liegt genau der potenzielle Hauptvorteil eines IDS. Ausgehend von der These, dass Prävention günstiger ist als Kuration, sollten entsprechende Anreize gesetzt werden. So spart die Verhinderung einer „Low-weight-Geburt“ zwischen 14.000 und 30.000 US-\$. Investitionen von einem Dollar in pränatale Versorgung führen zu Einsparungen von 3,38 US-\$ bei späteren Behandlungskosten (Office of Technology Assessment und Institute of Medicine, zitiert in: Shortell et al. 1996, S. 25). In den USA werden heute jedoch nur 13–16 % der Prämien-Dollar für Primärärzte, 22–26 % für Fachärzte, 40 % für Krankenhausleistungen und 17–20 % für Versicherungsleistungen aufgewendet (Zelman 1997, S. 55), obwohl ein Großteil der Bedürfnisse von Hausärzten befriedigt werden könnte.

Managed Care-Instrumente

Wie bereits in der Einleitung dargestellt, ist Managed Care keine geschlossene Theorie, sondern ein Bündel an unterschiedlichen Organisationsformen und Management-Ansätzen. Im Folgenden sollen exemplarisch einige Managed-Care-Instrumente dargestellt werden (ausführlich zu anderen Instrumenten siehe Amelung 2007).

Selektives Kontrahieren

Eine der wichtigsten Voraussetzungen für qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Behandlungsergebnisse ist die Auswahl geeigneter Leistungserbringer, mit denen eine

MCO Versorgungsverträge abschließt (selektives Kontrahieren). Der Abschluss selektiver Verträge ist so bedeutsam für Managed Care, dass dieses Merkmal in Teilen der Literatur wie auch von mir als ein entscheidendes Merkmal für die Definition von Managed Care herangezogen wird.

Selektives Kontrahieren bedeutet, dass ein Leistungsfinanzierer nicht gezwungen ist, die Kosten für die Inanspruchnahme eines beliebigen Arztes, Krankenhauses oder einer beliebigen Pflegeeinrichtung durch den Versicherten zu übernehmen. Vielmehr werden nur die Leistungen der Anbieter vergütet, mit denen eine MCO einen Versorgungsvertrag geschlossen hat. Dadurch wird die Wahlfreiheit des Versicherten bei der Auswahl des Leistungserbringers eingeschränkt. Demgegenüber hängt die Einschränkung der Wahlfreiheit des Leistungserbringers von der Ausgestaltung des Vertrags ab. Er kann einen Ausschließlichkeitsvertrag abschließen, nach dem er nur die Versicherten einer bestimmten MCO behandeln darf (Closed Panel). Der Vertrag kann aber auch erlauben, dass Patienten anderer Versicherungen und MCOs behandelt werden können (Open Panel).

Mit dem selektiven Kontrahieren verbinden sich folgende Ziele:

- Kontrolle der Kosten,
- Sicherung der Qualität respektive Einflussnahme auf die Leistungserstellung (Definition von Zielen) und
- Planungssicherheit.

Zur Kontrolle der Kosten kann eine MCO ihre Verhandlungsmacht einsetzen, um günstigere Preise (Rabatte) auszuhandeln. Die Drohung, keinen Vertrag abzuschließen, ist besonders wirksam in Regionen, in denen es ein Überangebot an Krankenhausbetten und Ärzten gibt (z. B. Berlin), also vor allem in Ballungsgebieten. In manchen Gegenden kann es allerdings so wenige Anbieter geben, dass ein Ausschluss, insbesondere von angesehenen Anbietern, faktisch nicht möglich ist. Hier

ist die Verhandlungsmacht der MCO bei der Durchsetzung günstiger Konditionen eingeschränkt.

Gleichzeitig kann durch selektives Kontrahieren Einfluss auf das Qualitätsniveau der Vertragspartner genommen werden, indem Anbieter nach ihren Fähigkeiten und ihrer Reputation ausgesucht werden. Die Konzentration auf wenige Anbieter begünstigt zudem Lerneffekte. So ist allgemein bekannt, dass die Prozessqualität von Operationen mit der Zahl der durchgeführten Operationen wächst.

Schließlich ermöglicht die selektive Vertragsgestaltung eine bessere Kapazitätsplanung seitens der MCO, denn sie muss nur so viele Leistungen einkaufen, wie unter Zugrundelegung des Versorgungsmodells und der angestrebten Versorgungsqualität gebraucht werden. Selektives Kontrahieren ist in nahezu allen Gesundheitssystemen zu einer der wesentlichen strategischen Optionen geworden. Dies ist v. a. dadurch begründet, dass eine umfassende Diskussion über die Qualität von Gesundheitsleistungen langsam in Gang gekommen ist. Insbesondere die viel beachteten Publikationen des Institute of Medicine („To Err is Human“ 1999 sowie „Crossing the Quality Chasm“ 2001) haben hier wesentliche Impulse gegeben. In den USA wird davon ausgegangen, dass lediglich 50 % der Amerikaner adäquate Leistungen erhalten. Selektives Kontrahieren kann hier ein entscheidender Hebel sein.

Vergütungssysteme

Die Gestaltung von Vergütungssystemen für die Leistungserbringer ist ein wesentliches Steuerungsinstrument von Managed Care.

Ein Vergütungssystem besteht neben den Zielen aus *Vergütungsformen*. Diese legen die Vergütungseinheit fest, die als Bemessungsgrundlage dient. Die Vergütungsformen lassen sich, unabhängig davon, ob sie ambulant oder stationär erbracht werden, im Wesentlichen auf folgende idealtypische Formen bzw. Grundformen zurückführen:

- **Das Gehalt:** Der Arzt erhält für seine Leistungen, die er im Auftrag einer Einrichtung der Gesundheitsversorgung erbringt (eines Krankenhauses, einer Gemeinschaftspraxis, einer MCO), ein festes Gehalt. Die Vergütungseinheit ist hier die Zeitperiode (Periodenfixum).
- **Die Kopfpauschale (Capitation):** Der Leistungserbringer erhält für jeden Versicherten, zu dessen Behandlung er sich vertraglich verpflichtet hat, eine vorab festgelegte Pauschale, aus der er im Prinzip alle erbrachten Leistungen finanzieren muss.
- **Die Fallpauschale:** Der Leistungserbringer erhält für jeden behandelten Fall eine Pauschale. Auch diese Pauschale kann nach dem vorhersehbaren Aufwand differenziert werden, also nach Alter, Krankheitsschwere oder ähnlichen Risikofaktoren.
- **Die Tagespauschale:** Der Leistungserbringer erhält pro Tag eines stationären Aufenthalts eine Pauschale (Pflegesatz).
- **Der Leistungskomplex:** Die für die Behandlung des einzelnen Falls notwendigen Leistungen können zu Komplexen zusammengefasst werden – Laborleistungen, Verwaltungsleistungen oder operative Leistungen – und durch eine Pauschale vergütet werden.
- **Die Einzelleistungsvergütung:** Für jede einzelne Leistung, die am Patienten erbracht wurde, erhält der Leistungserbringer eine bestimmte Vergütung.
- **Die (Faktor-)Kostenerstattung:** Der Leistungserbringer erhält hier eine Vergütung in Höhe seiner tatsächlich entstandenen Kosten bei der Behandlung eines Patienten. Vergütungseinheit ist hier der Faktorverbrauch (Arbeitsleistung, Geräteinsatz oder Materialverbrauch). Die Vergütung erfolgt hier retrospektiv (Kostendeckungsprinzip). Die Abrechnung kann dabei auf Basis von Einzelleistungen oder über (retrospektive) Pflegesätze erfolgen.
- **Die erfolgsorientierte Vergütung:** Der Leistungserbringer erhält eine Vergütung, deren Höhe sich nach dem Erfolg seiner