

Volker Eric Amelung

# Managed Care

Neue Wege im Gesundheitsmanagement

*6. Auflage*

 Springer Gabler



# Managed Care

---

Volker Eric Amelung

# Managed Care

Neue Wege im Gesundheitsmanagement

6., aktualisierte und erweiterte Auflage

 Springer Gabler

Völker Eric Amelung  
Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und  
Gesundheitssystemforschung  
Medizinische Hochschule Hannover  
Hannover, Deutschland

ISBN 978-3-658-12526-4      ISBN 978-3-658-12527-1 (eBook)  
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-12527-1>

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

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 1999, 2000, 2004, 2007, 2012, 2022  
Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Margit Schlomski

Springer Gabler ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

---

## Vorwort zur 6. Auflage

Es gibt wenige Begriffe im Gesundheitswesen, die derart kontrovers diskutiert werden wie Managed Care. Die einen sehen in Managed Care vor allem ein gescheitertes Konzept aus dem Ende des letzten Jahrhunderts. Managed Care wird hier einseitig gleichgesetzt mit Profitstreben 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 gesehen.

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 vielfältige 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 berufsfeldübergreifenden Versorgungskonzepten und zunehmend auch kombiniert mit der Forderung, Gesundheits- und Sozialpolitik gemeinsam zu betrachten. 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. Entsprechend ist es den Akteuren, seien es Krankenkassen als Einkäufer von Gesundheitsleistungen oder auch unmittelbar Patienten, kaum möglich, qualifizierte Entscheidungen zu treffen, respektive es fehlen dazu die Anreize. Erste zaghafte Ansätze eignen sich nur unzureichend, um 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. Darüber hinaus müssen selektivvertragliche Lösungen als Wettbewerbsselement 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 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 Practices liegen auch die deutlich größeren Lernpotenziale.

Managed Care hat sich in den letzten Jahren deutlich weiterentwickelt und neue Themen sind hinzugekommen. Auch diesen Entwicklungen wurden in der vorliegenden Auflage Rechnung getragen. Aktualisiert sind beispielsweise die Kapitel zu Consumer Driven Health Plans (CDHP), Accountable Care Organizations (ACO), Medical Homes, Pharmaceutical Benefit Management, Bundled Payments, Pay-for-Performance, Public Reporting und Patienten-Coaching.

Unser Lehrbuch Managed Care ist nun seit über 20 Jahren auf dem Markt und mittlerweile bereits in der sechsten Auflage (sowie einer zweiten englischen Auflage, die Anfang 2019 bei Springer erschienen ist). 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 sechsten Auflage und vorangegangenen Auflagen haben Anika Meißner, Prof. Dr. Mirella Cacace, Professor 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 und Christoph Wagner, die an früheren Auflagen mitgewirkt haben.

Bei dieser Auflage wurde ich intensiv von Maria Manova und Sophia Sgraja unterstützt, denen ein besonderer Dank gebührt. Auch bedanken möchte ich mich bei Margit Schlomski von Springer, die überaus geduldig mit mir war.

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

Berlin  
im Dezember 2021

Univ.-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 % auf unter 30 % 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 % 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 Eric Amelung  
Harald Schumacher

---

# Inhaltsverzeichnis

## Teil I Grundideen von Managed Care

<b>1</b>	<b>Definitionen und Konzepte</b> .....	3
1.1	Managed Care fördernde und hemmende Entwicklungstendenzen .....	4
1.2	Definitionen von Managed Care .....	7
1.3	Welche Instrumente und Organisationsformen gehören zu Managed Care? .....	10
1.4	Was ändert sich für die Beteiligten im Managed-Care-Umfeld? .....	11
	Literatur .....	13
<b>2</b>	<b>Grundzüge des amerikanischen Gesundheitswesens</b> .....	17
2.1	Finanzierung der Gesundheitsversorgung .....	18
2.2	Staatliche und beitragspflichtige Systeme .....	19
2.3	Private Krankenversicherungen durch Arbeitgeber .....	22
	Literatur .....	25
<b>3</b>	<b>Theoretische Konzepte zur Beurteilung von Managed Care</b> .....	27
3.1	Transaktionskostentheorie .....	27
3.1.1	Grundgedanken .....	27
3.1.2	Transaktionskosten .....	28
3.2	Gründe für Marktversagen: Das Organizational-Failure-Framework von Williamson .....	30
3.2.1	Markt, Hierarchie oder Kooperationen .....	32
3.2.2	Eignung der Transaktionskostentheorie im Gesundheitswesen .....	33
3.3	Prinzipal-Agenten-Theorie .....	34
3.4	Informationsasymmetrien und Verhaltensunsicherheiten .....	36
3.4.1	Koordinationsmuster .....	38
3.4.2	Prinzipal-Agenten-Theorie zur Analyse von Steuerungselementen im Gesundheitswesen .....	41
	Literatur .....	42

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

<b>4</b>	<b>Vorbemerkungen</b> .....	47
	Literatur .....	50
<b>5</b>	<b>Versicherungsorientierte Managed-Care-Organisationen und -Produkte</b> .....	51
5.1	Staff-, Group-, IPA- und Network-HMOs .....	52
5.1.1	Grundgedanken .....	52
5.1.2	Staff-HMO .....	54
5.1.3	Group-HMO .....	59
5.1.4	IPA-HMO .....	60
5.1.5	Network-HMO .....	61
5.2	Consumer Driven Health Plans (CDHPs) und Health Saving Accounts .....	62
5.2.1	Grundzüge und gesundheitspolitische Zielsetzung .....	62
5.2.2	Formen und Verbreitung .....	64
5.2.3	Beurteilung .....	66
	Literatur .....	67
<b>6</b>	<b>Anbieterorientierte Managed-Care-Organisationen und -Produkte</b> .....	71
6.1	Independent Practice Association (IPA) .....	71
6.2	Preferred Provider Organizations (PPO) .....	72
6.3	Networks .....	73
6.4	Integrated Delivery Systems (IDS) .....	74
6.5	Accountable Care Organizations (ACO) .....	82
6.6	Patient Centered Medical Homes (PCMH) .....	84
	Literatur .....	86
<b>7</b>	<b>Institutionen im Managed-Care-Umfeld</b> .....	89
7.1	Management Service Organizations (MSO) .....	89
7.2	Physician Practice Management Companies (PPMC) .....	91
7.3	Pharmaceutical Benefit Management (PBM) .....	93
7.3.1	Elemente des Pharmaceutical Benefit Management .....	94
7.3.2	Beurteilung .....	96
	Literatur .....	96
<b>8</b>	<b>Fazit</b> .....	99
	Literatur .....	101

## Teil III Managed-Care-Instrumente

<b>9</b>	<b>Vertragsgestaltung</b> .....	105
9.1	Selektives Kontrahieren .....	105
9.1.1	Vorbemerkung .....	105

9.1.2	Selektive Verträge mit Ärzten	107
9.1.3	Selektive Verträge mit Krankenhäusern	109
9.1.4	Beurteilung des selektiven Kontrahierens	110
9.2	Gestaltung der Versicherungsverträge	111
9.2.1	Grundgedanken	111
9.2.2	Gestaltungsmöglichkeiten der vorvertraglichen Risiken	112
9.2.3	Gestaltungsmöglichkeiten der nachvertraglichen Risiken	113
9.2.4	Kritische Würdigung	119
	Literatur	121
<b>10</b>	<b>Vergütungssysteme</b>	<b>123</b>
10.1	Grundlagen	123
10.2	Vergütungsformen	127
10.2.1	Gehalt	127
10.2.2	Capitation	128
10.2.3	Fee-for-Service	131
10.3	Vergütungsformen für stationäre Leistungen	133
10.3.1	Capitation	133
10.3.2	Tagespauschale	135
10.3.3	Fallpauschale (DRG)	136
10.3.4	Kostenerstattungssystem	139
10.3.5	Bundled Payments	139
10.4	Qualitätsorientierte Vergütung (Pay-for-Performance) und Public Reporting	142
10.4.1	Qualitätsorientierte Vergütung	142
10.4.2	Gestaltung des Modells	143
10.5	Fazit	145
	Literatur	147
<b>11</b>	<b>Qualitäts- und Kostensteuerung</b>	<b>149</b>
11.1	Gatekeeping	149
11.1.1	Grundgedanken	149
11.1.2	Formen des Gatekeepings	151
11.1.3	Bedeutung und Wirkungsmechanismen	152
11.1.4	Kritische Würdigung	154
11.2	Public Reporting	157
11.2.1	Grundgedanke	158
11.2.2	Negative Anreizwirkung	159
11.3	Guidelines und Clinical-Pathways	160
11.3.1	Grundgedanken	160
11.3.2	Formen und Ziele von Guidelines	162
11.3.3	Einsatzgebiete von Guidelines	163
11.3.4	Kritische Würdigung	165

11.4	Positivlisten .....	168
11.4.1	Grundgedanken und Wirkungsmechanismen.....	168
11.4.2	Ziele der Implementierung von Positivlisten.....	170
11.4.3	Kritische Würdigung .....	172
11.5	Utilization-Review und Management .....	174
11.5.1	Grundgedanken .....	174
11.5.2	Formen von Utilization-Review und Utilization-Management .....	175
11.5.3	Bedeutung und Wirkungsmechanismen.....	178
11.5.4	Kritische Würdigung .....	179
11.6	Disease Management und Chronic Care .....	180
11.6.1	Vorbemerkungen .....	180
11.6.2	Elemente des Disease Managements.....	181
11.6.3	Phasenablauf des Disease Managements.....	183
11.6.4	Neuorientierung des Disease Managements .....	185
11.6.5	Kritische Würdigung von Disease Management und Chronic Care Management .....	189
11.7	Case Management .....	191
11.7.1	Einführung .....	191
11.7.2	Aufgabenspektrum des Case Managers .....	193
11.7.3	Behandlungsorientierte Aktivitäten .....	193
11.7.4	Finanzielle Beratung .....	195
11.7.5	Berufsorientierte Aktivitäten .....	195
11.7.6	Ablauf des Case Managements .....	195
11.7.7	Informationsphase .....	196
11.7.8	Planungs- und Berichtsphase.....	196
11.7.9	Implementations- und Evaluationsphase .....	197
11.7.10	Beurteilung des Case Managements .....	197
11.8	Patienten Coaching.....	198
11.8.1	Begriff, Erscheinungsform und Elemente des Patientencoaching .....	199
11.9	Qualitätsmanagement.....	203
11.9.1	Vorbemerkungen .....	203
11.9.2	Qualitätsplanung („Plan“) .....	206
11.9.2.1	Identifizierung der kundenrelevanten Qualitätsanforderungen.....	206
11.9.2.2	Festlegung der Ziele und Prozesse .....	206
11.9.2.3	Instrumente .....	207

11.9.3	Qualitätsumsetzung („Do“)	210
11.9.4	Qualitätsüberprüfung („Check“)	211
11.9.5	Implementation der qualitätsverbessernden Maßnahmen („Act“)	214
11.9.6	Beurteilung des Qualitätsmanagements	214
	Literatur	215
<b>12</b>	<b>Evaluationsverfahren</b>	<b>225</b>
12.1	Überblick	225
12.2	Ökonomische Evaluationsverfahren	226
12.2.1	Cost Analysis	227
12.2.2	Cost-Effectiveness Analysis	228
12.2.3	Cost-Utility Analysis	230
12.2.4	Cost-Benefit Analysis	232
12.3	Sensitivitätsanalyse	234
12.4	Präferenzmessung	234
12.4.1	Patientennutzen und Patientenpräferenzen	235
12.4.2	Messung von Präferenzen	235
12.4.3	Die grundlegende Methode – Die Conjoint Analyse (CA)	236
12.4.4	Das Discrete-Choice Experiment	237
12.4.5	Beurteilung	241
12.5	Evidenzbasierte Medizin (EBM)	242
12.6	Versorgungsforschung	245
12.7	Health Technology Assessment (HTA)	248
	Literatur	249
<b>Teil IV Bewertung von Managed Care</b>		
<b>13</b>	<b>Vorbemerkungen</b>	<b>255</b>
	Literatur	257
<b>14</b>	<b>Kosteneffekte von Managed Care</b>	<b>259</b>
	Literatur	260
<b>15</b>	<b>Qualitätseffekte von Managed Care</b>	<b>261</b>
	Literatur	263
<b>16</b>	<b>Verteilungseffekte von Managed Care</b>	<b>265</b>
	Literatur	266

---

<b>17 Akzeptanz von Managed Care</b> .....	267
17.1 Akzeptanz bei Versicherten und Patienten .....	267
17.2 Akzeptanz bei Ärzten .....	268
Literatur .....	268
<b>18 Fazit</b> .....	269
Literatur .....	270
<b>Stichwortverzeichnis</b> .....	273

---

# Über die Autoren

---

## Autor des Buches

**Univ.-Prof. Dr. oec. Volker Eric Amelung** ist Professor für Internationale Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover, Deutschland. Er ist außerdem Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Managed Care (BMC), Berlin. Im Jahr 2011 gründete er das INAV – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung in Berlin. Professor Amelung ist Mitherausgeber des International Journals of Integrated Care sowie der Fachzeitschrift Gesundheits- und Sozialpolitik.

---

## Mitwirkende Co-Autoren von Unterkapiteln sowie Aktualisierungen

An der zweiten bis zur sechsten Neuauflagen der deutschen Ausgabe des Buches, sowie den dazwischenliegenden englischen Ausgaben, haben verschiedene Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen und Kollegen und Kolleginnen mitgewirkt, die entweder an der Aktualisierung der jeweiligen Auflagen, und/oder dem Verfassen neuer Abschnitte mitgewirkt haben. Darüber hinaus hat Prof. Dr. Katharina Janus maßgeblich an einer früheren deutschen Ausgabe dieses Buches mitgewirkt. Die Fallstudie zu Kaiser Permanente (Fallstudie 1) und Leapfrog (Fallstudie 3) basieren noch teilweise darauf. Das gesamte Forschungsprojekt zu Managed Care habe ich vor vielen Jahren gemeinsam mit meinem 2002 viel zu früh verstorbenen Kollegen Harald Schumacher begonnen. Ich habe versucht, seine Denkweise beizubehalten, indem ich die Forschung weitergeführt habe.

**Dr. Charity M. Agbor** war Projektleiterin am Institut für angewandte Versorgungsforschung (INAV) in Berlin. Zuvor arbeitete sie für ein IT-Beratungsunternehmen und ein Pharmacy Benefit Management (PBM)-Unternehmen. Sie hat verschiedene Kapitel der englischen Auflage überarbeitet und im Projektmanagement unterstützt.

**Dr. Susanne Bethge**, M.Sc. in Public Health and Administration, war wissenschaftliche Mitarbeiterin für Gesundheitsökonomie an der Hochschule Neubrandenburg, Deutschland, und arbeitet jetzt für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Zusammen mit Axel Mühlbacher hat Susanne Bethge den Abschnitt Präferenzmessung und die zugehörige Fallstudie (Abschn. 13.4, Teil III) verfasst.

**Prof. Dr. Mirella Cacace** ist Professorin für Gesundheitssystemgestaltung und Gesundheitspolitik an der Katholische Hochschule Freiburg. Ihr Hauptforschungsfeld gilt internationalen Gesundheitssystemvergleichen. Professor Cacace verfasste die ersten Versionen zu den Abschnitten Consumer-Driven Health Plan, Health Saving Accounts sowie Bundled Payments (Abschn. 5.2, Teil II sowie Abschn. 10.3.5, Teil III).

**Dr. Andreas Domdey**, M.P.H., ist Zahnarzt und arbeitet derzeit für ein pharmazeutisches Unternehmen im Bereich Market Access. Andreas Domdey hat die ursprünglichen Abschnitte über Disease Management und Chronic Care (Abschn. 12.6, Teil III) geschrieben und überarbeitet und zum gesamten Kapitel über Qualitätsmanagement (Abschn. 12.9, Teil III) beigetragen.

**Prof. Dr. Christian Krauth** leitet gemeinsam mit Prof. Amelung den Bereich Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik an der Medizinischen Hochschule Hannover. Seine Forschungsschwerpunkte sind Gesundheitsökonomie, experimentelle Ökonomie, Versorgungsforschung und gesundheitsökonomische Evaluation. Prof. Krauth hat zum Abschnitt Gesundheitsökonomische Evaluation beigetragen (Abschn. 13.2, Teil III).

**Anika Meißner**, MPH, ist Senior Projektleiterin bei der HÄVG, der vertragsärztlichen Organisation des Deutschen Hausärzteverbandes, Baden-Württemberg, Deutschland. Anika Meißner schrieb die erste Version der Abschnitte über ACO und PCMH (Abschn. 6.5 und 6.6, Teil II), die Fallstudie über Wagners chronisches Versorgungsmodell und trug zu mehreren anderen Teilen des Buches bei.

**Prof. Dr. Axel Mühlbacher** ist Professor für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung an der Hochschule Neubrandenburg. Professor Mühlbacher schrieb gemeinsam mit Frau Dr. Bethge den Abschnitt über Präferenzmessung und die zugehörige Fallstudie (Abschn. 13.4, Teil III).

**Dr. Ulla Tangermann** ist Market Access Strategy Managerin bei Roche Deutschland. Sie arbeitete als wissenschaftliche Mitarbeiterin für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik an der Medizinischen Hochschule Hannover, wo sie ihren Master in Public Health machte. Ulla Tangermann hat mehrere Teile des Buches in vorangegangenen Auflagen überarbeitet.

**Dr. Christoph Wagner** ist Gesundheitsökonom und arbeitet als strategischer Analytiker bei der AOK Nordost in Berlin. Christoph Wagner schrieb jeweils die erste Version des Abschnittes zum Pharmacy Benefit Management (Abschn. 7.3, Teil II), zum Demand Management (Abschn. 11.7, Teil III, S. 149–154) sowie zum Patientencoaching (Abschn. 12.8, Teil III).

An einer früheren deutschen Ausgabe dieses Buches hat Prof. Dr. Katharina Janus erheblich mitgewirkt. Die Fallstudien zu Kaiser Permanente und Leapfrog basieren noch auf dieser Arbeit.

Das gesamte Forschungsprojekt zu Managed Care habe ich vor vielen Jahren gemeinsam mit meinem 2002 viel zu früh verstorbenen Kollegen Harald Schumacher begonnen. Ich habe versucht seine Denkweise beizubehalten indem ich die Forschung weitergeführt habe.

---

**Teil I**

**Grundideen von Managed Care**



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 1990er Jahre zunehmend kritischer – partiell 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; Schulenburg et al. 1999; Landon et al., 2001; Mechanic, 2000 oder 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- oder Case-Management-Programme), sondern gegen das Verhalten der Produktentwickler (unangemessener Ausschluss von Leistungen, Risikoselektion und/oder übertriebener Druck auf Leistungserbringer). Entsprechend hat Managed Care in den USA aber auch in Europa ein erhebliches Imageproblem, wobei es weniger um die Instrumente, als vielmehr um die Begrifflichkeit geht. 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 muss (Amelung et al., 2021). 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.

---

## 1.1 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 und vor allem Digital Health.

### **Ressourcenverknappung und Mischfinanzierung**

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. Finanzknappkeit 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. Die COVID-19 Pandemie wird dazu führen, dass dieses Problem noch deutlich größer wird. 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, 30,3 % der gesamten Gesundheitsausgaben (OECD, 2019). Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass sogenannte Basic-Benefit-Packages eine große Bedeutung erlangen werden.

### **Wettbewerb als wirtschaftspolitische Zielgröße**

Ein wichtiger Aspekt ist auch die seit Mitte der 70er Jahre in nahezu allen westlichen Industrieländern artikuliert 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. Einschränkend muss allerdings angemerkt werden, dass die Euphorie für Wettbewerb im Gesundheitswesen stark zurückgegangen ist und vor allem staatliche Gesundheitssysteme wie jene in Dänemark oder Schweden, als Referenzmodelle gesehen werden.

### **Das Gesundheitswesen als bedeutende Einzelbranche in unserer Dienstleistungsgesellschaft**

Außerdem muss berücksichtigt werden, dass das Gesundheitswesen in allen westlichen Industrieländern eine der größten Einzelbranchen darstellt. In Deutschland sind beispielsweise mehr als 5,7 Mio. Beschäftigte im Gesundheitswesen tätig (statistisches Bundesamt, 2009). Und die 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.

### **Veränderungen des Krankheitspanoramas und demografischer Wandel**

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 (RKI, 2015, WHO, 2008, Schlette et al., 2005). Im Jahr 2002 waren 43 % der globalen Krankheitslast auf chronische Erkrankungen zurückzuführen und im Jahr 2020 ist bereits über 50 % der Bevölkerung chronisch erkrankt. (Robert Bosch Stiftung und Goethe Universität Frankfurt am Main 2020). 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 chronisch Kranken aus, die circa 50 % der gesamten Krankenhausausgaben verursachen (Güthlin et al., 2020). Bei Medicare, dem Versorgungsprogramm der USA für über 65-jährigen Amerikaner, entfallen 93 % der gesamten Ausgaben auf Patienten mit drei oder mehr chronischen Erkrankungen (CMS, 2016, Gruneir et al., 2016). Managed-Care-Ansätze, die ihren Fokus auf die Integration von Leistungsstufen legen, sind somit deutlich angemessener und können der übergeordneten Zielvorstellung, sowohl qualitätssteigernd als auch kostensenkend zu wirken, eher entsprechen.

### **Veränderte Rolle der Medizin in der Gesellschaft**

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 (Fischer & Sibbel, 2011, Busse et al., 2017, SVRKAiG, 2003, S. 181 ff.). So wird in diesem Zusammenhang immer häufiger vom „empowered – Consumer oder Patient“ 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. Der geschlechtsspezifische Aufbau der Belegschaft verlagert sich in diesem Bereich vom traditionellen männlich dominierten Beruf zu einem künftig weiblich dominierten Beruf. In den USA z. B. erhöhte sich der Anteil der weiblichen Absolventen von 44 % im Jahr 2002 auf 48 % im Jahr 2015. Gleichzeitig stieg der Anteil der weiblichen Medizinstudierenden in Deutschland von 56 % auf 62,5 % im Jahr 2019/2020. (Satista, 2021). Dies wird längerfristig massive Auswirkungen auf die Art der Leistungserbringung haben.

### **Neue Technologien**

Der letzte Aspekt betrifft die technologischen Veränderungen. Nahezu alle Managed-Care-Ansätze basieren auf einer Optimierung der Informationsprozesse (Kongstedt, 2020). 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 Medien 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 tiefsitzende 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 darin liegen, Vertrauen aufzubauen. Vertrauen lässt sich primär durch Fakten über Versorgungsqualität, 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., 2011). Einer besonderen 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.

---

## 1.2 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 Begriffsumschreibungen dar.

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

„Managed care, in the broadest sense, encompasses a range of activities, organizational structures, and financial incentives designed to better integrate health insurance and health care delivery in order to more effectively „manage“ the delivery of health care and achieve goals such as lower costs, increased quality and improved efficiency.“ (Baker, 2011).

„At the very least, it is a system of health care delivery that tries to manage the cost of health care, the quality of health care, and access to health care. Common denominators include a panel of contracted providers that is smaller than the entire universe of available providers, some type of limitations on benefits to subscribers who use non-contracted providers (unless authorized to do so), and some type of authorization or precertification system. Managed health care is actually a spectrum of systems ranging from so-called managed indemnity, through CDHPs, POS plans, PPOs, open-panel HMOs, and Closed Panel HMOs.“ (Kongstedt, 2009, S. 230).

„The term managed care encompasses a diverse array of institutional arrangements. (...) Many definitions of managed care focus on the nature of contract, arguing, in effect, that managed care contracts are more complete contingent claims contracts than traditional health insurance contracts. For example, managed care organizations may intervene in the relationship between the provider and the insured individual, limiting service use in particular circumstances, or they may selectively contract with a defined set of providers, limiting choice of provider.“ (Glied, 1999).

„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, 1997, S. 3 f.).

„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 & Teisberg, 2006, S. 76).

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

Der Begriff Managed Care umschreibt ein Versorgungsprinzip, das auf eine effiziente Allokation von Mitteln und Ressourcen zielt, sodass 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, 2012).

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

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

In diesem Buch 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 Definition von Managed Care**

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 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 (Amelung, 2012).

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 gleichzusetzen mit Kostenreduzierungen ist somit eine wesentlich zu kurz greifende Annahme. Daher sind beispielsweise Rabattverträge oder Discounted Fee-for-Service Verträge allein keine Managed-Care-Ansätze.

Managed Care ist kein Synonym für das amerikanische Gesundheitswesen (siehe Kap. 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 ein Tool von Instrumenten und Organisationsformen zur Steuerung auf der Ebene der einzelnen Organisationen darstellt.

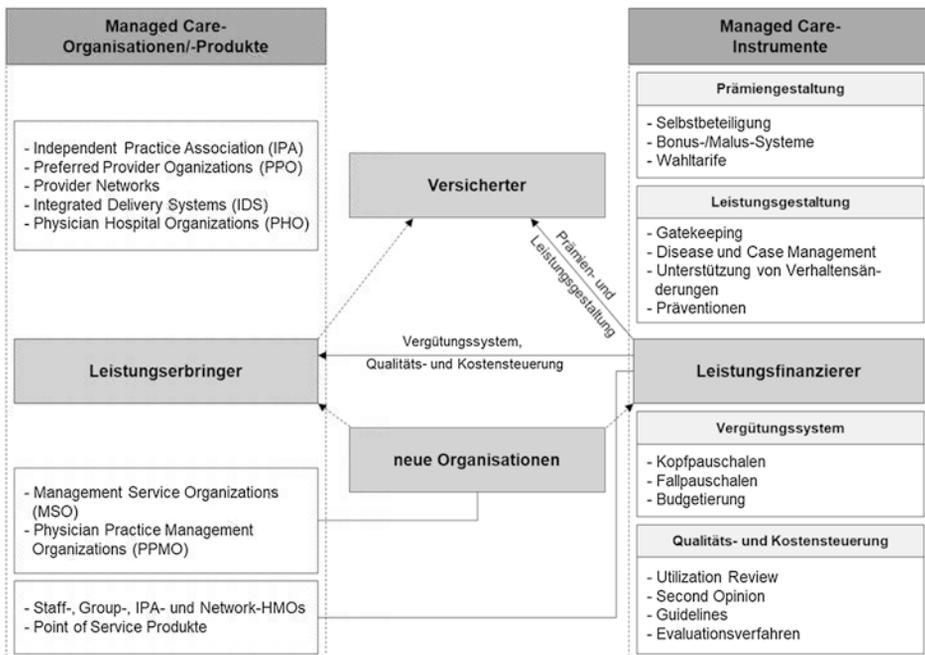
Es muss auch deutlich hervorgehoben werden, dass Managed Care kein Ansatz zur Gestaltung des gesamten Gesundheitssystems ist und auch keine spezifischen Rahmenbedingungen voraussetzt. Im staatlichen Gesundheitssystem Großbritanniens wurden gleichermaßen Managed-Care-Instrumente eingeführt, wie auch in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

### 1.3 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 (Abb. 1.1).

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



**Abb. 1.1** Institutionen und Instrumente im Managed Care (Auswahl)

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, 2007; Sondergutachten SVR, 2009) sowie nachfolgenden Gutachten) vorgeschlagen worden.

## 1.4 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 einer Tabelle (Abb. 1.2) einige zentrale Veränderungen idealtypisch hervorgehoben werden.

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

**Abb. 1.2** Gegenüberstellung von Managed Care und Fee for Service