

## Konzepte für neue Versorgungsstrukturen

---

Mögliche Konzepte für moderne Kooperationen  
im Gesundheitssektor  
- Gesundheitsökonomische Betrachtung –  
Managed Care in Europa

Dr. phil. Jürg Baumberger

08.03.2009

Modul

1

## Konzepte für neue Versorgungsstrukturen

---

### Mögliche Konzepte für moderne Kooperationen im Gesundheitssektor - Gesundheitsökonomische Betrachtung -

### Managed Care in Europa

Health care akademie –  
Management für neue Versorgungs- und Kooperationsformen  
im Gesundheitswesen  
Richard-Oskar-Mattern-Str. 6 ♦ 40547 Düsseldorf  
Telefon 0211 / 59 98 – 93 92 ♦ Fax 0211 / 59 98 – 93 99  
E-Mail [info@health-care-akademie.de](mailto:info@health-care-akademie.de)  
Internet [www.health-care-akademie.de](http://www.health-care-akademie.de)

Der Beitrag enthält die Position des jeweiligen Autors, nicht der health care akademie als Institution.

## MANAGED CARE IN EUROPA

Jürg Baumberger, HMI creative AG, Sirnach, Schweiz

### **Zusammenfassung**

*Der Autor ist Unternehmensberater im Bereich des Gesundheitswesens mit dem Schwerpunkt Managed Care. Er arbeitet in verschiedenen europäischen Ländern und war Gründungspräsident der ersten HMO in Europa, die 1990 in Zürich eröffnet wurde. In diesem Artikel werden die Unterschiede zwischen amerikanischen und europäischen Managed Care-Systemen herausgearbeitet und die wichtigsten Prinzipien des europäischen Managed Care dargestellt: Einbindung in die soziale Grundversorgung, Integration der gesamten Behandlungs- und Betreuungskette statt sektorieller Aktivitäten, Uebernahme von Verantwortung und daraus folgende Handlungsfreiheit im klinischen Bereich, Vertragsgestaltung zwischen Leistungseinkäufern und Leistungserbringern vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, regulierter Markt.*

### **Summary**

*As an experienced consultant in the health care sector the author is specialized in Managed Care with assignments in various European countries. He was president and founder of the first HMO in Europe, which was opened 1990 in Zürich. This article shows the differences between American and European managed care systems and the most important characteristics of the European form of managed care: healthcare delivery and financing as part of a social security system; integration of the overall treatment and care chain instead of fragmented activities; taking over of responsibility and, consequently, freedom of action in the clinical sector; contracting between purchasers and deliverers of healthcare services on the basis of a politically set framework; regulated market.*

---

Wenn in Europa von Managed Care gesprochen wird, wird, insbesondere von Skeptikern und Kritikern, sehr oft unterstellt, es handle sich dabei um die Uebertragung amerikanischer Verhältnisse auf Europa. Mit Blick auf die hohen Ausgaben für das Gesundheitswesen in den USA sowie die grossen strukturellen Unterschiede zwischen den beiden Gesundheitssystemen wird auf die Fragwürdigkeit und Nutzlosigkeit eines solchen Unterfangens hingewiesen. Die Skeptiker übersehen jedoch, dass sich unter dem Begriff Managed Care in Europa in den vergangenen Jahren eine eigenständige Entwicklung angebahnt hat. Ziel dieses Beitrags ist es, diese Entwicklung und die Bedingungen dafür aufzuzeigen.

Wenn wir in diesem Zusammenhang von "europäischem" Gesundheitswesen sprechen, so sind stillschweigend auch Systeme wie Kanada, Australien, Neuseeland sowie praktisch alle Schwellenländer der Welt gemeint. „Europäisch“ meint in diesem Sinne ein Gesundheitswesen, das in den Rahmen eines Sozialstaates eingebaut ist, und in der Regel mit obligatorischen oder quasi obligatorischen Versorgungssystemen arbeitet, unabhängig davon, ob die Versorgung über Sozialversicherungen oder eine staatliche Direktfinanzierung organisiert ist. In diesem Sinne gesehen sind nicht die europäischen Systeme gegenüber dem amerikanischen exotisch, sondern der Exot sind eigentlich die USA.

Unter den europäischen Gesundheitssystemen gibt es zwei unterscheidbare Grundtypen: *Erstens* das Sozialversicherungssystem wie wir es in Deutschland, in der Schweiz oder auch in Oesterreich und Holland kennen, d.h. ein System, in dem die Gesellschaft die

Durchführung der sozialen Krankenversicherung privaten oder halböffentlichen, nicht gewinnorientierten Krankenversicherungen überträgt. Die Sozialversicherungen haben entweder relative Monopolfunktion oder stehen in Konkurrenz zueinander. Deutschland befindet sich im Uebergang von einer geschützten zu einer Marktsituation. *Zweitens* staatliche Versorgungssysteme, in denen staatliche Gesundheitsdienste entweder Leistungserbringer wie Aerzte direkt angestellt haben und dafür von der Regierung Budgetmittel zur Verfügung gestellt erhalten oder aber diese Mittel für Verträge mit Leistungserbringern einsetzen.

Wie wir bereits 1995 festgestellt haben, besteht eine Konvergenz dieser Systeme in Europa. Das Stichwort heisst regulierter Markt<sup>1</sup>. Vor dem Hintergrund der Bewegung von New Public Management werden Marktkräfte gestärkt, wobei jedoch ein gesellschaftlicher Rahmen und damit Beschränkungen dieses Marktes definiert werden zur Absicherung von sozial Schwachen und zur wirtschaftlichen Verpflichtung von sozial Starken. Innerhalb dieser Grenzen werden Konkurrenz und Markt gefördert. Auf diese Weise werden die Eigenverantwortung der Akteure gestärkt und Verbesserungen im Bereich von Management und Organisation gefördert. Beispiele dafür finden sich in allen europäischen Gesundheitssystemen. Die Entwicklung in dieser Richtung verläuft nicht gradlinig sondern vor dem Hintergrund der Tages- und Parteipolitik. Beispiel dafür ist England, wo die Labourregierung Blair Reformen der Thatcher-Administration wieder rückgängig machte, jedoch am Grundtrend in neuer Form festgehalten hat.

### **Managed Care: Eine europäische Definition**

Von Managed Care gibt es viele Definitionen. Diese sind in der Regel amerikanischer Provenienz und vor allem technisch ausgerichtet. Im Rahmen der Untersuchung von 1995 sahen wir uns daher veranlasst, eine europäische Definition von Managed Care zu schaffen:

*"Managed Care ist ein Prozess, um den Nutzen der Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung im Rahmen der zur Verfügung stehenden, beschränkten Mittel zu maximieren. Die Dienstleistung wird in ausreichendem Mass und auf der geeigneten Stufe erbracht. Die erbrachten Dienstleistungen werden auf der Ebene des Falls überwacht, um sie stetig zu verbessern und die staatlichen Zielvorgaben für die öffentliche Gesundheit ebenso wie den individuellen Bedarf an Gesundheitsversorgung zu erreichen."*<sup>2</sup>

In dieser Definition sind die technischen Dimensionen einer optimalen Leistungserbringung bei begrenzten Mitteln ergänzt durch sozialpolitische. Entscheidend dabei ist, dass es um die Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung und nicht nur für Bevölkerungsteile geht und dies im Rahmen von staatlichen Zielvorgaben für die öffentliche Gesundheit erfolgt und nicht nur auf individuelle Bedürfnisbefriedigung ausgerichtet ist.

Dieser unterschiedliche Ansatz hat Konsequenzen. In den USA erfolgt die Zielsetzung für das Managed Care durch einzelne Wirtschaftssubjekte. Dies können Unternehmungen oder Managed Care-Organisationen sein. Managed Care-Systeme können in den USA unzweifelhaft nicht nur effizient sondern auch effektiv sein. Sie beziehen sich jedoch auf Teilbereiche, welche optimiert werden. Die Anstrengungen zur Optimierung in Teilbereichen können in anderen Bereichen konterkariert werden, wodurch das Gesamtsystem ineffektiv wird. Das ist einer der Gründe für weiterhin steigende Gesundheitskosten trotz Teiloptimierungen. In Europa werden die Ziele durch die gesamte Gesellschaft gesetzt. Vor dem Hintergrund des für europäische Gesellschaften üblichen Grundkonsens, nach dem im Rahmen des 'contrat social' die Bürger Zugang zur Grundversorgung haben müssen, die aus sowohl privaten als auch öffentlichen Mitteln finanziert wird, beeinflusst Managed Care

immer das Gesamte dieser Grundversorgung. Managed Care hat also, viel direkter als in Amerika, eine politische Dimension."<sup>3</sup>

Eine weitere Folge ist, dass die Ziele von Managed Care in Europa nicht nur wirtschaftlicher Art sein können, sondern immer auch sozialer Natur sein müssen. Die Akteure sind, da sie in der Grundversorgung zumindest teilweise aus sozial finanzierten Mitteln entschädigt werden, dazu verpflichtet, diese sozialen Ziele in ihre Tätigkeit mit einzubeziehen. In diesem Sinne ist es müßig, wenn ein Genfer Arzt in der Schweizerischen Aerztezeitung den die Rechnungsstellung der Aerzte zulasten der sozialen Krankenversicherer als „historischen Irrtum der Aerzteschaft“ bezeichnet<sup>4</sup>. Entweder verzichten die Aerzte auf Einkünfte aus der sozial finanzierten Grundversorgung, d.h. je nach Land auf 70 – 90% des Aufkommens für ambulante Leistungen, oder sie schliessen Verträge mit den vom Sozialstaat beauftragten Krankenversicherern ab, die z.B. Tarifschutz für die Versicherten beinhalten.

Diese Einbindung in den Sozialstaat wiederum führt dazu, dass sich aus der Uebernahme der sozialen Verantwortung auch politisches Durchsetzungs- und Stehvermögen ergibt. Wer den Grundsatz der Partnerschaftlichkeit in Europa verletzt und versucht, einseitige Machtpositionen aufzubauen, wird auf Dauer im europäischen Gesundheitswesen keinen Erfolg haben. Auch nicht unter Managed Care-Verhältnissen.

### **Managed Care und Managing Care**

Ein weiteres Missverständnis, auf das wir im Zusammenhang mit Managed Care immer wieder stossen, ist, alles was in Amerika unter den verschiedenen Stichworten und Ansätzen von Managed Care subsumiert wird, würde ja auch in Europa schon getan. Hier wird in der Regel auf Teiltechniken und technische Teilloptimierung reflektiert wie die Verbesserung von Abläufen in Krankenhäusern, den Einsatz von Disease Management und evidenzgestützte Medizin (Evidence-based Medicine), die Entwicklung von Behandlungsrichtlinien etc. Die Anwendung solcher verbesserten Methoden und die Anstrengungen zur wirtschaftlichen Optimierung von *Teil*bereichen würden wir als "Managing Care" bezeichnen.

Im Gegensatz dazu bedeutet unter europäischen Vorzeichen "Managed Care" ein Organisationsansatz, der auf das Gesamtsystem abzielt. Gesamtsystem meint in diesem Zusammenhang Anstrengungen, welche nicht nur einzelne Segmente der Kette optimieren, sondern die Aktivitäten der gesamten Behandlungskette integrieren. In diesem Sinne bedeutet also Managed Care nicht nur eine Optimierung innerhalb bestehender Organisationseinheiten und Behandlungssegmente, sondern ein quasi „grenzüberschreitender“ Ansatz zu neuen Kooperationsformen rund um das Thema Gesundheit und Krankheit. In diesem Sinne ist also das, was in der Gesundheitsreform 2000 Deutschlands unter dem Thema "Integrierte Versorgung" angedacht wurde, als Managed Care im eigentlichen Sinne zu verstehen.

Vor dem Hintergrund von Managed Care und parallel zu dessen Entwicklung und Aufbau sind selbstverständlich die Aktivitäten im Bereich Managing Care sehr wichtig. Auf diese kann zurückgegriffen werden, da sie tendenziell immer auch Elemente enthalten, welche den Rahmen der traditionellen Gesundheitsversorgung sprengen und neue Kooperationsformen erfordern.

## Zentrale Elemente von Managed Care in Europa

Managed Care-Verhältnisse sind immer Vertragsverhältnisse. In diesen Verträgen wird definiert, welche Leistungen zu erbringen sind und welche Mittel dafür zur Verfügung gestellt werden. Es sind also keine reinen Abgeltungsverträge sondern Leistungserbringungsverträge. Im Rahmen dieser Verträge übernehmen die Leistungserbringer einen Teil der wirtschaftlichen Verantwortung und zwar in dem Bereich, den sie durch eine Veränderung ihrer Behandlungsmethoden und einen optimalen Einsatz der Behandlungsmittel steuern können. Dafür erhalten sie in ihrem Arbeitsbereich Gestaltungsfreiheit.

Diese Verträge werden in ausgebildeten Managed Care-Verhältnissen nicht direkt vom Staat mit den Leistungserbringern abgeschlossen sondern von Managed Care-Organisationen wie Krankenversicherungen. Die heutigen Krankenversicherungen können diese Rolle zum Teil noch nicht genügend ausfüllen, müssen dies aber in Zukunft oder für die Zukunft lernen.

Die Managed Care-Organisationen schliessen diese Verträge vor dem Hintergrund des erwähnten gesellschaftlichen Auftrags, in den sie eingebunden sind. Der Sozialstaat setzt ihnen den Rahmen, die Grenzen und die Ziele. Auf diese Weise fungieren die Managed Care-Organisationen quasi als „Uebersetzer“ des gesellschaftlichen Willens und sie ermöglichen durch die Verträge den Leistungserbringern Freiräume im mikro-ökonomischen Bereich des Disease Managements. Den Zusammenhang zeigt Abbildung 1.

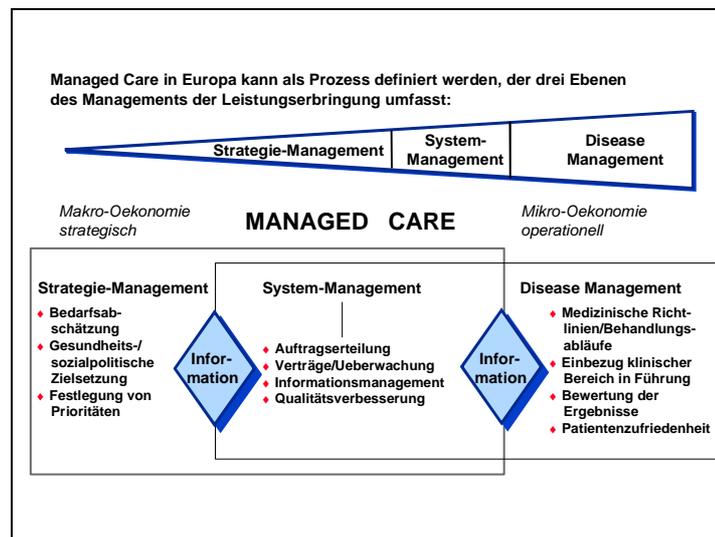


Abbildung 1      Ueberlappung als Verkettung

Zentral für Managed Care-Ansätze ist die Integration der Behandlungskette (vgl. Abbildung 2). Krankheiten halten sich in aller Regel nicht an institutionelle Grenzen. Während einer Krankheitsperiode kann der Patient mehrfach zwischen Grundversorger und Spezialist, zwischen ambulant und stationär, zwischen Selbstbehandlung und Betreuung durch Profis wechseln.

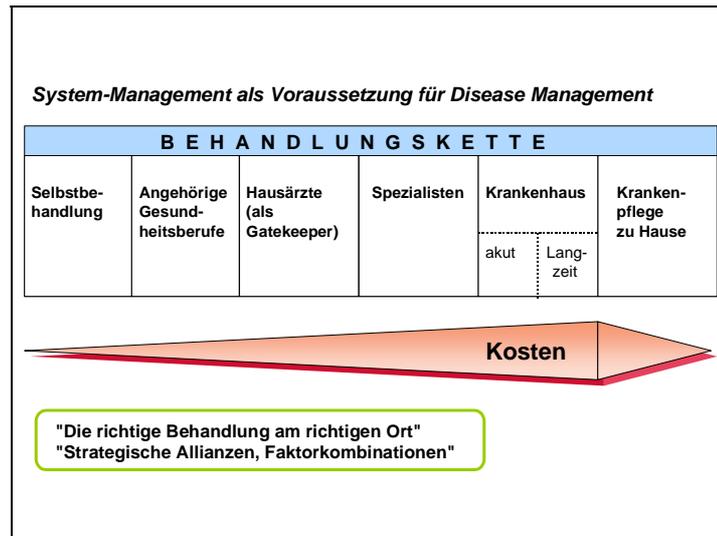


Abbildung 2 Die Behandlungskette

Im traditionellen System arbeiten diese Bereiche auf eigene Faust und eigene Rechnung. Die Koordination unter ihnen ist schwach. Dies hat nicht nur negative Folgen in Hinsicht auf Doppeluntersuchungen und mangelnde Information, sondern kann auch direkt negative Folgen für die Behandlung haben, indem sich Einzelbehandlungen konterkarieren können oder den Patienten durch Doppelbehandlungen Schaden zugeführt wird. Letzteres ist nicht nur im Bereich der Diagnostik der Fall. Um ein wirksames Disease Management durchführen zu können, ist daher ein übergeordnetes Systemmanagement notwendig. Die richtige Behandlung am richtigen Ort ist im Weiteren nicht nur eine Frage der Vermeidung unnötiger Kosten, sondern auch der Verbesserung der medizinischen Wirksamkeit.

Es gilt also im Managed Care, die medizinische Verantwortung sektorübergreifend zu bündeln und die diagnostischen und die therapeutischen Aktivitäten zu koordinieren. Der traditionelle Ansatz ist, dies durch Vermehrung und Präzisierung der Vorschriften und verstärkter Reglementierungsaktivitäten von oben nach unten zu tun - die Verwechslung von Zahl der Vorschriften mit deren Präzision und insbesondere deren Wirksamkeit ist unter Versicherern und staatlichen Instanzen endemisch.

Der Versuch einer besseren Steuerung durch höhere Regelungsdichte hat sich aber als nicht wirksam erwiesen. Auf der Ebene des Disease Managements wird sich der Arzt im Einzelfall immer - in aller Regel aus seinem Verantwortungsgefühl heraus - so verhalten, wie er es für richtig findet. Wenn er nicht von der Notwendigkeit der gegenseitigen Information und Kooperation überzeugt ist, wird er diese Kooperation nicht suchen und auch nicht finden. Ziel müssen also Systeme der Selbstregulierung und Eigenverantwortung sein, welche durch geeignete Rahmen- und Anreizsysteme in die richtige Richtung gelenkt werden. Dies ist einer der zentralen Punkte des oben angedeuteten Vertragssystems von Managed Care, in welchem die Leistungseinkäufer als Beauftragte der Gesellschaft den Leistungserbringern einen Teil der wirtschaftlichen Verantwortung übergeben und ihnen in diesem Rahmen grössere Freiheiten der individuellen Arbeitsgestaltung ermöglichen.

Die vertraglich angeregte Integration der Leistungskette erfolgt dadurch, dass es in Managed Care-Systemen für die ganze Behandlungskette nur noch eine Eintrittspforte der Verantwortung gibt. Dieser vertragsnehmende Sektor der Behandlungskette übernimmt die Verantwortung über das gesamte Behandlungsspektrum und nicht mehr nur für seinen eigenen Teil. In Abbildung 3 sind dies entsprechend dem zur Zeit in der Schweiz primär

gefahrenen Managed Care-Modell die Hausärzte. Diese übernehmen wirtschaftliche Teilverantwortung für die von ihnen versorgten Versicherten für deren Gesamtkosten. Dabei handelt es sich um eine begrenzte Risikoübernahme (z.B. CHF 5'000 pro Arzt und Jahr). Die Verantwortung kann auch von anderen Akteuren übernommen werden. Im Hausarztsystem des Fürstentums Liechtenstein sind es z.B. die Haus- und Spezialärzte gemeinsam. Es ist aber durchaus vorstellbar, dass ein Krankenhaus diese Verantwortung übernimmt und sie dann durch nachgelagerte Verträge mit anderen Leistungserbringern wie niedergelassenen Ärzten teilt. Weitere Kombinationen sind möglich. Die Gesetzesnormen der Gesundheitsreform 2000 in Deutschland lassen z.B. diese Gestaltungsfreiheit offen.

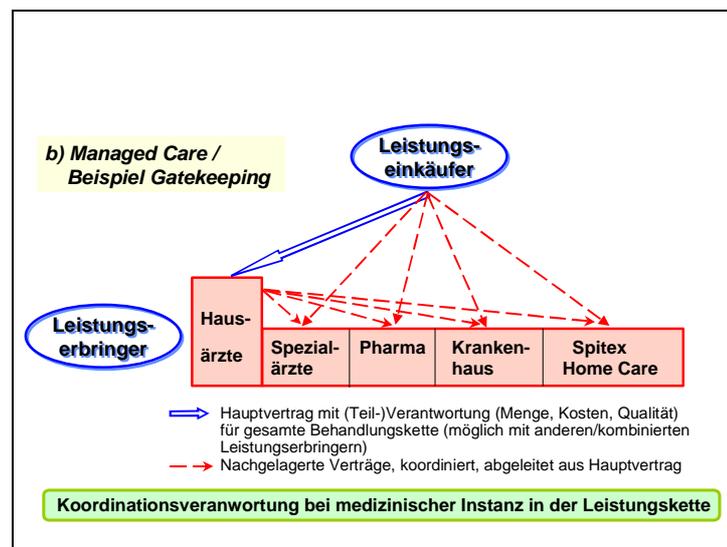


Abbildung 3 Die Uebertragung der Verantwortung in Managed Care-Verhältnissen

Durch die Uebernahme dieser Verantwortung in der Behandlungskette werden die Koordinierungsfunktionen in diese hinein verlagert. Die Krankenversicherungen werden von ihrer externen Kontrollrolle entlastet, die Koordinierungsdiskussion ist eine Diskussion unter Fachleuten. Die Selbstregulierung tritt an die Stelle der Fremdkontrolle.

## Heutiger Stand und Perspektiven

Dass diese Uebernahme von Verantwortung über die ganze Behandlungskette sowie die daraus folgende Notwendigkeit zur Koordinierung innerhalb der Leistungskette grosse mentale und organisatorische Anstrengungen verlangt, ist evident. Nicht nur auf der Ebene der Gesetzgebung sind neue Wege zu ermöglichen, vor allem in den Köpfen der Beteiligten muss noch viel geschehen. Es handelt sich um eine eigentliche kulturelle Revolution. Die Bezüge zwischen den Partnern werden neu gesetzt, es müssen neue Arbeitstechniken gelernt werden und in einem Gebiet, das eher von Einzelkämpfern denn von Teamgeist gekennzeichnet ist, sind enge Zusammenarbeit und Kritikfähigkeit gefordert. Kritikfähigkeit heisst in diesem Zusammenhang nicht nur, andere zu kritisieren, sondern auch Kritik am eigenen Tun zuzulassen.

Der Abschluss von Managed Care-Verträgen ist nur der erste Schritt. Genauso sind die Gründung von Ärztevereinen und Netzvereinbarungen von Netzzirkeln nur erste Schritte. Der Weg in Richtung Managed Care ist ein langer Marsch. Die institutionellen

Vereinbarungen sind der Rahmen, in dem das System dann aufgebaut und ausgebaut werden muss. Dabei ist schrittweise vorzugehen, es werden Fehler gemacht und es müssen Korrekturen möglich sein. Kulturelle Veränderungen erfolgen nicht von heute auf morgen, es braucht Lernprozesse. Die Rahmenvorschriften, seien diese gesetzlicher oder vertraglicher Art, müssen so ausgestaltet werden, dass institutionelles Lernen möglich ist. Es ist heute immer wieder zu beobachten, dass diese Gestaltungsfreiheit über Notwendiges hinaus eingeengt wird. Wie in Deutschland der Gesetzgeber noch den Mut hatte, eine prinzipielle Gestaltungsfreiheit zuzulassen, so fehlte ihm der Mut, den Verbandsoberen auch die notwendigen Fesseln anzulegen, damit diese nicht in erster Linie Verbandsinteressen im Auge haben. Genau dies geschieht zur Zeit, indem durch die Spitzenverbände für die Managed Care-Initiativen der Basis Rahmenbedingungen geschaffen werden, die eine sinnvolle Ausgestaltung stark erschweren und wirtschaftliche Investitionen in neue Systeme wenig sinnvoll erscheinen lassen. Dass die Rahmenverträge daneben auch positive Aspekte haben, sei der Vollständigkeit halber erwähnt.

Generell ist festzustellen, dass sich die Akteure schwer tun, in neue Rollen hineinzugehen und sich den Herausforderungen neuer Organisations- und Arbeitsformen auch wirklich zu stellen. Das ist nicht verwunderlich, da die Zukunft ungewiss ist und jeder einzelne Akteur sich fragen muss, welches sein Platz in dieser Zukunft sein wird. Auf der anderen Seite führt jedoch kein Weg am Managed Care im oben beschriebenen Sinne vorbei. Die der Grundversorgung zur Verfügung stehenden Mittel sind begrenzt, die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen gegeben und innerhalb dieser müssen die Akteure neue Wege finden und entwickeln, welche nur durch Kooperation und Verantwortungsübernahme gekennzeichnet sein können. Die regionale und nationale Froschperspektive kann zum Teil dadurch überwunden werden, dass Erfahrungen in anderen Regionen und Ländern studiert werden. So hat die Entwicklung in der Schweiz die Verhältnisse in Deutschland beeinflusst, holländische Beispiele können im deutschsprachigen Raum lehrreich sein.

Entscheidend ist der Wille, zu lernen. Wer nicht aktiv die Verhältnisse mitgestaltet, wird von diesen geformt werden. Es liegt an jedem Einzelnen zu bestimmen, ob er in diesem Prozess aktiv oder passiv ist, ob er oder sie die eigene Zukunft selbst gestaltet oder sie sich von anderen gestalten lässt.

---

*Publiziert in: ZFA, Zeitschrift für Allgemeinmedizin, Hippokrates Verlag, Stuttgart, 12/2000, S. 587-591*

---

<sup>1</sup> Vgl. Rosleff, F., Lister, G., Europäische Trends im Gesundheitswesen: In Richtung Managed Care. Coopers & Lybrand, o.O., 1995. Der Autor war Mitglied des Redaktionsteams dieser Studie.

<sup>2</sup> ebenda S. 28.

<sup>3</sup> Baumberger, J., So funktioniert Managed Care, Anspruch und Wirklichkeit der integrierten Gesundheitsversorgung in Europa, Thieme, Stuttgart, 2001, S. 51. In diesem Mitte Dezember 2000 im Handel erhältlichen Buch werden die hier formulierten Gedanken durch praktische Beispiele ergänzt und Fragen des Aufbaus von Managed Care-Systemen im Alltag behandelt.

<sup>4</sup> Guinchard J-M, L'erreur historique du corps médical, Schweizerische Aerztezeitung, 42/2000, 2379f