

Managed Care – keine Lösung für die Probleme des Gesundheitswesens

Managed Care hat in den USA anfangs grosse Hoffnungen geweckt. Doch die Hoffnungen wurden enttäuscht. Europa sollte aus dieser Erfahrung lernen, meint der Autor.

Otmar Kloiber¹

Es sei vorweggenommen: Dass wir uns im Gesundheitswesen mit Managementfragen befassen

müssen und dass im Gesundheitswesen Reform- beziehungsweise Verbesserungs- und Erneuerungsbedarf besteht, soll hier nicht in Frage gestellt werden. Zur Diskussion steht hier vielmehr der von den USA ausgehende und auch dort inzwischen heftig kritisierte Ansatz von Managed Care. Managed Care ist ein Versorgungskonzept, das in den USA von Unternehmen (Managed-Care-Organisationen/MCOs) angeboten wird und das eine eingeschränkte Wahlfreiheit der Patienten beinhaltet: Sie dürfen nur die von der MCO unter Vertrag genommenen Gesundheitsleistungsanbieter und die von der MCO definierten Gesundheitsleistungen beanspruchen. Partner der Versicherungsnehmer sind dabei in den USA meist die Arbeitgeber, die ihren Angestellten üblicherweise neben dem Lohn auch eine Krankenversicherung (oder idealerweise die Auswahl zwischen mehreren Krankenversicherun-



Otmar Kloiber

gen) anbieten. Die Leistungsträger, beispielsweise Ärzte und Krankenhäuser, stehen dabei in einem direkten Vertragsverhältnis mit der MCO.

Grosse Hoffnungen

Managed Care wurde in den USA in

¹ Der Autor ist seit 1997 als Dezernent der Deutschen Bundesärztekammer für dezernatsübergreifende Grundsatzfragen und die internationale Zusammenarbeit zuständig; seit 2002 ist er stellvertretender Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer. Seit 1991 engagiert er sich in den folgenden Gremien: Weltärztebund, Ständiger Ausschuss der Europäischen Ärzte, Symposium der Mittel- und Osteuropäischen Ärztekammern und Europäisches Forum der Ärzteverbände und der WHO (Schwerpunkte: Entwicklung der ärztlichen Ethik in Grundsatzfragen und der Einfluss der Gesundheitssystemorganisation auf die ärztliche Versorgung).

den Neunzigerjahren als Antwort auf die Clinton-Bemühungen zur Einführung eines Systems der so genannten Managed Competition («gemanagter Wettbewerb») als Lö-

«Auch für die Patienten brachte Managed Care vordergründig einen entscheidenden Vorteil.»

sungsstrategie vorgeschlagen. Dass sich diese Strategie durchsetzen konnte, hatte verschiedene Gründe: Einerseits weist der Managed-Competition-Ansatz selbst massive theoretische Probleme auf. Andererseits erweckte die geheimniskrämerische Art der Reformplanung unter Hilary Clinton Besorgnis, nicht nur bei der Versicherungsindustrie, sondern auch bei den Ärzten und Krankenhäusern. Sowohl Versicherungen als auch Leistungsträger fühlten sich im Modell «Managed Competition» unter staatlicher Kommandowirtschaft und zogen Managed Care als die vermeintlich einzige akzeptable, weil marktwirtschaftliche Alternative vor. Auch für die Patienten brachte Managed Care vordergründig einen ent-

«Faktisch wurden die Ärzte zu Scheinselbstständigen.»

scheidenden Vorteil gegenüber ihrer früheren Situation. So war der Gang zum Arzt bisher für viele Amerikaner alleine deshalb ein Problem, weil sie teilweise hohe Behandlungskosten vorstrecken oder um Zahlungsaufschub bitten mussten. Eine ärztliche Behandlung, der Aufenthalt im Krankenhaus, eine Rehabilitation waren für viele mit einer erheblichen wirtschaftlichen Belastung oder einer unwürdigen Bittstellerei verbunden. Das mit Managed Care eingeführte flächendeckende Sachleistungsprinzip (Anspruch auf Behandlung zu Lasten des Versicherungsträgers anstelle der Erstattung ausgelegter [leihweise bezahlter] Honorare) wurde als echte Erleichterung empfunden.

Die grossen Probleme des amerikanischen Gesundheitswesens, die massive Kostensteigerung, die Unterversorgung von rund 40 Millionen Amerikanern, die Intransparenz des Systems und die angeblich schlechte Qualität sollten, wollte man der Industrie glauben, mit Managed Care in den Griff zu bekommen sein.

Hoffnungen enttäuscht

Über ein Jahrzehnt Managed Care auf breiter Front zeigt nun aber, dass sich die Hoffnungen nicht erfüllt haben und wahrscheinlich auch nie erfüllen werden.

Auf der Ärzteseite schlug die anfänglich positive Haltung gegenüber Managed Care schnell in Sorge um die ärztliche Unabhängigkeit und professionelle Autonomie um. Zwar blieb die wirtschaftliche Selbstständigkeit für viele Ärzte formell erhalten, faktisch wurden die Ärzte jedoch (besonders in den vielen Regionen, in denen nur wenige oder gar nur eine MCO vertreten waren) zu Scheinselbstständigen, die ein unter strikt ökonomischen Gesichtspunkten gesteuertes Medizinprogramm abzuarbeiten haben. Anfangs scheuten die MCOs nicht einmal davor zurück, den Ärzten in so genannten «Gag-Rules» («Würgeklauseln») vertraglich zu untersagen, die Patienten über alternative, bessere, aber vielleicht teurere Behandlungsverfahren aufzuklären. Rationierung ist, wenn auch verdeckt, ein fester Bestandteil von Managed Care.

Auch auf Patientenseite wuchs mit der Zeit die Erkenntnis, dass Managed Care gravierende Leistungseinschränkungen mit sich brachte. Erst dies erzeugte die wachsende Unzufriedenheit der Versicherten gegen Managed Care.

Gründe für das Scheitern

Dass Managed Care im Hinblick auf das gesellschaftliche Ziel einer ausreichenden, preiswerten und qualitativ hochwertigen Versorgung für alle scheitern musste, liegt an verschiedenen kardinalen Fehlern, die diesem Ansatz innewohnen:

1. Managed Care geht von einem rein marktwirtschaftlichen Ansatz aus. Dies bedingt mehrere Annah-

men, die auf das Gesundheitswesen nicht zutreffen:

a. Managed Care basiert auf Wettbewerb. Wettbewerb kann aber nur dann fair – und damit produktiv – stattfinden, wenn zwischen den Akteuren eine Chancengleichheit besteht. Die tiefe Asymmetrie der Marktmacht zwischen den Managed-Care-Organisationen (MCOs) als Einkäufer von Leistungen und den Leistungsträgern verhindert per se ausgeglichene Verträge.

«Rationierung ist, wenn auch verdeckt, ein fester Bestandteil von Managed Care.»

b. Marktmechanismen werden nur dann für den Kunden wirksam, wenn der Kunde eine Souveränität als Käufer besitzt. Er muss tatsächlich in der Lage sein zu bestimmen, was er mit seinem Geld machen möchte. Diese Käufer-

Anmerkung der Redaktion:

Der vorliegende Artikel bezieht sich auf die Entwicklung von Managed Care in den USA. In der Schweiz wird der Begriff «Managed Care» heute als Synonym für alle Bestrebungen zur integrierten Versorgung verwendet. *«Integrierte Versorgung heisst, dass Gesunderhaltung und Prävention, Behandlung und Betreuung, Nachsorge und Rehabilitation zu einem einheitlichen Ganzen verknüpft sind. ... Herausragende Unterschiede zur heute vorherrschenden Selbstorganisation der einzelnen Akteure sind der höhere Vernetzungsgrad und die bessere Steuerbarkeit integrierter Versorgungssysteme.»** Die Leistungserbringer (z.B. Ärztenetzwerke, HMO-Praxisteam) und die Krankenversicherer beziehungsweise deren Managed-Care-Organisationen verstehen sich heute in der Schweiz als gleichwertige Partner, welche die Managed-Care-Modelle gemeinsam weiterentwickeln. Managed Care bedeutet mithin in den USA etwas anderes als in der Schweiz. (rs)

* Quelle: Peter Berchtold et al.: Was ist integrierte Versorgung – Eine Begriffsklärung. Managed Care 6/04: 5–9.

souveränität ist für den Patienten (auch) im System Managed Care so gut wie inexistent, denn am Ende ist er im Extremfall sogar krank und braucht dringende Hilfe.

- c. Managed Care wird in den USA im Wesentlichen zwischen Arbeitgebern und MCOs ausgehandelt. So ist auch der Versicherte ein Abhängiger, ihm bleiben in der Regel nur marginale Wahlmöglichkeiten.
2. Die Instrumente von Managed Care sind so ausgerichtet, dass nicht die Behandlung des Patienten oder deren Verbesserung im Vordergrund

«Die tiefe Asymmetrie der Marktmacht zwischen MCOs und Leistungsträgern verhindert per se ausgeglichene Verträge.»

stehen, sondern rein ökonomische Ziele:

- Selektive Verträge sichern die Dominanz und damit die Prozessherrschaft der MCOs.
- Positivlisten (formularies), Behandlungsgenehmigungen vor der Behandlung (pre-utilization reviews) und zum Teil sogar bei Verfahrenswechseln während der laufenden Operation (concurrent reviews), Häufigkeitsanalysen für Verordnungen und Leistungen einzelner Ärzte (post-utilization reviews) dienen der Kosteneinsparung.
- Qualitätszeugnisse (report cards) dienen im Wesentlichen der Vermarktung der Versicherungsleistungen.

3. Die Dominanz der MCOs unterstellt alle wirtschaftlich nachfolgenden Aktivitäten und Akteure (und damit auch das ärztliche Handeln) dem Profitstreben der MCOs. Die nach ärztlicher Ethik durch Sorge geprägte Patienten-Arzt-Beziehung wird damit Teil einer Wertschöpfungskette. Die ursprünglich im Vordergrund stehende Krankheit oder das Leiden des Patienten treten in

den Hintergrund. Euphemistisch wird die Sorge um den Patienten durch eine «Gesundheitspflege» für den Klienten (Kunden) ersetzt. Fatalerweise verbietet gerade das US-amerikanische Kartellrecht den niedergelassenen Ärzten den (ihre Marktmacht potenziell stärkenden) Zusammenschluss zu Anbietergemeinschaften, da dies als eine den Wettbewerb verzerrende Kartellbildung angesehen wird.

Transfer nach Europa?!

Wir Europäer, besonders wir Deutschen, haben eine tragikomische Neigung dazu, falsche Lösungen für bei uns nicht existierende Probleme aus dem Ausland zu importieren. Der Managed-Care-Ansatz ist nur ein Beispiel für einen solchen misslungenen Transfer, die Diagnosis Related Groups als Methode der Krankenhausfinanzierung sind ein anderes Beispiel. Es gelingt uns offenbar nicht, unsere Probleme sauber zu identifizieren und dafür Lösungen zu kreieren. Stattdessen kopieren wir Modelle, die weder zu unserer kulturellen, noch zu unserer wirtschaftlichen und sozialen Situation passen, fatalerweise meist auch noch zu einem Zeitpunkt, zu dem sie sich in ihrem Herkunftsland bereits als untauglich erwiesen haben. Der Deutsche Bundestag hat den Ärzten in Deutschland per Gesetz evidenzbasierte Verfahren als Mass-

«Die Käufersouveränität ist für den Patienten (auch) im System Managed Care so gut wie inexistent.»

stab vorgeschrieben. Würden sich die Gesundheitspolitiker selbst an diesem Massstab orientieren – manch teurer und schmerzhafter Fehlgriff bliebe uns erspart.

Es wäre naiv zu glauben, das Gesundheitswesen eigne sich nur als Betätigungsfeld für selbstlose Menschen. Eigene Interessen der Leistungsträger im Gesundheitswesen

und auch der Versicherungen sind keineswegs als negativ anzusehen, sie sind auch im Gesundheitswesen quasi die Triebfeder für Leistung und Qualität. Für eine gute Leistung gut bezahlt zu werden ist gerecht, danach zu streben legitim und gesellschaftlich wünschenswert.

Das Gesundheitssystem muss dabei aber die Balance zwischen individuellen und gesellschaftlichen Zielen finden. Die Sorge um kranke Menschen, sozialer Ausgleich, flächendeckende Versorgung sowie ein diskriminationsfreier Zugang zu einer effizienten Behandlung müssen nöti-

«Die Patienten-Arzt-Beziehung wird Teil einer Wertschöpfungskette.»

genfalls auch gegen Profitinteressen durchgesetzt werden. – Managed Care kann das nicht. Im Gegenteil: Managed Care führt, wie die US-amerikanischen Erfahrungen zeigen, zu einer Profitorientierung des Gesundheitswesens, welche nicht nur die mit dem Gesundheitswesen verbundenen sozialen Aufgaben, sondern auch die Qualitätsziele des Gesundheitswesens nachhaltig gefährdet. Anders als versprochen hat Managed Care in den USA nicht zu einer wirtschaftlicheren, sondern zu einer permanent sich verteuernenden Gesundheitsversorgung bei gleichzeitig eingeschränkten Leistungen für die Patienten geführt. ■

Autor:
Dr. med. Otmar Kloiber
 Stv. Hauptgeschäftsführer
 der Bundesärztekammer
 Arbeitsgemeinschaft der Deutschen
 Ärztekammern
 Herbert-Lewin-Platz 1
 D-10623 Berlin
 E-Mail: otmar.kloiber@baek.de