

Manfred Baumann
Johannes Stock
unter Mitarbeit von Jan Carels

Managed Care – Impulse für die GKV?

Erfahrungswerte mit alternativen Formen
der Steuerung in der Gesundheitsversorgung

Endbericht der Prognos AG Basel/Köln
im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung

Inhaltsverzeichnis

Seite

1.	Einleitung	7
2.	Organisationsdefizite und Steuerungsprobleme des Gesundheitswesens in Deutschland	11
2.1	Gesundheitspolitische Ziele und ordnungspolitische Grundkonzeption	11
2.2	Steuerungsebenen der Gesundheitssicherung: Grundsätzliche Aspekte	11
2.3	Grundproblematik einer Steuerung im Gesundheitswesen	14
2.4	Zentrale Steuerungsdefizite in der GKV	16
2.4.1	Grundsätzliche und übergreifende Defizite	16
2.4.2	Spezielle Organisationsdefizite der ärztlichen Leistungserbringung im ambulanten Bereich	21
2.5	Ansatzpunkte für Reformstrategien	30
2.5.1	Grundprinzipien und Prämissen für eine Weiterentwicklung des Gesundheitswesens	30
2.5.2	Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung der Steuerungsmöglichkeiten in der GKV	31
3.	Alternative Möglichkeiten der Steuerung: Instrumente	35
3.1	Aggregationsebene als Schwerpunkt der bisherigen Gesundheitspolitik	36
3.2	Instrumente auf der Individualebene – Ansatzpunkt Patient	38
3.2.1	Prämissen	38
3.2.2	Ansatzpunkt Patient	39
3.2.2.1	Selbstbeteiligung	39
3.2.2.2	Bonus-/Malussystem	41
3.2.2.3	Wahltarife / variabler Leistungsumfang	41
3.2.2.4	Kostenerstattungsprinzip	42
3.2.2.5	Der Patient als steuernde Instanz?	43
3.3	Instrumente auf der Individualebene – Ansatzpunkt Arzt	44
3.3.1	Das Gatekeeper-Prinzip	44
3.3.2	Honorierung des Leistungserbringers	46
3.3.2.1	Einzelleistungsvergütung	46

3.3.2.2	Prospective Payment	47
3.3.2.3	Fallpauschalen	50
3.3.3	Kontrollinstrumente	51
3.3.3.1	Instrumente für die prospektive Entscheidung über Leistungen	52
3.3.3.2	Instrumente zur begleitenden Steuerung von Leistungen	54
3.3.3.3	Instrumente zur nachgängigen Dokumentation und Auswertung	54
3.4	Überblick – Instrumente zur Steuerung auf der Individualebene	55
4.	Alternative Möglichkeiten der Steuerung: Organisationsformen	57
4.1	Das Managed Health Care-Konzept	57
4.2	Organisationsformen von Managed Care	58
4.2.1	Die Health Maintenance Organization	58
4.2.1.1	Grundprinzipien und Formen der HMO	58
4.2.1.2	Staff Model HMO	60
4.2.1.3	Group Practice HMO	61
4.2.1.4	Individual Practice Association (IPA)	61
4.2.1.5	Network HMO	62
4.2.2	Die Preferred Provider Organization	64
4.2.3	Organisationsformen von Managed Health Care im Überblick	65
5.	Empirische Erfahrungswerte mit Managed Care	67
5.1	Überblick: HMOs in den USA	68
5.1.1	Rahmendaten zu den HMOs in den USA	68
5.1.2	Strukturmerkmale der HMOs in den USA	71
5.2	Auswirkungen der HMOs auf die Kosten und die Inanspruchnahme von Leistungen	74
5.2.1	Zur Messung und Beurteilung von Kosteneffekten	74
5.2.2	Kosten und Inanspruchnahme von Leistungen bei HMOs	75
5.2.2.1	Geringerer Aufwand im stationären Bereich	77
5.2.2.2	Wenig Unterschiede im ambulanten Bereich	78
5.2.3	Auswirkungen der Einzelmerkmale von HMOs auf Kosten und Inanspruchnahme von Leistungen	81
5.2.3.1	Organisationstyp und finanzielle Anreize in HMOs	81
5.2.3.2	Gatekeeper-Prinzip	84
5.2.3.3	Gewinnorientierung	85
5.2.3.4	Auswirkungen der HMO-Einzelmerkmale – Zusammenfassung	86

5.2.4	Weitere Aspekte zur Beurteilung der Kostenseite von HMOs	88
5.2.4.1	Kostenzuwachsrate der HMOs im Vergleich zu konventioneller Versorgung	88
5.2.4.2	Kostenverschiebung von HMO- zu Nicht-HMO-Patienten?	90
5.3	Auswirkungen der HMO-Anreize auf die Qualität	90
5.3.1	Zur Problematik der Qualität in HMOs	90
5.3.2	Zur Methodik der Qualitätsmessung	91
5.3.3	Ergebnisqualität und Heilungserfolg in HMOs	93
5.3.4	Patientenzufriedenheit	97
5.3.5	Prävention	99
5.4	Auswirkungen der HMO-Anreize auf die Risikostruktur	101
5.4.1	Zur Problematik der Risikoselektion	101
5.4.2	Zur Methodik der Messung von Risikoselektion	102
5.4.3	Risikostruktur und Risikoentwicklung der HMOs	103
5.4.4	Kostenwirkungen der Risikostruktur von HMOs	107
5.4.5	Zusammenfassung	108
5.5	Empirische Erfahrungswerte mit alternativen Möglichkeiten der Steuerung – Zusammenfassung und Bewertung	109
5.5.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	110
5.5.2	Bewertung und Kritik	112
6.	Übertragbarkeit von Managed-Care-Elementen auf die deutsche GKV	117
6.1	Zielsetzungen im deutschen Gesundheitswesen	118
6.1.1	Grundsatzziele	118
6.1.2	Reformziele	120
6.2	Bewertung von einzelnen Managed Care-Elementen hinsichtlich Übertragbarkeit	122
6.2.1	Gatekeeper-Prinzip	123
6.2.2	Honorierungsformen für die Leistungserbringer	127
6.2.3	Weitere Steuerungs- und Kontrollinstrumente	131
6.3	Mögliche Organisationsformen	133
6.4	Wettbewerbsspielraum in der GKV als Voraussetzung für Managed Care-Elemente	135
7.	Aktuelle Konzepte und Modelle zur Verbesserung der Steuerung in der GKV	139
7.1	Hausarztmodell des AOK-Bundesverbandes	139

7.1.1	Ziele des Modells	140
7.1.2	Strukturelemente	141
7.1.3	Stand der Umsetzung des Modells	144
7.1.4	Zusammenfassende Bewertung	145
7.2	„Kodex-Modell“ der AOK und KV Berlin und Hamburg	146
7.2.1	Ziele des Modells	147
7.2.2	Strukturelemente	147
7.2.3	Umsetzung des Modells und allgemeine Rahmenbedingungen	149
7.2.4	Zusammenfassende Bewertung	150
7.3	Modell „Vernetzte Praxen“ der KV Südbaden und der AOK Baden-Württemberg	151
7.3.1	Zielsetzung	151
7.3.2	Grobstruktur des Modells	151
7.3.3	Steuerungsanreize für die Beteiligten	152
7.3.4	Stand der Umsetzung	153
7.3.5	Bewertung	153
7.4	Konzept „Vernetzte Praxen mit kombinierten Budgets“ des Bundesverbands der Betriebskrankenkassen	154
7.4.1	Strukturelemente des Modells	154
7.4.2	Anreize für die Beteiligten	155
7.4.3	Umsetzung	156
7.4.4	Bewertung	157
7.5	Integrierte Versorgungsmodelle: Gesundheitszentren in Brandenburg	158
7.5.1	Zielsetzung integrierter Versorgungsmodelle	159
7.5.2	Strukturelemente	160
7.5.3	Umsetzung und allgemeine Rahmenbedingungen	160
7.5.4	Zusammenfassende Bewertung	161
8.	Zusammenfassung und Schlußfolgerungen	163
	ANHANG A: Das Rand Health Insurance Experiment	173
	ANHANG B: Literaturverzeichnis	179
	Selbstdarstellung der Hans-Böckler-Stiftung	185