

## Von Amerika lernen? – Managed Health Care, Erfahrungen bei der Eindämmung der Gesundheitskosten am Beispiel von Medicaid in Massachusetts, USA

Reinhardt Peter Nippert

Institut für Medizinische Soziologie, Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Die Einführung von Verfahren zur Kontrolle der Gesundheitskosten für Sozialhilfeempfänger, das Medicaid System, ist aus mehreren, sich im Effekt verstärkenden, unterschiedlichen Entwicklungen erforderlich geworden. So erfuhren die gesamten Gesundheitsausgaben in den USA in der Zeit von 1970–1987 einen durchschnittlichen Anstieg um jeweils 10,2% pro Jahr, während das BSP in diesem Zeitraum um nur jährlich 7,1% zunahm. Das führte zu einem Anstieg des Anteils der Gesundheitskosten auf 11,2% am BSP der USA, was die Entwicklung der Kosten auf diesem Sektor illustriert<sup>1,2</sup>. Für Medicaid speziell betragen die jährlichen Steigerungen vor 1983 14–17% bezogen auf die USA insgesamt. Auf der Staatsebene in Massachusetts ergaben sich durchschnittliche jährliche Steigerungsraten von 22,3% bei einem Anteil der jährlichen Einnahmesteigerungen von 14,2%<sup>3,4</sup>. Eine weitere Entwicklung, war die Einführung des prospektiven Kostenerstattungssystems (PPS). Obwohl es für das Medicare System, also die Gesundheitsversorgung der über 65jährigen, entwickelt wurde, hatte es wesentliche Auswirkungen auf die Kostengestaltung und das Leistungsangebot auch anderer Versorgungssysteme<sup>5,6,\*</sup>.

Schliesslich ist die Sogwirkung zu nennen, die von der einzelstaatlichen Sozialgesetzgebung auf potentiell Anspruchsberechtigte ausgeht und zu unkontrollierten Zuzügen in die Bundesstaaten mit relativ generöser Sozialleistungsausstattung (wie z. B. Massachusetts) führt und in starkem Masse für unvorhergesehene Ausgabensteigerungen der betroffenen Staaten für Medicaid verantwortlich ist<sup>7</sup>. Um die durch diese Entwicklung hervorgerufenen Kostensteigerungen aufzufangen, wurde in Massachusetts mit Hilfe eines Kontroll-Systems, dem MHC, versucht, diese Entwicklung finanziell erträglicher zu gestalten, um nicht mit massiven Leistungskürzungen oder Veränderungen der Anspruchsberechtigung darauf reagieren zu müssen.

\* 1983 wurde in das Gesundheitsversorgungsprogramm der über 65jährigen, Medicare, das Prospective Payment System (PPS) basierend auf 468 fixen, diagnosebezogenen Leistungsgruppen (DRGs) eingeführt und löste im Laufe einer dreijährigen Übergangsphase die kostenbezogene Preisgestaltung von Gesundheitsleistungen ab. Besondere Kontrollorganisationen, Peer Review Organisations (PROs), sollen die Versorgungsqualität sichern.

Es zielt im wesentlichen darauf, durch Stimulierung des Wettbewerbs zwischen den Anbietern auf dem Gesundheitsmarkt (Ärzten, Zahnärzten, stationären Einrichtungen, etc.) die Leistungen kostengünstiger zu erhalten. Dabei werden finanzielle Risiko- bzw. Einkommenchancen für die Leistungserbringer als Anreiz eingesetzt, um die professionsspezifische Entwicklung von kostengünstigen Versorgungsformen in Gang zu setzen. Durch verstärkten Einsatz pauschalierter Finanzierungen wird das finanzielle Risiko des Erkrankungsfalles vom Versorgungs- bzw. Kostenträger auf den Leistungserbringer verschoben. Das für die Anbieterseite zunächst als Verschlechterung erscheinende Verfahren führt dort jedoch zu dem Vorteil von verbessertem Geldzufluss, erhöhter Liquidität und damit ökonomischer Flexibilität und ist aus diesem Grund von den Anbietern auch akzeptiert worden<sup>8</sup>. Schliesslich werden im Rahmen des MHC die Inanspruchnahme und die erbrachten Leistungen zum Zwecke der Kostenreduzierung aber auch der Qualitätssicherung einer scharfen Kontrolle unterzogen<sup>9</sup>. Das Ziel des Bündels von Massnahmen, die mit der Bezeichnung „Managed Health Care (MHC)“ versehen wurde ist: Eine messbare bessere Versorgung zu geringeren Kosten zu erreichen. Diese Veränderungen sollen sowohl auf der Ebene der Ergebnisvariablen der Gesundheitsversorgung als auch auf der Ebene der Inanspruchnahme durch die Anspruchsberechtigten zu messbaren Verbesserungen führen und auch qualitativ und quantitativ bei den Betroffenen überprüfbar sein (subjektives Versorgungsassessment).

### Kennzeichen von Managed Health Care (MHC)

Managed Health Care ist die Sammelbezeichnung für Verfahren zu Kontrolle der Gesundheitsversorgungskosten sowie der Verringerung der Inanspruchnahme. In diesem Komplex finden sich:

- Spezifische Ausgestaltung der Anspruchsberechtigung (plan design)
- Entwicklung von alternativen oder Mischformen traditioneller Versorgungseinrichtungen und Leistungserbringung
- Formen der Kontrolle der Inanspruchnahme (utilization review)

- Massnahmen zur Gesundheitsförderung definierter Populationen
- Informationsaustausch zwischen den Kostenträgern über Leistungserbringer, deren Leistungsprofile und Kostengestaltung (volume and claims review)<sup>10</sup>.

Für die Anwendung von Massnahmen aus dem MHC Katalog auf die Versorgungsprobleme des Medicaid-Klientels eignet sich nur ein bestimmter Teil. Allerdings machen es die besonderen soziodemographischen Selektivkriterien dieser Population auch erforderlich, eine Reihe Bedingungen zu entwickeln, um ihren Besonderheiten zu entsprechen. In dem auf das Medicaid-Klientel angewendeten Modell von MHC, wie es für Massachusetts entworfen wurde, existieren 6 konzeptionelle Erfordernisse:

1.: *Einschreibung (Enrollment)*, um die Leistungserbringung auf eine Quelle einzugrenzen und dadurch überschaubar und berechenbar zu gestalten und eine effektive Kontrolle der Inanspruchnahme und Leistungserbringung zu ermöglichen, müssen sich die Empfangsberechtigten für eine Versorgungsinstanz, die sie als primäre Anlaufstelle nutzen wollen entscheiden und sich dort einschreiben.

2.: *Professionelle Zuweisung (Management)*, um einen Grundversorgungs-Manager (Primärarzt) zu entwickeln, der die Schlüsselrolle bei der Definition und Initiierung von notwendigen Versorgungsmassnahmen übernimmt. Die Aufgabe dieser Instanz besteht ausserdem darin, wieder eine dauerhafte Arzt-Patienten-Beziehung aufzubauen, die ein grosser Teil der Medicaid-Patienten schon lange Zeit nicht mehr besitzt und die in der Vergangenheit häufig zur ad hoc Inanspruchnahme von Notfallversorgungseinrichtungen, vorwiegend durch Kliniken in öffentlicher Trägerschaft, führte, was die Gesundheitskosten zusätzlich steigen liess.

3.: *Finanzielle Anreize (Incentives)*, um angemessenes und kostenbewusstes Versorgungsverhalten bei den Leistungsanbietern zu erzielen.

4.: *Risiko-Teilung (Risk-sharing)*, um die Primärversorgungsinstanz, bei der die Einschreibung erfolgt ist, mit an dem finanziellen Risiko des Krankheitsfalles zu beteiligen und dadurch überflüssige oder im Effekt zweifelhafte Massnahmen zu verringern erfolgt eine Festlegung der diagnosespezifischen Versorgungskosten: je weniger Leistungen pro Erkrankungsfall erbracht werden, desto höher das potentiell zu realisierende Einkommen, da der Erstattungsbetrag nicht vom Leistungsvolumen sondern nur von der Diagnose abhängig ist (s. DRGs).

5.: *Pauschalierungen pro Behandlungsfall (capitation)*, um den Bargeldzufluss und die ökonomische Flexibilität der Versorgungsinstitutionen zu erhöhen sowie Überversorgung zu begrenzen.

6.: *Wettbewerb unter den Leistungserbringern (competition)*, um qualitativ hochstehende, kostengünstige, erreichbare und zugängliche Versorgung zu erzielen.

### MHC für Medicaid-Klienten in Massachusetts

Im Managed Health Care des Staates Massachusetts wählen die Empfangsberechtigten (Medicaid-Klientel) mit einem Versorgungsangebot (plan) auch den jeweiligen Versorgungsort (Community Health Center, HMO, PPO, niedergelassenen Arzt, etc.), der durch die Trägerorganisation angeboten wird. Die so gewählte Primärversorgungsinstanz ist der „gatekeeper“ des Versorgungssystems, der entweder die erforderlichen Gesundheitsleistungen selbst erbringt oder aber sie authorisiert. Ohne seine Zustimmung werden spezifische Leistungen weder erbracht noch finanziell übernommen. Der gatekeeper hat somit multiple Funktionen zu erfüllen, er authorisiert, weist zu, kontrolliert und qualifiziert die jeweilig Gesundheitsleistungen, die erbracht werden sollen.

### Praxis der Durchführung

Der Staat Massachusetts schliesst Globalverträge mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit einjähriger Laufzeit ab, um für einen festgelegten Betrag die notwendige Versorgung für das aus dem Medicaid Programm anspruchsberechtigte Klientel sicherzustellen.

Die Auswahl des Trägerunternehmens erfolgt auf der Basis eines Wettbewerbsprozesses (bidding) um diesen Auftrag, wobei der kostengünstigste Anbieter den Zuschlag erhält. Der angebotene Pauschalbetrag pro Versichertem liegt jeweils unter dem durchschnittlichen Kostensatz, der bei herkömmlicher Gebühr-für-Leistungs-Finanzierung (fee-for-service) entstehen würde.

Als Anreiz zur Bereitstellung von kostengünstiger Versorgung hat die Trägerorganisation die Möglichkeit, etwaige ungenutzte Beträge als Gewinnanteil einzubehalten. Kostenträger, die die bereitgestellte Summe überziehen, sind, zumindest teilweise, gezwungen, das Defizit selbst zu tragen. Es wird aber davon ausgegangen, dass die bereitgestellten Mittel grösser sind, als die zur Deckung der Kosten erforderlichen Aufwendungen, da die Versicherungsunternehmen durch Anwendung spezifischer Verfahren aus dem Massnahmenkatalog des MHC, z. B. utilization review, daraus nach wie vor Gewinne erzielen. Im Unterschied zu herkömmlichen Finanzierungssystemen zahlt sich unter MHC Bedingungen Sparsamkeit für die Leistungserbringer selbst aus. Die üblicherweise bestehende Verbindung zwischen Leistungsvolumen und persönlicher Einkommensentwicklung wird aufgehoben (Fall-

pauschale, capitation). Einkommens- und Existenzsicherung ist nicht mehr von der Patientenzahl und dem Leistungsvolumen abhängig. Vielmehr erweist sich Sparsamkeit im Leistungsumfang wie in den spezifischen Leistungsformen als vorteilhaft für die eigene Einkommensentwicklung und hat daher effektive Auswirkungen auf die Kostenentwicklung<sup>11</sup>.

Das Problem, das sich jedoch mit dieser Regelung verbindet, ist eine deutliche Tendenz zur Unterversorgung, was insbesondere hinsichtlich der über Medicaid versorgten Population zu einer erhöhten Aufmerksamkeit Anlass gibt, da sich gegenüber dieser Gruppe am ehesten ungerechtfertigte Restriktionen hinsichtlich der Versorgung mit Gesundheitsleistungen durchsetzen lassen.

Im Staat Massachusetts wird mit 5 verschiedenen MHC Verfahren beinhaltenden Modellen der Medicaid-Klientel-Versorgung, die ihrerseits wieder variabel sind, experimentiert, um einerseits möglichst hohe Akzeptanz und Effektivität der Versorgung zu erreichen, andererseits, durch entsprechende Flexibilität des Versorgungssystems, ein möglichst breites Spektrum an Sparmassnahmen wirksam werden zu lassen<sup>12</sup>.

*Modell 1.:* Einzelfall Behandlungs-Zentren. (Case management sites)

Dieses Modell operiert auf Gebühr-Leistungs-Basis. Es wird vornehmlich in Community Health Centers, Polikliniken und bei freipraktizierenden Ärzten mit breiter Angebotspalette zur Anwendung gebracht. Die Kontrollvorgänge des MHC beziehen sich auf alle Überweisungsvorgänge. Diese sind anzeige- und genehmigungspflichtig. Bei Überziehungen der Budgetsumme müssen die versorgenden Institutionen, einen bestimmten Anteil der angefallenen Kosten übernehmen.

Diese Organisationsform besitzt den Vorteil, dass vorhandene Versorgungsstrukturen (freiprakt. Ärzte, Comm Hlth. Cent. etc.) weitgehend übernommen werden können, was für die Zugänglichkeit und Erreichbarkeit der Versorgung äusserst wichtig ist. Sie sind aber auch als ein vorübergehendes Stadium der Veränderung der Versorgungsorganisationen zu verstehen, da der Staat Massachusetts bemüht ist, das finanzielle Risiko der Versorgung möglichst gänzlich auf die Versorgungsträger zu übertragen.

*Modell 2.:* Versorgungssicherung von Medicaidpatienten durch HMOs

Das zweite Modell beruht auf Versorgungsverträgen mit HMOs. HMOs sind für den Staat Massachusetts als Kostenträger deshalb attraktiv, weil sie im Krankheitsfalle das volle finanzielle Risiko übernehmen. Finanziert werden diese Leistungen durch Kopfpauschalen, deren Höhe unter dem Kostenniveau der Gebühr-für-Leistungs-Finanzierung (fee-for-service) liegt.

*Modell 3.:* Versorgungssicherung für Medicaid-Patienten durch spezielle Trägerorganisationen (Intermediaries)

Das dritte Modell sieht die Zusammenarbeit mit Trägerorganisationen (intermediaries), die für eine definierte Gruppe von Anspruchsberechtigten – hier: Personen, deren Gesundheitsversorgung von Medicaid finanziert wird –, auf Pauschalbasis die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung garantieren. Diese Intermediaries haben die Möglichkeit, mit anderen Gesundheitsversorgungseinrichtungen Verträge im Rahmen dieser Sicherstellungsaufgaben, abzuschliessen. Dadurch wird den Anspruchsberechtigten die Möglichkeit geboten, zwischen unterschiedlichen Angeboten auszuwählen sowie zwischen den Leistungsanbietern zu wechseln, wodurch das Versorgungssystem insgesamt eine höhere Flexibilität und damit auch Patientenfreundlichkeit erhält. Es bietet aber auch den anbietenden Organisationen entsprechende Flexibilität um innerhalb der Finanzierungsgrenzen Alternativen der Versorgung und ihrer Finanzierung zu entwickeln oder sie zu verbessern.

*Modell 4.:* Pauschalfinanzierung im ambulanten Versorgungsbereich

Diejenigen niedergelassenen Ärzte, die durch ein breites Leistungsangebot in der Lage sind, die ambulante Versorgung für bestimmte Gruppen auf Kopfpauschale-Basis zu abzuwickeln, haben die Möglichkeit, direkt mit dem Kostenträger, dem Staat Massachusetts abzuschliessen. Sie müssen allerdings – soweit erforderlich – Über- oder Einweisungen in stationäre Einrichtungen vornehmen, die auf Gebühr-Leistungs-Basis abgerechnet werden. Zwar tragen sie dabei nur ein Teil eines definierten Anteils, der stationären Versorgungskosten ihrer Patienten, sie müssen jedoch hinsichtlich der ambulanten Versorgung das volle Kopfpauschalrisiko übernehmen. Diese Möglichkeit wurde geschaffen, um den Versorgungsbedarf der Angehörigen der jüngeren Altersklassen, die seltener stationäre Versorgung in Anspruch nehmen brauchen, abzudecken.

*Modell 5.:* Die Sicherstellung der Versorgung für Rentner und Behinderte

Die Versorgung der Medicaidpatienten im Rentenalter sowie Behinderten ist häufig durch eine Reihe von Faktoren beeinträchtigt. Einige der wesentlichen Einflussfaktoren sind: die Altersverteilung, die Multimorbidität der Alten, gering ausgeprägtes und aus ökonomischen Gründen beeinträchtigtes Präventiv- und Gesundheitsverhalten und daher erhöhter und multipler Behandlungsbedarf. Da allein 60% des Gesamtbudgets für Medicaid in Massachusetts der Gesundheitsversorgung dieser Gruppe gewidmet ist, ergibt sich bereits durch diesen grossen Anteil die Notwendigkeit bestimmter Sparmassnahmen. Das soll mit MHC Verfahren erreicht werden.

Um den Bedürfnissen der Alten und Behinderten nach Gesundheitsversorgung trotz des überproportional hohen Behandlungsbedarfs gerecht zu werden und dennoch die Kostenentwicklung zu berücksichtigen, sind 3 verschiedene Ansätze entwickelt worden:

**5.1 Prävention:** Ansatz Nr. 1 ist vergleichbar dem der ambulanten Versorgung über Kopfpauschale und richtet sich vorwiegend an die gesunde, d.h. nicht akut – oder chronisch kranke Gruppe der Alten unter der Medicaid Population. Für sie übernimmt ein Primärarzt die Gesundheitsversorgung. Für die Mitglieder dieser Gruppe ist es wichtig zu wissen, dass sie überhaupt einen Arzt im Bedarfsfall aufsuchen können, bzw. an welchen sie sich wenden können und dass auch dann, wenn kein Notfall vorliegt, die Versorgung erfolgt.

**5.2 Gemeindefürsorge Versorgungsalternativen:** Der zweite Ansatz zielt auf jene, häufig chronisch kranken Medicaid Patienten, die eigentlich in einem Alten- oder Pflegeheim untergebracht sein müssten, um ihre Versorgung zu gewährleisten. Institutionalisierung hätte jedoch in aller Regel höhere Versorgungskosten bei gleichzeitig geringerer Akzeptanz der Massnahmen zur Folge. Für diese Patienten wird versucht, durch organisatorische Vorkehrungen auf Gemeindeebene, ihre Unabhängigkeit zu erhalten, sie in ihrer eigenen Wohnung zu belassen, und durch ambulante Versorgungsdienste für deren gesundheitliche Betreuung zu sorgen.

**5.3 Gesundheitsversorgung von Alten- und Pflegeheiminsassen:** Der dritte Ansatz schliesslich dient der Versorgung der Insassen von Alten- und Pflegeheimen. Um die stets hohen Kosten institutioneller Gesundheitsversorgung zu reduzieren und die häufig auf Routineverrichtungen sich darstellenden Versorgungsformen angemessen zu vermitteln, werden vorwiegend „nurse practitioners“, unter ärztlicher Supervision, eingesetzt, die die gesundheitliche Betreuung der Insassen übernehmen\*. Bei den Alten- und Pflegeheiminsassen sind, aufgrund fehlender eigener Mittel und wegen bestehender multimorbider Vorschädigung, häufig Krankenhauseinweisungen zu verzeichnen, die nicht aus zwingender Indikationsstellung erfolgen, sondern wegen der Behandlungsverpflichtung durch die Notfallstationen der Krankenhäuser. Die Betreuung der Insassen durch die nurse practitioners dient daher nicht zuletzt dem Ziel, Krankenhausaufnahmen, insbesondere solche, die eigentlich ambulanten Versorgungszwecken dienen, wegen ihrer Kostenträchtigkeit zu verringern.

\* Nurse practitioners sind hiesigen Gemeindefürsorgern bzw. Familienpflegerinnen vergleichbar, haben jedoch, im Unterschied zu diesen, eine Reihe ärztlicher Funktionen delegiert bekommen.

### Ergebnisse von Managed Health Care in der Gesundheitsversorgung der Medicaid-Patienten in Massachusetts

Nach Einführung von MHC ergab sich für alle durch Medicaid finanzierten Programme der Gesundheitsversorgung eine Reduzierung der pro-Kopf-Kosten. Diese Senkung wurde allerdings sowohl durch Verringerung der Zahl der Anspruchsberechtigten, als auch durch ihre Konzentration auf die im Rahmen des Programms operierenden Versorgungseinrichtungen erreicht; aber auch dadurch, dass Veränderungen im Inanspruchnahmeverhalten der Medicaidpatienten erzielt wurden. Das Angebot zur Wiederaufnahme von dauerhaften Beziehungen zu einem Primärarzt wirkte als der wesentliche Einflussfaktor zur Beteiligung an den MHC Programmen im Rahmen von Medicaid. Neben den durch MHC induzierten Veränderungen im Inanspruchnahmeverhalten ist als kostensparender Einfluss ebenfalls das Verbot anzusehen, medizinische Betreuung ausserhalb des MHC Programms gegen Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen<sup>13</sup>.

Trotz dieser Strategien zur Kontrolle der Inanspruchnahme zeigt sich, dass diejenigen, die in den MHC Programmen versorgt wurden, mehr Leistungen und höhere Inanspruchnahmeraten für sich realisierten, als das für die Medicaidpatienten im Durchschnitt galt. Das bedeutet, dass die Kostenreduzierungen nicht durch die Rationierungs-Strategien für diese Gruppe erreicht wurden. Es zeigen sich darin vielmehr selektive Einflüsse der inanspruchnehmenden Population sowie die Erfolge des Kostenmanagements<sup>14</sup>.

Die Selektivität der Anspruchsberechtigten erklärt sich durch den Modus, in dem die Aufforderung zur Teilnahme an den MHC Programmen den Berechtigten nahegebracht wurde. Im allgemeinen wurden die späteren Teilnehmer in den beteiligten Arztpraxen kontaktiert, so dass die Wahrscheinlichkeit, auch zukünftige Inanspruchnehmer auszuwählen, hoch war. Dieses wiederum erwies sich als Vorteil für das Programm, da der Kostenanstieg, den die multiplen Inanspruchnehmer in der Vergangenheit verursacht hatten, am dringendsten eine Senkung erfahren musste.

Aus der geringen Zahl derjenigen, die freiwillig aus dem Programm ausschieden, lässt sich ableiten, dass die Zufriedenheit mit den Versorgungsbedingungen hoch ist. Qualitative Untersuchungen, sowohl bei den im Programm Verbleibenden als auch bei Ausgeschiedenen zeigten für beide Fälle hohe Zufriedenheit mit den bereitgestellten und durch MHC kontrollierten Leistungen.

Vergleiche von Leistungsprofilen bei den beteiligten Versorgungsinstitutionen vor und während des Programms zeigen, dass durch MHC keine qualitativen Verschlechterungen in der Versorgung eintraten<sup>15</sup>. Die wesentlichen Vorzüge von MHC sind zusammengefasst:

1. Kostenbegrenzung.
2. Weitgehender Erhalt der Versorgungsqualität.
3. Entwicklung einer stabilen Arzt-Patient-Beziehung, die für sich kostenreduzierend und qualitätssichernd wirkt (Verringerung der erratischen Arztkontakte und klinischen Notversorgung).
4. MHC ist die sozial verträglichere Alternative zur Leistungsreduzierung in der Gesundheitsversorgung. Systeme die durch Leistungs- oder Anspruchsbegrenzung Kosteneinsparungen erreichen wollen, sind im Ansatz unsozial und verschieben die Versorgungskosten zu Lasten der Versorgungsbedürftigen.
5. MHC nutzt die Möglichkeiten effektiver Kostenplanung durch Budgetierung der Kosten pro Berechtigtem bzw. in Bezug auf die zu versorgende Population. Dadurch entfällt der Anreiz für die Leistungsanbieter, durch mehr, d. h. auch unnötige, Leistungen das Einkommen und die soziale Sicherheit zu erhöhen. Anstelle dieser, herkömmliche Systeme kennzeichnenden Anreizstruktur, wird der Anreiz effizienter Leistungserbringung gesetzt.
6. Durch Stimulierung des Wettbewerbs unter den Anbietern werden die Effekte rationaler und effizienter Leistungserbringung verstärkt. Wo der Wettbewerb fehlt, werden die Anreize, kostenbewusst die Leistungen zu erbringen, verringert<sup>18</sup>.
7. Durch Übertragung des finanziellen Risikos auf die Leistungserbringer werden die notwendigen Verhaltensänderungen auf der Anbieterseite erzeugt, die den effizienten Mitteleinsatz garantieren.
8. Durch gemeinsames Risikoerleben wird bei den Leistungserbringern die Bereitschaft zur engeren und intensiveren Zusammenarbeit geschaffen. Das wirkt sich für den Inanspruchnehmer vorteilhaft aus und verringert unnötige und kostenträchtige (Doppel-)Behandlungen. Zusammenarbeit dieser Form ist vor allem für die multimorbide, ältere Bevölkerung von Vorteil<sup>17</sup>.
9. Die Zusammenarbeit der Leistungsanbieter verringert für die Inanspruchnehmer das iatrogene Risiko. Die erhöhte Peer-Kontrolle wirkt sich positiv auf die Versorgungslage der Patienten aus. Aufschieben oder falsche Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgungseinrichtungen wird vermindert wegen der dauerhaften Patient-Primärarzt-Beziehung und dessen kompetente Überweisungsverfahren.

### Durch MHC verstärkt auftretende Probleme

#### *Tendenz zur Unterversorgung*

MHC hat durch die kostenbezogene Angebotslage eine immanente Tendenz zur Unterversorgung. Diese rührt im wesentlichen aus dem Kopfpauschale-

Finanzierungsmodus sowie aus der Tatsache her, dass nicht in Anspruch genommene Leistungen als Gewinn der Versorgungsinstitution verbleiben. Um sicher zu stellen, dass dieser Anreiz zur Unterversorgung, sich nicht verstärkt, ist es erforderlich, detaillierte Behandlungskataloge zu entwickeln, um die Versorgung aus Kostengründen, sich nicht schleichend qualitativ verändern zu lassen (standards of care).

#### *Erhalt der Patientenzufriedenheit*

Parallel zur Kontrolle der Unterversorgungstendenzen müssen kontinuierlich qualitative Erhebungen der Patientenzufriedenheit vorgenommen werden, um damit eine Informationsquelle über die Bewertung der Leistungserbringung durch die Betroffenen und ihre Zufriedenheit mit den beteiligten Institutionen zu entwickeln. In diesen Zusammenhang gehört die Einrichtung leicht verständlicher unbürokratischer Beschwerdeverfahren, die, im Falle der Verweigerung bestimmter Leistungen, für den Patienten nachvollziehbar, eine Prüfung des Sachverhalts ermöglichen.

#### *Programminformation*

MHC darf sich nicht allein auf die programmimmanenten Steuerungsqualitäten verlassen, um die Patientenzufriedenheit zu erhalten. Vielmehr muss aktiv Patienteninformation betrieben werden, um so ein Höchstmass an Patientenidentifikation mit dem Programm zu erzeugen, zur Verbesserung des Gesundheits- und Inanspruchnahmeverhaltens.

#### *Finanzielle Risikogestaltung für die Leistungserbringer*

Für die Leistungserbringer wie für die Intermediaries stellt sich nach wie vor die Frage der optimalen Risikogestaltung. Völlige Übernahme des finanziellen Risikos, wie im Falle von Kopfpauschalen, wird für Anspruchsberechtigte, Sozialhilfeempfänger (Medicaid-Patienten), wegen der typischen gesundheitlichen Risikokonzentration bei dieser Gruppe, für kaum finanzierbar angesehen. Der höhere Versorgungsbedarf dieser Population ist über Pauschalregelungen realistisch nicht zu finanzieren, es sei denn, die Sätze würden stark angehoben werden. Wahrscheinlich wird es auf eine Risikobeteiligung, d. h. Kostenbeteiligung des Versorgungsträgers, des Staates Massachusetts, mit den Leistungserbringern bzw. Intermediaries hinauslaufen.

### **Managed Health Care (MHC): Folgerungen aus der Praxis**

MHC ist ein Verfahren, dass die Kosten der Gesundheitsversorgung durch Veränderung der An-

reizstruktur für die Leistungserbringung, Verschiebung des finanziellen Risikos auf die Leistungserbringer sowie durch Budgetierung der Kosten und strikte Kontrolle der Inanspruchnahme wie der Leistungserbringung für eine definierte Population verringern kann.

Mit MHC-Strategien werden die Verhaltensweisen der Inanspruchnahmeberechtigten, wie die der Leistungserbringer gleichermaßen beeinflusst und im Sinne einer kostenbewussten und kosteneffektiven Weise aber auch im Sinne einer verstärkten Berücksichtigung präventiver Verhaltensweisen verändert. Dadurch wird der Transfer von Patienten aus den Versorgungseinrichtungen höherer Versorgungsqualität und -stufe auf die fall- und versorgungsadäquate Ebene (aus den Krankenhäusern auf die Niederlassungs- und Community Health Center Ebene) verstärkt. MHC verstärkt die Tendenz zum Einsatz von Berufen mittlerer Qualifikationsstufen durch die Tendenz der Kosteneinsparung über Erniedrigung des Versorgungsniveaus zur Versorgung heran (Deprofessionalisierung).

MHC ist eine Tendenz zur Unterversorgung immanent, trotz aller Bemühungen um den Erhalt der Versorgungsqualität. Die Ursache liegt in der Anwendung der diagnosebezogenen Krankheitsgruppen (DRGs) zur Definition der Erstattungskosten für die Leistungsanbieter. Die Versorgungsqualität wird durch Leistungsprofile sowie kontinuierliche Überprüfungen der Patientenzufriedenheit und Verstärkungen der Patientenidentifikation mit den Versorgungsprogrammen zu sichern versucht.

Grundsätzlich stellt MHC ein Verfahren dar, das in Übereinstimmung mit grundlegenden Werten einer demokratischen Gesellschaft, d. h. nicht durch Einschränkung des Versorgungsanspruchs oder des Leistungsumfangs, die Gesundheitsversorgung ihrer bedürftigsten Bevölkerungsgruppe ermöglicht. Dass dabei Risikoverschiebungen auf die in vorteilhafter sozialen Lage befindlichen Leistungsanbieter erfolgen, scheint in dieser Sichtweise nur konsequent. MHC-Strategien stellen die organisatorischen Rahmenbedingungen dar, mit denen die Versorgung mit medizinischen Leistungen, auch bei begrenzten finanziellen Mittel und hohem Versorgungsbedarf, in der Basisversorgung für definierte, finanziell bedürftige Populationen ermöglicht werden kann.

### Zusammenfassung

Die Implementierung wettbewerbsbasierter Verfahren zur medizinischen Leistungserbringung in den USA hat unter der Bezeichnung „Managed Health Care (MHC)“ ein Bündel von Kontrollmassnahmen entstehen lassen, deren Ansatz, Ziel und Auswirkungen in Hinblick auf das Verhalten der Anbieter und Anspruchsberechtigten an einem Beispiel dargestellt wird.

### Summary

#### Learning from the U.S.A.? – Managed Health Care, Experience in Containing Costs of Health Care for Medicaid Eligibles in Massachusetts.

Managed Health Care is characterized by a number of different control mechanisms aiming at cost containment in health care delivery. The means and consequences of its application are discussed using the approach of the state of Massachusetts to improve care delivery for Medicaid eligibles as an example and problems unsolved are specified.

### Résumé

#### Que peut-on apprendre des Etat-Unis? La réduction des coûts médicaux dans le programme Medicaid du Massachusetts.

«Managed Health Care» est une stratégie visant la réduction des coûts médicaux, implantée dans le cadre du programme Medicaid du Massachusetts. Les principes de cette stratégie, basée sur la concurrence entre prestataires médicaux, sont décrits, analysés et discutés.

### Literaturverzeichnis

- 1 *Health Care Financing Administration. Division of National cost Estimates, Office of the Actuary.* National Health Expenditures, 1986 – 2000, Health Care Finan Rev 1987; 4: 1–36.
- 2 *Howell EM, Baugh DK, Pine PL.* Patterns of medicaid utilization and expenditures in selected states: 1980–84, Health Care Finan Rev 1989; 2: 1–16.
- 3 *Gornick M, Greenberg JN, Eggers PW, Dobson A.* Twenty years of medicare and medicaid: Covered populations, use of benefits, and program expenditures. Health Care Finan Rev 1985; Annual Supplement, 13–59.
- 4 *Hurley RE, Freund DA.* A Typology of medicaid managed care. Med Care 1988, 8: 764–774.
- 5 *US Congress, Office of Technology Assessment.* Medicare's prospective payment system: Strategies for evaluating cost, quality, and medical technology. OTA-H-262, Washington, D.C.: US Government Printing Office, 1985.
- 6 *Freund DA, Neuschler E.* Overview of medicaid capitation and case-management initiatives. Health Care Finan Rev 1986; Annual Supplement: 21–30.
- 7 *Beatrice DF.* Managed health care systems and medicaid reform. In: Boland P. (ed) The New Healthcare Market, Homewood: Dow Jones-Irwin, 1985: 633–650.
- 8 *Fox PD.* Plan Design. In: Fox PD, Goldbeck WB, Spies JJ. Health care cost management. Ann Arbor: Health Administration Press, 1984: 7–42.
- 9 *Davidson SM, Cromwell JC, Schurman R.* Medical myths: Trends in medicaid expenditures and the prospects for reform. J Health Polit Policy Law 1985; 4: 699–728.
- 10 *Webber A, Goldbeck WB.* Utilization review. In: Fox PD, Goldbeck WB, Spies JJ. Health care cost management. Ann Arbor: Health Administration Press, 1984: 60–91.
- 11 *Freund D.* Medicaid reform: Four studies of case management. Washington, D.C.: American Enterprise Institute, 1984.
- 12 *Freund D.* The private delivery of Medicaid services: Lessons for administrators, providers, and policymakers. J Amb Care Managem 1986; 9: 54–65.

- 13 Case management as a cost-effective approach to improved health services delivery to medicaid recipients: Final Report. Massachusetts Case Management Demonstration Project, 1982.
- 14 *Haynes P.* Summary of case studies of medicaid competition demonstration projects, Contract No. HCFA 500-83-0050. Research Triangle Park, N.C.: Research Triangle Institute, 1984
- 15 *Haynes P, Gibson-Kern R.* Evaluation of medicaid competition demonstration: The New Jersey medicaid personal physician plan. Contract No. HFCA 500-83-0050. Research Triangle Park, N.C.: Research Triangle Institute, 1984.
- 16 *Enthoven AC.* Managed competition in health care and the unfinished agenda. Health Care Finan Rev, 1986; Annual Supplement: 105–119.
- 17 *Beatrice DF.* Managed health care systems and medicaid reform. In: Boland P. (ed.) The new healthcare market. Homewood: Dow Jones-Irwin 1985: 648.

**Korrespondenzadresse:**

PD Dr. R. P. Nippert  
Institut für Medizinische Soziologie  
Westfälische Wilhelms-Universität, Münster  
Domagkstr. 3  
D-4400 Münster/Germany