

EINE AGENDA MANAGED CARE 2030

I. DER STATUS QUO: DAS GESUNDHEITSSYSTEM ALS REPARATURBETRIEB

Die Erwartungen an die Gesundheitsversorgung sind sehr unterschiedlich. Die junge, gesunde Jobanfängerin in der Stadt hat völlig andere orts- und zeitunabhängige Ansprüche an Gesundheitsleistungen als ein älterer, partiell immobiler Mensch mit chronischer Erkrankung. Für die eine ist wichtig, dass Hilfestellungen zur Gesunderhaltung ohne viel Aufwand zur Verfügung stehen, für den anderen ist entscheidend, dass die einzelnen Komponenten der Versorgung ohne Transferverluste ineinandergreifen und zu einem umfassenden Versorgungspaket verschmelzen. Beide Erwartungshaltungen kann das deutsche Gesundheitswesen nur unzureichend erfüllen.

Niemand kann uns vorwerfen, dass wir nicht genügend in unser Gesundheitssystem investieren. Zwölf Prozent des Bruttoinlandsproduktes sprechen eine deutliche Sprache – damit liegen wir bei den Gesundheitsausgaben weltweit auf Platz 4¹ – nach den USA, der Schweiz und Norwegen. Aber geben wir das Geld an den richtigen Stellen, für die richtigen Aufgaben aus? Dieser Frage müssen wir uns stellen. Und zwar wiederkehrend. Das Hinterfragen der

Geldströme im System, das Justieren der finanziellen Anreize, muss als permanente Aufgabe zur Weiterentwicklung der Versorgung gesehen werden.

Momentan finanzieren wir nicht Gesundheit, sondern Einzelleistungen und Strukturen. Das Ergebnis ist ein reaktives Krankheitsbehandlungssystem, quasi ein Reparaturbetrieb, und kein proaktives Gesundheitsförderungssystem. Das Denken und Ausrichten an Strukturen und Zuständigkeiten ist ein vielfach kritizierter Ansatz im deutschen Gesundheitswesen. Denn es verhindert, dass Versorgung vom Kopf auf die Füße gestellt, also an Patientenbedarfen ausgerichtet wird – und es verhindert Innovation.

Neben adäquater Versorgung leisten wir uns Über-, Fehl- und Unterversorgung gleichzeitig. Daran wird deutlich: Für Probleme im Gesundheitswesen gibt es nie simple Lösungen. Je nach Indikation, Bevölkerungsgruppe etc. braucht es differenzierte Betrachtungen. Patientenbedarfe zeichnen sich zunehmend durch Komplexität aus. Regelfall ist häufig nicht mehr eine einzelne, akute Erkrankung,

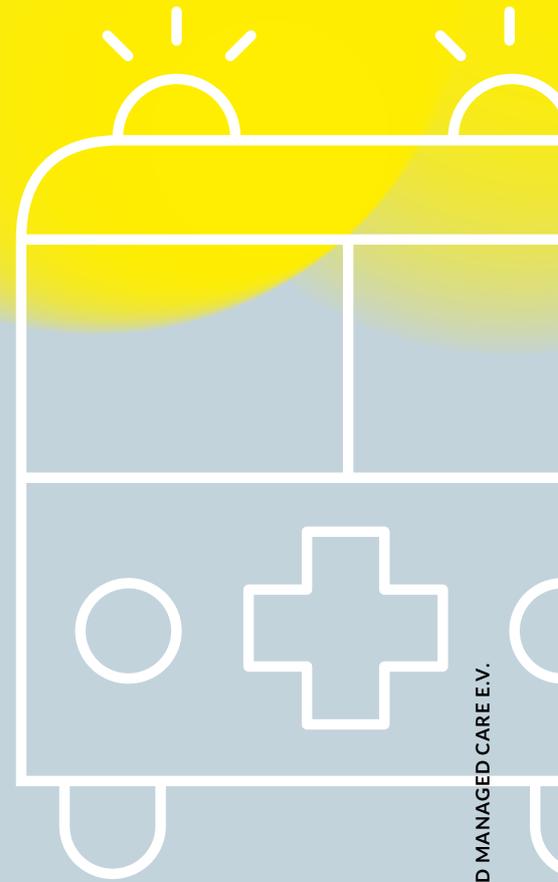
»Unser System ist derzeit ein reaktives Krankheitsbehandlungssystem und kein proaktives Gesundheitsförderungssystem. Die zunehmende Spezialisierung hat dazu geführt, dass keiner mehr den gesamten Menschen im Blick hat, und auch keine Verantwortung für bessere Gesundheitsoutcomes übernehmen muss oder will.«
(Dr. Viktoria Stein)

sondern die Gleichzeitigkeit unterschiedlicher, chronischer Gesundheitsprobleme im Kontext individueller Lebensumstände. Komplexe Versorgung kann aber nicht in starren Strukturen stattfinden.

Demgegenüber steht die zunehmende Spezialisierung der Disziplinen und Professionen – eine Fragmentierung, die durch den medizinischen Fortschritt befördert wird. Somit wird zur zentralen Herausforderung für die Versorgenden, gleichzeitig hochspezialisiert zu agieren und dabei nicht den gesamten Menschen aus den Augen zu verlieren. Dem Spagat zwischen Spezialisierungsbedarfen und Komplexitätsmanagement muss Rechnung getragen werden – sowohl in der Ausgestaltung von Rahmenbedingungen als auch in der Ausbildung. Wichtig ist dabei: qualitativ hochwertige Versorgung kann nur funktionieren, wenn weder das eine noch das andere vernachlässigt wird. Die Versorgung von multimorbiden, chronisch Kranken ist zweifelsohne die größte Herausforderung in einer alternden Gesellschaft – zugleich Paradebeispiel für die Notwendigkeit und Lackmustest interprofessioneller Kooperation und Koordination.

Erschwert wird sie durch ein stark ausgeprägtes Denken in Professionen, das eine starre Trennung zwischen den Gesundheitsberufen und ihren Aufgabenbereichen nach sich zieht. Ohne Zusammenarbeit kann die Maxime des Systems nur sein: eingetretenen Schaden zu reparieren, anstatt gemeinsam Schäden zu verhindern.

Verwunderlich ist es daher nicht, dass in dieser Gemengelage die Übernahme von Verantwortung für Gesundheit durch einzelne Akteure abwegig erscheint. Kein Akteur ist heute in der Lage, die Strukturen so zu gestalten, dass Versorgung aus einer Hand möglich ist. Dazu tragen auch unsere Vergütungssysteme einen Teil bei. Aber so wichtig Vergütungssysteme sind, darf man in ihnen weder Grund allen Übels noch Allheilmittel sehen. Das perfekte Vergütungssystem gibt es nicht, entscheidend wird letztendlich ein Konzept aus unterschiedlichen monetären und nicht-monetären Komponenten sein.



PATIENTINNEN UND PATIENTEN: DIE UNGENUTZTE RESSOURCE IM GESUNDHEITSWESEN

An diesem fragmentierten System hat sich trotz zahlreicher Reformansätze nichts Grundlegendes geändert. Statt sich dem gemeinsamen Ziel „Patientenorientierung“ zu verschreiben, werden Verteilungskämpfe ausgetragen. So missachten wir hartnäckig die wichtigste Ressource im Gesundheitswesen: die Patientinnen und Patienten selbst. Die Versorgungspyramide von Kaiser Permanente verdeutlicht das Potenzial, dass im Self-Management der Patientinnen und Patienten liegt, schon seit den späten 1990er Jahren. In Deutschland, so scheint es bisweilen, ist diese Erkenntnis überhaupt noch nicht angekommen.

Auch die Social Determinants of Health², die vor über 20 Jahren postuliert wurden, finden im Versorgungsalltag und vor allem in den Strukturen viel zu wenig Beachtung. Gleiches gilt für die Politik in Deutschland, die sich dem Ansatz Health in all policies³ schon längst hätte verschreiben müssen. Es ist schlicht zu kurz gesprungen, sich auf den einzelnen Menschen ohne die Betrachtung seiner Umgebung zu fokussieren. Zurecht schließt die WHO in

ihre Definition von Gesundheit daher auch psychisches, seelisches und soziales Wohlbefinden ein.

Lediglich zehn Prozent der Gesundheitsoutcomes werden durch den Zugang zu klinischer und medizinischer Versorgung determiniert, 90 Prozent werden dagegen von sozialen Umständen – Lebensstil, Umwelt, Bildung u. ä. – beeinflusst⁴. Dennoch geben die OECD-Länder fast 90 Prozent ihrer Gesundheitsbudgets für die medizinische Versorgung in Krankenhäusern und Arztpraxen aus⁵.

Die tägliche Erfahrung der Ärzteschaft und des Pflegepersonals muss bisweilen frustrierend sein, denn das, was eigentlich getan werden müsste, um den Gesundheitszustand und die damit verbundene Lebensqualität zu verbessern, können sie gar nicht leisten. Wann braucht es eine Ärztin und wann einen Sozialarbeiter? Die Klaviatur der Optionen, die beispielsweise Ärztinnen und Ärzte bedienen können sollten, müsste viel größer sein und auch die enge Zusammenarbeit mit Sozialarbeitern und Case-Managerinnen umfassen.

»Wir müssen weg vom reaktiven hin zu einem proaktiven Handeln im Sinne von ›Health in all policies‹. Es geht nicht nur um den einzelnen Patienten bzw. die einzelne Patientin, sondern auch um die persönliche Umgebung, die Population und die Peers, die ebenfalls Auswirkungen auf den Gesundheitszustand haben.« (Dr. h.c. Helmut Hildebrandt)

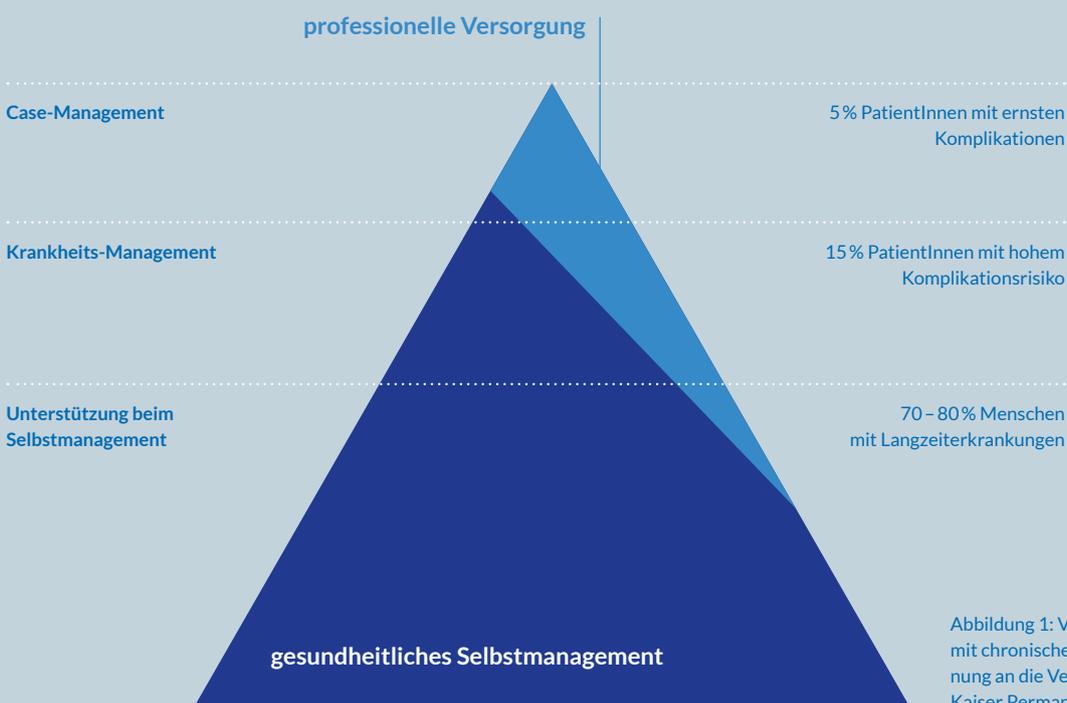


Abbildung 1: Versorgung von Menschen mit chronischer Erkrankung in Anlehnung an die Versorgungspyramide von Kaiser Permanente

II. MANAGED CARE: DER WERKZEUGKASTEN FÜR DIE NEUAUSRICHTUNG?



Was für eine Neuausrichtung der Versorgung an den tatsächlichen Bedarfen fehlt, sind Konzepte, Instrumente und eine verbindende Vision. Die Werkzeuge von Managed Care können hierfür wichtige Impulse bieten. Ziel ist der Transfer von bewährten Managementansätzen in den regulierten Markt der Gesundheitsversorgung. Allem voran steht dabei, dass Leistungen nach dem Wert, den sie erzeugen, bemessen werden: Leistungen und Ausgaben für die Versorgung gehen immer einher mit einer Verantwortung für Gesundheitsergebnisse. Diese sind nicht nur monetär zu bemessen. Im Quadruple Aim-Ansatz⁶ sind im Sinne einer wertorientierten Gesundheitsversorgung neben Kosteneffizienz und Gesundheitsoutcomes auch die Patientenzufriedenheit und Arbeitsbedingungen der im Gesundheitswesen Tätigen als Zielgrößen zu berücksichtigen. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, ist eine fortlaufende Evaluierung und Erfolgsmessung von Versorgungsmodellen und -konzepten essenzieller Bestandteil von Managed Care.

Wichtig ist dabei eine konsequent durchgesetzte Nutzerperspektive, die sich an den individuellen Versorgungsbedarfen der Patientinnen und Patienten orientiert, unabhängig von den an der Versorgung beteiligten Akteuren und Strukturen (bzw. Sektoren). Die Nutzerorientierung hat zudem selbst einen fassbaren Wert – und dies im Sinne einer dreifachen Ko-Produktion:

- 1) PatientInnenmitwirkung verbessert Therapieergebnisse;
- 2) Patientinnen und Patienten können durch Feedback und Beteiligung dazu beitragen, Versorgungsangebote schon in ihrer Anlage auf Gebrauchstauglichkeit zu prüfen;
- 3) die Einbindung von Patientinnen und Patienten bereits auf der Ebene der Systemgestaltung trägt dazu bei, bessere Rahmenbedingungen für die Versorgung zu gestalten.

Dass über diese Grundlagen hinaus kein gemeinsames Verständnis von Managed Care existiert, sollte nicht abschrecken. Für den einen ist Population Health eine klassische Organisationsform im Managed Care Konzept, wohingegen es für andere eine Weiterentwicklung desselben darstellt. Value-Based Care kann zudem als eine grundlegende Denkweise von Managed Care oder auch als eigenständiges Konzept betrachtet werden. Begriffsspielereien schaffen keinerlei Mehrwert. Die im Zusammenhang mit Managed Care stehenden Konzepte bieten jedenfalls wirksame Hebel, um einen Kurswechsel im Gesundheitssystem zu erreichen. Je mehr wir die Erfolgsdimensionen des Quadruple Aim zusammen betrachten und sie in einen auf langfristige Gesunderhaltung ausgelegten Zusammenhang setzen, desto klarer treten die Konturen für eine Gesundheitsversorgung hervor, die über einen Reparaturbetrieb hinausgeht.

Vorwegnehmen können wir: Die „eine“ Lösung wird es nicht geben. Die Vielfalt der Bedarfe braucht die Pluralität von Lösungsansätzen. Das Problem von Gesundheitsreformen ist jedoch, dass sie selten positiv wahrgenommen werden und eher auf Restriktionen und Einsparungen setzen als auf die Gestaltung von Freiräumen. In der Gesundheitsarena darf die Politik eines aber nicht aus den Augen verlieren: Gewinner bzw. Gewinnerin einer engeren und effizienten Verzahnung zwischen den unterschiedlichen Versorgungsstrukturen ist die Patientin bzw. der Patient.

Einen „Aufbruch in eine moderne sektorenübergreifende Gesundheits- und Pflegepolitik“ verspricht der neue Koalitionsvertrag der Regierungsparteien aus SPD, Bündnis 90/ Die Grünen und FDP. Unsere „Agenda 2030“ leistet dazu einen Beitrag.

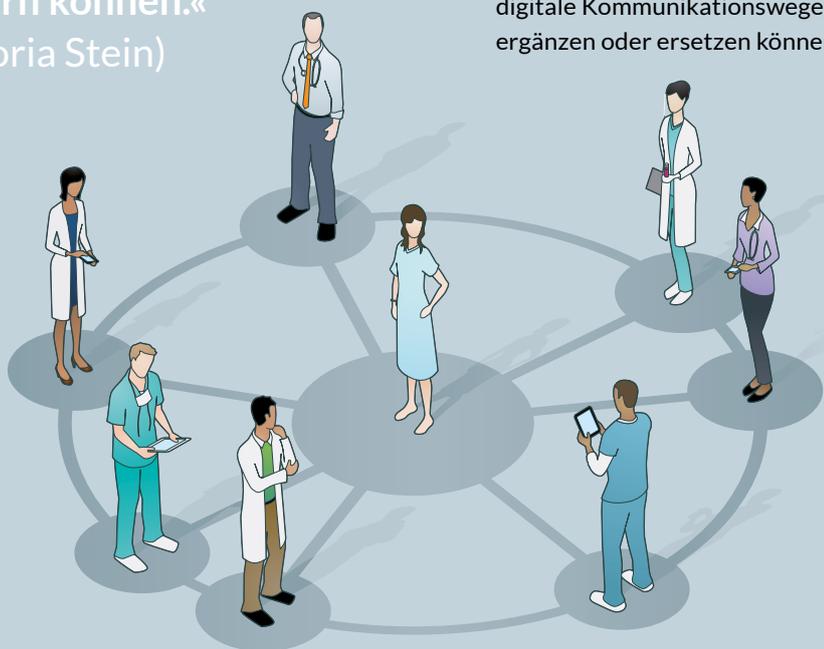
»Der entscheidende Webfehler: Das Gesundheitssystem denkt nicht vom Patienten oder von der Patientin, sondern von den Strukturen her. Statt immer neue Anreize zu schaffen, sollten wir Blockaden erkennen und entfernen: Welche Regeln behindern mehr als sie nützen?«
(Prof. Dr. Volker Amelung)

III. UNSERE VISION: EINE VERNETZTE GESUNDHEITS- VERSORGUNG – INTEGRIERT UND POPULATIONSORIENTIERT

Die „Agenda Managed Care 2030“ setzt auf eine populi-
onsorientierte und integrierte – also durch Kooperation und
Koordination geprägte – Gesundheitslandschaft mit Fokus
auf Prävention, Gesundheitsförderung und -erhaltung.
Eine Patientenorientierung liegt diesem Ansatz zugrunde.
Das Gesundheitspersonal versteht sich als Coach der zu
behandelnden Person. Die Versorgung ist nahtlos und
beginnt weit vor dem ersten Arztbesuch. Die Zukunft von
Managed Care ist ein in seinen Strukturen und mit Hilfe
digitaler Lösungen vernetztes Gesundheitssystem.

Gute Versorgung, die vom Bedarf geleitet wird, ist eine
individuelle Zusammenstellung von einzelnen Versorgungs-
komponenten. Entweder kann diese konsequent entlang
einer Indikation erfolgen oder räumlich an einer geografisch
definierten Population ausgerichtet sein. Eine Heraus-
forderung ist dabei die Pluralität von Versorgungsformen,
die notwendig sind, um unterschiedlichen Bedürfnissen
Rechnung zu tragen.

»Die verschiedenen Berufsgruppen
und Organisationen müssen
realisieren, dass sie nicht allein
für die Gesundheitsoutcomes
verantwortlich sind, sondern nur
gemeinsam die Gesundheit der
Einzelnen und der Bevölkerung
verbessern können.«
(Dr. Viktoria Stein)



GESUNDHEIT IST EIN INVESTITIONSTHEMA

Drei Voraussetzungen sind für die Gestaltung einer be-
darfsorientierten Gesundheitslandschaft notwendig:
ein Überwinden der Sektorengrenzen, ein Denken von
Populationen und von den Patientinnen und Patienten her
(„das System kommt zum Menschen“) und mehr Investi-
tionen in Infrastrukturen und Technologien. **Es geht um
ein Umdenken: die Wiederherstellung und ein möglichst
langer Erhalt von Gesundheit muss zur Handlungsmaxime
werden. Davon ausgehend werden Strukturen gestaltet.**

Das verbindende Element von Managed-Care-Ansätzen
ist Kooperation, Koordination und Kommunikation.
Das kann nur mit digitalen Lösungen funktionieren, wofür
es gezielte, nutzerorientierte Investitionen in Techno-
logien braucht. Ziel ist ein besseres Zusammenspiel der
Akteure insbesondere für Menschen mit chronischen
Erkrankungen.

Gesundheit als solche muss als Investition verstanden
werden, die individuell und gesellschaftlich Werte schafft.
Dies beinhaltet sowohl die Gesunderhaltung der einzelnen
Person als auch der gesamten Bevölkerung. Wir investieren
nach wie vor viel zu wenig in die psychische Gesundheit
oder auch Gesundheitskompetenz. Darüber hinaus muss
das System so gestaltet sein, dass es die dort Tätigen
schützt und stärkt. Wenn Managed Care als durchaus unter-
nehmerischer Ansatz die im Gesundheitswesen Tätigen
als Humankapital betrachtet, so geschieht dies in der Absicht,
ihren Wert und Beitrag voll zur Geltung zu bringen. Eine
solche Herangehensweise öffnet auch Perspektiven, wo
digitale Kommunikationswege persönliche Ansprache
ergänzen oder ersetzen können – und wo nicht.

IV. UNSERE AGENDA

Der Koalitionsvertrag greift an ganz unterschiedlichen Punkten immer wieder Managed Care auf. Auch wenn das Konzept selbst nicht explizit erwähnt wird, ist es doch Leitgedanke hinter einem Großteil der angestrebten Veränderungen. So will die Bundesregierung die „Attraktivität von bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträgen“ erhöhen und „den gesetzlichen Spielraum für Verträge

zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern“ ausweiten. Managed Care ist hierfür der Weg. Es geht um die Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung und ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit, das auch die sozialen Determinanten der Gesundheit wie zum Beispiel Arbeitsplatz, Nachbarschaft oder Infrastruktur umfasst.

DIE MEILENSTEINE

- (1)** Das Ziel einer integrierten und populationsorientierten Versorgung braucht einen **neuen Anlauf in der Sozialgesetzgebung**. Wer ein fragmentiertes Sozialsystem und damit unterschiedliche Finanzierungstöcke aufrechterhält, muss sich nicht wundern, wenn Kooperation und Koordination nicht stattfinden. Kosten, die in der Krankenversicherung entstehen und in der Pflegeversicherung zu Einsparungen führen, müssen mittels Transferzahlungen ausgeglichen werden können. Kurzfristig sollte die Zusammenführung von SGB V und SGB XI angestrebt werden, langfristig braucht es eine umfassende **Verbindung von Gesundheits- und Sozialsystem**. Die Berücksichtigung des sozialen Umfelds führt zu einer Verbesserung von Gesundheitsergebnissen. Damit können auch politisch ganz neue Ziele gesetzt werden, die unmittelbar den Menschen zugutekommen: beispielsweise eine Verschiebung des Eintretens einer Pflegebedürftigkeit aufgrund von Alterserscheinungen auf durchschnittlich 85 Jahre.
- (2)** Statt um einen Wettbewerb der Leistungsmengen geht es um einen Wettbewerb um Gesundheitsoutcomes. Leistungserbringende müssen selbst darüber entscheiden können, wie sie ihr Budget einsetzen, je nachdem welche Bedürfnisse die zu versorgende Person oder Bevölkerungsgruppe hat. Erbringerinnen und Erbringer von Gesundheits- und Dienstleistungen werden daran gemessen und bezahlt, ob sich die Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit oder persönliche Gesundheit verbessert. Eine solche Vergütung fördert die Zusammenarbeit im Team und über Berufs- und Sektorengrenzen hinweg. Das stärkste Geschäftsmodell im Gesundheitswesen ist Qualität als Ergebnis konsequenten Fokussierens auf bessere Versorgung. Dafür braucht es die **Erweiterung des Vergütungsmixes** um „Fee for Value“. Das Vergütungssystem wird zu patientenassoziierten, individualisierten Modellen weiterentwickelt. Vergütet wird dort nur eine messbar bessere Versorgung. Das gilt im Übrigen für alle Akteure und Preise im Gesundheitswesen.

(3) Wer Versorgung verbessern will, braucht **aktuelle, aussagefähige und vergleichbare Daten**, die Versorgungsergebnisse auf Grundlage von konsentierten Indikatoren und gemeinsamen Standards beschreiben. Orientierungsgröße ist dabei nicht der einzelne Patient bzw. die einzelne Patientin, sondern die jeweilige Population. Dabei gilt es Konsens darüber herzustellen, welche Daten allen Akteuren zur Verfügung stehen sollten. Ein öffentlich zugänglicher Kerndatensatz ist für die Versorgungsforschung und in der Folge für die Optimierung von Versorgungsprozessen ebenso unabdingbar wie ein transparentes und begleitendes **Monitoring** und eine **Evaluation**. Zentrale Faktoren sind das konsequente und unmittelbare Messen von Ergebnissen, das Schaffen von Transparenz und der Mut, auch Unterschiede im Ergebnis zu akzeptieren und daraus Folgen abzuleiten. Die Erfolgsmessung erfolgt durch eine **unabhängige Institution**. Dabei müssen die Daten so aufbereitet sein, dass Patientinnen und Patienten sie für Behandlungsentscheidungen nutzen können. Ein Qualitätsbericht eines Krankenhauses nutzt den Menschen wenig für die Entscheidung bei der Wahl eines geeigneten Klinikstandortes, wenn er über 100 Seiten umfasst. Folglich braucht es **Public-Reporting-Systeme**, wie wir sie aus anderen Bereichen kennen. Eine **Stiftung Warentest im Gesundheitswesen** könnte bspw. Transparenz über die Versorgungsqualität schaffen.

(4) Integrierte, populationsorientierte Versorgung verlangt andere Kompetenzen von den Berufsgruppen wie auch vom Management. Einen Kulturwandel in der **Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe** erreichen wir, wenn alle Gesundheitsstudiengänge und -ausbildungen zukünftig Module vorsehen, in denen Studierende und Auszubildende aller Gesundheitsberufe gemeinsam lernen. Das schafft gegenseitiges Verständnis für Aufgaben und Kompetenzen und macht den interprofessionellen Austausch schon von Beginn an zur Selbstverständlichkeit.

»Der Wettbewerb ergibt sich automatisch durch die Outcome-basierte Vergütung. Durchsetzen werden sich jene, die einen echten Mehrwert leisten und liefern. Statt eines Wettbewerbs um den Preis brauchen wir einen Wettbewerb um Ergebnisse.« (Dr. Stefan Biesdorf)

V. MEHR BETEILIGUNG, FREIRÄUME UND UNTER- NEHMERTUM



Managed Care ist eine Denkhaltung. Weder kann man dafür oder dagegen sein, da es keine in sich geschlossene Theorie darstellt, sondern einen bunten Strauß an Instrumenten. Vereint werden diese ausschließlich dadurch, dass hinter ihnen der Grundgedanke steht, dass Versorgungsstrukturen von den Patientinnen und Patienten her gedacht und die Anreize so ausgestaltet sein müssen, dass bessere Gesundheitsoutcomes erzielt werden.

Managed Care heißt, mehr Unternehmertum zu wagen und nur dann zu regulieren, wenn es notwendig ist. Managed Care impliziert zudem eine Pluralität von Anbietern und Lösungen, aus der Fortschritt entsteht. Das Gesundheitssystem wird offen für Akteure, Initiativen und Geschäftsmodelle, die zum Nutzen aller beitragen und sich am

Design-, Implementierungs- und Evaluierungsprozess von Versorgungsstrukturen beteiligen. Auf Grundlage von Bedarfen entscheiden die Akteure selbst, wie sie Mittel einsetzen und Versorgungsangebote entwickeln. Dafür benötigen sie Freiräume und verlässliche Rahmenbedingungen für Investitionen in Strukturen, Personal und Lösungen. Managed Care kann also eine Kompassfunktion in der Gestaltung der Versorgung haben. Egal auf welcher Ebene oder in welchen Untiefen des Gesundheitswesens man sich befindet: Managed Care rückt das Ziel der Versorgung wieder in den Fokus.

DIE AGENDA IST IM MÄRZ 2022 ENTSTANDEN UNTER DER MITWIRKUNG VON

Prof. Dr. Volker Amelung, Vorstandsvorsitzender, Bundesverband Managed Care e.V.; Professor für Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover

Dr. Stefan Biesdorf, Partner und Co-Leader Digital Health Europe, McKinsey & Company

Prof. Dr. Lutz Hager, Professor für Management im Gesundheitswesen an der SRH Fernhochschule, The Mobile University

Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, Gründer und Vorstandsvorsitzender OptiMedis

Franz Knieps, Vorstand, BKK Dachverband e.V.

Sophia Schlette, MPH, Hauptgeschäftsführerin, Berufsverband der Deutschen Dermatologen

Dr. Viktoria Stein, Assistenzprofessorin, Leiden University Medical Centre, Niederlande

¹ OECD 2020 <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

² Wilkinson, Richard; Marmot, Michael, eds. (2003). The Social Determinants of Health: The Solid Facts (PDF) (2nd ed.). World Health Organization Europe. ISBN 978-92-890-1371-0.

³ Ståhl, Wismar, Ollila, Lahtinen, Leppo (eds.): Health in All Policies. Prospects and potentials, 2006.

⁴ Tarlov AR. Public policy frameworks for improving population health. Ann NY Acad Sci. 1999; 896:281-93.

⁵ OECD 2014.

⁶ Sikka R, Morath JM, Leape L. The Quadruple Aim: care, health, cost and meaning in work BMJ Quality & Safety 2015; 24:608-610. <https://qualitysafety.bmj.com/content/24/10/608>