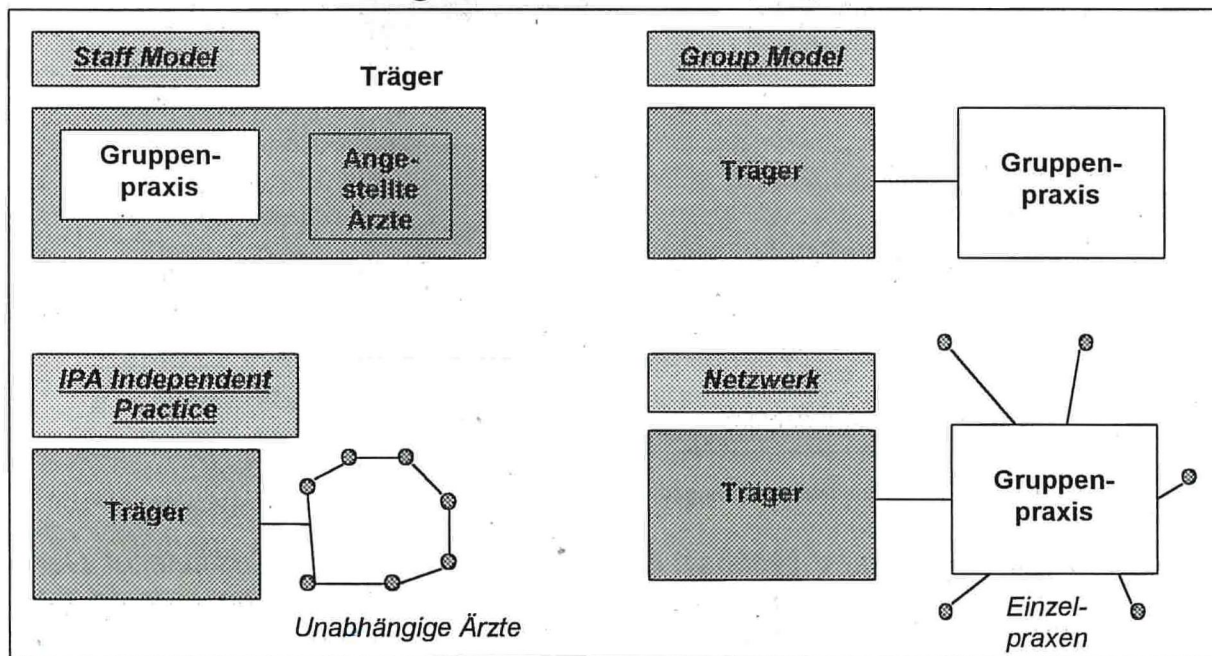


Im Jahre 1989 schuf der Schweizer Bundesrat die rechtlichen Grundlagen für die versuchsweise Einführung von alternativen Formen der Krankenversicherung. Im Folgejahr wurde in Zürich-Wiedikon die erste HMO-Gruppenpraxis der Schweiz eröffnet. Mittlerweile wird dem Schweizer Managed Care-Modell im Sinne eines „best practice-Ansatzes“ vielfach eine Vorbildfunktion auch für das deutsche Gesundheitswesen zugewiesen, gleichzeitig fehlt es aber auch nicht an kritischen und warnenden Stimmen. Vor diesem Hintergrund möchte die vorliegende Arbeit

Health Maintenance Organizations in der Schweiz

die Schweizer Erfahrungen mit HMO's näher beleuchten. Im Rahmen einer Sekundär-analyse berichteter Erfahrungen und Daten werden Kosten-, Selektions- und Qualitäts-effekte von HMO's ebenso thematisiert wie Fragen der sozialen Akzeptanz von HMO's, des Einflusses auf das Arbeitsverständnis der (Zahn-)Ärzte sowie die Machtbalance zwischen Krankenkassen und (Zahn-)Ärztenschaft. In einem Ausblick werden die Möglichkei-ten und Grenzen der Übertragbarkeit des Schweizer Modells auf das deutsche Gesund-heitssystem diskutiert.

Managed Care Modelle in der Schweiz



Quelle: Jürg Baumberger, So funktioniert Managed Care, Stuttgart 2001, S. 132.

Autor des kommentierenden Übersichtsberichtes ist Dr. David Klingenberg/Institut der Deutschen Zahnärzte. Weitere Exemplare der IDZ-Information 1/2002 können auf Anfrage kostenlos zur Verfügung gestellt werden. Eine Downloadversion des Textes finden Sie unter: www.idz-koeln.de

Redaktion: Dr. Wolfgang Micheelis

Health Maintenance Organizations in der Schweiz

- Darstellung und Kritik -

David Klingenberg

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Methodisches Vorgehen	2
3	Managed Care als Antwort auf die Finanzierungsprobleme und Qualitätsdefizite des Gesundheitssystems	2
3.1	Was ist und was will Managed Care?	3
3.2	„Integrierte Gesundheitsversorgung“ als strategisches Konzept.....	3
3.3	Organisationsformen von Managed Care.....	4
4	Managed Care-Organisationen in der Schweiz	6
4.1	Allgemeine Strukturdaten.....	6
4.2	Gesetzliche Grundlagen.....	7
4.3	Verbreitung von HMOs in der Schweiz	7
4.4	Darstellung bestehender HMOs in der Schweiz.....	8
4.4.1	Versicherereigene HMOs	8
4.4.2	Ärzteeigene HMOs	9
4.4.3	Beteiligung von Zahnärzten in HMOs bzw. Ärztenetzen.....	9
5	Die Schweizer Erfahrungen mit HMOs	10
5.1	Risiko(selbst)selektion	10
5.2	„Echte“ Kosteneinsparungen durch HMOs.....	11
5.3	Qualitätseffekte von HMOs	12
5.4	Einschränkung der freien Arztwahl als Verbreitungshindernis.....	14
5.5	Soziologische Einflüsse auf das Rollenverständnis der Ärzte und Zahnärzte	14
5.6	Auswirkungen auf die Machtbalance zwischen Krankenkassen und Ärzteschaft.....	15
6	Ansätze von Managed-Care in Deutschland	16
7	Ausblick	18
8	Literatur	19
9	Anhang	23

1 Einleitung

Ein in der Presse lanciertes „Strategiepapier“ aus dem Bundeskanzleramt zur „Fortführung der Gesundheitspolitik“ in der nächsten Legislaturperiode hat im Juni 2001 erneut kontroverse Diskussionen über die Ausgestaltung der künftigen Gesundheits-

politik ausgelöst.¹ Die Experten aus dem Bundeskanzleramt entwerfen in diesem Papier die Grundzüge eines ‚**Wettbewerbsmodells**‘, das den geänderten volkswirtschaftlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen Rechnung tragen soll. Nach dem Vorbild der Schweiz² sieht das sog. ‚Drei-Tarife-Modell‘ als Kernversorgung einen sog. **HMO-Tarif** vor, der von einem **Sachleistungstarif** sowie einem **Kostenerstattungstarif** mit frei wählbarem Selbstbehalt flankiert wird. Während das im deutschen Gesundheitssystem vorherrschende Sachleistungsprinzip sowie das der privaten Krankenversicherung entlehnte Kostenerstattungsprinzip allgemein bekannt sein dürften, sind die vielfältigen Formen und Wirkungsweisen sog. Health Maintenance Organizations (HMOs; die wörtlich mit ‚Gesundheitssicherungsorganisationen‘ übersetzt werden können) hierzulande weitgehend unerforschtes Neuland. Anlass genug, das gesundheitspolitische Konzept der HMOs detailliert darzustellen und in diesem Zusammenhang die Möglichkeiten und Grenzen einer Übertragbarkeit dieser Form der Gesundheitssicherung auf das deutsche Gesundheitssystem zu diskutieren.

2 Methodisches Vorgehen

Ziel der Untersuchung war die Darstellung und kritische Durchleuchtung von Managed Care-Modellen, insbesondere der seit etwa zehn Jahren bestehenden HMOs in der Schweiz. Die Ergebnisse der im Zeitraum Juli/August 2001 durchgeführten Sekundäranalyse beruhen auf intensivem Literaturstudium (Desk Research). Ergänzend konnte auf eine frühere IDZ-Analyse aus dem Jahre 1998 zurückgegriffen werden (siehe Anhang 1).

3 Managed Care als Antwort auf die Finanzierungsprobleme und Qualitätsdefizite des Gesundheitssystems

Seit dem ersten Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) aus dem Jahre 1977 wurde in Deutschland mit zahlreichen Interventionen versucht, den Ausgabenanstieg im Gesundheitswesen in den Griff zu bekommen. Eine dauerhafte Kontrolle der Ausgabendynamik wurde mit keiner der implementierten gesetzlichen Maßnahmen erreicht, da „bislang weder die tradierten Versorgungsstrukturen noch die eingespielten Verhaltensweisen der Akteure im Gesundheitswesen durch die Kostendämpfungsbemühungen nachhaltig verändert wurden“ (vgl. Seitz, König und Stillfried, 1997). Mit der Einführung von Managed Care-Elementen in die gesundheitliche Versorgung sowie der damit verbundenen institutionellen Herausbildung von sog. Managed Care Organizations (MCOs), zu denen auch die HMOs gerechnet werden, erhoffen sich viele Gesundheitspolitiker eben diese dauerhafte Kontrolle der Ausgabendynamik. HMOs kontrollieren Angebot und Nachfrage der Gesundheitsver-

¹ Der Wortlaut des Strategiepapiers ist nachzulesen in: Der gelbe Dienst, 2001.

² Die positive Darstellung des Schweizer Modells im jüngsten Gutachten des Sachverständigenrates für die Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (die sog. ‚Fünf Weisen‘) dürfte eine wesentliche Inspirationsquelle für das Bundeskanzleramt gewesen sein (vgl. SVR, 2001).

sorgung und gelten vielfach als „die aggressivste Methode, Gesundheitskosten unter Kontrolle zu bringen“ (vgl. Ratajczak, 1996).

3.1 Was ist und was will Managed Care?

Der Begriff ‚Managed Care‘ bezieht sich auf „eine Vielzahl struktureller und ablauforganisatorischer Sachverhalte“, die darauf abzielen, „durch eine Umstrukturierung des Versorgungssystems eine möglichst kostengünstige medizinische Versorgung auf hohem Qualitätsniveau sicherzustellen“ (vgl. Seitz, König und Stillfried, 1997). Der Unterschied zwischen Managed Care und den bisherigen Steuerungsmodellen liegt nicht in der Zielsetzung – denn die Gesundheitspolitik strebte immer schon nach einer qualitativ hochwertigen Versorgung zu möglichst geringen Kosten. Neu sind indes die Formen, innerhalb derer diese Zielsetzung verfolgt werden soll. Der Verweis auf die Formenvielfalt lässt Managed Care mitunter als „bedauerlich nebulösen Begriff“³ erscheinen. Was mit dem Terminus Managed Care gemeint ist, erschließt sich am ehesten im Kontrast zu dem, was man demgegenüber als „Unmanaged Care“ bezeichnen könnte, nämlich die Form der Einzelleistungsabrechnung und Kostenerstattung, bei der die Kostenträger alle vertraglich vereinbarten Leistungen erstatten, ohne die Auswahl an Anbietern von Versorgungsleistungen einzuschränken und ohne Einfluss auf die Leistungserbringung selber zu nehmen (vgl. Geraedts, 1998). Diese Form der Gesundheitsversorgung gilt im allgemeinen als ineffizient und kostentreibend.

Managed Care, was sinngemäß soviel wie „geführte Versorgung“ bedeutet, impliziert demgegenüber Einflussnahme auf den gesamten Prozess der Leistungserbringung. Der Kostenträger übernimmt die „Führung“ der Versorgung und setzt dabei sowohl bei den Versicherten bzw. Patienten als auch bei den Leistungserbringern an. Die Patienten werden zu bestimmten Orten der Leistungserbringung bzw. zu ausgewählten Leistungserbringern „geführt“, deren Inanspruchnahme zudem durch vertragliche Vorgaben oder finanzielle Anreize gesteuert. Die Leistungserbringer werden indirekt durch Vergütungsformen und finanzielle Anreize oder direkt durch Vorgaben zum Leistungsspektrum bzw. zur Art und Weise der Leistungserbringung „geführt“ (vgl. Seitz, König und Stillfried, 1997). Die neue Führungsrolle der Kostenträger wird als „Ausdruck eines tiefgreifenden Wandels des Gesundheitssystems von einem Verkäufer- zu einem Käufermarkt“ gedeutet. Dies hat auch institutionelle Konsequenzen: Nicht mehr der Arzt als Anbieter medizinischer Dienstleistungen dominiert das Leistungsgeschehen, sondern der Kostenträger als Auftraggeber der Leistungserstellung (vgl. Seitz, König und Stillfried, 1997).

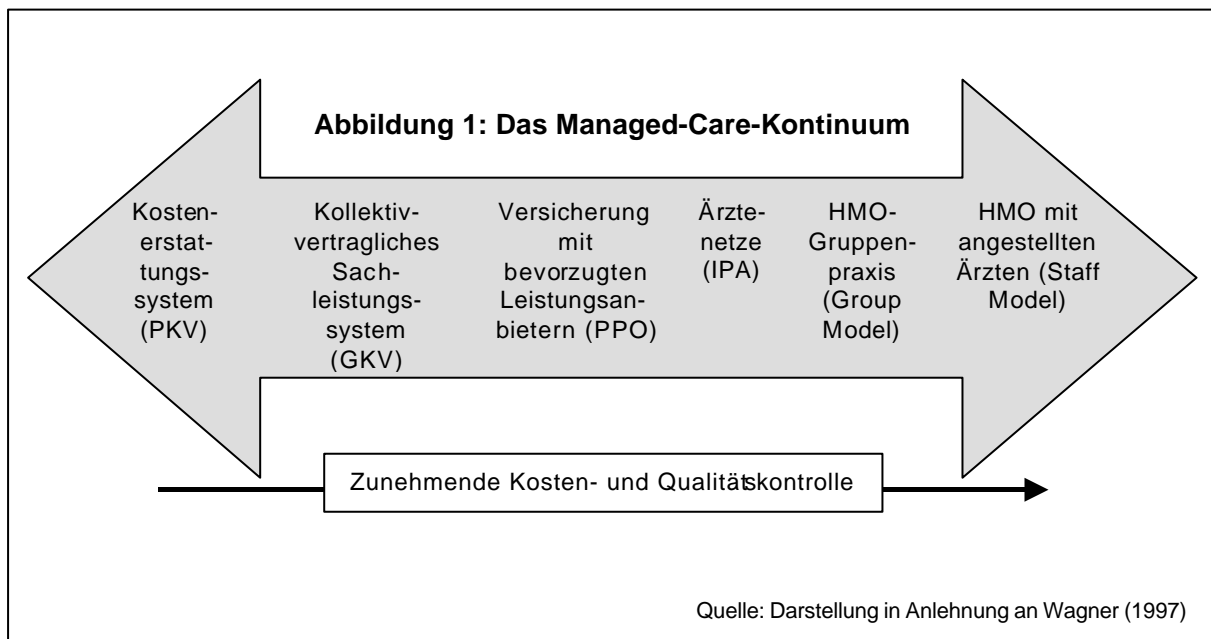
3.2 ‚Integrierte Gesundheitsversorgung‘ als strategisches Konzept

Kosteneinsparungen bei gleichzeitiger Qualitätsverbesserung sollen im Rahmen von Managed Care durch horizontale wie vertikale Integration realisiert werden. Unter

³ So Peter R. Kongstvedt, Autor des Standardwerks ‚The Managed Health Care Handbook‘, zitiert nach M. Geraedts (vgl. Geraedts, 1998).

Integration ist zum einen institutionelle Integration zu verstehen, d.h. die **Integration der versicherungs- und leistungserbringertypischen Funktionen**. Die Leistungsbrieger werden über pauschalierte bzw. erfolgsabhängige Vergütungsformen am Morbiditätsrisiko beteiligt. Die Krankenkasse wiederum trägt die Entscheidungen über die medizinische Notwendigkeit einer Behandlung mit (z.B. über Behandlungsrichtlinien). Zum anderen wird eine integrierte medizinische Entscheidungsfindung im Sinne einer **sektorübergreifenden Integration aller Versorgungskomponenten** angestrebt. Die sektorübergreifende Organisation der medizinischen Versorgung soll die jeweils effizienteste und effektivste Behandlungsoption ermöglichen und Schnittstellenprobleme, etwa zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor, entschärfen helfen („Case-Management“). Der **krankheitsstadienübergreifende Ansatz** bezieht die Vorsorge (Prävention) und die Nachsorge (Rehabilitation) ein und stellt auf die Optimierung von „Versorgungspfaden“ auf der Basis der evidenzbasierten Medizin („Disease Management“) ab (vgl. Stillfried, 1997).

Die in den letzten Jahrzehnten herausgebildeten Managed Care-Organisationen unterscheiden sich im Hinblick auf den realisierten Integrationsgrad bzw. die Steuerungsintensität, wobei der Integrationsgrad im Falle der ‚Staff Model HMOs‘ am höchsten ist (vgl. Abb. 1).



3.3 Organisationsformen von Managed Care

Neben dem Kostenerstattungs- und dem Sachleistungssystem, auf deren Darstellung hier verzichtet werden muss, sind die folgenden wichtigsten Organisationsformen von Managed Care zu unterscheiden (vgl. Baumann und Stock, 1996; Lankers, 1997):

- Die **Versicherung mit bevorzugten Leistungsanbietern (Preferred Provider Organizations; PPO-Modell)** stellt eine „Reaktion konventioneller Versicherer auf die Zunahme von HMOs“ (vgl. Baumann und Stock, 1996) dar und ist insofern

weiterhin eng ans konventionelle Versicherungssystem angelehnt. Um eine möglichst kostengünstige Behandlung ihrer Versicherten zu erreichen, versucht die PPO, Ärzte und Kliniken zu identifizieren, die hinsichtlich der Kosten und Qualität effizient arbeiten. Mit diesen ‚bevorzugten Anbietern‘ werden individuelle Verträge über die Inanspruchnahme von Leistungen zu Sonderkonditionen vereinbart (**‚Einkaufsmodell‘**). Im Gegenzug unterwerfen sich die einer PPO angeschlossenen Anbieter regelmäßigen Kontrollen bezüglich Kosten, Leistungen und Qualität. Die Honorierung erfolgt zumeist konventionell nach Einzelleistungen, eine Beteiligung der Ärzte am Morbiditätsrisiko erfolgt in der Regel nicht. Für die Ärzte liegt der Anreiz von PPO-Modellen im (exklusiven) Versorgungsauftrag für ein größeres Versichertenkollektiv, für die Versicherten hingegen in einer als Bonus für den Verzicht auf die freie Arztwahl gewährten Prämienreduktion. Bei der Inanspruchnahme externer Ärzte sind entweder höhere Selbstbehalte zu entrichten (**‚Point of Service Plan‘; POS**) oder eine Versicherungsleistung wird vertraglich ausgeschlossen (**‚Exclusive Provider Organization‘; EPO**).

- Die sog. **Ärztetze oder ‚Individual Practice Associations‘ (IPA-Modell)** unterscheiden sich von den PPOs dahingehend, dass die Versicherung nicht mit jeder einzelnen Praxis kontrahiert, sondern einen Vertrag mit einer Arbeitsgemeinschaft von Einzelpraxen abschließt. IPAs arbeiten zumeist als sog. **‚Open-Panel-HMOs‘**, die grundsätzlich allen Ärzten offen stehen, die den Qualitätsstandards der HMO genügen. Die Praxen bleiben weiterhin unabhängig und die beteiligten Ärzte dürfen auch Patienten außerhalb der HMO behandeln (sog. **‚Independent Groups‘**). Ärztezusammenschlüsse in Form einer IPA können auch selbst als Versicherungsanbieter auftreten, d.h. eine HMO bilden. In der Regel treten IPAs aber als Vertragspartner einer Versicherung auf. Der Versicherte wählt sich einen IPA-Arzt als ‚Gatekeeper‘, der von der HMO in der Regel nach einer Kopfpauschale honoriert wird. Die hinzugezogenen Fachärzte werden zumeist nach Einzelleistungen gemäß einer definierten Gebührenordnung bezahlt. Entweder wird das Morbiditätsrisiko von dem Ärztenetz gemeinsam getragen, das dann individuelle Regelungen mit den einzelnen Ärzten trifft, oder die Ärzte sind direkt am Risiko beteiligt.
- Im **Gruppenpraxis-Modell (Group Practice HMO)** werden die medizinischen Leistungen von Ärzten in unabhängigen Gruppenpraxen erbracht. Die Ärzte sind nicht in der HMO, sondern in der Gruppenpraxis angestellt bzw. deren Teilhaber. Der Patient wählt einen Arzt als Gatekeeper, der jedoch innerhalb der HMO gewechselt werden kann. Die HMO erhält eine **vorab festgelegte Kopfpauschale (capitation)**⁴, die innerhalb der Gruppenpraxis nach einem Schlüssel, entweder ebenfalls in Form einer Kopfpauschale, in Einzelfällen auch per Einzelleistungsvergütung gemäß einer internen Gebührenordnung oder in Form eines Gehaltes, verteilt wird. Zusätzlich können Anreize in Form gewinnbezogener Zusatzprämien gesetzt werden. Wenn die Versichertenzahl die Kapazität der Gruppenpraxis übersteigt, können Verträge mit weiteren (auch speziellen fachärztlichen) Gruppenpraxen abgeschlossen werden. Man spricht in diesem Fall von einer **‚Network Model HMO‘**. Externe Fachärzte werden bei Bedarf herangezogen. Den Versicherten wird indes auch hier keine freie Arztwahl zugestanden.

⁴ Aufgrund dieser prospektiven Finanzierung wurden HMOs anfänglich auch vielfach als ‚Prepaid Group Practices‘ bezeichnet.

- Die Möglichkeiten der Kontrolle und Einwirkung auf das Versorgungsgeschehen sind in **Health Maintenance Organizations mit angestellten Ärzten** (**Staff Model HMOs**) am größten. Die Ärzte sind Angestellte der HMO und bekommen ein Gehalt (z.T. mit Boni auf der Basis der Produktivität). Die Behandlung von nicht in der HMO versicherten Patienten ist in der Regel ausgeschlossen (sog. **„Closed-Panel HMO**‘). Auch dem Versicherten wird ein Wechsel zu externen Ärzten verwehrt (sog. **„Captive Groups**‘). Neben der primärärztlichen Versorgung mittels Gatekeeper wird ein Großteil der fachärztlichen Versorgung durch die HMO abgewickelt, für Spezialleistungen können auch Verträge mit ausgewählten externen Leistungserbringern geschlossen werden. Diese Form der HMO entspricht weitgehend den deutschen **Polikliniken**.

Die Übergänge zwischen den einzelnen HMO-Formen sind fließend, die bestehenden HMOs insofern oftmals auch nicht eindeutig einer Organisationsform zuzuordnen. In den Fällen, in denen die Charakteristika der dargestellten HMO-Formen vermengt werden, spricht man von sog. **„Hybrid-Model HMOs**‘. Die Vielfalt der Erscheinungsformen wird durch die sog. **„Specialty HMOs**‘, die sich auf einen speziellen Aspekt des Versorgungsgeschehens konzentrieren, nochmals gefördert. Eine unter vielen fachlich spezialisierten HMOs sind die **„Dental Health Maintenance Organizations (DHMOs)**‘.

4 Managed Care-Organisationen in der Schweiz

4.1 Allgemeine Strukturdaten

Die Schweiz nimmt im internationalen Vergleich der Gesundheitsausgaben mit einer Gesundheitsquote von 10,4 Prozent (Stand: 1998) den dritten Platz nach den USA (12,9 Prozent) und Deutschland (10,6 Prozent) ein, bei den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben rückt die Schweiz gar an die zweite Stelle. Im Jahre 1960 hatte die Schweiz mit einer Gesundheitsquote von 3,1 Prozent noch deutlich unter dem OECD-Durchschnitt von 3,8 Prozent gelegen (vgl. OECD, 2001; Frei und Hunsche, 2001). Das überdurchschnittliche Ausgabenwachstum ist einer der Hauptgründe für die frühe Einführung von Managed Care-Instrumenten in der Schweiz. Für zahnmedizinische Leistungen stehen in den OECD-Ländern in der Regel lediglich 0,4 – 1,0 Prozent des Bruttoinlandsprodukts zur Verfügung. Hier nimmt die Schweiz mit 0,87 Prozent (1997) hinter Deutschland (0,98 Prozent) ebenfalls einen Spitzenplatz ein. Unterschiede erklären sich durch die erreichte Versorgungsqualität, die Zahnärztedichte⁵ sowie die vorherrschende Finanzierungsform.

⁵ In der Schweiz kamen 1997 auf einen Zahnarzt 1.892 Einwohner (berechnet nach European Observatory on Health Care Systems, 2000), in Deutschland waren es 1.323 Einwohner je Zahnarzt (vgl. KZBV, 1998).

4.2 Gesetzliche Grundlagen

Anders als das Pionierland USA haben die Schweizer erst seit wenigen Jahren Erfahrungen mit HMOs sammeln können. Im Jahre 1989 schuf der Schweizer Bundesrat die rechtlichen Grundlagen für die versuchsweise Einführung von alternativen Formen der Krankenversicherung. Im Folgejahr wurde in Zürich-Wiedikon die erste HMO-Gruppenpraxis der Schweiz eröffnet. Über eine flächendeckende Einführung von HMOs sollte erst nach einer gründlichen Evaluation von drei Pionier-HMOs entschieden werden. Der politische Druck war aber offenbar zu groß, so dass die HMOs - ohne die Resultate der Evaluation abzuwarten - durch das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 ihre Weihen erhielten und seit dem 1. Januar 1996 offiziell zugelassen sind (vgl. Sommer, 1997).

Gemäß Art. 41 Abs. 4 KVG können die Versicherten ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf solche Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt. Der Versicherer muss dann nur die Kosten für Leistungen übernehmen, die von diesen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden. Die gesetzlichen Pflichtleistungen müssen in jedem Fall versichert sein. Der Versicherer kann im Gegenzug die Prämien für Versicherungstarife mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers vermindern, wobei allerdings Höchstgrenzen für die Prämienermäßigung zu beachten sind (Art. 62 Abs. 1 und 3 KVG). Prämienermäßigungen sind nur aufgrund von Kostenunterschieden und nicht aufgrund eines günstigeren Risikobestandes zulässig. Bis Erfahrungszahlen von mind. 5 Rechnungsjahren vorliegen, dürfen die Prämien im HMO-Tarif um maximal 20 Prozent gegenüber dem Normaltarif ermäßigt werden (VO 101 Abs. 2 und 3).

4.3 Verbreitung von HMOs in der Schweiz

Unter dem Begriff HMO versteht man in der Schweiz im allgemeinen eine versichereigene Gruppenpraxis mit angestellten Ärzten, also die Form der amerikanischen Staff Model HMOs. Allerdings trifft diese Definition seit der Gründung ärzteeigener HMOs (1998: MediX Gruppenpraxis/Zürich; 1999: Praxis Bubenberg/Bern) nicht mehr generell zu. Infolge der Vernetzung von HMO-Praxen mit anderen Hausarztpraxen ist eine begriffliche Trennung zwischen HMO und Hausarztmodell ebenfalls nicht mehr ohne weiteres möglich. So steht z.B. der ‚Gesundheitsplan HMO‘ mit seinen über 40 assoziierten Praxen ebenso wie der ‚MediX-Ärzteverbund‘ mit seinen Partnerpraxen einem Hausarztmodell (d.h. einer IPA) näher als einer klassischen HMO (vgl. Weber, 2000).

Die Verbreitung von HMOs ist in der föderalistisch geprägten Schweiz regional sehr unterschiedlich⁶. In einigen Kantonen (Thurgau, Aargau) sind rund 20 Prozent der Versicherten in Hausarztmodellen organisiert. Der ‚Gesundheitsplan HMO‘ zählt mittlerweile rund 15.500 Versicherte in Basel-Stadt. Trotz dieser regionalen Erfolge sind die Managed Care-Modelle gesamthaft betrachtet von einem Durchbruch weit

⁶ Für einen Überblick der HMO-Gesundheitszentren und Standorte mit HMO-Angebot vgl. http://www.fmc.ch/015_Zeitschrift/2001/03/Mc3-116.pdf

entfernt.⁷ Nach einem raschen Wachstum Mitte der 90er Jahre sind die Versicherungszahlen in den letzten Jahren kaum noch gestiegen. Bis Ende 1999 waren knapp 400.000 Versicherte in Hausarztmodelle und knapp 100.000 Versicherte in HMOs gewechselt. Dies entspricht einem **Marktanteil von etwa 8 Prozent** (vgl. Weber, 2000; Baur, 1998). Betrachtet man lediglich die **reinen HMOs**, so zeigt die Versicherungszahl von aktuell ca. 112.000 und **der Marktanteil von 1,6 Prozent**, dass die HMOs in der Schweiz nicht – wie in den Medien mitunter suggeriert wird – die Regel, sondern nach wie vor die absolute Ausnahme von der Regel darstellen. Die Kostendämpfungseffekte von HMOs auf das Gesamtsystem sind daher auch nicht wie erhofft ausgefallen, die Euphorie der ‚Pionierzeit‘ mittlerweile verflogen (vgl. Schmid, 2001). Das jährliche Ausgabenwachstum für Gesundheitsgüter und -dienstleistungen betrug im Zeitraum 1993-1998 durchschnittlich 2,8 Prozent, in Deutschland waren es im gleichen Zeitraum 2,7 Prozent. Nach OECD-Angaben lag die Gesundheitsquote der Schweiz 1998 erstmals über der Gesundheitsquote von Deutschland (vgl. OECD, 2001).

4.4 Darstellung bestehender HMOs in der Schweiz

Im Regelfall handelt es sich bei den Schweizer HMOs um versicherereigene Staff Model Groups; seit neuestem gibt es indes auch ärztzeigene HMOs. Um auch auf überkantonaler Ebene die gesundheitliche Versorgung der Versicherten sicherzustellen, kooperieren viele Versicherer zusätzlich mit Ärztenetzen. Die meisten HMOs bzw. Ärztenetze haben Verträge mit mehreren Versicherern abgeschlossen.

4.4.1 Versicherereigene HMOs

- **HMO Zürich-Wiedikon (SanaCare⁸)** : Die älteste HMO in der Schweiz, in Betrieb seit 1990, initiiert von der ‚Interessensgemeinschaft für alternative Krankenversicherungsmodelle‘ (IGAK) und konzipiert nach dem Staff-Model-Prinzip (vgl. Lankers, 1997). Die praktizierende Ärzteschaft ist in die operative Geschäftsleitung einbezogen. 1991 wurden auf Initiative der IGAK die HMO Zürich-Stadelhofen und die HMO Basel gegründet, 1994 folgten weitere HMOs in Luzern, Bern und Winterthur. Nach Auflösung der IGAK Ende 1993 übernahm die SanaGroup AG (heute: SanaCare AG), eine Tochter der Krankenversicherer Konkordia und Win-care (ehemals KFW), die Trägerschaft. Aktuell versorgen die sechs HMO-Praxen von SanaCare etwa 24.000 HMO-Versicherte zzgl. externer Patienten. Zusätzlich betreibt SanaCare in verschiedenen Regionen der Schweiz 39 Hausarztssysteme mit 150.000 Hausarzt-Versicherten.

⁷ 1997 wurde noch davon ausgegangen, dass Managed Care-Modelle rund ein Viertel der Versorgung abdecken könnten. Für 1998 hielten die Krankenversicherer eine Verdoppelung der Managed Care-Versicherten auf 722.000 innerhalb eines Jahres für möglich (vgl. Güntert und Wagner, 1997); für Ende 1997 wurde ein Marktanteil von etwa zehn Prozent für realistisch gehalten (vgl. Lankers, 1997).

⁸ Für aktuelle Informationen vgl. <http://www.sanacare.ch/index.html>.

- **Gesundheitsplan HMO, Basel:** in Betrieb seit 1991, in Trägerschaft einer von der ÖKK (Öffentliche Krankenkasse Schweiz) gegründeten Stiftung mit paritätischem Stiftungsrat. Der Gesundheitsplan HMO Basel schließt mit verschiedenen Versicherern Kooperationsverträge ab. Die HMO-Ärzte werden über eine Kopfpauschale (capitation) honoriert. Seit 1994 besteht eine Kooperation mit einem Netz frei praktizierender Ärzte (IPA). In der HMO werden etwa 15.500 Versicherte behandelt.
- **HMO-Gesundheitszentren der SWICA⁹:** Der viertgrößte Schweizer Krankenversicherer unterhält für seine Versicherten mittlerweile 15 Gesundheitszentren in den mittel- und großstädtischen Regionen und dominiert damit die Schweizer HMO-Szene. Die SWICA-Gesundheitszentren versorgen etwa 54.000 Versicherte, was einem Marktanteil im HMO-Bereich von 47,5 Prozent entspricht. SWICA unterhält zudem gemeinsam mit der CSS (drittgrößter Versicherer) und der Visana (zweitgrößter Versicherer) drei HMOs der ‚Medinet AG‘ an den Standorten Luzern, Basel und Zürich mit ca. 8.000 HMO-Versicherten sowie das Medinet-Hausärztemodell in Winterthur und Lausanne, dem 155 Ärzte angehören.¹⁰

4.4.2 Ärzteneigene HMOs

- **MediX Gruppenpraxis Zürich-Wipkingen¹¹:** 1998 gegründet, die erste ärzteneigene HMO in der Schweiz. Seit 1999 besteht eine Kooperation mit ausgewählten Einzel- und kleinen Gruppenpraxen der Region (‚MediX Ärzteverbund Zürich‘). Dabei handelt es sich um ein Netz von 25 Ärzten, die ebenfalls auf Capitation-Basis behandeln. Die MediX-Gruppenpraxis betreut ca. 2.900 HMO-Versicherte, der MediX-Ärzteverbund nochmals etwa 2.300 HMO-Versicherte.
- **Praxis Bubenberg AG, Bern¹²:** eine weitere mitarbeitereigene HMO, gegründet im Jahre 1999 von den Ärzten, Therapeuten und Praxisassistentinnen einer ehemaligen Arcovita HMO-Praxis. In Bremgarten wurde mittlerweile eine weitere Praxis gegründet. Beide Praxen arbeiten auf Capitation-Basis. Die Anzahl der zu betreuenden HMO-Versicherten beträgt ca. 4.250.

4.4.3 Beteiligung von Zahnärzten in HMOs bzw. Ärztenetzen

Anders als in den USA, die auch reine ‚Dental HMOs‘ kennt¹³, sind die Schweizer Zahnärzte bislang weder in HMOs angestellt noch an HMOs beteiligt. Ebenso wenig

⁹ Für aktuelle Informationen vgl. <http://www.swica.ch>

¹⁰ Für aktuelle Informationen vgl. <http://www.visana.ch/visana/index.htm>

¹¹ Für aktuelle Informationen vgl. <http://www.medix-hmo.ch>

¹² Für aktuelle Informationen vgl. <http://www.praxis-bubenberg.ch>

¹³ Die us-amerikanischen Dental HMO's betreuen mittlerweile mehr als 15 Mio. Versicherte in 14 Bundesstaaten (vgl. Douglass, 1996).

nehmen Zahnärzte an einem der zahlreichen Ärztenetze teil¹⁴ (vgl. Weber, 1998) Dieser Sachverhalt lässt sich mit den Besonderheiten des Schweizer Leistungsrechts erklären. In der Schweiz ist die zahnärztliche Behandlung nicht Bestandteil des Leistungskatalogs der Versicherungen. Zur zahnmedizinischen Grundversorgung wird lediglich die Behandlung von schweren unvermeidbaren Erkrankungen der Zähne und des Zahnfleisches gezählt, zudem angeborene Anomalitäten des Kauapparates als auch Zahn- und Kieferfrakturen infolge von Unfällen (vgl. Schneider et al., 1998). Damit sind etwa 85 bis 90 Prozent der zahnärztlichen Behandlungen aus dem Bereich der Grundversorgung ausgegliedert und dem Bereich der Wahlversorgung überantwortet. Die weitgehende Ausgliederung der zahnärztlichen Leistungen wird in der Schweiz gesundheitspolitisch durch die konsequente Vermittlung von Prophylaxekenntnissen und –fertigkeiten sowie eine wirksame und sozialverträgliche Kollektivprophylaxe flankiert und gestützt (vgl. Müller-Boschung, 2001).¹⁵ Die fast vollständige Ausgliederung der zahnmedizinischen Behandlung hat zur Folge, dass der Anteil der zahnmedizinischen Behandlung an den Ausgaben der Grundversicherung weniger als ein Prozent beträgt (vgl. Thurner-Fromm, 2001). Da auch nur zehn Prozent der Schweizer Bevölkerung zur Abdeckung von Zahnbehandlungskosten eine private Zusatzversicherung abgeschlossen haben (vgl. Kassenärztliche Vereinigung Nordbadens, 2001), ist das Interesse der Kassen an einem Einbezug der Zahnärzte in HMOs bzw. Ärztenetze entsprechend begrenzt.

5 Die Schweizer Erfahrungen mit HMOs

Im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV) wurden im Zeitraum von 1991 bis 1995 die drei Pionier-HMOs Zürich-Wiedikon, Zürich-Stadelhofen und Basel evaluiert. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleituntersuchung, die von der Prognos AG (Basel) durchgeführt wurde, sind im Februar 1998 der Öffentlichkeit vorgestellt worden (vgl. Baur et al., 1998). Zu prüfen war insbesondere, ob die HMOs zur Kostensenkung beitragen können oder ob sie zur Risikoselektion und damit zur Entsolidarisierung führen.

5.1 Risiko(selbst)selektion

Zunächst erscheint es als wenig plausibel, dass HMOs, die einem gesetzlichen Kontrahierungszwang unterliegen, zur Risikoselektion beitragen. Da der Eintritt in eine HMO für die Versicherten freiwillig erfolgt, kommen die Selektionseffekte durch das Entscheidungskalkül der Versicherten zustande, d.h. es handelt sich um den Effekt einer nachfrageseitigen Risiko(selbst)selektion.¹⁶ Es dürfte naheliegend sein, dass

¹⁴ Fernmündliche Auskunft von Dr. Alexander Weber, Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft (SSO), 2. August 2001.

¹⁵ Die flächendeckende Prophylaxe schlägt sich im übrigen in sehr positiven epidemiologischen Kennzahlen zur Mundgesundheit nieder: DMFT (12-Jährige): 1,1; DMFT (35- bis 44-Jährige): 18,8; völlige Zahnlosigkeit (65- bis 74-Jährige) in Prozent der Bevölkerung: 15,3 (vgl. Kaufhold und Schneider, 2000).

¹⁶ Zu den Selektionsmechanismen amerikanischer HMOs vgl. Toepffer, 1997.

die Bereitschaft, sich auf einen (mit dem Wechsel in eine HMO zwangsläufig verbundenen) Arztwechsel und auf eine Einschränkung der freien Arztwahl einzulassen, bei aktuell kranken Menschen wesentlich geringer ist als bei aktuell gesunden und damit kostengünstigeren Versicherten. Zu klären ist demnach, ob die bisherige Inanspruchnahme ein verlässlicher Indikator für das zukünftige Kostenrisiko ist.

Die Wechsleranalyse der Prognos AG ergab, dass die Gruppe der Wechselwilligen im Jahr vor dem Übertritt in die HMO-Versicherung rund 40 Prozent weniger Gesundheitskosten verursachten als die gleichaltrige Vergleichsgruppe, die weiterhin im traditionellen Versicherungstarif verblieb. Die Versicherten im Medinet-Hausarzt-system von Genf verursachten im Jahr 1996 zwischen 65 Prozent (Männer) und 67 Prozent (Frauen) weniger Kosten als eine Vergleichsgruppe von konventionell Versicherten.¹⁷ Eine Analyse der Schweizer Krankenkasse CSS über den Zeitraum von 1990 bis 1997 ergab Kostenvorteile von 49 Prozent (vgl. Beck und Keller, 1998). Dieser Selektionsgewinn wird zwar im Zeitablauf abgebaut, die Gesundheitskosten der günstigeren Risikogruppe lagen jedoch auch nach sieben Jahren immer noch zwischen 26 und 34 Prozent unter denen der Vergleichsgruppe (vgl. Stillfried, 1999). Von einer HMO werden Einsparungen von 15 bis 20 Prozent erwartet. „Eine extrem risikoselektionierende HMO kann diese Erwartungen während sieben Jahren erfüllen, ohne irgendwelche realen Kosteneinsparungen erreicht zu haben“ (vgl. Beck und Keller, 1998).

Im übrigen wirken nicht allein die **Eintritte** in die HMO risikoselektierend. Eine Risikoentmischung resultiert auch durch **Austritte** aus der HMO, die zu etwa zwei Dritteln wegen mehr oder weniger ausgeprägter Unzufriedenheit über die medizinische Behandlung erfolgt. Laut Evaluationsbericht der Prognos AG wies die Gruppe der Ausgetretenen hinsichtlich ihrer Gesundheitsmerkmale eine schlechtere Risikostruktur auf als der Durchschnitt der HMO-Versicherten. Dies ist ein klarer Hinweis auf den konstruktionsimmanenten Anreiz von HMOs (Beteiligung der Leistungsanbieter am Morbiditätsrisiko!), die vergleichsweise ‚schlechteren Risiken‘ medizinisch nicht adäquat zu betreuen und auf diese Weise zum Austritt aus der HMO zu bewegen.

Risikoselektion im Sinne von ‚Rosinenpicken‘ stellt aus volkswirtschaftlicher Sicht ein ‚Nullsummenspiel‘ mit gesundheitspolitisch kontraproduktiven Verteilungswirkungen dar, weshalb die Einführung von HMOs ohne flankierenden differenzierten Risikoausgleich unter diesem Aspekt klar abzulehnen ist.

5.2 „Echte“ Kosteneinsparungen durch HMOs

Die Einführung von HMOs wird primär unter Effizienzaspekten propagiert. Die Frage ist also, ob sich durch HMOs (bei gleicher medizinischer Versorgungsqualität!) ‚echte‘ Kosteneinsparungen realisieren lassen, die nicht auf Risikoselektionsgewinnen beruhen (sog. ‚risikobereinigte‘ Kostenunterschiede). In der Prognos-Studie wurde eine solche Risikobereinigung mittels merkmalspezifischer Regressionskoeffizienten vorgenommen, wobei die einbezogenen Risikoindikatoren immer noch nur einen

¹⁷ Für eine Zusammenfassung des von der Arcovita AG erstellten Evaluationsberichts vgl. Buchs, und Zehnder (1998).

kleinen Teil der interindividuellen Kostenunterschiede erklären. Laut Evaluationsbericht der Prognos AG lagen die risikobereinigten Kosten des Gesamtkollektivs der HMO-Versicherten (Gesunde und Kranke) bei 74 Prozent (1993) bzw. 81 Prozent (1994) der Kosten der traditionell Versicherten. Die durchschnittlichen risikobereinigten Kosten je Erkranktem betragen im HMO-Kollektiv 79 Prozent (1993) bzw. 77 Prozent (1994) der durchschnittlichen Kosten eines Kranken in der traditionellen Versicherung. Zieht man, um Vergleichbarkeit zu gewährleisten, die zusätzlichen Verwaltungskosten sowie die Zusatzleistungen der HMOs ab, so ergibt sich laut Prognos-Studie ein **Kostenvorteil der HMO gegenüber der traditionellen Versicherung in Höhe von 32 Prozent** (vgl. Baur und Stock, 1998).

Worauf beruht dieser Kostenvorteil? Die Evaluation ergab deutliche Kostenunterschiede im Arzneimittelbereich. Die Medikamentenkosten der HMO-Versicherten betragen nur rund 40 Prozent der Kosten in der traditionellen Versicherung. Im stationären Bereich ergaben sich bei einer Einweisungsquote von 9 Prozent gegenüber einer Quote von 16,8 Prozent bei den traditionell Versicherten sowie einer unterdurchschnittlichen Verweildauer ebenfalls erhebliche Einsparungen. Dabei bleibe jedoch – so der Evaluationsbericht – „letztlich offen, wie weit dies auf eine günstigere Risikostruktur zurückzuführen ist“. Die Kostenunterschiede in der ambulanten fachärztlichen Versorgung waren im übrigen deutlich geringer ausgeprägt. HMO-Versicherte suchten ihren ‚Gatekeeper‘ nur geringfügig seltener auf, auch Fachärzte wurden nicht signifikant weniger konsultiert.¹⁸

Eine vergleichsweise effizientere Gesundheitsversorgung durch HMOs ist generell positiv zu bewerten. Der Nachweis von Kosteneinsparungen reicht allein jedoch noch nicht aus, um Effizienzverbesserungen zu belegen. Effizienzbetrachtungen erfordern immer einen Vergleich der Inputgrößen mit Outcome-Indikatoren. Zu fragen ist demnach, wie sich die Einführung von HMOs auf die Qualität der medizinischen Versorgung auswirkt.

5.3 Qualitätseffekte von HMOs

Die Qualitätseffekte von HMOs sind immer noch weitgehend unerforscht. Theoretisch lassen sich positive wie negative Wirkungen von HMOs plausibel herleiten.

Positive Wirkungen auf die Qualität der medizinischen Versorgung sind durch das Einholen von Zweitmeinungen (Second Opinion) bei chirurgischen Eingriffen und die regelmäßige Diskussion der erhobenen Benchmarkingdaten zu erwarten. Das Anreizsystem der Capitation belohnt zudem präventive Anstrengungen, soweit diese auch mit Kosteneinsparungen einhergehen. Die Führung und Begleitung der Patienten durch den Gatekeeper (Stichwort ‚optimierte Versorgungspfade‘) kann ebenfalls positiv auf die Versorgungsqualität wirken. In der Praxis führen die doppelten Terminvereinbarungen (Primärarzt/Facharzt) und das evtl. zwischengeschaltete Autori-

¹⁸ Dieses Muster von hohen (stationär, Arzneimittel) und geringen (ambulant) Kosteneinspareffekten konnte auch bei den amerikanischen HMOs nachgewiesen werden (vgl. Baumann und Stock, 1996).

sierungsverfahren durch die HMO allerdings oftmals auch zu Therapieverzögerungen (vgl. Geraedts, 1998).

Negative Qualitätseffekte könnte die Honorierung über Kopfpauschalen (capitation) haben, da dieses Honorierungsverfahren Anreize zu einer Minimierung der Einzelleistungen bietet und insofern die Gefahr der Unterversorgung in sich birgt (vgl. Hildebrandt, Domdey und Fuchs, 1995; Oggier, 1997). Um die Durchschnittskosten pro Fall möglichst gering zu halten, bestehen zudem Anreize, möglichst viele leichter-krankte Patienten zu behandeln, die medizinischen Bedürfnisse von multimorbiden und chronisch Kranken hingegen zu vernachlässigen. Die Gefahr ist, dass HMOs unter Wettbewerbsdruck einer Triage und heimlichen Rationierung Vorschub leisten. Bei einer Vielzahl von Direktverträgen könnte am Ende, so Hamburgs Ärztekammerpräsident Montgomery, eine „Medizin der 120 Klassen“ stehen.

Die vergleichsweise niedrige Honorierung hat den HMOs in der Tat den hartnäckigen Ruf eines Billigproduktes mit zweifelhaftem Qualitätsimage beschert. In den USA hat sich das Image der HMOs seit 1997 „dramatisch verschlechtert“, nur 29 Prozent der Befragten waren noch mit ihrer HMO zufrieden (vgl. Ärztezeitung, 2001b). Negative Auswirkungen auf die Patientenversorgung werden u.a. von der Anti-MC-Organisation „Physicians Who Care“ unter Rubriken wie ‚Damaged Care‘ oder ‚Death by HMO‘ publik gemacht.¹⁹ Der US-Kongreß hat aufgrund des öffentlichen Drucks mittlerweile eine Patienten-Charta verabschiedet, die den Versicherten aber immer noch hohe Beweislasten auferlegt, sofern diese gegen ihre HMO vorgehen wollen (vgl. Ärztezeitung, 2001c). Viele Behandlungsfehler werden in den USA erst gar nicht angezeigt. 84 Prozent der amerikanischen HMOs meldeten der ‚National Practitioner Data Bank‘ innerhalb von zehn Jahren keinen einzigen Fall, obwohl nach Schätzungen der Nationalen Akademie der Wissenschaften jedes Jahr zwischen 44.000 und 98.000 US-Amerikaner an Behandlungsfehlern sterben. Gängige Praxis der amerikanischen HMOs scheint es vielmehr zu sein, im Falle ärztlichen Fehlverhaltens den betreffenden Arzt zum ‚freiwilligen‘ Austritt aus der HMO, PPO oder IPA zu bewegen und den Vorfall nicht zu melden (vgl. Ärztezeitung, 2001a).

Die amerikanischen Erfahrungen sind allerdings nicht ohne weiteres auf Schweizer Verhältnisse übertragbar. In der Schweiz wurde mit der frühzeitigen Gründung von **EQUAM** (Externe Qualitätskontrolle in Managed Care) ein wichtiger Pflock für eine kontinuierliche Qualitätskontrolle gesetzt. Hierbei handelt es sich um eine auf Initiative von HMO-Ärzten von SanaCare, MediX und ÖKK Basel gegründete Stiftung, die Managed-Care-Modelle prüft und zertifiziert. EQUAM-zertifiziert wurden bisher lediglich die HMOs von SanaCare, MediX sowie der Gesundheitsplan HMO, Basel. Die ärzteeigene Praxis Bubenbergrasse (Bern) ist zur Zertifizierung angemeldet. Da die meisten Schweizer HMOs erst seit wenigen Jahren existieren, liegen empirische Längsschnittdaten über die Qualitätseffekte von HMOs noch nicht vor.

¹⁹ Für aktuelle Informationen vgl. <http://www.hmopage.org/> sowie <http://www.pwc.org/index.html>

5.4 Einschränkung der freien Arztwahl als Verbreitungshindernis

In demokratisch strukturierten Gesellschaften genießt individuelle Wahlfreiheit grundsätzlich eine sehr hohe Wertschätzung. Dies gilt auch für das Prinzip der freien Arztwahl (vgl. Cosler und Klaes, 1999; Cosler et al., 1999). Das Beispiel der mit dem GSG eingeführten Kassenwahlrechte zeigt, dass hinzugewonnene Wahlrechte binnen kürzester Zeit eine hohe soziale Akzeptanz aufweisen und die Rücknahme eines einmal gewährten Wahlrechtes in der Regel nicht mehr möglich ist. Bei einer Prognose des Marktpotentials von HMOs und Hausarztnetzen gilt es diesen sozialen Stellenwert zu berücksichtigen. Eine Einschränkung der Arztwahl ist gegen den gesellschaftlichen Trend gerichtet („Multioptionsgesellschaft“) und wird von den Patienten daher mehrheitlich abgelehnt. Ein Marktanteil von mehr als 25 Prozent erscheint unter solchen Voraussetzungen als höchst unrealistisch. Der Marktanteil der HMOs liegt selbst in dem Pionierland USA mit seinen spezifischen Ausgangsbedingungen lediglich bei 23 Prozent (vgl. Ärztezeitung, 2001d), wobei der Eintritt in eine HMO und die damit einhergehende Beschränkung der freien Arztwahl vielfach nicht in der Entscheidungsmacht der Versicherten steht. Etwa 60 Prozent der Versicherten sind über ihren Arbeitgeber versichert, viele davon in HMO-Gruppenverträgen. Der Krankenversicherungsschutz ist folglich an die Berufstätigkeit gebunden und erschwert somit freies Wahlverhalten bzw. eine „Abstimmung mit den Füßen“ sowohl auf dem Arbeitsmarkt (sog. „job-lock“-Mechanismus) als auch auf dem Krankenversicherungsmarkt.

Angesichts der Erfahrungen in den USA wie in der Schweiz verwundert es nicht, dass diejenigen Managed Care-Modelle, die eine weniger rigide Beschränkung der Arztwahlfreiheit mit sich bringen (wie z.B. der Point of Service Plan; POS), auch höhere Akzeptanzwerte und Marktanteile erlangen als HMO-Formen, die Leistungen für externe Ärzte generell ausschließen (wie etwa die Exclusive Provider Organization, EPO, bzw. die Captive Groups).

5.5 Soziologische Einflüsse auf das Rollenverständnis der Ärzte und Zahnärzte

Medizinische Hilfe an jeden Bedürftigen, unabhängig von finanziellen Randbedingungen - so etwa könnte man das klassische, humanistische Rollenideal des Arztstandes umschreiben. Profitorientierung, Werbung und Kosten-Nutzenüberlegungen gelten nach diesem Rollenideal als unethisch. Mit der Philosophie von Managed Care-Modellen ist dieses Rollenverständnis indes kaum mehr vereinbar, da der Arzt als „Leistungsanbieter mit Erfolgshonorar“ direkte Budgetverantwortung übernimmt. Die mit der Capitation-Finanzierung einhergehende finanzielle Risikobeteiligung („Risk Sharing“) belastet den Arzt nicht nur mit der medizinischen, sondern auch der ökonomischen Verantwortung und erzeugt auf diese Weise einen **ärztlichen Intra-Rollenkonflikt** (vgl. Meyer und Denz, 2000), einen Rollenkonflikt übrigens, der auch von den Patienten durchaus als problematisch wahrgenommen wird. Das veränderte Aufgabenspektrum mit der Betonung von Marketing, strategischer Unternehmensplanung und Werbung führt zur Herausbildung einer neuen Managerschicht von Ärzten mit Kenntnissen in Bereichen wie Kostendämpfung, Qualitätssicherung, Planung und Verhandlungsführung (sog. „Case Manager“).

Schon frühzeitig ist warnend darauf hingewiesen worden, dass eine Entwicklung, die aus dem Arzt einen Manager macht und die Gesundheitsversorgung als Gut vermarktet, um Gewinne zu erwirtschaften, das öffentliche Vertrauen in die Institutionen der Gesundheitsversorgung stark angreift (vgl. Buxbaum, 1988). Gesundheitssysteme, die nicht auf sozialem Vertrauen basieren, müssen – wie das amerikanische Beispiel lehrt – einen Großteil der eigentlich für die Gesundheitsversorgung der Patienten gedachten Mittel zur Durchsetzung gesetzlicher Vorgaben verwenden und haben ein „Berichts- und Akkreditierungswesen in bisher ungeahntem Ausmaß“ (vgl. Geraedts, 1998) zur Folge. Die hohen ‚sozialen Kosten‘, die mit einem solchen Systemwandel u.U. einhergehen, sollten bei der Diskussion über das Für und Wider der Implementation von HMOs nicht vernachlässigt werden.

Eine Strategie zur Bewältigung des beschriebenen Intra-Rollenkonfliktes wird in der Teamarbeit und im ärztlichen Meinungsaustausch, etwa in Qualitätszirkeln, gesehen. In einem internen Erfahrungsbericht über die ersten sechs Jahre der HMO Zürich-Wiedikon wird dies positiv gedeutet: „Eine HMO-Gruppenpraxis bringt einen ganz neuen Typ Arzt hervor, der in einem dauernden Wissensaustausch mit ärztlichen und auch nichtärztlichen Kolleginnen und Kollegen steht“ (vgl. Huber-Stemich et al., 1996). Unübersehbar ist jedoch auch, dass diese Form der interprofessionellen Zusammenarbeit bestehende Interessenkonflikte innerhalb der Ärzteschaft verschärft bzw. neue Konflikte erzeugt. Managed Care-Modelle zeichnen sich aus ärztlicher Sicht durch ein hohes Maß an Fremdkontrolle aus und tangieren insofern die professionelle Autonomie als zentralen ‚core belief‘ des Ärztestandes. Die aus dem fachärztlichen Kompetenzvorsprung erwachsene Monopolstellung wird nicht nur durch die Kostenkontrolle der Krankenkassen in Frage gestellt (Kontrolldimension), sondern ebenso durch die Aufwertung der nichtärztlichen Therapeuten in HMO-Konzepten (Monopoldimension) sowie die Filterfunktion der Gatekeeper (Spezialisierungsdimension) beschnitten und von den Fachärzten als Untergrabung der professionellen Autonomie empfunden (vgl. Meyer und Denz, 2000).

Das Funktionieren der HMOs hängt in hohem Maße von der psychologischen Arbeitszufriedenheit der Ärzte ab. Die insofern zu vermutenden Korrelationen zwischen der Arbeitszufriedenheit der Ärzte und der Patientenzufriedenheit sind leider bisher kaum untersucht worden. Die hohe Unzufriedenheit der in den amerikanischen HMOs arbeitenden Ärzte und auch einzelne Berichte über Unzufriedenheit und Konflikte von Ärzten in HMOs der Schweiz sind insofern auch unter dem Aspekt einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung kritisch zu sehen (vgl. Meyer und Denz, 2000).²⁰

5.6 Auswirkungen auf die Machtbalance zwischen Krankenkassen und Ärzteschaft

Die Auswirkungen der Einführung von HMOs auf die Machtbalance zwischen Krankenkassen und Ärzten sind für die Schweiz bislang noch nicht empirisch untersucht

²⁰ Vgl. auch die empirische Darstellung zur Berufsunzufriedenheit der amerikanischen HMO-Ärzte in M. Geraedts (1998).

worden. Bezogen auf die mutmaßlichen Auswirkungen im deutschen Gesundheitssystem kann allerdings auf historische Erfahrungen und wettbewerbstheoretische Erkenntnisse zurückgegriffen werden. Die Entstehungsgeschichte der Berufsverbände im Gesundheitswesen lässt sich durch das Theorem der ‚countervailing power‘ (vgl. Galbraith, 1952) erklären, wonach die Erlangung von Macht und Einfluss durch einen Verband auf der Gegenseite zur Verbandsgründung und zur Entstehung eines gleichmächtigen Gegenverbandes führt. Die Korporatisierung des deutschen Gesundheitswesens ist Resultat dieses wechselseitigen Aufrüstungsprozesses. Heute sehen die Krankenkassen in Einkaufsmodellen und Direktverträgen die Chance, zur Ausgangslage vor 1913 zurückzukehren. Das **Berliner Abkommen von 1913** hatte den Kassen das Recht der Bestimmung der Zahl der Kassenärzte genommen. Sie durften auch nicht mehr einseitig die Zuzulassenden auswählen (vgl. Groser, 1999).

Mit der Rückkehr vom Kollektiv- zum Einzelvertragssystem würde die erreichte Machtbalance zwischen Ärzteschaft und Krankenkassen gestört, das ‚Prinzip der gleich langen Spieße‘ wäre mithin nicht mehr erfüllt. Im Falle der HMOs und auch der Einkaufsmodelle (in Form der Preferred Provider Organizations) liegen die Konsequenzen auf der Hand. Die Bündelung der Nachfrage ihrer Versicherten verleiht den PPOs monopsonistische Marktmacht²¹ (vgl. Toepffer, 1997). Auf der Anbieterseite führen die Einzelverträge hingegen zu einer atomisierten Marktstruktur und beträchtlichem Wettbewerbsdruck. Die Verhandlungsmacht der Kassenseite gegenüber den Ärzten ist insofern vergleichsweise stark (vgl. Hauser, 1988). Entsprechend geringer fällt ceteris paribus auch die Honorierung aus.

Im Falle der ärzteseitig organisierten Hausarztnetze (den sog. Independent Practice Associations) ist die Verhandlungsmacht der Ärzte zwar vergleichsweise größer, allerdings besteht immer noch die Gefahr, dass die Kassen einzelne Ärzte aus dem Netz ‚herauskaufen‘ und das Ärztenetz auf diese Weise destabilisieren und schwächen. Die Ärztenetze entbehren zumeist einer eindeutig und stabilen Organisationsform, und sie sind aufgrund der uneinheitlichen Motive und Interessen ihrer Mitglieder kaum zu steuern. Auch wird ein ‚Netzkodex‘ nicht den gleichen Verpflichtungsgrad aufweisen können wie eine gesetzlich statuierte Zwangsinstitution. Daher eignen sich kollektiv organisierte Ärztenetze auch nicht als KV- bzw. KZV-Ersatznetze. Unter dem Aspekt der Verhandlungsmacht gereichen Managed Care-Modelle in der Regel zum Nachteil der Leistungsanbieter. Der einzelne Arzt kann bei selektiver Vertragsgestaltung durch den exklusiven Marktzugang eventuell (!) wirtschaftlich profitieren, die Gesamtheit der Ärzteschaft muss bei einer Durchlöcherung des Sicherstellungsauftrages hingegen mit finanziellen Einbußen rechnen.

6 Ansätze von Managed-Care in Deutschland

Viele der beschriebenen Ansätze existieren, wenngleich rudimentär, inzwischen auch in Deutschland. Durch das Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortlichkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde die Möglichkeit von Praxisnetzen und Modellversuchen geschaffen, die mittlerweile durch eine Reihe von regionalen Managed Care-Modellen auch praktisch umgesetzt werden (vgl. Tab. 1).

²¹ (Monopson = Nachfragemonopol).

Tabelle 1: Erprobungsregelungen im ambulanten Sektor				
Modell	Vertragspartner	Managed-Care-Elemente	Primärziel	Strukturmerkmale
BKK-Modell „Vernetzte Praxen und kombiniertes Budget“	BKK-Bundesverband/ KV Berlin	Gatekeeper-Prinzip, Integrierte Versorgung, Netzwerke	Rationalisierung an den Schnittstellen der ambulanten und stationären Versorgung	Kombiniertes Budget, Qualitätszirkel, Projektmanagement, Präsenzdienste, Leitstelle
AOK-Kodexmodell bzw. Hippokrates-Modell	AOK Berlin/ KV Berlin AOK Hamburg/ KV Hamburg	Netzwerkmanagement	Sofortmaßnahmen zur Vermeidung von Krankenhausaufenthalten	Kodex-Liste-Ärzt, ärztliche Zweitmeinung, Unterstützung durch Kodex-Leitstelle, Bonus-Malus-Systeme, Fallpauschalen
AOK-Hausarztmodelle	AOK-Bundesverband/ KV Hessen und Thüringen	Gatekeeper-Prinzip, Case-Management	Stärkung des Primärarzt-systems	Medizinische Erstbetreuung und koordinierende Funktion des Hausarztes bei weiterführender Behandlung
„Vernetzte Praxen“ bzw. „Medizinische Qualitätsgemeinschaft Rendsburg“	AOK Baden-Württemberg/ KV Südbaden VdAK Siegburg/ KV Schleswig-Holstein	Integrierte Versorgung, Kopfpauschalen	Verbesserung der ambulanten Versorgung („ambulant vor stationär“)	Präsenzpläne, Qualitätszirkel, Interkollegiale Kooperation, Honorarpauschalen, Leit- und Clearingstelle

Sowohl für die Strukturverträge nach § 73 a SGB V als auch für die Modellvorhaben nach §§ 63 ff. SGB V war ursprünglich die Zustimmung der jeweiligen KV bzw. KZV vorgesehen. Mittlerweile sind die Einflussmöglichkeiten der KVen bzw. KZVen durch die Gesundheitsstrukturreform 2000 beschnitten worden. Eine einseitige Verhinderung von Direktvereinbarungen durch die KVen bzw. KZVen ist inzwischen weder im Bereich der integrierten Versorgung (§§ 140 a ff. SGB V) noch bei Modellvorhaben mehr möglich. Weitere Managed-Care-Ansätze finden sich im § 73 Abs. 1 SGB V, der Bestimmungen zu einer primärärztlichen Betreuung im Sinne des Gatekeepermodells enthält. Grundsätzlich ist aber das Recht auf freie Arztwahl sozialrechtlich garantiert (§ 76 Abs. 1 SGB V). Eine Beteiligung der Leistungserbringer am Versicherungsrisiko findet zwar noch nicht auf Mikroebene, über die mit dem GSG eingeführte Budgetierung aber auf der Makroebene statt.

Hemmnisse für eine weitergehende Einführung von Managed Care sind zunächst in den datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu sehen, die eine generelle Zusammenführung aller personenbezogenen Behandlungsdaten nicht zulassen und damit eine bereichsübergreifende Steuerung erheblich erschweren. Schließlich dürfen die

Kassen gemäß § 140 SGB V nur dann Eigeneinrichtungen schaffen, wenn die Versorgung der Versicherten auf andere Weise nicht sichergestellt werden kann. Die Errichtung kasseneigener HMOs ist unter den geltenden gesetzlichen Bestimmungen insofern derzeit nicht möglich (vgl. König und Seitz, 1999; Böhlert, Adam und Robra, 1997). Dennoch kann man sagen, dass in den vergangenen fünfzehn Jahren wichtige Grundlagen für die Übertragbarkeit des HMO-Prinzips geschaffen worden sind und eine Überwindung der Hindernisse keine rechtliche, sondern eine politische Frage darstellt (vgl. Böhlert, Adam und Robra, 1997; Maydell, 1988).

7 Ausblick

Die anfängliche HMO-Euphorie der Schweizer ist verfliegen und die derzeitige Situation wird als ‚Denkpause‘ beschrieben (vgl. Bapst, 1998). Die Erfahrungen der Schweiz mit HMOs und ähnlichen Managed Care-Instrumente lassen darauf schließen, dass mit einer Marktexpansion der HMOs bzw. einer Verdrängung der ärztlichen Einzel- und Gemeinschaftspraxen auf mittlere Sicht nicht zu rechnen sein wird. Dazu dürfte auch der herausgehobene Stellenwert der freien Arztwahl in der Bevölkerung beitragen.

Die Barrieren zur Einführung von den HMOs vorgelagerten Managed Care-Formen, seien es IPAs oder PPOs, sind jedoch deutlich geringer, außerdem liegen hier inzwischen erste Erfahrungen mit Modellversuchen vor. Sämtliche Parteien propagieren mehr oder weniger offen Einkaufsmodelle und Direktverträge, wenngleich die Begründungsmuster und Bezugssysteme (Markt vs. Demokratie) differieren (CDU/CSU und FDP: „mehr Gestaltungsmöglichkeiten der Kassen und Vertragsfreiheit“; SPD/Grüne: „Abbau von Hierarchien“). Auch die PKV zeigt zunehmend Interesse an Einkaufsmodellen und bietet mittlerweile Tarife mit einem ‚Verhaltensbonus‘ bei Inanspruchnahme eines Gatekeepers (z.B. AXA Colonia, Tarif Vital + Vital Z) an (vgl. Friel, 1996; Arzt & Wirtschaft, 1996). Die Zukunft im Krankenhausbereich wird laut der vom Unternehmensberatungskonzern Arthur Andersen veröffentlichten Studie ‚Krankenhaus 2015‘ sogenannten ‚Versorgungs-Aktiengesellschaften‘ und Gesundheitsnetzen gelten.

Diese Entwicklungen werden vor den Zahnarztpraxen nicht Halt machen. Auch wenn nicht mit einer ‚handstreichartigen‘ Einführung von HMOs in Deutschland zu rechnen ist, so sollte sich die Zahnärzteschaft in dieser Frage dennoch frühzeitig positionieren. Die KBV beschäftigt sich bereits seit längerem konzeptionell mit den Chancen und Risiken der Integrationsversorgung und hat ein Projekt initiiert, dessen Ziel die Entwicklung eines morbiditätsbasierten Patientenklassifikationssystems ist, das die Berechnung risikogerechter Versorgungsbudgets und ein Monitoring der Versorgungsstandards in HMOs ermöglichen soll (vgl. Stillfried, 2000).

Die Zahnärzteschaft verfügt mit dem Vertrags- und Wahlleistungsmodell der KZBV über ein Konzept, das durchaus einige typische Managed Care-Aspekte enthält, aber auch weiterhin an den bewährten Qualitätssicherungskonzepten der vertragszahnärztlichen Versorgung (Vorbegutachtung, Prothetikeinigungsausschuss etc.) festhält. Der Vertragsbereich ist weiterhin durch den monopolistischen Sicherstellungsauftrag der KZVen geprägt, die Verhandlungsmacht bleibt insofern erhalten. Gleichzeitig er-

folgt eine wettbewerbliche Öffnung im Wahlleistungsbereich, die den Patienten die Wahl der gewünschten zahnmedizinischen Versorgung überlässt. Auch wird die Entscheidung des Patienten für eine Versorgung außerhalb des Vertragssystems nicht – wie etwa beim amerikanischen Point of Service-Modell – mit Abschlägen bei der Erstattung sanktioniert (vgl. Ratajczak, 1996). Insofern handelt es sich bei dem Vertrags- und Wahlleistungsmodell der KZBV um ein politisch-liberalistisches Konzept, das auf der einen Seite Kosten- und Qualitätskontrolle erlaubt, auf der anderen Seite aber die Nachteile einer Integration der versicherungs- und leistungserbringertypischen Funktionen vermeidet – zum Vorteil des Patienten.

8 Literatur

Arzt & Wirtschaft: Einkaufsmodelle - Dreht auch die PKV den Hahn zu? 11/1996, S. 28

Ärztezeitung: Behandlungsfehler werden in den USA selten gemeldet. 7. Juni 2001a

Ärztezeitung: In USA kämpfen Versicherer mit Negativ-Image. 5. Juli 2001b

Ärztezeitung: US-Kongreß billigt umstrittene Patienten-Charta. 6. August 2001c

Ärztezeitung: Kosten im Gesundheitswesen deutlich gestiegen – Höhere Beiträge in den USA. 26./27. Oktober 2001d, S. 11

Bapst, L.: Lehrgang Gesundheitswesen Schweiz. Kap. 3.6: Managed Care. <http://www.medpoint.ch/other/lehrgang/36.pdf>, 1998

Baumann, M., Stock, J.: Managed Care – Impulse für die GKV? Endbericht der Prognos AG Basel/Köln im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung, Graue Reihe – Neue Folge 109, Düsseldorf, 1996, s. S. 58ff, 74 ff

Baur, R., Hunger, W., Kämpf, K., Stock, J. (Prognos AG): Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. Synthesebericht. Nr. 1/1998, Basel 1998

Baur, R., Stock, J.: Schweizer HMOs überzeugen in puncto Qualität und Kosten. Gesundheit und Gesellschaft 80, 9/1998, s. S. 20

Baur, R.: Das Ziel ist noch nicht erreicht. Forum Managed Care, 5/2000, http://www.fmc.ch/015_Zeitschrift/2000/05/Mc_s_10.pdf

Beck, K., Keller, B.: Risikoselektion in Hausarztmodellen: Ein Plädoyer für differenzierte Risikokorrektur. Forum Managed Care, 4/1998, s. S. 30 ff

Böhlert, I., Adam, I., Robra, B.-P.: Voraussetzungen zur erfolgreichen Umsetzung von Managed-Care-Gatekeepersystemen nach dem Schweizer Muster in Deutschland. Das Gesundheitswesen 59, 10, 1997, s. S. 558 f

Buchs, L., Zehnder, R.: Medinet-Netz Genf: Erfahrungen und Ergebnisse. Forum Managed Care 1/1998, http://www.fmc.ch/015_Zeitschrift/1998/01/06medine.pdf

Buxbaum, R. C.: Health Maintenance Organizations aus der Sicht eines Arztes. In: Hauser, H., Schulenburg, J.-M. Graf v. d. (Hrsg.): Health Maintenance Organizations. Robert Bosch Stiftung, Beiträge zur Gesundheitsökonomie 19, Gerlingen, 1988, s. S. 351

Cosler, D., Klaes, L., Raven, U., Reiche, R.: Freie Arztwahl im Urteil der Bevölkerung. Auszug aus einer Untersuchung im Auftrag der Ärztekammer Nordrhein. Chirurg BDC 38, 6/1999, S. 155-156

Cosler, D., Klaes, L.: Freie Arztwahl im Urteil der Bevölkerung. Eine Untersuchung im Auftrag der Ärztekammer Nordrhein, Bonn, Februar 1999

Der gelbe Dienst: Kanzlerpapier: Pleiten – Pech – Pannen und ein Anflug von Aufbegehren. 13/2001, S. 13-15

Douglass, G. L.: Managed Care Dental Plans and Periodontics. In: The American Academy of Periodontology (Hrsg.): Managed Care Resource Packet. Chicago 1996, Sect. 1, s. S. 3

European Observatory on Health Care Systems: Health Care Systems in Transition. Switzerland. www.observatory.dk, www.who.dk/document/e68670.pdf, 2000

Frei, A., Hunsche, E.: The Swiss health care system. Hepac, Nr. 2, 2001, s. S. 77

Friel, H.: Gesundheit soll „gemanaged“ werden. Zahnärztliche Mitteilungen 86, 8/1996, s. S. 23 f

Galbraith, J. K.: American Capitalism. The Concept of Countervailing Power. Boston, 1952

Geraedts, M.: Wollen wir wirklich Managed Care? Das Gesundheitswesen 60, 1998, s. S. 474, 479

Groser, M.: Wettbewerbselemente in der Gesetzlichen Krankenversicherung – von den Ursprüngen bis zum Gesundheitsstrukturgesetz. In: Wille, E. (Hrsg.): Zur Rolle des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Baden-Baden, 1999, s. S. 67 ff

Güntert, B. J., Wagner, U.: Managed Care in der Schweiz – eine Erfolgsstory? Public Health Forum 5, 18/1997, S. 9

Hauser, H.: Grundzüge einer wettbewerbsorientierten Reformpolitik und das Konzept der Health Maintenance Organization. In: Hauser, H., Schulenburg, J.-M. Graf v. d. (Hrsg.): Health Maintenance Organizations. Robert Bosch Stiftung, Beiträge zur Gesundheitsökonomie 19, Gerlingen, 1988, s. S. 21 f

Hildebrandt, H., Domdey, A., Fuchs, G.: Health Maintenance Organizations in den USA: Eine Einführung. Die Betriebskrankenkasse 83, 12/1995, s. S. 731

Huber-Stemich, F., Hess, K., Baumann, P., Berger, D.: Sechs Jahre HMO Zürich-Wiedikon – Ein Erfahrungsbericht. Ars Medici 18/96, S. 1079–1082 und Ars Medici 19/96, S. 1135–1139

Kaufhold, R., Schneider, M.: Preisvergleich zahnärztlicher Leistungen im europäischen Kontext (EURO-Z). IDZ-Information Nr. 1/2000, s. S. 11, <http://www.idz-koeln.de/m3-d.htm>

König, H. H., Seitz, R.: Managed Care in Deutschland – Sozialrechtliche und ökonomische Aspekte der Übertragbarkeit. Das Gesundheitswesen 61, 1999, s. S. 275 ff

KVNB, Kassenärztliche Vereinigung Nordbadens: Ein einfaches System mit geringen Beiträgen und größerer Selbstbeteiligung. In der Schweiz wird unabhängig von Einkommen und Familienstand eine Kopfpauschale als GKV-Beitrag erhoben. Forum 1/2001, in: <http://www.kvnb.de/aktuell/forum/01010301.htm>

- KZBV, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung: KZBV Jahrbuch 98. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln 1998
- Lankers, C. H. R.: Erfolgsfaktoren von Managed Care auf europäischen Märkten. *WidO Materialien*, Bd. 37, Bonn, 1997, s. S. 37ff, 101, 102 ff
- Maydell, B. Baron v.: Intensivierung des Wettbewerbs durch HMOs. Sozialrechtliche Möglichkeiten und Grenzen im Rahmen der ambulanten Versorgung. In: Hauser, H., Schulenburg, J.-M. Graf v. d. (Hrsg.): *Health Maintenance Organizations*. Robert Bosch Stiftung, Beiträge zur Gesundheitsökonomie 19, Gerlingen, 1988, S. 262 ff
- Meyer, P. C., Denz, M. D.: Sozialer Wandel der Arztrolle und der Ärzteschaft durch Managed Care in der Schweiz. *Das Gesundheitswesen* 62, 2000, s. S. 138ff
- Müller-Boschung, P.: Der Einfluss der europäischen Entwicklung auf das Berufsbild des Zahnarztes. *ÖZZ*, Folge 6, 2001, s. S. 22 f
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development: *OECD Health Data 2001*, 2001
- Oggier, W.: Managed Care in der Schweiz: eine Bestandsaufnahme. *Die Krankenversicherung*, Oktober 1997, s. S. 283
- Ratajczak, T.: Managed Care. Perspektiven der weiteren Entwicklung des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland. *Zahnarzt Magazin* 11, 2/1996, S. 49
- Ratajczak, T.: Perspektiven der weiteren Entwicklung des Gesundheitswesens. Managed Care in der Bundesrepublik Deutschland (Teil II). *Zahnarzt-Magazin*, Nr. 3, 1996, s. S. 59
- Schmid, A.: Die Euphorie ist verfliegen. Von ihrer Gesundheitsreform haben sich die Schweizer Beitragssenkungen erhofft – vergeblich. *Die Zeit*, Nr. 28 v. 5. Juli 2001, S. 18
- Schneider, M., Beckmann, M., Biene-Dietrich, P., Gabanyi, M., Hofman, U., Köse, A., Mill, D., Späth, B.: Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. *Übersichten 1997*. Augsburg, 1998, s. S. 61
- Seitz, R., König, H.-H. Stillfried, D. Graf von: Grundlagen von Managed Care. In: Arnold, M., Lauterbach, K. W., Preuß, K.-J. (Hrsg.): *Managed Care – Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte*. Stuttgart/New York, 1997, s. S. 5
- Sommer, J. H.: Managed Care in der Schweiz: Vorbild für Deutschland? In: Arnold, M., Lauterbach, K. W., Preuß, K.-J. (Hrsg.): *Managed Care – Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte*. Stuttgart/New York, 1997, s. S. 224
- Stillfried, D. Graf v.: Fataler Wettlauf um „gute Risiken“. *Deutsches Ärzteblatt*, Nr. 38 v. 24. September 1999, s. S. A-2342 ff
- Stillfried, D. Graf v.: Integrationsversorgung – Innovationspotenzial und Risiken. *Sozialer Fortschritt* 49, 8-9/2000, S. 182 ff
- Stillfried, D. Graf von: Managed-Care-Elemente in der Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Arnold, M., Lauterbach, K. W., Preuß K.-J. (Hrsg.): *Managed Care – Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte*. Stuttgart/New York, 1997, s. S. 231
- SVR, Sachverständigenrat: Chancen auf einen höheren Wachstumspfad. *Jahresgutachten 2000/2001*. <http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de>

Thurner-Fromm, B.: In der Schweiz wird keiner aus der Solidarität entlassen. Stuttgarter Zeitung v. 1. August 2001

Toepffer, J.: Krankenversicherung im Spannungsfeld von Markt und Staat: das Beispiel der USA und seine Implikationen für Funktion und Gestaltung eines marktwirtschaftlich orientierten Krankenversicherungssystems. Bayreuth, 1997, s. S. 246 ff

Wagner, E.: Types of Managed Care Organizations. In: Kongstvedt, P. R. (Hrsg.): Essentials of Managed Health Care. 2nd Edition, Gaithersburg 1997, S. 38

Weber, A.: Erfahrungen mit Managed-Care-Modellen in der Schweiz – aus zahnärztlicher Sicht. Vortrag auf der Klausurtagung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung am 4.9.1998 in Deidesheim

Weber, A.: Lehrgang Gesundheitswesen Schweiz. Kap. 4.4: HMOs und Hausarztmodelle. 2000, http://www.medpoint.ch/other/lehrgang/44_HMO.pdf

9 Anhang

Anhang 1: Auswertungstableau zu den in der Literatur aufgeführten Vor- und Nachteilen von Managed Care	
Vorteile	Nachteile
<ul style="list-style-type: none"> deutliche Reduktion der Ausgabensteigerung in der medizinischen Versorgung niedrigere Beiträge für Arbeitnehmer und Arbeitgeber 	<ul style="list-style-type: none"> starke Kontrolle des medizinischen Leistungsgeschehens auf allen Ebenen Ersatz der Einzelleistungsvergütung durch pauschale Vergütungsformen
<ul style="list-style-type: none"> Einschränkung des Leistungskatalogs auf das medizinisch Notwendige 	<ul style="list-style-type: none"> Ausschluss teurer Hochleistungsmedizin Beschränkung der medizinischen Versorgung auf ein Minimum Gefahr der Unterversorgung Benachteiligung sozial schwacher Gruppen durch Aufbau interner Hürden vor der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen
<ul style="list-style-type: none"> Bessere Patientenführung mittels Gatekeeping, Case Management und Disease Management Stärkung der primärärztlichen Versorgung Bessere Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, dadurch Vermeidung von „unnötigen“ Behandlungen Förderung der Arbeitsteilung in der medizinischen Versorgung 	<ul style="list-style-type: none"> Beschränkung der freien Arztwahl Schwächung der fachärztlichen Versorgung Verlagerung der medizinischen Versorgung auf „Hilfspersonal“ Gefahr der Qualitätsminderung
<ul style="list-style-type: none"> Qualitätssicherung durch interne Kontrollen der Krankenversicherungsträger und die Definition von Behandlungsstandards und Leitlinien 	<ul style="list-style-type: none"> Einschränkung der Therapiefreiheit bis hin zur Weisungsgebundenheit des Arztes Anonymisierte Arzt-Patienten-Beziehung Autoritätsverfall des Arztes/Zahnarztes
<ul style="list-style-type: none"> Förderung des effizienzsteigernden medizinischen Fortschritts Suche nach neuen Möglichkeiten, die medizinische Versorgung zu organisieren Rationalisierung 	<ul style="list-style-type: none"> Behinderung des teuren innovativen medizinischen Fortschritts Einkaufsmodelle und Preisdiktat durch Träger der Krankenversicherung Rationierung
<ul style="list-style-type: none"> Stärkung der Prävention, falls sie die Kosten der medizinischen Versorgung in naher Zukunft reduziert und sich als Marketinginstrument eignet 	<ul style="list-style-type: none"> Schwächung teurer Präventionsmaßnahmen, deren Erfolg weit in der Zukunft liegt
	<ul style="list-style-type: none"> erhöhter Verwaltungsaufwand für die Träger der Krankenversicherung aufgrund der Koordinations- und Kontrollmaßnahmen sinkende Patientenzufriedenheit und damit auch geringere Compliance

Quelle: Kaufhold, R.: Kommentierte Literaturliste Managed Care. Vorlage vom 17.08.1998 zur Klausurtagung des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung am 4./5. September 1998 in Deidesheim

© IDZ, 1998