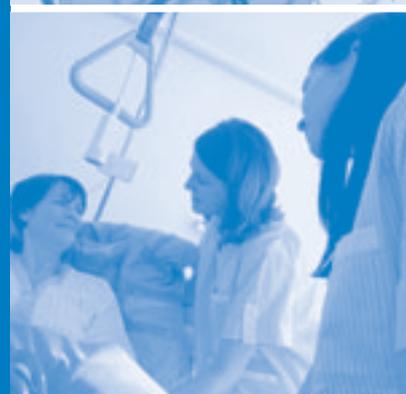


Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung

# Managed Care-Modelle

Bestandesaufnahme 2004



BAG OFSP UFSP SFOPH



Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung

# **Managed Care-Modelle**

Bestandesaufnahme 2004

BSB Büro für Sozialwissenschaftliche Beratung, Basel  
Rita Baur

September 2004

Das Bundesamt für Gesundheit veröffentlicht in seiner Reihe «Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung» konzeptionelle Arbeiten und Forschungsergebnisse zu aktuellen Themen im Bereich der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens, die damit einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Analysen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Gesundheit wieder.

## **Impressum**

© Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit

Publikationszeitpunkt: Juni 2005

Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung – unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares an das Bundesamt für Gesundheit.

Weitere Informationen: BAG, Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung, Marie-Thérèse Furrer, Telefon +41 (0)31 323 70 68  
[marie-therese.furrer@bag.admin.ch](mailto:marie-therese.furrer@bag.admin.ch), [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)

Bezugsquelle: BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern  
[www.bbl.admin.ch/bundespublikationen](http://www.bbl.admin.ch/bundespublikationen)

BBL-Artikelnummer: Form. Nr. 316.701

BAG-Publikationsnummer: BAG KUV 6.05 300 kombi 60EXT05001

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
Avant-propos	2
Prefazione	3
Foreword	4
Kurzfassung	5
Résumé	10
Riassunto	15
Summary	20
<b>1</b> Aufgabenstellung und Durchführung	<b>25</b>
1.1 Aufgabenstellung	25
1.2 Durchführung	25
1.3 Abgrenzungen, begriffliche Klärungen	27
<b>2</b> Quantitative Struktur und Entwicklung der Managed Care Modelle	<b>30</b>
2.1 Entwicklung in den Managed Care-Formen und nach Kantonen	30
2.2 Entwicklungen und Strukturen bei den einzelnen Hausarztnetzen	32
2.3 Entwicklungen und Strukturen bei den einzelnen HMOs	33
2.4 Versicherer und Managed Care-Angebote	34
2.5 Fazit	35
<b>3</b> Wirkungen Von Hausarztmodellen und HMOs	<b>36</b>
3.1 Einleitung	36
3.2 Untersuchungsergebnisse zu den Kosten	37
3.3 Der wirtschaftliche Erfolg der existierenden Modelle	40
3.4 Aspekte der Qualität	41
3.5 Fazit	41
<b>4</b> Bedeutung Und Umsetzung Von Managed Care-elementen	<b>43</b>
4.1 Das Sollkonzept	43
4.2 Die Umsetzung der Elemente	45
4.2.1 Betrachtete Formen	45
4.2.2 Steuerung	46
4.2.3 Vernetzung	48
4.2.4 Finanzielle Mitverantwortung und Finanzierung	51
4.2.4.1 Einleitung	41
4.2.4.2 Capitation/reale Budgets	53
4.2.4.3 Virtuelles Budget	56
4.3 Qualitätsaspekte	58
4.3.1 Bedeutung und Umsetzung	58
4.3.2 Entwicklungen bei Qualitätssicherung und Zertifizierung	60
4.4 Fazit	61

5	Förderung Von Managed Care	62
5.1	Beurteilung der Vorschläge	62
5.2	Diskussion und Schlussfolgerungen	65
A	Anhang	68
A 1	Literaturverzeichnis	68
A 2	Schriftliche Befragung von Präsidentinnen und Präsidenten von Hausarztnetzen	70
A 3	Themenkatalog für Fachgespräche	76
A 4	Vollständige Ergebnisse der Befragung von Präsidentinnen und Präsidenten von Hausarztnetzmodellen ohne Budgetverantwortung zur Wichtigkeit und Umsetzung von Managed Care-Elementen	79
A 5	Auszüge aus dem Schlussbericht: Teilprojekte «MC-Vertragsgrundlagen und Aufgabenteilung 2001»	81
A 6	Liste der Hausarztmodelle/HMOs und Managed Care Organisationen 2004	92
Ü	Verzeichnis der Übersichten	
Ü 1.1	Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer	28
Ü 1.2	Merkmale von HMOs und Hausarztnetzen	28
Ü 1.3	Beziehungen der Beteiligten in Managed Care-Modellen	29
Ü 2.1	Versicherte in Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl	30
Ü 2.2	Managed Care-Versicherte und Anzahl HMOs nach Kantonen	31
Ü 2.3	Grössenstruktur der Hausarztmodelle, 1999 und 2004	33
Ü 3.1	Berechnung der Risikoselektionseffekte	39
Ü 3.2	Beurteilung des Erfolgs des Hausarztnetzes	41
Ü.3.3	Bewertung von Praxen durch Patienten, 2002	42
Ü 4.1	Kernmerkmale von Managed Care-Modellen und die einzelnen Elemente	44
Ü 4.2	Bedeutung und Umsetzung von Steuerungselementen in Hausarztmodellen	47
Ü 4.3	Bedeutung und Umsetzung von Elementen der Vernetzung	50
Ü 4.4	Schritte der Capitationberechnung nach Beck	55
Ü.4.5	Zielvorgaben und Ergebnisermittlung (Unimedes)	56
Ü 4.6	Finanzierungsaspekte in Hausarztnetzen ohne Budgetverantwortung	57
Ü 4.7	Gliederung der QZ im MediX Ärzteverbund Zürich	58
Ü 4.8	Elemente der Qualitätssicherung in Hausarztnetzen	60
Ü 5.1	Beurteilung verschiedener Vorschläge zur Förderung von Managed Care-Modellen durch die Netzpräsidentinnen und -präsidenten	63

# Abkürzungen

Im Zusammenhang mit Managed Care:

---

HAM	Hausarztmodell/Hausarztnetz (engl.: IPA): Zusammenschluss von Einzelpraxen
HMO	Health Maintenance Organization: Gruppenpraxis mit angestellten Ärzten
IPA	Independent Practice Association: siehe HAM
MCO	Managed Care Organisation: Im Auftrag mehrerer Versicherer Vertragspartner von HMOs oder Hausarztnetzen, teilweise auch Betreiber von HMOs
PPO	Preferred Provider Organization: a) Eine Versicherungsform, bei der sich die Versicherten verpflichten, nur die auf einer Liste ausgewiesenen Leistungserbringer (Grundversorger, Spezialisten, Spitäler) zu nutzen; b) allgemein: Zusammenarbeit mit ausgewählten Leistungserbringern
POS	Point of Service Organization: Ein Managed Care-Modell in USA, bei dem sich die Versicherten im Erkrankungsfall entscheiden können, ob sie innerhalb des Managed Care-Modells betreut werden wollen oder, gegen höhere Kostenbeteiligung, ausserhalb.
VIPA	Verein Independent Practice Association: Die (Einzel-)praxen, die zusammen mit der HMO den HMO-Gesundheitsplan in Basel bilden.

---

Andere:

---

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BSV	Bundesamt für Sozialversicherung
DRG	Diagnosis Related Groups
KVG	Krankenversicherungsgesetz
QZ	Qualitätszirkel
TARMED	Tarifstruktur im ambulanten Bereich (in Kraft seit 1.1.2004)

---



## Vorwort des Bundesamts für Gesundheit

Die Grundlagen für die versuchsweise Einführung von besonderen Versicherungsformen hat der Bundesrat bereits 1989 noch unter dem alten Krankenversicherungsgesetz geschaffen. Die Versicherer durften zusätzlich zur ordentlichen Versicherung Versicherungen betreiben, bei denen die Behandlung der Versicherten ausschliesslich ausgewählten Leistungserbringern anvertraut wird (Versicherung mit eingeschränkter Arztwahl) oder bei denen eine Prämienermässigung dann gewährt wird, wenn die Versicherten während eines ganzen Kalenderjahres keine Leistungen in Anspruch nehmen (Bonusversicherung). Entsprechende Angebote waren genehmigungspflichtig und mit Auflagen über eine begleitende wissenschaftliche Untersuchung verbunden. In einer breit abgestützten Untersuchung, die in umfangreichen Berichten mündeten, wurde das Verhalten der Versicherten und Leistungserbringern sowie die Kostenwirkung dieser Modelle untersucht.

Mit dem 1996 in Kraft getretenen neuen KVG wurde für die besonderen Versicherungsformen ein definitiver rechtlicher Rahmen geschaffen. Die Versicherer können nun zusätzlich zur ordentlichen Versicherung besondere Versicherungsformen anbieten, ohne dass dies einer Bewilligung bedarf. Die Versicherten können im Einvernehmen mit dem Versicherer ihr Recht auf die freie Wahl des Leistungserbringers beschränken. Der Versicherer wählt die Leistungserbringer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung aus. Der Versicherer muss in diesem Fall nur die Kosten für Leistungen übernehmen, die von diesen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden. Als besondere Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer standen im Zeitpunkt des Inkrafttretens des KVG die Health Maintenance Organizations (HMOs) und die Preferred Provider Organizations (PPOs) im Vordergrund, das heisst Versicherungsmodelle, in denen sich die versicherte Person zur Einhaltung bestimmte Regeln verpflichtet und die unter den Begriff «Managed Care» fallen.

Zur Gewinnung von Daten über die Verbreitung der verschiedenen Arten von Managed Care-Modellen sowie von Aussagen über den mit Managed Care verbundenen qualitativen Aspekt wurde im Jahr 2000 eine erste Bestandesaufnahme durchgeführt. Festgestellt werden konnte ein beeindruckender Markterfolg der Managed Care-Modelle in den ersten Jahren nach Inkrafttreten des neuen KVG. Mit Blick auf eine vom Bundesrat vorgeschlagene KVG-Revision im Bereich von Managed Care, welche die weitere Verbesserung der Rahmenbedingungen zum Ziel hat, wurde eine der Autorinnen beauftragt, die gleiche Bestandesaufnahme zu wiederholen und die seit der ersten Studie zu beobachtete Entwicklung aufzuzeigen und zu beurteilen. Das Resultat ist Inhalt der vorliegenden Publikation.

Marie-Thérèse Furrer, Projektleiterin

## Avant-propos de l'Office fédéral de la santé publique

Le Conseil fédéral a élaboré les bases nécessaires pour introduire à titre d'essai des formes particulières d'assurance dès 1989, c'est-à-dire encore sous le régime de l'ancienne loi sur l'assurance-maladie. Les caisses pouvaient, par exemple, gérer, en plus de l'assurance ordinaire de base, des assurances dans lesquelles l'assuré ne s'adressait plus qu'à certains fournisseurs de prestations (assurance avec choix limité du médecin), ainsi que des assurances permettant à l'assuré de bénéficier d'une réduction de prime lorsque, durant toute une année civile, il n'avait demandé aucune prestation à la caisse (assurance avec bonus). Les offres devaient être approuvées et subordonnées à la réalisation de certaines analyses scientifiques. Le comportement des assurés et des fournisseurs de prestations, ainsi que les effets de ces modèles en termes de coûts, ont fait l'objet d'une vaste étude débouchant sur des rapports très complets.

Avec l'entrée en vigueur de la LAMal, en 1996, un cadre juridique définitif a été créé pour les formes particulières d'assurance. Les caisses peuvent donc à présent offrir, en plus de l'assurance ordinaire de base, des formes particulières d'assurance, sans en demander l'autorisation. Les assurés peuvent, en accord avec l'assureur, limiter leur choix aux fournisseurs que l'assureur désigne en raison de leurs prestations plus avantageuses. Dans ce cas, l'assureur ne prend en charge que les coûts des prestations fournies ou ordonnées par ces fournisseurs. Parmi les formes particulières d'assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations, existantes au moment de l'entrée en vigueur de la LAMal, se trouvaient notamment les cabinets de groupe (*Health maintenance organizations*, ou HMO) et les listes des fournisseurs de prestations proposées par les caisses-maladie (*Preferred provider organizations*, ou PPO), à savoir des modèles de réseaux de soins intégrés (*managed care*) dans lesquels l'assuré s'engage à respecter certaines règles.

En 2000, une première analyse a été effectuée afin de récolter des données sur la diffusion des différents réseaux de soins intégrés et des observations sur l'aspect qualitatif de ceux-ci. Il a été possible de constater que ces modèles ont eu un succès impressionnant l'année suivant l'entrée en vigueur de la LAMal. En vue de la révision de la LAMal dans le domaine du *managed care* proposée par le Conseil fédéral et dont le but serait d'améliorer ultérieurement les conditions cadres, l'un des auteurs de la première étude a été chargé de procéder à une nouvelle récolte des mêmes données afin de montrer et d'évaluer l'évolution de la situation. La publication ci-jointe présente les résultats de cette étude.

Marie-Thérèse Furrer, responsable de projet

## Prefazione dell'Ufficio federale della sanità pubblica

Già nel 1989, ancora sotto il regime della vecchia legge sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni, il Consiglio federale aveva posto le basi per introdurre a titolo sperimentale forme particolari d'assicurazione. Esse prevedevano che gli assicuratori, oltre a quella ordinaria, potessero praticare assicurazioni che affidassero la cura degli assicurati unicamente a fornitori di prestazioni selezionati (assicurazione con scelta limitata del medico) oppure che concedessero una riduzione del premio qualora gli assicurati non avessero fatto ricorso alle prestazioni durante un intero anno civile (assicurazione bonus). Queste offerte erano subordinate ad approvazione e vincolate a una serie di oneri concernenti un'analisi scientifica parallela. In una ricerca su vasta scala, sfociata in dettagliati rapporti, è stato esaminato il comportamento degli assicurati e dei fornitori di prestazioni nonché gli effetti di questi modelli sui costi.

Con la nuova LAMal, entrata in vigore nel 1996, è stato creato un quadro giuridico definitivo per le forme particolari d'assicurazione, in base al quale gli assicuratori, oltre all'assicurazione ordinaria, possono offrire nuove forme d'assicurazione, senza dover ricorrere ad un'autorizzazione specifica. L'assicurato può limitare la propria scelta del fornitore di prestazioni d'intesa con l'assicuratore, il quale sceglie i fornitori di prestazioni mirando ad una copertura sanitaria meno costosa, e assume solo i costi dell'assistenza prestata o prescritta dagli stessi. Al momento dell'entrata in vigore della LAMal, si contavano prevalentemente due forme particolari d'assicurazione con scelta limitata del fornitore di prestazioni: la Health Maintenance Organizations (HMO) e la Preferred Provider Organizations (PPO), modelli d'assicurazione che rientrano nel concetto «managed care» e che implicano determinate norme a cui gli assicurati devono attenersi.

Nel 2000 è stato svolto un primo inventario volto a raccogliere informazioni sulla diffusione dei vari modelli managed care e sugli aspetti qualitativi di queste forme assicurative. E' emerso che, nei primi anni dopo l'introduzione della nuova LAMal, i modelli managed care hanno riscosso un notevole successo di mercato. In vista di una riforma della LAMal nel settore della managed care, proposta dal Consiglio federale allo scopo di migliorare ulteriormente le condizioni quadro, una delle autrici del primo inventario è stata incaricata di ripetere l'operazione, illustrando e commentando l'evoluzione osservata dal primo studio fino ad oggi. Le conclusioni sono riportate nella presente pubblicazione.

Marie-Thérèse Furrer, direttrice del progetto

## Foreword by the Swiss Federal Office of Public Health

The Swiss Federal Council paved the way for the introduction of special forms of insurance as pilot projects in 1989, while the old Health Insurance Law was still in effect. Insurers were permitted to offer, in addition to ordinary insurance, insurance policies under which the treatment of insured persons would be provided exclusively by selected service-providers (insurance with restricted choice of doctors) or under which premiums would be reduced if the insured person did not claim any benefits for the whole of a calendar year (bonus insurance). Policies of this type required regulatory approval and had to be flanked by a scientific study. A wide-ranging study was set up which generated extensive reporting; it investigated the behaviour of insured persons and the service-providers and the impact of these models on costs.

The new Health Insurance Law came into force in 1996, creating a definitive legal framework for these special forms of insurance. Insurers are now permitted to offer, in addition to ordinary insurance, special forms of insurance without having to seek regulatory approval. In agreement with the insurer, insured individuals may limit their right to choose their service-providers freely. The insurer selects the service-providers with a view to obtaining medical care more cheaply. In this case, the insurer is required only to bear the costs for services provided or arranged by these service-providers. When the Health Insurance Law came into force, the two main special forms of insurance with a limited choice of service-provider were the Health Maintenance Organizations (HMOs) and the Preferred Provider Organizations (PPOs). In both these insurance models, the insured individual undertakes to observe certain rules, and both come under the heading of «Managed Care».

The first interim assessment was carried out in 2000 with the aim of acquiring data on the prevalence of the various managed care models and on the quality of care they provided. The assessment found that the managed care models had had an impressive degree of success in the market in the first few years after the new Health Insurance Law came into force. Against the background of the Federal Council's proposed revision of the Health Insurance Law with respect to managed care, the purpose of which is to further improve the framework for these models, one of the authors was commissioned to repeat the interim assessment and to document and evaluate the developments that have taken place since the first study was carried out. This publication is the result of the second assessment.

Marie-Thérèse Furrer, Project Manager

## Kurzfassung

Der Bundesrat hat Vorschläge für die KVG-Revision im Bereich Managed Care vorgelegt und will die Rahmenbedingungen für diese Modelle verbessern. Im Hinblick auf die parlamentarische Diskussion soll eine aktuelle Bestandsaufnahme sowohl einen quantitativen Überblick über die existierenden Managed Care-Modelle als auch qualitative Informationen zu deren Wirkungen und der Umsetzung von Managed Care-Elementen liefern.

Für die Bestandsaufnahme wurden drei Erhebungen durchgeführt:

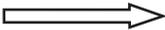
- Eine Erhebung bei Versicherern, Managed-Care-Organisationen und –Modellen zur Aktualisierung der Übersichten über die vorhandenen Modelle, deren Versicherten- und Arztzahlen. Diese Erhebung wurde durch das Forum Managed Care durchgeführt.
- Eine schriftliche Befragung bei den Präsidentinnen und Präsidenten der Hausarztmodelle.
- Fachgespräche mit den verschiedenen beteiligten Akteursgruppen: Versicherer, HMOs, Managed Care-Organisationen.<sup>1</sup>

Im Rahmen dieser Bestandsaufnahme wurden keine Erhebungen zu den Wirkungen der Managed Care-Modelle vorgenommen; zu diesen Fragen wurde die Literatur ausgewertet.

Managed Care-Modelle haben den Anspruch einer ganzheitlich, von einer Hand gesteuerten Gesundheitsversorgung durch die gesamte Leistungskette. Ein zentrales Element ist das Gatekeeping, bei dem eine Patientin/ein Patient im Bedarfsfall immer zuerst den Gatekeeper (=Hausarzt) aufsucht, der dann ggf. einen Auftrag an andere Glieder der Behandlungskette weitergibt und bei dem alle Informationen zusammenlaufen. Die Managed Care-Modelle werden üblicherweise unterteilt in HMOs (Health Maintenance Organizations) und Hausarztmodelle. Sie gehören zu den «Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer» nach KVG. Diese umfassen auch andere Formen, die nicht zu Managed Care gezählt werden können und auch nicht Gegenstand dieser Bestandsaufnahme sind.<sup>2</sup>

### Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer

(grau hinterlegt = Gegenstand der Bestandsaufnahme)

<b>Managed Care-Modelle</b>		HMO: Gruppenpraxis mit angestellten Ärzten Hausarztmodelle: Zusammenschluss von niedergelassenen Ärzten (Grundversorger) in einem regionalen/lokalen Netz
<b>PPO = Preferred Provider Organization</b>		z.B. Beschränkung auf eine Teilmenge der niedergelassenen Ärzte (Hausärzte und Spezialisten), die von der Versicherung vorgegeben wird (Ärztelisten), oder Beschränkung auf eine Teilmenge der Spitäler, die von der Versicherung vorgegeben wird (Spitallisten).
<b>Andere Formen</b>		z.B. vorgeschaltete Telefonberatung, Benennung eines beliebigen, selbst gewählten Hausarztes

<sup>1</sup> Managed Care-Organisationen sind im Auftrag mehrerer Versicherer als Vertragspartner von HMOs und Hausarztnetzen tätig oder betreiben selbst HMOs.

<sup>2</sup> 2002 teilten sich die Versicherten in Formen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer so auf: gut 80 % in Managed Care-Modelle, knapp 20 % in andere Formen.

### **Quantitative Situation**

Im Jahr 2004 (Stand 1.1.2004) gibt es knapp 500'000 Versicherte in Managed Care-Modellen, 20 % davon in den 19 HMOS, 80 % in den 53 Hausarztnetzen.

In den fünf Jahren seit 1999 ist die Anzahl der Managed Care-Versicherten nur noch wenig, um etwa 10 %, gewachsen. Der bisherige Höhepunkt der Versichertenzahlen lag sowohl für Hausarztnetze wie für HMOS im Jahr 2001; der Rückzug einiger Versicherer aus den Hausarztmodellen und die Auflösung von sieben HMOS führte dann zu einem Rückgang, der aber bei den Hausarztnetzen seither wieder kompensiert werden konnte. Hauptgrund für die Schliessung von HMOS war das Fehlen einer ausreichenden Versichertenbasis des Versicherers in kleineren Standorten. Neue Managed Care-Modelle wurden in den Jahren seit 1999 nur vereinzelt gegründet.

2004 gibt es in 16 Kantonen ein Managed Care-Angebot; in drei dieser Kantone liegt die Versichertendichte dieser Modelle bei 15 % oder mehr, in acht bei weniger als 5 %.

Von den zehn grossen Versicherern (ab 200'000 Versicherte) bieten acht ein Managed Care-Modell an, aber jeweils in maximal zehn Kantonen.<sup>3</sup> Ein schweizweiter Durchschnittsanteil der Managed Care-Versicherten – er liegt 2004 bei knapp 7 % aller Krankenpflegeversicherten (OKP) – hat keinerlei Aussagekraft, weil viele Versicherte gar keinen Zugang zu dieser Versicherungsform haben.

Bei den HMOS dominieren kleine Strukturen: die Gruppenpraxen haben zwischen zwei und acht volle Arztstellen und die Versichertenzahlen liegen meist bei 3'000 bis 6'000. Auch bei den Hausarztnetzen dominieren die kleinen und mittleren Netze; durch Zusammenschlüsse sind die sehr kleinen Netze zurückgegangen. Bei den Ärzten handelt es sich überwiegend um Grundversorger.

Die Prämienreduktionen, die die Versicherer auf Hausarzt- oder HMO-Versicherungen gewähren, wurden gegenüber dem Jahr 2000 meist reduziert. Bei Hausarztmodellen liegt die Reduktion meist unter 10 %, bei HMOS meist bei 14–18 %.

### **Wirkungen von Hausarztmodellen und HMOS**

Die generelle Erwartung ist, dass mit Managed Care-Modellen sowohl die Kosten gesenkt bzw. der Kostenanstieg gebremst, als auch die Qualität der medizinischen Versorgung verbessert werden kann. Mindestens jedoch sollten sie eine gleich gute Versorgung zu tieferen Kosten als im herkömmlichen System erbringen. Es gibt nur sehr wenige und sehr punktuelle Evaluationen, die Aufschluss darüber geben könnten, ob diese erwarteten Wirkungen eintreten. Zwar werden immer wieder «Erfolgsmeldungen» über Einsparungen von 20–30 % bei Hausarztmodellen publiziert, bei denen aber die Risikostruktur nicht ausreichend berücksichtigt ist.

Insgesamt können zwei Befunde als relativ erhärtet gelten:

1. Die Versicherten in Hausarztmodellen weichen in ihrer Alters- und Geschlechtsstruktur kaum von den traditionell Versicherten ab, die HMO-Versicherten dagegen sind «jünger».
2. Bei Eintritt in beide Modelle findet i.d.R. eine positive Risikoselektion statt, die mit Alter und Geschlecht nicht ausreichend gekennzeichnet ist; sie ist in der HMO-Versicherung stärker ausgeprägt als in der Hausarztmodell-Versicherung. Wie schnell dieser Eintrittsvorteil «aufgebraucht» wird, weil aus Gesunden Kranke werden können, ist umstritten.

Für einzelne Modelle bzw. die Modelle einzelner Versicherer können die Befunde aber auch ganz anders aussehen, weil z.B. die Akquisitionsstrategie der Versicherer einen Einfluss darauf hat, wer die Managed Care-Versicherung wählt.

---

<sup>3</sup> Von allen 92 Krankenversicherern bieten lt. Prämienliste des BAG 36 eine HMO- oder Hausarztversicherung an.

Die umfangreichste aktuelle Untersuchung bezieht sich auf die Managed Care-Modelle von SWICA. Sie berechnet für HMOs einen Innovationseffekt, das ist der Effekt, der nicht auf Risikoselektion zurückzuführen ist, von max. 40 % bei den Kosten, für Hausarztmodelle von max. 10 %.<sup>4</sup> Eine Wechsleranalyse korrigiert diese Werte etwas nach unten. Kostendifferenzen sagen aber noch nichts über reale Einsparungen, da modellspezifische Aufwendungen gegengerechnet werden müssen.

Die existierenden HMOs und Hausarztnetze mit Budgetverantwortung realisieren überwiegend Einsparungen von 15-20 %; nur bei einer Minderheit ist der wirtschaftliche Erfolg unsicher. Bei den Hausarztmodellen besteht nach wie vor grosse Unsicherheit, ob sie sich «rechnen».

Untersuchungen zur Qualität gibt es kaum. Patientenbefragungen weisen darauf hin, dass die Zufriedenheit bei HMO-Patienten etwa gleich hoch ist wie bei Patienten traditioneller Praxen; für Hausarztmodelle liegen keine Ergebnisse vor.

### **Bedeutung und Umsetzung von Managed Care-Elementen**

Die Arbeitsgruppe Moser war in Vorbereitung der 3. KVG-Revision beauftragt zu prüfen, wie die Verbreitung von Managed Care-Modellen mit geeigneten Anreizsystemen gefördert werden kann.<sup>5</sup> Im Rahmen dieses Auftrags hat sie die Merkmale herausgearbeitet, die «echte» Managed Care-Modelle kennzeichnen, nämlich

- die Steuerung des gesamten Prozesses der Leistungserbringung,
- die Vernetzung von Behandlungseinrichtungen,
- die finanzielle Beteiligung der Leistungserbringer am Versicherungsrisiko.

Zur Steuerung und Koordination der Behandlung sind Massnahmen der Qualitätssicherung (Leitlinien, Qualitätszirkel) nach Meinung der Arbeitsgruppe unabdingbar.

Gemessen an diesem Sollkonzept erfüllen im wesentlichen die HMOs und die wenigen Hausarztnetze mit Budgetverantwortung die Anforderungen an «echte» Managed Care-Modelle. Gut ein Viertel der Managed Care-Versicherten ist in solchen Modellen versichert. Kennzeichnend ist für sie die Umsetzung folgender Elemente:

**Steuerung:** Das Gatekeeping wird rigoros kontrolliert; in der Zusammenarbeit mit externen Leistungserbringern (Spezialisten, Spitäler) wird auf gute Kommunikation (Rückmeldungen) und Kooperation geachtet. Die Informationen über die gesamte Behandlungskette werden zusammengeführt.

**Vernetzung:** Es erfolgt eine selektive Zusammenarbeit mit externen Leistungserbringern – insbesondere Spezialisten und technischen Instituten (Labors, Röntgen) –, die nach Massgabe von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Kooperationsbereitschaft ausgewählt werden. Vernetzung wird hauptsächlich als Prozess verstanden, nur in Ausnahmefällen als strukturelle Integration der verschiedenen Segmente.

**Finanzielle Mitverantwortung:** Die Modelle haben ein echtes Budget, das sich aus der Summe der Capitation-Beträge für die Versicherten ergibt und sämtliche Gesundheitskosten abdeckt (full capitation). Sie tragen das Risiko für die Einhaltung des Budgets.

Die Mehrzahl der heute existierenden Hausarztmodelle kann man dagegen kaum als echte Managed Care-Modelle im Sinne des Sollkonzeptes bezeichnen. Wesentliche Elemente der Steuerung und Vernetzung werden nicht oder nur in Ansätzen realisiert. Es wird z.B. kaum kontrolliert, ob sich die Patienten

<sup>4</sup> Lehmann (2003)

<sup>5</sup> Expertengruppe bestehend aus Vertretern von Krankenversicherern, Ärzteverbänden, HMOs, BSV; Moser et al. (2003).

an die Gatekeeping-Regelung halten. In der Zusammenarbeit mit anderen Gliedern der Leistungskette (Spezialisten, Spitäler) wurden nur in Ausnahmefällen ansatzweise neue Strukturen und Prozesse implementiert, eine Auswahl bevorzugter Kooperationspartner fand so gut wie nicht statt. Eine finanzielle Mitverantwortung ist entweder gar nicht gegeben oder hält sich in sehr bescheidenem Rahmen.

Die meisten Hausarztnetze sind jetzt 6-8 Jahre alt. Die Erwartungen, dass im Laufe der Jahre in kleinen Schritten das Managed Care-Konzept umgesetzt würde, haben sich bis heute nicht erfüllt. Im Gegenteil: Elemente, die anfangs noch mit mehr Nachdruck verfolgt wurden, wie das Gatekeeping, werden nur noch wenig beachtet, die Ansätze zur finanziellen Mitverantwortung sind zurückgefahren worden. In den vergangenen vier Jahren hat kein Hausarztnetz mehr den Schritt zur Budgetverantwortung vollzogen. Allenfalls steht die Qualitätssicherungsarbeit heute auf breiterer Basis und ist auch Anknüpfungspunkt für die Erwartung, dass sich daraus doch noch eine bessere Umsetzung von Managed Care-Elementen ergibt.

### **Förderung von Managed Care**

Zur Förderung von Managed Care-Modellen hat die Arbeitsgruppe Moser eine Reihe von Vorschlägen entwickelt:

- Die Managed Care-Modelle sollen nicht mehr als «Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer», sondern als Versorgungsmodelle charakterisiert werden.
- Es sollen neue Anreize für Versicherte geschaffen werden, die die Modelle auch für Kranke attraktiver machen; insbesondere geht es um eine (Teil-)Substitution des Prämienrabattes durch Reduzierung des Selbstbehalts.
- Im Leistungs- und Tarifrecht sollen die Modelle Gestaltungsfreiheit haben.
- Die Rahmenbedingungen sollen verbessert werden: Verbesserung des Risikoausgleichs durch Einbeziehung von Morbiditätsmerkmalen oder Hochrisikopool/Monistische Spitalfinanzierung/Kontrovers: Aufhebung des Kontrahierungszwangs.

In den Fachgesprächen wurde die Stossrichtung alles in allem für gut befunden. Begrüsst werden die flexibleren Gestaltungsmöglichkeiten in den Anreizen. Begrüsst wird auch die Absicht, die an sich schon vorhandenen Spielräume im Vertrags- und Tarifbereich zu kodifizieren, um Unsicherheiten zu vermeiden. Unterstrichen wurde von allen Gesprächspartnerinnen und -partnern die zentrale Rolle der Veränderung der Rahmenbedingungen als Voraussetzung für eine bessere Entwicklung der Managed Care-Modelle; lediglich die Bedeutung der Aufhebung des Kontrahierungszwangs wurde auch in den Fachgesprächen nicht einheitlich bewertet.

### **Schlussfolgerungen**

Es besteht folgende Ausgangslage: Nachdem die Gründungsphase 97/98 abgeschlossen war, gab es bei der Managed Care-Versicherung keinen nennenswerten Fortschritt mehr.

- Die Versichertenzahlen sind mehr oder weniger konstant (klein) geblieben;
- die inhaltliche Entwicklung ist weitgehend zum Stillstand gekommen;
- der (kleine) Teil der Modelle, die die Managed Care-Prinzipien umsetzen, ist heute nach wie vor in einer Nischenposition und tut sich schwer, Mitstreiter/Nachahmer zu finden.

In dieser Situation ist es unrealistisch, kurz- bis mittelfristig von Managed Care-Modellen einen Einfluss auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zu erwarten. Managed Care ist selber in weiten Teilen im Entwicklungsstadium und kein ausgereiftes, am Markt positioniertes Produkt.

Ein Potenzial für die Erhöhung der Anzahl der Versicherten in Managed Care-Modellen ist durchaus vorhanden. Es dürfte mindestens bei 20 % liegen. Schwierig wird es aber sein, Managed Care nur als besonderes Qualitätsprodukt zu verkaufen; da die Bevölkerung der Überzeugung ist, eine hervorragende Gesundheitsversorgung zu geniessen, kann man den Mehrwert durch Managed Care nicht ohne weiteres plausibel machen.

Viele Versicherer bieten das Produkt überhaupt nicht an oder nutzen es (nur oder auch) zur Gewinnung bzw. Bindung guter Risiken dank des Prämienrabattes. Mit grosser Wahrscheinlichkeit würde eine Verbesserung des Risikoausgleichs die Versicherer veranlassen, stärker auf Managed Care zu setzen, denn dann hätten sie einen Anreiz, ihre Strategie von der Gewinnung guter Risiken auf die effiziente und effektive Versorgung schlechter Risiken umzupoolen. Ohne diesen Anreiz werden echte Managed Care-Modelle weiterhin nur ein Nischenprodukt sein.

Die Ärzte gelten vielfach als der grösste Engpass auf dem Weg zu mehr Managed Care. Nur wenige sind bisher bereit, aus dem standespolitischen Schulterschluss auszubrechen. Deshalb haben auch viele der heutigen Hausarztnetze keine Entwicklung in Richtung Managed Care genommen. Es ist zu erwarten, dass durch Druck Veränderungsbereitschaft entsteht; Druck entweder durch Aufhebung des Kontrahierungszwangs oder – langsamer – durch den Zustrom von Ärzten aus dem EU-Raum.

Der Staat hat sich in den letzten Jahren zwar mit der Gesetzgebung zu Managed Care befasst, sonst aber sehr zurückgehalten. Es wäre wünschenswert in Forschung und Entwicklung für Managed Care zu investieren und damit auch zu einem positiven Image beizutragen.

Es ist offenkundig, dass an vielen Stellen etwas in Bewegung geraten muss, wenn Managed Care ein Erfolg werden soll.

## Résumé

Le Conseil fédéral a présenté des propositions pour réviser la LAMal dans le domaine des réseaux de soins intégrés (*managed care*). Il veut, par ailleurs, améliorer les conditions cadre pour ces modèles d'assurance. En prévision des débats parlementaires, il est nécessaire de dresser un état des lieux de la situation actuelle et de fournir, d'une part, un aperçu quantitatif des modèles existants et, d'autre part, des informations qualitatives sur leurs effets et la mise en œuvre de leurs structures.

Trois **enquêtes** ont été menées pour collecter ces données :

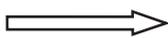
- Une première enquête, organisée par le **Forum Managed Care** auprès des assureurs, des organisations et des modèles de réseaux de soins intégrés a permis de mettre à jour les informations sur les modèles existants et sur le nombre d'assurés et de médecins qui y adhèrent.
- Une deuxième, écrite, a concerné les présidents des modèles du médecin de famille.
- Enfin, des entretiens ont été réalisés avec les groupes intéressés : assureurs, HMO, organisations de réseaux de soins intégrés.<sup>6</sup>

Ces enquêtes n'ont pas porté sur les effets des modèles de réseaux de soins intégrés. En effet, pour ces aspects, la littérature existante a été prise en considération.

Les réseaux de soins intégrés instituent un système uniforme et global de soins qui intègre l'ensemble de la chaîne des prestations de santé. Ce modèle accorde une place centrale à la médecine de premier recours (*gatekeeping*), système dans lequel le patient s'adresse toujours en premier lieu au médecin de famille (*gatekeeper*), auprès duquel toutes les informations sont réunies et qui, si nécessaire, le dirige vers d'autres maillons de la chaîne des soins. Les réseaux de soins intégrés se subdivisent généralement en HMO (*Health maintenance organizations*, soit des cabinets de groupe) et en modèles du médecin de famille. Ils appartiennent aux formes « d'assurance impliquant un choix limité du fournisseur de prestations » mentionnées dans la LAMal. Ces dernières comprennent également des formes qui ne peuvent pas être considérées comme des réseaux de soins intégrés et n'ont pas été prises en compte lors de cette collecte de données.<sup>7</sup>

### Formes d'assurance impliquant un choix limité du fournisseur de prestations

(partie ombrée = objet de la collecte des données)

<b>Modèles de réseaux de soins intégrés</b>		HMO : cabinets de groupe dans lesquels les médecins ont un statut d'employés Modèles du médecin de famille : groupement de médecins établis (généralistes) en un réseau régional ou local
<b>PPO = Preferred Provider Organization</b>		p.ex. limitation à une partie des médecins établis (généralistes et spécialistes), désignés par l'assurance (liste de médecins), ou limitation à une partie des hôpitaux, désignés par l'assurance (liste des hôpitaux).
<b>Autres formes</b>		p.ex. préconsultation par téléphone, désignation d'un médecin de famille choisi librement

<sup>6</sup> Les organisations de réseaux de soins intégrés exercent leurs activités pour le compte de plusieurs assureurs comme partenaires contractuels de HMO et réseaux de médecins ou gèrent des HMO.

<sup>7</sup> En 2002, les assurés affiliés à des formes d'assurance avec choix limité du fournisseur de prestations se répartissaient comme suit : 80 % dans les réseaux de soins intégrés et 20 % dans les autres formes d'assurance.

### Situation en termes quantitatifs

En 2004 (état au 1<sup>er</sup> janvier 2004), à peine 500 000 personnes étaient affiliées à un réseau de soins intégrés, dont 20 % aux 19 HMO et 80 % dans les 53 réseaux de médecin de famille.

Entre 1999 et 2004, le nombre d'assurés à ces réseaux a augmenté de 10 % seulement. Les réseaux de médecins de famille et les HMO ont suscité un engouement marqué en 2001. Le retrait de certains assureurs des modèles du médecin de famille et la suppression de sept HMO a conduit à une diminution du nombre d'assurés, diminution qui, pour ce qui est des réseaux de médecins de famille, a été compensée depuis. La fermeture des HMO est essentiellement due au nombre insuffisant d'assurés dans les localités plus petites. Seuls quelques nouveaux réseaux de soins intégrés ont été créés depuis 1999.

En 2004, 16 cantons disposent d'une offre de soins intégrés. Dans trois de ces cantons, 15 % ou plus des assurés sont affiliés à ce modèle, alors que cette proportion est inférieure à 5 % dans huit autres cantons.

Parmi les dix caisses maladies les plus importantes (au moins 200 000 assurés), huit proposent un réseau de soins intégrés, mais chacune dans dix cantons au plus.<sup>8</sup> L'extrapolation d'une moyenne suisse des assurés à un réseau de soins intégrés – qui, en 2004, représente à peine 7 % de l'ensemble des personnes affiliées à l'assurance obligatoire des soins (AOS) – n'est pas représentative, car beaucoup d'assurés n'ont pas du tout accès à cette forme d'assurance.

Parmi les HMO, ce sont les petites structures qui dominent : les cabinets de groupe comptent entre deux et huit postes de médecin à plein temps et entre 3000 et 6000 assurés. Ce sont également les organisations de petites et moyennes dimensions qui prévalent dans les réseaux de médecins de famille, où l'on note un recul des très petites structures, dû aux fusions de caisses-maladie. Les médecins sont pour la plupart des généralistes.

Les rabais de prime accordés par les assureurs sur ces modèles ont été généralement réduits par rapport à l'an 2000. En règle générale, le rabais est inférieur à 10 % pour les modèles du médecin de famille, et se situe entre 14 et 18 % pour les HMO.

### Effets des modèles du médecin de famille et des HMO

On s'attend à ce que les modèles de soins intégrés entraînent une diminution des coûts, ou un ralentissement de leur augmentation, et une amélioration de la qualité des soins médicaux. Ils devraient cependant permettre une couverture de soins qui soit au moins aussi bonne et moins coûteuse que dans le système traditionnel. Il n'existe que peu d'évaluations, par ailleurs ponctuelles, qui permettraient de conclure que les effets escomptés sont réalisés. Certes, il est souvent question du succès des modèles du médecin de famille, qui conduiraient à une économie de 20 à 30 %, mais ces résultats ne prennent pas suffisamment en compte la structure de risque.

En fait, les deux observations suivantes peuvent le corroborer:

1. Pour ce qui est de l'âge et du sexe, les assurés des modèles du médecin de famille se différencient à peine des assurés du système traditionnel, alors que les assurés des HMO sont « plus jeunes ».
2. Les entrées dans les deux modèles sont généralement soumises à une sélection positive des risques qui fait peu de cas des facteurs de l'âge et du sexe ; cette sélection est plus marquée dans l'assurance HMO que dans celle du modèle du médecin de famille. Or cet avantage que présentent certains assurés en bonne santé à l'entrée peut disparaître très rapidement lorsqu'ils tombent malades.

---

<sup>8</sup> Selon la liste des primes de l'OFSP, 36 assureurs maladie sur les 92 existants proposent des modèles HMO ou du médecin de famille.

Certains modèles, ou les modèles de certains assureurs, peuvent donner des résultats tout à fait différents, car p.ex. la stratégie d'acquisition de l'assureur a une influence sur les personnes qui optent pour une assurance proposant les réseaux de soins intégrés.

L'étude actuelle la plus complète concerne les réseaux de soins intégrés de SWICA. Elle calcule un effet d'innovation, soit un effet qui n'est pas dû à la sélection de risques, qui permet de diminuer les coûts de 40 % au maximum, pour les HMO, et de 10 % au plus pour les modèles du médecin de famille.<sup>9</sup> Une contre-analyse corrige ces valeurs légèrement vers le bas. Les écarts au niveau des coûts ne donnent cependant encore aucune information sur les économies effectivement réalisées, car les dépenses spécifiques au modèle doivent être soumises à un calcul de contrôle.

Les HMO et réseaux existants de médecins de famille assumant la pleine responsabilité budgétaire réalisent pour la plupart des économies allant de 15 à 20 %. La réussite économique est incertaine seulement pour quelques-uns de ces réseaux. Une grande incertitude pèse en revanche sur la question de la rentabilité des modèles du médecin de famille.

Il n'y a guère d'études sur la qualité. Les enquêtes auprès des patients révèlent que la satisfaction est aussi élevée chez les patients des HMO que chez les patients des cabinets traditionnels. Aucun résultat relatif aux modèles du médecin de famille n'est disponible.

### **Importance et mise en oeuvre des éléments des réseaux de soins intégrés**

Le groupe de travail Moser a été chargé, dans le cadre de la préparation de la 3<sup>e</sup> révision de la LAMal, d'étudier la manière de promouvoir la diffusion des réseaux de soins intégrés avec des systèmes d'incitation appropriés.<sup>10</sup> Il a défini les caractéristiques que devraient présenter les véritables réseaux de soins intégrés, à savoir :

- la gestion de l'ensemble du processus de fourniture de prestations aux patients ;
- la mise en réseau des équipements de traitement ;
- la participation des fournisseurs de prestations au risque d'assurance des patients.

Le groupe de travail est d'avis que des mesures de garantie de la qualité (lignes directrices, cercles de qualité) sont indispensables pour pouvoir piloter et coordonner les traitements.

Si on observe les caractéristiques susmentionnées, les **HMO et les quelques réseaux de médecins de famille assumant leur pleine responsabilité budgétaire** remplissent les exigences des véritables réseaux de soins intégrés. Un bon quart des assurés des réseaux de soins intégrés sont affiliés à de tels modèles, qui se caractérisent par la mise en oeuvre des éléments suivants :

- **Pilotage** : le système du médecin de premier recours est rigoureusement contrôlé ; la communication (retour de l'information) et la coopération avec les fournisseurs de prestations externes (spécialistes, hôpitaux) sont importantes. Les informations circulent d'un bout à l'autre de la chaîne de traitement.
- **Mise en réseau** : une collaboration sélective est mise en oeuvre avec les fournisseurs de prestations externes – notamment avec les spécialistes et les instituts techniques (laboratoires, radiographies) -, qui doivent répondre à des normes de qualité, d'économicité et doivent faire preuve de coopération. La mise en réseau est considérée surtout comme un processus, et dans des cas exceptionnels comme une intégration structurelle des divers segments.

---

<sup>9</sup> Lehmann (2003)

<sup>10</sup> Groupe d'experts composé de représentants des assureurs maladie, des associations de médecins, des HMO et de l'OFAS ; Moser et al. (2003)

- **Coresponsabilité financière** : les modèles établissent un véritable budget qui découle de la somme des montants de la capitation des assurés et couvre l'ensemble des coûts sanitaires (capitation complète). Ils assument le risque lié au respect du budget.

La plupart des **modèles du médecin de famille** existants peuvent en revanche à peine être considérés comme des modèles de soins intégrés selon la définition donnée. Des éléments essentiels du pilotage et de la mise en réseau ne sont pas réalisés ou seulement en partie. Par exemple, le respect des règles de la médecine de premier recours par les patients n'est guère soumis à vérification. De nouvelles structures ou processus incitatifs ne sont mis en place que dans de rares cas dans le cadre de la collaboration avec les autres membres de la chaîne des prestations (spécialistes, hôpitaux) et il n'a jamais été question de faire une sélection des partenaires privilégiés. Enfin, il n'y a pas de coresponsabilité financière ou il y en a une très modeste.

La majeure partie des réseaux de médecins de famille ont été créés il y a 6 à 8 ans. Les attentes par rapport à une mise en œuvre graduelle du modèle de soins intégrés au cours des ans n'ont pas été satisfaites. Au contraire : on accorde encore peu d'importance aux éléments sur lesquels on avait le plus insisté au début, comme la médecine de premier recours, et les incitations à la coresponsabilité financière ont été retirées. Au cours des quatre dernières années, aucun réseau de médecins de famille n'a complété le processus le menant à assumer sa pleine responsabilité budgétaire. Les travaux relatifs à la garantie de la qualité ont aujourd'hui une base plus large et permettent d'espérer cependant une meilleure intégration des éléments de soins intégrés.

### Promotion des réseaux de soins intégrés

Le groupe de travail Moser a développé une série de propositions visant à promouvoir les réseaux de soins intégrés :

- Les réseaux de soins intégrés ne doivent plus être appelés « assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations », mais « **modèle de fourniture des soins** ».
- De nouvelles incitations doivent être créées pour les assurés afin d'accroître leur intérêt pour ces réseaux, et notamment celui des malades ; en particulier une substitution (partielle) des rabais sur les primes par une réduction de la quote-part.
- Dans le domaine des conventions sur les tarifs et les prestations, une certaine marge de manœuvre doit être garantie.
- Les conditions cadres doivent être améliorées : amélioration de la compensation des risques par l'intégration de facteurs de morbidité ou de groupes assumant des risques élevés ; financement moniste des hôpitaux ; (controverse : suppression de la liberté de contracter).

Les entretiens ont montré que, tout compte fait, cette orientation est bonne. La souplesse accrue apportée dans les possibilités d'utilisation des incitations a été bien accueillie. L'intention de codifier les marges de manœuvre déjà disponibles dans les domaines des tarifs et des prestations afin d'éviter les incertitudes a également reçu un accueil positif. Les partenaires ont tous souligné l'importance déterminante de la modification des conditions cadre dans l'amélioration des réseaux de soins intégrés ; seule la suppression de la liberté de contracter n'a pas fait l'unanimité dans les discussions des spécialistes.

### Conclusions

La situation de départ est la suivante : après la création de l'assurance pour les réseaux de soins intégrés, en 1997/98, aucun progrès notable n'a été constaté :

- Le (petit) nombre d'adhérents est resté plus ou moins constant ;

- le contenu n'a pas pratiquement pas évolué ;
- une (petite) partie des modèles mettant en œuvre les principes de soins intégrés reste très spécialisée et ciblée et a du mal à trouver des partisans/ imitateurs.

Dans ces circonstances, il est irréaliste de s'attendre à ce que les réseaux de soins intégrés aient une influence sur l'évolution des coûts dans le domaine de la santé. Par ailleurs, ces modèles sont eux-mêmes en plein développement et ne constituent aucunement un produit accompli sur le marché.

Cependant, un potentiel d'augmentation du nombre des **assurés** existe bel et bien et devrait être de 20 % environ. Il sera néanmoins difficile de vendre les réseaux de soins intégrés comme un produit de qualité particulière. En effet, pour une population persuadée de bénéficier d'une excellente couverture de soins, la plus-value offerte par ces modèles n'est guère plausible.

Nombre d'**assureurs** ne proposent même pas ce produit ou l'utilisent (seulement ou aussi) pour s'assurer de bons risques grâce aux rabais sur les primes. Une amélioration de la compensation des risques pousserait très certainement les assureurs à miser sur les modèles de soins intégrés, car ils auraient alors avantage à passer d'une stratégie de recherche de « bons risques » à une stratégie de financement efficace et réel des mauvais risques. Sans cette incitation, les réseaux de soins intégrés resteraient des produits très spécialisés et ciblés.

Les **médecins** constituent souvent l'obstacle majeur pour la diffusion des réseaux de soins intégrés. En effet, seul un petit nombre de médecins s'est montré prêt à sortir des intérêts corporatistes, raison pour laquelle beaucoup des réseaux de médecins existants n'ont pas pris la direction des modèles de soins intégrés. Cependant, il faut s'attendre à ce que la pression, due à la suppression de l'obligation de contracter ou—à plus long terme—à l'afflux de médecins de la zone UE, incite les médecins à coopérer.

Bien qu'il se soit penché sur la législation liée aux réseaux de soins intégrés ces dernières années, l'**Etat** reste très réservé. Il serait cependant souhaitable qu'il s'investisse dans la recherche et le développement des réseaux de soins intégrés et contribue ainsi à donner une image positive de ces modèles.

Il est évident que nombre de services devront agir pour que ces derniers puissent percer.

## Sintesi

Il Consiglio federale ha presentato un progetto di revisione della LAMal nel settore della managed care, volto a migliorarne le condizioni quadro. In vista dei dibattiti parlamentari è necessario disporre di un inventario aggiornato, che consenta sia di avere una panoramica quantitativa dei modelli managed care esistenti sia di fornire informazioni qualitative sui loro effetti e sull'attuazione dei rispettivi elementi.

Tre sono le **rilevazioni** svolte ai fini dell'inventario:

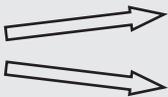
- una rilevazione realizzata dal **Forum Managed Care** presso gli assicuratori, le organizzazioni e i modelli managed care allo scopo di aggiornare le panoramiche dei modelli disponibili, del loro numero di assicurati e di medici;
- un'indagine scritta presso i presidenti dei modelli del medico di famiglia,
- colloqui con le cerchie interessate, ovvero gli assicuratori, gli HMO, le organizzazioni di managed care.<sup>11</sup>

Gli effetti dei modelli managed care non sono stati rilevati nell'ambito di questo inventario, ricorrendo a tale proposito alla bibliografia sull'argomento.

I modelli managed care prevedono che l'assistenza sanitaria sia condotta da una sola persona durante tutto l'iter delle cure. Un elemento centrale in questo senso è il cosiddetto gatekeeping, nell'ambito del quale il paziente si rivolge sempre in primo luogo al medico di famiglia (gatekeeper), il quale, se necessario, lo indirizza verso altri membri associati. Il medico di famiglia gestisce tutte le informazioni sul paziente. I modelli managed care, suddivisi normalmente in HMO (Health Maintenance Organizations) e modelli del medico di famiglia, rientrano nelle «assicurazioni con scelta limitata del fornitore di prestazioni» ai sensi della LAMal. Queste comprendono anche altre forme d'assicurazione che non fanno parte della managed care e non sono quindi oggetto del presente inventario.<sup>12</sup>

### Forme assicurative con scelta limitata dei fornitori di prestazioni

(su sfondo grigio = oggetto dell'inventario)

<b>Modelli managed care</b>		HMO: studi collettivi, dove i medici esercitano come dipendenti Modelli del medico di famiglia: reti sanitarie regionali/locali costituite da medici autorizzati ad esercitare (medici generici)
<b>PPO = Preferred Provider Organization</b>		Limitazione a una lista di medici autorizzati ad esercitare (medici di famiglia e specialisti) o a una lista di ospedali, fornite entrambe dall'assicurazione.
<b>Altre forme</b>		Per es. consulenza telefonica, designazione di un medico di famiglia di propria scelta

<sup>11</sup> Le organizzazioni di managed care sono attive su mandato di più assicuratori come partner contraenti di HMO e reti di medici di famiglia oppure gestiscono loro stesse degli HMO.

<sup>12</sup> Nel 2002 gli assicurati che avevano optato per forme assicurative con scelta limitata del fornitore di prestazioni si ripartivano nel modo seguente: un buon 80% nei modelli managed care e quasi il 20% nelle altre forme.

### **Diffusione dei modelli managed care**

Il 1° gennaio 2004, i modelli managed care contavano quasi 500'000 assicurati, il 20% dei quali affiliati a uno dei 19 HMO e il rimanente 80% ad una delle 53 reti di medici di famiglia.

Dal 1999 al 2004, il numero di assicurati nel settore della managed care è progredito soltanto del 10% circa. La quota massima era stata registrata nel 2001 in entrambe le forme assicurative, dopodichè la chiusura di sette HMO e l'uscita di alcuni affiliati dalle reti di medici di famiglia hanno determinato un calo, compensato nel frattempo almeno per quest'ultima formula. La ragione principale della chiusura degli HMO va ricercata nell'insufficiente massa critica di assicurati nelle piccole località. Dal 1999 in poi sono stati creati pochi modelli managed care. Nel 2004, queste forme assicurative erano presenti in 16 Cantoni, tre dei quali contavano una densità di assicurati pari al 15% o più del totale e altri 8 una proporzione inferiore al 5%.

Otto grandi assicuratori su dieci (a partire da 200'000 affiliati) propongono un modello managed care, al massimo tuttavia in dieci Cantoni.<sup>13</sup> La media di assicurati managed care a livello nazionale – nel 2004 circa 7% di tutti gli assoggettati all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) – non è assolutamente rappresentativa, in quanto molte persone non hanno accesso a queste forme assicurative.

Tra gli HMO prevalgono gli studi collettivi piccoli, che contano dai due agli otto medici a tempo pieno e un numero di assicurati variabile in genere tra le 3'000 e le 6'000 unità. Anche le reti di medici di famiglia sono principalmente di piccole e medie dimensioni. Il numero di reti molto piccole è regredito, in seguito alla fusione di alcune di esse. Ad esercitare nell'ambito di queste strutture sono soprattutto medici generici.

Rispetto al 2000, le riduzioni di premio concesse dagli assicuratori sui modelli del medico di famiglia e degli HMO sono diminuite nella maggior parte dei casi, situandosi prevalentemente al di sotto del 10% per i modelli del medico di famiglia e tra il 14 e il 18% per gli HMO.

### **Effetti dei modelli del medico di famiglia e degli HMO**

Generalmente, dai modelli managed care ci si attende sia una riduzione dei costi, o almeno un freno all'aumento, sia un miglioramento della qualità dell'assistenza medica. Perlomeno, essi dovrebbero consentire di mantenere un'assistenza di qualità a prezzi inferiori rispetto al sistema assicurativo tradizionale. Tuttavia, sono pochissime le valutazioni che permetterebbero di appurare se gli effetti sperati si producono davvero. Per esempio, i tanto sbandierati risparmi del 20-30% attribuiti ai modelli del medico di famiglia poggiano su calcoli che non tengono conto a sufficienza della struttura dei rischi.

Due sono le conclusioni relativamente consolidate:

1. La struttura per età e per sesso degli assicurati nei modelli del medico di famiglia non si scosta praticamente da quella degli assicurati tradizionali, mentre le persone affiliate agli HMO sono «più giovani».
2. Al momento dell'adesione ad entrambi i modelli avviene di norma una selezione positiva del rischio, che non è determinata unicamente dall'età e dal sesso; questa selezione è più marcata nell'assicurazione HMO che in quella basata sul modello del medico di famiglia. Non è chiaro a quale velocità questo vantaggio iniziale si estingua, in seguito all'insorgere di una malattia.

La situazione può però variare totalmente a seconda dei modelli e degli assicuratori, poiché la strategia di acquisizione può incidere sul tipo di persone che scelgono la formula managed care.

---

<sup>13</sup> Secondo le liste di premi dell'UFSP, 36 dei 92 assicuratori-malattie propongono un'assicurazione basata sui modelli di HMO o del medico di famiglia.

La ricerca più completa attualmente disponibile si riferisce ai modelli managed care della SWICA. Secondo lo studio, tolti gli effetti della selezione dei rischi, con i modelli HMO si risparmierebbe il 40 % dei costi, con quelli del medico di famiglia il 10 %<sup>14</sup>. Tenendo conto di coloro che hanno cambiato assicurazione, questi valori risultano tuttavia leggermente inferiori. Le differenze dei costi non dicono nulla sui risparmi effettivi, in quanto vanno considerate anche le spese proprie ai vari modelli.

Gli HMO e le reti di medici di famiglia con responsabilità budgetarie realizzano prevalentemente risparmi dell'ordine del 15-20 %; solo una minoranza presenta un vantaggio economico incerto. Non è invece chiaro se i modelli del medico di famiglia siano redditizi o meno.

Le ricerche sulla qualità sono praticamente inesistenti. Da indagini svolte presso i pazienti, risulta che il grado di soddisfazione degli affiliati ai modelli HMO è analogo a quello degli assicurati nelle forme tradizionali, mentre non esistono informazioni sui modelli del medico di famiglia.

### Significato e attuazione di elementi della managed care

Nell'ambito della terza riforma della LAMaI, il gruppo di lavoro Moser è stato incaricato di analizzare gli incentivi più adatti a promuovere la diffusione dei modelli managed care<sup>15</sup>. Gli autori dello studio hanno rilevato le caratteristiche che distinguono i modelli managed care «veri e propri», e cioè

- la gestione dell'intero processo di fornitura delle prestazioni,
- la presenza di reti di istituti di cura,
- la partecipazione finanziaria dei fornitori di prestazioni al rischio assicurativo.

Secondo il gruppo di esperti, la gestione e il coordinamento del trattamento implicano necessariamente l'adozione di misure di garanzia della qualità (linee direttive, circoli di qualità).

Sulla scorta di questo imperativo, si può affermare che **gli HMO e le poche reti di medici di famiglia con responsabilità budgetaria** soddisfano i requisiti di modelli managed care «veri e propri». Un quarto o più degli assicurati managed care è affiliato a uno di questi due modelli, caratterizzati dalla presenza dei seguenti elementi:

- **Gestione:** il gatekeeping è sottoposto a rigorosi controlli. La qualità della comunicazione (riscontri) e della cooperazione viene sorvegliata in collaborazione con fornitori di prestazioni esterni (specialisti, ospedali). Le informazioni sono aggregate sull'arco dell'intera catena di trattamento.
- **Reti d'assistenza:** i fornitori di prestazioni esterni con cui si desidera collaborare, in particolare specialisti e istituti tecnici (laboratori, istituti di radiologia), vengono selezionati in base a criteri di qualità, economicità e disponibilità alla cooperazione. La presenza di una rete d'assistenza viene intesa prevalentemente come un processo e soltanto in casi eccezionali come un'integrazione strutturale dei diversi segmenti.
- **Corresponsabilità finanziaria:** i modelli dispongono di un vero e proprio budget, che deriva dalla somma degli importi di capitazione per gli assicurati e copre tutti i costi della salute (full capitation). I fornitori di prestazioni si assumono i rischi legati a un eventuale sfioramento del budget.

La maggior parte degli attuali **modelli del medico di famiglia** non risponde invece all'imperativo delle forme managed care vere e proprie. Spesso vengono infatti trascurati del tutto o in parte elementi essenziali della gestione e delle reti d'assistenza. Il rispetto delle norme di gatekeeping da parte dei pazienti

<sup>14</sup> Lehmann (2003)

<sup>15</sup> Gruppo di esperti composto da rappresentanti degli assicuratori-malattie, delle federazioni di medici, degli HMO, dell'UFAS; Moser et al. (2003).

non soggiace in pratica ad alcun controllo. Solo in casi eccezionali si è proceduto ad una parziale implementazione di nuove strutture e processi in collaborazione con altri membri della catena di prestazioni (specialisti, ospedali), mentre il criterio di scelta dei partner con cui collaborare è rimasto pressoché lettera morta. Infine, la corresponsabilità finanziaria è inesistente o estremamente limitata.

La maggior parte delle reti di medici di famiglia esistono ormai da 6-8 anni e la speranza che il concetto della managed care venisse attuato progressivamente nel corso degli anni è rimasta finora senza riscontro. Anzi, alcuni elementi che inizialmente venivano ancora seguiti con un certo interesse, come il gatekeeping, oggi sono poco considerati e i fondi stanziati a favore della corresponsabilità finanziaria sono stati ridotti. E' significativo notare che negli ultimi quattro anni nessuna rete di medici di famiglia ha più intrapreso la via della responsabilità budgetaria. Solo il lavoro di garanzia della qualità poggia oggi su una base più ampia e lascia sperare in un nuovo positivo risvolto nell'attuazione dei modelli managed care.

### **Promozione della managed care**

Il gruppo di lavoro Moser ha elaborato una serie di proposte atte a promuovere i modelli managed care:

- sarebbe preferibile non parlare di «assicurazioni con scelta limitata dei fornitori di prestazioni», ma piuttosto di **modelli di assistenza**;
- vanno creati nuovi incentivi, che rendano più attraenti i modelli anche per i pazienti malati; in particolare sostituendo (parzialmente) la riduzione dei premi con la diminuzione della partecipazione ai costi;
- nell'ambito del diritto delle prestazioni e del diritto tariffario i modelli devono avere ampio margine di manovra;
- le condizioni quadro vanno affinate: la compensazione dei rischi può essere migliorata includendo caratteristiche di morbilità o un pool ad alto rischio, introducendo un finanziamento ospedaliero monistico oppure, benché controverso, sopprimendo l'obbligo di contrarre.

Nell'ambito dei colloqui, le linee d'azione sono state giudicate complessivamente buone. Positiva la risposta all'introduzione tra gli incentivi di uno spazio di manovra più ampio, e all'intenzione di codificare i margini d'azione, peraltro già esistenti, nell'ambito dei contratti e delle tariffe, al fine di evitare le ambiguità. All'unanimità è stato riconosciuto il ruolo centrale del mutamento delle condizioni quadro quale premessa per una migliore evoluzione dei modelli managed care; alcune divergenze sono invece emerse circa la soppressione dell'obbligo di contrarre.

### **In conclusione**

Dopo la fase di avvio 97/98, l'assicurazione managed care non ha registrato alcun progresso degno di nota:

- il numero degli assicurati è rimasto più o meno costante (esiguo);
- l'evoluzione dei contenuti è andata via via arenandosi;
- la (piccola) parte di modelli che applicano i principi managed care, continua ad occupare una posizione di nicchia e fatica notevolmente a trovare sostenitori/emuli.

Viste le contingenze, sarebbe poco realistico illudersi che a breve o medio termine i modelli managed care possano incidere sull'andamento dei costi del sistema sanitario. La managed care non è un prodotto consolidato con una propria posizione di mercato e per molti aspetti si trova ancora ad uno stadio iniziale.

Esiste tuttavia un potenziale di crescita degli **assicurati** in questi modelli, pari almeno al 20%. Sarà però difficile che queste forme assicurative attecchiscano finché continueranno ad essere considerate speciali prodotti di qualità. La popolazione è infatti convinta che l'attuale assistenza sanitaria sia eccellente, per cui non è impresa facile convincerla degli ulteriori vantaggi qualitativi insiti nella managed care.

Molti **assicuratori** non offrono questo prodotto o lo utilizzano (solo o anche) per acquisire o vincolare i cosiddetti buoni rischi grazie alla riduzione dei premi. Molto probabilmente, una migliore compensazione dei rischi inciterebbe gli assicuratori a puntare maggiormente sulla managed care, rinunciando ad accaparrarsi buoni rischi per orientarsi anche verso una gestione efficiente ed effettiva dei cosiddetti cattivi rischi. Senza un simile incentivo, i modelli managed care rimarranno anche in futuro prodotti di nicchia.

I **medici** sono spesso considerati il maggiore ostacolo ad un ulteriore sviluppo della managed care. Finora, soltanto alcuni di essi sono stati disposti a rinunciare ai propri privilegi. Proprio per questo molte reti di medici di famiglia non hanno imboccato la strada della managed care. La disponibilità al cambiamento potrebbe essere stimolata da una certa pressione, derivante dalla soppressione dell'obbligo di contrarre oppure, più lentamente, dall'afflusso di medici dall'area dell'UE.

Pur essendosi occupato negli ultimi anni della legislazione sulla managed care, lo **Stato** ha sempre mantenuto una certa distanza sull'argomento. Sarebbe auspicabile investire in progetti di ricerca e sviluppo a favore di questi modelli assicurativi, contribuendo così alla loro affermazione.

Sono molti gli aspetti da modificare affinché i modelli managed care possano godere del successo sperato.

## Summary

The Swiss Federal Council has put forward proposals for revising the Health Insurance Law (KVG) with respect to managed care with the aim of improving the framework for these insurance models. With a view to the forthcoming parliamentary discussion, the current status needs to be documented; this documentation should provide a quantitative overview of existing managed care models and qualitative information on their impact and on the implementation of elements of managed care.

Three **surveys** were carried out to produce this documentation:

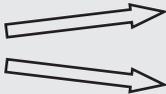
- A survey of insurers, managed care organizations and models to update the overviews of existing models, the number of people they insure and the number of doctors allied to them. This survey was carried out by the **Managed Care Forum**.
- A written survey of the presidents of the GP models.
- Technical discussions with the various players: insurers, HMOs, managed care organizations.<sup>16</sup>

These surveys did not include any information on the impact of the managed care models; the literature was evaluated to gain information on this aspect.

The principle of managed care models is that they provide centrally organized comprehensive health care across the entire range of benefits. A central element is the principle of gate-keeping, according to which a patient requiring medical attention must always consult the gate-keeper (his/her GP) first, who will then arrange for services to be provided by other links in the treatment chain where necessary and who compiles all the information generated about the patient. The managed care models are usually divided into HMOs (Health Maintenance Organizations) and GP models. They are all considered to be «forms of insurance with limited choice of service-provider» as defined by the KVG. This category also includes other forms of insurance which do not provide managed care and do not feature in this assessment.<sup>17</sup>

### Forms of insurance with limited choice of service-provider

(shaded = subject of the assessment)

<b>Managed care models</b>		HMO: group practice with salaried doctors GP models: association of doctors in office practice(primary providers) in a regional or local network
<b>PPO = Preferred Provider Organization</b>		e.g. restriction to a selection of doctors working in domiciliary practice (GPs and specialists) who are chosen by the insurer (doctor lists), or restriction to a selection of hospitals chosen by the insurer (hospital lists).
<b>Other forms</b>		e.g. prior telephone consultation mandatory, the insured has to nominate a specific GP to provide primary care.

<sup>16</sup> Managed care organizations work on behalf of several insurers as contractual partners of HMOs and GP networks or run their own HMOs.

<sup>17</sup> In 2002 insured individuals with policies restricting their choice of service-provider were divided as follows: just over 80% in managed care models, just under 20% in other forms.

### Quantitative situation

In 2004 (as at 1.1.2004) almost 500,000 people were insured in managed care models, 20% of them in the 19 HMOs, 80% in the 53 GP networks.

In the five years since 1999 the number of people insured in managed care models has not grown much – only by about 10%. The highest numbers of insured individuals were recorded in 2001 both for GP models and for HMOs; the withdrawal of some insurers from the GP models and the dissolution of seven HMOs then led to a decline, although this has since been made up by the GP networks. The main reason for closing these HMOs was the absence of an adequate insured population for the insurer in smaller locations. Only a very few new managed care models have been set up since 1999.

In 2004 a managed care offering exists in 16 cantons; in three of these cantons 15% or more of insurees are insured in these models, in eight they account for less than 5% of the insured population.

Of the ten major insurers (with at least 200,000 clients) eight offer managed care models, but none of them offers such a model in more than ten cantons.<sup>18</sup> The average proportion of people insured in managed care models country-wide – the figure in 2004 was almost 7% of all people with mandatory health insurance – is of no informative value at all because so many insured people have no access to this type of insurance.

The HMOs are dominated by small structures. The group practices have between two and eight full-time positions for doctors, and they generally care for between 3,000 and 6,000 insurees. Most of the GP networks, too, are small or medium-sized. The number of very small networks has decreased as they have merged. Most of these doctors are providers of primary care.

The reductions in premiums that the insurers grant for GP or HMO insurance models have mostly decreased since 2000; in the GP models the reductions are generally below 10%, in the HMOs usually between 14 and 18%.

### The impact of GP models and HMOs

The general expectation is that managed care models should both lower costs and slow down the rate at which costs rise while improving the standard of medical care. At the very least they are expected to provide the same level of care as conventional systems but at a lower cost. There are very few evaluations – and even these only consider specific aspects – that might show whether these expectations are being met. There are of course frequent reports of success achieved by GP models in reducing costs by 20 to 30%, but these publications do not adequately take into account the associated risk structure.

Overall, two findings can be considered to be relatively definite:

1. There is very little difference between the age and gender structure of insured persons in GP models and those in conventional models; people insured by HMOs, on the other hand, are «younger».
2. Positive risk selection is generally carried out before potentially insured persons are admitted to either model. This risk selection does not end with age and gender; it is more pronounced in the HMO models than in the GP models. It is debatable how quickly this «entry-level advantage» is used up because healthy people can turn into sick people.

However, for some models – or for the models offered by some insurers – the picture can look very different because, for example, the acquisition strategy pursued by the insurer affects the type of individual who selects managed care.

---

<sup>18</sup> The SFOPH list of insurance premiums shows that, of the 92 companies offering health insurance in Switzerland, 36 offer an HMO or GP model.

The most extensive current study looked at the managed care models offered by SWICA. This study calculated that the innovation effect for HMOs, i.e. the effect not due to risk selection, represents at most 40% of costs; for GP models the effect is at best 10%.<sup>19</sup> An analysis of people who changed from one insurance model to another corrects these values slightly downwards. However, differences in costs in no way reflect savings in real terms since the costs specific to each model need to be factored into the equation.

The existing HMOs and GP networks with budgetary responsibility mostly tend to achieve savings of 15-20%, although the economic success of a small minority of organizations is uncertain. There is still great uncertainty as to whether or not GP models are «worth it».

There has been very little investigation of quality. Patient surveys indicate that satisfaction is about the same among HMO patients as among patients cared for in traditional practices. No results are available for GP models.

### **The importance and implementation of managed care elements**

In the run-up to the third Health Insurance Law revision, the group working with Moser was commissioned to investigate how the proliferation of managed care models could be encouraged by suitable incentives.<sup>20</sup> During this work, the group identified certain characteristics of «true» managed care models, i.e.

- They manage the entire process of service-provision;
- Their treatment facilities are networked;
- Service-providers have a financial stake in the insurance risk.

The group concluded that quality assurance measures (guidelines, quality circles) are a vital element in managing and coordinating therapy.

Measured against this ideal concept, the **HMOs and the few GP networks with budgetary responsibility** largely meet the requirements for «true» managed care models. A good quarter of people with managed care insurance are insured in this type of model. They are characterized by the following features:

- **Management:** Gate-keeping is monitored rigorously; collaboration with external service-providers (specialists, hospitals) is marked by attention to good communication (feedback) and cooperation. Information along the entire chain of treatment is compiled centrally.
- **Networking:** The organizations collaborate selectively with external service-providers – particularly specialists and technical facilities (laboratories, X-ray centres) – who are chosen on the basis of quality, economical operation and willingness to cooperate. Networking is viewed primarily as a process and only in exceptional cases as the structural integration of the various segments.
- **Shared financial responsibility:** The models have a true budget made up of the capitation contributions for the insured persons which covers all health-related expenditures (full capitation). They bear the risk with regard to staying within the budget.

Most of the **GP models** currently in existence, on the other hand, are hardly managed care models at all as defined by the target concept. Fundamental elements of management and networking are incorporated either not at all or in a very rudimentary fashion. For example, they almost never check to see

---

<sup>19</sup> Lehmann (2003)

<sup>20</sup> Expert group consisting of representatives from the health insurers, medical associations, HMOs, Federal Social Insurance Office (OASI); Moser et al. (2003).

whether patients are complying with the gate-keeping rules. In their collaboration with other links in the service chain (specialists, hospitals) they have only in exceptional instances even started to implement new structures and processes; practically no attempt was made to select preferred partners for cooperation. Joint financial responsibility is either non-existent or extremely modest.

Most GP networks are now between six and eight years old. The expectation that they would implement the managed care concept in a series of steps over the years has not been fulfilled so far. On the contrary, elements which were pursued quite vigorously in the beginning, such as gate-keeping, are now mostly ignored; attempts to involve partners in financial responsibility have been scaled back. In the past four years, not one additional GP network has taken the step of acquiring budgetary responsibility. At the same time, however, quality assurance efforts are more comprehensive nowadays, and this suggests that elements of managed care may yet be implemented more effectively.

### Promoting managed care

The group working with Moser has put forward a number of suggestions for promoting managed care models:

- The managed care models should be referred to as **provision models** instead of being termed «insurance with limited choice of service-provider».
- New incentives need to be created for insured persons that also make the models more attractive for sick people; in particular, some of the premium reduction could be used instead to reduce the insured persons' deductible.
- It should be possible for models to be designed without regulatory intervention under the legislation governing benefits and tariffs.
- The framework needs to be improved: better risk equalization by including sickness factors or a high-risk pool/monistic hospital funding/controversial: elimination of the insurers' obligation to work with all service providers.

Participants in the technical discussions felt overall that the general approach was good. The greater flexibility in designing incentives was welcomed. There was also approval of the intention to codify the leeway regarding contracts and tariffs – which already exists to all intents and purposes – to avoid uncertainty. All participants in these discussions underlined the central role of modifying the framework in ensuring better development of the managed care models. The only point on which opinions varied – in the technical discussions too – was the importance of eliminating the insurers' obligation to work with all service providers.

### Conclusions

The current situation is as follows: Once the phase in which managed care models were set up (1997/1998) had been completed, no notable progress was made in the field of managed care insurance.

- The numbers of insured persons has remained more or less constant (low);
- Development of the content of this insurance has come practically to a standstill;
- The (small) number of models which implement the principles of managed care still occupy a niche position and are having difficulty finding others to share the market or copy them.

In a situation like this it is unrealistic to expect managed care models to have an impact on the development of costs in the health service in the short to medium term. Many aspects of managed care itself are still developing, and it is not a mature product that has been positioned in the market.

There is certainly potential for increasing the number of **insurees** in managed care models. The figure should be at least 20%. However, it will be difficult to sell managed care solely as a special, high quality product; since the population believes that it already enjoys excellent healthcare, it may be difficult to make a plausible case for the added value offered by managed care.

Many **insurers** do not offer this product at all or use it (only or also) to win and keep good risks by offering reduced premiums. Improving the way the insurance risk is equalized would probably make insurers give greater priority to managed care, because they would then have an incentive to shift their strategy from acquiring good risks to efficient and effective provision of healthcare for poorer risks. Without this incentive, true managed care models will remain a niche product.

**Doctors** are considered by many to be the most serious bottleneck on the way to more managed care. So far, very few have been willing to break rank with their profession. This is also why many of the existing GP networks have not sought to develop more towards managed care. Pressure is likely to bring about a willingness to change: pressure through eliminating the insurers' obligation to work with all service providers or, in the longer term, pressure exerted by doctors migrating from the EU countries.

In recent years, the **state** has reviewed the legislation governing managed care, but has otherwise kept a very low profile. It would be desirable to invest in research and development in the field of managed care, and this would also help to give it a positive image.

It is evident that things will have to start moving in many places if managed care is to be successful.

# 1 Aufgabenstellung und Durchführung

## 1.1 Aufgabenstellung

Der Bundesrat hat Vorschläge für die KVG-Revision im Bereich Managed Care vorgelegt und will die Rahmenbedingungen für diese Modelle verbessern. Im Hinblick auf die parlamentarische Diskussion soll eine aktuelle Bestandsaufnahme der Managed Care-Modelle erarbeitet werden. Diese Bestandsaufnahme soll Informationen zu folgenden Aspekten liefern:

- Überblick über die existierenden Hausarztnetze und HMOs, die Anzahl der Versicherten und der beteiligten Ärztinnen und Ärzte und die Entwicklung in den letzten Jahren;
- Informationen zur Bewertung und Realisierung von Managed Care-Elementen in den konkreten Modellen, zum Erfolg der Modelle und zu den Erfolgs- und Misserfolgsk Faktoren.
- Bewertung der verschiedenen Vorschläge zur Förderung von Managed Care-Modellen.

Nach der HMO-/Bonus-Evaluation der Jahre 1991-1995<sup>21</sup> wurde keine umfassende Evaluation der neuen Versicherungsmodelle mehr durchgeführt; die genannte Evaluation bezog sich nur auf HMOs, da die Hausarztmodelle gerade erst im Entstehen waren. Seither gibt es eine Bestandsaufnahme aus dem Jahr 2000, die vorwiegend quantitativ den aktuellen Stand abgebildet hat und einen ersten Eindruck vom Innenleben der Hausarztmodelle vermittelte.<sup>22</sup> Weiterhin gibt es vereinzelt regional oder auf einzelne Versicherer beschränkte Evaluationen, die sich aber praktisch ausschliesslich mit der Frage beschäftigen, ob sich die Modelle «rechnen» und nicht mit den Fragen der Anreizsysteme, internen Strukturen und Verfahrensweisen, deren Kenntnis nötig wäre, um Erfolgsfaktoren ableiten zu können. Diese Lücke liess sich in eng begrenztem Zeitraum und Budget nicht schliessen.

Der Fokus liegt daher auf einer Aktualisierung von quantitativen und qualitativen Informationen zum Entwicklungsstand der einzelnen Typen der Managed Care-Modelle (HMOs, Hausarztnetze) und auf der Einschätzung der Akteure zu den im öffentlichen Raum vorhandenen Gestaltungsvorstellungen bzw. den Empfehlungen der Arbeitsgruppe Moser.<sup>23</sup>

Die Managed Care-Modelle HMO und Hausarztnetze gehören nach KVG zu den «Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer»; diese haben auch andere Ausprägungen, die nicht zu den Managed Care-Formen zählen, wie z.B. die PPOs (Preferred Provider Organizations). Gegenstand dieser Bestandsaufnahme sind nur die Managed Care-Modelle.

## 1.2 Durchführung

Für die Bestandsaufnahme wurden drei Erhebungen durchgeführt:

- Eine Erhebung bei Versicherern, Managed Care-Organisationen und –Modellen zur Aktualisierung der Übersichten über die vorhandenen Modelle, deren Grösse und Vertragsbeziehungen.
- Eine schriftliche Befragung bei den Präsidentinnen und Präsidenten der Hausarztmodelle.
- Fachgespräche mit den verschiedenen beteiligten Akteursgruppen: Versicherer, HMOs, MCOs.

Während die erstgenannte Erhebung rein quantitativer Art ist, geht es bei den beiden anderen mehr um qualitative Informationen.

<sup>21</sup> Baur R. et al. (1998).

<sup>22</sup> Baur R. et al. (2000).

<sup>23</sup> Moser M. et al. (2003).

### Quantitativer Überblick

Einen quantitativen Überblick über die Managed Care-Modelle hat zwischen 1999 und 2002 jährlich die Zeitschrift *Managed Care* erarbeitet und veröffentlicht.<sup>24</sup> Da die amtliche Statistik nur das Gesamttotal der Versicherten in Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer ausweist, waren die Erhebungen der Zeitschrift *Managed Care* die einzige kontinuierliche Quelle für die Anzahl von Modellen, Versicherten und Ärztinnen und Ärzten in Managed Care-Modellen.<sup>25</sup> Wegen fehlender Finanzierung wurde die Erhebung nach 2002 nicht fortgesetzt. Im Rahmen dieses Gutachtens wurde das **Forum Managed Care** beauftragt, die Erhebung – bezogen auf den Stichtag 1.1.2004 – durchzuführen.<sup>26</sup> Im Juni 2004 wurden Versicherer und Managed Care-Organisationen gebeten, die Daten aus dem Jahr 2002 zu aktualisieren bzw. zu ergänzen. Zur Gegenkontrolle wurden die HMOs und Hausarztnetze selbst ebenfalls befragt. Zur Plausibilisierung waren zahlreiche Rückfragen erforderlich.

Als Ergebnis liegen drei Listen vor (*siehe Anhang*):

- Hausarztmodelle mit Angaben zum Startdatum, Anzahl der beteiligten Grundversorger, Anzahl Versicherter und Vertragspartner auf Versichererseite;
- HMOs mit Angaben zum Startdatum, Inhaber, Anzahl Ärzte und Versicherte, Vertragspartner auf Versichererseite;
- Liste der Managed Care-Organisationen bzw. entsprechender Abteilungen von Versicherungen mit Anzahl der vertraglich verbundenen Hausarztnetze bzw. HMOs und der Versicherten.

### Qualitative Informationen

Die **schriftliche Befragung** bei **Präsidentinnen und Präsidenten** von Hausarztmodellen umfasst folgende Themen:

- Wichtigkeit und Umsetzung der einzelnen Elemente von Managed Care
- die eigene Bewertung des Erfolgs
- die Beurteilung verschiedener Vorschläge zur Förderung von Managed Care – Modellen.

Die Befragung fand im Juni und Juli 2004 statt. Die beiden grossen Managed Care-Organisationen Sanacare und Unimedes, die in der Summe mit rd. 90 % der Hausarztmodelle Verträge haben, wurden um eine Liste der Präsidentinnen und Präsidenten der Hausarztmodelle gebeten. Ergänzend wurden Angaben aus der Liste des Jahres 2002 herangezogen. Die Präsidentinnen und Präsidenten erhielten einen 4-seitigen Fragebogen, zusammen mit einem Empfehlungsschreiben des BAG (*siehe Anhang 2*). Soweit eine e-mail-Adresse angegeben war, wurde der Fragebogen elektronisch versandt und konnte auch elektronisch beantwortet werden. Es wurden zunächst 65 Personen angeschrieben. Durch mehrere Rückmeldungen stellte sich aber rasch heraus, dass die von Unimedes zur Verfügung gestellte Liste nicht immer aktuell war (Rückmeldung: Netz existiert schon länger nicht mehr) bzw. teilweise auch Personen enthielt, die nicht Präsidenten sondern in anderer Funktion tätig waren (z.B. Leiter Qualitätszirkel). Eine Abgleichung mit der später vorliegenden aktuellen Liste 2004 ergab, dass faktisch 45 der 53 Hausarztnetze aus der aktuellen Liste angeschrieben worden waren;<sup>27</sup> drei wurden nicht angeschrieben, weil sie erst im Jahr 2004 gegründet wurden, fünf aus anderen Gründen nicht (keine Ansprechperson bekannt; mit einer HMO verbunden, bei der ein Fachgespräch vorgesehen war). Ein ausgefüllter Fragebogen kam von 29 Netzen zurück, die Antwortquote liegt somit bei 64 %. Für eine Befragung unter Ärztinnen und Ärzten ist dies sicher ein gutes Ergebnis und bestätigt, ebenso wie die Tatsache, dass praktisch alle den Abschlussbericht wünschen, das grosse Interesse an der Thematik.

<sup>24</sup> 1998 gab es einen ersten Überblick, aber noch ohne die Anzahl der Versicherten.

<sup>25</sup> Die im Auftrag des BSV 2000 durchgeführte Bestandsaufnahme bezog sich nur auf das Jahr 1999. Vgl. Baur et al. (2000).

<sup>26</sup> BearbeiterInnen: Isabel Münger, Dr. med. Peter Berchtold, Dr. med. Kurt Hess.

<sup>27</sup> Die kurze Projektlaufzeit erlaubte es leider nicht, die Erhebungen schrittweise, aufeinander aufbauend, durchzuführen.

Zusätzlich wurden insgesamt 12 **Fachgespräche** an Hand eines Themenkatalogs geführt (*siehe Anhang*). Der Katalog enthält im Wesentlichen dieselben Themen wie die schriftliche Befragung:

- Bedeutung und Umsetzung der verschiedenen Elemente von Managed Care
- Bewertung des Erfolgs, Erfolgs- und Misserfolgskriterien
- Bei Versicherern und MCOs: Gründe für Vertragskündigungen bzw. neue Verträge
- Bewertung der verschiedenen Vorschläge zur Förderung von Managed Care - Modellen

Gesprächspartner waren Vertreterinnen und Vertreter folgender Institutionen:

- Versicherungen: 4
- Managed Care-Organisationen: 2
- HMOs, Hausarztnetze (bzw. Betriebsgesellschaften): 4
- Sonstige (Kantonsarzt, Service-Organisationen): 2

Ergänzend wurde eine **Literaturanalyse** durchgeführt. Sie erstreckte sich, in Absprache mit dem Auftraggeber, auf die Schweiz betreffende Literatur zu Managed Care. Es war von vornherein nicht beabsichtigt, die internationalen Erfahrungen aufzuarbeiten.

An dieser Stelle sei allen gedankt, die das Vorhaben durch ihre Kooperationsbereitschaft unterstützt haben: Dem Forum Managed Care für die aufwändige und dennoch termintreue Erhebung zu den Modellen, den Präsidentinnen und Präsidenten der Hausarztnetze für die Beteiligung an der schriftlichen Befragung, den Gesprächspartnerinnen und –partnern der Fachgespräche und nicht zuletzt Herrn Stefan Schütz, Basel, der das Projekt beratend unterstützt hat.

### 1.3 Abgrenzungen, begriffliche Klärungen

In einem noch relativ neuen Feld sind oft auch die Bezeichnungen und Begriffe verschwommen oder werden uneinheitlich gebraucht. Deshalb wird hier eine kurze Erläuterung zu den verwendeten Begriffen und den Zuordnungen gegeben.

Ausgangspunkt sind die «*Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer*» nach KVG. Diese lassen sich in drei Gruppen unterteilen:

- Die Hausarztmodelle und HMOs als eigentliche Managed Care-Modelle,
- Preferred Provider Organizations (PPO)
- Andere, wie z.B. eine obligatorisch vorgeschaltete Telefonberatung.

Bei den Managed Care-Modellen und den PPOs sind die Versicherten in der freien Wahl der Leistungserbringer eingeschränkt, der Unterschied liegt im Aspekt «Management». Managed Care-Modelle haben den Anspruch einer ganzheitlich, von einer Hand gesteuerten Gesundheitsversorgung durch die gesamte Leistungskette. Zentrales Element ist das Gatekeeping, bei dem eine Patientin/ein Patient im Bedarfsfall immer zuerst den Gatekeeper (= Hausarzt) aufsucht, der dann ggf. einen Auftrag an andere Glieder der Behandlungskette weitergibt.<sup>28</sup> Alle Informationen laufen bei ihm zusammen. Eine solche Steuerung fehlt bei den PPOs. Ihr Kennzeichen ist die Selektion von Leistungserbringern durch die Krankenkassen nach Massgabe (bisher) der Kosten. Im Fall der Ärzteliste wählen die Patienten keinen Hausarzt, sondern können von Fall zu Fall aus einer Liste von Allgemeinärzten und Spezialisten auswählen. Es gibt auch keinen Auftrag zum Care Management an die Ärzte. Deshalb ist es irrig, die Ärztelisten den Hausarztmodellen zuzuordnen.

<sup>28</sup> Gelegentlich wird heute der Begriff «Gatekeeper» ersetzt durch «Care-Manager». U.E. führt dies jedoch nur zu neuen Unklarheiten (Care-Manager – Case Manager) und verwischt die spezifische Funktion, die der Hausarzt im Managed Care-System hat.

Unter «andere Formen» sind Versicherungsprodukte subsumiert, die weder als Managed Care-Modelle gelten können, noch eine Preferred Provider-Auswahl darstellen. Dazu gehört eine erst seit kurzem – von zwei Versicherern angebotene – Versicherungsform, bei der sich die Versicherten verpflichten, bei einem neuen Gesundheitsproblem zunächst eine telefonische Gesundheitsberatung anzurufen und sich beraten zu lassen. Weitere Einschränkungen gibt es nicht.<sup>29</sup> Ausserdem werden die Hausarztversicherungen den «anderen Formen» zugerechnet, bei denen der Versicherte einen beliebigen, selbst gewählten Hausarzt der Versicherung melden kann. Es gibt keine vertragliche Beziehung zwischen Versicherer und Hausarzt, keine Einbindung in ein Netz und keine Verpflichtung für den Hausarzt, das Gatekeeping zu übernehmen. Der Versicherte verpflichtet sich zwar zuerst den Hausarzt aufzusuchen, eine Kontrolle findet aber nicht statt.

Weder die PPOs noch die «anderen Formen» wurden in die Bestandsaufnahme einbezogen. Quantitativ bedeutsam dürften aktuell hauptsächlich die PPOs sein.<sup>30</sup>

Übersicht 1.1: Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer

<b>Managed Care-Modelle</b>		HMO Hausarztmodelle
<b>PPO = Preferred Provider Organization</b>		z.B. Beschränkung auf eine Teilmenge der niedergelassenen Ärzte (Hausärzte und Spezialisten), die von der Versicherung vorgegeben wird (Ärztelisten), oder Beschränkung auf eine Teilmenge der Spitäler, die von der Versicherung vorgegeben wird (Spitallisten).
<b>Andere Formen</b>		z.B. vorgeschaltete Telefonberatung, Benennung eines beliebigen, selbst gewählten Hausarztes

Für die Managed Care-Modelle haben sich zwei Formen herausgebildet, die HMOs (Health Maintenance Organization) und die Hausarztmodelle oder Hausarztnetze (die Begriffe werden hier synonym gebraucht). Im folgenden Kasten sind die wesentlichen Elemente aufgeführt.

Übersicht 1.2: Merkmale von HMOs und Hausarztnetzen

HMO	Hausarztmodell
Gruppenpraxis mit angestellten Ärzten	Niedergelassene Ärzte (Grundversorger) in freier Praxis, die sich auf regionaler/lokaler Ebene zu einer Gruppe zusammengeschlossen haben.
Finanzierung über Kopfpauschalen, die die eigenen und externen Kosten der Gesundheitsversorgung abdecken	Finanzierung bisher fast ausschliesslich nach herkömmlicher Art über Einzelleistungsabrechnung.
Budgetverantwortung	Nur vereinzelt Gruppen mit echter Budgetverantwortung, aber z.T. Erfolgsbeteiligung.
Verträge mit einer oder mehreren Krankenkassen	Verträge mit einer oder mehreren Krankenkassen
Gatekeeping	Gatekeeping

<sup>29</sup> Obwohl es sich nicht um eine «eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer» handelt, hat das BAG diese Form zugelassen mit der Bedingung, dass die Versicherer nach und nach regional auch effektive Netzwerke hinter diese Lösung stellen und sie sich also zu Managed Care-Modellen entwickeln.

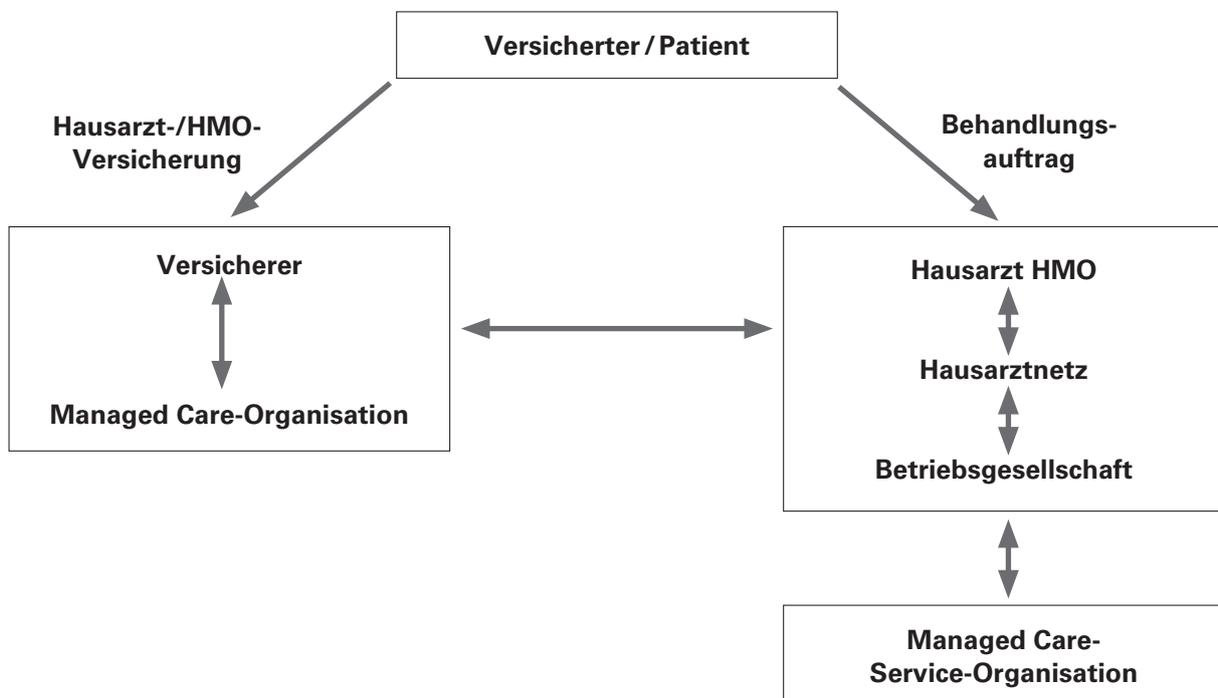
<sup>30</sup> Bei SWICA sind Anfang 2004 knapp 132'000 Versicherte in der PPO (Ärzteliste); soweit bekannt, bietet nur (noch) SWICA in der Grundversicherung eine PPO an, während im Bereich der Spitalzusatzversicherungen auch noch andere Versicherer mit PPO-Ansätzen arbeiten.

Die Abgrenzung zwischen HMOs und Hausarztnetzen ist allerdings schon heute nicht mehr so klar zu ziehen. Es gibt vereinzelt Formen der Integration von HMO und Einzelpraxen in einem gemeinsamen Verbund. Das zahlenmässig grösste Beispiel ist der Gesundheitsplan HMO in Basel, in dem die HMO und 70 Hausärzte in freier Praxis zusammengeschlossen sind. Sie arbeiten unter *einem* Budget, werden von *einer* Stelle verwaltet, erhalten die *gleichen* Steuerungsdaten und werden als *ein* Produkt präsentiert. Auch gibt es keine Differenzierung in der Höhe der Prämienreduktion. Eine andere Konstruktion ist beispielsweise der MediX Ärzterverbund in Zürich, wo eine grosse Gruppenpraxis sich mit einer Reihe von anderen Gruppen- und Einzelpraxen zu einem Netz mit Budgetverantwortung zusammengeschlossen hat. Für die Zukunft wird es sich wahrscheinlich empfehlen, nicht mehr primär zwischen HMO und Hausarztnetzen zu unterscheiden, sondern zwischen Modellen mit Budgetverantwortung und Modellen ohne Budgetverantwortung, wie es in Kap. 4 bereits geschieht.

Neben den Gruppen der Leistungserbringer – HMOs und Hausarztnetze – sind ärzteseitig regionale **Betriebsgesellschaften** gegründet worden zur Unterstützung der Hausarztnetze. Sie dienen als Datenknoten für die Hausarztnetze bzw. zum Aufbau ärztzeigener Daten als Gegengewicht gegen die Versichererdaten (Stichwort «Datenparität»). Ausserdem sind sie Verhandlungspartner für die Versicherer/MCOs bzw. andere Leistungserbringergruppen. Zum Teil bündeln sie auch Entwicklungsarbeiten für die Netze. Bisher gibt es drei kantonale bzw. regionale Betriebsgesellschaften sowie eine überregional tätige (MediX). Der Übergang zu Hausarztnetzen, die zwar keiner Betriebsgesellschaft angeschlossen sind, aber ein professionelles Management und ein Sekretariat haben, ist fliessend. Als weitere Institutionen sind die Managed Care-Service-Organisationen zu nennen, die für mehrere Hausarztnetze bzw. Betriebsgesellschaften Support leisten, z.B. EDV-System, Musterverträge, Entwicklungsberatung.

Die folgende Übersicht zeigt die Beziehungen der verschiedenen beteiligten Gruppen untereinander.<sup>31</sup>

Übersicht 1.3: Beziehungen der Beteiligten in Managed Care-Modellen



<sup>31</sup> Leicht verändert übernommen aus Projektgruppen AMC-2001 et al. (2001).

## 2 Quantitative Struktur und Entwicklung der Managed Care-Modelle

### 2.1 Entwicklung in den Managed Care-Formen und nach Kantonen

Die Angaben zu den einzelnen Hausarztnetzen und HMOs sind in den Listen *im Anhang 6* enthalten.

Zu Beginn des Jahres 2004 gibt es knapp eine halbe Million Versicherte in Managed Care-Formen; 20 % davon sind bei einer HMO versichert, 80 % bei einem Hausarztnetz.

Die meisten **Hausarztnetze** wurden in den Jahren 1996 bis 1998 gegründet. Die Versichertenzahl in Hausarztnetzen erreichte im Jahr 2001 einen Höhepunkt mit fast 400'000 Versicherten, nahm danach, hauptsächlich als Folge des Teiltrückzugs der Helsana aus den Hausarztmodellen, um rd. 50'000 ab und ist 2004 wieder auf den Stand von 2001 angestiegen (Übersicht 2.1).

Bei den **HMOs** liegt der Gründungszeitpunkt meist früher. Drei Pionier-HMOs wurden 1990/91 gegründet, die meisten anderen 1994/1995. Auch bei den HMOs wurde die bisher höchste Versichertenzahl mit gut 112'000 im Jahr 2001 erreicht, der Rückgang auf gut 99'000 im Jahr 2004 ist hauptsächlich Folge der Schliessung einiger SWICA-HMOs.

Schweizerisch liegt der Anteil der Managed Care-Versicherten an allen OKP-Versicherten im Jahr 2004 bei knapp 7 %.

Übersicht 2.1: Versicherte in Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer

	BSV-/BAG-Statistik <sup>32</sup>		Zeitschrift Managed Care <sup>33</sup>			Differenz <sup>34</sup> (andere Formen)
	absolut	in % der OKP-Versicherten	Hausarzt-Modelle (HAM)	HMO	Summe	
<b>1995</b>	35'383	0.5				
<b>1996</b>	121'598	1.7				
<b>1997</b>	383'093	5.3				
<b>1998</b>	494'040	6.8				
<b>1999</b>	541'890	7.5	350'982	98'460	449'442	92'448
<b>2000</b>	577'841	8.0	371'848	99'850	471'698	106'143
<b>2001</b>	595'939	8.1	390'185	112'181	502'366	93'573
<b>2002</b>	557'035	7.6	342'445	109'267	451'707	105'328
<b>2003</b>	603'504	8.2	– keine Erhebung –			–
<b>2004</b>			393'475	99'099	492'575	–

<sup>32</sup> Quelle: Statistik der Krankenversicherung 2002, BAG

<sup>33</sup> 2004 durch das Forum Managed Care erhoben

<sup>34</sup> Die Differenz zwischen den amtlichen Zahlen und denen der MC-Erhebung bezieht sich auf Versicherungsformen, bei denen zwar die Wahl der Leistungserbringer eingeschränkt ist, aber kein Care Management stattfindet (also z.B. kein Gatekeeping). Es handelt sich um Preferred Provider Formen (PPO) und andere Ausprägungen.

### Die amtliche Statistik kann die Versicherten in Formen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer nicht aufliedern.

Managed Care-Formen (HMO oder Hausarztnetze) gab es 1999 in 18 **Kantonen**, 2004 in 16 (Übersicht 2.2). Gänzlich ohne Managed Care-Angebot waren alle Jahre die Kantone Uri, Obwalden, Nidwalden, Glarus, Wallis, Neuenburg und Jura; im Kanton Tessin wurde die einzige HMO geschlossen, im Kanton Solothurn löste sich ein Hausarztnetz auf. Die Versicherungsdichte der Managed Care-Formen ist jedoch kantonal sehr unterschiedlich.

Übersicht 2.2: Managed Care-Versicherte und Anzahl HMOs nach Kantonen<sup>35</sup>

Kanton	1999 <sup>36</sup>		HAM	HMO Ver- sicherte	2004		in % der OKP-Ver- sicherten <sup>37</sup>
	HAM	Anzahl HMOs			Anzahl HMOs	Summe	
Aargau	93'759	1	76'328	3'040	1	79'368	14.1
Appenzell- Innerrhoden u. Ausserrhoden	5'744	–	2'334	–	–	2'334	3.4
Bern	36'031	3	31'044	11'880	3	42'924	4.5
Basel-Land <sup>38</sup>	14'076	–	12'000	–	–	12'000	4.5
Basel-Stadt <sup>39</sup>	3'019	3	14'385	11'731	2	26'116	14.4
Fribourg	3'059	–	2'158	–	–	2'158	0.9
Genf	18'098	1	22'948	2'500	1	25'448	6.4
Graubünden	4'535	1	19'550	–	–	19'550	10.1
Luzern	neues Netz	4	3'169	12'600	3	15'769	4.4
St. Gallen	44'634	2	62'975	19'173	2	82'148	17.9
Schaffhausen	9'507	1	11'635	–	–	116'335	15.6
Schwyz	neues Netz	–	1'374	–	–	300	1.0
Solothurn	4'646	1	–	–	–	–	–
Thurgau	44'009	–	57'358	–	–	57'358	25.4
Ticino	–	1	–	–	–	–	–
Vaud	18'699	1	21'166	–	–	21'166	3.4
Zug	–	1	–	2'500	1	2'500	2.5
Zürich <sup>40</sup>	51'163	7	55'051	35'675	6	90'726	7.2
<b>Schweiz</b>	<b>350'982</b>	<b>27</b>	<b>393'475</b>	<b>99'099</b>	<b>19</b>	<b>492'574</b>	<b>6.7</b>

<sup>35</sup> Quelle: Zeitschrift Managed Care 1/99/Erhebung Forum Managed Care 2004.

<sup>36</sup> SWICA hat bis zum Jahr 2001 die HMO-Versicherten nur insgesamt, nicht aufgeteilt nach Standorten, angegeben. Da SWICA 1999 fast 50 % aller HMO-Versicherten hatte, sind kantonale Angaben bei den HMOs nicht sinnvoll.

<sup>37</sup> OKP-Versicherte 2002, deshalb kein korrekter Bezug möglich; Quelle: Statistik über die Krankenversicherung 2002, BAG.

<sup>38</sup> z.T. aus dem Kanton Solothurn.

<sup>39</sup> z.T. aus den angrenzenden Kantonen. Ausgewiesen sind die bei der HMO-Gruppenpraxis eingeschriebenen Versicherten, während die bei IPA eingeschriebenen Versicherten unter HAM ausgewiesen sind.

<sup>40</sup> Ohne die Praxen im MediX Ärzteverbund, die unter HAM aufgeführt sind.

- In 8 der 16 Kantone waren 2004 weniger als 5 % der OKP-Versicherten in einem Hausarztnetz oder einer HMO;
- in 5 Kantonen waren es 5 bis unter 15 %;
- in 3 Kantonen waren es 15 % oder mehr; die höchste Dichte ist im Kanton Thurgau mit 25 % erreicht.

Ein hoher Verbreitungsgrad kann nur erreicht werden,

- wenn in einem Kanton ein (nahezu) flächendeckendes Angebot existiert;
- wenn die kantonal bedeutenden Krankenversicherungen die Managed Care-Versicherung anbieten;
- und wenn ein grosser Teil der Ärzteschaft Mitglied in den Netzen ist (und selber Versichertenakquisition betreibt).

**Ein schweizerischer Durchschnittswert des Verbreitungsgrades – er liegt 2004 bei knapp 7 % – hat daher keinerlei Aussagekraft.** Festzuhalten ist vielmehr, dass unter günstigen Bedingungen bezüglich der Zugänglichkeit für die Versicherten durchaus 15 % oder mehr bereit sind, auf die (völlig) freie Arztwahl zu verzichten und sich einer Hausarzt- oder HMO-Versicherung anzuschliessen. Ob aber unter diesen Bedingungen wirklich ein Care Management zu erwarten ist, wird in Kap. 4. aufgegriffen.

Trotz bemerkenswerter Bewegungen in einigen Kantonen lässt sich alles in allem doch feststellen, dass die kantonale Hausarztmodell-Landschaft keine sehr grossen Veränderungen erfahren hat. Kantone, die 1999 keine oder zahlenmässig unbedeutende Hausarztmodelle hatten, haben auch fünf Jahre später keine oder nur kleine. Die Gesamtzahl der beteiligten Ärztinnen und Ärzte ist mit 3'539 im Jahr 2004 nahezu gleich wie mit 3'748 im Jahr 1999; der Unterschied liegt im Bereich der Erhebungsungenauigkeit.

## 2.2 Entwicklungen und Strukturen bei den einzelnen Hausarztnetzen

**Neugründungen** bzw. **Auflösung** von Hausarztnetzen haben in den letzten fünf Jahren eine geringe Rolle gespielt. Anfang 1999 war der Aufbau im Wesentlichen abgeschlossen; erst 2004 sind wieder zwei neue Netze in Regionen gegründet worden, in denen es bisher keine gab. «Ersatzlos» aufgelöst wurden seit 1999 zwei Netze. Am meisten Bewegung gab und gibt es durch Umstrukturierungen: sehr kleinteilige Strukturen lösten sich teilweise auf und sind nun in grösseren Netzen zusammengeschlossen.

Übersicht 2.3 zeigt die Grössenstruktur der **Hausarztmodelle** bezüglich der Anzahl der beteiligten ÄrztInnen, Versicherten und der Versicherten je Arzt, jeweils 2004 und 1999. Der Schwerpunkt liegt 2004 bei kleineren (20–29 ÄrztInnen) und mittleren (30–59 ÄrztInnen) Netzen; sehr kleine Netze (6–19 ÄrztInnen) sind zurückgegangen. Auch bei der Anzahl der Versicherten je Netz zeigt sich der Trend weg von den sehr kleinen Zahlen. Da es sich um parallele Entwicklungen handelt, hat sich bei der Kenngrösse «Versicherte je Arzt» nicht so viel geändert. Immer noch entfallen in rund der Hälfte der Netze weniger als 100 Hausarztmodell-Versicherte auf einen Arzt.

1999 waren 88 % der Beteiligten Allgemeinärzte oder allgemeine Internisten, 4 % Pädiater.<sup>41</sup> Es hat möglicherweise in den vergangenen fünf Jahren eine leichte Verschiebung zu Gunsten von Spezialisten gegeben, die aber nach Einschätzung von Fachpersonen nicht gewichtig sein dürfte, zumal die MCOs (Sanacare, Unimedes), von ganz bestimmten Ausnahmen abgesehen, nur Verträge mit Grundversorgern abschliessen. Wenig geändert haben dürfte sich nach Einschätzung von Fachpersonen auch die

---

<sup>41</sup> Baur et al. (2000), S. 26.

Dominanz des Territorialprinzips. Das Territorialprinzip bedeutet, dass alle oder doch der grösste Teil der in der Region niedergelassenen (und von der Fachrichtung einschlägigen) Ärzte und Ärztinnen sich dem Netz angeschlossen haben. Das Auswahlprinzip würde demgegenüber einen Zusammenschluss nur der Managed Care-orientierten/-interessierten Ärzten und Ärztinnen bedeuten. 1999 dominierte das Territorialprinzip bei 80 % oder mehr der Hausarztnetze.<sup>42</sup>

Übersicht 2.3: Grössenstruktur der Hausarztmodelle, 1999 und 2004

	1999 <sup>43</sup>	2004 <sup>44</sup>
<b>Beteiligte ÄrztInnen<sup>45</sup></b>	– in % –	
6 – 19	28	14
20 – 29	26	31
30 – 59	22	29
60 – 99	8	10
100 oder mehr	16	16
<b>Summe</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Versicherte im Netz</b>		
Unter 1'000	25	14
1'000 bis unter 3'000	20	31
3'000 bis unter 5'000	13	12
5'000 bis unter 7'000	18	4
7'000 bis unter 10'000	10	10
10'000 und mehr	14	29
<b>Summe</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Versicherte je Arzt</b>		
Unter 50	31	28
50 bis unter 100	19	24
100 bis unter 200	17	24
200 bis unter 300	16	16
300 und mehr	17	8
<b>Summe</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

## 2.3 Entwicklungen und Strukturen bei den einzelnen HMOs

In der HMO-Landschaft gab es in den vergangenen fünf Jahren relativ viel Bewegung, zwar nicht in den Versichertenzahlen, aber in der Anzahl der HMOs und der Eigentümerschaft. Es wurden seit 1999 insgesamt sieben HMOs geschlossen und nur eine gänzlich neu eröffnet.

- Geschlossen wurden die SWICA-HMOs in Chur, Schaffhausen, Solothurn, Lugano, Lausanne und die ehemaligen Arcovita-HMOs in Basel und Zürich(-Talacker).
- 1999 wurde als letzte Neugründung die ÖKK-HMO (jetzt: Xundheit Praxis HMO) in Luzern eröffnet.
- Besitzerwechsel gab es seit 1999 bei sechs HMOs.

<sup>42</sup> Baur et al. (2000), S. 26.

<sup>43</sup> Baur et al. (2000), S. 11/12.

<sup>44</sup> Erhebung durch Forum Managed Care.

<sup>45</sup> 2004 sind nur Grundversorger gezählt, 1999 auch beteiligte SpezialistInnen, deren Anzahl jedoch sehr klein war.

1999 gab es 27 HMOs<sup>46</sup>, 2004 waren es noch 19. Dass trotz der Schliessung zahlreicher HMOs die Versichertenzahl nicht drastischer zurückgegangen ist, liegt u.a. daran, dass eher kleine HMOs, mit im Schnitt rd. 2'000 Versicherten, geschlossen wurden.

Bei SWICA wurden die Schliessungen mit dem Fehlen einer ausreichend grossen Basis an SWICA-Versicherten am jeweiligen Standort begründet. Bei den ehemaligen Arcovita-HMOs war die Auflösung von Arcovita der Auslöser<sup>47</sup>; für zwei der davon betroffenen HMOs fand sich keine Nachfolgelösung.<sup>48</sup>

Unter den schon seit Anfang/Mitte der 90er Jahre bestehenden HMOs, über die Angaben vorliegen, sind rd. die Hälfte gewachsen (+25 % bis 38 % in fünf Jahren), die andere Hälfte hat ihren Versichertenbestand in etwa gehalten oder ist leicht geschrumpft. Wachstum hängt z.T. mit der Gewinnung neuer Partner auf Versichererseite zusammen. Für die SWICA-HMOs einzeln liegen Angaben erst seit 2002 vor; sie sind alle gewachsen, z.T. sogar recht kräftig. Insgesamt hat also das Wachstum in bestehenden HMOs die Schliessungen teilweise kompensiert. Die höchste HMO-Versicherten-Konzentration, bezogen auf die Wohnbevölkerung, findet sich in Basel-Stadt<sup>49</sup> (6,4 %), St. Gallen (4,2 %) und Luzern (3,5 %).

Die **HMO-Gruppenpraxen** haben zwischen zwei und acht volle Arztstellen, die meisten davon zwischen vier und sechs. Nur vier HMOs haben 8'000 oder mehr HMO-Versicherte, fünf liegen unter 4'000. Insgesamt handelt es sich also eher um kleine Strukturen. Auf eine volle Arztstelle entfallen zwischen 633 und 1'761 Versicherte, der Schwerpunkt liegt bei 1'000 bis 1'200. Alle HMOs behandeln auch Patientinnen und Patienten, die nicht HMO-versichert sind; in welchem Umfang sie dies tun, wird wohl von der Auslastung mit HMO-Versicherten abhängen. Wegen der Sammlung guter Risiken in der HMO-Versicherung (siehe Kap. 3) ist anzunehmen, dass deutlich mehr Versicherte je Arzt als in traditionellen Praxen für eine Auslastung erforderlich sind.

In den HMO-Praxen überwiegen die Grundversorger. Nur punktuell (und manchmal nur aus «historischen Gründen») sind Spezialistinnen und Spezialisten in der HMO-Praxis vertreten: Gynäkologen (die aber oft als Grundversorger gelten), Spezialisten für chinesische Medizin etc.. Es gibt keine einheitliche Praxis je Träger/Betreiber. Die Entscheidung «make it or buy it», die in den Anfangsjahren noch häufig diskutiert wurde, ist wohl insgesamt eher zu Gunsten von «buy it» gefallen.

## 2.4 Versicherer und Managed Care-Angebote

Nach der Prämienliste des BSV/BAG 2004 bieten 36 der 92 Krankenversicherer eine HMO- oder Hausarzt-Versicherung an, 18 davon aber jeweils in maximal fünf Kantonen.<sup>50</sup> Die Aussagekraft der Liste ist in zweierlei Hinsicht eingeschränkt:

- Einzelne kleine Versicherer haben offenkundig angegeben, in der ganzen Schweiz eine HMO und/oder Hausarztversicherung anzubieten, also auch dort, wo es keine entsprechenden Modelle gibt.
- Die PPO (Ärzteliste) von SWICA wurde den Hausarztmodellen zugeordnet, so dass für SWICA ein flächendeckendes Managed Care-Angebot ausgewiesen ist, was den Tatsachen nicht entspricht.

Von den zehn grossen Versicherern (ab 200'000 Versicherte) bieten acht ein Managed Care-Modell an<sup>51</sup>, aber nicht annähernd überall, wo Modelle existieren, sondern jeweils in maximal zehn Kantonen. Unter den grossen Versicherern hat 2004 SWICA mit rd. 22 % den höchsten Anteil an Managed Care-Versicherten, gefolgt von Helsana mit knapp 5 %.

<sup>46</sup> Nicht gezählt der MediX-Verbund, der 1999 noch unter HMO aufgeführt war.

<sup>47</sup> Arcovita war als gemeinsame Managed Care-Organisation der Krankenkassen CSS und Visana gegründet worden und löste sich 1999 auf.

<sup>48</sup> Vermutlich hat auch der Aspekt der Wirtschaftlichkeit eine Rolle gespielt; erhärten lässt sich das nicht.

<sup>49</sup> Nur die Versicherten gezählt, die in der Kern-HMO eingeschrieben sind.

<sup>50</sup> BSV: Prämien 2004.

<sup>51</sup> Kein Managed Care-Modell haben Sanitas und KPT (= nur Versicherungsform mit vorgeschalteter Telefonberatung).

Die **Prämienreduktionen**, die die Versicherer auf Hausarzt- oder HMO-Versicherungen gewähren, wurden gegenüber dem Jahr 2000 meist reduziert.<sup>52</sup>

- Bei Hausarztmodellen lagen im Jahr 2000 die Prämienreduktionen überwiegend bei 10 – 12 %, z.T. sogar darüber und nur 15 % der Versicherer boten eine Reduktion von weniger als 10 % an. Im Jahr 2004 liegt bei fast 75 % der Versicherer die Reduktion unter 10 % (meist 7–9 %, teilweise auch nur 5 %).
- Die Prämienreduktionen für die HMO-Versicherung sind grösser, der Schwerpunkt liegt bei 14–18 %. Im Jahr 2000 hatten noch 42 % der Versicherer eine Prämienreduktion von 20 % oder mehr, 2004 sind es nur noch 12 %.

## 2.5 Fazit

In den fünf Jahren seit 1999 ist die Anzahl der Managed Care-Versicherten nur noch wenig, um etwa 10 %, gewachsen. 2004 sind knapp eine halbe Million Versicherte in Managed Care-Formen, davon rd. 20 % in HMOs, rd. 80 % in Hausarztnetzen.

Der bisherige Höhepunkt der Versichertenzahlen lag sowohl für Hausarztnetze wie für HMOs im Jahr 2001; der Rückzug einiger Versicherer aus den Hausarztmodellen und die Auflösung einiger HMOs führte dann zu einem Rückgang, der aber bei den Hausarztnetzen seither wieder kompensiert werden konnte. Neue Managed Care-Modelle wurden in den Jahren seit 1999 nur ganz vereinzelt gegründet.

2004 gibt es in 16 Kantonen ein Managed Care-Angebot; in drei dieser Kantone liegt die Versichertendichte dieser Modelle bei 15 % oder mehr. Ein schweizerischer Durchschnittswert der Versicherungsdichte für Managed Care-Modelle hat keinerlei Aussagekraft, weil sie bei weitem nicht überall und für alle zugänglich sind.

Bei den HMOs dominieren kleine Strukturen: die Gruppenpraxen haben zwischen 2 und 8 volle Arztstellen und die Versichertenzahlen liegen meist bei 3'000 bis 6'000. Auch bei den Hausarztnetzen dominieren die kleinen und mittleren Netze; durch Zusammenschlüsse sind die sehr kleinen Netze zurückgegangen. Bei den Ärzten handelt es sich überwiegend um Grundversorger.

Insgesamt bieten 2004 36 Versicherer Managed Care-Modelle an, die meisten aber nur in einigen Kantonen/Regionen. Die Versicherer haben den Prämienrabatt gegenüber dem Jahr 2000 meist reduziert.

---

<sup>52</sup> Einige Versicherer haben einen nach Kantonen (z.T. sogar Prämienregionen) differenzierten Nachlass. Für die Auswertung wurde der Mittelwert zugrunde gelegt.

## 3 Wirkungen von Hausarztmodellen und HMOs

### 3.1 Einleitung

Die generelle Erwartung ist, dass mit Managed Care-Modellen sowohl die Kosten gesenkt bzw. der Kostenanstieg gebremst, als auch die Qualität der medizinischen Versorgung verbessert werden kann. Mindestens jedoch sollten sie eine gleich gute Versorgung zu tieferen Kosten als im herkömmlichen System erbringen. Die Erwartungen leiten sich theoretisch ab aus der Umkehrung der Anreize: da im «klassischen» Managed Care-Regime die Leistungserbringer nicht Einzelleistungen in Rechnung stellen, sondern eine Pauschale für die gesamte medizinische Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten erhalten, haben sie kein Interesse, möglichst viele Leistungen zu erbringen, sondern ein Interesse, ihre Klientel optimal zu versorgen und möglichst gesund zu erhalten.

Wie sieht es nun mit Wirtschaftlichkeit und Qualität von HMOs und Hausarztmodellen aus? Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden dazu keine eigenen Evaluationen durchgeführt. Der Auftrag bestand vielmehr darin, die Literatur dazu zu sichten und auszuwerten.

Es existiert nur eine umfassende Evaluation, die sowohl Wirtschaftlichkeits- wie auch Qualitätsaspekte beinhaltet. Dies ist die in den Jahren 1991-1995 in Auftrag der BSV durchgeführte Evaluation neuer Versicherungsformen, die sich auf folgende drei Formen bezog:

- Bonus
- Wählbare Jahresfranchise
- Eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer.

Zum Zeitpunkt der Evaluation existierten in der Schweiz unter den Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer nur vier HMOs<sup>53</sup> und sie waren erst 1990/91 gegründet worden, also voll im Aufbau. Die BSV-Evaluation bezieht also die erst später aufkommenden Hausarztnetze überhaupt nicht ein und HMOs nur in ihrer Pionierphase.

Die wesentlichen Ergebnisse bezüglich der HMOs waren:<sup>54</sup>

- die HMO-Versicherung zieht gute Risiken an;
- die HMOs erzielten echte (risikobereinigte) Kosteneinsparungen von 30-35 % gegenüber der traditionellen Versicherung;
- die Kosteneinsparungen gehen nicht zu Lasten der Qualität, ein Qualitätsvorsprung der HMOs ist allerdings auch nicht zu beobachten.

Die Autoren wiesen auf die Einschränkungen hin: «Wegen des kurzen Beobachtungszeitraums und der teilweise noch sehr kleinen Fallzahlen sind die Ergebnisse nur als erste vorläufige Bilanz zu werten.»<sup>55</sup> Leider erfolgte später keine vergleichbar umfassende Evaluation mehr, die Auskunft darüber geben könnte, ob die Tendenz der «vorläufigen Bilanz» auch für Hausarztmodelle gilt und ob sie für HMOs erhärtet werden kann.

Ehe die sehr wenigen aktuelleren Ergebnisse referiert werden, soll hier kurz die Chronologie der «Erkenntnisse» dargestellt werden:

---

<sup>53</sup> Eine davon in der Westschweiz, die separat evaluiert wurde.

<sup>54</sup> Baur et al. (1998).

<sup>55</sup> Baur et al. (1998), K-3.

- 1998 wurden die ersten «Erfolgsmeldungen» bezüglich der Kosteneinsparungen durch Hausarztmodelle veröffentlicht. Die entsprechenden Daten waren aber nur alters- und geschlechtsstandardisiert.<sup>56</sup> Im gleichen Jahr wurden Befunde über die Vorjahreskosten (Kosten vor Eintritt in eine Managed Care-Versicherung) veröffentlicht, die darauf hindeuteten, dass eine Risikoselektion stattfand, und zwar sowohl beim Beitritt zu Hausarztmodellen wie – stärker noch – zu HMOs.<sup>57</sup>
- 1999 berichtete CSS über Untersuchungen in den Modellen, an denen CSS beteiligt war, wonach in Hausarztmodellen die «echten» Kostendifferenzen zwischen 0 und 10 % lagen, in HMOs zwischen 5 % und 48 %.<sup>58</sup> Die CSS kündigte die Verträge mit Hausarztmodellen bzw. beschloss nur noch mit solchen Netzen in Vertragsverhandlungen zu treten, die bereit sind, die Budgetverantwortung zu übernehmen.
- 2002 vollzog auch Helsana einen Teilrückzug aus den Hausarztmodellen, ebenfalls mit der Begründung «Kostenvorteil nicht erkennbar bzw. zu unsicher» und «Entwicklungsimpulse zu schwach».<sup>59</sup>
- Trotz der Erkenntnisse über bzw. des Verdachts auf Risikoselektion werden immer noch «Erfolgsmeldungen» über Einsparungen von 20–30 % bei Hausarztmodellen verbreitet, die nur auf einer Alters- und Geschlechtsstandardisierung beruhen.<sup>60</sup>

Die Unsicherheiten, ob mit den Hausarztmodellen wirkliche Kosteneinsparungen verbunden sind, halten an; bezüglich der HMOs geht es hauptsächlich um die Frage, wie gross der Kostenvorteil ist. Die zentrale Frage ist immer noch, ob und in welchem Masse festgestellte Kostendifferenzen Folge einer günstigen Risikostruktur oder Folge des Managements der Gesundheit sind.

### 3.2 Untersuchungsergebnisse zu den Kosten

Insgesamt können zwei Befunde als relativ erhärtet gelten:

3. Die Versicherten in Hausarztmodellen weichen in ihrer Alters- und Geschlechtsstruktur kaum von den traditionell Versicherten ab, die HMO-Versicherten dagegen sind «jünger». In der SWICA-Studie beispielsweise ergab sich folgendes Durchschnittsalter (einbezogen waren nur Versicherte ab 26 Jahren): Standard-Versicherte 57 Jahre, HMO-Versicherte 46 Jahre, Hausarztmodell-Versicherte 56 Jahre.<sup>61</sup>
4. Bei Eintritt in beide Modelle findet eine positive Risikoselektion statt, die mit Alter und Geschlecht nicht ausreichend gekennzeichnet ist; sie ist in der HMO-Versicherung stärker ausgeprägt als in der Hausarztmodell-Versicherung. Wie schnell dieser Vorteil «aufgebraucht» wird, weil aus Gesunden Kranke werden können, ist umstritten.

Schon diese beiden Aussagen aber gelten nur im Durchschnitt und müssen keinesfalls für alle Netze zutreffen. Beispielsweise kann ein Versicherer seine HMOs zur positiven Risikoselektion nutzen und den Beitritt vor allem den Jungen und Gesunden nahe bringen, während ein anderer Versicherer sich bemüht, aus seinem Kollektiv vor allem Kranke anzusprechen. Hausarztmodelle können ebenfalls von Versicherern zur Gewinnung oder Bindung guter Risiken eingesetzt werden; bei anderen findet vielleicht die Versichertenakquisition vorwiegend durch die Netzärzte selbst statt und das Ergebnis kann ganz anders ausfallen. Die Übertragbarkeit von Ergebnissen die nur für ein Netz oder nur für die Modelle eines Versicherers gewonnen wurden, ist also keinesfalls gesichert.

<sup>56</sup> Mathis, Herren (1998) sowie Buchs, Zehnder (1998).

<sup>57</sup> Weber, Cottini (1998) sowie Beck, Keller (1998).

<sup>58</sup> Vgl. Baur et al. (2000), S. 38.

<sup>59</sup> Vgl. Indra (2002), S. 166/167. Wo kein Rückzug erfolgte, sondern die Verträge weitergeführt wurden, verdankte sich dies nicht dem grösseren Erfolg der Modelle, sondern «Marktüberlegungen».

<sup>60</sup> z.B. NZZ (2002); Hagnauer (2004), S. 16.

<sup>61</sup> Lehmann (2003), S. 77; vgl. auch Baur et al. (2000).

Die aktuellsten Untersuchungen beziehen sich auf das Hausarztnetz der Region Aarau und die Hausarzt- und HMO-Modelle der SWICA.

Die **Hausarztmodellstudie Aarau (HAMA)** bezieht sich auf das Jahr 2000 und vergleicht die Hausarzt-versicherten eines Netzes mit einem traditionellen Kollektiv. Ziel ist es festzustellen, ob die beobachteten Kostenunterschiede von ca. 15 % auf strukturellen Unterschieden beruhen oder auf der Effizienz der Hausarztmodelle. Es handelt sich um ein reines Gatekeeping-Modell, das keine anderen Steuerungselemente hat. Die Untersuchung kommt zu folgenden Ergebnissen:

- Das Kollektiv der Hausarzt-Versicherten weist einen etwas höheren Altersdurchschnitt auf als das der traditionell Versicherten. In den Morbiditätsindikatoren sind sich die beiden Kollektive sehr ähnlich. «Die immer wieder vermutete Selektion einer überdurchschnittlich gesunden Population in den Hausarztmodellen wird damit nicht bestätigt.»<sup>62</sup>
- Mittels Regressionsanalyse wurden eine Vielzahl von Einflussgrössen statistisch korrigiert, u.a. Vorkosten, Gesundheitszustand und Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten. Die so korrigierten Einsparungen betragen 14 % der Nettokosten (Kosten zu Lasten der Krankenversicherung) bzw. 20 % der Bruttokosten (Gesundheitskosten brutto).
- «Die Ergebnisse der verschiedenen Modelle (= Berechnungen A.d.V.) liegen bei den Nettokosten zwischen 7 % und 14 % Einsparungen, bei den Bruttokosten zwischen 12 % und 21 % Einsparungen.»<sup>63</sup>

Die Qualität der Ergebnisse leidet, wie die Autoren selbst betonen, daran, dass die Versichertenbefragung eine ausserordentlich schlechte Resonanz hatte: nur 29 % der ausgewählten traditionell Versicherten beteiligten sich und auch nur 48 % der Hausarzt-Versicherten. Bei so niedrigen Responseraten sind Selektionseffekte immer anzunehmen.

Die Diskussion zeigt das typische Bild angesichts der methodischen Unsicherheiten und der Bandbreite der Ergebnisse. Der Krankenversicherer (Helsana) sieht die «Realität eher im Bereich der konservativen Schätzungen». Er weist ferner auf den Unterschied zwischen den betriebswirtschaftlichen Kostendaten der Krankenversicherer und den mittels statistischer Verfahren korrigierten Kostendifferenzen hin. «Allein aus dem Nachweis einer bestimmten Kosteneinsparung lässt sich noch kein Anspruch auf einen entsprechenden Rabatt ableiten».<sup>64</sup> Auf der anderen Seite unterstreichen die Vertreter des Hausärztereins und von Sanacare, dass sie die Kosteneinsparung eher im oberen Bereich (14/15 %) sehen.

Lehmann hat, bezogen auf die Jahre 1997-2000 die Kostenwirkung von drei Produkten der SWICA untersucht: HMO, Hausarztmodell (Casa), Ärzteliste (Medica).<sup>65</sup> Die Hauptfrage der Untersuchung ist, wie gross die Risikoselektions- und Innovationseffekte in den untersuchten Managed Care-Formen sind. Die Risikoselektionseffekte geben den Anteil an der Differenz der beobachteten Kosten zur traditionellen Versicherung an, der dadurch zustande kommt, dass bessere Risiken (Gesunde, Junge etc.) sich für eine Managed Care-Form entscheiden; es entsteht insofern kein echter Kostenvorteil, sondern nur ein scheinbarer. Der Innovationseffekt gibt den Anteil an der Differenz der beobachteten Kosten an, der durch Managed Care ausgelöst wird. Um die Risikoselektion zu messen, hat Lehmann zusätzlich zu den üblichen Merkmalen (Alter, Geschlecht, Region) eine latente Variable «Gesundheitszustand» eingeführt, die aus den Gesundheitskosten der Jahre 1997-99 gebildet wurde. Die folgende Übersicht 3-1 zeigt das Ergebnis.

---

<sup>62</sup> Kühne, Preiswerk, Weber (2003), S. 32.

<sup>63</sup> Ebenda, S. 33.

<sup>64</sup> Ebenda, S. 33.

<sup>65</sup> Lehmann (2003). Einbezogen wurden Versicherte ab 26 Jahren, für die vollständige Daten aus den Jahren 1997-2000 vorlagen.

Übersicht 3- 1: Berechnung der Risikoselektionseffekte

	HMO	CASA	MEDICA
Differenz der Gesamtkosten	-62 %	-34 %	-39 %
Davon Innovationseffekte (Wahrscheinlichkeit einer Arztkonsultation)	-3 %	0 %	0 %
Davon Innovationseffekte (Behandlungskosten)	-37 %	-10 %	-21 %
Davon Innovationseffekte (Total)	-40 %	-10 %	-21 %
Davon Risikoselektionseffekte	-22 %	-24 %	-18 %

Quelle: Lehmann (2003), S. 145

In allen drei Formen spielt also die Risikoselektion eine bedeutsame Rolle. Laut dem Autor wird sie mit seinem Vorgehen eher unter- als überschätzt, da eventuell nicht alle risikorelevanten Faktoren vollständig erfasst sind. Der Innovationseffekt ist im HMO-Fall beträchtlich: 37 % wurden an Behandlungskosten «gespart», weitere 3 % durch die tiefere Wahrscheinlichkeit einer Arztkonsultation. Im Hausarztmodell fällt der Innovationseffekt mit 10 % sehr gering aus. Bei den Ärztelisten (Medica) ist er mit 21 % deutlich höher, der Autor weist aber auf eingeschränkte Aussagekraft wegen kleiner Fallzahlen hin.<sup>66</sup>

Lehmann hat zusätzlich eine **Wechsleranalyse** durchgeführt und die Kosten vor und nach Eintritt in ein Managed Care-Modell bzw. Austritt aus einem solchen Modell analysiert. Da die Personen identisch sind, müssen keine Konstrukte zur Risikostruktur gebildet und keine komplizierten Berechnungen über den Einfluss der Faktoren angestellt werden, sondern es können unmittelbar die Kosten vor und nach dem Wechsel verglichen werden.<sup>67</sup>

Für alle drei Formen zeigt sich, dass die Kosten nach einem Wechsel **aus** der traditionellen Versicherung sinken. Dies ist nicht nur ein kurzzeitiger Effekt, sondern er hält im Wesentlichen über die beobachteten drei Jahre an. Der Spareffekt ist wiederum bei den HMOs am grössten. «Nach dem Wechsel zur HMO-Versicherung sinken die Ausgaben um rund 25 %. Bei der Ärzteliste-Versicherung beträgt dieser Effekt rund 16 % und beim Hausarztssystem rund 12 %.»<sup>68</sup> Bei den HMOs werden die Unterschiede im Laufe der drei Jahre sogar grösser. «Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass es in der HMO mit der Zeit besser gelingt, die Sparpotentiale auszuschöpfen.»<sup>69</sup> Insgesamt stützt die Wechsleranalyse die Ergebnisse der Regressionsanalyse dahingehend, dass in beiden Vorgehensweisen für die HMO ein deutlicher Kostenvorteil gegenüber dem traditionellen System, für die Hausarztmodelle nur ein geringer festgestellt wird. Die genaue Grössenordnung des Vorteils ist offen.

Aussagen zur Kostenentwicklung nach Austritt aus einer Managed Care-Form **in** die traditionelle Versicherung sind weniger klar, weil es sich nur um kleine Fallzahlen handelt und die Ergebnisse stark schwanken. Grosso modo stellt die Untersuchung von Lehmann fest, dass die Ausgaben nach einem Wechsel von der HMO zu einer traditionellen Versicherung stark ansteigen (im Median um durchschnittlich ca. 30 %, aber mit sehr starken Schwankungen), und dass die Kostendifferenz über die Jahre anhält, also nicht nur Auswirkung eines kurzfristig nachgeholt Konsums von Gesundheitsleistungen ist. Auch beim Wechsel aus dem Hausarztmodell in die traditionelle Versicherung steigen die Kosten an, aber deutlich geringer als im HMO-Fall.<sup>70</sup>

<sup>66</sup> Lehmann (2003), S. 163.

<sup>67</sup> Wegen des jährlichen Anstiegs der Gesundheitskosten wurden die Kosten um den entsprechenden Faktor deflationiert.

<sup>68</sup> Lehmann (2003), S. 153.

<sup>69</sup> Lehmann (2003), S. 151.

<sup>70</sup> Lehmann (2003), S. 154 ff.

Im Prinzip müsste auch nach den Gründen für den Wechsel unterschieden werden. Der Wechsel zurück in eine traditionelle Versicherungsform kann z.B. erforderlich werden bei Wohnortwechsel, wenn am neuen Standort keine HMO/kein Hausarztmodell existiert; in diesem Fall ist der Wechsel quasi «neutral». Den Gegenpol bilden Wechsel, deren Motiv antizipierte Gesundheitsprobleme sind, für deren Versorgung man lieber das traditionelle System in Anspruch nimmt. Dazwischen liegt das Motiv «allgemeine Unzufriedenheit mit der Versorgung im Managed Care-System»; nachgeholter Konsum kann die Folge sein. Ferner stellt sich auch die Frage, ob ein Wechsel ausschliesslich auf die Initiative der Versicherten zurückgeht, oder ob eventuell versucht wurde Personen mit hohen Gesundheitskosten «hinaus zu mobben». Zu diesen Hintergründen kann die Lehmann'sche Untersuchung keine Auskunft geben. Zu bedenken ist aber auch, dass die Wechselproblematik wohl quantitativ keine sehr grosse Rolle spielt; in den Fachgesprächen wurden für Wechsel von HMOs zurück ins traditionelle System Quoten von weniger als 5 % genannt.

### 3.3 Der wirtschaftliche Erfolg der existierenden Modelle

In der Realität können die meisten HMOs und Hausarztmodelle mit Budgetverantwortung mit ihren Budgets und den entsprechenden Einsparzielen (meist 15–20 %) leben. Zwar gibt es auch einmal ein Jahr mit Minuszahlen, aber im Grossen und Ganzen «rechnet es sich». Negative Betriebsergebnisse können z.B. entstehen, wenn der allgemeine Kostenanstieg zu optimistisch prognostiziert wurde oder auch, wenn es wenig Neuzugänge gab, weil ein Versicherer die Versichertenakquisition praktisch eingestellt hat u.a.m. Es gibt wohl vereinzelte Ausnahmen von der insgesamt positiven Ertragssituation, Genaueres ist darüber aber nicht zu erfahren. «Führungsprobleme» wurden als Hauptursache für häufige Budgetüberschreitungen genannt.

Einsparziel und Kostendifferenz dürfen aber nicht miteinander verwechselt werden. Ein Einsparziel wird vereinbart, nachdem alle Abgleichungen vorgenommen sind: die Bereinigung aufgrund der Risikostruktur und eventuell der Verlaufseffekte, die Kosten der Grossrisikoversicherung und die Managementkosten für das Modell. Das Einsparziel gibt also an, wie viel tatsächlich gegenüber dem traditionellen System gespart werden kann bzw. soll und ist insofern eine betriebswirtschaftliche Grösse, während die Kostendifferenz auf die «abgerechneten» Kosten abstellt.

Beck rechnet in seiner jüngsten Arbeit am Beispiel einer CSS-HMO nach, welches Einsparziel realistisch ist für eine gut geführte, etablierte HMO mit überwiegend schon langjährig Versicherten. Ausgangsbasis ist die «Becksche Capitationformel», die verschiedene Indikatoren für «Risiko» einbezieht (siehe Kap. 4.2.4.2). Beck kommt zu dem Ergebnis, dass ein Einsparziel von 15 % realistisch ist, während 20 % Einsparziel nicht erwirtschaftet werden können.<sup>71</sup>

Bezüglich der **Hausarztmodelle** (ohne Budgetverantwortung) besteht bei den Vertragspartnern (Versicherer, MCOs) eher der Eindruck, dass sie sich (noch) nicht rechnen und dass ein guter Teil auch nicht auf dem Weg zu echten Kosteneinsparungen ist. Teilweise wird diese Einschätzung durch (noch) nicht veröffentlichte Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen abgestützt. Die befragten Präsidentinnen und Präsidenten scheinen etwas optimistischer. Auf die Frage, wie die **Wirtschaftlichkeit** der Versorgung im Vergleich zum traditionellen System zu beurteilen ist, meint eine Mehrzahl, dass sie etwas besser sei (Übersicht 3.2).

---

<sup>71</sup> Beck (2004), S. 11–33.

Übersicht 3- 2: Beurteilung des Erfolgs des Hausarztnetzes<sup>1</sup>

Durch das Netz ...	erheblich verbessert	zum Teil verbessert	gleich geblieben	kann man nicht beurteilen	Summe
Qualität der Versorgung	7 %	63 %	26 %	4 %	100 %
Wirtschaftlichkeit der Versorgung	4 %	66 %	26 %	4 %	100 %
Zufriedenheit der Patienten	–	33 %	52 %	15 %	100 %
Berufliche Zufriedenheit der beteiligten Ärzte	15 %	44 %	30 %	11 %	100 %
Position des Hausarztes unter den Leistungsanbietern insgesamt	26 %	37 %	30 %	7 %	100 %

<sup>1</sup> Befragung der Präsidentinnen/Präsidenten; nur Netze ohne Budgetverantwortung

Da «zum Teil verbessert» aber auch sehr kleine Einsparungen bedeuten kann, müssen die Meinungen der Versicherer, der Hausarztmodelle selbst und die Befunde wissenschaftlicher Untersuchungen nicht auseinander klaffen.

### 3.4 Aspekte der Qualität

Noch weniger als über die Kostenseite ist über die Qualitätsseite bekannt. Die EQUAM-Zertifizierung, die für 10 der 19 HMOs durchgeführt wurde, bestätigt zwar in Strukturen und Prozessen die Einhaltung von Qualitätsstandards, sie hat aber – abgesehen von der Patientenbefragung - keinen outcome-Teil. Bei den Hausarztmodellen gibt es bislang – von einer Ausnahme abgesehen – nichts Vergleichbares.

Die Ergebnisse der **Patientenbefragungen 2002** wurden freundlicherweise von der Sanacare zur Verfügung gestellt. Die Bewertung aller EQUAM-zertifizierten Managed Care-Modelle wird verglichen mit von Helsana mittels Swiss PEP untersuchten Arztpraxen. Die Befragten nehmen zu 18 Items auf einer 5-Punkte-Skala Stellung. Im Ergebnis zeigt sich, dass fast durchweg eine sehr positive Bewertung vorliegt und dass die Unterschiede zwischen den Praxistypen (HMO-Praxen, herkömmliche Praxen) minimal und in den meisten Fällen statistisch nicht signifikant, jedenfalls aber nicht bedeutsam sind<sup>72</sup> (vgl. Übersicht 3.3).

### 3.5 Fazit

Es gibt nur ganz vereinzelt aktuelle Untersuchungen zu den Kostenwirkungen der Managed Care-Modelle. Als relativ erhärtet kann gelten, dass die Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten in Hausarztmodellen sich kaum von der der traditionell Versicherten unterscheidet, während die HMO-Versicherten «jünger» sind. Der Eintritt in beide Managed Care-Formen ist mit einer Risikoselektion verbunden, die bei der HMO-Versicherung stärker ausgeprägt ist als bei der Hausarztmodell-Versicherung; nur mit den Merkmalen Alter und Geschlecht kann diese Risikoselektion nicht sichtbar gemacht werden. Für einzelne Modelle bzw. die Modelle einzelner Versicherer können die Befunde aber stark voneinander abweichen.

Die umfangreichste aktuelle Untersuchung bezieht sich auf die Managed Care-Modelle von SWICA und berechnet für HMOs einen Innovationseffekt von max. 40 % bei den Kosten, für Hausarztmodelle von

<sup>72</sup> Zwischen einzelnen Praxen können natürlich erhebliche Unterschiede bestehen.

max. 10 %. Eine Wechsleranalyse korrigiert diese Werte etwas nach unten. Kostendifferenzen sagen aber auch noch nichts über reale Einsparungen, da modellspezifische Aufwendungen gegengerechnet werden müssen.

Die existierenden HMOs und Hausarztnetze mit Budgetverantwortung realisieren Einsparungen von 15-20 %; nur bei einer Minderheit ist der wirtschaftliche Erfolg unsicher. Bei den Hausarztmodellen besteht nach wie vor grosse Unsicherheit, ob sie sich «rechnen».

Untersuchungen zur Qualität gibt es kaum. Patientenbefragungen weisen darauf hin, dass die Zufriedenheit bei HMO-Patienten etwa gleich hoch ist wie bei Patienten traditioneller Praxen; für Hausarztmodelle liegen keine Ergebnisse vor.

Übersicht 3- 3: Bewertung von Praxen durch Patienten, 2002

(Die Prozentzahlen geben den Anteil der erreichten Punktzahl am Maximum der erreichbaren Punktzahl an).

	<b>Alle EQUAM-zertifizierten HMOs (= 3'903 Fragebogen)</b>	<b>Arztpraxen (Swiss PEP, Helsana) (= 10'739 Fragebogen)</b>
<b>Beurteilte Aspekte</b>		
Wartezeit Praxis	80 %	78 %
Möglichkeit direkter Telefonkontakt zum Arzt	81 %	87 %
Angebot Krankheitsvorsorge	85 %	85 %
Beschwerden schnell lindern	86 %	86 %
Motivation um Ratschläge zu befolgen	89 %	88 %
Erinnerung an frühere Gespräche	89 %	88 %
Umgang mit Gefühlen des Patienten	89 %	88 %
Vorbereitung auf Spezialist/Spital	90 %	88 %
Schnelle Hilfe bei dringlichen Problemen	90 %	93 %
Passender Termin	90 %	92 %
Körperliche Untersuchung	91 %	89 %
Telefonische Erreichbarkeit der Praxis	92 %	92 %
Information über Erkrankung	92 %	91 %
Zweckuntersuchung/Behandlung erklärt	92 %	90 %
Hilfsbereitschaft Praxis-MitarbeiterInnen	92 %	90 %
Dem Patienten zugehört	93 %	92 %
Arbeit des Arztes gründlich erledigt	93 %	91 %

Quellen: 1. EQUAM-Stiftung; Datenanalyse Dr. med. M. Pettenburg  
 2. Eveline Wiederkehr-Steiger, Helsana; Zusatzinformationen zum Projekt «Ärzt rating» der Helsana; Managed Care 1.2003  
 (Zur Verfügung gestellt durch Sanacare)

## 4 Bedeutung und Umsetzung von Managed Care-Elementen

### 4.1 Das Sollkonzept

Eingangs wurden, wie allgemein üblich, HMO und Hausarztmodelle als die beiden in der Schweiz heute existierenden Managed Care-Formen bezeichnet. Jedoch blieb bisher offen, wie denn das Care Management in diesen Modellen aussieht; als gemeinsamer Nenner ist lediglich das Gatekeeping aufgeführt. Um über eine reine Beschreibung hinaus auch eine Bewertung vornehmen zu können, bedarf es eines Sollkonzeptes. Den Rahmen eines Sollkonzeptes für Managed Care-Modelle liefert der «Schlussbericht zum Teilprojekt Managed Care» vom Mai 2003. Im Rahmen der Vorbereitung von Grundlagen für eine 3. KVG-Teilrevision sollte geprüft werden, wie die Verbreitung der Managed Care-Modelle durch geeignete Anreizsysteme gefördert werden kann. Der Auftrag wurde durch eine Arbeitsgruppe, unter Leitung des Experten Dr. Markus Moser ausgeführt.<sup>73</sup>

Die Arbeitsgruppe definiert innerhalb der «Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer» die Merkmale «echter» Managed Care-Modelle. «Nicht alle Versicherungsformen können als Managed Care-Modelle bezeichnet werden. Die eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer stellt im Grunde genommen kein typisches Merkmal für solche Modelle dar. Typisch für solche Modelle ist vielmehr, dass sich die Versicherten für eine besondere Art und Weise der Leistungserbringung entscheiden. Sie verzichten dabei darauf, die von ihnen frei gewählten Leistungserbringer während einer Behandlung beliebig zu wechseln. Als Gegenleistung erhalten sie eine umfassende und koordinierte Betreuung durch die am Modell beteiligten Leistungserbringer.»<sup>74</sup> Die Merkmale, die echte Managed Care-Modelle aufweisen sollen, sind:

- «die Steuerung des gesamten Prozesses der Leistungserbringung der Patienten;
- die Vernetzung von Behandlungseinrichtungen;
- die Beteiligung der Leistungserbringer am Versicherungsrisiko der Patienten.»<sup>75</sup>

Zur Steuerung und Koordination der Behandlung sind Massnahmen der Qualitätssicherung (Leitlinien, Qualitätszirkel) nach Meinung der Arbeitsgruppe unabdingbar.

Mit dieser Festlegung der Kennzeichen von Managed Care-Modellen hat die Arbeitsgruppe kein Neuland beschritten, sie finden sich in der einen oder anderen Form auch anderswo.<sup>76</sup> Neu sind eher die präzise Benennung von und die Konzentration auf Kernelemente und die Forderung, diese Elemente im Gesetz zu benennen.

Nach dem Verständnis der Arbeitsgruppe lassen die Merkmale zu Recht viel Raum für eine grosse Bandbreite an konkreten Modellen. Ob die Steuerung durch einen Hausarzt (Grundversorger) als Gatekeeper, durch einen anderen Arzt oder durch einen speziell eingesetzten Fallmanager erfolgt, ob die Vernetzung durch vertragliche Integration von Anbietern aus der Leistungserbringerkette oder in anderer Form geschieht, ob die finanzielle Beteiligung der Leistungserbringer mittels eines Globalbudgets (Capitation) oder nur in Form von Bonus-/Malus-Regelungen festgelegt wird, soll nicht vorgeschrieben werden, sondern sich im Zuge eines Lernprozesses der Beteiligten fortentwickeln.<sup>77</sup>

<sup>73</sup> Mitglieder waren Vertreter von Santésuisse, FMH, MediX Management AG, SDK, H+, Qualitätszirkel Ärzte-Apotheker, Freiburg und BSV.

<sup>74</sup> Moser et al. (2003), S. 3/4.

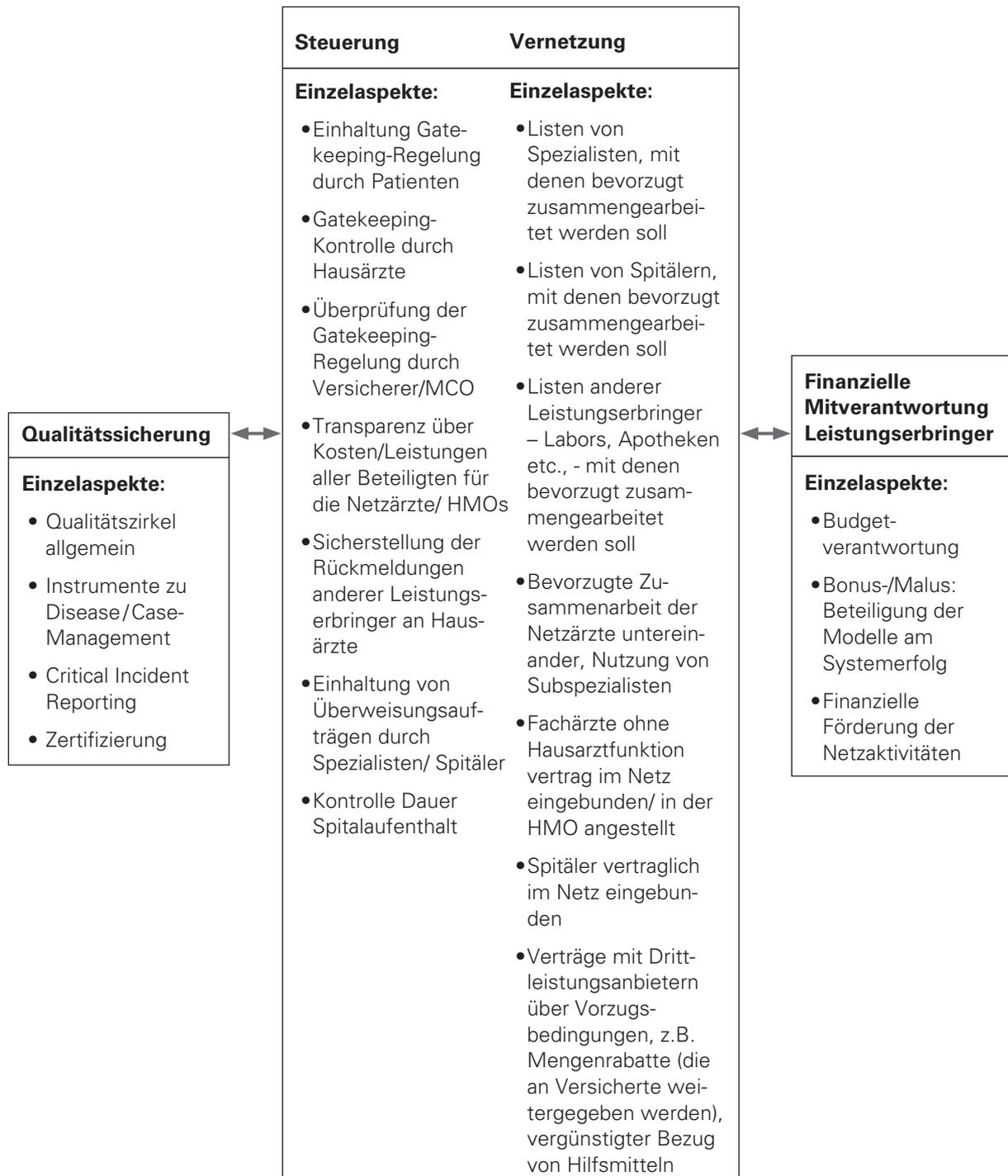
<sup>75</sup> Moser et al. (2003), S. 4.

<sup>76</sup> Z.B. Baumberger (2001), S. 94/95; Buchs (2001), S. 138.

<sup>77</sup> Moser et al. (2003), S. 18 ff.

Im folgenden soll nun geprüft werden, ob die Kernelemente in den existierenden Managed Care-Modellen überhaupt für konstituierend gehalten werden und wie sie umgesetzt sind. Dazu wurden die Kernmerkmale in konkrete Elemente/Ausprägungen differenziert, die durchaus alternativ nebeneinander stehen können. Übersicht 4.1 zeigt diese Ausdifferenzierung.

Übersicht 4- 1: Kernmerkmale von Managed Care-Modellen und die einzelnen Elemente



**Steuerung und Vernetzung** werden dabei als Zwillingsspaar gesehen.

- Steuerung kann nicht voll wirksam werden ohne Vernetzung; ohne Vernetzung kann sie allenfalls das doctor-hopping verhindern, aber keine Koordination zustande bringen.
- Vernetzung ohne Steuerung bleibt tendenziell folgenlos, weil nicht dafür gesorgt wird, dass sich die Patientinnen und Patienten in den vernetzten Strukturen bewegen.<sup>78</sup>

Die **finanzielle Mitverantwortung der Leistungserbringer** ist kein eigenständiges Versorgungsmerkmal, sondern setzt die Anreize so, dass Steuerung und Vernetzung umgesetzt werden; finanzielle Verantwortung kann aber auch nur übernehmen, wer die Versorgung in gewissem Umfang beeinflussen kann.

Die **Qualitätssicherung** ist für Managed Care-Modelle von zentraler Bedeutung, denn sie müssen Sorge dafür tragen, dass die finanziellen Anreize nicht zu einer Verschlechterung der Versorgung führen. Hier geht es nicht um idealistische Motive, sondern um das Überleben, denn mittelfristig werden Modelle, die in den Ruf gelangen, an notwendigen medizinischen Leistungen zu sparen, keine Versicherten mehr gewinnen können. Die Qualitätssicherung trägt dazu bei, dass Steuerung und Vernetzung im Sinne einer optimalen Versorgung erfolgen und dass sich allmählich eine Unité de doctrine unter den beteiligten Ärzten herausbildet.

Das Sollkonzept geht in Teilen über die vertraglichen Verpflichtungen hinaus, die die Hausarztnetze eingegangen sind; dort ist in der Regel nur die Verpflichtung zum Gatekeeping bzw. dessen Kontrolle und die Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen enthalten.<sup>79</sup>

## 4.2 Die Umsetzung der Elemente

### 4.2.1 Betrachtete Formen

Dass es Unterschiede in der Umsetzung zwischen den beiden Grundmodellen HMO und Hausarztmodelle gibt, ist weitgehend bekannt. Im folgenden soll aber nicht zwischen diesen beiden Formen unterschieden werden, weil das die eigentliche Trennlinie tendenziell verwischen würde, sondern zwischen Modellen mit Budgetverantwortung und solchen ohne. «Budgetverantwortung» heisst, dass ein aus den Capitationbeträgen aufsummiertes reales Budget besteht, für das die Leistungserbringer voll oder doch zum erheblichen Teil das wirtschaftliche Risiko tragen. «Ohne Budgetverantwortung» heisst, dass es allenfalls ein «virtuelles» Budget gibt, das den angestrebten Systemerfolg angibt. Abweichungen ziehen keine Sanktionen oder nur solche geringeren Umfangs nach sich (im Einzelnen s. Kap. 4.2.4).

Diese Unterteilung bedeutet, dass die Hausarztmodelle, die Capitation-Verträge haben, (MediX-Praxen, Wintimed, Réseau Delta) zusammen mit den eigentlichen HMOs betrachtet werden. **Modelle mit Budgetverantwortung repräsentieren heute gut ein Viertel (27 %) aller Managed Care-Versicherten.**

Die Informationen zu den Modellen ohne Budgetverantwortung kommen aus der schriftlichen Befragung von Präsidentinnen und Präsidenten von Hausarztnetzen, z.T. aus ergänzenden telefonischen Interviews und aus den Fachgesprächen mit Versicherern/MCOs. Die Informationen zu Modellen mit Budgetverantwortung kommen aus Fachgesprächen mit solchen Modellen, mit Betreibern, Versicherern und – zum kleinen Teil – aus der schriftlichen Befragung. Da bei HMOs keine schriftliche Befragung stattfand, können die Informationen nicht vergleichbar dargestellt werden.

<sup>78</sup> Das zeigt ein Beispiel aus Deutschland: In einem Berliner Arztmodell war zwar eine Vernetzung der wichtigsten Elemente der Versorgungskette gegeben, aber die Patienten nahmen zu 75 % Leistungen ausserhalb des Netzes in Anspruch. Vgl. Dreykluft (2000).

<sup>79</sup> Im Anhang sind Checklisten zu den Managed Care-Vertragsbeziehungen abgedruckt, die im Jahr 2000 von der «Arbeitsgemeinschaft Managed Care» erarbeitet wurden und im wesentlichen Basis für die Verträge zwischen Versicherern/MCOs und Hausarztmodellen sind.

#### 4.2.2 Steuerung

Die Elemente der Steuerung sind in drei Gruppen unterteilt:

- Das **Gatekeeping**, also dass die Patientin/der Patient im Krankheitsfall zuerst die Hausarztpraxis aufsucht, von wo aus sie/er dann ggf. in andere Segmente der Versorgungssystems weitergeleitet wird.
- Die **Kommunikation** zwischen den beteiligten Ärztinnen und Ärzten, die es den Gatekeepern ermöglicht, die gesamte Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten im Auge zu haben, sowie die Compliance der Spezialisten.
- Die **Transparenz** über eigene und veranlasste Kosten als Basis für eine Steuerung, die auch die Wirtschaftlichkeit der Versorgung beachtet.

#### Modelle mit Budgetverantwortung

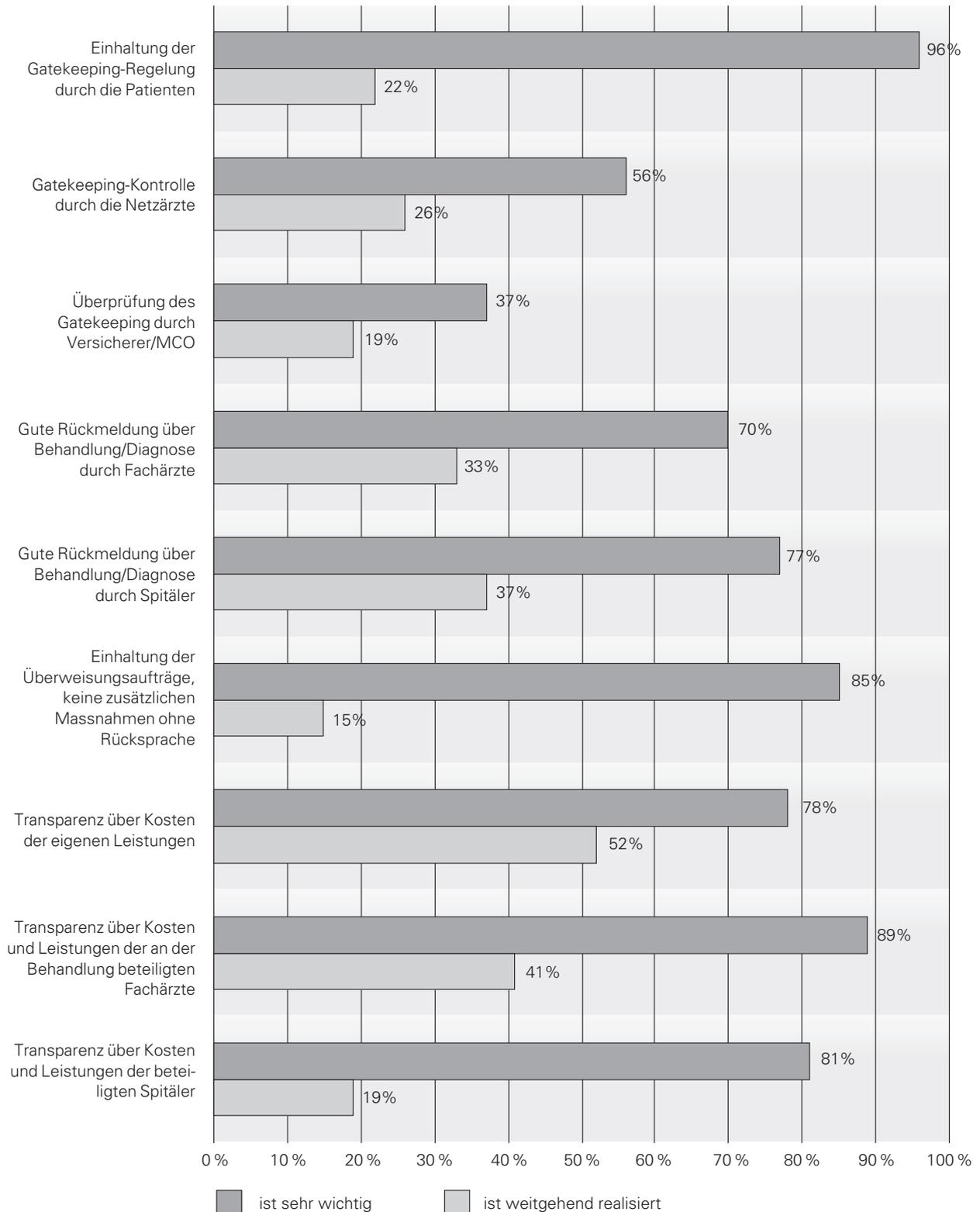
Über die Bedeutung der Elemente für ein Managed Care-System besteht kein Zweifel und sie sind im Wesentlichen auch umgesetzt.

- Das **Gatekeeping** wird rigoros kontrolliert. Nach mehrmaligen Verstößen und Verwarnungen werden entweder die Rechnungen nicht mehr bezahlt oder die Patienten aus dem System ausgeschlossen. Nur durch ständige Kontrolle ergebe sich ein Lerneffekt; bei den schon länger im System befindlichen Versicherten gebe es auch kaum noch Ausreisser.
- Die **Kommunikation** (Rückmeldungen) und **Kooperation** (Einhaltung von Aufträgen) mit externen Spezialisten verlaufe, von Ausreisern abgesehen, gut. Bei hartnäckigen Verletzungen wird die Zusammenarbeit eingestellt. Mit den Spitälern sei es schwieriger, auch wegen der Vielzahl der dort beteiligten Ärztinnen und Ärzte. Wichtig seien gute persönliche Beziehungen. Die Aufenthaltsdauer wird laufend kontrolliert. Anschlusslösungen (z.B. Reha) werden teilweise in Zusammenarbeit mit Fallmanagern von Versicherungen geplant.
- **Transparenz** über Kosten und Leistungen wird als ausreichend erachtet.

#### Modelle ohne Budgetverantwortung

Die Wichtigkeit der Elemente wird ebenfalls überwiegend bestätigt, mit der Umsetzung aber sieht es nicht so gut aus (Übersicht 4-2). Nur knapp ein Viertel der Netze ist der Ansicht, dass die Patienten sich weitgehend an die **Gatekeeping-Regel** halten, und ungefähr ebenso viele geben an, dass die Kontrolle durch Hausärzte und/oder Versicherer realisiert ist. Auch hält nur gut die Hälfte eine Kontrolle durch die Netzärzte für wichtig. Der sehr lockere Umgang mit dem Gatekeeping wird durch die MCOs bestätigt. Sanacare hat die sog. «administrative Über

Übersicht 4.2: Bedeutung und Umsetzung von Steuerungselementen in Hausarztmodellen ohne Budgetverantwortung<sup>80</sup> (n=27)



<sup>80</sup> Die genaue Aufteilung im Fragebogen war:  
 Wichtigkeit: sehr wichtig / auch wichtig / nicht besonders bzw. gar nicht wichtig  
 Umsetzung: weitgehend realisiert / teils, teils bzw. im Gang / kaum, gar nicht realisiert  
 In der Auswertung hier sind nur die Antworten «sehr wichtig» und «weitgehend realisiert» dargestellt, weil die mittleren Positionen «auch wichtig» und «teils, teils realisiert» nur schwach positive Bedeutung haben. Im Text wird an den gegebenen Stellen auf die gesamte Antwortverteilung hingewiesen. Die gesamte Antwortverteilung ist in Anhang 4 enthalten.

weisungsmeldung» bei der der Arzt für jede Überweisung eine Meldung machen musste, abgeschafft, weil das System nicht so gut funktionierte und administrativ sehr aufwändig war (Rückfragen beim Hausarzt, der sich oft nicht mehr erinnern konnte). Jetzt gibt es nur noch die retrospektive Kontrolle, die aber allein von der Bereitschaft der Netzärzte abhängt. Sie erhalten monatlich eine Leistungsabrechnung und müssten dann stichprobenmässig oder z.B. für teure Fälle schauen, ob es eine Überweisung gab. Die Fälle mit Regelverletzung müssten sie an die Versicherung melden, die dann ihrerseits z.B. einen Verweis aussprechen könnte. Die Netzärzte seien zwar vertraglich verpflichtet, die Daten zu kontrollieren, faktisch aber werde wohl kaum etwas gemacht. Auch laut Unimedes findet kaum ein Gatekeeping statt. Tendenziell ist, laut beiden MCOs, die Neigung zur Gatekeeping-Kontrolle dort etwas grösser, wo in irgendeiner Form eine finanzielle Beteiligung des Netzes gegeben ist.

Auch bei der **Kommunikation** und **Kooperation** zwischen Netzärzten und externen Leistungserbringern läuft es nicht zum Besten. Insbesondere die Einhaltung von Überweisungsaufträgen ist nicht gewährleistet. Vieles spricht dafür, dass sich hier schlicht der hausärztliche Alltag in der Zusammenarbeit mit Spezialisten widerspiegelt.

Erstaunlich ist, dass unter den Netzen ohne Budgetverantwortung die **Transparenz** bezüglich Kosten und Leistungen relativ häufig nur als eingeschränkt gegeben bewertet wird; besonders häufig wird bei Spitalleistungen die Transparenz vermisst. Von den Vertragspartnern erhalten die Netze i.d.R. Monats-, Quartals- und Jahresübersichten zu Leistungen und Kosten. Es wird aber die Vermutung geäussert, dass diese Daten oft nur in der Schublade landen, damit gearbeitet werde wohl eher selten. Es mag sein, dass bei der Beantwortung dieser Fragen auch mehr an eine inhaltliche Transparenz bezüglich der Leistungen gedacht wurde als an die formale Transparenz, «wer hat wen zu welchen Kosten behandelt».

### 4.2.3 Vernetzung

Bei der **Vernetzung** geht es im Kern darum, die verschiedenen beteiligten Versorgungssektoren so zu verknüpfen, dass insgesamt für die Patienten eine optimale Qualität entsteht bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Kosten. Managed Care will ja nicht ein Teilsegment optimieren, sondern das Ganze.

Vernetzung hat vielfältige Aspekte, die nicht umfassend und differenziert aufgegriffen werden konnten. Die schriftliche Befragung und die Interviews konzentrierten sich auf die Elemente, die heute konkret eine Rolle spielen, nämlich

- die selektive Zusammenarbeit mit ausgewählten Drittleistungsanbietern (Preferred Provider-Konzept);
- die (vertragliche) Einbindung von Spezialisten und Spitälern im Netz, d.h. deren Netzmitgliedschaft;
- Abschluss von Rabattverträgen.

#### **Modelle mit Budgetverantwortung**

Für HMOs und Netze mit Budgetverantwortung ist es überwiegend eine Selbstverständlichkeit, mit ausgewählten Spezialisten zusammenzuarbeiten. Waren es früher noch eher «schwarze Listen», haben sich im Laufe der Zeit die «weissen Listen» entwickelt; sie werden laufend erneuert/ergänzt. Kriterien sind die Qualität, die Kooperationsbereitschaft/Compliance und die Kosten («eine Gastroskopie kann man auf der gleichen tariflichen Basis in Zürich für SFr. 500.– oder für SFr. 1'000.– haben, wegen der Akkumulation von Einzelleistungen»). Eine Verpflichtung, nur an Spezialisten zu überweisen, die auf der Liste stehen, gibt es wohl in keinem Fall, denn es muss sowohl zwischen den beteiligten Ärztinnen und Ärzten «die Chemie» stimmen, als auch zwischen Patienten und Ärzten. Es mache keinen Sinn, Patienten jemandem zu überweisen, zu dem sie auf keinen Fall wollen.

Tendenziell scheint es in HMO-Gruppenpraxen einfacher zu sein das Preferred-Provider-Prinzip zu realisieren, als in Zusammenschlüssen von Einzelpraxen. Bei letzteren fallen alt-eingespielte Beziehungen weit stärker ins Gewicht. So hat eine Befragung unter den 66 Hausärztinnen und Hausärzten des HMO-/VIPA-Netzes in Basel ergeben, dass weniger als die Hälfte für den vermehrten Einsatz von Preferred-Provider-Verträgen sind und nur ein Drittel eine Einschränkung in der Wahl der Fremdleistungserbringer befürworten, wenn dadurch höhere Rabatte zu erreichen sind. Generell ist zwar eine Mehrzahl bereit vermehrt an kostenbewusste Leistungserbringer zu überweisen, wenn die entsprechenden Informationen vorliegen, aber Verbindlichkeit wird abgelehnt.<sup>81</sup>

Die Listen stellen sozusagen einen ersten formalen Schritt in der Vernetzung dar. Inhaltlich gefüllt wird dieser Schritt, wenn die Zusammenarbeit in der Behandlungskette z.B. durch Disease-Management-Programme geklärt wird. Ein weiterer formaler Schritt wäre der Abschluss von Verträgen, die die Zusammenarbeit regeln und eventuell auch die Tarifierung. Es sind durchaus Überlegungen in diese Richtung im Gang – z.B. Verträge mit Diagnosepauschalen – bisher ist eine Umsetzung kaum gelungen, da die Spezialisten kein Interesse zeigen. Anders sieht es mit technischen Diensten (Labors, Radiologie), Apotheken und Psychotherapeuten aus. Einen Spezialvertrag mit einem Labor haben wohl die meisten Netze mit Budgetverantwortung, ebenso mit einer Versandapotheke, und ein Teil hat die Zusammenarbeit mit nicht-ärztlichen Psychotherapeuten vertraglich geregelt. Laborverträge sind aber ausserhalb der HMO-Gruppenpraxen im Netz schwer durchzusetzen, weil oft auch materielle Interessen tangiert sind. In Kantonen mit Selbstdispensation hat der Medikamentenversand einen schweren Stand.

Ein dritter formaler Schritt, die Einbindung von Spezialisten als Mitglieder im Netz, ist z.T. bereits in der Entstehung erfolgt. Punktuell kommen auch Erweiterungen vor; eine allgemeine Strategie ist es aber nicht. Eine selektive Zusammenarbeit mit ganzen **Spitälern** kommt wohl überhaupt nicht vor. Bei Spitälern ist oft keine oder kaum eine Auswahl möglich (Monopolstellungen, Regionalisierung der Spitalzuweisungen). Soweit Wahlmöglichkeiten vorhanden sind, werden sie genutzt. Formale Vereinbarungen gibt es nicht, man bemüht sich aber auf der persönlich-fachlichen Ebene eine gewisse Kooperation zu erzielen. In Einzelfällen gibt es auch Verträge über Pauschalabgeltungen für eine bestimmte Leistung.

### **Modelle ohne Budgetverantwortung**

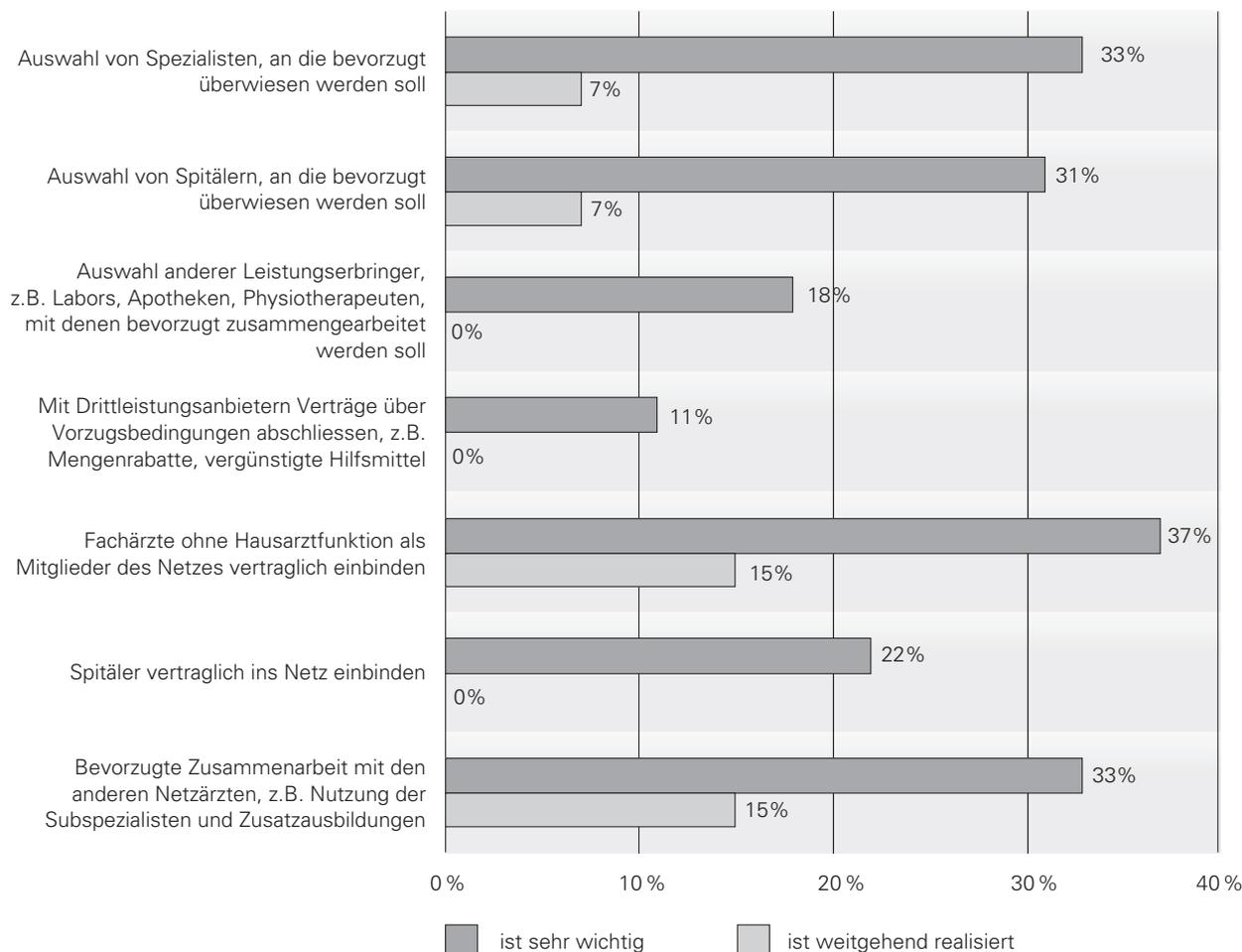
Die allgemeine Tendenz bei den Netzen mit Budgetverantwortung durch Selektion der externen Leistungserbringer die Vernetzung sowohl unter qualitativen wie auch unter ökonomischen Gesichtspunkten zu optimieren, lässt sich bei den Netzen ohne Budgetverantwortung so nicht feststellen. Übersicht 4-3 zeigt, wie bei den Hausarztnetzen ohne Budgetverantwortung Wunsch und Wirklichkeit aussehen. Insgesamt werden die Elemente der Vernetzung deutlich seltener für wichtig erachtet als die Elemente der Steuerung.

Eine **Auswahl externer Leistungserbringer** halten nur Minderheiten für wirklich wichtig, die Mehrzahl bekennt sich allenfalls zu einem halbherzigen «auch wichtig». Definitiv abgelehnt wird die selektive Zusammenarbeit von 15 % (Spezialisten) bis 30 % (Labors etc.). Sehr wenig Zustimmung finden die Rabattverträge. Weitgehend umgesetzt ist die Auswahl, so sie überhaupt erwünscht ist, fast gar nicht. Nimmt man allerdings die Kategorie «teils, teils/Umsetzung im Gang» hinzu, kommt man doch auf 40-50 % der Netze, die partiell schon eine selektive Zusammenarbeit betreiben oder am Entwickeln sind. Das wäre kein schlechter Wert, wenn er sich in ein oder zwei Jahren bestätigen würde. Auf Seiten der Managed Care-Organisationen ist eher Skepsis vorhanden. Unimedes hat z.B. verschiedene Anläufe unternommen, zusammen mit Netzen PPO-Listen zu erstellen und ist jedes Mal an der mangelnden Bereitschaft gescheitert. In ländlichen Regionen mit geringer Anbieterdichte kann eine Selektion auch schwierig sein, aber auch in städtischen wird sie nicht begrüsst, wie das Basler Beispiel zeigt. Das wichtigste Hemmnis ist aber vermutlich das weit verbreitete Territorialprinzip der Hausarztnetze: wenn alle oder fast alle Grundversorger einer Region im Netz sind, wird es kaum möglich sein, eine Auswahl unter Spezialisten vorzunehmen.

---

<sup>81</sup> Schütz (2003), S. 32/33.

Übersicht 4.3: Bedeutung und Umsetzung von Elementen der Vernetzung in Hausarztmodellen ohne Budgetverantwortung (n=27)



Etwa gleich gross wie bezüglich der Auswahl sind die Fraktionen der Zustimmenden und Ablehnenden in der Frage der **Mitgliedschaft** von «Spezialisten» im Netz. Faktisch haben einige Netze explizit die Spezialisten mit eingebunden (Thurgauer Netze, PizolCare, zmed), die Mehrzahl aber sind Grundversorgernetze, die allenfalls den einen oder anderen Spezialisten mit Grundversorgerfunktion dabei haben. Es sind – mit Ausnahme des Hausarztnetzes Winterthur/Andelfingen (HAWA) – die Netze mit Betriebsgesellschaften, in denen auch Spezialisten Mitglieder sind. Das mag z.T. auch mit dem Wunsch nach einer breiten Finanzierungsbasis zusammenhängen. Eine von Kriterien geleitete Auswahl fand nicht statt: jeder, der wollte, konnte Mitglied werden (Aktien zeichnen). Während z.B. im Kanton Thurgau das Prinzip «Jeder, der will» weiterhin aufrecht erhalten wird, ist man bei PizolCare jetzt so weit, zumindest den neuen Interessenten bestimmte Bedingungen aufzuerlegen, z.B. die Bereitschaft zur Datentransparenz. Spezialisten müssen auch einen «letter of intent» unterzeichnen, wonach sie sich verpflichten, nach Managed Care-Kriterien zu behandeln.

Es sind drei Beispiele bekannt, bei denen **Spitäler** bzw. Spitalärzte direkt ins Netz eingebunden sind:

- Bei IGOMED Thun erfolgte von Anfang an ein Einbezug von Spezialisten und Spitalärzten. Man wollte kein Gatekeeping, sondern setzte auf «Kooperation und Transparenz».<sup>82</sup>
- Bei PizolCare konnten SpitalärztInnen Aktien zeichnen und haben es auch getan. Mit den Spitälern als Institution wurden Vereinbarungen getroffen, u.a.

<sup>82</sup> Hagnauer (2004), S. 15/16.

- zur elektronischen Kommunikation
- zur Zusammenarbeit und zum zurückhaltenden Agieren der Ambulatorien
- zur Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen.
- Bei der jetzt gegründeten Gesellschaft «ILIT» (Interessengemeinschaft Leistungserbringer Integriertes Managed Care Thurgau) im Kanton Thurgau sind die Spital Thurgau AG und die Ostschweizer Privatkliniken Mitglied (siehe Kasten ILIT).

Diese Beispiele verstehen sich als **«integrierte» Netze**. Landläufig (und z.T. auch wissenschaftlich) wird dieses Verständnis von Integration oft geteilt. «Die Systemsteuerung geschieht darin (in der integrierten Versorgung, *Anm. d. V.*) nicht mehr nur über die Hausärzte, sondern wird von allen Leistungserbringern zusammen getragen.»<sup>83</sup> Damit wird Integration von der Struktur her definiert. Besser wäre es wohl, sie als Prozess zu verstehen und vom Ergebnis her zu bewerten. Zwei Zitate können die beiden Positionen markieren:

- Ein integriertes Versorgungsnetz ist eine «Versorgungssituation, die ein zur Versorgung grösserer Bevölkerungsgruppen erforderliches Anbieterspektrum ambulanter und stationärer Versorgung unter gemeinsamer Führungs-, Vertrags- und Vergütungsstruktur zusammenfasst.» (Manser).
- Integrierte Versorgung ist gegeben, «wenn sämtliche Leistungen der beteiligten Versicherten koordiniert werden, eine Gesamtlösung im Auftrag und im Sinne der Versicherten organisiert wird – wobei es unwesentlich ist, ob die Leistung selbst angeboten wird (make) oder eingekauft wird (buy) – und der koordinierte Ablauf des Betreuungsprozesses auf verbindlichen Vereinbarungen zwischen Leistungserbringer und Patient basiert, welche gemeinsam erarbeitet wurden.» (Weber)<sup>84</sup>

Eine strukturelle Integration ist ein problematischer Ansatz: Die Interessen sind zu unterschiedlich, eine Verlangsamung von Entscheidungsfindungen fast unvermeidlich; die «Integration der einzelnen ökonomischen Kalküle aller beteiligten Leistungserbringer in einer Gesamtverantwortung»<sup>85</sup> ist nichts weiter als ein Schlagwort. Eine solche Art integrierter Versorgung existiert in der Realität nirgendwo. Realistischer und zielführender ist eine prozessuale Integration, wie Weber sie beschreibt.<sup>86</sup> Letztlich wird aber der Markt entscheiden, welche Modelle Zukunft haben.

## 4.2.4 Finanzielle Mitverantwortung und Finanzierung

### 4.2.4.1 Einleitung

Als drittes Kernmerkmal von «echten» Managed Care-Modellen hat die Arbeitsgruppe Moser die Beteiligung der Leistungserbringer am Versicherungsrisiko der Patienten genannt. Nur wenn die Leistungserbringer eine wirtschaftliche Mitverantwortung für die Behandlung der Versicherten übernehmen, besteht für sie ein Anreiz, auf die Effizienz der Versorgung zu achten.

Im Prinzip kann heute zwischen drei Formen der Finanzierung und der finanziellen Mitverantwortung der Managed Care-Modelle unterschieden werden:

1. Finanzierung mittels realem Budget (Summe der Capitationbeträge); volles oder geteiltes unternehmerisches Risiko. Innerhalb des Systems und in der Beziehung zu externen Leistungserbringern wird nach Einzelleistungen (TARMED) abgerechnet bzw. kann abgerechnet werden.

<sup>83</sup> Finsterwald (2004), S. 84.

<sup>84</sup> Beide Zitate nach Winkler (2004).

<sup>85</sup> Aus einem Papier des AOK-Bundesverbandes (2004).

<sup>86</sup> Dieses Verständnis scheint auch von der Mehrzahl der Fachleute geteilt zu werden, wie sich der neuesten Ausgabe der Zeitschrift Managed Care entnehmen lässt. Vgl. Managed Care (6.2004), S. 6-9.

2. Finanzierung der Praxen wie im herkömmlichen System nach Einzelleistungsabrechnung. Erstellung eines «virtuellen Budgets» zur Ermittlung des Systemerfolgs. Bonus-/Malus-Regelung: bei Budgetüber- oder -unterschreitung sind die Netze bis zu einer festgelegten Obergrenze finanziell beteiligt.
3. Finanzierung der Praxen wie im herkömmlichen System nach Einzelleistungsabrechnung. «Virtuelles Budget» eventuell erstellt aber ohne Konsequenzen für die Netze bei Über- oder Unterschreitung.

Die HMOs und wenige Hausarztnetze haben Modell 1 (reales Budget), für die meisten Hausarztnetze gilt Modell 3 oder eine sehr schwache Form (geringe Risikobeteiligung) von Modell 2.

<b>ILIT</b> <b>Interessengemeinschaft Leistungserbringer Managed Care Thurgau</b>	
	<p>ILIT ist ein 2003 gegründeter Verein, der sich aus drei Parteien zusammensetzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dem Verein Managed Care Thurgau (VMCT) als Zusammenschluss der Hausarzt-netzwerke im Thurgau;</li> <li>• der Spital Thurgau AG, der die öffentlichen Spitäler des Kantons Thurgau umfasst;</li> <li>• den Thurgauer Mitgliedern des Verbandes der Ostschweizer Privatkliniken (OKP).</li> </ul>
<b>Zielsetzung</b>	<p>Generell: Verbesserung der Koordination und Abstimmung der medizinischen und administrativen Tätigkeiten zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Aufbau einer integrierten Versorgung bei guter Qualität und Kostenoptimierung.</p> <p>Instrumentell: Krankheits- und behandlungsprozessbezogene Projekte in Zusammen-arbeit mit Versicherern (Disease Management-Projekte)/Schrittweise Überführung der bisherigen Hausarzt-Versicherungen in ein IMC TG-Produkt (Integriertes Managed Care Thurgau).</p>
<b>Strukturen</b>	<p>Über den VMCT ist ein erheblicher Teil der niedergelassenen Ärzte eingebunden (2003: 94 Grundversorger, 56 Spezialärzte). 34 Spitalärzte sind ebenfalls Mit-glied der VMCT. Die Mitgliedschaft soll prinzipiell allen Ärzten offen stehen.</p> <p>«--- Die wichtigsten Leistungserbringer des Kantons Thurgau (bilden) eine Inter-essengemeinschaft der Leistungserbringer Integriertes Managed Care Thurgau, die als einheitlicher Vertragspartner den Krankenversicherern gegenübertritt. Dieser Ver-tragspartner tritt gemeinsam ins vertragliche Risiko, die Risikoverteilung innerhalb der ILIT wird von dieser selbst geregelt.» «Die eigentliche Koordination der medizinischen Steuerung soll von einer professionellen Struktur an die Hand genommen werden, welche die ILIT schrittweise und entsprechend den wirtschaftlichen Möglichkeiten und vertraglichen Verabredungen aufbaut.»<sup>87</sup></p>
<b>Stand</b>	<p>Die Arbeiten, die im Projektbericht 2002 dokumentiert sind, haben sich auf organi-satorischer Ebene noch relativ stark auf das Versicherungsprojekt IMC TG bezogen (Aufgaben des Care Managers, Vertragsaspekte, Budgetermittlung). Eine Diplom-arbeit (Winkler 2004), die sich umfassend mit dem Konzept befasst hat, empfiehlt, sich zunächst auf eine Grundstrategie zu einigen und schlägt folgende Strategie vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fokus auf finanzierbare Einzelprojekte in der Startphase;</li> <li>• parallel auf logistischer Seite administrative Abwicklung grosser Patientenströme vereinfachen (z.B. via HIN);</li> <li>• mittelfristig ein neues Versicherungsprodukt mit Preisdifferenzierung zur traditio-nellen Versicherung anzustreben.<sup>88</sup></li> </ul> <p>Diesem Vorschlag wird wohl weitgehend gefolgt. Ab 2005 soll mit einem konkreten Projekt begonnen werden, nämlich der Schnittstelle Ärzte/IV. Die Finanzierungsfrage ist noch offen.</p>

<sup>87</sup> Arbeitsgruppe IMCTG (2002), S. 4.

<sup>88</sup> Winkler (2004), S. 12/13.

#### 4.2.4.2 Capitation / reale Budgets

Grundsätzlich handelt es sich um full-capitation, d.h. der Capitationbetrag umfasst alle nach KVG zu erstattenden Leistungen, also sowohl die selbst erbrachte, als auch die der externen Leistungserbringer. Der Capitationbetrag wird zwischen der HMO/dem Netz bzw. der Betriebsgesellschaft und jedem beteiligten Versicherer/jeder MCO einzeln ausgehandelt.<sup>89</sup> Es gibt kein einheitliches Vorgehen, aber doch eine gewisse Annäherung der Ermittlungsarten. Im Prinzip soll die Capitation

- das Risiko eines Kollektivs abbilden
- den beim Versicherer bleibenden Aufwand (Grossrisikoversicherung, Leistungsabrechnung) und den Managed Care-Betriebsaufwand berücksichtigen
- sowie ein Einsparziel verwirklichen, das die Einsparungen durch das Managed Care-System abbildet.

Die zentrale Frage ist die nach der korrekten Berücksichtigung des Risikos. Die von Konstantin Beck entwickelte Formel ist in Übersicht 4.4 wiedergegeben.

Es gibt bei anderen Methoden Unterschiede in der Risikoberücksichtigung (z.T. erfolgt eine Korrektur über die gewählte Franchise, da eine hohe Franchise i.d.R. Ausdruck für «Gesundheit» ist), aber alle gehen heute von der kantonalen Risikoausgleichsstatistik aus. Die Capitationberechnung wird eine Baustelle bleiben, denn alle sind sich darüber im Klaren, dass eine wirklich zuverlässige Risikobewertung noch nicht existiert. Gedacht wird in Richtung einer Berücksichtigung der Vorjahres-Medikamentenkosten, von stationären DRGs und auch an (Einzel-)Fallpauschalen für bestimmte Krankheiten (Aids, Dialysepatienten).<sup>90</sup>

Ärzteseitig wurde ein eigenes Instrument entwickelt, der Thurgauer Morbiditätsindex TMI, der auf einer Einstufung der chronischen Erkrankungen der Patienten durch die Hausärzte beruht.<sup>91</sup> Das chronische Grading reicht von 0 (gesund) bis 6 (schwerst polymorbid). Mit geringem Gewicht gehen auch akute Ereignisse (akute Erkrankung) ein. Der TMI wird zur Zeit an verschiedenen Stellen getestet bzw. angewendet.<sup>92</sup> Als flächendeckende, generelle Basis für Capitationberechnungen dürfte er sich, auch wenn die Testergebnisse bezüglich Validität und Reliabilität positiv ausfallen, aus zwei Gründen kaum eignen: er muss eigens erhoben werden, basiert also nicht auf vorhandenen Datenbeständen und er wird als rein ärztseitige Einstufung im Ernstfall nicht als neutral angesehen werden.

In der Mehrzahl der Fälle tragen die Modelle bzw. ihre Träger das **volle wirtschaftliche Risiko**. Nur in Ausnahmefällen ist mit einem Vertragspartner (einer Versicherung) eine Gewinn- bzw. Verlustteilung vorgesehen. Diesbezüglich hat sich im Zeitablauf einiges verändert.

In keinem Fall gibt es eine individuelle interne Risikobeteiligung entsprechend der individuellen Performance. Bei HMOs mit angestellten ÄrztInnen drückt sich der wirtschaftliche Erfolg in den Gehältern aus, ggf. in Kombination mit einem Bonus.

Bei den Netzen von niedergelassenen Ärzten werden verschiedene Modelle angewandt:

- Mit einem Teil des Ertrags wird immer die Arbeit bezahlt, die die Ärzte Managed Care-spezifisch aufwenden: die QZ-Teilnahme, Beteiligung an Entwicklungsprojekten etc.;
- bei Aktiengesellschaften wird ein Teil als Dividende ausgeschüttet;

<sup>89</sup> Im Falle von HMOs im Eigentum eines Versicherers zwischen Versicherer und HMO-Leitung.

<sup>90</sup> Einen Überblick über Methoden in den USA gibt Strehle et al. (2003).

<sup>91</sup> Bühler (2003); Buff et al. (2002).

<sup>92</sup> Von Sanacare zum Vergleich der Morbidität der Versicherten in den eigenen HMOs, von hawadoc in Zusammenarbeit mit Unimedes auch im Vergleich zu einem traditionellen Kollektiv.

- schliesslich gibt es eventuell eine Überschussbeteiligung entsprechend dem Capitationvolumen, das eine Praxis hat;
- in einem Fall (Réseau Delta) wurde ein Bonus (SFr. 100,-) an die Versicherten ausbezahlt.

Generell scheint die Honorierung der Ärzte für die eingebrachten Arbeit eine höhere Akzeptanz zu haben als die direkte finanzielle Erfolgsbeteiligung.

Bis vor zwei Jahren haben die Modelle mit Budgetverantwortung die **Leistungsabrechnung** selbst bzw. über ihre Betriebsgesellschaft abgewickelt. Sukzessive haben fast alle Versicherer die Leistungsabrechnung zu sich genommen. Nur noch der Gesundheitsplan HMO Basel und die SWICA-HMOs haben eine eigene Leistungsabrechnung. Begründungen für die Rücknahme waren: ist das ureigene Geschäft der Versicherer/Kollektiv viel zu klein, Abwicklung zu teuer/hohe Kosten bei Umstellung auf TARMED. Die Rücknahme bedeutet, dass nicht nur die Leistungen von Externen, sondern auch die internen Leistungen jetzt bei den Versicherern transparent sind.<sup>93</sup> Es mussten Regelungen getroffen werden, um der Budgetverantwortung gerecht zu werden:

- Rechnungen externer Leistungserbringer werden i.d.R. vor Bezahlung dem Modell zur Prüfung vorgelegt;
- für Leistungen, die nicht im TARMED abrechenbar sind, wurden z.T. Sonderpositionen geschaffen, teils sind sie pauschal – z.B. durch die Senkung des Einsparziels – in der Capitation abgegolten worden.

Es ist noch nicht absehbar, welche Konsequenzen, z.B. auf die Budgetverhandlungen, sich mittelfristig ergeben. Rein formell hat sich an der Budgetverantwortung nichts geändert, da letztlich das Budget darüber entscheidet, welche Mittel dem Modell zukommen und nicht die Einzelleistungsabrechnungen.

---

<sup>93</sup> Auch bisher schon wurden die internen Leistungen als Leistung nach dem entsprechenden Tarif erfasst, weil Franchise und Selbstbehalt abzurechnen waren. Der Unterschied besteht darin, dass neu die gesamten Abrechnungen beim Versicherer erfolgen.

## Übersicht 4-4: Schritte der Capitationberechnung nach Beck

**Stufe I: Bruttoleistungen pro Kopf und Monat gemäss kantonaler Risikoausgleichsstatistik**

Diese Statistik weist die Bruttoleistungen pro Kopf und Monat für 16 Altersgruppen nach Geschlecht unterteilt aus, insgesamt also für 32 Gruppen je Kanton. Diese Durchschnittskosten für die 32 Risikogruppen sind die Ausgangsbasis, d.h. dass im ersten Schritt eine Risikokorrektur nach Alter und Geschlecht erfolgt.

**Stufe II: Hospitalisation im Vorjahr**

Es ist nachgewiesen, dass bei Hospitalisationen im Vorjahr (mindestens 3 Tage im Spital) im Folgejahr signifikant höhere Kosten entstehen. Anhand einer Tabelle, die den Faktor der Kostenbeeinflussung angibt, können die Zu- und Abschläge errechnet werden. «So sind beispielsweise die Durchschnittskosten eines 36-jährigen Mannes, der im Vorjahr im Spital war, um 428.2 % anzuheben (von SFr. 82,68 auf SFr. 436,72), während sie bei einem 36-Jährigen, der im Vorjahr nicht hospitalisiert war, um 19.2 % auf SFr. 66,81 zu reduzieren sind.»

**Stufe III: Regionale Unterschiede**

Da Risikoausgleichsstatistiken sich auf Kantone beziehen, HMOs und auch Hausarztnetze meist nicht kantonsweit tätig sind, muss der Wohnort der Managed Care-Versicherten berücksichtigt werden. Dies geschieht auf der Basis einer von der ETH Zürich errechneten Tabelle der durchschnittlichen Gesundheitskosten pro Gemeinde. Entsprechend werden Zu- und Abschläge vom kantonalen Durchschnitt einbezogen.

**Stufe IV: Grossrisiko-Wahrscheinlichkeit und Grossrisiko-Abdeckung**

Weil die Kollektive der Managed Care-Versicherten relativ klein sind, ist eine Risikoversicherung für Grossrisiken erforderlich. Im Falle der CSS übernimmt die CSS ab SFr. 10'000 90 % der Kosten, 10 % bleiben beim Modell. Die Capitationansätze werden entsprechend gekürzt.

**Stufe V: Kostenvorteile vor Eintritt in die HMO**

Im Prinzip sollte hier berücksichtigt werden, dass die Kostenvorteile, die die Versicherten bei Eintritt mitbringen im Laufe der Jahre abnehmen («regression to the mean»). Die Datenbeschaffung bezüglich der Kosten vor Beitritt erwies sich jedoch als aufwändig und die Formel war schwer kommunizierbar. Diese Stufe wurde daher fallen gelassen; als geschätzte Grösse fliesst dieser Aspekt in Stufe VI. ein.

**Stufe VI: Angestrebte Effizienzsteigerung und Korrekturgrösse**

In dieser Stufe geht es nicht mehr um Berechnung, sondern um Verhandlung. Von dem in den Stufen I bis IV ermittelten Betrag muss abgezogen werden, was das Managed Care-Modell effektiv einsparen kann gegenüber dem traditionellen System. Diese Grösse ist das Sparziel. In den Verhandlungen zum Sparziel fließen aber auch die nicht mittels Formeln erfassbaren Unwägbarkeiten und die Frage der Entschädigung von Managed Care-Aufwendungen (Care Management etc.) ein.

**Stufe VII: Die Administrationsentschädigung**

Sofern die Modelle gewisse administrative Tätigkeiten für den Versicherer übernehmen, müssen sie entschädigt werden. Dies geschieht mit einem simplen pro Kopf-Betrag.

Quelle: Beck (2004), S. 11-21 bis 11-28.

#### 4.2.4.3 Virtuelles Budget

Einzelne Versicherer gehen bei der Ermittlung des virtuellen Budgets für Hausarztnetze genau gleich vor wie bei der des realen Budgets, nur das Einsparziel wird tiefer angesetzt. Die beiden grossen Managed Care-Organisationen, Sanacare und Unimedes, verwenden spezielle Verfahren. Unimedes nimmt als Referenzkosten nur die der kantonalen Risikoausgleichsstatistik. Abgezogen wird eine Grossrisikoversicherung (ab SFr. 300'00 pro Versicherten und Jahr) und das Kostenziel.

Übersicht 4.5: Zielvorgaben und Ergebnisermittlung (Unimedes)

Risikoausgleich – Brutto – Kostenziel (z.B. 10 % weniger) – Grossrisikoversicherung (über SFr. 30'000) <b>= Plankosten</b>	Plankosten – OKP-Bruttokosten der MC-Versicherten – Systemkosten (SFr. 15 pro Versicherten und Jahr) <b>= Netzergebnis</b>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Das Netzergebnis wird hälftig auf Netz und Versicherer aufgeteilt, die Erfolgsbeteiligung des Netzes ist aber auf SFr. 15.– pro Versicherten und Jahr begrenzt. Bei ausreichendem Netzergebnis wird der Betrag als «Systemkosten» ausbezahlt, bei negativem bzw. nicht ausreichendem wird er nicht ausbezahlt, aber es wird auch kein Malus eingefordert. Diese Regelung gilt aber nur gegenüber Betriebsgesellschaften, gegenüber allen anderen Netzen gibt es keine Erfolgsbeteiligung und auch keinerlei Systemkostenabgeltung, es wird nicht einmal mehr das virtuelle Netzergebnis mitgeteilt. Da die Betriebsgesellschaften sich finanzieren müssen, erhofft man sich einen gewissen Druck auf die Erreichung eines positiven Netzergebnisses.<sup>94</sup>

Bei Sanacare sind Ausgangspunkt die grossrisikokorrigierten Ist-Kosten des Vorjahres, die auf der Basis der Alters- und Geschlechtsstruktur des Berechnungsjahres nachkalkuliert werden. Für neu eingetretene Versicherte wird ein pauschaler Zuschlag vorgenommen. Dann erfolgt ein Zuschlag für die kantonale Teuerung, der mit einem Stadt-/Land-Faktor angepasst wird. Aus der Differenz in % zwischen den Kosten des kantonalen Referenzkollektivs und dem Managed Care-Kollektiv ergibt sich eine minimale und maximale Reduktion in % der kantonalen Kostensteigerung, damit kein Malus bzw. ein Bonus entsteht. Der Massstab, an dem die effektiven Kosten gemessen werden, hat also eine Bandbreite «oberes Kostenziel» – «unteres Kostenziel». Eine Risikobeteiligung, die früher in Form eines Bonus-/Malus-Systems bestand, gibt es aber, mit einer Ausnahme, nicht mehr. Bei der Ausnahme handelt es sich um eine Betriebsgesellschaft, die unbedingt eine Beteiligung wollte. Mit einer Grössenordnung von max. 20 Rappen pro Versicherten und Monat hat sie aber eher symbolischen Charakter. Die Abschaffung der Risikobeteiligung geschah primär auf Wunsch der Versicherer, die die Erfolgsberechnungsbasis für zu unsicher halten.

Den pauschalen Administrationskostenbeitrag, den Sanacare früher ausbezahlte, gibt es nicht mehr. Je nach Netz gibt es heute teilweise fixe Abgeltungen für Betriebsaufwendungen und variable für bestimmte Projekte, deren Auszahlung aber vom Zielerreichungsgrad abhängig ist.

SWICA hat nur mit Betriebsgesellschaften eine Risikobeteiligung vereinbart; sie ist limitiert auf  $\pm 15$  SFr. pro Versicherten und Jahr, hält sich also auch noch in sehr überschaubarem Rahmen.

Alles in allem haben also die Netze ohne Betriebsgesellschaft überhaupt keine Risikobeteiligung (mehr), solche mit Betriebsgesellschaft nur bei einem Teil der Partner und nur eine sehr begrenzte.

<sup>94</sup> Beispielsweise müssen die Mitglieder von Thurcare einen Sockelbetrag von SFr. 120.– je Arzt (Grundversorger) und Monat und einen variablen Beitrag von SFr. 0.70 pro MC-Versicherten und Monat bis zum 550. MC-Versicherten als Betriebsbeitrag an Thurcare zahlen. VMCT (2004).

Übersicht 4.6: Finanzierungsaspekte in Hausarztnetzen ohne Budgetverantwortung (n=27)

	Wichtigkeit – in % –			Total	Umsetzung – in % –			Total
	sehr	auch	nicht beson- ders/gar nicht		weitge- hend realisiert	z.T. bzw. im Gang	kaum, gar nicht	
Einführung von Kopfpauschalen, die alle Leistungen für die Netzversicherten abdecken	11	33	56	<b>100</b>	–	8	92	<b>100</b>
«Kleine» Bonus-/Malus-Regelung, z.B. Beteiligung der Netzärzte bis max. SFr. 5'000 p.a. in Abhängigkeit vom Versichertenbestand	19	44	37	<b>100</b>	27	23	50	<b>100</b>
«Grosse» Bonus-/Malus-Regelung, z.B. Beteiligung der Netzärzte mit SFr. 10'000 p.a. bis 15'000 p.a. in Abhängigkeit vom Versichertenbestand	4	24	72	<b>100</b>	–	–	100	<b>100</b>
Finanzielle Förderung der Netzaktivitäten in Abhängigkeit vom Systemerfolg	30	59	11	<b>100</b>	11	52	37	<b>100</b>

Übersicht 4.6 zeigt Wunsch und Wirklichkeit aus der Sicht der Präsidentinnen und Präsidenten von Hausarztnetzen. Man sieht, dass für keine der drei vorgegebenen Möglichkeiten der finanziellen Beteiligung der Netze eine grosse Zustimmung besteht. Für wirklich wichtig hält nur eine Minderheit der befragten Präsidentinnen und Präsidenten eine finanzielle Mitverantwortung; die «kleine Bonus-/Malus-Regelung» findet noch eine halbherzige Mehrheit, die «grosse» wird überwiegend völlig abgelehnt, bei der Capitation halten sich zögerliche Zustimmung und Ablehnung in etwa die Waage. Ein Viertel der Netze gibt an, eine «kleine» Bonus-/Malus-Regelung zu haben, zwei Netze sehen sich auf dem Weg zur Capitation.<sup>95</sup> Man kann auch nicht erkennen, dass bei Netzen mit professionellem Management (Betriebsgesellschaften oder andere) die Neigung zur finanziellen Mitverantwortung deutlich grösser wäre als bei den anderen Netzen; erstere geben aber häufiger an, eine kleine Bonus-/Malus-Regelung zu haben, was den Aussagen der Versicherer/MCOs ja auch entspricht.

Insgesamt die grösste Zustimmung findet eine finanzielle Förderung der Netzaktivitäten in Abhängigkeit vom Systemerfolg. Dass aber selbst hier nur eine Minderheit ein klares «Ja» sagt, dürfte auf zwei Faktoren zurückzuführen sein: dem grossen Misstrauen, das die Ärzte den Berechnungen zum Systemerfolg durch die Versicherer entgegen bringen einerseits und andererseits einer ziemlich fundamentalen Ablehnung der Berücksichtigung ökonomischer Aspekte in der Gesundheitsversorgung. «Sie (die Kassen, *Anm. d. V.*) wollen vor allem finanzielle Anreize der Systeme, Ärzte wollen eine verbesserte Qualität und zufriedene Patienten», lautet der Kommentar eines Präsidenten zu den entsprechenden Fragen. Nur in wenigen Fällen ist man auf dem Weg, diese Dichotomie zu durchbrechen.

<sup>95</sup> Konkret ist von einem Netz bekannt, dass am 1.1.2005 mit einem Versicherer ein Capitationvertrag in Kraft tritt.

## 4.3 Qualitätsaspekte

### 4.3.1 Bedeutung und Umsetzung

In einem Versorgungsangebot, in dem die Leistungserbringer mindestens theoretisch auch in der finanziellen Mitverantwortung stehen, sind Massnahmen zur Sicherung der Qualität der Versorgung unerlässlich. Gleichzeitig ist Qualitätssicherung das inhaltliche Bindeglied sowohl zwischen den formalen Strukturen innerhalb eines Netzes als auch seinen externen Partnern. Als zentrales Gefäss für die Qualitätsentwicklung haben sich die Qualitätszirkel (QZ) etabliert. Für die Netze aus Einzelpraxen sind sie gleichzeitig der Ort, an dem die Belange des Netzes besprochen werden. Als Beispiel für die Themen der Qualitätszirkel ist in Übersicht 4.7 die Gliederung der QZ im MediX Ärzteverband Zürich wiedergegeben.

Übersicht 4.7: *Gliederung der QZ im MediX Ärzteverband Zürich*

1.	Dringende Fragen und Anliegen, aktuelle Themen
2.	CIR (Critical Incident Reporting)
3.	Überweisungen
4.	Hospitalisationen
5.	Behandlungsverläufe/Case Management
6.	Guidelines/Disease Management
7.	Journalclub
8.	Schriftliche Berichte aus Fortbildungen
9.	Organisation und Administration, Versicherungsfragen
10.	Varia, Termine, Aufgaben

Quelle: <http://www.medix-aerzte.ch/modell/aktuelles/mainpage.htm>

### Modelle mit Budgetverantwortung

Ein sehr grosses Gewicht haben die QZ und die Instrumente für die Netze mit Budgetverantwortung. Mit einer Ausnahme haben sie für die vernetzten Einzelpraxen quasi die Funktion der Binnensteuerung, der Fortbildung und der Herausarbeitung bzw. Festigung einer Unité de doctrine. Die leitenden Ärzte des Réseau de santé Delta in Genf sind sogar der Ansicht, dass es für das Netz allein darauf ankomme, eine gemeinsame Kultur zu entwickeln und diese Kultur auch mit den Patientinnen und Patienten zu kommunizieren; die administrativen Instrumente – Controlling, Gatekeeping – seien dagegen eher unwichtig.<sup>96</sup>

Die Teilnahme an den meist wöchentlichen Sitzungen ist Pflicht; wiederholte Pflichtverletzung führt zu Abmahnung und ggf. auch zur Kündigung. Wahrscheinlich am schwierigsten umzusetzen ist die Transparenz über das eigene medizinische Handeln und die Bereitschaft, dieses in Frage stellen zu lassen. Im MediX-Verbund z.B. werden alle Überweisungen an den QZ-Leiter/die QZ-Leiterin gefaxt und, in Auswahl, in den QZ besprochen. Das setzt eine gute Moderation und grosses Vertrauen voraus. Eine solche Intensität der Zusammenarbeit gelingt nicht immer. Im Basler HMO-/MIPA-Netz, das allerdings mit fast 70 NetzärztInnen auch grösser ist als die anderen, liegt die Messlatte viel tiefer: die NetzärztInnen müssen an 8 QZ-Sitzungen p.a. teilnehmen, wenn sie für die Teilnahme honoriert werden wollen; diese Häufigkeit wird aber nicht erreicht. Bei solch tiefer Periodizität ist auch klar, dass weniger das konkrete medizinische Handeln des einzelnen Beteiligten Gegenstand ist, als allgemeine Instrumente und Regelungen.

<sup>96</sup> Schaller et al., (2002).

In den HMO-Gruppenpraxen selbst hat es von Anfang an eine intensive Auseinandersetzung mit dem ärztlichen Handeln gegeben. Transparenz und Diskussion sind Selbstverständlichkeiten. Im Gesundheitsplan HMO Basel beispielsweise finden wöchentliche Fallbesprechungen statt. Monatlich gibt es «Statistiksitzen», wo das in Zahlen geronnene Handeln verglichen wird. Die HMOs sind auch Vorreiter in der Entwicklung bzw. Nutzung von Leitlinien.

### Modelle ohne Budgetverantwortung

Die Bedeutung von Qualitätszirkeln wird auch in den Netzen ohne Budgetverantwortung gesehen und mehrheitlich sind Qualitätszirkel auch realisiert (siehe Übersicht 4.8). Als Themen der QZ-Arbeit werden von den Netzen ohne Budgetverantwortung genannt:<sup>97</sup>

- Behandlungsverläufe/Care Management 90 %
- Behandlungsleitlinien/Disease-Management 90 %
- Medikation, Medikamentenlisten 76 %
- Kritische Ereignisse (CIR) 57 %
- Überweisungen und Hospitalisationen 52 %
- Berichte über Fortbildungen 48 %

Die Intensität der QZ-Arbeit dürfte allerdings z.T. recht gering sein. In je einem Drittel der Netze ohne Budgetverantwortung, die QZ haben, finden 2- bis 7mal pro Jahr, 6- bis 9mal und 9- bis 12mal QZ-Sitzungen statt. Dass die genannten Themen Gegenstand der QZ sind, heisst auch noch nichts über ihre Umsetzung. In einem Fünftel bzw. einem Viertel der Netze sind Leitlinien bzw. Medikamentenlisten erarbeitet<sup>98</sup>, etwa 40 % sind dabei etwas zu entwickeln und in etwa einem Drittel ist noch gar nichts Konkretes passiert. Wenn man nach der Nutzung/Anwendung durch die Netzärzte fragen würde, ergäbe sich vermutlich nochmals ein ganz anderes Bild. Die Befragung der Basler IPA-Ärzte kam z.B. zu dem Ergebnis, dass die Mehrzahl dem Disease-Management-Programm «low back pain» kritisch gegenüberstand oder es gar nicht richtig zur Kenntnis genommen hatte.<sup>99</sup>

Insgesamt gesehen ist wahrscheinlich im Bereich Qualitätssicherung am meisten in Bewegung geraten, auch wenn in der Umsetzung noch wenig sichtbar ist. Allein schon die hohe Bedeutung, die den Qualitätszirkeln beigemessen wird, ist ein positives Zeichen.

Dadurch, dass mit den Hausarztnetzen eine gewisse Struktur vorhanden ist, bieten sie sich auch an als Partner für einzelne **Qualitätssicherungsprojekte**, die hier nur beispielhaft erwähnt werden können:

Projekt **STROKE**: die argomed Ärzte AG führt zusammen mit dem Kantonsspital Baden ein Projekt durch, bei dem die Behandlung von Patientinnen und Patienten während und nach dem Spitalaufenthalt geht. Ziel ist es, allfällig Schwachstellen zu erkennen und auszumerzen, damit den Betroffenen besser geholfen werden kann.

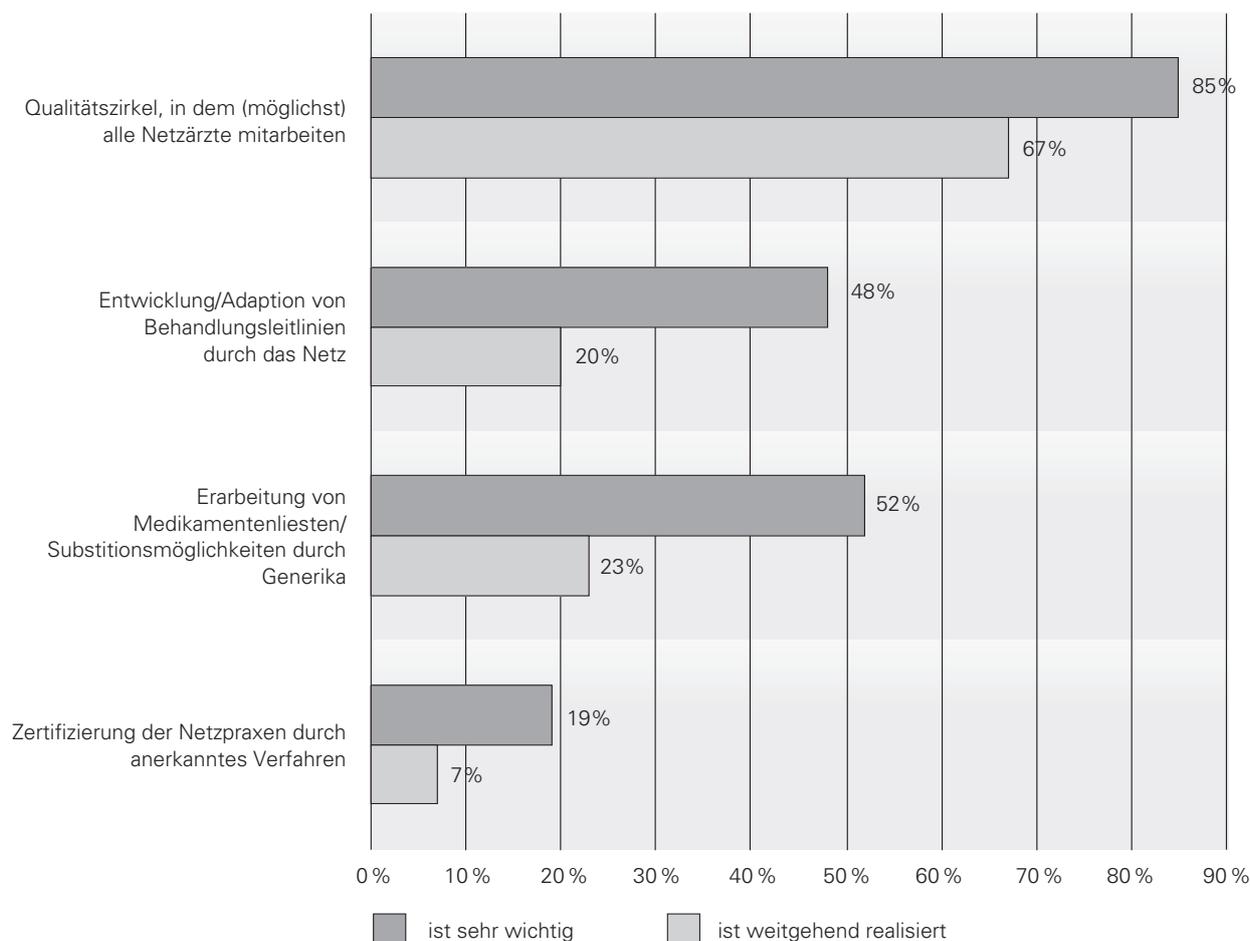
**Fall- resp. Case-Management**: Im Thurgau wurde mit zwei Versicherern (Helsana/SWICA) ein Pilotprojekt «ambulantes Fallmanagement» gestartet, das sich besonders der Rehalenkung widmet.

<sup>97</sup> Nur die Netze, die QZ haben (= 88 %).

<sup>98</sup> Beispielsweise wurde mit Unterstützung von Unimedes eine Generika-Substitutionsliste erarbeitet.

<sup>99</sup> Schütz (2003).

Übersicht 4.8: Elemente der Qualitätssicherung in Hausarztnetzen ohne Budgetverantwortung



### 4.3.2 Entwicklungen bei Qualitätssicherung und Zertifizierung

Es existieren in der Schweiz mehrere formale Systeme zur Qualitätsbewertung und Entwicklung in hausärztlichen Einzel- oder Gruppenpraxen.<sup>100</sup> Nur ein System – EQUAM – ist bisher von der Schweizerischen Akkreditierungsstelle als Zertifizierer akkreditiert worden. 9 HMOs und zwei Hausarztnetze (MediX, PizolCare) besitzen die EQUAM-Zertifizierung. «Die rund 45 EQUAM-Qualitätsstandards, die aus dem HEDIS Indikatorensystem abgeleitet und unter Mitwirkung der Patientenschaft erarbeitet worden sind, gliedern sich in die Kategorien nach Donabedian (Struktur, Prozess, Ergebnis), wobei das Outcome in Form einer Patientenbefragung nach Swiss PEP erhoben wird. Einzelne Standards sind im Hinblick auf die Zertifizierung als Muss-Kriterien formuliert, andere generieren je nach Erfüllungsgrad eine Punktzahl. Die Trägerschaft ist die unabhängige Stiftung EQUAM, eine Non-Profit-Institution, die sowohl im Stiftungsrat wie in den drei Fachgruppen Standards, Zertifizierungen und Ombudsärzte breit abgestützt ist.»<sup>101</sup>

Für die Mehrzahl der Hausarztmodelle ist eine Zertifizierung (vorerst) nicht von Dringlichkeit; sie wird zwar nur von wenigen abgelehnt, aber auch nur von wenigen als wichtig bezeichnet.

Eine Arbeitsgruppe aus den Ärztenetzen argomed, thurcare, hawadoc und vhz/zmed hat seit Anfang 2002 QMN-Qual-med-net entwickelt, ein Qualitätsentwicklungsprojekt für Einzelpraxen und Ärztenetze. «Das Projekt steht unter dem Patronat des Dachverbandes der Ärztenetzwerke *med-swiss.net* und befand sich bis Ende 2003 in der Konzept- und Vorprojektphase. Nachdem zunächst die Entwicklung eigener Qualitätsindikatoren vorgesehen war, wird nun für 2004 auf die Umsetzungsphase hin auf das SIPA-In-

<sup>100</sup> Einen Überblick liefert Eisenring et al. (2004).

<sup>101</sup> Eisenring et al. (2004), S. 69/70.

diktorensatz ge-griffen.» «QMN zeichnet sich durch einen modulartigen Aufbau aus und versteht sich als prozess- und ergebnisorientiertes Modell zur Qualitätsentwicklung und –förderung in Netzwerken. Eine Zertifizierung ist nicht vorgesehen»<sup>102</sup>; das Projekt ist noch in der Entwicklungsphase.

Was sich schon seit einiger Zeit abzeichnet, nämlich die Bemühung die verschiedenen Systeme zu koordinieren und damit die Qualitätsentwicklung schlagkräftiger zu machen, hat aktuell zu einer neuen Koalition geführt. «Im Moment findet ein Schulterschluss der verschiedenen Akteure im Bereich der Qualitätssicherung in der ambulanten Medizin statt. Unter dem Namen TOPAS\./.CH arbeiten EQUAM, swisspep und qualimed.net zusammen und verpflichten sich auf ein koordiniertes Vorgehen. Ab 2005 stehen die EPA (European Praxis Assessment)-Kriterien zur Verfügung. EQUAM wird ab dann damit auch Einzelpraxen zertifizieren. Die EQUAM-Zertifikate werden ab 2005 den Vernetzungsgrad höher bewerten und erstmals auch Performancemessungen in der ambulanten Medizin einführen.»<sup>103</sup>

#### 4.4 Fazit

Die Arbeitsgruppe Moser hat die Merkmale herausgearbeitet, die «echte» Managed Care-Modelle kennzeichnen, nämlich

- die Steuerung des gesamten Prozesses der Leistungserbringung,
- die Vernetzung von Behandlungseinrichtungen,
- die finanzielle Beteiligung der Leistungserbringer am Versicherungsrisiko.

Gemessen an diesem Sollkonzept erfüllen im wesentlichen die HMOs und die wenigen Hausarzt-netze mit Budgetverantwortung die Anforderungen an «echte» Managed Care-Modelle. Gut ein Viertel der Managed Care-Versicherten ist in solchen Modellen versichert.

Die Mehrzahl der heute existierenden Hausarztmodelle kann man dagegen kaum als Managed Care-Modelle bezeichnen. Wesentliche Elemente der Steuerung und Vernetzung werden nicht oder nur in Ansätzen realisiert; die finanzielle Mitverantwortung ist – von ganz wenigen Ausnahmen abgesehen – nicht oder nur rudimentär gegeben.

Die meisten Hausarzt-netze sind jetzt 6-8 Jahre alt. Die Erwartungen, dass insgesamt in kleinen Schritten das Managed Care-Konzept umgesetzt würde, hat sich bis heute nicht erfüllt. Im Gegenteil: Elemente, die anfangs noch mit mehr Nachdruck verfolgt wurden, wie das Gatekeeping, werden nur noch wenig beachtet, die Ansätze zur finanziellen Mitverantwortung sind zurückgefahren worden. Allenfalls steht die Qualitätssicherungsarbeit heute auf breiterer Basis und ist auch Anknüpfungspunkt für die Erwartung, dass sich daraus doch noch eine bessere Umsetzung von Managed Care-Elementen ergibt.

Es soll nicht bestritten werden, dass in der vergangenen Etappe «ein bedeutender kultureller Wandel im schweizerischen Gesundheitssystem vorangetrieben»<sup>104</sup> wurde, aber die lange Lernzeit hat noch kaum Ertrag gebracht.

Es sind an manchen Stellen Projekte in Angriff genommen worden: Medikamentenlisten, Vereinbarungen mit Spitälern zur Vermeidung unnötiger Übergangskosten, EDV-Vernetzung. Um Gesundheitskosten spürbar zu senken, bedarf es jedoch vielfältiger Anstrengungen und einer strikten Umsetzung der Kernmerkmale von Managed Care, wie die HMOs und die wenigen Hausarzt-netze mit Budgetverantwortung zeigen.<sup>105</sup>

<sup>102</sup> Eisenring et al. (2004), S. 69/70.

<sup>103</sup> Auskunft von F. Huber, MediX.

<sup>104</sup> Finsterwald (2004), S. 89.

<sup>105</sup> Ein Blick nach Deutschland zeigt ebenfalls, dass mit allgemeinen Koordinierungsinstrumenten kein ausreichender Erfolg zu erzielen ist. Die erste Generation der Arzt-netze (bis etwa 2001) hat sich hauptsächlich darum bemüht, die Koordination zu verbessern: Überweisungsregelungen, Patientenbücher, Anlaufpraxen etc. Es fand weder ein Gatekeeping noch eine (selektive) Vernetzung statt, noch gab es eine eigentliche finanzielle Mitverantwortung. Ein Erfolg dieser Netze war kaum nachweisbar bzw. vorhanden (vgl. Baur, 2002). Jetzt geht zumindest die AOK andere Wege und beteiligt sich am Aufbau von Netzen, die mittelfristig «echte» Managed Care-Modelle im Sinne des hier verwendeten Sollkonzeptes werden sollen (vgl. Stock, 2004).

## 5 Förderung von Managed Care

### 5.1 Beurteilung der Vorschläge

«Wie erwähnt, kommt den Managed Care-Modellen in der Schweiz nur eine beschränkte gesundheitspolitische Bedeutung zu. Mit dem zunehmenden Kostendruck und weiterer Prämiensteigerungen kann aber davon ausgegangen werden, dass sie in Zukunft vermehrt im Zentrum des Interesses stehen werden. Die Förderung von besonderen Versicherungsformen ist daher unerlässlich, um die Ziele einer verstärkten Kostendämpfung und Effizienzsteigerung unter gleichzeitiger Beibehaltung der Qualität der Versorgung zu erreichen.»<sup>106</sup> Die vom EDI beauftragte Arbeitsgruppe Moser hat im Mai 2003 in ihrem Bericht dargelegt, welche Förderungen sie empfiehlt. Diese werden im folgenden diskutiert.

Im Kern sind es die folgenden Ansätze:

- Die Managed Care-Modelle sollen als **Versorgungsmodell** charakterisiert werden und nicht als Modelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer. Die Merkmale, die diese Versorgungsmodelle (bzw. echten Managed Care-Modelle) aufweisen müssen, sollen im Gesetz umschrieben werden: Steuerung, Vernetzung, Beteiligung der Leistungserbringer am Versicherungsrisiko der Patienten. In diesem Rahmen soll Raum bestehen für eine grosse Bandbreite an zwischen Versicherern und Leistungserbringern vereinbarten konkreten Modellen.
- Es sollen neue Anreize für die Versicherten geschaffen werden, die die Modelle auch für Kranke attraktiv machen.
- Notwendig ist eine Verbesserung der Rahmenbedingungen, insbesondere die Verbesserung des Risikoausgleichs und eine monistische Spitalfinanzierung. Über die Bedeutung der Aufhebung des Kontrahierungszwangs für die Managed Care-Modelle bestand in der Expertengruppe Dissens.

Der Entwurf zur Teilrevision des KVG ist (von den Rahmenbedingungen abgesehen) den Empfehlungen weitgehend gefolgt.

In den Fachgesprächen wurde die Stossrichtung alles in allem für gut befunden.<sup>107</sup>

Die meisten halten es für problematisch, dass die Managed Care-Modelle als Prämiensparmodelle am Markt lanciert wurden und das Image der «Billigmedizin» bekamen. Es sei ein Fehler gewesen, sie nicht von vornherein viel stärker als Qualitätsprodukt zu lancieren. Auch die Politik habe Managed Care immer nur unter dem kurzfristigen Aspekt, den Kostenanstieg zu bremsen, positioniert. Es wird begrüsst, wenn jetzt der Gesichtspunkt der guten Versorgung in einem Managed Care-Modell ins Zentrum rückt. Zweifel bestehen aber, ob und wie «Qualität» zu den gegebenen Rahmenbedingungen verkauft werden kann. Ohne finanzielle Anreize für die Versicherten sei das kaum möglich.

Begrüsst wird eine Erweiterung der Anreizmöglichkeiten für die Versicherten:

Eine Erhöhung des **Selbstbehalts** in der traditionellen Versicherung, auch um Spielraum zu schaffen für eine Senkung in der Managed Care-Versicherung, findet weitgehend Zustimmung. Man sieht dies als Chance, anders als mit den Prämienrabatten, die Managed Care-Modelle auch für Kranke attraktiver zu machen. Die Stellschraube «Selbstbehalt» wird auch für besser gehalten als die Stellschraube «Franchise», weil erstere bei Kranken besser wirke. Dass die schon bisher gegebene Möglichkeit, die Kostenbeteiligung in Managed Care-Modellen zu reduzieren oder aufzuheben, kaum (mehr) genutzt wird, wird mit dem zu geringen Spielraum zwischen 0 und 10 % begründet. Denn Versicherer und Ärzte sind der Meinung, dass es eine gewisse Kostenbeteiligung auf jeden Fall, zur Begrenzung des «Konsums», braucht.

<sup>106</sup> Bundesrat (2004), S. 7.

<sup>107</sup> Es muss allerdings ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass keine Gespräche mit Patientinnen und Patienten oder Patientenorganisation stattfanden.

Etwas verhaltener ist die Zustimmung zur Änderung beim Selbstbehalt in der Präsidentenbefragung (siehe Übersicht 5.1). Dies kann aber an der Formulierung «Anstelle von Prämienreduktion ...» liegen.

- Es gibt einen Vorschlag, einen differenzierten Selbstbehalt einzuführen. Versicherte mit einer Managed Care-Versicherung könnten sich im Krankheitsfall entscheiden, (bestimmte) Leistungen ausserhalb, bei selbst gewählten Leistungserbringern, in Anspruch zu nehmen. Dafür müssten sie den höheren Selbstbehalt (den der traditionellen Versicherung) tragen. Solch eine Wahlmöglichkeit würde die Managed Care-Versicherung sicher deutlich attraktiver machen, wie das starke Wachstum der POS in USA, die ein ähnliches Modell sind, zeigt.<sup>108</sup>

Übersicht 5.1: Beurteilung verschiedener Vorschläge zur Förderung von Managed Care-Modellen durch die Netzpräsidentinnen und -präsidenten (n=29)

	wäre gut	Wichtigkeit – in % –		Summe
		teils, teils, kommt auf genaue Umsetzung an	wäre nicht gut	
Anstelle von Prämienreduktion sollte der Selbstbehalt geringer sein als in der traditionellen Grundversicherung oder die Franchise entfallen	41	41	18	<b>100</b>
Prämienreduktion rückwirkend in Abhängigkeit vom Systemerfolg	22	59	19	<b>100</b>
Versicherte in Managed Care-Modellen sollten sich länger (max. 3 Jahre) binden müssen	37	33	30	<b>100</b>
Bonus für langjährig Versicherte in Managed Care-Modellen	59	34	7	<b>100</b>
Verpflichtung der Versicherer, flächendeckend mindestens ein Managed Care-Modell anzubieten	59	15	26	<b>100</b>
Möglichkeit Leistungen anzubieten, die über die Leistungen der Grundversicherung hinausgehen (z.B. Fallmanagement, Beratung)	63	33	3	<b>100</b>

- Eine rückwirkende Prämienreduktion oder ein Bonus in Abhängigkeit vom Systemerfolg halten die meisten nicht für sinnvoll. Erstens möchten die Versicherten wissen, auf was sie sich einlassen und zweitens werde es, wenn es wirklich an den Erfolg geknüpft ist, zu aufwändig und anfällig.
- Möglichkeiten, eine längerfristige Bindung an das Managed Care-Modell bzw. die Systemtreue zu belohnen, werden überwiegend begrüsst. Genannt werden sowohl der Treuebonus als auch ein Stufenmodell der Prämienrabatte (z.B. 1. Jahr 5 % Rabatt, 2. Jahr 10 %, 3. und folgende 15 %). In

<sup>108</sup> Sommer (1999), S. 127, 131.

der Frage, ob auch die Möglichkeit bestehen soll, Versicherte längerfristig (bis 3 Jahre) vertraglich zu binden, sind die Einschätzungen geteilt. Die einen sehen dies als Abschreckung, andere halten es für notwendig und mit entsprechenden Incentives auch verkaufbar. Auch der mögliche Effekt einer extremen Risikoselektion durch eine längerfristige Bindung wird erwähnt.

- Auch die Möglichkeit, zusätzliche Leistungen anzubieten, wird überwiegend gut geheissen. Der Bericht Moser nennt Leistungen im Zusammenhang mit dem Fallmanagement, zusätzliche Leistungen, die die Steuerung der Behandlung unterstützen (z.B. Gesundheitsberatung), oder dabei besonders sinnvoll sind (z.B. spezielle Leistungen der Prävention). Die Befürworter betonen die Notwendigkeit, für Modelle mit Budgetverantwortung einen Spielraum für zusätzliche Leistungen (z.B. Gesundheitschwester) zu haben und aktive, frühzeitig einsetzende Gesundheitsförderung betreiben zu können, die heute nicht abgerechnet werden kann. Teilweise wird aber eine Präzisierung verlangt, z.B. in der Richtung, dass 1 % des Budgets für Prävention aufgewandt werden kann. Auf Versichererseite gibt es aber auch ablehnende Stimmen; sie sehen die Gefahr einer Ausweitung in Richtung von Leistungen, die heute mit Zusatzversicherungen abgedeckt sind und wollen allenfalls eng begrenzte «Imageaktionen» zulassen.

In dem ganzen Komplex «Anreize» wird vor allem begrüsst, mehr Möglichkeiten und Flexibilität zu gewinnen.

Klar abgelehnt wurde in den Fachgesprächen die – in der Vorlage zur 2. KVG-Revision enthaltene und dann verworfene – Verpflichtung der Versicherer, flächendeckend Managed Care-Modelle anzubieten. Die Argumente sind im Bericht Moser dargelegt: die Unvereinbarkeit einer Verpflichtung der Versicherer mit einer freiwilligen Teilnahme der Leistungserbringer und die Gefahr nur Schein-Managed Care-Modelle zu bekommen. Im Gegensatz zur einhelligen Ablehnung durch Vertreter von Versicherern, MCOs, HMOs steht die mehrheitliche Befürwortung durch Präsidentinnen und Präsidenten von Hausarztmodellen. Offenkundig ist in der Ärzteschaft die Idee ziemlich beliebt, vermutlich auch deshalb, weil sie die Verhandlungsposition gegenüber den Versicherern stärken würde..

Im **Leistungs- und Tarifrecht** legt die Expertengruppe Moser im wesentlichen Wert auf Präzisierungen, um die im Prinzip durch das KVG schon recht weitgehenden Spielraum abzusichern. Es geht um den Grundsatz der Vertragsfreiheit, die Regelung der Vergütung im Binnenverhältnis, die Möglichkeit, dass Leistungserbringer (anstelle von Versicherern) mit Leistungserbringern (exklusive) Tarifverträge abschliessen können und um den Verzicht auf behördliche Genehmigung dieser Verträge. Ausserdem soll die Rolle des Vertrauensarztes der Versicherung (vorgängige Kostengutsprache) von den Netzärzten wahrgenommen werden können, da sie ja die Budgetverantwortung tragen. Schliesslich soll es ermöglicht werden, die Beiträge der Kantone an die stationäre Behandlung als prospektiven Beitrag in das Netzbudget einzuschliessen. Mit Ausnahme dieses letzten Punktes, an dessen administrativer (geschweige denn politischer) Realisierbarkeit die meisten zweifeln, finden die Vorschläge breite Zustimmung.<sup>109</sup>

Beispiele aus den Fachgesprächen mit Netzverantwortlichen zeigen, dass Versicherer den Abschluss von Verträgen zwischen Leistungserbringern z.T. nicht billigen.<sup>110</sup> Es bestehen unterschiedliche Auslegungen und daher auch der Wunsch einer eindeutigen Kodifizierung. Die Managed Care-Modelle halten solche Handlungsspielräume für zentral, um Budgetverantwortung wahrnehmen zu können. Eine Gegenstimme verweist auf die entstehende Intransparenz und mangelnde Handhabbarkeit, wenn jedes Netz seine eigenen Verträge abschliesst. Ein anderer Einwand bezieht sich auf die kleinen Kollektive: Versicherer mit ihren grossen Kollektiven könnten doch viel eher günstige Bedingungen aushandeln.

Als **zentrale Hemmnisse** für die Entwicklung von Managed Care-Modellen werden der **unvollständige Risikoausgleich** und der **Kontrahierungszwang** genannt. Bezüglich des Risikoausgleichs bestand Einmütigkeit unter den Gesprächspartnerinnen und -partnern: der derzeit unvollständige Ausgleich mache es für die Versicherer allemal lohnender, ihre Prämien- und Akquisitionsstrategie auf gute

<sup>109</sup> Als richtiger und notwendiger Weg wird der Übergang zur monistischen Spitalfinanzierung angesehen.

<sup>110</sup> z.B. hat ein Netz mit einem Privatspital einen Vertrag über eine bestimmte ambulante Operation ausgehandelt, der deutlich günstiger war als die allgemein verrechnete Pauschale. Dies führte zum Konflikt mit einzelnen Versicherern, die dem Netz das Recht absprechen, selbst Behandlungspauschalen auszuhandeln.

Risiken auszurichten, als Modelle mit einem guten Versorgungsangebot für kranke Versicherte zu fördern. Managed Care-Modelle würden so, als reine Prämiensparmodelle, zur Bindung bzw. Akquisition von guten Risiken genutzt und allenfalls in experimentellen Nischen als gute Versorgungsmodelle betrachtet und gefördert. Als derzeit gangbarster Weg wird die Einrichtung eines Hochrisikopools angesehen.

Bezüglich der Aufhebung des Kontrahierungszwangs besteht diese Einmütigkeit erwartungsgemäss nicht. Für Versicherer ist dieser Punkt unverzichtbar. Solange Ärzte ihr Einkommen problemlos im traditionellen System verdienen können, würden es immer nur ein paar «Überzeugungstäter» oder Idealisten sein, die die Mühe auf sich nähmen, an einem neuen Versorgungsmodell zu arbeiten und sich dabei auch noch als standespolitische Aussenseiter gebrandmarkt sähen. Nur bei Wegfall des Kontrahierungszwangs komme man in eine Verhandlungsposition, die es erlaube, gute Modelle mit hohen Standards der Qualitätssicherung zu kreieren und neben dem Jekami-Geschäft zu positionieren. Dann würden die Versicherten auch allmählich lernen, Qualitätsunterschiede zu beachten. In den Fachgesprächen, in

denen die Aufhebung des Kontrahierungszwangs abgelehnt wurde, geschah dies nicht notwendig aus prinzipieller Gegnerschaft. Befürchtet wird eher ein gewaltiges Chaos, das weitere 10 Jahre Stillstand für die Managed Care-Idee mit sich bringen würde.

Mit der Verbesserung des Risikoausgleichs erwartet man bessere Anreize für die Versicherer, Managed Care zu fördern, mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs erwartet man entsprechende Anreize für die ÄrztInnen und mit den neuen Anreizen in der Kostenbeteiligung sind die Versicherten angesprochen. Erwartet wird aber auch eine aktivere Rolle vom Staat bzw. der Gesundheitsadministration. Über die KVG-Revision hinaus müsse eine sehr viel deutlichere Unterstützung von Managed Care erfolgen. Es sei eine zweideutige Botschaft, einerseits eine starke Verbreitung von Managed Care-Modellen zu fordern und andererseits keinerlei Unterstützung durch Forschung, Evaluationen, Entwicklungshilfe zu leisten.

## 5.2 Diskussion und Schlussfolgerungen

Es besteht folgende Ausgangslage: Nachdem die Gründungsphase 1999 abgeschlossen war, gab es bei der Managed Care-Versicherung keinen nennenswerten Fortschritt mehr.

- Die Versichertenzahlen sind mehr oder weniger konstant (klein) geblieben;
- die inhaltliche Entwicklung ist zum Stillstand gekommen;
- der (kleine) Teil der Modelle, die die Managed Care-Prinzipien umsetzen, ist heute nachwievor in einer Nischenposition und tut sich schwer, Mitstreiter/Nachahmer zu finden

In dieser Situation ist es unrealistisch, kurz- bis mittelfristig von Managed Care-Modellen einen Einfluss auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zu erwarten. Managed Care ist selber in weiten Teilen im Entwicklungsstadium und kein ausgereiftes, am Markt positioniertes Produkt.

Im folgenden sollen die Hemmnisse und Potenziale für die verschiedenen Akteursgruppen kurz beleuchtet werden.

Die **Versicherten** müssen das Produkt kaufen wollen. Oft wird behauptet, dass der Verzicht auf die freie Arztwahl eine fast unüberwindbare Hürde für die stärkere Verbreitung der Managed Care-Versicherung sei. Die aktuelle Plaut-Studie über den Nutzenverlust, den die Versicherten bei eingeschränkter Arztwahl empfinden (würden), wird als Beleg herangezogen. Dabei belegt sie nur, dass für Versicherte eine Beschränkung auf Ärzte, die allein unter Kostengesichtspunkten ausgewählt werden, kaum akzeptabel ist. Wird die Qualität mitberücksichtigt, ist zwar mit der Beschränkung immer noch ein «Nutzenverlust» verbunden, aber doch ein wesentlich kleinerer.<sup>111</sup> Auch die in Kap. 2 präsentierten Zahlen deuten auf ein noch lange nicht ausgeschöpftes Potenzial hin:

<sup>111</sup> Vaterlaus et al. (2004).

- In Kantonen mit guter Zugänglichkeit von Managed Care-Angeboten (die regional wichtigen Versicherer bieten sie an, viele Ärzte in Netzen) verzichten 15 % – 25 % der Versicherten auf die freie Arztwahl.
- Wenn die Versicherer das Produkt fördern, ihr Verkaufspersonal entsprechend schulen, eventuell auch mit Gratifikationen arbeiten, gelingt es auch heute schon, rd. ein Fünftel der Versicherten für HMO- oder Hausarzt-Versicherungen zu gewinnen.

Nur mit dem Qualitätsargument wird man allerdings Managed Care-Modelle nicht verkaufen können.<sup>112</sup> Da die Bevölkerung der Meinung ist, eine hervorragende Gesundheitsversorgung zu geniessen<sup>113</sup>, dürfte es schwer fallen, sie vom Mehrwert durch Managed Care zu überzeugen. Wichtig ist aber, das Image «Billigmedizin» zu vermeiden, wenn es denn dieses Image überhaupt gibt.<sup>114</sup> Der für Versicherte erkennbare Mehrwert müsste wohl eher im Servicebereich liegen: 24-Stunden-Erreichbarkeit, Vernetzung zwischen den Agglomerationen, um für die mobile Bevölkerung am Wohn- und Arbeitsort ein Angebot zu haben, u.a.m.

Was die geplanten neuen Anreize bewirken werden, lässt sich noch nicht sagen. Marktstudien einzelner Versicherer führten zu keinen klaren Ergebnissen. Es ist schon anzunehmen, dass der reduzierte Selbstbehalt eine andere Gruppe anspricht als der Prämienrabatt. Die Einführung eines differenzierten Selbstbehalt – bei dem die Patienten sich im Krankheitsfall entscheiden können, ob und welche Leistungen sie ausserhalb des Netzes in Anspruch nehmen wollen und dafür einen höheren Selbstbehalt (den der traditionellen Versicherung) tragen –würde wahrscheinlich Ängste gerade der Menschen abbauen, die für sich ein hohes Erkrankungsrisiko sehen.

Es wird aber mit der Wahl der Managed Care-Versicherung immer eine gewisse Risikoselektion verbunden sein, jedenfalls solange die Modelle keinen grossen Marktanteil haben, denn Wechsel selektioniert praktisch immer.<sup>115</sup>

Die **Versicherer** müssen das Produkt verkaufen. Viele bieten das Produkt überhaupt nicht an oder nutzen es (nur oder auch) zur Gewinnung bzw. Bindung guter Risiken dank des Prämienrabattes. Ein mittelfristig angelegtes strategisches Engagement für Managed Care ist nur vereinzelt erkennbar. Das Ausbleiben rascher Erfolge (Anzahl der Versicherten in Managed Care-Modellen, deutliche Kosteneffekte) hat zu einem Hin und Her geführt. Im Moment lässt sich eine Phase des Reengagements beobachten, bei der – erfreulicherweise – versucht wird, bevorzugt mit Modellen (bzw. Ärzten) zusammenzuarbeiten, die ein Managed Care-Potenzial aufweisen und bereit sind, mittelfristig Ergebnisverantwortung mit zu übernehmen. Es gibt auch die Tendenz, Qualitätsunterschiede stärker in den Produkten sichtbar zu machen, z.B. ein Produkt «ausschliesslich Qualitäts-zertifizierte Ärzte bzw. Netze» zu lancieren. Dies wäre sicher ein guter Anfang, um bei den Versicherten allmählich einen Bewusstseinswandel einzuleiten. Die reinen Prämiensparmodelle, bei denen Managed Care-Elemente kaum oder gar nicht vorkommen, werden aber daneben bestehen bleiben, so lange Versicherer sie als Instrument der Gewinnung/Bindung guter Risiken für interessant halten.

Mit grosser Wahrscheinlichkeit würde eine Verbesserung des Risikoausgleichs die Versicherer veranlassen, stärker auf Managed Care zu setzen, denn dann hätten sie einen Anreiz, ihre Strategie von der Kreierung von Produkten zur Gewinnung guter Risiken auf die effiziente und effektive Versorgung schlechter Risiken umzupoolen.

Die Versicherer selbst halten die Aufhebung des Kontrahierungszwangs für den stärksten Hebel. Diesbezügliche Prognosen dürften aber eher unsicher sein; es ist genauso gut möglich, dass Managed Care von den Versicherern noch lange Zeit auf dem gegenwärtigen tiefen Level gefahren wird.

---

<sup>112</sup> Damit kann man die gewonnenen Versicherten halten.

<sup>113</sup> s. Übersicht 3.3; auch Vaterlaus et al. (2004).

<sup>114</sup> u.W. gibt es keine Untersuchung, die belegt, dass Managed Care-Modelle das Image «Billigmedizin» haben.

<sup>115</sup> Selbst der einfache Wechsel des Versicherers kommt ab 40/50 Jahren praktisch zum Erliegen.

Die **Ärzte** müssen das Produkt realisieren. Sie gelten vielfach als der grösste Engpass auf dem Weg zu mehr Managed Care. Für viele ist es eine grundsätzliche grosse Zumutung (bzw. ein nicht-ethisches Verhalten), die Kosten der medizinischen Versorgung mitzubedenken, sich in Programme einbinden zu lassen, die als Verletzung der Therapiefreiheit empfunden werden und Transparenz herzustellen, mit der das eigene Handeln auch in Frage gestellt werden kann.<sup>116</sup> Hinzu kommt der standespolitische Schulterschluss. Nur wenige sind bisher bereit, aus diesem Kreis herauszutreten. Deshalb haben auch viele der heutigen Hausarztnetze keine Entwicklung in Richtung Managed Care genommen.

Es ist zu erwarten, dass Druck Veränderungsbereitschaft erzeugt:

- Entweder der Druck, der durch die Aufhebung des Kontrahierungszwangs entsteht,
- und/oder der Druck, der durch den freien Personenverkehr mit erwartetem Zustrom von Ärzten aus dem EU-Raum entsteht.<sup>117</sup>

Druck könnte auch entstehen, wenn die Versicherten verstärkt Managed Care-Modelle wählen würden, weil viele die hohen Gesundheitskosten nicht mehr tragen wollen. Dieser Selbstläufer ist aber eher unwahrscheinlich und würde vor allem eher die «light-Modelle» fördern. Anders sähe es aus, wenn in einer Allianz zwischen guten bzw. erfolgversprechenden Managed Care-Modellen und Versicherern eine massive Verkaufsförderung stattfände.

Für die Ärztinnen und Ärzte in den existierenden gut funktionierenden Modellen und in denen, die auf dem Weg sind, ist es zweifellos wichtig, die Steine, die noch im Wege liegen, wegzuräumen. Insbesondere im Vertrags-/Tarifbereich sollten die notwendigen Klarheiten bezüglich der Handlungsspielräume geschaffen werden. «Möglichst wenig Regelung, möglichst viel Freiheit» sollte die Devise sein, damit der sowieso aufwändige und mühsame Weg der Etablierung von Managed Care nicht noch mit administrativen Hürden belastet wird. Ein zweiter wichtiger Punkt wäre die Schaffung von Kostenwahrheit durch eine Neuregelung der Spitalfinanzierung.

Der **Staat** hat sich in den letzten Jahren zwar mit der Gesetzgebung zu Managed Care befasst, sonst aber sehr zurückgehalten. Wenn eine Verbreitung von Managed Care wirklich gewünscht wird, könnte der Staat bzw. die Gesundheitsadministration dafür sehr viel deutlichere Zeichen setzen. Das ganze Feld ist, trotz einer Unzahl offener Fragen, so gut wie unbeforscht; Evaluationen finden allenfalls punktuell statt und die Ergebnisse sind tendenziell nicht verallgemeinerbar; die Entwicklungsarbeiten sind verzettelt und unkoordiniert und lasten auf wenigen engagierten Akteuren. Ein 5-Jahres-Programm «Managed Care – Forschung und Entwicklung» wäre sicher ein guter Ansatz. Neben der Gewinnung neuer Erkenntnisse würde es auch der Imageförderung von Managed Care dienen.

Es ist offenkundig, dass an vielen Stellen etwas in Bewegung geraten muss, wenn Managed Care ein Erfolg werden soll. Immerhin ist die Schweiz, anders als z.B. Deutschland, in der glücklichen Lage, bereits über eine fast 15-jährige Erfahrung und die Referenz gut funktionierender Modelle zu verfügen.

---

<sup>116</sup> Siehe dazu auch Finsterwald (2004), S. 87 ff.

<sup>117</sup> Beck (2004).

# Anhang 1

## Literaturverzeichnis

- Arbeitsgruppe IMC TG (2002): Integriertes Managed Care Thurgau. Projektbericht. Dez. 2002.
- Baumberger Jürg (2001): So funktioniert Managed Care. Anspruch und Wirklichkeit der integrierten Gesundheitsversorgung in Europa. Stuttgart.
- Buchs Leo (2001): Managed Care. In: Kocher Gerhard, Oggier Willy (Hrsg.): Gesundheitswesen Schweiz 2001/2002. Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer.
- Baur Rita, Hunger Wolfgang, Kämpf Klaus, Stock Johannes (1998): Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. Synthesebericht. Bundesamt für Sozialversicherung, Beiträge zur Sozialen Sicherheit Nr. 1/98.
- Baur Rita, Braun Ulrike (2000): Bestandsaufnahme besonderer Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenversicherung. Bundesamt für Sozialversicherung, Beiträge zur Sozialen Sicherheit Nr. 15/00.
- Baur Rita (2002): Die erste Generation Arztnetze. Bestandsaufnahme und Bewertung im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. [www.aok-bv.de/gesundheit/arztnetze/grundkonzept](http://www.aok-bv.de/gesundheit/arztnetze/grundkonzept)
- Beck Kontantin, Keller Bernhard (1998): Risikoselektion in Hausarztmodellen. Ein Plädoyer für differenzierte Risikokorrekturen. In: Managed Care 3/98.
- Beck Konstantin (2004): Risiko Krankenversicherung, Haupt Verlag. Teile des Manuskripts wurden vom Autor freundlicherweise vor Veröffentlichung zur Verfügung gestellt.
- Buchs Leo, Zehnder Rolf (1998): MEDINET-Netz Genf: Erfahrungen und Ergebnisse. In: Managed Care 1/98.
- Buff, R., Kappeler O., Schneider A., Niemann M., Metzger K. (2002):  
Managed Care-Entwicklung im Kanton Thurgau. In: Schweizerische Ärztezeitung Nr. 51/52, 2002.
- Bührer (2003): Faire Pauschalabgeltungsmodelle – dank dem Thurgauer Morbiditätsindikator.  
In: Synapse 3/2003.
- Bundesamt für Sozialversicherung (2004): Statistik der Krankenversicherung 2002.
- Bundesamt für Sozialversicherung (2004): Prämien 2004.
- Bundesrat (2004): Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung. Teil Managed Care. Erläuternder Bericht.
- Dreykluft Hans Rüdiger (2000): Anspruch und Wirklichkeit in der Arbeit eines Praxisnetzes. In: ZFA 12/2000.
- Eisenring Claudia, Hess Kurt (2004): Wirtschaftlichkeit und Qualität der Arztpraxis. Systeme – Modelle – Methoden. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel. Der Bericht wurde von den Autoren dankenswerterweise vor Veröffentlichung zur Verfügung gestellt.
- Finsterwald Daniel (2004): Managed Care – Pionierland Schweiz. Schriftenreihe der SGGP No. 75, Bern.
- Hagnauer Ueli (2004): IGOMED Thun: Eine Zwischenbilanz nach sieben Jahren. In: Managed Care 6/2004.

- Huber F., Marti C., Götschi A.S., Weber A. (2002): Managed Care in der Schweiz. Geschichtlicher Abriss und Bedeutung der finanziellen Anreize. In: Schweizerische Ärztezeitung Nr. 48, 2002.
- Indra Peter (2002): Ansätze der Helsana zur Einführung von Managed Care in der Schweiz. In: Preuss Klaus-Jürgen, Rübiger Jutta, Sommer Jürg H. (Hrsg.): Managed Care. Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle. Stuttgart, New York.
- Kühne René, Preiswerk Georges, Weber Fritz (2003): Deutliche Hinweise auf echte Kostenersparnisse durch Hausarztmodelle. In: Managed Care 4/2003.
- Lehmann Hansjörg (2003): Managed Care. Kosten senken mit alternativen Krankenversicherungsformen? Zürich, Chur.
- Managed Care: 1/1998: Hausarzt-Netzwerke in der Schweiz.
- Managed Care: 1/1999, 3/2000, 3/2001, 4, 5/2002 jeweils Verzeichnisse der Hausarztmodelle, HMOs und Managed Care-Organisationen in der Schweiz.
- Mathis Georg A., Herren Ruth (1998): Hausarzt-Netzwerke in der Schweiz. Erste breitflächige Auswertungen. In: Managed Care 1/98.
- Moser Markus, Gyger Pius, Schütz Stefan, Fischer Max-Albrecht, Baumann Philip, Weber Andreas, Faehnrich Jana A., Hänsenberger Stephan, Bugnon Olivier, Gurtner Felix, Kocher Ralf (2003): 3. KVG-Revision, Schlussbericht zum Teilprojekt Managed Care.
- Neue Zürcher Zeitung (2002): Klar weniger Kosten im Hausärzte-Netzwerk. Einsparungen von 20 bis 30 Prozent. 15.10.2002.
- Projektgruppen der Arbeitsgemeinschaft Managed Care Schweiz (AMC-2002) und Sanacare, Concordia, Helsana, Wincare (2000): Teilprojekte «MC-Vertragsgrundlagen und Aufgabenteilung 2001». Schlussbericht. Zur Verfügung gestellt von BlueCare.
- Schaller Philippe, Raetzko Marc-André (2002): Réseau Delta: Betrachtung nach 10 Jahren Erfahrung. In: Managed Care 2/2002.
- Schütz Stefan (2003): Weiterentwicklung HMO Gesundheitsplan. Resultate der Befragung der Hausärztinnen und Hausärzte des HMO-/VIPA-Netzes.
- Sommer Jürg H. (1999): Gesundheitssysteme zwischen Plan und Markt. Stuttgart.
- Stock Johannes (2004): Der Hausarzt – Supermann im Medizinbetrieb? In: Gesundheit und Gesellschaft 5/04.
- Strehle Oliver, Weber Andreas (2003): Voraussetzungen für eine diagnosebezogene Capitationberechnung in der Schweiz. In: Managed Care 8/2003.
- Vaterlaus Stephan, Telser Harry, Zweifel Peter, Eugster Patrick (2004): Was leistet unser Gesundheitswesen? [www.plau-economics.ch](http://www.plau-economics.ch)
- VMCT (2004): Bulletin, Info-Bulletin des Verbandes Managed Care Thurgau, Juli/04.
- Weber Andreas, Cottini Giacomo (1998): Hausarztmodelle: Kostenvorteil dank Risikoselektion? In: Managed Care 1/98.
- Winkler Andreas (2004): Integrierte Versorgung: Spitäler und Ärztenetze im Verbund. Schriftenreihe der SGGP No. 78, Bern.

## Anhang 2

### Schriftliche Befragung

von Präsidentinnen und Präsidenten von Hausarztnetzen

#### **Anschreiben BSB Präsidentinnen und Präsidenten der Hausarztmodelle**

«An»

«Titel» «Vorname» «Name»

«Adresse»

«PLZ» «Ort»

Basel, 4. Juni 2004

«Anrede» «Name»

Seit Jahren werden Fragen der Weiterentwicklung von Managed Care-Modellen und die Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Modelle diskutiert. Es fehlt jedoch an systematischen Erkenntnissen über den heutigen Stand der Modelle und deren eigene Entwicklungsvorstellungen. Das Bundesamt für Gesundheit hat uns daher mit einer Befragung der Präsidentinnen und Präsidenten von Hausarztnetzen der HMOs und von Versicherern, die Hausarztnetze oder HMOs anbieten, beauftragt.

Im Anhang finden Sie einen 4-seitigen Fragebogen. Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie die Fragen beantworten und uns den Fragebogen baldmöglichst, **spätestens jedoch bis zum 9. Juli 2004** zurückschicken würden. Wir hoffen, dass sich die zeitliche Belastung noch in Grenzen hält. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und nur anonym-statistisch verwertet.

Falls Sie Fragen zu der Untersuchung haben oder es vorziehen, die Thematik in einem Gespräch zu erörtern, steht Ihnen die Unterzeichnende gerne zur Verfügung.

Mit bestem Dank im voraus für Ihre Mitarbeit und  
mit freundlichen Grüßen

Dr. Rita Baur

Empfehlungsschreiben des BAG

Fragebogen



Bundesamt  
für Gesundheit

Office fédéral  
de la santé publique

Ufficio federale  
della sanità pubblica

Uffizi federal  
da sanadad publica

Kranken- und Unfallversicherung

An die Präsidentinnen und Präsidenten  
der Hausarztmodelle

Ihr Zeichen –  
Ihre Nachricht vom –  
Unser Zeichen: Fe

Bern, im Juni 2004

### **Bestandesaufnahme der Managed Care-Modelle**

Sehr geehrte Damen und Herren

Der Bundesrat beabsichtigt im Rahmen der Revision des Krankenversicherungsgesetzes Rahmenbedingungen zu schaffen, die der Ausbreitung der Managed-Care-Modelle förderlich sind, ohne aber den Versicherern solche Modelle explizit vorzuschreiben. Im Hinblick auf die anstehenden Beratungen lässt das Bundesamt für Gesundheit durch das Büro für sozialwissenschaftliche Beratung, Basel, eine Bestandesaufnahme der Managed Care-Modelle erarbeiten. Diese Bestandesaufnahme umfasst einen Überblick über die existierenden Hausarztmodelle und HMOs, die Anzahl der beteiligten Ärztinnen/Ärzte und Versicherten und eine Befragung der Präsidentinnen und Präsidenten der Hausarzt-Modelle und der Versicherer bzw. Managed Care-Organisationen zu Strukturen und Arbeitsweisen der Modelle und zur Einschätzung der verschiedenen Ideen zur Weiterentwicklung.

Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie sich an der zeitlich wenig aufwändigen schriftlichen Befragung beteiligen würden, da damit auch die Einschätzung der Akteure vor Ort in die Bestandesaufnahme eingehen kann.

Mit freundlichen Grüssen

gez. Fritz Britt, Vizedirektor

**Fragebogen  
an Präsidentinnen und Präsidenten von Hausarztmodellen**

*Hinweis zum Ausfüllen:* Sie können den Fragebogen elektronisch ausfüllen, indem Sie das entsprechende Feld anklicken («x») bzw. Ihre Antworten und Kommentare eintragen – oder Sie drucken den Fragebogen aus und füllen ihn von Hand aus.

1. Name des Hausarztmodells: .....
2. Anzahl der vertraglich beteiligten Ärzte/Ärztinnen (2004): .....
3. Anzahl Versicherter 2004: .....
4. Gate-keeping und **Steuerung** der gesamten Behandlungskette, **Vernetzung** unter den Leistungserbringern, **finanzielle Einbeziehung der Leistungserbringer** und **Qualitätssicherung** gelten als wesentliche Elemente von Managed Care-Modellen. In der konkreten Umsetzung gehen aber Praxis und Meinungen weit auseinander.

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden einzelnen Elementen an, für wie wichtig Sie persönlich sie halten und wie es mit der Umsetzung in Ihrem Hausarzt-Modell aussieht.

	Wichtigkeit			Umsetzung		
	Sehr	Auch	Nicht besonders bzw. gar nicht	Weitgehend realisiert	Teils, teils	Kaum, gar nicht realisiert bzw. im Gang
<b>Steuerung</b>						
Transparenz über Kosten der eigenen Leistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transparenz über Kosten und Leistungen der an der Behandlung beteiligten Fachärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transparenz über Kosten und Leistungen der Spitäler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gute Rückmeldung über Diagnose/ Behandlung durch Fachärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gute Rückmeldung über Diagnose/ Behandlung durch Spitäler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einhaltung der Überweisungsaufträge, keine zusätzlichen Massnahmen ohne Rücksprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einhaltung der Gate-keeping-Regelung durch die Patienten (zuerst den Hausarzt aufsuchen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überprüfung der Gate-keeping-Regelung durch die Versicherer bzw. MCOs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gate-keeping-Kontrolle durch die Netzärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung	Wichtigkeit			Umsetzung		
	Sehr	Auch	Nicht besonders bzw. gar nicht	Weitgehend realisiert	Teils, teils	Kaum, gar nicht realisiert bzw. im Gang
<b>Vernetzung</b>						
Auswahl von Spezialisten, an die bevorzugt überwiesen werden soll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswahl von Spitälern, in die bevorzugt überwiesen werden soll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswahl anderer Leistungserbringer, z.B. Labors, Apotheken, Physiotherapeuten, mit denen bevorzugt zusammengearbeitet werden soll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bevorzugte Zusammenarbeit mit den anderen Netzärzten, z.B. Nutzung der Subspezialitäten und Zusatzausbildungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachärzte ohne Hausarztfunktion als Mitglieder des Netzes vertraglich einbinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spitäler vertraglich ins Netz einbinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Drittleistungsanbietern Verträge über Verzugsbedingungen abschliessen, z.B. Mengenrabatte, vergünstigte Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Finanzielle Einbindung der Netzärzte</b>						
Einführung von Kopfpauschalen, die alle Leistungen für die Netzversicherten abdecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
«Kleine» Bonus-/Malus-Regelung, z.B. Beteiligung der Netzärzte bis max. 5000.– SFr. p.a. in Abhängigkeit vom Versichertenbestand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
«Grosse» Bonus-/Malus-Regelung, z.B. Beteiligung der Netzärzte mit 10000.– bis 15000.– SFr. p.a. in Abhängigkeit vom Versichertenbestand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Förderung der Netzaktivitäten in Abhängigkeit vom Systemerfolg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Qualität und spezielle Instrumente</b>						
Entwicklung/Adaption von Behandlungsleitlinien durch das Netz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erarbeitung/Anwendung von Medikamentenlisten, Substitutionsmöglichkeiten durch Generika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualitätszirkel, in denen (möglichst) alle Netzärzte mitarbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zertifizierung der Netzpraxen durch anerkanntes Verfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung	Wichtigkeit			Umsetzung		
	Sehr	Auch	Nicht besonders bzw. gar nicht	Weitgehend realisiert	Teils, teils	Kaum, gar nicht realisiert bzw. im Gang
<b>Netzmanagement</b>						
Professionelles Management der Netzaktivitäten durch angestellte Netzmanager oder beauftragte externe Institution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angemessene Honorierung der Netzärzte für die Netzaktivitäten bzw. das Versorgungsmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Installation von guter EDV-Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Falls es **Qualitätszirkel** gibt:

a) Welche Themen werden **regelmässig** bearbeitet?

- Behandlungsverläufe/Care Management .....
- Behandlungsleitlinien/Disease Management .....
- Überweisungen und Hospitalisationen .....
- Kritische Ereignisse .....
- Medikation, Medikamentenlisten .....
- Bereiche über Fortbildungen .....
- Anderes: .....

b) Wie oft finden in der Regel Sitzungen eines Qualitätszirkels statt? .....  mal pro Jahr

6. Wie beurteilen Sie den **Erfolg** Ihres Hausarztnetzes im Vergleich zum traditionellen System in verschiedenen Aspekten?

Durch das Netz ...	erheblich verbessert	zum Teil verbessert	gleich geblieben	kann man nicht beurteilen
Qualität der Versorgung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wirtschaftlichkeit der Versorgung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zufriedenheit der Patienten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufliche Zufriedenheit der beteiligten Ärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Position des Hausarztes unter den Leistungsanbietern insgesamt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Verbesserung der **gesetzlichen Rahmenbedingungen** für Managed Care-Modelle:

Es gab und gibt verschiedene Vorschläge, wie man eine bessere Förderung der Managed Care-Modelle erreichen könnte. Wie beurteilen Sie die aufgelisteten Vorschläge?

	Wäre gut	Teils/teils, kommt auf genaue Um- setzung an	Wäre nicht gut
Anstelle einer Prämienreduktion sollte der Selbstbehalt geringer sein als in traditioneller Grundversicherung oder die Franchise entfallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prämienreduktion rückwirkend in Abhängigkeit vom Systemerfolg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versicherte in Managed Care-Modellen sollten sich länger (max. 3 Jahre) binden müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bonus für langjährig Versicherte in Managed Care-Modellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verpflichtung der Versicherer flächendeckend mindestens ein Managed Care-Modell anzubieten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichkeit, Leistungen anzubieten, die über die Leistungen der Grundversicherung hinausgehen (z.B. Fallmanagement, Beratung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Kommentare:** *(Bitte Feld anklicken & Text einfügen)*

*Herzlichen Dank für die Beantwortung der Fragen.*

Ansprechpartner für Rückfragen: **Name:**..... **Tel.-Nr.** .....

Sind Sie interessiert, den Abschlussbericht zu erhalten? Ja  Nein

Rücksendung des Fragebogens:

– Elektronisch: bitte speichern und senden an: rita.baur@gmx.ch

– Per Post: bitte an folgende Adresse: BSB Dr. Rita Baur, Wattstrasse 23, 4056 Basel

## Anhang 3

### Themenkatalog für Fachgespräche

*Themenkatalog für Gespräche mit Versicherern bzw. MCOs, die Verträge mit Hausarztmodellen und/oder HMOs haben*

1. Mit wie vielen Modellen bestehen 2004 Verträge?
  - Hausarztmodelle .....
  - HMOs .....
  
2. Die Expertengruppe «Moser»<sup>118</sup> hat drei Merkmale benannt, die echte Managed Care-Modelle ihrer Meinung nach aufweisen müssen:
  - Die Steuerung des gesamten Prozesses der Leistungserbringung der Patienten;
  - die Vernetzung der Behandlungseinrichtungen;
  - die Beteiligung der Leistungserbringer am Versicherungsrisiko der Patienten.

Fragen zu den einzelnen Aspekten

  - Gegenwärtiger Stand und ggf. Unterschiede zwischen den einzelnen Hausarztmodellen oder HMOs
  - Entwicklungen/Veränderungen in den letzten 2–3 Jahren
  - Entwicklungen/Veränderungen, die zur Zeit im Gang sind
  - Was ist Ihrer Meinung nach anzustreben?  
(Ggf. unterscheiden zwischen HMOs und Hausarztnetzen)
  - Welche Widerstände/Probleme stehen der gewünschten Entwicklung im Wege?

Die einzelnen Aspekte:

<b>Steuerung</b>	<b>Vernetzung</b>	<b>Finanzielle Beteiligung Leistungserbringer</b>
<p>Einzelaspekte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transparenz über Kosten/Leistungen aller Beteiligten für die Netzärzte/HMOs</li> <li>• Sicherstellung der Rückmeldungen anderer Leistungserbringer an Hausärzte</li> <li>• Einhaltung von Überweisungsaufträgen durch Spezialisten/Spitäler</li> <li>• Kontrolle Dauer Spitalaufenthalt</li> <li>• Einhaltung Gatekeeping-Regelung durch Patienten</li> <li>• Gatekeeping-Kontrolle durch Hausärzte</li> <li>• Überprüfung der Gatekeeping-Regelung durch Versicherer/MCO</li> </ul>	<p>Einzelaspekte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Listen von Spezialisten, mit denen bevorzugt zusammengearbeitet werden soll</li> <li>• Listen von Spitäler, mit denen bevorzugt zusammengearbeitet werden soll</li> <li>• Listen anderer Leistungserbringer – Labors, Apotheken etc., – mit denen bevorzugt zusammengearbeitet werden soll</li> <li>• Akzeptanz/Befolgung der Listen</li> <li>• Bevorzugte Zusammenarbeit der Netzärzte untereinander, Nutzung von Subspezialitäten</li> <li>• Fachärzte ohne Hausarztfunktion vertraglich im Netz eingebunden/in der HMO angestellt</li> <li>• Spitäler vertraglich im Netz eingebunden</li> <li>• Verträge mit Drittleistungsanbietern über Vorzugsbedingungen, z.B. Mengenrabatte (die an Versicherte weitergegeben werden), vergünstigter Bezug von Hilfsmitteln</li> </ul>	<p>Einzelaspekte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kopfpauschalen (full capitation) wie kalkuliert?</li> <li>• Budgets; wie kalkuliert?</li> <li>• Falls Budgets: Beteiligung der Modelle am Systemerfolg?</li> <li>• Finanzielle Förderung der Netzaktivitäten, Abgleichung von spezifischen Leistungen</li> </ul>

<sup>118</sup> Moser et al.: 3. KVG-Revision, Schlussbericht zum Teilprojekt Managed Care, Mai 2003.

3. Weiterhin hat die Expertengruppe Moser die Verpflichtung zur **Qualitätssicherung** als unerlässlich bezeichnet.  
Wie sind dazu Stand, Entwicklungstendenzen, Ihre Zielsetzung und Bewertung?  
z.B.:
  - Intensität der Arbeit in Qualitätszirkeln
  - Instrumente, z.B:
    - Behandlungsleitlinien
    - Medikamentenlisten/Substitution durch Generika
    - Besprechung von Überweisungen, Hospitalisationen
    - Besprechung kritischer Ereignisse
    - Besprechung teurer Fälle
  - Zertifizierung
  
4. **Management** der Modelle: Stand und Entwicklungstendenzen bezüglich eines professionellen Managements; Bedeutung von Service-Organisationen
  
5. **Erfolg** der einzelnen Modelle:
  - Wie beurteilen Sie den Erfolg der Modelle, mit denen Sie Verträge haben (sei es der finanzielle Erfolg oder die Qualität – soweit beurteilbar)?
  - Falls es erfolgreichere und weniger erfolgreiche Modelle gibt: Was unterscheidet sie voneinander, welches sind möglicherweise die Erfolgsfaktoren?
  - Gibt es Evaluationen zum finanziellen Erfolg oder zur Qualität, die zugänglich gemacht werden können?
  
6. **Neue Verträge und Vertragskündigungen**
  - Haben Sie in den letzten 2 Jahren neu Hausarztnetze/HMOs unter Vertrag genommen?
  - Falls ja: wie viele? Nach welchen Kriterien? Von wem ging die Initiative aus?
  - Haben Sie in den letzten 2 Jahren Verträge mit Hausarztnetzen gekündigt?
  - Falls ja: Wie viele? Nach welchen Kriterien? Wurden den Modellversicherten andere Angebote gemacht?
  
7. **Verbesserung der gesetzlichen Rahmenbedingungen** für Managed Care-Modelle:  
Wie beurteilen Sie die einzelnen Vorschläge?
  - Erhöhung des Selbstbehalts in der traditionellen Grundversicherung, Halbierung oder Wegfall in der Managed Care-Versicherung
  - Wegfall Franchise in der MC-Versicherung
  - Prämienreduktion rückwirkend in Abhängigkeit vom Systemerfolg
  - Möglichkeit für Versicherer, MC-Versicherte länger zu binden (max. 3 Jahre)
  - Bonus für langjährige MC-Versicherte
  - Verpflichtung der Versicherer, flächendeckend mindestens ein Managed Care-Modell anzubieten
  - Verbesserung des Risikostrukturausgleichs
  
8. Zum **Leistungs- und Tarifrecht** hat die Expertengruppe Moser eine Reihe von Vorschlägen gearbeitet. Wie beurteilen Sie diese?
  - In den Versorgungsmodellen dürfen zusätzliche Leistungen vorgesehen werden.
  - Die in der Leistungsverordnung enthaltenen Auflagen zur vorgängigen Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt können aufgehoben werden.
  - Für den Vertrag zwischen Versicherern und Leistungserbringern gilt der Grundsatz der Vertragsfreiheit.
  - Die Vergütung der am Versorgungsmodell beteiligten Leistungserbringer kann von diesen selbst geregelt werden.

- Die am Versorgungsmodell beteiligten Leistungserbringer können anstelle der Versicherer mit anderen Leistungserbringern Tarifverträge für die vom Modell betreuten Versicherten abschliessen. Es dürfen Exklusivverträge abgeschlossen werden.
  - Für die Tarifverträge und Vereinbarungen der Leistungserbringer ist keine Genehmigung durch eine Behörde erforderlich.
  - Die Beiträge der Kantone an die stationäre Behandlung können als prospektiver Beitrag in das Budget eingeschlossen werden.
9. Welches sind die **wichtigsten Beiträge**, die Bund und Kantone (Gesetzgebung), Versicherer und Leistungserbringer zur Förderung von Managed Care-Modellen erbringen müssten?

## Anhang 4

Vollständige Ergebnisse der Befragung von Präsidentinnen und Präsidenten von Hausarztnetzmodellen ohne Budgetverantwortung zur Wichtigkeit und Umsetzung von Managed Care-Elementen

### Ergebnisse der Befragung von Präsidentinnen und Präsidenten von Hausarztmodellen ohne Budgetverantwortung (27)<sup>119</sup>

Frage 4:

Gate-keeping und **Steuerung** der gesamten Behandlungskette, **Vernetzung** unter den Leistungserbringern, **finanzielle Einbeziehung der Leistungserbringer** und **Qualitätssicherung** gelten als wesentliche Elemente von Managed Care-Modellen. In der konkreten Umsetzung gehen aber Praxis und Meinungen weit auseinander.

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden einzelnen Elementen an, für wie wichtig Sie persönlich sie halten und wie es mit der Umsetzung in Ihrem Hausarzt-Modell aussieht.

	Wichtigkeit			Umsetzung		
	Sehr	Auch	Nicht besonders bzw. gar nicht	Weitgehend realisiert	Teils, teils	Kaum, gar nicht realisiert bzw. im Gang
<b>Steuerung</b>	<b>- in Prozent -</b>					
Transparenz über Kosten der eigenen Leistungen	78	19	3	52	48	-
Transparenz über Kosten und Leistungen der an der Behandlung beteiligten Fachärzte	89	11	-	41	44	15
Transparenz über Kosten und Leistungen der Spitäler	81	15	4	19	37	44
Gute Rückmeldung über Diagnose/ Behandlung durch Fachärzte	70	26	4	33	59	8
Gute Rückmeldung über Diagnose/ Behandlung durch Spitäler	77	23	-	37	52	11
Einhaltung der Überweisungsaufträge, keine zusätzlichen Massnahmen ohne Rücksprache	85	15	-	15	81	4
Einhaltung der Gate-keeping-Regelung durch die Patienten (zuerst den Hausarzt aufsuchen)	96	4	-	22	78	-
Überprüfung der Gate-keeping-Regelung durch die Versicherer bzw. MCOs	37	55	8	19	70	11
Gate-keeping-Kontrolle durch die Netzärzte	56	30	14	26	59	15
<b>Vernetzung</b>						
Auswahl von Spezialisten, an die bevorzugt überwiesen werden soll	33	52	15	7	52	41
Auswahl von Spitälern, in die bevorzugt überwiesen werden soll	31	54	15	7	37	56

<sup>119</sup> Vereinzelt wurde ein Statement nicht beantwortet; in diesen Fällen wurde auf die Anzahl der Antwortenden prozentuiert.

Fortsetzung	Wichtigkeit			Umsetzung		
	Sehr	Auch	Nicht besonders bzw. gar nicht	Weitgehend realisiert	Teils, teils	Kaum, gar nicht realisiert bzw. im Gang
	<b>- in Prozent -</b>					
Auswahl anderer Leistungserbringer, z.B. Labors, Apotheken, Physiotherapeuten, mit denen bevorzugt zusammengearbeitet werden soll	18	52	30	-	41	59
Bevorzugte Zusammenarbeit mit den anderen Netzärzten, z.B. Nutzung der Subspezialitäten und Zusatzausbildungen	33	41	26	15	41	44
Fachärzte ohne Hausarztfunktion als Mitglieder des Netzes vertraglich einbinden	37	48	15	15	15	70
Spitäler vertraglich ins Netz einbinden	22	41	37	-	7	93
Mit DritteLeistungsanbietern Verträge über Verzugsbedingungen abschliessen, z.B. Mengenrabatte, vergünstigte Hilfsmittel	11	67	22	-	22	78
<b>Finanzielle Einbindung der Netzärzte</b>						
Einführung von Kopfpauschalen, die alle Leistungen für die Netzversicherten abdecken	11	33	56	-	8	92
«Kleine» Bonus-/Malus-Regelung, z.B. Beteiligung der Netzärzte bis max. 5000.– SFr. p.a. in Abhängigkeit vom Versichertenbestand	19	44	37	27	23	50
«Grosse» Bonus-/Malus-Regelung, z.B. Beteiligung der Netzärzte mit 10000.– bis 15000.– SFr. p.a. in Abhängigkeit vom Versichertenbestand	4	24	72	-	-	100
Finanzielle Förderung der Netzaktivitäten in Abhängigkeit vom Systemerfolg	30	59	11	11	52	37
<b>Qualität und spezielle Instrumente</b>						
Entwicklung/Adaption von Behandlungsleitlinien durch das Netz	48	48	4	20	48	32
Erarbeitung/Anwendung von Medikamentenlisten, Substitutionsmöglichkeiten durch Generika	52	44	4	33	50	27
Qualitätszirkel, in denen (möglichst) alle Netzärzte mitarbeiten	85	11	4	67	22	11
Zertifizierung der Netzpraxen durch anerkanntes Verfahren	19	55	26	7	19	74
<b>Netzmanagement</b>						
Professionelles Management der Netzaktivitäten durch angestellte Netzmanager oder beauftragte externe Institution	27	31	42	19	22	59
Angemessene Honorierung der Netzärzte für die Netzaktivitäten bzw. das Versorgungsmanagement	58	31	11	7	56	37
Installation von guter EDV-Unterstützung	50	42	8	37	37	26

## **Anhang 5**

**Auszüge aus dem Schlussbericht:  
Teilprojekte «MC-Vertragsgrundlagen und Aufgabenteilung 2001»**

**Erarbeitet von Projektgruppen der  
Arbeitsgemeinschaft Managed Care Schweiz (AMC-2001)**

**und  
SanaCare, Concordia, Helsana, Wincare**

**zur Verfügung gestellt durch BlueCare**

## Checkliste «Rechte und Pflichten in den MC-Vertragsbeziehungen»

Schlussfassung vom 21.6.2000

### 1 Verhältnis Krankenversicherer/Versicherter (MC-Police) /

	<b>1.1 Pflichten des Versicherten:</b>		<b>1.2 Rechte des Versicherten:</b>
(O)	(1) Ausdrücklicher Verzicht auf die freie Wahl des Leistungserbringers (Art. 41 Abs. 4 i.V.m. Art. 62 KVG).	(O)	(1) Recht, von der ordentlichen Versicherung in die Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer zu wechseln, sofern der Versicherte Wohnsitz im Gebiet hat, in welchem der Versicherer diese Versicherungsform betreibt (Art. 100 VO KVG). In der Regel ist für den Wechsel eine Frist von einem Monat zu beachten.
(O)	(2) Pflicht, auf der Liste des Krankenversicherers einen Care Manager auszuwählen.	(O)	(2) Recht, einen beliebigen Arzt aus der Liste des Krankenversicherers als Care Manager zu bestimmen (Ausnahme: Aufnahmestopp).
(O)	(3) Pflicht, einen anderen Care Manager auf der Liste des Krankenversicherers auszuwählen, wenn der bisherige Care Manager von der Liste gestrichen wird.	(O)	(3) Recht auf Wechsel des Care Managers, sofern die Wechselhäufigkeit sich im Rahmen des vertraglich Vereinbarten bewegt.
(F/O)	(4) Pflicht, mit dem Care Manager eine standardisierte MC-Behandlungsvereinbarung zu schliessen (teilweise Entbindung vom Berufsgeheimnis, Zustimmung Datensammlung, etc.). Die Zustimmung des Versicherten zur MC-Behandlungsvereinbarung ist Bedingung für das Fortbestehen der MC-Police. <sup>1</sup>	(O)	(4) Recht auf Wechsel des Care Managers, wenn der bisherige Care Manager den Behandlungsvertrag gekündigt hat und der neue Care Manager zum Abschluss einer MC-Behandlungsvereinbarung mit diesem Versicherten bereit ist.
(O)	(5) Pflicht, den Care Manager vorgängig jeder Inanspruchnahme von Leistungen, welche vom Versicherer gemäss KVG oder MC-Police zu vergüten sind, aufzusuchen bzw. mit dem Care Manager Rücksprache zu nehmen (Ausnahme: Notfälle, Abwesenheit des Care Managers, vereinbarte Ausnahmen wie z.B. gynäkologische Voruntersuchungen).	(O)	(5) Recht, unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf den Beginn eines Kalenderjahres von der Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer in eine andere Versicherungsform zu wechseln (Art. 100 VO KVG).
(O)	(6) Pflicht, die Kosten für nicht vom Care Manager angeordnete oder bewilligte Behandlungen selber zu tragen (Kulanzzahlungen nur in Absprache mit dem Care Manager)	(O)	(6) Automatische Beendigung des Vertragsverhältnisses im Zeitpunkt des Wohnsitzwechsels, wenn der Versicherte den Wohnsitz in ein Gebiet verlegt, in welchem der Versicherer keine obligatorische Krankenpflegeversicherung anbietet (Art. 7 Abs. 3 KVG). Ausnahmen sind möglich (z.B. Toleranz bei Arbeitsort).
(O)	(7) Pflicht, die Krankenversicherer schriftlich soweit von der Schweigepflicht zu entbinden, als dies für das Funktionieren des Systems erforderlich ist (Art. 83 KVG und Art. 130 Abs. 2 VO KVG).	(O)	(7) Automatischer Übertritt in die ordentliche Versicherung im Zeitpunkt des Wohnsitzwechsels, wenn der Versicherte den Wohnsitz in ein Gebiet verlegt, in welchem der Versicherer die Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer nicht anbietet (Art. 100 Abs. 3 VO KVG). Ausnahmen sind möglich (z.B. Toleranz bei Arbeitsort).
(O)	(8) Pflicht zur termingerechten Prämienzahlung und zur Zahlung von Kostenbeteiligungen.	(O)	(8) Recht zum Übertritt in die Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer am neuen Wohnsitz, wenn der Versicherer diese Versicherungsform auch am neuen Wohnsitz anbietet (Art. 100 Abs. 2 VO KVG).

Legende: (O) = obligat; (F) = fakultativ; (F/O) = kurzfristig fakultativ, mittelfristig obligat © by Advokaturbüro Fürer Stähli Stähelin Gesner & BlueCare  
 1) Ablauf und Zeitpunkt der Abgabe der BV ist zu definieren

## Checkliste «Rechte und Pflichten in den MC-Vertragsbeziehungen»

Schlussfassung vom 21.6.2000

### ① Verhältnis Krankenversicherer/Versicherter (MC-Police) II

	<b>10.1 Pflichten der Krankenversicherer:</b>		<b>10.2 Rechte der Krankenversicherer:</b>
(O)	(1) Abgabe/Auskunft über aktuelle Liste der Netzwerkärzte in der Wohnregion.	(F/O)	(1) Recht, den Vertrag mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer zu kündigen, sofern der Versicherte keine MC-Behandlungsvereinbarung mit dem Care Manager abschliesst.
(O)	(2) Instruktion des Versicherten (Funktionsprinzip des MC-Systems, Rechte und Pflichten des Versicherten, Pflicht zur Meldung von Wohnsitzverlegungen, Abgabe der Versicherungsbedingungen etc.)	(O)	(2) Recht, den Vertrag mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer auf den Beginn des nächsten Monats zu kündigen, sofern der Versicherte in einem Gebiet Wohnsitz nimmt, in welchem der Versicherer die Versicherungsform nicht anbietet.
(O)	(3) Gewährung des mit dem Ärztenetzwerk vereinbarten Systemanreizes (minimaler Rabattrahmen, Erhebung bzw. Nichterhebung Kostenbeteiligung usw.) in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und für allfällige Zusatzversicherungen.	(O)	(3) Recht, den Vertrag mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer zu kündigen, sofern der Versicherte in einem Gebiet Wohnsitz hat, in welchem der Versicherer die Versicherungsform nicht mehr anbieten wird.
(O)	(4) Abwicklung der Versicherungsleistungen (Erfassen, Prüfen und Auszahlen der Rechnungen).	(O)	(4) Recht, den Vertrag mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer zu kündigen bzw. die Prämienermässigung aufzuheben, wenn der Care Manager wegen schwerer Verstösse gegen die MC-Police einen begründeten Antrag auf Ausschluss des Versicherten gestellt hat.
(O)	(5) Entschädigung der ärztlichen Leistungen des Care Managers gemäss den gültigen Tarifen.	(F)	(5) Recht, dem Care Manager erbrachte Leistungen direkt zu vergüten, wenn der Versicherte noch nicht alle Rechnungen bezahlt hat.
(O)	(6) Information des Versicherten, wenn ein Care Manager aus dem System ausscheidet und Orientierung über die Möglichkeiten (Wahl eines neuen Care Managers, Wechsel der Versicherungsform, Austritt aus der Versicherung).	(O)	(6) Recht, die Liste der Netzwerkärzte zu ändern, wenn das Netzwerk einen Arzt ausschliesst oder ein Arzt aus dem Netzwerk austritt.
		(O)	(7) Recht, den Vertrag mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer zu kündigen, wenn die Prämissen einer Systemteilnahme dauerhaft nicht mehr erfüllt sind (z.B. bei Versicherten, bei denen der Care Manager keinen Einfluss auf die Behandlung nehmen kann).
			<p><i>Hinweis:</i> Es gibt kein Recht zur Kündigung aus medizinischen Gründen (Art. 101 Abs. 1 bzw. Abs. 2 VO KVG sehen vor):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– «Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer sind keine besonderen Risikogemeinschaften innerhalb eines Versicherers.»</li> <li>– «Prämienermässigungen sind nur zulässig für Kostenunterschiede, die auf die eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer sowie auf eine besondere Art und Höhe der Entschädigung der Leistungserbringer zurückzuführen sind. Kostenunterschiede aufgrund eines günstigeren Risikobestandes geben keinen Anspruch auf Prämienermässigung (...).»</li> </ul>

Legende: (O) = obligat; (F) = fakultativ; (F/O) = kurzfristig fakultativ, mittelfristig obligat © by Advokaturbüro Fürer Stähli Stähelin Gesner & BlueCare

## Checkliste «Rechte und Pflichten in den MC-Vertragsbeziehungen»

Schlussfassung vom 21.6.2000

### 2 Verhältnis Netzwerkarzt/Patient (MC-Behandlungsvereinbarung) I

	<b>2.1 Pflichten des Care Managers (Synonym Netzwerkarzt):</b>	<b>2.2 Rechte des Care Managers (Netzwerkarzt):</b>
(O)	(1) Pflicht, den versicherten Patienten im Rahmen der fachlichen Kompetenz inner- und ausserhalb der Praxis grundsätzlich persönlich nach den Regeln der Kunst zu betreuen und beraten:	(O) (1) Kündigungsrecht.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnose: Pflicht, alle gebotenen Untersuchungsmethoden nach den Regeln der Kunst selber durchzuführen oder den Patienten an einen Spezialisten zu verweisen, wenn ihm die fachliche Kompetenz für die Untersuchung fehlt.</li> <li>- Behandlungen: Pflicht, alle gebotenen Behandlungsmethoden, welche nach den Regeln der Kunst bestimmt und geeignet sind, das gesteckte Ziel zu erreichen, durchzuführen.</li> </ul>	(O) (2) Recht auf Dateneinsicht von allen Leistungserbringern, welche für den Patienten Leistungen erbringen.
(O)	(2) Pflicht, den versicherten Patienten zu beraten, zu überweisen und über alle Eingriffe und Konsequenzen zu informieren.	(O) (3) Recht auf Weitergabe und Sammlung der notwendigen, systemrelevanten medizinischen Daten betreffend den Patienten (behandelten Krankheiten, Angaben zu Gesundheitszustand, Diagnosen, Therapien und Kosten), mit dem Ziel, die Qualität und das Kosten-/Nutzenverhältnis der medizinischen Versorgung zu verbessern.
(O)	(3) Pflicht, den Patienten auf die Folgen aufmerksam zu machen, wenn der Care Manager nicht damit einverstanden ist, dass eine Leistung erbracht wird.	(F) (4) Recht auf Weitergabe von Informationen über ausstehende Rechnungen und Zustimmung auf direkte Zahlungen des Krankenversicherers an den Care Manager
(O)	(4) Geheimhaltungspflicht, sofern er nicht vom Patienten explizit davon entbunden wird.	
(O)	(5) Pflicht, sämtliche von anderen Ärzten zu erbringenden medizinischen Leistungen so zu koordinieren, dass die Kosten ohne Beeinträchtigung der Qualität möglichst tief gehalten werden.	
(O)	(6) Pflicht zur Sicherstellung der Erreichbarkeit bzw. der Stellvertretung.	
(O)	(7) Pflicht zur Aufzeichnung/Dokumentation aller relevanten medizinischen Daten.	
(O)	(8) Pflicht sekundäre Leistungserbringer bei Überweisung des Patienten über das Bestehen einer MC-Police zu informieren.	

Legende: (O) = obligat; (F) = fakultativ; (F/O) = kurzfristig fakultativ, mittelfristig obligat © by Advokaturbüro Fürer Stähli Stähelin Gesner & BlueCare

## Checkliste «Rechte und Pflichten in den MC-Vertragsbeziehungen»

Schlussfassung vom 21.6.2000

### ② Verhältnis Netzwerkarzt/Patient (MC-Behandlungsvereinbarung) II

20.1 Pflichten des Patienten:	20.2 Rechte des Patienten:
(O) (1) Pflicht, den Care Manager über alle Behandlungen, welche ohne dessen Auftrag erfolgen, zu informieren, soweit Sie das MC-System bzw. -Produkt betreffen.	(O) (1) Kündigungsrecht.
(O) (2) Pflicht, sekundäre Leistungserbringer über das Bestehen der MC-Police zu informieren (s. Informationspflicht gegenüber dem Care Manager).	(O) (2) Recht auf Koordination aller Behandlungen durch den Care Manager.
(O) (3) Bevollmächtigung des Care Managers, bei Leistungserbringern medizinisch relevante Daten betreffend den Patienten zu sammeln.	(O) (3) Recht auf Einsicht in die gesammelten, den Patienten betreffenden Daten.
(O) (4) Entbindung des Care Managers vom Berufsgeheimnis und von der Schweigepflicht (Art. 83 KVG und Art. 130 Abs. 2 VO KVG), - im Verhältnis zum neuen Care Manager, wenn der Patient den Care Manager wechselt; - im Verhältnis zum Krankenversicherer, wenn der Care Manager feststellt, dass sich der Patient Leistungen entschädigen lassen will, die vom Versicherungsvertrag nicht gedeckt sind oder der Patient andere Pflichten der MC-Police nicht erfüllt.	(F) (4) Recht auf Beizug eines weiteren Netzwerk-Arztes, um eine Zweitmeinung einzuholen (Second Opinion). <sup>3</sup>
(F) - im Verhältnis zum Krankenversicherer bei Abtretung von Leistungsansprüchen (z.B. bei ausstehenden Rechnungen).	
(F) (5) Pflicht zur Unterstützung der vom Care Manager empfohlenen Massnahmen zur Förderung der Gesundheit.	
(O) (6) Pflicht, einen Wechsel des Care Managers rechtzeitig dem bisherigen Care Manager und dem Krankenversicherer mitzuteilen.	
(F) (7) Abtretung künftiger Leistungsansprüche gegenüber dem Krankenversicherer, welche durch den Care Manager erbracht werden, wenn der Patient die Rechnungen nicht bezahlt. <sup>2</sup>	

Legende: (O) = obligat; (F) = fakultativ; (F/O) = kurzfristig fakultativ, mittelfristig obligat © by Advokaturbüro Fürer Stähli Stähelin Gesner & BlueCare

<sup>2</sup> mögliches Vorgehen

<sup>3</sup> mögliche Ausgestaltung

## Checkliste «Rechte und Pflichten in den MC-Vertragsbeziehungen»

Schlussfassung vom 21.6.2000

### ③ Verhältnis Ärztenetzwerk/Krankenversicherer (MC-Vertrag) I

<b>3.1 Pflichten des Ärztenetzwerkes:</b>	<b>3.2 Rechte des Ärztenetzwerkes:</b>
(O) (1) Pflicht zur Aufnahme alle relevanten Pflichten zur Wahrnehmung der Care Manager Funktion aus dem MC-Vertrag in die MC-Anschlussvereinbarung.	(O) (1) Recht, die für die Zusammenarbeit erforderliche Betriebsorganisation ärzteseitig selbständig festzulegen und zu führen.
(O) (2) Pflicht zum Abschluss der MC-Anschlussvereinbarung mit Ärzten, welche die folgenden Voraussetzungen erfüllen bzw. Pflicht zum Nichtabschluss bzw. zur Kündigung der MC-Anschlussvereinbarung mit Ärzten, welche die Voraussetzungen nicht bzw. nicht mehr erfüllen. Mögliche Anforderungsbedingungen an die Care Manager sind (Beispiel): - FMH-Titel als Facharzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Innere Medizin ohne Subspezialität oder Facharzt für Pädiatrie ohne Subspezialität - oder Prakt. Arzt (ohne FMH-Titel) mit äquivalenter Aus-/Weiterbildung - oder Fachärzte für Innere Medizin oder Pädiatrie mit Subspezialitäten, sofern sie hauptsächlich in der allgemeinen Grundversorgung tätig sind und der Überweisungsanteil an Patienten zweifelsfrei unter 50% liegt - Mindestens ..... Jahre Praxiserfahrung als Grundversorger - Beteiligung am Notfalldienst gemäss gültigem kantonalen/regionalen Reglement - Praxis im Vertragsgebiet - Besitz einer gültigen Praxisbewilligung - Berufshaftpflichtversicherung mit einer Deckungssumme von mind. Fr. XY - Mitglied der Ärzteorganisation - ...	(O) (2) Recht, Aufgaben an beauftragte Dritte zu übertragen (z.B. Betriebsgesellschaft) (O) (3) Mitsprache <sup>4</sup> bei der Definition der zu erhebenden, systemrelevanten Daten, der Zuweisung der Durchführungsverantwortung und der Regelung der Einsichtsrechte
(F) (3) Pflicht, den Krankenversicherer bei Delegation von Aufgaben im MC-System an Dritte zu orientieren (z.B. Betriebsgesellschaft).	(O) (4) Recht, weitere für die Durchführung des MC-Systems erforderliche Informationen und Parameter im Ärztenetzwerk zu sammeln und zu verwenden.
(O) (4) Pflicht zur Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen	(O) (5) Recht auf Einsicht und Plausibilisierung der Daten der Systemauswertung und ggf. Zugriffsrecht auf ausgewählte Einzelbelege/Rechnungen (Revision).
(O) (5) Beteiligung am negativen Systemergebnis	(O) (6) Mitbestimmung bei der Aufnahme neuer Krankenversicherer in einen bestehenden MC-Vertrag.
(F) (6) Pflicht zur sachlichen Information in der Öffentlichkeit (Treuepflicht)	(O) (7) Recht, dass Netzwerkärzte einem allfälligen zwischen dem Netzwerk und dem Krankenversicherer ausgehandelten Tarifvertrag beitreten können.
(F) (7) Pflicht zur regelmässigen Übermittlung/Zustellung der für die Prüfung des Leistungsanspruches erforderlichen Überweisungsinformationen des Care Managers.	(O) (8) Mitsprache bei der Definition und Festlegung des Kostenzieles.
(O) (8) Pflicht zur Förderung des elektronischen Datenaustausches.	(F) (9) Beteiligung am positiven Systemergebnis
(9) Pflicht Relationen wie Netzwerkgrösse, Einzugsgebiet, Versichertenanzahl, Marktdurchdringung in die Vertragsbeurteilung miteinzubeziehen.	(O) (10) <i>Bei Produktelancierung</i> : Mitsprache bei der Ausgestaltung und Änderung der Eckwerte des Anreizsystems für die Patienten/Versicherten im MC-System (minimaler Prämienrabattrahmen; Erhebung bzw. Nichterhebung Kostenbeteiligung usw.) <i>Nachher</i> : Informationsrecht bei Änderung des Anreizsystems im Rahmen der festgelegten Eckwerte.
	(O) (11) Mitsprache bei Änderungen des MC-Vertrages.
	(O) (12) Mitsprache bei Änderung der Versicherungsbedingungen (MC-Police), sofern diese das MC-System massgeblich tangieren.
	(O) (13) Recht zur Kündigung des MC-Vertrages unter Einhaltung der Kündigungsfrist.
	(F) (14) Recht auf finanzielle Abgeltung von systembedingten, ärztlichen Mehraufwendungen (Systemsteuerung).

<sup>4</sup> Unter Mitsprache gilt das Recht auf vorgängige Information, auf Meinungsäusserung und Gehör der Vertragspartner bei systemrelevanten Aspekten und deren Änderungen.

## Checkliste «Rechte und Pflichten in den MC-Vertragsbeziehungen»

Schlussfassung vom 21.6.2000

### ③ Verhältnis Ärztenetzwerk/Krankenversicherer (MC-Vertrag) II

	<b>30.1 Pflichten des Krankenversicherers: Allgemein:</b> (O) (1) Pflicht, ein Produkt gemäss Art. 41 Abs. 4 KVG ab vereinbartem Systembeginn anzubieten. (F) (2) Pflicht, das Ärztenetzwerk bei Delegation von Aufgaben im MC-System an Dritte zu orientieren (z.B. MC-Organisation). (O) (3) Beteiligung am negativen Systemergebnis (F) (4) Pflicht zur sachlichen Information in der Öffentlichkeit (Treuepflicht). (F) (5) Pflicht, dem Netzwerk im vereinbarten Zeitrahmen die aktuelle Versicherten- bzw. Mutationslisten zu übergeben oder elektronisch zu übermitteln. (O) (6) Pflicht, dem Netzwerk im vereinbarten Zeitrahmen die verarbeiteten Kostendaten der MC-Versicherten zu übermitteln /zu übergeben. (O) (7) Unterstützung der vom Ärztenetz betriebenen Qualitätssicherungsmassnahmen im Rahmen gemeinsamer definierter Projekte/Aktivitäten (F) (8) Pflicht zur finanziellen Abgeltung der systembedingten, ärztlichen Mehraufwendungen (Systemsteuerung). (F) (9) Förderung des elektronischen Datenaustausches. <b>MC-Police:</b> (F/O) (10) Pflicht, die MC-Police zu kündigen, wenn der Versicherte mit dem Care Manager keine MC-Behandlungsvereinbarung abschliesst. <b>Instruktion des Versicherten:</b> (F/O) (11) Pflicht zur Instruktion der Versicherten über die Funktionsweise der MC-Police. (F) (12) Pflicht, die Versicherten bei der Wahl des Care Managers nicht zu beeinflussen. (O) (13) Pflicht, jenen Versicherten, deren Care Manager vom Netzwerk ausgeschlossen wird, zu informieren, dass sie einen neuen Care Manager zu bezeichnen haben. <b>Vergütungen:</b> (O) (14) Pflicht, im Rahmen der MC-Police keine Zahlungen für Leistungen zu erbringen (an den Versicherten oder den Leistungserbringer, welche vom Care Manager nicht erbracht, angeordnet oder gutgeheissen wurden (Kulanzzahlungen im Ermessen des Krankenversicherers).	<b>30.2 Rechte der Krankenversicherers:</b> (O) (1) Recht, Aufgaben im MC-System an beauftragte Dritte zu übertragen (z.B. MC-Organisation) (O) (2) Mitsprache bei der Definition der zu erhebenden, systemrelevanten Daten, der Zuweisung der Durchführungsverantwortung und der Regelung der Einsichtsrechte (O) (3) Mitsprache bei der Definition und Festlegung des Kostenzieles (O) (4) Festlegung der Prämien (im Rahmen von Art. 101 VO KVG) (O) (15) <i>Bei Produktelancierung:</i> Mitsprache bei der Ausgestaltung und Änderung der Eckwerte des Anreizsystems für die Patienten/Versicherten im MC-System (minimaler Prämienrabattrahmen; Erhebung bzw. Nichterhebung Kostenbeteiligung usw.) <i>Nachher:</i> Recht auf Änderung des Anreizsystems im Rahmen der festgelegten Eckwerte. (O) (5) Mitsprache bei Änderungen des MC-Vertrages (F) (6) Beteiligung am positiven Systemergebnis (O) (7) Recht zur Kündigung des MC-Vertrages unter Einhaltung der Kündigungsfrist. (F) (8) Recht zur Werbung/Verkaufsförderung für das MC-Produkt. (O) (9) Recht, die MC-Police (Allgemeine Versicherungsbedingungen) nach Absprache mit dem Ärztenetzwerk zu verändern. (F) (10) Recht, im Vertragsgebiet nur mit den Leistungserbringern, welche mit Netzwerken eine MC-Anschlussvereinbarung geschlossen haben, ein Produkt gemäss Art. 41 Abs. 4 KVG anzubieten. (F) (11) Recht, im gleichen Tätigkeitsgebiet andere MC-Modelle anzubieten.

Legende: (O) = obligat; (F) = fakultativ; (F/O) = kurzfristig fakultativ, mittelfristig obligat © by Advokaturbüro Fürer Stähli Stähelin Gesner & BlueCare

## Checkliste «Rechte und Pflichten in den MC-Vertragsbeziehungen»

Schlussfassung vom 21.6.2000

### ③ Verhältnis Ärztenetzwerk/Krankenversicherer (MC-Vertrag) II

<p>(O) (15) Pflicht, im Rahmen der MC-Police keine Zahlungen für Leistungen zu erbringen (an den Versicherten oder den Leistungserbringer), wenn diese nicht gemäss den geltenden Tarifverträgen oder kantonalen Tarifen abgerechnet werden.</p> <p>(F) (16) Pflicht zur direkten Zahlung von erbrachten Leistungen, welche der Patient dem Care Manager nicht bezahlt hat.</p> <p><b>Liste der Netzwerkärzte:</b></p> <p>(O) (17) Pflicht, die Liste der Netzwerkärzte gemäss den vom Netzwerk gemeldeten Mutationen nachzuführen (Eintritte, Austritte, Aufnahme-stopp aus Kapazitätsgründen etc.)</p> <p>(F) (18) Pflicht, die Versicherten, falls sie von einer Änderung betroffen sind, über die Mutationen auf der Liste der Netzwerkärzte zu orientieren.</p> <p>(O) (19) Pflicht, den Versicherten auf Anfrage eine vollständige und aktuelle Ärzteliste zuzustellen.</p> <p>(F) (20) Pflicht, dem Netzwerk periodisch eine vollständige und aktuelle Liste der Netzwerkärzte, wie sie den Versicherten abgegeben wird, zur Überprüfung zuzustellen.</p> <p><b>Leistungen zuhanden der Care Manager:</b></p> <p>(O) (21) Pflicht, die für die administrative Abwicklung und Prüfung der Rechnungen erforderlichen Belege/Listen/Unterlagen bei den Leistungserbringern einzufordern und dem Care Manager zur Prüfung zu übergeben.</p> <p><b>Auswertung:</b></p> <p>(O) (22) Pflicht zur Auswertung der eigenen systemrelevanten Daten (Versichertenstatistik und Kostenstatistik der ausgerichteten Leistungen aller Versicherten)</p> <p>(F) (23) Pflicht, die im Rahmen der Auswertung verwendeten Daten der Vergleichspopulation in anonymisierter Form offenzulegen (Referenz-/Vergleichskollektiv), sofern das finanzielle Erfolgsmessungssystem einen Vergleich vorsieht oder andere diesbezügliche Vereinbarungen bestehen.</p> <p>(O) (24) Pflicht, keine Kosten der jährlichen Systemabrechnung zu belasten, welche nicht durch die Care Manager ausgelöst, veranlasst bzw. bewilligt wurden oder nicht die Vertragsdauer der MC-Police betreffen (Kulanzzahlungen im Absprache mit dem Care Manger ausgenommen).</p> <p>(O) (25) Berechnung des Systemergebnisses.</p>			
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

Legende: (O) = obligat; (F) = fakultativ; (F/O) = kurzfristig fakultativ, mittelfristig obligat © by Advokaturbüro Fürer Stähli Stähelin Gesner & BlueCare

## Checkliste «Rechte und Pflichten in den MC-Vertragsbeziehungen»

Schlussfassung vom 21.6.2000

### 4 Verhältnis Netzwerkarzt/Ärzt Netzwerk (MC-Anschlussvereinbarung)

/

	<b>4.1 Pflichten des Netzwerkarztes (Care Manager):</b>	<b>4.2 Rechte des Netzwerkarztes (Care Manager):</b>
(O)	(1) Pflicht, alle Vertragbestimmungen uneingeschränkt zu akzeptieren und einzuhalten, welche im MC-Vertrag vereinbart sind (im Verhältnis Ärztenetzwerk/Krankenversicherer).	(O) (1) Recht auf Abschluss einer MC-Anschlussvereinbarung und Aufnahme in das Ärztenetzwerk, wenn die Voraussetzungen für die Teilnahme am MC-Vertrag erfüllt sind (Verhältnis Ärztenetzwerk/Krankenversicherer).
(F/O)	(2) Pflicht zum Abschluss von MC-Behandlungsvereinbarungen mit Versicherten mit MC-Police, solange diese in zumutbarer Nähe zur Praxis Wohnsitz haben und sofern die Behandlung nicht aus persönlichen Gründen oder aus Kapazitätsgründen unzumutbar ist, wenn der Versicherte den Arzt als Care Manager bestimmt.	(O) (2) Recht auf fortlaufende Instruktion über die Funktionsweise des MC-Systems
(F/O)	(3) Pflicht des Care Managers zur Verwendung einer (standardisierten) MC-Behandlungsvereinbarung	(O) (3) Recht auf satzungskonforme Willensbildung des Ärztenetzwerkes betreffend: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Festlegung des Kostenziels</li> <li>- Veränderung der MC-Police, MC-Systembestimmungen</li> <li>- Veränderung der standardisierten MC-Behandlungsvereinbarung</li> <li>- Veränderung der MC-Anschlussvereinbarung</li> <li>- Veränderung des MC-Vertrages</li> <li>- Kündigung des MC-Vertrages</li> </ul>
(O)	(4) Pflicht, beim Systemeintritt bzw. Abschluss der MC-Behandlungsvereinbarung keine Risikoselektion vorzunehmen.	(O) (4) Austrittsrecht aus dem Ärztenetzwerk unter Berücksichtigung der Kündigungsfristen gemäss MC-Vertrag
(F/O)	(5) Pflicht, die MC-Behandlungsvereinbarung mit Versicherten mit MC-Police nur zu kündigen, wenn die Distanz zwischen Praxis und Wohnsitz wegen einer Praxis- oder Wohnsitzverlegung nicht mehr zumutbar ist oder die Behandlung aus anderen Gründen nicht mehr zumutbar ist.	(O) (5) Recht auf Einsichtnahme in die eigenen Systemdaten
(O)	(6) Pflicht des Care Managers zur Erbringung der Care Manager-Aufgaben (z.B. Kontrolle der von den Krankenversicherern zugestellten Rechnungen).	(F) (6) Beteiligung am positiven Ergebnis des Systems.
(O)	(7) Pflicht des Care Managers zur Berichterstattung an die Krankenversicherer, wenn ein Versicherter die Systembestimmungen nicht einhält (z.B. Behandlung ohne Einwilligung).	
(O)	(8) Pflicht, dem Ärztenetzwerk, dem Krankenversicherer oder der beauftragten Stelle, die für die Datensammlung/-analyse und Systembewertung erforderlichen Informationen zur Verfügung zu stellen.	
(F)	(9) Pflicht, die Massnahmen zur elektronischen Vernetzung im Ärztenetzwerk umzusetzen (elektronischer, gesicherter Datenaustausch).	
(O)	(10) Pflicht zur Abrechnung über einen Patienten bei System-Eintritt/-Austritt.	
(O)	(11) Pflicht zur Abrechnung über sämtliche System-Patienten bei Verlassen des Ärztenetzwerkes.	

## Checkliste «Rechte und Pflichten in den MC-Vertragsbeziehungen»

Schlussfassung vom 21.6.2000

### 4 Verhältnis Netzwerkarzt/Ärztenezwerk (MC-Anschlussvereinbarung)

/

(O)	(12) Pflicht zur Abrechnung über sämtliche System-Patienten auf den Zeitpunkt der Auflösung des MC-Vertrages zwischen dem Ärztenetzwerk und dem Krankenversicherer.		
	<b>Pflichten des Netzwerkarztes:</b>		
(F)	(13) Pflicht, die Patienten mit MC-Police nach Möglichkeit primär an andere Netzwerkarzte weiterzuverweisen.		
(F)	(14) Pflicht zur Vertretung anderer Care Manager, sofern dies zumutbar ist.		
(O)	(15) Pflicht, die satzungsgemäss gefällten Entschiede des Ärztenetzwerkes zu akzeptieren (insbesondere betreffend Änderungen des MC-Vertrags, Inhalt der MC-Anschlussvereinbarung, Ausgestaltung der MC-Police, Inhalt der MC-Behandlungsvereinbarung etc.).		
(O)	(16) Pflicht, nicht mehr im Rahmen der MC-Police tätig zu sein, wenn der MC-Vertrag zwischen dem Ärztenetzwerk und dem Krankenversicherer aufgelöst wird.		
(O)	(17) Pflicht zum Beitritt zum Tarifvertrag zwischen dem Ärztenetzwerk und dem Krankenversicherer, sofern ein solcher besteht.		
(O)	(18) Pflicht zur Abrechnung der erbrachten Leistungen gemäss den gültigen Tarifen.		
(O)	(19) Pflicht zur Teilnahme an der vom Ärztenetzwerk organisierten Qualitätssicherungsmaßnahmen..		
(O)	(20) Pflicht, dem Krankenversicherer die Informationen zur Verfügung zu stellen, welche für die Kostentransparenz erforderlich sind.		
(O)	(21) Förderung und Sicherung der Qualität der medizinischen Versorgung, z.B. durch Fortbildung und Mitarbeit in Qualitätszirkeln.		
(F)	(22) Beteiligung am negativen Ergebnis des Systems.		

Legende: (O) = obligat; (F) = fakultativ; (F/O) = kurzfristig fakultativ, mittelfristig obligat © by Advokaturbüro Fürer Stähli Stähelin Gesner & BlueCare

## Checkliste «Rechte und Pflichten in den MC-Vertragsbeziehungen»

Schlussfassung vom 21.6.2000

### 4 Verhältnis Netzwerkarzt/Ärzt Netzwerk (MC-Anschlussvereinbarung)

II

	<b>40.1 Pflichten des Ärztenetzwerkes:</b>	<b>40.2 Rechte des Ärztenetzwerkes:</b>
(O)	(1) Pflicht zur Aufnahme von Ärzten als Care Manager, welche im Vertragsgebiet praktizieren und die im MC-Vertrag mit den Krankenversicherer vereinbarten Voraussetzungen erfüllen bzw. Pflicht zum Ausschluss von Ärzten, welche nicht mehr im Vertragsgebiet praktizieren oder die Voraussetzungen nicht mehr erfüllen.	(O) (1) Recht auf Vertretung sämtlicher Mitglieder des Ärztenetzwerkes gegenüber dem Krankenversicherer hinsichtlich: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Festlegung des Kostenziels</li> <li>- Veränderung der MC-Police, MC-Systembestimmungen</li> <li>- Erhebung/Nichterhebung der Franchise und des Selbstbehalts</li> <li>- Veränderung der standardisierten MC-Behandlungsvereinbarung</li> <li>- Veränderung der MC-Anschlussvereinbarung</li> <li>- Veränderung des MC-Vertrages</li> <li>- Kündigung des MC-Vertrages</li> </ul>
(F)	Mögliche Anforderungsbedingungen an die Care Manager sind (Beispiel): <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>FMH-Titel als Facharzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Innere Medizin ohne Subspezialität oder Facharzt für Pädiatrie ohne Subspezialität</i></li> <li>- <i>oder Praktischer Arzt (ohne FMH-Titel) mit äquivalenter Aus- und Weiterbildung</i></li> <li>- <i>oder Fachärzte für Innere Medizin oder Pädiatrie mit Subspezialitäten, sofern sie hauptsächlich in der allgemeinen Grundversorgung tätig sind und der Überweisungsanteil an Patienten zweifelsfrei unter 50% liegt</i></li> <li>- <i>Mindestens ..... Jahre Praxiserfahrung als Grundversorger</i></li> <li>- <i>Beteiligung am Notfalldienst gemäss gültigem kantonalen/regionalen Reglement</i></li> <li>- <i>Besitz einer gültigen Praxisbewilligung</i></li> <li>- <i>Berufshaftpflichtversicherung</i></li> <li>- <i>Mitglied der kantonalen Ärzteorganisation</i></li> <li>- ...</li> </ul>	(O) (2) Recht auf Ausschluss eines Arztes aus dem Ärztenetzwerk, wenn dieser die Anforderungen nicht mehr erfüllt oder nachhaltig gegen das MC-System verstösst.
(O)	(2) Pflicht zur fortlaufenden Instruktion des Netzwerkarztes über die Funktionsweise des MC-Systems	
(O)	(3) Pflicht zur Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen.	
(F)	(4) Pflicht zur Wahrung der Interessen der Netzwerkarzte im Verhältnis zur Krankenversicherer.	

Legende: (O) = obligat; (F) = fakultativ; (F/O) = kurzfristig fakultativ, mittelfristig obligat © by Advokaturbüro FÜRER Stähli Stähelin Gesner & BlueCare

## Anhang 6

### Liste der Hausarztmodelle / HMOs und Managed Care Organisationen 2004

Erarbeitet vom Forum Managed Care

BearbeiterInnen: Isabel Münger, Dr. med. Peter Berchtold, Dr. med. Kurt Hess

#### 1) Hausarztmodelle in der Schweiz im Jahr 2004

Kanton	Name des Netzwerks	Präsident/Ansprechpartner des Netzwerks (Titel, Name, Ort, wenn möglich E-Mail- und Internet-Adresse)	Startdatum des Netzwerks
AG	Aarau	Dr. med. Christoph Wartmann, Hinterhagweg 24, 5722 Gränichen Tel. 062 842 13 33 E-Mail: christoph.wartmann@bluewin.ch	01.01.1997
AG	Baden	Dr. med. Hans Fuchs, Landstrasse 79, 5430 Wettingen E-Mail: hans.fuchs@hin.ch	01.09.1996
AG	Bremgarten	Dr. med. Andreas Weisshaar, Alte Bremgartenstr. 8, 8964 Rudolfstetten E-Mail: aweisshaar@bluewin.ch	01.03.1997
AG	Brugg	Dr. med. Heinrich Zürcher Ankerstrasse 9, 5210 Windisch E-Mail: heinrich.zuercher@hin.ch	01.03.1997
AG	Fricktal	Dr. med. Martin Lukas Rickenbacher, Stadtweg 4, 4310 Rheinfelden. E-Mail: martin.rickenbacher@hin.ch	01.04.1997
AG	Lenzburg-Seetal	Dr. med. Hans Rohr Strangengasse 31A, 5502 Hunzenschwil E-Mail: elide.rohr@hin.ch	01.01.1997
AG	Wohlen	Dr. med. Wolfgang Meyer Poststrasse 10, 5612 Villmergen E-Mail: wolfgang.meyer@hin.ch	01.04.1997
AG	Wynen-/ Suhrental	Dr. med. Paul Hufschmid, Fliederweg 1, 5040 Schöftland. E-Mail: paul.hufschmid@bluewin.ch	01.04.1997
AG	Zofingen	Dr. med. Mark Burger Hintere Hauptgasse 16, 4800 Zofingen E-Mail: mark.burger@hin.ch	01.01.1997
AG	Zurzach	Dr. med. Roger Bonhôte, Dorfstrasse 10, 5313 Klingnau E-Mail: roger.bonhote@bluewin.ch	01.04.1998
<b>total AG</b>			

Sämtliche Angaben ohne Gewähr, Angaben der Netzwerke, Stichtag 01.01.2004

Anzahl im Netzwerk zusammengezogener Grundversorger <sup>1</sup>	Anzahl Hausarztmodell-Versicherte	Durchsch Anzahl Versicherte pro Netzwerk-Arzt	MC-Organisationen und Krankenversicherer, mit denen direkte Verträge bestehen
41	12'000	292	SanaCare <sup>2</sup> , UNIMEDES <sup>3</sup>
74	15'965	211	SanaCare <sup>2</sup> , UNIMEDES <sup>3</sup> (Betriebsgesellschaft: argomed)
12	2'851 <sup>10</sup>	237	SanaCare <sup>2</sup> , UNIMEDES <sup>3</sup> (Betriebsgesellschaft: argomed)
24	7'173	299	SanaCare <sup>2</sup> , UNIMEDES <sup>3</sup> , HELSANA (Betriebsgesellschaft: argomed)
46	8'485	184	SanaCare <sup>2</sup> , UNIMEDES <sup>3</sup> (Betriebsgesellschaft: argomed)
33	13'614	413	SanaCare <sup>2</sup> , UNIMEDES <sup>3</sup> (Betriebsgesellschaft: argomed)
18	3'980	221	SanaCare <sup>2</sup> , UNIMEDES <sup>3</sup> (Betriebsgesellschaft: argomed)
25	4'041	162	SanaCare <sup>2</sup> , UNIMEDES <sup>3</sup> (Betriebsgesellschaft: argomed)
28	4'219	151	SanaCare <sup>2</sup> , UNIMEDES <sup>3</sup> (Betriebsgesellschaft: argomed)
22	4'000	181	SanaCare <sup>2</sup> , UNIMEDES <sup>3</sup> (Betriebsgesellschaft: argomed)
323	76'328	236	

Kanton	Name des Netzwerks	Präsident/Ansprechpartner des Netzwerks (Titel, Name, Ort, wenn möglich E-Mail- und Internet-Adresse)	Startdatum des Netzwerks
AI/AR	Appenzell Ost	Dr. med. Michael Steinbrecher, Hasenbühlweg 2, 9410 Heiden E-Mail: steinbrecher@bluewin.ch	01.03.1997
AI/AR	Appenzellerland West	Dr. med. Hansueli Schläpfer Kasernenstrasse 30, 9100 Herisau E-Mail: schlaepfer11@bluewin.ch	01.03.1997
<b>total AI/AR</b>			
BE	Kanton Bern	Hausarztmodell Kanton Bern der UNIMEDES	01.04.1996
BE	<i>Bern Pioneer</i>	Von der HELSANA per 30.06.2002 beendet.	
BE	Bern Seeland <sup>1</sup> , réseau de santé COSAMA	Dr. Eugen Häni, Unterer Quai 92, 2502 Biel-Bienne	01.01.1999
BE	Biel	Dr. med. Hans-Ueli Dettwiler, General Dufourstr. 66a, 2502 Biel-Bienne E-Mail: h.dettwiler@hin.ch	01.04.1998
BE	Thun (IGOMED)	Dr. med. Theodor Rohrer, Innere Medizin FMH Buchholzstrasse 7 A, 3604 Thun E-Mail: theodor.rohrer@bluewin.ch	01.01.1997
<i>BE</i>	<i>Kanton Bern</i>		
<b>total BE</b>			
BS	HMO Gesundheitsplan (Das HMO Ärztenetz umfasst den Verein VIPA und die HMO Praxis der Stiftung HMO)	Präsident Ärzteverein VIPA: Dr. med. Guy Morin, Murbachstrasse 34, 4056 Basel  Stiftung HMO: Stefan Schütz, lic.rer.pol Kirschgartenstrasse 7, 4010 Basel E-Mail: Stefan.Schütz@hmobs.ch www.hmogesundheitsplan.ch	1995
<b>total BS</b>			
BL/SO	Hausärzteverein Angenstein (HVA)	Dr. med. Hanspeter Merz, Angensteinerstrass 6, 4153 Reinach E-Mail: hp.merz@hin.ch	01.01.1997 (UNIMEDES) 01.01.2000 (SanaCare)
BL	Frenkentaler	Frau Dr. med. Regula Zimak Unterbiel 26, 4418 Reigoldswil E-Mail: regula.zimak@hin.ch	01.09.1995
<b>total BL</b>			

Anzahl im Netzwerk zusammengezogener Grundversorger <sup>1</sup>	Anzahl Hausarztmodell-Versicherte	Durchsch Anzahl Versicherte pro Netzwerk-Arzt	MC-Organisationen und Krankenversicherer, mit denen direkte Verträge bestehen
15	700	46	SanaCare <sup>4</sup>
21	1'634 <sup>5</sup>	78	SanaCare <sup>4</sup>
36	2'334	65	
770	23'943	43	UNIMEDES <sup>3</sup>
Die Ärztegruppe hat sich aufgelöst.			
30	35	1	COSAMA Assura, Atupri, Groupe Mutuel (16 assureurs), Hotela, Philos, Supra
42	1'566	37	SanaCare <sup>2</sup>
104	5'500	53	HELSANA (in Verhandlung eines neuen Vertrages)
<i>Light-Hausarztliste HELSANA: Modell wird seit 01.07.2002 nicht mehr angeboten</i>			
946	31'044	33	
Total 76 angeschlossene Ärzte davon 6 Vollstellen in der HMO Praxis	Total 19'926 im HMO Gesundheitsplan Davon 5'541 <sup>7</sup> in HMO Praxis		CONCORDIA, HELSANA, KBV, ÖKK
70	14'385		
140	9'300	62	SanaCare <sup>4</sup> UNIMEDES <sup>3</sup>
20	2'700	135	SanaCare <sup>4</sup>
160	12'000	75	

Kanton	Name des Netzwerks	Präsident/Ansprechpartner des Netzwerks (Titel, Name, Ort, wenn möglich E-Mail- und Internet-Adresse)	Startdatum des Netzwerks
FR	Réseau de soins Avenir	Président de la commission de gestion paritaire: Olivier Musy E-Mail: omusy@groupemutuel.ch	01.01.1996
<b>total FR</b>			
GE	Genève ReMed (OPTIMED)	Président ReMed: Dr med, int. Thomas Wyss avenue de Champel 6, 1206 Genève E-Mail: wyssthomas@yahoo.com	01.01.1997
GE	Réseau de santé Delta SA	Dres Marc-André Raetzo, Philippe Schaller, Groupe Médical d'Onex Médecine 1213 Onex. Tel. 022-879 50 40. E-Mail: raetzo@gmo.ch; Schaller@gmo.ch	01.01.1992 (Capitation)
<b>total GE</b>			
GR	Verein Churer Grundversorger-Ärzte VCGA	Dr. med. Jachen Vonzun Obere Gasse 10, 7000 Chur E-Mail: j.vonzun@bluewin.ch	01.02.1996
GR	CasaMed Graubünden	Gemeinsamer Ausschuss CASAMED ÖKK, Hauptsitz, Bahnhofstrasse 9, 7302 Landquart	01.01.1997
<b>total GR</b>			
LU	Luzern und Agglomeration	Dr. med. Aldo Kramis, Gerliswilstrasse 66, 6020 Emmenbrücke E-Mail: a.kramis@vlam.ch	01.01.2000
LU	Luzern-Reuss	Dr. med. Urs Dahinden, Obergrundstrasse 88, 6005 Luzern	01.02.1999
<b>total LU</b>			
SG	Gossau/Flawil	Dr. med. Christian Häuptle, St. Gallerstrasse 77, 9200 Gossau E-Mail: c.haeuptle@bluewin.ch	01.01.1997
SG	Mittel-Unterrheintal	<i>neu Zusammenschluss unter RhyMed (im Aufbau)</i>	01.01.1997
SG	Oberes Linthgebiet	Dr. med. Hugo Gmür Schulhausstrasse 5, 8722 Kaltbrunn	01.01.1997
SG	Oberrheintal	<i>neu Zusammenschluss unter RhyMed (im Aufbau)</i>	01.01.1997
SG	RhyMed (Im Aufbau)	Dr. med. Reto Gross, Bahnhofstrasse 21a, 9450 Altstätten E-Mail: praxis.gross.reto@hin.ch	09. 2003

Anzahl im Netzwerk zusammengezogener Grundversorger <sup>1</sup>	Anzahl Hausarztmodell-Versicherte	Durchsch Anzahl Versicherte pro Netzwerk-Arzt	MC-Organisationen und Krankenversicherer, mit denen direkte Verträge bestehen
113	2'158	19	Avenir assurances, membre du Groupe Mutuel, association d'assureurs
113	2'158	19	
232	12'754	55	COSAMA Assura, Groupe Mutuel (16 assureurs), Hotela, Philos, Supra
55	10'194	185	Avenir assurances, membre du Groupe Mutuel, CSS, HELSANA, UNIMEDES
287	22'948	80	
36	1'130	32	SanaCare <sup>4</sup>
172	18'420	107	ÖKK
208	19'550	94	
16	1'479	93	SanaCare <sup>8</sup> , UNIMEDES <sup>3</sup>
21	1'690	66	SanaCare <sup>4</sup> , UNIMEDES <sup>3</sup>
37	3'169	86	
24	2'526	105	SanaCare <sup>4</sup> , UNIMEDES <sup>3</sup>
20	1'331	67	UNIMEDES <sup>3</sup>
20	393	19	UNIMEDES <sup>3</sup> geplant: HELSANA
18	659	37	UNIMEDES <sup>3</sup>
21	0 Einzelverträge mit Hausärzten der alten Haus- arztnetze gelten noch	0 Einzelverträge mit Hausärzten der alten Haus- arztnetze gelten noch	UNIMEDES <sup>3</sup>

Kanton	Name des Netzwerks	Präsident/Ansprechpartner des Netzwerks (Titel, Name, Ort, wenn möglich E-Mail- und Internet-Adresse)	Startdatum des Netzwerks
SG	PizolCare EQUAM <sup>2</sup>	Dr. med. Urs Keller Büntenstrasse 6, 8722 Wangs E-Mail: urs.keller@hin.ch www.pizolcare.ch	01.01.2001
SG	AVAR Rorschach	Dr. med. Roman Schoeb, Eschenstrasse 9, 9403 Goldach E-Mail: schoeb-koster@bluewin.ch	01.01.1997 (SanaCare: 01.01.1999)
SG	Sargans	<i>neu unter PizolCare</i>	
SG	St. Gallen (Stadt)	Dr. med. Martin Krüsi Rehetobelstrasse 7, 9000 St. Gallen E-Mail: m.krüsi@hin.ch (Ansprechpartner im Unimedes-Modell: Dr. med. Ruedi Wissmann, St. Gallen)	01.01.1997
SG	Toggenburg	Dr. med. Ueli Frey Felsensteinstrasse 12, 9642 Ebnat-Kappel	01.01.1997
SG	Unteres Linthgebiet	Dr. med. Marco Lendi Neue Jonastrasse 79, 8640 Rapperswil	01.01.1997
SG	Uzwil (HausArzt-Forum Uzwil)	Dr. med. René Baer Bahnhofstrasse 88, 9242 Oberuzwil. E-Mail: renebaer@bluewin.ch	01.10.1996
SG	Werdenberg	<i>neu unter PizolCare</i>	
SG	Wil (Hausärztsystem des Ärzteforums 9500 Wil)	Dr. med. Paul Germann, Dörfli 3, 9536 Schwarzenbach. E-Mail: paul@dataway.ch	01.01.1997
SG	Kanton SG	SWICA FAVORIT CASA	
<b>total SG</b>			
SH	Schaffhausen	Dr. med. Gerhard Schilling, Chlini Schanz 42, 8260 Stein am Rhein, E-Mail: gerhard.sschilling@hin.ch	01.09.1997
<b>total SH</b>			
SO	Solothurn	<i>Dr. med. Jean-Pierre Summ, Dorfstrasse 41, 2544 Bettlach</i>	
SZ	Kanton Schwyz	Dr. med. Ivo Kennel Gotthardstrasse 19, 6415 Arth	01.01.1999
<b>total SZ</b>			
TG	MurgMed (Frauenfeld-Hinterthurgau)	Dr. med. Pierre-Yves Zaugg Rheinstrasse 23, 8500 Frauenfeld Tel. 052 725 00 99, Fax 052 725 00 90 E-Mail: pyz@swissonline.ch	01.07.2001

Anzahl im Netzwerk zusammengezogener Grundversorger <sup>1</sup>	Anzahl Hausarztmodell-Versicherte	Durchsch Anzahl Versicherte pro Netzwerk-Arzt	MC-Organisationen und Krankenversicherer, mit denen direkte Verträge bestehen
38	1'967	52	SanaCare <sup>4</sup>
26	1'877	72	SanaCare <sup>4</sup> , UNIMEDES <sup>3</sup>
53	3'269	62	SanaCare <sup>4</sup> , UNIMEDES <sup>3</sup>
32	380	12	UNIMEDES <sup>3</sup>
15	151 <sup>12</sup>	10	UNIMEDES <sup>3</sup>
17	1'632	96	SanaCare <sup>4</sup> , UNIMEDES <sup>3</sup>
			SanaCare <sup>4</sup>
21	2'601 <sup>3</sup>	124	SanaCare <sup>4</sup> , UNIMEDES <sup>3</sup>
( <sup>4</sup> )	46'189	Vertragsloser Zustand, die Versicherten waren von den Netzwerkärzten des Kantons betreut.	
305	62'975	206	
74	11'635	157	SanaCare <sup>4</sup> , UNIMEDES <sup>3</sup>
74	11'635	157	
<i>Ärztetz per 30.06.2002 von HELSANA aufgelöst</i>			
67	1'374 <sup>4</sup>	21	UNIMEDES <sup>3</sup>
67	1'374	21	
56	21'762 <sup>3</sup>	389	SanaCare <sup>4</sup> , UNIMEDES <sup>3</sup> , SWICA, HELSANA (Betriebsgesellschaft: thurcare)

Kanton	Name des Netzwerks	Präsident/Ansprechpartner des Netzwerks (Titel, Name, Ort, wenn möglich E-Mail- und Internet-Adresse)	Startdatum des Netzwerks
TG	Mittelthurgau	Dr. med. Elsbeth Bornhauser Scherzingerstrasse 2, 8598 Bottighofen, Tel. 071 688 44 75, Fax 071 688 44 74 E-Mail: Elsbeth.Bornhauser@hin.ch	01.07.2001
TG	Oberthurgau	Dr. med. Manuel Büsser Weinfelderstrasse 61, 8580 Amriswil Tel. 071 411 27 27, Fax 071 411 41 91 E-Mail: manuel.buesser@bluewin.ch	01.07.2001
TG	Kreuzlingen	Dr. med. Georg Häberlin Hauptstrasse 84, 8280 Kreuzlingen Tel. 071 672 11 88, Fax 071 672 33 63	
<b>total TG</b>			
TI	Kanton Tessin	Light-Hausarztliste HELSANA: Modell wird seit 1.07.2002 nicht mehr angeboten	
VD	Lausanne/Nyon (QUALIMED/MEDINET)	Durch die Versicherer HELSANA, Visana geschlossen	
VD	COSAMA Vaud	Président Conseil paritaire: Prof. Olivier Blanc, Dommartin	01.01.1996
<b>total VD</b>			
ZH	Effretikon und Umgebung	Dr. med. Urs Zehnder Klotenerstrasse 8, 8303 Bassersdorf E-Mail: urs.zehnder@bluewin.ch	01.07.1997
ZH	hawa-«Verein Hausärzte der Bezirke Winterthur und Andelfingen»	Dr. med. Alfred Rösli Im Gässli 1, 8405 Winterthur E-Mail: alfred.roesli@hin.ch www.hawa.ch	01.01.1997 01.01.1996
ZH	WintiMed AG	Präsidentin: Dr. med. Fiona Fröhlich Schlossbergstrasse 3, 8408 Winterthur E-Mail: fiona.froehlich@hin.ch www.wintimed.ch	01.03.1994
ZH		Geschäftsleiter: Dr. med. Christian Marti, Rosinliweg 44, 8400 Winterthur E-mail: christian.marti@hin.ch	01.01.1999 Budgetverträge
ZH	Ärztinnenetzwerk Zürich West «AZW»	Dr. med. René Schmid Zürcherstrasse 64, 8953 Dietikon E-Mail: rene.schmid@hin.ch	01.04.2001
ZH	Zürcher Oberland Nord	Dr. med. Thomas Zogg, Im Baumgarten 1, 8320 Fehraltorf E-Mail: t.zogg@hin.ch	01.01.1999 (SanaCare: 01.01.2000)
ZH	Zürcher Ärzte Gemeinschaft (zmed)	Daniel von Felten/Michael Peltenburg Michael.Peltenburg@hin.ch www.zmed.ch	01.01.1998

Anzahl im Netzwerk zusammengezogener Grundversorger <sup>1</sup>	Anzahl Hausarztmodell-Versicherte	Durchsch Anzahl Versicherte pro Netzwerk-Arzt	MC-Organisationen und Krankenversicherer, mit denen direkte Verträge bestehen
39	17'159 <sup>13</sup>	440	SanaCare <sup>4</sup> , UNIMEDES <sup>3</sup> , SWICA, HELSANA (Betriebsgesellschaft: thurcare)
40	15'013 <sup>13</sup>	375	SanaCare <sup>4</sup> , UNIMEDES <sup>3</sup> , SWICA, HELSANA (Betriebsgesellschaft: thurcare)
16	3'424 <sup>13</sup>	214	SanaCare <sup>4</sup> (Anschlussvertrag via Netz Mittel-TG), UNIMEDES <sup>3</sup> , SWICA, HELSANA (Betriebsgesellschaft: thurcare)
151	57'358	380	
232	21'166	91	COS'AMA
232	21'166	91	
28	3'185	114	SanaCare <sup>2</sup> , UNIMEDES <sup>3</sup>
99	26'000	262	SanaCare <sup>4</sup> , UNIMEDES <sup>3</sup> , SWICA, Visana (Betriebsgesellschaft: hawadoc AG)
28 <sup>7</sup>	3'471	124	SanaCare <sup>2</sup>
	4'689 Budgetverträge	167	UNIMEDES <sup>3</sup> , CSS, HELSANA, SWICA, Visana
24	707	29	SanaCare <sup>2</sup>
32	1'455	45	SanaCare <sup>2</sup> , UNIMEDES <sup>3</sup>
183	7'238	40	SanaCare <sup>2</sup> , UNIMEDES <sup>3</sup> Krankenkasse Aerosana

Kanton	Name des Netzwerks	Präsident/Ansprechpartner des Netzwerks (Titel, Name, Ort, wenn möglich E-Mail- und Internet-Adresse)	Startdatum des Netzwerks
ZH	MediX Ärzteverbund (MediX Praxis- netz Zürich AG)  EQUAM <sup>10</sup>	Dr. med. Felix Huber, Rotbuchstrass 46, 8073 Zürich E-Mail: felix.huber@medix-gruppenpraxis.ch www.medix.ch	01.01.1998
ZH	hapmed AG Hausarztmedizin am Pfannenstil	Dr. med. Gerold Saladin Gerbi 10, 8713 Uerikon Gerold.Saladin@hin.ch	Im Aufbau
ZH	Ärzt Netzwerk Säuliamt	Dr. med. Philippe Luchsinger Zürichstrasse 48, 8910 Affoltern am Albis philippe.luchsinger@hin.ch	01.02.2004
ZH	Kanton Zürich	SWICA FAVORIT CASA	
<b>total ZH</b>			
<b>total CH</b>			

1 In einigen Netzen gibt es einzelne Vereinsmitglieder, die nicht in den Versicherungsvertrag des

Netzes eingebunden sind. In dieser Spalte wird die Zahl der Vereinsmitglieder aufgeführt

2 SanaCare vertritt in diesem Netzwerk folgende Versicherer: Atupri, CONCORDIA, Wincare, Visana

3 UNIMEDES vertritt in diesem Netzwerk folgende Versicherer: ÖKK, innova, Aquilana, Allgemeine Krankenkasse, Carena, Kolping Krankenkasse, BKK Heerbrugg, kmu-Krankenversicherung, PROVITA, Xundheit Gesundheitskasse Schweiz, KK Birchmeier, Sumiswalder KK (Es sind jedoch nicht alle Krankenversicherer in allen Hausarzt netzen vertreten)

4 SanaCare vertritt in diesem Netzwerk folgende Versicherer: Atupri, CONCORDIA, Wincare

5 Angabe SanaCare per 1. Quartal 2004

6 Netzwerk ist seit 2 Jahren nicht mehr operativ. (Datenangabe erfolgte durch COSAMA)

7 Diese HMO Praxis wird in der Liste der HMO ausgewiesen. Die entsprechende Versicherungszahl wird dort aufgeführt

8 SanaCare vertritt in diesem Netzwerk folgende Vertreter: Atupri, CONCORDIA

9 Qualitätszertifikat der Stiftung EQUAM (Externe Qualitätskontrolle in der Medizin)

10 Angaben durch SanaCare und UNIMEDES

11 Die Hausärzte dieses Netzes sind teilweise Mitglieder der übrigen Netze des Kantons

12 Angabe UNIMEDES per 1. Quartal 2004

13 Angaben von thurcare per Januar 2004

14 Alle Netzwerkärzte haben konventionelle wie Budgetverträge

<b>Anzahl im Netzwerk zusammengezogener Grundversorger<sup>1</sup></b>	<b>Anzahl Hausarztmodell-Versicherte</b>	<b>Durchsch Anzahl Versicherte pro Netzwerk-Arzt</b>	<b>MC-Organisationen und Krankenversicherer, mit denen direkte Verträge bestehen</b>
30 Grundversorger (10 Spezialisten) Davon 12 in MediX-Gruppenpraxis	6'400	213	HELSANA, Visana, SWICA, Groupe Mutuel, UNIMEDES <sup>3</sup>  (Managementpartner: MediX-Management AG)
69	0 (01.01.2004)	0 (01.01.2004)	Noch keine Verträge
37	0 (01.01.2004)	0 (01.01.2004)	Noch keine Verträge
( <sup>11</sup> )	1'906		SWICA
<b>530</b>	<b>55'051</b>	<b>104</b>	
<b>3'539</b>	<b>393'475</b>		

## 2) HMO-Gesundheitszentren und Standorte mit HMO-Angebot in der Schweiz im Jahr 2004

Kanton	Standort	Name und Adresse der HMO	Inhaber
AG	Baden	Gesundheitszentrum des Instituts für Arbeitsmedizin, Kreuzweg 3, 5400 Baden Tel. 056-205 44 44 (ehemals SWICA Gesundheitszentr.)	Dr. med. Dieter Kissling
<b>total AG</b>			
BE	Bern EQUAM <sup>4</sup>	SanaCare HMO-Gesundheitszentrum Laupenstrasse 37, 3008 Bern Tel. 031-385 71 11	SanaCare AG
BE	Bern	SWICA Gesundheitszentrum Spitalgasse 40, 3011 Bern Tel. 031-326 55 55	SWICA Gesundheitsorganisation
BE	Bern EQUAM <sup>1</sup>	Praxis Bubenberg Bubenbergplatz 11, 3001 Bern Tel. 031-328 88 88	Praxis Bubenberg AG (mitarbeitereigen)
<b>total BE</b>			
BS	Basel EQUAM <sup>1</sup>	HMO Praxis Sternengasse 21, 4010 Basel Tel. 061-295 46 46	Stiftung HMO Kirschgartenstrasse 7, 4010 Basel Tel. 061 295 47 47
BS	Basel	SWICA Gesundheitszentrum, Freie Strasse 35, 4001 Basel Tel. 061-264 33 33	SWICA Gesundheitsorganisation
<b>total BS</b>			
GE	Genf	SWICA Centre de santé, Rue de Lausanne 80, 1202 Genève Tel. 022-908 33 33	SWICA Gesundheitsorganisation
<b>total GE</b>			
GR	Chur	<i>Gesundheitszentrum Chur, SWICA Steinbruchstrasse 12, 7000 Chur,</i>	
LU	Luzern EQUAM <sup>1</sup>	SanaCare HMO-Praxis Löwencentner, Zürichstrasse 9, 6004 Luzern Tel. 041-417 31 31	SanaCare AG
LU	Luzern EQUAM <sup>1</sup>	Pilatus Praxis, Pilatusstrasse 35, 6003 Luzern Tel. 041-227 81 81	Pilatus Praxis
LU	Luzern	Xundheit Praxis HMO Frankenstrasse 2, 6002 Luzern Tel. 041-227 11 11	Xundheit Praxis HMO AG, eine Tochterunternehmung der Xundheit - Öffentliche Gesundheitskasse Schweiz AG

Sämtliche Angaben ohne Gewähr, Stichtag 01.01.2004

Vertrag mit	in Betrieb seit	Leitende(r) Arzt/Ärztin	Anzahl ÄrztInnen / (Anzahl Stellen)	Anzahl HMO-Verseicherte	Anzahl Versicherte pro volle Arztstelle
SWICA, CSS	1994/95	Dr. med. Dieter Kissling	8 (4,8)	3'040	633
			<b>8 (4,8)</b>	<b>3'040</b>	
Atupri, CONCORDIA, HELSANA, Provita, Wincare, Kolping, Visana	1994	Dr. med. Ulrich Thurnheer	6 (5,3)	4'270	806
SWICA	1994/95	Dr. med. Donat Gemsch (bis 31.09.2004) Dr. med. Schläppi (ab 1.10.2004)	4 (2,6)	3'050	1'173
CSS, HELSANA, Groupe Mutuel, UNIMEDES, Visana,	01.01.1999	Dr. med. Adrian Wirthner	7 (5,2) <sup>2</sup> + 5 mit Praxis vernetzte Ärzte <sup>3</sup>	4'560 <sup>4</sup>	
			<b>17 (13,1)</b>	<b>11'880</b>	
CONCORDIA, ÖKK, HELSANA, KBV	1991	Leiter HMO Praxis: Dr. med. Thomas Grüninger,	HMO-Praxis: 7 (6)	5'541 <sup>5</sup>	923
SWICA, CSS, Visana	1994/95	Dr. med. Markus Gallati	5 (4,2)	6'190	1474
			<b>12 (10,2)</b>	<b>11'731</b>	
SWICA	1994/95	Dr. med. Danilo Janijc	3 (2,0)	2'500	1'250
			<b>3 (2,0)</b>	<b>2'500</b>	
<i>wurde geschlossen</i>					
Atupri, CONCORDIA, Wincare, HELSANA, KBV, Provita, Visana, Kolping	1994	Dr. med. Bernhard Studer	6 (4,5)	4'000	759
CSS, SWICA, Absichtserklärung mit Visana	1993 (früher Arcovita Medinet AG, seit 1.1.2002 Pilatus Praxis AG)	Dres. med. Andreas Lischer, Christian Studer, Paul Wernly	6 (4,1)	4'500	1'097
Keine Verträge	1.1.1999	Dr. med. Markus Birrer	8 (4,8)	4'100	854

Kanton	Standort	Name und Adresse der HMO	Inhaber
<b>total LU</b>			
SG	St. Gallen	SWICA Gesundheitszentrum, Vadianstrasse 26, 9001 St. Gallen, Tel. 071-226 82 82	SWICA Gesundheitsorganisation
SG	Wil	SWICA Gesundheitszentrum, Friedtalweg 18, 9500 Wil Tel. 071-913 54 00	SWICA Gesundheitsorganisation
<b>total SG</b>			
SH	Schaffhausen	<i>Seit 01.07.2003 geschlossen</i>	
TI	Lugano	<i>Das Zentrum wurde am 30.06.2003 geschlossen</i>	
VD	Lausanne	Centre de santé, SWICA, wurde geschlossen	
<b>ZG</b>	Zug	Gesundheitspraxis HMO, Baarerstrasse 8, 6300 Zug. Tel. 071-913 54 00.	Xundheit Praxis HMO AG, eine Tochterunternehmung der Xundheit - Öffentliche Gesundheitskasse Schweiz AG
<b>total ZG</b>			
ZH	Winterthur  EQUAM <sup>1</sup>	SanaCare HMO-Gesundheitszentrum, Technikumstrasse 73, 8400 Winterthur. Tel. 052-266 95 95	SanaCare AG
ZH	Winterthur	SWICA Gesundheitszentrum, Gertrudstrasse 1, 8400 Winterthur, Tel. 052-266 97 00	SWICA Gesundheitsorganisation
ZH	Zürich EQUAM <sup>1</sup>	MediX Gruppenpraxis, Rotbuchstrasse 46, 8037 Zürich, Tel. 01-365 30 30	
ZH	Zürich	SWICA Gesundheitszentrum, Baumackerstrasse 46, 8050 Zürich Tel. 01-315 75 00	SWICA Gesundheitsorganisation
ZH	Zürich-Oerlikon  EQUAM <sup>1</sup>	SanaCare HMO-Gesundheitszentrum, Gubelstrasse 28, 8050 Zürich-Oerlikon. Tel. 01-318 60 00	SanaCare AG
ZH	Zürich-Stadelhofen EQUAM <sup>1</sup>	SanaCare HMO-Gesundheitszentrum, Gottfried Keller-Strasse 7, 8001 Zürich-Stadelhofen. Tel. 01-261 00 04	SanaCare AG
ZH	Zürich-Wiedikon (Praxis 1+ 2) EQUAM <sup>1</sup>	SanaCare HMO-Gesundheitszentrum, Zweierstrasse 136/138, 8003 Zürich-Wiedikon Tel. 01-451 04 10	SanaCare AG
<b>total ZH</b>			
<b>total CH</b>			

1 Qualitätszertifikat der Stiftung EQUAM (Externe Qualitätskontrolle in der Medizin)

2 Anzahl Ärzte in der Kern-HMO

3 Mitglieder des Praxisnetzes in eigener Praxis (in Capitationverantwortung)

4 In der HMO Praxis inklusive bei den 5 vernetzten Ärzten

5 Die HMO ist Mitglied des HMO Gesundheitsplan (siehe unter Hausarztmodellen)

6 Angaben durch SWICA

Vertrag mit	in Betrieb seit	Leitende(r) Arzt/Ärztin	Anzahl ÄrztInnen / (Anzahl Stellen)	Anzahl HMO-Versicherte	Anzahl Versicherte pro volle Arztstelle
			<b>20 (13,4)</b>	<b>12'600</b>	
SWICA	1994/95	Dr. med. Stefan Schindler	10 (8,0)	10'073	1'259
SWICA	1994/95	Dr. med. Adrian Rohrbasser, Janine Naef	9 (7,9)	9'100	1'152
			19 (15,9)	19'173	
SWICA, CSS, Kolping	1.9.2003 (vormals SWICA)	Dr. med. Regula Kaufmann	4 (2,4)	2'500	1041
			4 (2,4)	2'500	
CONCORDIA, Wincare, HELSANA, Atupri, ÖKK Winterthur, KBV, CSS, Provita, Kolping, Visana	1994	Dr. med. Giuseppe Mancuso	4 (2,7)	2'740	1'015
SWICA	1994/95	Dr. med. Yasemin Yüksel	7 (5,3)	8'170 <sup>6</sup>	1'527
Die Ärzte der MediX Gruppenpraxis sind wie die beteiligten Netzwerke gleichwertige Mitglieder des MediX Ärzteverbundes Zürich und werden deshalb in der Liste der Hausärzte behandelt					
SWICA, CSS	1994	Rainer Eble	7 (5,4)	9'510	1'761
CONCORDIA, Wincare, Atupri, HELSANA, CSS, ÖKK Winterthur, KBV, Provita, Visana, Kolping	1995	Dr. med. Patrick Holzer	6 (4,1)	4'084	1'095
CONCORDIA, Wincare, CSS, HELSANA, Atupri, ÖKK, Winterthur, KBV, Provita, Visana, Kolping	1991	Dr. med. Jutta Imholz	7 (4,3)	4'553	1'230
CONCORDIA, Wincare, HELSANA, Atupri, ÖKK Winterthur, KBV, CSS, Provita, Visana, Kolping	1990	Dr. med. Daniel Geiser und Dr. med. Catherine Frehner	13 (8,0)	6'618	719
			44 (29,8)	35'675	
			127 (91,6)	99'099	

### 3) Managed-Care-Organisationen von Versicherungen und Managed-Care-Betriebs-Organisationen in der Schweiz 2004

	<b>Trägerschaft/ Auftraggeber/ Kooperationspartner</b>	<b>Kontaktpersonen</b>
<b>a.) Eigenständige Managed-Care-Organisationen von Versicherungen</b>		
COSAMA + Intras	Assura, Groupe Mutuel (7 assureurs), Kolping, Philos, Intras	Claude Gaulis, secrétaire général COSAMA, rue de la Poste 3-5, Case postale 288, 1920 Martigny, Tél. 0848-848 112 E-mail: info@cosama.ch
SanaCare AG	Trägerschaft: CONCORDIA, Wincare	SanaCare AG, Lagerhausstrasse 11, Postfach 2371, 8401 Winterthur. Geschäftsführer: Urs J. Philipp, Tel. 052-264 04 06. Leiterin Bereich Managed Care-Systeme: Caroline Patrik, Tel. 052-264 04 92. Leitung Bereich Medizinische Zentren: Dr. med. Urs Kappeler, Tel. 052-264 04 09.
Stiftung HMO	ÖKK, HELSANA, KBV, CONCORDIA	Stefan Schütz, Entwicklung und Verkauf, HMO Gesundheitsplan, Kirschgartenstrasse 7, 4010 Basel, Tel. 061-295 47 47 E-Mail: stefan.schuetz@hmobs.ch
UNIMEDES	Trägerschaft: ÖKK, Innova AG, RVK Rück	Karl Kunz, Geschäftsführer UNIMEDES, Haldenstrasse 25, 6006 Luzern E-Mail: Karl.Kunz@unimedes.com
<b>b.) Interne Managed Care- Abteilungen von Versicherungen</b>		
CSS Versicherung, Leistungserbringer-management ambulant	CSS Versicherung	Karin Brunner-Schmid, CSS Versicherung /LEA, Rösslimattstrasse 40, 6002 Luzern Tel. 041-369 11 11 Fax: 041- 369 12 12 E-Mail: karin.brunnerschmid@css.ch
Réseaux COSAMA du Groupe Mutuel	CMBB, Caisse vaudoise, Fonction publique, Futura, Hermes, Mutuelle Valaisanne, Univera	Olivier Musy; E-Mail: omusy@groupemutuel.ch
Helsana Versicherungen AG Gesundheitsmanagement (Leistungserbringer-management)	HELSANA (Helvetia, Artisana), Progrès	Dr. med. René Kühne, Gesundheitsmanagement Talacker 42, 8001 Zürich Tel. 01-226 12 38. Fax 01-226 12 84
SWICA Gesundheitsorganisation, Alternative Versicherungsmodelle	SWICA	SWICA Gesundheitsorganisation, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur Tel. 052-244 22 33. Fax 052-244 22 77
Visana Managed Care	Visana	Christoph Engel, VISANA, Weltpoststrasse 19, 3000 Bern 15 Tel. 031 357 91 11

Sämtliche Angaben ohne Gewähr, Stichtag, 01.01.2004

Anzahl vertraglich verbundene Ärztenetzwerke	Anzahl vertraglich verbundene HMOs	Anzahl vertraglich verbundene Ärzte	Anzahl Versicherte
3		GE: Optimed = 233 VD: Cosama, Intras = 235 BE: Cosama Seeland = 30	45'300
34	6	1'375 in Hausarztmodellen  40 (27,6) in HMO	CareMed-Hausarzt- versicherte: 119'443  HMO-Versicherte: 23'778
1	1	77	19'900
49	–	2'320	82'830
4	7	–	15'300
3 réseaux COSAMA davon je 1 in GE, BE, VD		468 (inkl. über COSAMA ver- bundene Ärzte)	8'359 (inkl. Versicherte in COSAMA-Verträgen)
11 23 per 1.1.2005	16 17 per 1.1.2005	646	HAM: 38'786 HMO: 12'035
5	10		FAVORIT HMO <sup>1</sup> : 52'701 FAVORIT MEDICA <sup>1</sup> : 131'979 FAVORIT CASA <sup>1</sup> : 67'933
17	9		7'300

<sup>1</sup> Die Namen der Versicherungsprodukte wurden geändert: FAVORIT HMO (früher: NOVA HMO), FAVORIT CASA (früher: NOVA CASA) und FAVORIT MEDICA (früher: NOVA LIGHT)

	<b>Trägerschaft/ Auftraggeber/ Kooperationspartner</b>	<b>Kontaktpersonen</b>
<b>c.) Betriebsgesellschaften und Geschäftsstellen von Leistungserbringergruppen</b>		
argomed Ärzte AG	Ärzteschaft im Kanton Aargau, Hausärztereine der Bezirke	Dr. med. Kurt Kaspar, c/o argomed AG, Täfernstrasse 16a, 5405 Baden-Dättwil, Tel. 056-483 03 33, Fax 056-483 03 30 E-Mail: argomed@argomed.ch; Internet: www.argomed.ch
hawadoc AG	Verein hawa (Hausärztereine der Bezirke Winterthur und Andelfingen)	Dr. med. Alfred Rösli, c/o hawadoc AG, Schmidgasse 7, 8400 Winterthur Tel. 052-235 01 70, Fax 052-235 01 77; E-Mail: hawadoc@hawadoc.ch; Internet: www.hawadoc.ch
MediX Management AG (= Managed Care Organisation)	Trägerschaft: Aktiengesellschaft im Besitz des Management Auftraggeber: MediX Praxisnetz Zürich AG, Praxisnetz Bern AG, WintiMed AG, Lucap AG, Pizol Care AG	Dr. med. Andreas Weber, MediX Management AG, Rotbuchstrasse 46, 8037 Zürich. Tel. 01-366 50 60, Fax 01-366 50 69
LUCAP AG Pilatus Praxis	LUCAP AG (mit Capitationverträgen in Luzern und Agglomeration)	Dr. med. Christian Studer, Ressortleiter Kommunikation, Tel. 041-227 81 81, Fax 041-227 81 29 E-Mail: ch.studer@pilatuspraxis.ch
Praxisnetz Bern AG	Praxis Bubenberg AG	Dr. Adrian Wirthner, Praxis Bubenberg AG, Bubenbergplatz 11, 3001 Bern; Tel. 031-328 88 88.
thurcare AG	Verband Managed Care Thurgau/VMCT	Dr. med. Andreas Schneider (Medizinischer Leiter), c/o thurcare AG, Zürcherstrasse 112, 8500 Frauenfeld, Tel. 052-723 26 00, Fax 052-723 26 06 E-Mail: thurcare@thurcare.ch
WintiMed AG	WintiMed-Aktionäre	Geschäftsleiter Dr. med. Christian Marti, Rosinliweg 44, 8400 Winterthur christian.marti@hin.ch

Anzahl vertraglich verbundene Ärztenetzwerke	Anzahl vertraglich verbundene HMOs	Anzahl vertraglich verbundene Ärzte	Anzahl Versicherte
9	0	279	63'326
1 (5 Basis-Netzgruppen)	0	99	26'000
5		121	20'000 inkl. WintiMed
Im Aufbau für 2005	1	6	–
1	1	12	4'560
4	0	190	57'804
1	–	28	4'689 mit Budget- verantwortung 3'471 ohne Budget- verantwortung

