

Arbeitsbericht IBR

005/2015

ISSN 1662-162X

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 1/55

Managed Care in der Schweiz

Eine Literaturanalyse zu Kostenunterschieden zwischen traditioneller Versorgung und Managed Care unter Einbezug der Qualität

Autor(en)

Hannes Blatter
Nina Albin
Hochschule Luzern - Wirtschaft
Institut für Betriebs- und Regionalökonomie IBR
Zentralstrasse 9
6002 Luzern

Kontakt

Email: hannes.blatter@hslu.ch
Tel.-Nr.: +41 41 367 49 16

Auftraggeber

Ein Forschungsprojekt der Hochschule Luzern – Wirtschaft

Abstract

Die vorliegende Arbeit untersucht auf Basis einer Literaturanalyse den aktuellen Wissensstand über die Unterschiede zwischen einer traditionellen Versorgung und einer integrierten Versorgung (Managed Care) in der Schweiz mit Fokus auf die Kosten. Studien zu Qualitätsunterschieden wurden in direktem Zusammenhang mit Untersuchungen zu Kostenunterschieden berücksichtigt. Die Versorgung in Managed Care erweist sich – bei Berücksichtigung der Morbidität – als kostengünstiger im Vergleich zur traditionellen Versorgung. Die Faktoren, die zu diesen Unterschieden führen, wurden von keiner bekannten Studie untersucht. Für die Erklärung der Ursachen besteht Forschungsbedarf. Die Verknüpfung von Kostenunterschieden und Qualitätsunterschieden wurde nur in einer Studie vollzogen. Auch hier besteht weiterer Forschungsbedarf.

Schlüsselworte

Integrierte Versorgung/Managed Care, Obligatorische Krankenversicherung (OKP), Kosten, Qualität

Zitierungsvertrag

Blatter, H. & Albin, N. (2015). Managed Care in der Schweiz. Eine Literaturanalyse zu Kostenunterschieden zwischen traditioneller Versorgung und Managed Care unter Einbezug der Qualität, IBR-Arbeitsberichte 005/2015, Luzern: Institut für Betriebswirtschaft und Regionalökonomie, Hochschule Luzern – Wirtschaft.

Inhalt

Management Summary	4
1. Einleitung	6
1.1. Einbettung in die internationale Literatur und den politischen Kontext in der Schweiz	6
1.2. Problemstellung	7
1.3. Forschungsfragen	7
1.4. Aufbau	8
2. Definitionen	9
2.1. Definition Managed Care als Gesamtsystem	9
2.2. Strukturierung des Gesamtsystems Managed Care in der Schweiz	12
2.3. Fazit	17
3. Methodisches Vorgehen	19
3.1. Erschliessung von Studien über zentrale Artikel und Recherche in ausgewählten Datenbanken .	19
3.2. Erfassung	21
4. Ergebnisse und Diskussion der Literaturanalyse	22
4.1. Studienresultate zu den Kostenunterschieden	22
4.1.1. Resultate der Literaturstudie Berchtold & Hess (2006)	22
4.1.2. Ergänzende Resultate aus der eigenen Literaturstudie	25
4.1.3. Ursachen der Kostenunterschiede	32
4.1.4. Strukturierung der zur Erklärung der Kostenunterschiede angeführten Faktoren	36
4.2. Studienresultate zu Qualitätsunterschieden im Kontext von Kostenunterschieden	38
4.3. Diskussion und Zusammenfassung	40
5. Ausblick	44
6. Literaturverzeichnis	45
7. Anhang	48
7.1. Anhang 1: Identifizierte Artikel nach Auswahlverfahren	48
7.2. Anhang 2: Erweitertes Literaturverzeichnis	50
7.3. Anhang 3: Erstes Resultat der Datenbankanalyse	53
7.4. Anhang 4: Selektionsschritte	54

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 3/55

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Institutionen und Instrumente in Managed Care (Amelung, 2013, S. 8.)	10
Abbildung 2: Managed Care als Gesamtsystem (eigene Darstellung in Anlehnung an Amelung, 2013) 11	
Abbildung 3: Evaluationsdimensionen Managed Care (Berchtold & Hess, 2006, S. 17).....	12
Abbildung 4: Studie des Forums Managed Care: Kräftiges Wachstum der Versicherten in Ärztenetzen (Forum Managed Care, 2013)	14
Abbildung 5: Managed Care als Gesamtsystem in der Schweiz (Eigene Darstellung in Anlehnung an Amelung, 2013)	17
Abbildung 6: Funktionsweise der Zwillingsmethode (Beck, 2009a, S. 3).....	28

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchbegriffe für systematische Literaturanalyse (Grobstruktur)	19
Tabelle 2: Suchbegriffe für systematische Literaturanalyse (Detailstruktur).....	20
Tabelle 3: Rubriken für die tabellarische Erfassung der erschlossenen Artikel.....	21
Tabelle 4: Berechnung der Risikoselektionseffekte nach Lehmann (2003, S. 145).....	27
Tabelle 5: Risikoselektion und Leistungseinsparung 2007 (Beck, 2009a, S. 4)	29
Tabelle 6: Zusammenstellung der in Schweizer Studien zu Managed Care festgestellten Kostenunterschiede	31
Tabelle 7: Verwendete Begriffe für Differenz zwischen Kosteneinsparung und Risikoselektion	32
Tabelle 8: Faktoren für Kostenunterschiede	35
Tabelle 9: Strukturierung Angebots-/Leistungserbringer-Seite - Faktoren für Kostenunterschiede	37

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 4/55

Management Summary

Managed Care gilt in der Schweizer Gesundheitspolitik als Königsweg, um die Kostensteigerung der Gesundheitsausgaben zu dämpfen und dabei gleichzeitig die Qualität der Versorgung zu sichern. Dazu wurden in den letzten Jahren zahlreiche empirische Studien durchgeführt mit unterschiedlichen Ergebnissen hinsichtlich Kosten und Qualität (Baur et al., 1997; Etter & Perneger, 1995; Perneger et al., 1998; Lehmann, 2003; Schwenkglenks et al., 2006; Beck, 2009a; Grandchamp & Gardiol, 2011; SWICA, 2011, Reich et al., 2012).

Ziel der vorliegenden Studie¹ ist die Bestimmung des aktuellen Wissensstands über die Unterschiede zwischen einer traditionellen Versorgung und einer integrierten Versorgung (Managed Care) in der Schweiz mit Fokus auf die Kosten unter Berücksichtigung der Qualität. Dazu wird in einem ersten Schritt der Versuch unternommen, Managed Care als Gesamtsystem zu definieren und diese Definition auf die Schweiz zu übertragen. Anschliessend werden die Erkenntnisse einer systematischen Literaturanalyse präsentiert, welche durch die Ergebnisse zweier Expertengespräche ergänzt wurden. Auf diesem Weg konnten schliesslich acht relevante Studien(-gruppen) identifiziert werden.

Die Erkenntnisse sind wie folgt:

1. Die bisherigen Studien konzentrieren sich hauptsächlich auf die Kostenunterschiede zwischen Managed Care-Modellen und einer Versorgung in der traditionellen obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Nur in ausgewählten Fällen werden auch Qualitätsaspekte miteinbezogen (z.B. Behandlungsqualität und Patientenzufriedenheit).
2. Die Versorgung in Managed Care-Modellen erweist sich als kostengünstiger im Vergleich zur Versorgung in der traditionellen obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Dies ist auch nach Kontrolle der Morbidität und Patientenstruktur der Fall. Die Kosteneinsparungen variieren dabei erheblich (zwischen 3.7% und 40%) je nach Studie und untersuchtem Managed Care-Modell.
3. Die Faktoren, die für die Kostenunterschiede zwischen einer Versorgung in Managed Care-Modellen und einer traditionellen Versorgung verantwortlich sind, untersucht keine der Studien. Es werden lediglich Vermutungen über möglichen Ursachen angestellt wie bspw. eine mögliche Überversorgung im traditionellen Bereich oder eine allfällige höhere Effizienz in Managed Care-Modellen. Darüber hinaus sind auch weitere Gründe vorstellbar, die für die zukünftige politische Ausgestaltung von Anreizsystemen von Bedeutung sein können. Genannt werden beispielsweise unterschiedliche Wertemuster der involvierten Leistungserbringer und Patientinnen und Patienten sowie weitere noch nicht berücksichtigte Aspekte der Risikoselektion. Eine Analyse der verwendeten Begrifflichkeiten für die Kostenunterschiede deutet daraufhin, dass zur Erklärung der Ursachen weiterer Forschungsbedarf besteht.

¹ Diese Arbeit entstand im Rahmen des mehrjährigen Forschungsprogramms «Öffentliches Gesundheitsmanagement» der Hochschule Luzern – Wirtschaft (www.hslu.ch/oegm), welches anfangs 2012 startete. Dieses Programm widmet sich in verschiedenen Forschungsprojekten der Frage, wie das schweizerische Gesundheitssystem weiter zu entwickeln ist, um es auf der Finanzierungsebene, auf der Ebene der Versorgungssysteme und der Governance sowie bezüglich der Systemanreize optimieren zu können. Das Forschungsprogramm wird von der Stiftung Konkordia finanziell unterstützt.

Spezieller Dank gebührt Prof. Dr. Konstantin Beck und Dr. med. Jürg Vontobel für die aufmerksame Lektüre und ihre wertvollen Rückmeldungen auf der Basis des Entwurfs dieser Arbeit. Weiter gilt der Dank Oliver Kessler, Dr. Matthias Wächter und Dr. Johannes Schoder für die wertvollen Rückmeldungen, die laufend in die Arbeit eingeflossen sind.

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 5/55

Aus den oben genannten Ergebnissen lassen sich die folgenden Handlungsfelder für zukünftige Forschungsarbeiten ableiten:

1. Weitere Untersuchungen, die neben den Kostenaspekten auch die Qualitätsaspekte ausreichend berücksichtigen. Anknüpfungspunkte finden sich beispielsweise in der Studie von Baur et al., (1997).
2. Weitere Untersuchungen, die die Ursachen für die festgestellten Kostenunterschiede ins Zentrum der Fragestellung rücken. Bis anhin lag der Fokus auf Vergleichen zwischen Managed Care Organisationen und einer traditionellen Versorgung. Neu wird empfohlen, basierend auf den gemachten Untersuchungen, Vergleiche zwischen den einzelnen Managed Care Organisationen anzustellen, um allfällige Faktoren, die für die Kostenunterschiede verantwortlich sind, zu identifizieren.

Keywords: Integrierte Versorgung/Managed Care, Obligatorische Krankenversicherung (OKP), Kosten, Qualität

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 6/55

1. Einleitung

1.1. Einbettung in die internationale Literatur und den politischen Kontext in der Schweiz

Die OECD attestiert dem schweizerischen Gesundheitssystem eine hohe Leistungsfähigkeit. Es erfülle seinen Zweck, sei aber auch sehr teuer (OECD/WHO, 2012). In ihren Reformempfehlungen kommen die Experten² unter anderem zum Schluss, dass die Schweiz Reformen vorantreiben müsse, „um eine effiziente Koordination von Leistungen zu fördern, die durch mehrere Anbieter und statt zu einem bestimmten Zeitpunkt über einen längeren Zeitraum hinweg erbracht werden, ...“ (ebd. 2012, S. 12). Weiter orten sie einen Handlungsbedarf bezogen auf Managed Care-Produkte (im Folgenden MC-Produkte genannt). Diese böten „einen Rahmen, in dem der schweizerische Versicherungsmarkt seine Leistung verbessern könnte. Sowohl für Versicherer als auch für Versicherte sind mehr Anreize notwendig zur Förderung von MC-Produkten, die eine Verbesserung der Versorgungsqualität, -effizienz und -koordination bewirken. Diese Versicherungsprodukte sollten die Leistungsanbieter dazu ermutigen, als Team bei der Erbringung koordinierter Leistungen zusammenzuarbeiten, indem sie sich Qualitätsanreize und Evidenz für Best-Practice Medizin zunutze machen.“ (ebd. 2012, S. 14).

Mit dieser Einschätzung steht der Bericht der OECD nicht alleine da. Höhere Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen werden in vielen europäischen Ländern und den USA mit Managed Care als Instrument verstärkter Integration in Verbindung gebracht (vgl. Fox, 2001; Berchtold & Hess, 2006; Amelung et al., 2008; Amelung, 2009; Schoder & Zweifel, 2008 für einen Vergleich der Schweiz mit Deutschland, den Niederlanden und den USA).

In der Schweiz wurde und wird Managed Care insbesondere auch als mögliche Antwort auf die stetig steigenden Gesundheitskosten, insbesondere in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), vorgeschlagen und diskutiert (vgl. hierzu Botschaft des Bundesrates zur Managed Care-Vorlage 2004). Am 16. Juni 2012 haben 76 Prozent der Stimmbürger die Managed Care-Vorlage mit einem klaren Verdikt abgelehnt. Die Deutlichkeit des Resultats überraschte (vgl. hierzu NZZ vom 17.06.2012 / Claudia Schoch), da die Vorlage vorgängig von Bundesrat und Parlament beraten sowie verabschiedet wurde und erst nach einem Referendum der Bevölkerung zur Abstimmung vorgelegt wurde.

Im Vorfeld der Abstimmung wurde von Befürwortern argumentiert, dass eine flächendeckende Einführung von Managed Care zu einer Kontrolle der Kosten bei gleichzeitiger Sicherstellung oder gar Verbesserung der Qualität führen würde. Der damals zuständige Bundesrat Didier Burkhalter äusserte sich am 22.09.2011 im Nationalrat denn auch wie folgt: „On a pu prendre une série de mesures, qui ont eu un effet stable à court terme, mais si l'on veut maîtriser durablement l'évolution des coûts de la santé par une amélioration de la qualité, alors il faut réellement des réformes de ce genre“ (Amtliches Bulletin, 2011). Nach der Abstimmungsniederlage wurde eine weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs - ein wesentliches Element der Managed Care-Vorlage - vom Parlament mit der klaren Absicht verabschiedet, Managed Care zu fördern und die „Jagd nach guten Risiken“ für die Versicherungen weniger attraktiv zu machen (vgl. dazu Trottmann et al., 2010).

In der hier vorliegenden Studie interessieren nicht die Argumente für oder gegen die Managed Care-Vorlage (Golder et al., 2012). Im Zentrum steht die Frage, auf welcher wissenschaftlichen Grundlage Aussagen zu Kosten im Vergleich zwischen der traditionellen obligatorischen Krankenversicherung und einer Behandlung in integrierter Versorgung, nachfolgend unter dem Begriff Managed Care subsumiert,

² In der vorliegenden Arbeit wird zugunsten einer besseren Lesbarkeit ausschliesslich die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind aber immer beide Geschlechter angesprochen.

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 7/55

gemacht werden können. Diese Vergleiche sollten wenn immer möglich unter Einbezug der Qualität erfolgen.

1.2. Problemstellung

Managed Care erscheint im Rahmen der oben erwähnten politischen Auseinandersetzung als ein Wundermittel, welches sowohl die Steuerungs- als auch die Kostenprobleme der ambulanten Gesundheitsversorgung zu lösen vermag und dabei eine gleichbleibende oder gar höhere Qualität liefern kann. Neben diesen Erwartungen schwingen normative Vorstellungen in den Begriffen mit, die in den Debatten und teilweise auch in den Studien zu erkennen sind. Der Begriff der integrierten Versorgung suggeriert, dass eine Versorgung ausserhalb dieses Rahmens nicht integriert sei. Überspitzt formuliert würde das bedeuten, dass koordiniertes und damit integriertes Vorgehen in der medizinischen Versorgung in der traditionellen OKP eher zufällig und in Managed Care-Modellen (im Folgenden MC-Modelle genannt) systematisch erfolgen würde.

Aus diesem doppelten Unbehagen, einer nicht zu erfüllenden Erwartung der Politik und einem stark normativ geprägten Gegenstand erwuchs das Bedürfnis, die wissenschaftlichen Erkenntnisse, die tatsächlich in vergleichenden Studien zwischen einer Versorgung in traditionellem Umfeld (d.h. OKP) und in einer integrierten Versorgung gewonnen wurden, zu sichten und zu sichern.

- Gibt es in der Schweiz Kostenunterschiede zwischen einer Versorgung in Managed Care und einer traditionellen Versorgung unter Berücksichtigung der Qualität?
- Sind diese Unterschiede erklärbar und wenn ja, wie?
- Welche Erklärungen fehlen noch? Welche Forschungslücken bestehen?

Die Zunahme von Managed Care-Modellen war in den letzten Jahren geradezu fulminant. Wie Berchtold (2012a) in seiner Untersuchung der Ärztenetze der Schweiz für das Forum Managed Care festgestellt hat, wird inzwischen jeder sechste Patient in einem Ärztenetz oder einer HMO (Health Maintenance Organization) versorgt. Gemäss den Zahlen von 2013 (Berchtold, 2013) sind lediglich noch 42% der Schweizer Bevölkerung in einer Standardversicherung gemäss KVG versichert. Umgekehrt kann aber nicht daraus geschlossen werden, dass sich 58% der Schweizer Bevölkerung in einer integrierten Versorgungssituation befinden. Zu vielfältig und heterogen sind die Beziehungen, Interessen und vertraglichen Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern.

Deshalb verlangt die Problemstellung nach einer möglichst klaren Abgrenzung und Definition, was in der Schweiz unter Managed Care zu verstehen ist.

Aus dieser Problemstellung leiten sich die nachfolgenden Forschungsfragen ab.

1.3. Forschungsfragen

Da unter integrierter Versorgung sowohl bestimmte Instrumente (z.B. Gatekeeping, Disease Management, usw.) wie auch bestimmte Versicherungs- oder Versorgungsmodelle (z.B. HMO, Hausarztmodelle, usw.) verstanden werden können, muss zunächst der definitorische Rahmen gesetzt werden. Dieser Punkt soll in der Forschungsfrage a) geklärt werden:

- a) Wie kann Managed Care für die Schweiz definiert und von anderen Formen der Leistungserbringung abgegrenzt werden?

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 8/55

Anschliessend interessiert die Frage, welche Untersuchungen in der Schweiz durchgeführt wurden und welche Ergebnisse daraus in Bezug auf die Kostenunterschiede zwischen einer traditionellen und einer integrierten Versorgung resultieren. Der Forschungsfokus wird bewusst auf die Schweiz eingegrenzt.

- b) Existieren in der Schweiz nachweisbare Kostenunterschiede zwischen Versicherten in traditionellen OKP-Versicherungsmodellen und Versicherten in einer Versorgungssituation mit Managed Care-Modellen/-Instrumenten (HMO, Listenmodelle, Telmed, etc.), die nicht auf eine unterschiedliche Morbidität des Kollektivs zurückzuführen sind?

Die Frage nach Kostenunterschieden sollte aber, wenn immer möglich, mit der Frage nach allfälligen qualitativen Unterschieden verknüpft sein. Es besteht also auch ein Interesse an Studien in der Schweiz, die zu Qualitätsunterschieden durchgeführt wurden. Dieser Aspekt soll in der Forschungsfrage c) aufgenommen werden.

- c) Existieren in der Schweiz – ausgehend von den Kostenunterschieden - nachweisbare Qualitätsunterschiede zwischen traditionellen OKP-Versicherungsmodellen und MC-Modellen/-Instrumenten, die nicht auf eine unterschiedliche Morbidität des Kollektivs zurückzuführen sind?

1.4. Aufbau

Diese Studie strukturiert sich entlang der drei zentralen Fragestellungen. In einem ersten Schritt wird im zweiten Kapitel der definitorische Rahmen geklärt. Anschliessend wird das methodische Vorgehen erläutert, mit dem die relevanten Studien identifiziert und ausgewählt werden konnten (Kapitel 3). Diese Studien werden im vierten Kapitel in Bezug auf die Forschungsfragen ausgewertet und diskutiert. In einem letzten Kapitel wird im Sinne eines Ausblicks auf Forschungslücken hingewiesen und ein Vorschlag präsentiert, wie diese geschlossen werden können.

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 9/55

2. Definitionen

Eine allgemein anerkannte und verbindliche Definition von Managed Care im Kontext des schweizerischen Gesundheitswesens fehlt zurzeit. Die Schwierigkeit der Definition zeigt sich beispielhaft in der folgenden Formulierung von Amelung:

„Managed care should not be seen as a closed theory, but rather as a bundle of management instruments and forms of organizations which intend to increase efficiency in healthcare“ (Amelung, 2013).

Um die Definition für die nachfolgenden Arbeiten und Analysen zu klären, wird deshalb wie folgt vorgegangen: Zunächst wird eine allgemeine Definition von Managed Care als Gesamtsystem gewählt (Kapitel 2.1). Für eine Übertragung auf das Schweizer Gesundheitssystem und eine Strukturierung dieses Gesamtsystems werden anschliessend verschiedene, in der Literatur gefundene Definitionen, Abgrenzungen und Begrifflichkeiten diskutiert (Kapitel 2.2). Bei der Analyse der verschiedenen Definitionen fällt auf, dass – je nach Perspektive der Studie – teilweise unterschiedliche Definitionen, Abgrenzungen und Begrifflichkeiten verwendet werden. Diese Unterschiede lassen sich – in Anlehnung an Amelung (2011) – aufgrund zweier Perspektiven strukturieren: eine Versicherungsorientierung und eine Anbieterorientierung der Leistungserbringer. Abschliessend wird deshalb eine Definition vorgeschlagen, die sowohl die Versicherungs- als auch die Anbieterorientierung umfasst. Diese beiden Perspektiven werden dann in der Literaturanalyse berücksichtigt und im Verlauf der weiteren Arbeit reflektiert.

2.1. Definition Managed Care als Gesamtsystem

Eine treffende Definition für Managed Care als Gesamtsystem verwenden Reich et al. (2012a), die sie von Kodner und Spreeuwenberg (2002) übernommen haben: “Integration is a coherent set of methods and models on the funding, administrative, organizational, service delivery and clinical levels designed to create connectivity, alignment and collaboration within and between the cure and care sectors. The goal of these methods and models is to enhance quality of care and quality of life, consumer satisfaction and system efficiency for patients with complex, long term problems cutting across multiple services, providers and settings. The result of such multi-pronged efforts to promote integration for the benefit of these special patient groups is called ‘integrated care’”.

Reich et al. (2012a) verwenden die Begriffe „Integrated Care“ und „Managed Care“ als Synonyme. Ihre Definition fokussiert stark auf die Versorgung mit einem besonderen Blick auf Patienten mit komplexen, chronischen Erkrankungen, deren Behandlung und Pflege durch zahlreiche Leistungserbringer erbracht werden. Dabei wird zwischen Methoden und Modellen unterschieden. Es stellt sich aber die Frage, ob der Begriff der integrierten Versorgung und damit die oben verwendete Definition in angemessener Weise auch die Leistungsfinanzierung mitberücksichtigt. Vermutlich ist dieser Aspekt bei Kodner and Spreeuwenberg (2002) unter den Begriffen „funding, administrative, organizational, (...) levels“ mitgemeint. Um den Aspekt der Leistungsfinanzierung aber neben dem ausführlich beschriebenen Aspekt der Leistungserbringung in einem integrierten Setting klarer miteinzubeziehen, dient die nachfolgende Definition, wie sie von Amelung vorgeschlagen wird: „Managed care is the application of general management principles and at least partially the integration of the purchasing and the provision of services as well as the selective contracting with chosen service providers. It aims to efficiently manage the costs and quality of healthcare. Managed care includes models of organization and control instruments which improve the structures of care from the perspective of the patient. Thus, the approach is a consistent optimization of the value chain from the patient perspective“ (Amelung, 2013, p. 7).

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 10/55

Wiederum findet sich eine Patientenorientierung und die zentrale Unterscheidung zwischen Instrumenten und Modellen; in den Begrifflichkeiten von Amelung (2013) unterschieden in „Managed Care Organisations/Products“ und „Managed Care Instruments“. Darüber hinaus betont er die Leistungsfinanzierung über den Aspekt der selektiven Kontrahierung deutlich stärker und schränkt die Definition nicht auf die Behandlung und Pflege komplexer, chronischer Fälle ein. Interessant ist daran zudem, dass die beiden Faktoren Kosten und Qualität gleichwertig eingeführt werden. Als Ziel von Managed Care wird eine höhere Effizienz, ausgedrückt in Kosten und Qualität der Versorgung, formuliert.

Die nachfolgende Darstellung (Abbildung 1) illustriert diese Definition und gibt einen Überblick, welche Methoden bzw. Instrumente und Modelle wie zugeordnet werden können.

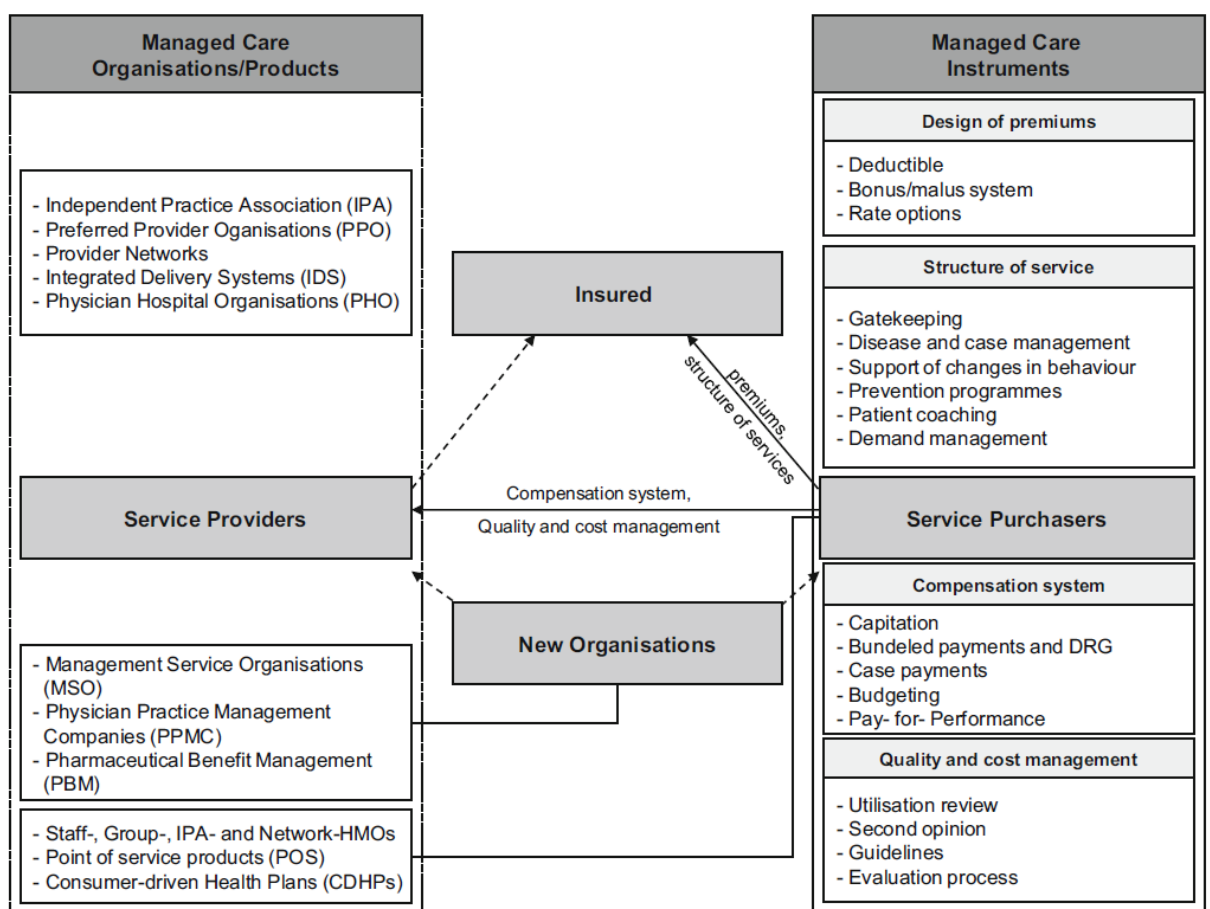


Abbildung 1: Institutionen und Instrumente in Managed Care (Amelung, 2013, S. 8.)

Im Zentrum steht das Dreieck aus Leistungserbringern (Service Providers), Versicherten (Insured) und Leistungsfinanzieren (Service Purchasers) ergänzt um die „neuen Organisationen“ (New Organisations). Unter neuen Organisationen versteht Amelung primär Beratungsunternehmungen, die in den letzten Jahren entstanden sind. Auch wenn diese in der Schweiz ebenfalls an Bedeutung gewinnen, gehen wir hier nicht weiter auf diese Formen ein, da sie für unsere Fragestellungen nicht von zentraler Bedeutung sind.³

³ Für eine detaillierte Beschreibung dieser Organisation und deren Beratungsgebiete siehe Amelung (2011, S. 122 ff)

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 11/55

Ausgehend von der Definition gemäss Amelung soll im Weiteren auf die Managed Care Organisationen und -Produkte (im Folgenden MC-Organisationen, resp. MC-Produkte genannt) sowie auf die Instrumente eingegangen werden. Die Stärken der Darstellung von Amelung liegen in der Abbildung der verschiedenen Dimensionen (Leistungsgestaltung, Prämiengestaltung, Vergütungssysteme, Qualitäts- und Kostensteuerung) sowie der vertraglichen Gestaltungsvarianten zwischen den einzelnen Akteuren. Etwas einschränkend wahrgenommen wird die – mindestens in der Darstellung – Zuordnung von Managed Care Instrumenten zu den Leistungsfinanzierern und umgekehrt der Managed Care Organisationen/-Produkten zu den Leistungserbringern. Die durch die Pfeile dargestellten vertraglichen Beziehungen relativieren aber die eindeutige Zuordnung wieder. Da es sich bei Managed Care als Gesamtsystem aber um ein äusserst heterogenes System mit zahlreichen verschiedenen Ausprägungen und teilweise fließenden Übergängen handelt, ist eine eindeutige Zuordnung wahrscheinlich auch nicht hilfreich. Es gibt Beispiele von MC-Organisationen, die eindeutig den Leistungsfinanzierern zuzuordnen sind. In der Schweiz betreibt beispielsweise die Concordia Krankenversicherung eigene Managed Care Organisationen (Concordia 2014). Aus der Darstellung von Amelung kommt zu wenig zum Ausdruck, dass a) Managed Care Instrumente auch ohne vertragliche Bindung wirkungsvoll eingesetzt werden und b) die beiden Perspektiven einer Versicherungs- bzw. Anbieterorientierung bestehen.

Amelung unterscheidet denn auch an anderer Stelle (Amelung, 2011) zwischen einer Versicherungsorientierung und einer Anbieterorientierung bei Organisationen und Produkten von Managed Care. Diese beiden Orientierungen lassen sich auch bei den MC-Instrumenten unterscheiden. So ergibt sich, in Anlehnung an Amelung, folgendes Bild von Managed Care als Gesamtsystem, welches auch für die weiteren Überlegungen in diesem Bericht verwendet wird⁴ (Abbildung 2):



Abbildung 2: Managed Care als Gesamtsystem (eigene Darstellung in Anlehnung an Amelung, 2013)

⁴ Für eine detaillierte Beschreibung der einzelnen anbieterorientierten und versicherungsorientierten MC-Organisationen und -Produkten bzw. deren Instrumente sei auf Amelung (2011) verwiesen.

2.2. Strukturierung des Gesamtsystems Managed Care in der Schweiz

Nach einem Überblick über allgemeingültige Definitionen mit Fokus auf die Darstellung von Amelung (2011) gemäss dem vorherigen Kapitel wird im Folgenden eine Übertragung und Klärung dieser Definition für die Schweiz vorgenommen. Was sich allgemein durchzusetzen scheint, ist eine Betrachtung von Managed Care als Gesamtsystem, innerhalb dessen sich sogenannte Managed Care-Institutionen/Managed Care-Modelle von sogenannten MC-Instrumenten/-Methoden unterscheiden lassen (Beck, 2009a; Berchtold et al., 2012; Reich et al., 2012). Unter Managed Care-Institutionen/Modellen werden die besonderen Organisationsformen, innerhalb deren Managed Care betrieben wird, unterschieden wie z.B. Health Maintenance Organization (HMO), Hausarztmodelle (HAM) etc. Davon unterschieden werden die MC-Instrumente/-Methoden, welche – unabhängig der Organisationsform – zur Anwendung kommen können wie z.B. Guidelines, Disease Management, Care Management oder Case Management.

Als Illustration dieser Betrachtungsweise dient beispielsweise die nachfolgende Darstellung, von Berchtold & Hess, 2006:

Studiendimensionen: Qualität / Kosteneffektivität	Managed Care als Gesamtsystem	Studienherkunft: Schweiz / Europa
	MC-Institutionen <ul style="list-style-type: none"> • Hausarztmodelle • Call Center • HMO 	
	MC-Instrumente <ul style="list-style-type: none"> • Gatekeeping • Guidelines • Case Management • Disease Management • Demand Management / Telefontriage • Vergütungsmodelle 	

Abbildung 3: Evaluationsdimensionen Managed Care (Berchtold & Hess, 2006, S. 17)

Sie unterscheiden Managed Care-Institutionen von MC-Instrumenten und ordnen verschiedene Organisationsformen und/oder Methoden diesen beiden Dimensionen zu.

Managed Care aus Sicht der Krankenversicherer

Ein ähnliches Verständnis wird von der CSS Versicherung geteilt. In ihrem Faktenblatt zu Managed Care stellt sie Folgendes fest: „Managed Care hat zum Ziel, die Abläufe im medizinischen Behandlungsprozess effizienter zu gestalten, den Krankheitsverlauf zu optimieren und die Leistungskosten zu mindern. (...) Managed Care liegt erst dann vor, wenn der Kunde sich vertraglich zu einer Steuerung seines Behandlungsweges durch seinen gewählten Arzt/Ärztin des Vertrauens verpflichtet. Gegebenenfalls besteht auch zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer ein Vertrag über die Patientensteuerung. Zu den klassischen Managed-Care-Produkten gehören daher die alternativen Modelle der Grundversicherung (...): Sie schränken die Wahlfreiheit der Versicherten ein, so dass der Leistungserbringer den Behandlungsweg des Patienten/der Patientin beeinflussen kann. Die Begleitung der Patienten durch Care/Disease Management und Fallmanagement gehört zur erweiterten Definition von Managed Care, weil auch hier die Patienten gesteuert werden – dies allerdings nur, sofern die Teilnahme an den Programmen verpflichtend geregelt ist“ (CSS Versicherung, 2012).

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 13/55

Die Einschränkung liegt darin, dass aus der Perspektive dieses – exemplarisch verwendeten - Krankenversicherers eine vertragliche Verpflichtung des Versicherten zu einer Steuerung seines Behandlungsweges zwingend gegeben sein muss. Im Zentrum dieser Definition stehen die alternativen Modelle der Grundversicherung, d.h. die gemäss KVG unter Artikel 62 zugelassenen „besonderen Versicherungsformen“⁵ (Bundesversammlung, 2013). Diese einschränkende Definition würde bedeuten, dass beispielsweise Guidelines – wie in der Darstellung von Berchtold & Hess (2006) den MC-Instrumenten zugeordnet – im Verständnis eines Krankenversicherers nicht unbedingt Managed Care zuzuordnen sind, wenn keine vertragliche Vereinbarung zwischen dem Versicherten und der Krankenversicherung besteht. Hier kommt besonders deutlich die Versicherungsorientierung der Perspektive zum Ausdruck. Was nicht den besonderen Versicherungsformen gemäss Art. 62 KVG zugeordnet werden kann, gehört aus dieser Perspektive zu einer „erweiterten Definition von Managed Care“ (CSS Versicherung, 2012, S. 3).

Managed Care aus Sicht der Leistungserbringer

Nach der Sicht der Krankenversicherer gilt es auch die Perspektive der Leistungserbringer zu berücksichtigen. „Integrierte Versorgung ist die freie Wahl von sorgfältig und auch nach qualitätsrelevanten Kriterien ausgewählten Ärztinnen und Ärzten“ (Hess, 2012, S. 639), schreibt beispielsweise Kurt Hess etwas überspitzt und wohl verstanden als Antwort auf die Sorgen der Einschränkung der freien Arztwahl im Vorfeld der teilweise hitzig geführten Debatten zur Managed Care Vorlage (siehe Kapitel 1.1.). Im Fokus dieser Betrachtungsweise stehen nicht die besonderen Versicherungsformen gemäss KVG, sondern die Versorgungs- bzw. Patientenoptik.

Managed Care in der Schweiz

Diese unterschiedlichen Betrachtungsweisen hängen direkt mit der Entwicklung von Managed Care in der Schweiz zusammen, wie sie bei Berchtold und Hess (2006, Kapitel 1.1.5) ausgezeichnet beschrieben wurde. Nach einer Pionierphase in den 90er-Jahren, in der diverse Hausarztnetzwerke gegründet wurden, verankerte das Parlament im Jahr 1996 die besonderen Versicherungsformen im neuen Krankenversicherungsgesetz. In dieser Pionierphase waren die Hausarztnetzwerke primär in der Hand von Versicherungen. Inzwischen hat sich das Bild gewandelt. Was sich in der Schweiz vornehmlich durchzusetzen scheint, sind Netzwerke im Besitz von Ärzten, die mit den Versicherungen Verträge eingehen. Das Forum Managed Care hat im Jahr 2013 eine Umfrage bei Ärztenetzwerken in der Schweiz durchgeführt und kommt zu folgenden Resultaten:

„Die integrierte Versorgung in der Schweiz legt weiter kräftig zu: Gemäss Erhebung des Forums Managed Care (FMC) lassen sich 2013 rund 1.7 Millionen Versicherte (oder 21 Prozent) in einem der 75 Ärzte- und Praxisnetze betreuen. Das sind 25 Prozent mehr als 2012 und fast doppelt so viele wie 2010.

⁵ Art. 62 Besondere Versicherungsformen

1 Der Versicherer kann die Prämien für Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers nach Artikel 41 Absatz 4 vermindern.

2 Der Bundesrat kann weitere Versicherungsformen zulassen, namentlich solche, bei denen: a. die Versicherten die Möglichkeit erhalten, sich gegen eine Prämienermässigung stärker als nach Artikel 64 an den Kosten zu beteiligen;

b. die Höhe der Prämie der Versicherten sich danach richtet, ob sie während einer bestimmten Zeit Leistungen in Anspruch genommen haben oder nicht.

2bis Die Kostenbeteiligung wie auch der Verlust der Prämienermässigung bei Versicherungsformen nach Absatz 2 dürfen weder bei einer Krankenkasse noch bei einer privaten Versicherungseinrichtung versichert werden. Ebenso ist es Vereinen, Stiftungen oder anderen Institutionen verboten, die Übernahme der Kosten, die sich aus diesen Versicherungsformen ergeben, vorzusehen. Von diesem Verbot ausgenommen ist die Übernahme von Kostenbeteiligungen auf Grund öffentlichrechtlicher Vorschriften des Bundes oder der Kantone.

3 Der Bundesrat regelt die besonderen Versicherungsformen näher. Er legt insbesondere aufgrund versicherungsmässiger Erfordernisse Höchstgrenzen für die Prämienermässigungen und Mindestgrenzen für die Prämienzuschläge fest. Der Risikoausgleich nach Artikel 105 bleibt in jedem Fall vorbehalten.

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 14/55

Am stärksten verbreitet sind diese Hausarzt- und HMO-Modelle im Kanton Thurgau (mit einem Anteil von 44 Prozent) vor St. Gallen (42 Prozent), Schaffhausen (41 Prozent) und Aargau (37 Prozent). Im Unterschied dazu stagniert die Zahl der Versicherten in Managed-Care-Modellen ohne Ärztenetz (Listen- und telemedizinische Modelle): 2013 beträgt ihr Anteil 37 Prozent; drei Jahre zuvor waren es 36 Prozent. Insgesamt haben 2013 knapp sechs von zehn Krankenversicherten ein Versicherungsmodell gewählt, mit dem sie die freie Arztwahl freiwillig einschränken“ (Forum Managed Care, 2013).

Die folgende Darstellung (Abbildung 4) des Forums Managed Care aus der oben erwähnten Untersuchung illustriert das Wachstum der Versicherten in Ärztenetzwerken:

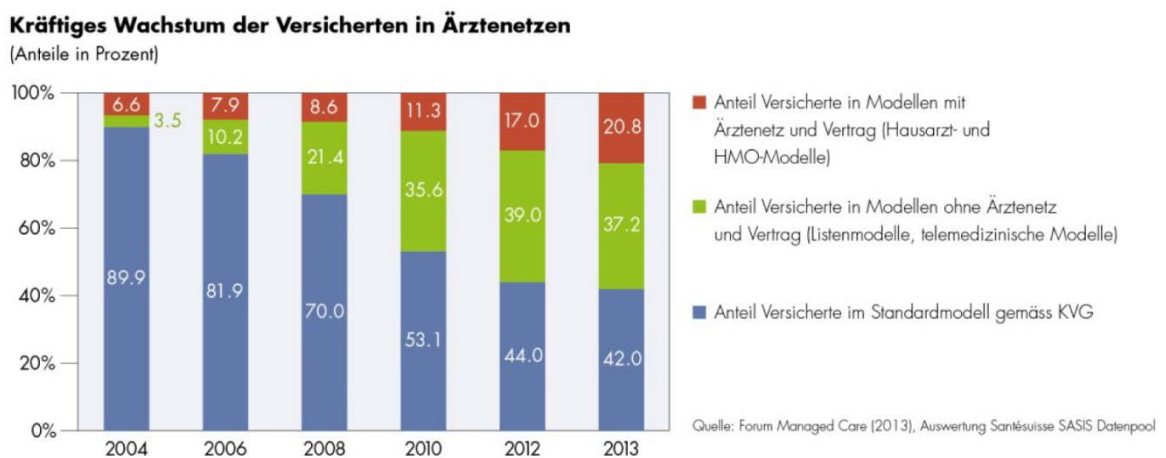


Abbildung 4: Studie des Forums Managed Care: Kräftiges Wachstum der Versicherten in Ärztenetzen (Forum Managed Care, 2013)

Berchtold (Forum Managed Care, 2013) unterscheidet hier zwischen dem Anteil der Versicherten in Modellen mit Ärztenetzen und Vertrag (HAM und HMO) sowie dem Anteil der Versicherten in Modellen ohne Ärztenetze und Vertrag (Listenmodelle, telemedizinische Modelle). Dabei können wir (aufgrund der Quellenangabe) davon ausgehen, dass Berchtold sowohl die anbieterorientierten MC-Organisationen und -Produkte als auch die versicherungsorientierten MC-Organisationen und -Produkte anteilmässig abbilden kann (vgl. hierzu Abbildung 5: Managed Care als Gesamtsystem in der Schweiz (Eigene Darstellung in Anlehnung an Amelung, 2013)). Nicht abgebildet sind dagegen die zur Anwendung kommenden MC-Instrumente.

Hilfreich für eine Strukturierung der schweizerischen Ausprägung von Managed Care als Gesamtsystem ist eine Unterscheidung, die Reich et al. (2012a) verwenden, wiederum bezogen auf die MC-Organisationen und -Produkte. Sie unterscheiden für die Schweiz zwischen a) Vertragsmodell mit Kopfpauschale, b) Vertragsmodell ohne Kopfpauschale und c) Modellen ohne Vertrag. Bei einem Vertragsmodell mit Kopfpauschale organisieren sich die Leistungserbringer in einem Netzwerk und schliessen einen Vertrag mit einem Krankenversicherer ab. Es kann sich dabei um ein Hausarztnetzwerk oder eine HMO mit integrierten Spezialisten handeln. Im Rahmen des Vertrages mit der Krankenversicherung übernimmt das Netzwerk finanzielle Budgetmitverantwortung. Die Entschädigung basiert auf einem Pro-Kopf-Beitrag pro Versicherten/Versicherte, den das Netzwerk für eine bestimmte Zeitperiode medizinisch versorgen soll. In der Regel ist die Kopfpauschale jedoch eine virtuelle Grösse und bestimmt damit ein virtuelles Budget. Effektiv rechnen die Ärzte weiterhin nach dem Einzelleistungstarif ab. Wenn das virtuelle Budget am Ende der Periode unterschritten wird, dann wird die Differenz als Gewinn zwischen dem Netzwerk und dem Versicherer gemäss den vertraglichen Bestimmungen aufgeteilt. Umgekehrt, wenn das virtuelle Budget überschritten wird, muss das Netzwerk einen Teil der Diffe-

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 15/55

renz dem Versicherer bezahlen. Ob diese Differenzbegleichung dann vom Versicherer auch tatsächlich eingefordert wird, ist gemäss Expertenaussagen nicht in jedem Fall klar. Der Versicherer muss hier eine Güterabwägung vornehmen. Riskiert der Versicherer nämlich, dass er mit der strikten Rückforderung der Differenz das Ärztenetzwerk in den Konkurs treibt, so wird er auch den wahrscheinlichen Verlust der im Netzwerk angeschlossenen Versicherten und einen allfälligen Imageschaden in die Überlegungen miteinbeziehen.

Die Vertragsmodelle ohne Kopfpauschale unterscheiden sich lediglich in einem Punkt von den oben beschriebenen. In diesen Modellen wird nicht mit einer Kopfpauschale ein virtuelles Budget gebildet. Bei diesen Modellen gibt es zusätzlich zu den Hausarzt- und HMO-Modellen eine weitere Möglichkeit: die telemedizinischen Einrichtungen. Diese sind spezialisiert auf die Erbringung von medizinischer Beratung. Die Beratung wird in der Regel von medizinischen Fachpersonen erbracht. Wie bei Hausarztnetzen oder HMOs ist auch hier der Patient in der Regel verpflichtet, als erstes den gewählten Gatekeeper – hier den telemedizinischen Dienst - zu konsultieren, bevor er sich an andere Leistungserbringer wenden darf.

Als dritte Kategorie zur Strukturierung von Managed Care in der Schweiz bezeichnen Reich et al. die Modelle ohne Vertrag: „Unlike both the above-mentioned models, the providers in the so-called list model are not contractually incorporated into a health insurance plan. These models are only insurance products, where the health insurer unilaterally defines lists of selectable medical service providers as gatekeepers“ (2012a, p. 3). Diese Modelle werden häufiger in peripheren Gebieten angeboten und sind sehr beliebt als Prämiensparmodell. Reich schliesst diese Kategorie aus seinen Untersuchungen aus. „This is owing to the obviously extremely low coordination and integration impact in the described non contracted models on health care provision“ (ebd. 2012a, p. 3). Dass Reich diese Modelle von Managed Care ausschliesst, ist aus Sicht der wohl tatsächlich sehr limitierten Steuerungswirkung (keine Vertragsbeziehung zwischen Leistungserbringer und Versicherer, keine besondere Form der Abgeltung wie z.B. Kopfpauschalen) nachvollziehbar. Wie weiter unten in der Arbeit aufgezeigt (*Tabelle 6: Zusammenstellung der in Schweizer Studien zu Managed Care*) führen aber auch diese Listenmodelle zu risikobereinigten Kosteneinsparungen gegenüber einer Versorgung in traditioneller OKP. Es wäre interessant zu wissen, ob die Anwendung der Methode, wie sie Reich verwendet, auch bei Einschluss dieser Listenmodelle zu signifikanten Kostenunterschieden geführt hätte. Dieser Punkt wird weiter hinten in der Arbeit noch einmal aufgenommen.

An dieser Stelle – in Bezug auf Definition und Abgrenzung – verweist Reich (2012a) aber auf eine weitere Problematik bei der Strukturierung von Managed Care als Gesamtsystem in der Schweiz. Gibt es Bereiche, die nicht Managed Care zugeordnet, sondern im Gegenteil von diesem abgegrenzt werden?

Anbieterorientiert schliessen sich Ärztenetze nicht nur zusammen, um die Versorgung integriert zu optimieren, sondern auch, um lediglich und ausschliesslich als Einkaufsgemeinschaft in Verhandlungen gegenüber Krankenkassen und/oder Medikamentenzulieferern zu besseren Konditionen zu gelangen. Noch weiter geht Beck, wenn er von Pseudo-Modellen spricht: „Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass es sowohl in der Schweiz wie zuvor in den USA zur Gründung von Pseudo-Modellen kam, in denen die Ärzte praktisch keine zusätzliche Verantwortung übernehmen, und deren Ziel einzig und allein darin bestand, die Ärzte in Kartellen zusammenzuschliessen, um sich gegen das Aufkommen echter MC-Modelle zu wehren“ (Beck 2009b, S. 402).

Versicherungsorientiert ist die Situation noch etwas komplizierter. Entscheidend für die Strategien und das Handeln der Krankenversicherungen sind primär Deckungsbeitrags- und damit Risikoselektionsüberlegungen. „In der sozialen Krankenversicherung zahlen alle Einwohner unabhängig vom Gesundheitszustand die gleiche Prämie. Damit werden chronisch kranke Personen automatisch zu Versicherten, die ihre Kosten vorhersehbar nicht decken werden, während gesunde Risiken positive Deckungsbeiträge

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 16/55

abwerfen. (...) Bringt aber erfolgreiche Risikoselektion in kürzerer Zeit und verbunden mit weniger Risiko höhere Deckungsbeiträge als die Investition in Kostendämpfungsmaßnahmen, dann ist es nichts als logisch, dass viele Krankenversicherer die (sichere) Risikoselektion der (unsicheren) HMO-Strategie vorziehen“ (Beck, 2009b, S. 406; vgl. hierzu auch Lehmann, 2003, S. 68). Die Krankenversicherungen haben über den Weg der besonderen Versicherungsformen die Möglichkeit, sogenannte Prämiensparmodelle anzubieten, bei denen die Versicherer unilateral und ohne vertragliche Vereinbarung mit den Leistungserbringern Listen erstellen, die für die Versicherten als Gatekeeper bindend sind, wenn sie Leistungen im Gesundheitswesen konsumieren wollen. Als Gatekeeper bieten sich bestimmte Hausärzte oder ein vorgängig zu konsultierender telemedizinischer Dienst an. Reich (2012a) hat diese – wie oben beschrieben – aufgrund der extrem schwachen koordinierenden Wirkung sowie der tiefen Wirkung auf die Integration aus seiner Studie ausgeschlossen. Aus Sicht der Versicherung gibt es mehrere Möglichkeiten, mit diesen Produkten umzugehen. Einerseits stellen sie ein wichtiges Verkaufsinstrument dar, um in verschiedenen Regionen mit tiefpreisigen Produkten aufwarten zu können. Damit können neue Kunden gewonnen und bestehende Kunden gehalten werden. Über diese Listenmodelle kann aber auch gezielt und erfolgreich Risikoselektion betrieben werden. In den 90er-Jahren bis ca. 2010 waren Krankenkassen mit der sogenannten Billigkassen-Strategie⁶ äusserst erfolgreich (Beck, 2009b). Da eine Quersubventionierung zwischen verschiedenen Kassen eines Konzerns schwieriger geworden ist, stellt sich für die Krankenversicherungen (mindestens als Option) die Frage, ob diese Risikoselektion über die verschiedenen Produkte forciert werden kann. In Anlehnung an den Begriff der Billigkassen-Strategie könnte man dann von einer Billig-Produkte-Strategie sprechen. Auch wenn ein Gatekeeping vorhanden ist (eine von der Versicherung definierte Liste von Grundversorgern), so ist es nicht selbstverständlich, dass die Krankenversicherer die Einhaltung dieser Einschränkung auch tatsächlich überprüfen, einfordern und allenfalls Konsequenzen geltend machen, wenn sich die Versicherten nicht daran halten. Diese Listenmodelle wurden denn auch von Ärzteseite gelegentlich als Pseudo-Managed Care bezeichnet. Entscheidend scheint die Frage zu sein, ob bei Listenmodellen auch deren Einhaltung geprüft und umgesetzt wird. Ansonsten handelt es sich – aus dieser Perspektive – um reine Prämiensparmodelle.

Eine klare Abgrenzung zu finden, was noch zu Managed Care gezählt werden kann und was nicht mehr, ist schwierig. Dennoch wollen wir es im Folgenden in einem vorläufigen Fazit versuchen. Bei diesem Fazit werden wir die Strukturierung von Reich et al. (2012a) mit den drei vorgeschlagenen Modellen verwenden. Beim ersten Modell (Vertragsmodell mit Kopfpauschale) drängt sich jedoch eine Präzisierung auf. Offenbar kommen bei grösseren Krankenversicherungen seit 2011 neue Verträge zum Einsatz, die nicht mehr auf Kopfpauschalen abstützen (vgl. hierzu Beck 2013). Der Grundsatz der Budgetverantwortung bleibt dabei jedoch bestehen. Die neuen Verträge basieren nicht mehr auf Kopfpauschalen, sondern wieder auf der Einzelleistungsvergütung, die aber kombiniert wird mit Anreizen (Effizienzbonus/Qualitätsbonus), für kostenbewusstes und qualitätsorientiertes Verhalten. Beck (2013) ist überzeugt, dass die heutige Capitation-Finanzierung von diesen neuen Modellen verdrängt wird. Diese Entwicklung ist relativ neu und gilt es sicherlich zu beobachten. Für die Strukturierung verwenden wir der Vorsicht halber deshalb dennoch die drei Modelle gemäss den Begrifflichkeiten von Reich et al. (2012a). Der Begriff der „Kopfpauschalen“ weist dabei primär auf die Besonderheiten des Vergütungssystems hin, das auf Budgetmitverantwortung basiert. Dieser Grundsatz ist auch in der neueren Entwicklung gemäss Beck (2013) berücksichtigt.

⁶ Neue „Billig-Kassen“ wurden laufend als Tochterkassen einer grossen Krankenversicherung gegründet, um teure und günstige Risiken besser auseinanderzuhalten und damit permanent attraktive Prämien in einer bestimmten Kasse anbieten zu können. Diese Strategie bedingt eine permanente konzerninterne Quersubventionierung vom „Mutterhaus“ zu den „Billigkassen“. Das BAG versucht seit 2010 diese Strategie zu unterbinden, vgl. hierzu die Medienkonferenz vom 1.10.2010: „Prämien 2011 und künftige Strategie in der Gesundheitspolitik“, Didier Burkhalter, Bundesrat, Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern. Der Entscheid des Parlaments vom 21.03.2014, den Risikoausgleich weiter zu verfeinern, unterstützt diese Bestrebungen. Interessante Analysen zum Verhalten der Versicherer in Konglomeraten in Bezug auf Risikoselektion finden sich bei Von Wyl (Kapitel 6 in Beck et al., 2014, pp. 117–129).

2.3. Fazit

Zusammenfassend wird nun versucht, die Definition von Managed Care als Gesamtsystem in Anlehnung an Amelung (2013) wie folgt auf die Schweiz zu übertragen.

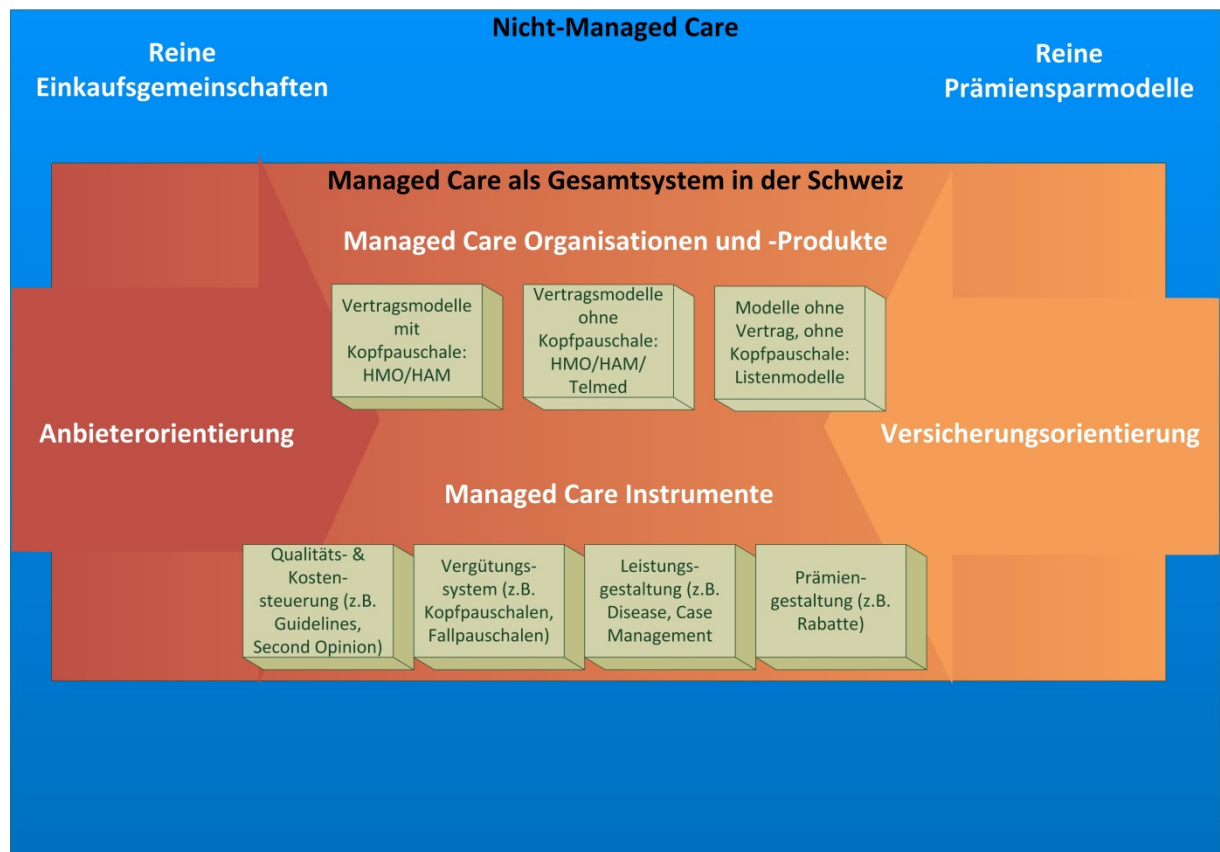


Abbildung 5: Managed Care als Gesamtsystem in der Schweiz (Eigene Darstellung in Anlehnung an Amelung, 2013)

Bei den MC-Organisationen und -Produkten können drei Ausprägungen voneinander unterschieden werden. Der Begriff „Vertragsmodelle“ bedeutet hier, dass eine vertragliche Vereinbarung zwischen einem Leistungserbringer (individuell oder in einem Netzwerk organisiert) und mindestens einem Krankenversicherer besteht. Die bestehenden Vertragsmodelle können dann wiederum unterschieden werden in Bezug auf die Abgeltung. Erfolgt diese über eine bestimmte Form der Budgetmitverantwortung (z.B. Kopfpauschale) oder ohne Budgetmitverantwortung (z.B. traditionelle Abrechnung nach Einzelleistungen)? Wie weiter unten (Tabelle 6: Zusammenstellung der in Schweizer Studien zu Managed Care) aufgezeigt, unterscheiden sich die festgestellten Kostenunterschiede in Abhängigkeit der Abgeltung erheblich. Als dritte mögliche Ausprägung werden die sogenannten „Listenmodelle“ aufgeführt. In der Regel existiert bei diesen Modellen keine vertragliche Vereinbarung zwischen dem Leistungserbringer und dem Krankenversicherer. Zudem erfolgt die Abgeltung gemäss unserem Kenntnisstand ausnahmslos über Einzelleistungen. Die Steuerungswirkung bei diesen Modellen ist denn auch stärker limitiert als bei den anderen beiden Modellen (Reich et al., 2012). Dennoch führen auch diese Modelle zu risikobereinigten Kosteneinsparungen (Lehmann, 2003). Die Listenmodelle gelten in dieser Darstellung als zugehörig zu Managed Care als Gesamtsystem, soweit sie von den Versicherern auch tatsächlich mit einem Gatekeeping umgesetzt werden. Wird dieses Gatekeeping nicht angewendet, so gelten sie in dieser Darstellung als reine Prämiensparmodelle und zählen damit nicht zu Managed Care. Wie weiter

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 18/55

oben bereits ausgeführt, kann auf Seiten der Anbieterorientierung unterschieden werden, zu welchem Zweck sich die Leistungserbringer zusammenschliessen. Handelt es sich dabei ausschliesslich um eine Einkaufsgemeinschaft, dann soll diese gemäss dieser Darstellung – nicht Managed Care zugeordnet werden. Diese beiden Abgrenzungen sind jedoch stark konzeptioneller Natur und es wird schwierig sein, mit Untersuchungen empirisch klar nachzuweisen, ob es sich um eine „reine“ Einkaufsgemeinschaft handelt und ob eine bestimmte Kasse ein Listenmodell als „reines“ Prämiensparmodell betrachtet. Diese Abgrenzungsschwierigkeiten bestehen bei den MC-Instrumenten nicht.

Bezüglich der aktuellen Entwicklungen in der Schweiz kann festgestellt werden, dass sich zunehmend Ärztenetze durchsetzen, die mit den Versicherern kontrahieren. Diese Ärztenetze sind entweder HAM oder können auch als HMO geführt werden. Daneben gibt es auch – aber in einer Minderheit und ohne klare Entwicklung – HMOs, die sich im Besitz von Versicherungen befinden. Das bedeutet – gemäss den Definitionen in 2.2: Definition Managed Care als Gesamtsystem – eine relativ klare Dominanz von anbieterorientierten MC-Organisation in Form von HMO und/oder HAM, neben einer kleineren Anzahl von versicherungsorientierten HMOs (Berchtold, 2012a). Klar erkennbar ist daneben das Wachstum der versicherungsorientierten Produkte ohne vertragliche Beziehung zu einem Leistungserbringer oder Listenmodelle (Beck, 2009b; Berchtold, 2013; Schibli & Hodel, 2012). In den Expertengesprächen wurde zudem darauf hingewiesen, dass ein Übergang zu beobachten sei von „stand alone HMOs“ zu immer mehr HMOs, die mit Ärzte-Netzwerken verbunden seien. Diese Entwicklung sei primär auf die relativ hohen Fixkosten einer HMO zurückzuführen.

Für die Mengengerüste der verschiedenen Formen in der Schweiz wird auf die Resultate der Erhebung des Forums Managed Care von 2012 verwiesen (Berchtold, 2012a).

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 19/55

3. Methodisches Vorgehen

Nach einer Sichtung ausgewählter Artikel sowie zwei Expertengesprächen mit Dr. Konstantin Beck und Dr. Peter Berchtold wurde die Form der Literaturstudie gewählt, um die Fragestellungen beantworten zu können.

Um möglichst alle relevanten Studien zu den formulierten Fragestellungen zu sammeln, wurde folgendes Vorgehen gewählt:

- a) In den Expertengesprächen wurde nach relevanten Studien und damit verbundenen Publikationen gefragt.
- b) Unter Einbezug der Informationen aus den Expertengesprächen und ausgehend von bestehenden Übersichtsstudien und deren Literaturverweisen wurden zentrale Artikel in einem iterativen Verfahren für die Untersuchung erschlossen. Diese Liste wurde ergänzt um die Resultate einer systematischen Literaturanalyse mit ausgewählten Suchbegriffen in definierten Datenbanken.

Nachfolgend wird das methodische Vorgehen der Erschliessung der Literatur b) beschrieben. Die Befragung der beiden Experten a) in Bezug auf Literatur und Studien bedarf keiner näheren Erläuterung.

3.1. Erschliessung von Studien über zentrale Artikel und Recherche in ausgewählten Datenbanken

Wie einführend erwähnt, wurden für die Fragestellungen – basierend auf den Expertengesprächen – zentrale Artikel identifiziert (Beck, 2009; Berchtold & Hess, 2006; Berchtold et al., 2012; Reich et al., 2012a; Schwenkglenks et al., 2006) und darauf aufbauend deren Referenzen im Literaturverzeichnis auf weiterführende Studien hin analysiert. Insgesamt konnten auf diese Weise 18 Artikel identifiziert werden.

Parallel dazu wurden im Zeitraum von 1. Juni bis 17. Oktober 2013 die folgenden Datenbanken abgefragt: PsychARTICLES, Psynindex, Pubmed (in Medline), bibnet, swissbib, Cochrane Library (Gesamt) und WISO.

Zeitlich wurde die Abfrage eingeschränkt auf den Zeitraum zwischen 1996 (Einführung des neuen Krankenversicherungsgesetzes) bis und mit 2013. Für die Abfrage (Titel, Abstract) wurden die folgenden Begriffe verwendet:

(Managed Care) AND Schweiz AND Studie
OR
(Managed Care) AND Switzerland AND study
OR
(Managed Care) AND Suisse AND etude

Tabelle 1: Suchbegriffe für systematische Literaturanalyse (Grobstruktur)

Die oben beschriebene Abfrage führte zu 1'208 Treffern.

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 20/55

Zur Einschränkung der Ergebnisse wurden die folgenden zusätzlichen Begriffe in die Abfrage der Datenbanken miteinbezogen:

(Managed Care) AND Schweiz AND Studie AND (Kosten OR Qualität OR Kostenunterschiede OR Qualitätsunterschiede)
(Managed Care) AND Switzerland AND study AND (costs OR quality)
(Managed Care) AND Suisse AND etude AND (coûts OR qualité)

Tabelle 2: Suchbegriffe für systematische Literaturanalyse (Detailstruktur)

In vier Selektionsschritten wurde die Auswahl anschliessend eingegrenzt.

1. Erster Selektionsschritt: Es wurde festgestellt, dass es sich bei einigen Artikeln um Meinungsäusserungen (z.B. in der Schweizerischen Ärztezeitung) handelte. Um den Fokus auf empirische Studien zu schärfen, wurde deshalb, wenn immer möglich, der Filter zur Art des Dokumentes in der Recherche in den Datenbanken auf „Studie“ gesetzt. Diese zusätzliche Einschränkung führte zu 850 Treffern.
2. Zweiter Selektionsschritt: Nach dem Expertengespräch mit P. Berchtold und gestützt auf eine umfassende Literaturanalyse von Berchtold, Busato und Egger, „Effectiveness of Integrated care programs in adults with chronic conditions: a systematic review“ (Berchtold et al., 2012) entschied der Autor und die Autorin, den Schwerpunkt der Suche auf die Frage der Kosten, bzw. Kostenunterschiede zu legen. Der Fokus dieser Arbeit (siehe auch Forschungsfrage 3) liegt darin, Studien zu Kostenunterschieden zwischen einer Versorgung in traditioneller OKP und einer integrierten Versorgung zu identifizieren und auszuwerten. Dabei soll auch die Qualität mitberücksichtigt werden, jedoch nur insofern, als dass Kosten UND Qualität gleichermaßen verglichen werden. Der Fokus liegt dabei auf Studien in der Schweiz. Weiter wurde der Zeitraum auf die Jahre 2011–2013 eingeschränkt, um die systematische Literaturanalyse auf die aktuellsten Publikationen zu fokussieren. Diese zusätzlichen Einschränkungen reduzierte die Anzahl Treffer auf 161 Publikationen.
3. Dritter Selektionsschritt: Die gefundenen Referenzen wurden auf ihre Inhalte im Titel und Abstract mit Bezug auf Managed Care und die Forschungsfragen hin geprüft und selektioniert. Diese zusätzliche Selektion führte schliesslich zu 47 Treffern. In diesem Schritt wurden auch die Doubletten eliminiert.
4. Vierter Selektionsschritt: Das Resultat der Recherche in den Datenbanken wurde mit den 18 Artikeln ergänzt, die aus den Expertengesprächen und den Literaturhinweisen der vorgängig identifizierten zentralen Artikeln gewonnen werden konnten. Diese Artikel wurden nun noch einmal bezüglich inhaltlicher Relevanz bereinigt: Berichtet der Artikel über vergleichende Studien bezüglich Kostenunterschieden zwischen einer traditionellen Versorgung und einer Versorgung in Managed Care mit Fokus auf die Kostenunterschiede und wenn möglich der Qualitätsunterschiede in der Schweiz? Daraus resultierten schliesslich 28 Artikel, die in die vorliegende Studie miteinbezogen wurden.

Eine Übersicht zu den Suchergebnissen und Selektionsschritten ist in Anhang 3 und 4 ersichtlich.

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 21/55

3.2. Erfassung

Die 28 Artikel wurden in einer Tabelle nach folgenden Rubriken erfasst (siehe *Anhang 1: Identifizierte Artikel nach Auswahlverfahren*):

Bezeichnung	Bemerkung
Lauf-Nr.	
Studie (Titel, Jahr, Autor)	
Untersuchungsgegenstand	Welche Fragestellung steht im Zentrum?
Forschungsmethode	Mit welcher Forschungsmethode wird vorgegangen?
Erkenntnisse (Fazit)	Welche zentralen Erkenntnisse resultieren aus der Studie?
Versicherungsorientierung	Ist die Studie aus einer Versicherungsorientierung heraus konzipiert?
Anbieterorientierung	Ist die Studie aus einer Anbieterorientierung heraus konzipiert?
Kostenorientierung	Fokussiert sie auf Kostenaspekte bzw. -unterschiede?
Qualitätsorientierung	Fokussiert sie auf Qualitätsaspekte bzw. -unterschiede?
Faktoren	Welche Faktoren werden für Kosten- bzw. Qualitätsunterschiede untersucht, identifiziert oder allenfalls nur genannt?
Bemerkungen	

Tabelle 3: Rubriken für die tabellarische Erfassung der erschlossenen Artikel

Diese 28 Artikel wurden für die Beantwortung der Fragestellungen analysiert.

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 22/55

4. Ergebnisse und Diskussion der Literaturanalyse

Von den gesamthaft 28 Artikeln sind deren zehn primär versicherungsorientiert und acht anbieterorientiert. Vier Artikel berücksichtigen beide Perspektiven. Die übrigen sechs können nicht zugeordnet werden. Weiter sind 12 Artikel kostenorientiert, fünf qualitätsorientiert und elf beinhalten Kosten- sowie Qualitätsaspekte. Faktoren zur Erklärung von allfälligen Kosten- und Qualitätsunterschieden zwischen traditioneller OKP und MC-Modellen werden in 16 Artikeln erwähnt.

Nachfolgend wird zunächst auf die Kostenunterschiede eingegangen (gemäss Forschungsfrage b), um anschliessend auf die Frage der Qualitätsunterschiede (Forschungsfrage c) einzugehen. In einem letzten Abschnitt werden dann die Erkenntnisse zusammengefasst.

4.1. Studienresultate zu den Kostenunterschieden

Im Zentrum dieses Abschnitts steht die zweite Forschungsfrage (siehe Kapitel 1.3): „Existieren in der Schweiz nachweisbare Kostenunterschiede zwischen Versicherten in traditionellen OKP-Versicherungsmodellen und Versicherten in einer Versorgungssituation mit Managed Care-Modellen/-Instrumenten (HMO, Listenmodelle, Telmed, etc.), die nicht auf eine unterschiedliche Morbidität des Kollektivs zurückzuführen sind?“.

4.1.1. Resultate der Literaturstudie Berchtold & Hess (2006)

Um diese Frage zu beantworten, sollen zunächst die Forschungsergebnisse der Literatur-Studie „Evidenz für Managed Care“ (Berchtold & Hess, 2006) einfließen, bevor sie um die in der eigenen Literaturrecherche zusätzlich gewonnen Erkenntnisse ergänzt werden.

Berchtold und Hess haben in einer umfangreichen europäischen Literaturanalyse die Wirkung von Versorgungssteuerung und Kosteneffektivität unter besonderer Berücksichtigung der Schweiz untersucht. Sie haben dabei (wie in *Abbildung 3: Evaluationsdimensionen Managed Care (Berchtold & Hess, 2006, S. 17)* aufgezeigt) die folgenden Dimensionen unterschieden und hinsichtlich vorhandener Studien untersucht:

Auf der Ebene der Managed Care Institutionen unterscheiden sie zwischen:

- Hausarztmodellen
- Call Center
- HMO

Auf der Ebene der MC-Instrumente unterscheiden sie zwischen:

- Gatekeeping
- Guidelines
- Case Management
- Disease Management
- Demand Management / Telefontriage
- Vergütungsmodelle

Für unsere Untersuchung wird ausschliesslich auf die Ergebnisse, die die Autoren für die Schweiz gefunden haben, fokussiert.

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 23/55

Zu den MC-Instrumenten

Bei den untersuchten MC-Instrumenten stellen Berchtold und Hess zunächst einmal fest, dass in der Schweiz im Vergleich zu Europa relativ wenige Studien durchgeführt wurden. Dies ganz im Gegensatz zu Studien zu MC-Organisationen, bei denen die Schweiz als eigentliches Pionierland gilt. Weiter kann festgehalten werden, dass die gefundenen Untersuchungen nur sehr eingeschränkt in der Lage sind, einzelne MC-Instrumente zu isolieren und auf ihre Wirkung hin zu beurteilen. Als Beispiel sei das Gatekeeping erwähnt. In der Schweiz ist Gatekeeping in der Regel verbunden mit einer MC-Organisation, sei dies ein Hausarztmodell, ein HMO oder telemedizinischer Dienst. Wie soll nun der Effekt von Gatekeeping isoliert betrachtet werden? Berchtold und Hess erwähnen diesen Aspekt auch in aller Deutlichkeit: „Keine Aussage kann aber darüber gemacht werden, welcher Teil dieser Effekte auf das Gatekeeping und welcher auf andere Faktoren (wie z.B. Vergütungsform oder Innovationseffekt) zurückzuführen ist“ (Berchtold & Hess, 2006, S. 20). Die gleichen Vorbehalte gelten für das Case Management, das Disease Management, das Demand Management und die Vergütungsmodelle. Bei den Guidelines präsentiert sich die Situation noch etwas komplexer.

Die Autoren (Berchtold & Hess, 2006) attestieren der Anwendung von Guidelines – als dem „wahrscheinlich ältesten Managed Care Instrument“ - eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass die Behandlung bezüglich Outcome, Effektivität und Effizienz verbessert werden kann. Sie stützen sich dabei ausschliesslich auf Studien ausserhalb der Schweiz. Die Studien fokussieren hauptsächlich auf die Frage, wie die Implementierung von Guidelines verbessert werden kann. Hier stellt sich die Frage, inwiefern die Anwendung von Guidelines an Managed Care als Gesamtsystem gebunden werden kann. Oder anders formuliert: Uns ist keine Studie bekannt, die untersucht hätte, ob innerhalb von MC-Organisationen Guidelines konsequenter Anwendung finden als ausserhalb von MC-Organisationen. Erst dann wäre ein Vergleich zwischen einer Versorgung in traditioneller OKP und in MC-Organisationen möglich. Noch immer ungelöst bleibt jedoch die Problematik, dass die Anwendung der Guidelines als einzelnes Element kaum zu isolieren wäre von anderen Elementen, die innerhalb der MC-Organisation Einfluss auf Outcome, Effektivität und Effizienz (z.B. Gatekeeping, Vergütungsmodelle, etc.) haben.

Deutlich klarer sind demgegenüber die Resultate, die Berchtold und Hess (2006) in Bezug auf die MC-Organisationen gefunden haben. Hier unterscheiden sie zwischen Hausarztmodellen (HAM), Health Maintenance Organization (HMO) und Call Center.

Zu den Hausarztmodellen (HAM)

In der Einleitung weisen Berchtold und Hess (2006) bereits auf die Schwierigkeit einer einigermaßen befriedigenden Definition der HAM hin. Sie bezeichnen diese als „... ausgesprochen heterogene Modellgruppe mit hoher Variationsbreite. (...) Am liberalen Ende der Skala handelt es sich um lose Ärztevereinigungen, die sich gegenüber dem Versicherer zu einem Gatekeeping verpflichten. Es ist umstritten, wie weit solche Vereinigungen als Modelle des Managed Care gelten können. Auf der anderen Skalenseite gibt es eine Vielzahl von straffer geführten Modellen mit ärztlicher Budgetverantwortung und zahlreichen Obligationen, wie z.B. regelmässige Teilnahme in einem strukturieren Qualitätszirkel, Offenlegung der Leistungsstatistiken, gemeinsame Guideline-Entwicklung etc. (...) Das HMO Modell ist unter diesem Aspekt lediglich ein straff organisierter Sonderfall des HAM ...“ (ebd. 2006, S. 30). Diese Vielzahl an möglichen Organisationsformen und Verbindlichkeiten spiegle sich in den Studien, welche häufig einen Spezialfall untersuchen würden. Berchtold und Hess erwähnen die folgenden Studien:

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 24/55

- Zwei Untersuchungen des Pionier-HAM Wintimed⁷, die Kosteneinsparungen von 25-26% aufweisen würden, welche jedoch nur „beschränkt risikokorrigiert“ seien.
- Die sogenannte HAMA Studie (Schwenkglens et al., 2006), die Kosteneinsparungen von 7-19% ausweist und weitgehend risikobereinigt ist, ist gemäss Berchtold und Hess als eine der wissenschaftlichen Referenzstudien zu betrachten.
- Im Weiteren werden Studien erwähnt, die nicht ausschliesslich auf HAM, sondern auch auf HMO fokussieren. Es handelt sich dabei um das Projekt INCENTIVES der SWICA, dessen Resultate bei Lehmann (2003) publiziert wurden.

Zu den Health Maintenance Organizations (HMO)

In der Definition unterscheiden Berchtold und Hess die folgenden drei Organisationsformen (Berchtold & Hess, 2006, S. 33):

1. Staff Model: Ärzte im Angestelltenverhältnis mit fixem Salär, evtl. Erfolgsbeteiligung über ein Bonus-Malus System.
2. Group Model: Ärzte sind als Partner Eigentümer einer oder mehrerer Gruppenpraxen, die mit der HMO Behandlungsverträge abschliessen. Die Vergütung erfolgt meist über Capitation oder ausgehandelte Einzelleistungsverträge.
3. Independent (oder Individual) Practice Association IPA: Ärzte in eigener Praxis (oder ein Ärzterverbund) schliessen Behandlungsverträge mit der HMO ab.

Sie haben in ihrer Literaturanalyse insgesamt 12 Studien für die Schweiz gefunden und diese in folgenden drei Gruppen strukturiert (ebd. 2006, S. 34):

1. Evaluation der Pilot HMOs der Interessengemeinschaft der alternativen Formen der Krankenversicherung (IGAK) mit Datenmaterial von 1990 – 1994 (Baur, Hunger, Kämpf, & Stock, 1997). Die Kostenvorteile gegenüber der traditionellen Versicherung liegen gemäss diesen Studien bei 30–35%. Gemäss Berchtold und Hess weisen diese „älteren Studien aus den Anfängen des Managed Care (...) auf überraschend positive Tendenzen hin, eignen sich aber weder zur Verallgemeinerung noch zur Übertragung der Ergebnisse auf heute“ (Berchtold & Hess, 2006, S. 34). Besonders erwähnenswert aus dieser Zeit ist eine klinische Outcome Studie zum Hypertonie Management, die zwischen einer Versorgung in traditioneller OKP und einer Versorgung in der HMO unterscheidet. In der Studie wurde festgestellt, dass bezüglich der Therapieergebnisse keine Unterschiede bestehen, der Einsatz von Ressourcen (insbesondere technische Untersuchungen und Labortests) in den HMOs aber signifikant tiefer war als in der traditionellen Versorgung. Sie orten die Gründe für diese Unterschiede in der Form der Entschädigung. Dies wurde jedoch nicht untersucht. Bemerkenswert an dieser Studie ist im Übrigen, dass eine Normalisierung des Blutdrucks sowohl bei den HMO als auch bei traditionellen Praxen nur in 11 - 12% der Fälle erreicht wurde. 42% bis 36% aller behandelte Hypertoniker hatten auch nach erfolgter Behandlung weiterhin eine unkontrollierte Hypertonie ($\geq 160/95$) (Stock et al., 1997). Weiter wurden auch Patientenzufriedenheitsstudien durchgeführt. Dabei wurden keine Unterschiede in der Patientenzufriedenheit festgestellt.
2. Evaluationen der HMO der Universität Genf (Perneger et al., 1995), dessen Datenmaterial sich auf die Jahre 1991–1992 stützt. In Genf wurden die Kollektive vor und nach dem Eintritt in die HMO untersucht. Zudem wurde eine Wechslerstudie durchgeführt. Die Patientenzufriedenheit wurde ebenfalls erhoben. Im Gegensatz zur vorher zitierten Untersuchung war die Patientenzufriedenheit in den HMO schlechter als in der traditionellen Versicherung. Die Besonderheit des Genfer Universitäts-HMO liegt darin, dass die Mitarbeitenden und Studierenden der Universität

⁷ Die beiden bei Berchtold & Hess (2006) erwähnten Studien von Bühler (1997) und Marti (1999) im Zusammenhang mit dem Pionier-HAM Wintimed konnten nicht gefunden werden.

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 25/55

– wenn sie sich nicht negativ äusserten – innert eines Monats nach Ankündigung automatisch in der neuen HMO versichert wurden. Insofern ist die Wahl des neuen HMO nur bedingt freiwillig erfolgt. Dies wird von den Autoren denn auch als möglicher Grund für den Unterschied in der Patientenzufriedenheit angenommen. Weitere Informationen siehe unten.

3. Die Untersuchungen des Sozialökonomischen Instituts der Universität Zürich mit Daten der SWICA der Jahre 1999 – 2003, die ausgewertet wurden (Lehmann, 2003). Diese werden weiter unten noch ausführlich beschrieben. Gemäss Berchtold und Hess sind diese neueren wissenschaftlichen Arbeiten geeignet, „eine generelle Aussage über das Einsparpotential der HMOs zu machen, auch wenn sie sich auf einen einzigen Versicherer mit gewissen Eigenheiten seiner Managed Care-Modelle beschränken“ (Berchtold & Hess, 2006, S. 35).

Berchtold und Hess halten zusammenfassend fest, dass – trotz der Schwierigkeit der Vergleichbarkeit – ein Kostenvorteil der HMOs in der Grössenordnung von 20–30% gegenüber der traditionellen Versorgung resultiert. Sie schliessen daraus, dass mit grosser Wahrscheinlichkeit ein substantielles Einsparpotential der HMOs vorhanden ist. Dieses sei deutlich sicherer und höher als bei den HAM.

Sie halten aber auch fest, dass keine Aussage gemacht werden könne, ob „solche Kostenvorteile auf die Generierung von überflüssigen Leistungen im konventionellen Versicherungsmodell oder durch die Vorenthaltung von sinnvollen Leistungen im Managed Care-Modell zurückgehen“ (ebd., 2006, S. 35).

Soweit die Erkenntnisse aus den wertvollen Arbeiten von Berchtold und Hess.

4.1.2. Ergänzende Resultate aus der eigenen Literaturstudie

Gemäss unserem Kenntnisstand und gestützt auf die 28 in der eigenen Literaturrecherche erschlossenen Artikel können die folgenden **acht Studien(-gruppen)** identifiziert werden, die die Frage nach den Kostenunterschieden zwischen einer Versorgung in einer MC-Organisation und einer traditionellen Versorgung untersucht haben. Nachfolgend wird jeweils der Kontext der Studie kurz umschrieben und im Literaturhinweis auf den relevanten Artikel verwiesen, in dem die wichtigsten Untersuchungsergebnisse aufgezeigt sind. Im Weiteren wird auf diese Artikel abgestützt, im Wissen darum, dass die Untersuchungen teilweise auch noch in anderen Artikeln publiziert wurden.

1. Evaluation der Pilot HMOs der Interessengemeinschaft der alternativen Formen der Krankenversicherung (IGAK), festgehalten im Synthesebericht von 1997 des Bundesamtes für Sozialversicherungen (Baur et al., 1997)
 2. Evaluation des HMO-Plans der Universität Genf, dessen Kosteneffekte insbesondere in folgenden Artikeln festgehalten wurden: Etter & Perneger, 1998; Perneger et al., 1995
 3. Projekt INCENTIVES der SWICA-Versicherten in besonderen Versicherungsformen, deren Resultate in der Dissertation von Hansjörg Lehmann aufgezeigt werden (Lehmann, 2003)
 4. Untersuchung eines Hausarztmodells in Aarau, die sogenannte HAMA Studie (Schwenkglens et al., 2006)
 5. Untersuchung von 18 HMOs der CSS Versicherung (Zwillingsstudie) durch Konstantin Beck (Beck, 2009a)
 6. Untersuchung über die Wirkung eines telemedizinischen Services (Grandchamp & Gardiol, 2011)
 7. Untersuchung der SWICA über die Kosten zweier MC-Modelle im Vergleich zur traditionellen OKP bei bestimmten chronischen Krankheiten (SWICA, 2011)
 8. Untersuchung von HELSANA Versicherten in verschiedenen MC-Modellen im Vergleich zu traditioneller OKP (Reich et al., 2012)
1. Bei Baur et al. (1997) handelt es sich um den Synthesebericht von Prognos, ein Beratungs- und Forschungsinstitut, das im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherungen eine umfassende

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 26/55

Evaluation der neu entstandenen HMOs in der Schweiz durchgeführt hat. Die zentrale Fragestellung lautete: Können neue Formen der Krankenversicherung zur Kostensenkung im Gesundheitswesen beitragen? Die Evaluationen wurden in den Jahren 1991 bis 1994 durchgeführt. Die Ergebnisse sind in acht Berichten zu den verschiedenen Teiluntersuchungen publiziert worden. Eine Zusammenfassung erfolgte im zitierten Synthesebericht von 1997 (Forschungsbericht Nr. 1/98). Als Grundlage für die Untersuchungen dienten Administrativdaten der Krankenversicherungen, Befragungen bei Versicherten, Erhebungen bei den HMOs und – im Kontext der Studie zum Hypertoniemanagement – die Krankenakten der Patienten. Neben den HMOs der ersten Generation wurden auch Untersuchungen zu einer Bonus-Versicherung und zur wählbaren Jahresfranchise durchgeführt. Diese sind aber hier nicht von Bedeutung. Gemäss den Autoren weist die HMO „echte Kosteneinsparungen von 30–35% gegenüber der traditionellen Versicherungsform auf. Sie erzielt dies durch eine Reihe von Faktoren, deren Einfluss im Einzelnen nicht genau gemessen werden konnte: Seltenerer Spital-einweisungen, niedrigere Medikamentenkosten, sorgfältige Auswahl der Spezialisten, Vermeidung von Doppeluntersuchungen“ (Baur et al., 1997, S. K–2). Es gebe Indikatoren, die darauf hinwiesen, dass die Einsparungen nicht zu Lasten der Qualität erfolgen. Sie erwähnen hierbei, dass sowohl die Patientenzufriedenheit als auch die untersuchten Standards in der Prävention in beiden Formen gleich seien. Und auch das Behandlungsergebnis sei – gemessen am Erfolg der Hypertoniebehandlung – vergleichbar, unabhängig davon, ob der Patient in der HMO oder in der traditionellen Versicherung behandelt wurde.

2. Etter und Perneger (1998) untersuchten Versicherte der Universität Genf in den Jahren 1992 und 1993. Alle Mitarbeitenden und Studierenden der Universität Genf wurden 1993, wenn sie nicht ausdrücklich widerriefen, einem MC-Modell zugeordnet. Dieses Modell sah vor, dass die Versorgung über Grundversicherer (Gatekeeper) mit Budgetmitverantwortung sichergestellt wird, die in einem Lohnverhältnis angestellt waren. Verglichen wurden die Kosten vor und nach der Überführung in das neue Versicherungsmodell sowie die Entwicklung der Kosten innert Jahresfrist. 1992 – dem Jahr vor der Überführung – verursachten die Personen, die nicht in das neue Managed Care überführt werden wollten, 35% höhere Kosten. Zwischen 1992 und 1993 sanken die Kosten der Mitglieder im MC-Modell um 9%. Die Kosten der Personen in der Vergleichskohorte ausserhalb des MC-Modells stiegen in diesem Zeitraum um 11%. Im Vergleich stellen sie fest, dass sich insbesondere Kosten für Laboruntersuchungen, Physiotherapie sowie Medikamentenkosten am deutlichsten unterschieden. Kein Effekt kann bezüglich der Spitalzuweisungen festgestellt werden. Als Konklusion halten sie fest: die Einführung des Gatekeeping und der Budgetmitverantwortung „caused a favorable self-selection process for the university plan. In addition, the managed care plan achieved a substantial decrease in overall health care expenditures in its first year of operation, chiefly by reducing outlays for technical procedures“ (ebd. 1998, S. 370).
3. Lehmann (2003) untersuchte zwischen 1997 und 2000 in seiner Dissertation Versicherte der SWICA Krankenversicherung, die in verschiedenen MC-Modellen versichert waren. Er untersuchte drei MC-Modelle.
 - a) HMO: im Besitz des Krankenversicherers, fixer Lohn für die Ärzte, der medizinische Leiter der HMO erhält einen Bonus. Für jede Behandlung muss – ausser in Notfällen – die HMO aufgesucht werden, ansonsten übernimmt der Versicherer nur die Hälfte der Kosten.
 - b) Hausarztmodelle: Der Versicherer erstellt eine Liste von Hausärzten und der Versicherte wählt einen Arzt aus. Der Arzt fungiert dann als Gatekeeper. Bei Kosten, die ohne Einverständnis des Gatekeepers verursacht werden, übernimmt die Versicherung nur die Hälfte. Die Entschädigung der Ärzte erfolgt grossmehrheitlich über Einzelleistungsentschädigung, nur in Einzelfällen gilt eine Kopfpauschale.
 - c) Ärztelistenversicherung: Der Versicherte muss aus einer Liste von kostengünstigen Ärzten auswählen, die die Krankenversicherung jährlich anpasst. Vor jedem Spitalbesuch, der nicht

notfallmässig erfolgt, muss der Versicherte eine Kostengutsprache der Versicherung einholen und er verpflichtet sich zum Kauf von Generika. Hält der Versicherte sich nicht an die Vorgaben, bezahlt die Versicherung nur die Hälfte der Kosten. Die Entschädigung der Ärzte erfolgt pro Einzelleistung.

Durch eine ökonometrische Analyse ermittelte Lehmann die folgenden Werte:

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

Tabelle 4: Berechnung der Risikoselektionseffekte nach Lehmann (2003, S. 145)

Von besonderem Interesse und einzigartig bei den Berechnungen von Lehmann ist insbesondere die Berechnung der Wahrscheinlichkeit einer Arztkonsultation innert eines Jahres. Offenbar ist die Wahrscheinlichkeit eines HMO-Versicherten, dass er innerhalb eines Jahres eine Behandlung beginnt, tiefer als bei den anderen beiden Versicherungsformen. Die Gründe hierfür seien seines Erachtens „bei längeren Anfahrtswegen und der telefonischen Betreuung zu suchen“ (ebd. 2003, S. 143). Er schliesst aber nicht aus, dass diese Unterschiede auch auf nicht erfasste Unterschiede in der Versichertenstruktur zurückzuführen sind. Er ist generell eher vorsichtig bezüglich der Risikoselektion, da er davon ausgeht, dass die festgestellten Anteile eher Unter- als Überschätzungen darstellen würden.

4. Schwenkglenks et al. (2006) untersuchten die Kostenentwicklung zwischen einem Hausarztmodell und der traditionellen OKP in der Region Aarau, Schweiz. Die Patienten wurden zufällig ausgewählt und umfassten am Ende 466 Personen. Die Fragestellung war, ob die tieferen Kosten eines Gatekeeping Modells verglichen mit traditioneller OKP einzig aufgrund der Risikoselektion realisiert werden. Die Studie resultiert in den folgenden Erkenntnissen: „The characteristics of gatekeeping and fee for service beneficiaries were largely similar. Unadjusted total costs per person were Sw fr 231 (8%) lower in the gatekeeping group. After multivariate adjustment, the estimated cost savings achieved by replacing fee for service based health insurance with gatekeeping in the source population amounted to Sw fr 403–517 (15–19%) per person. Some selection effects were detected but did not substantially influence this result. An impact of non-detected selection effects cannot be ruled out.“ (ebd. 2006, p. 24)
5. Beck (2009a) realisierte eine Studie auf Basis eines Vergleichs der Leistungskosten von CSS Versicherten in den Jahren 2006 bis 2007, die sich in 18 identischen HMO Modellen verteilt in der Schweiz befanden. Die zentrale Frage war, ob die Kostendifferenzen zwischen Versicherten in HMO und Versicherten ausserhalb von HMOs auf einer Risikoselektion oder auf „echten Leistungseinsparungen“ (ebd. 2009a, S. 2) beruhen. Um Vergleichskollektive zu den 18 HMOs zu schaffen, wurden mehrere Zwillingskollektive gebildet, die bezüglich Risikomerkmale (Alter, Geschlecht, Spitalaufenthalt in der Vergangenheit etc.) dem zu vergleichenden Kollektiv möglichst ähnlich sind. Durch diese Zwillingsmethode soll der Risikoselektionseffekt isoliert und ein Vergleich der „echten“ Leistungskostenunterschiede zwischen einem HMO und einem vergleichbaren

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 28/55

traditionell versicherten Kollektiv ermöglicht werden. Der Anteil der Risikoselektion in diesen 18 Kollektiven variiert (gemäss dieser Studie) im Jahr 2007 zwischen 24 und 68%. Im Durchschnitt beträgt sie 52.0%. Als Einsparungen $((B-A)/B)$ zwischen den Kollektiven resultieren bei diesem Vergleich im gewichteten Durchschnitt aller HMO Modelle 18.1% mit einer Spanne von 7.9 bis 32.5% (bei den 10 grössten Modellen) und von 8.0 bis 42.9% bei den vier kleineren Modellen. Bei vier Modellen war die Signifikanz nicht gegeben. Die Einsparungen vor Risikoselektion $((B-A)/C)$ liegen im Durchschnitt bei 8.7% bei einer Varianz von 3.7 bis 18.5%. Die nachfolgenden zwei Abbildungen fassen die Funktionsweise und die Resultate dieser Studie zusammen:

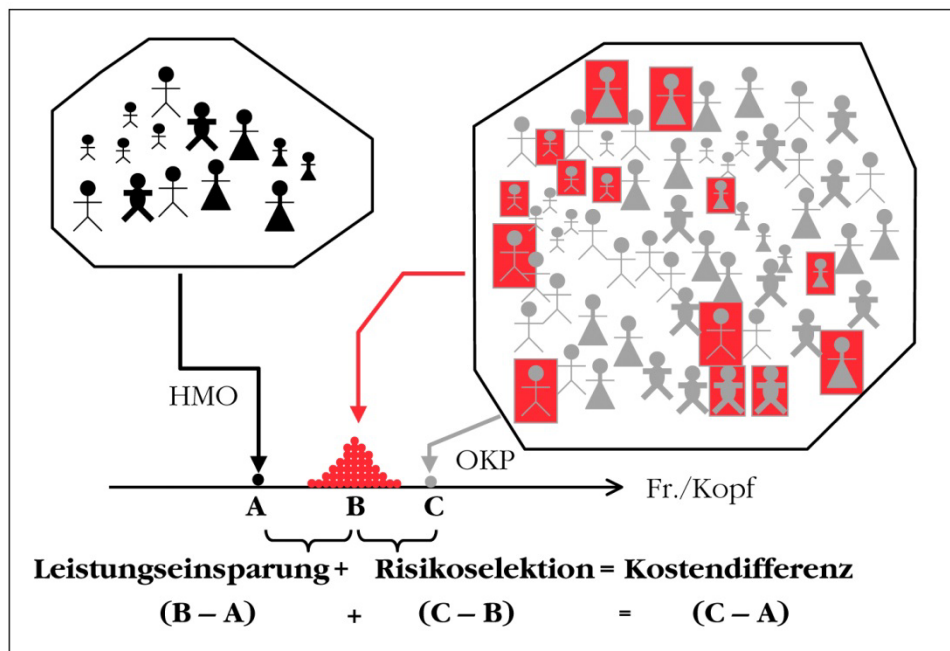


Abbildung 6: Funktionsweise der Zwillingsmethode (Beck, 2009a, S. 3)

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 29/55

HMO Nr.	Anzahl Versicherte	Risiko-selektion insgesamt 1)	Risiko-selektion nach Risikoausgleich	Einsparung 2)	Signifikanz auf 5%	Einsparung vor Risiko-selektion 3)
1	13'823	55.7%	32.4%	23.3%	*	10.3%
2	9'581	55.7%	32.8%	19.5%	*	8.7%
3	9'334	38.0%	16.6%	18.7%	*	11.6%
4	5'218	52.5%	31.4%	7.9%	*	3.7%
5	4'497	39.6%	27.5%	11.3%	*	6.9%
6	2'883	59.5%	43.3%	-1.7%	-	-0.7%
7	1'766	54.2%	32.5%	32.5%	*	14.9%
8	1'530	35.1%	23.6%	1.5%	-	1.0%
9	1'200	42.1%	32.4%	16.1%	*	9.3%
10	1'161	68.0%	51.2%	30.5%	*	9.8%
11	978	46.0%	32.9%	8.0%	*	4.3%
12	719	47.3%	31.0%	7.6%	-	4.0%
13	681	58.1%	38.7%	12.8%	*	5.4%
14	594	56.9%	30.1%	42.9%	*	18.5%
15	472	59.6%	35.6%	17.4%	*	7.0%
16	305	64.7%	44.0%	8.1%	-	2.9%
17	274	24.0%	17.3%	0.7%	-	0.5%
18	149	49.5%	29.6%	-6.0%	-	-3.0%
Total	55'165	52.0%	30.7%	18.1%		8.7%

Tabelle 2: Risikoselektion und Leistungseinsparung 2007

Legende: 1) Risikoselektion insgesamt = $(C - B)/C$

2) Einsparung = $(B - A)/B$

3) Einsparung vor Risikoselektion = $(B - A)/C$

Tabelle 5: Risikoselektion und Leistungseinsparung 2007 (Beck, 2009a, S. 4)

- Grandchamp und Gardiol (2011) untersuchten die Effizienz eines telemedizinischen Anbieters und analysierten hierzu die Daten von 160'000 Versicherten eines Schweizer Krankenversicherers. Sie unterschieden hierbei die folgenden drei Ursachen für Kosteneinsparungen: a) Kosteneinsparungen aufgrund von Selektionseffekten, b) aufgrund einer Incentivierung und c) aufgrund von Effizienzgewinnen. Die a) Selektionseffekte ermittelten sie aufgrund der Kosten der Versicherten vor dem Eintritt in das Produkt, verglichen mit den Kosten danach. Die b) Anreize untersuchten sie mit Hilfe der Rabatte auf die gewählten Franchisen. Diese Rabatte waren attraktiver im untersuchten Modell. Der c) Effizienzgewinn wurde definiert als die Differenz zwischen den tatsächlichen Unterschieden in den Leistungskosten abzüglich der Effekte aus a) und b). In ihren Resultaten stellen sie fest, dass ungefähr 90% der Unterschiede in den Leistungskosten durch Selektion und Incentivierung erklärt werden können. Daraus resultieren 10% Leistungskosteneinsparungen, die sie Effizienzgewinnen des telemedizinischen Angebots gegenüber der traditionellen OKP zuordnen.

7. Die Krankenversicherung SWICA (2011) führte ebenfalls eine Studie durch mit Fokus auf den Unterschieden zwischen den Kosten der Versorgung in verschiedenen Versicherungsmodellen bei der Behandlung von chronischen Krankheiten. Zwei Versicherungsmodelle (ein Hausarztmodell mit Budgetmitverantwortung und eine HMO) wurden mit der traditionellen OKP verglichen und die folgenden fünf chronischen Krankheiten wurden für die Untersuchung ausgewählt: Diabetes, Kreislauf, Osteoporose, Depression, Asthma/COPD. Da die Krankenversicherungen über keine Diagnosen verfügen, erfolgte die Zuordnung der Krankheiten über die Medikation. Ausgegangen wurde von den Bruttokosten 2010. Die Kosteneinsparungen betragen über alle untersuchten chronischen Krankheiten hinweg bei den HMO zwischen -56% und -11% (Durchschnitt: -36%) und beim Hausarztmodell zwischen -37% und -21% (Durchschnitt: -28%) jeweils gegenüber Versicherten in traditionellen OKP Versicherungsmodellen.
8. Reich et al. (2012a) führten eine ökonometrische Untersuchung mit den Daten von rund 400'000 Versicherten der Helsana Krankenversicherung für die Jahre 2006–2009 durch. Die untersuchten Versicherungsmodelle wurden, neben der traditionellen OKP Versicherung, drei Kategorien zugeteilt: A) Contracted models with capitation, B1) Contracted models without capitation (family doctor model), B2) telemedecin models. Für jedes Individuum wurden die jährlichen Leistungskosten erhoben („the annual amount of health care expenditure“). Dabei wurden Samples gebildet und Vergleiche bezüglich der Kosten zwischen Versicherten in traditionellen OKP Versicherungen und in den drei Versicherungsmodellen der integrierten Versorgung angestellt. Sie stellen deutliche Kostenunterschiede fest und unterscheiden zwischen Risikoselektionseffekten und Effizienzeffekten. Bei A) „Contracted models with capitation“ belief sich die Kosteneinsparung gegenüber den traditionell OKP Versicherten auf insgesamt -29.7%, davon -21.2% aus Effizienzgewinnen und -8.5% aus Risikoselektionseffekten. Die B1) „Contracted models without capitation“ sind insgesamt -21.1% günstiger als traditionell OKP Versicherte, davon sind -15.5% Effizienzeffekte und -5.6% Selektionseffekte. Schliesslich sind die Versicherten in B2) „Telemedizinischen Modellen“ insgesamt -22.5% günstiger, davon sind -3.7% Effizienzgewinne und -18.8% Risikoselektionseffekte. Sie diskutieren ihre Resultate im Kontext mit vorangegangenen Studien und stellen fest, dass ihre Werte bezüglich den A) Vertragsmodellen mit Kopfpauschalen genau zwischen den Resultaten von Lehmann und Zweifel (2004) und Beck (2009a) zu liegen kommen. Lehmann stellte Effizienzeffekte in der Höhe von -40% fest. Sie erklären den Unterschied damit, dass die Untersuchung von Zweifel auf HMOs fokussiert war, die sich im Besitz eines Versicherers befanden. „This situation might lead to a more restrictive care treatment within the insurance-held own HMO and therefore to higher cost savings“ (Reich et al., 2012a). Beck hingegen stellte in seinen Untersuchungen Kostenvorteile von -8.7% und Selektionseffekte von -52% fest. Sie erklären diese Unterschiede mit dem unterschiedlichen Studiendesign. Bei Beck seien die Effizienzeffekte jeweils separat für 18 unterschiedliche Netzwerke berechnet worden (siehe Tabelle 4) anstelle einer Betrachtung – wie sie bei ihnen vorgenommen werde – über das gesamte Versicherungsmodell hinweg. Die Unterschiede zwischen den einzelnen HMOs bei Beck seien denn auch relativ gross (zwischen -3.7% und -18.5%). Die Resultate bezüglich den Hausarztmodellen sind aber praktisch identisch mit denen, die Schwenkgenks et al. (2006) festgestellt haben und ihres Erachtens „more or less comparable“ mit Lehmann, der -10% festgestellt hat. Bei den telemedizinischen Modellen sei der von ihnen festgestellte Effizienzeffekt von -3.7% sehr nahe bei den Feststellungen von Grandchamp und Gardiol (2011), die -10% festgestellt haben. Bei den Gründen, die sie für die festgestellten Kostenunterschiede und insbesondere für die Effizienzgewinne diskutieren, steht die bessere Koordination der Versorgung im Vordergrund. In diesem Zusammenhang von besonderem Interesse ist ihre Analyse bezüglich vier ausgewählten chronischen Krankheiten, bei denen sie ebenfalls die Kostenunterschiede zwischen traditioneller OKP und einer Versorgung in einer der drei definierten Kategorien (A, B1, B2) untersucht haben. Da die Krankenversicherer nicht über die Diagnosen verfügen, haben

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 31/55

Reich et al. auch hier (analog zur Studie der SWICA) über Medikamentenkostengruppen die chronisch Kranken identifiziert. Sie stellen fest, dass die Kostenunterschiede hier noch ausgeprägter sind. Daraus schliessen sie, dass gerade bei chronisch Kranken die Modelle der integrierten Versorgung einen besonders positiven Effekt auf die Kosten haben, weil sie die Versorgung besser koordinieren würden.

Die folgende Tabelle fasst die Resultate der acht Studien(-gruppen) zusammen:

Autor (Jahr)	Vertragsbasierte Capitation Modelle (HMO)	Vertragsbasierte Modelle ohne Capitation	Listenmodell (ohne Vertrag, ohne Capitation)	Telemedizinische Angebote
Baur et al., (1997)				
	Totale Kosteneinsparung gegenüber traditioneller OKP	-30% bis -35%		
	Davon Risikoselektion			
	Davon Effizienzgewinn, Innovationseffekt, etc			
Etter, J.-F., & Perneger, T. V. (1998)				
	Totale Kosteneinsparung gegenüber traditioneller OKP	-20.0% a)		
	Davon Risikoselektion			
	Davon Effizienzgewinn, Innovationseffekt, etc			
Lehmann, H. (2003)				
	Totale Kosteneinsparung gegenüber traditioneller OKP	-62%	-34%	-39%
	Davon Risikoselektion	-22%	-24%	-18%
	Davon Effizienzgewinn, Innovationseffekt, etc	-40%	-10%	-21% b)
Schwenkglenks, M., et al. (2006)				
	Totale Kosteneinsparung gegenüber traditioneller OKP		zwischen -15% und -19%	
	Davon Risikoselektion		0.0% c)	
	Davon Effizienzgewinn, Innovationseffekt, etc		zwischen -15% und -19%	
Beck, K. (2009)				
	Totale Kosteneinsparung gegenüber traditioneller OKP	-60.7%		
	Davon Risikoselektion	-52.0%		
	Davon Effizienzgewinn, Innovationseffekt, etc	-8.7%		
Grandchamp, C., & Gardiol, L. (2011)				
	Totale Kosteneinsparung gegenüber traditioneller OKP			-49%
	Davon Risikoselektion			-44%
	Davon Effizienzgewinn, Innovationseffekt, etc			-5%
Swica. (2011)				
	Totale Kosteneinsparung gegenüber traditioneller OKP	-36.0%	-28.0%	
	Davon Risikoselektion	0.0%	0.0%	
	Davon Effizienzgewinn, Innovationseffekt, etc	-36.0%	-28.0%	
Reich, O., et al. (2012)				
	Totale Kosteneinsparung gegenüber traditioneller OKP	-27.7%	-21.1%	-22.5%
	Davon Risikoselektion	-8.5%	-5.6%	-18.8%
	Davon Effizienzgewinn, Innovationseffekt, etc	-21.2%	-15.5%	-3.7%
a) Unterschiede in den Kosten 1 Jahr nach Eintritt in MC Modell: -9% in MC Modell; +11% in ord. Kollektiv				
b) Lehmann unterscheidet zwischen "Kostenreduktion auf Grund weniger häufiger Arztbesuche" und "Kostenreduktion aufgrund effizienteren Behandlungsstils", hier ist die Summe aufgeführt.				
c) Sie haben die zu vergleichenden Populationen eingehend analysiert (Alter, Geschlecht, Gesundheitsindikatoren, etc.) um Morbiditätsbedingte Risikoselektion auszuschliessen.				

Tabelle 6: Zusammenstellung der in Schweizer Studien zu Managed Care festgestellten Kostenunterschiede

Alle analysierten Studien stellen deutliche Unterschiede in den Kosten zwischen traditioneller OKP und MC-Modellen fest. Weiter versuchen alle Studien – um eine Vergleichbarkeit zwischen traditioneller OKP und den untersuchten MC-Modellen zu ermöglichen – die Unterschiede in der Versichertenstruktur und damit allfällige Risikoselektionseffekte zu isolieren. Dabei kamen sehr unterschiedliche Methoden zur Anwendung. Die SWICA Studie beispielsweise identifiziert Krankheitsbilder (fünf chronische

Krankheiten wurden untersucht und dabei die verursachten Kosten pro Modell verglichen) und geht davon aus, dass sich die Krankheiten, insbesondere Polymorbidität, ungefähr gleichmässig über die einzelnen Versicherungsmodelle verteilen (SWICA, 2011). Beck beispielsweise bildet Vergleichskohorten in den einzelnen Modellen, die bezüglich bestimmter Morbiditätsfaktoren identisch sind („Zwillinge“). Auch die übrigen Studien identifizieren Morbiditätsfaktoren (Alter, Geschlecht, Medikamentenkonsum, stationärer Aufenthalt im Vorjahr etc.), um die Vergleichbarkeit der Kollektive herzustellen.

Der Einfluss der Risikoselektion auf die Kostenunterschiede zwischen traditioneller OKP und den untersuchten MC-Modellen ist beträchtlich. Der Einfluss variiert bei den HMOs zwischen maximal -52% (Beck, 2009a) und -8.5% (Reich et al., 2012), bei den Hausarztmodellen zwischen -24% (Lehmann, 2003) und -5.6% (Reich et al., 2012a) und bei telemedizinischen Angeboten zwischen -44% (Grandchamp & Gardiol, 2011) und -18.8% (Reich et al., 2012). Reich et al. argumentieren, dass die Unterschiede im Wesentlichen auf unterschiedliche Methoden (im Vergleich zu Beck) und Unterschiede der Samples (im Vergleich zu Lehmann) zurückzuführen seien. Einzig bei Schwenkglenks et al. (2006) wird festgestellt, dass zwar gewisse Selektionseffekte festgestellt wurden, dass diese aber nicht substantiell die Resultate beeinflussen würden. Dennoch halten sie – wohl vorsichtshalber – fest: „An impact of non-detected selection effects cannot be ruled out“.

4.1.3. Ursachen der Kostenunterschiede

Ausgehend von den Kostenunterschieden und abzüglich der Risikoselektion bleibt eine Differenz, die unterschiedlich bezeichnet wird. Die nachfolgende Tabelle zeigt die verwendeten Begriffe dieser Differenz:

Autor (Jahr)	Verwendete Begriffe für die Bezeichnung der Differenz zwischen Kosteneinsparung und Risikoselektion
Etter, J.-F., & Perneger, T. V. (1998)	Decrease in health care expenditures
Lehmann, H. (2003)	Innovationseffekte
Schwenkglenks, M., et al. (2006)	more efficient resource management, cost savings
Beck, K. (2009)	Einsparung, Spareffekte
Grandchamp, C., & Gardiol, L. (2011)	efficiency effect, savings
Swica. (2011)	"echte" Leistungseinsparung, effizienter und somit kostengünstiger
Reich, O., et al. (2012)	efficiency effect, efficiency gain

Tabelle 7: Verwendete Begriffe für Differenz zwischen Kosteneinsparung und Risikoselektion

Das Spektrum reicht von „Einsparungen, bzw. Spareffekten“ über „Effizienzgewinne“ und „Innovationseffekte“ bis hin zu einem „effizienteren Ressourceneinsatz“. Diese Unterschiede in der Denomination ziehen sich dann auch weiter in den Studien, wenn es darum geht, Erklärungen für die gefundenen Kostenunterschiede zu formulieren. Fast in jeder Studie werden mögliche Gründe dafür erwähnt. Dies aber in der Regel im Konjunktiv und als Annahme formuliert. „A potential reason for the stated efficiency effects in integrated care models may be due to better coordination and integration of medical provision leading to a more effective and efficient delivery of care“ (Reich et al., 2012a, p. 10). Als punktuelle Ausnahme gelten könnte hier Lehmann mit den Aussagen zur Wahrscheinlichkeit eines Arztbesuches. Oder auch die Untersuchungen von Etter & Perneger, die bei den Vergleichen festgestellt haben, dass die Unterschiede der Kosten auf Unterschiede in der Häufigkeit der Anwendung technischer Prozesse (Laboruntersuchungen, Medikation, Physiotherapie) sowie einer Verlagerung als Folge des Gatekeepings von Spezialisten hin zu allgemein praktizierenden Ärzten zurückzuführen sind.

Aber auch Reich et al. versuchen Erklärungen zu finden, indem sie ihr Modell für die Eruerung der Kostenunterschiede der untersuchten Modelle auf chronische Krankheiten anwenden (analog SWICA). Sie stellen fest, dass „the cost ratio of common chronic obstructive pulmonary disease in capitated models are treated 31% more cost-efficient than the same chronic patient group in the basic compulsory insurance scheme“ (ebd. 2012a, p. 10). Insbesondere dort, wo eine bessere Koordination eine wichtige

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 33/55

Rolle für Kosteneffizienz spielt wie bei den chronischen Krankheiten, schneiden capitation geführte HMO besonders gut ab. Daraus leiten sie ab, dass eine bessere Koordination zu dieser besseren Kosteneffizienz geführt habe. Erwähnenswert sind in diesem Zusammenhang auch die relativ grossen Unterschiede zwischen den einzelnen HMOs, die Beck in seinen Untersuchungen festgestellt hat. Lehmann und Reich haben die Versicherungsmodelle jeweils einer bestimmten Versicherung (SWICA bzw. Helsana) untersucht und die Daten dabei relativ hoch aggregiert. Der Vorteil daraus ist, dass sie Vergleiche über die gesamte Versicherungspopulation und über die verschiedenen angebotenen MC-Modelle hinweg anstellen konnten. Bei Beck ist die Ausgangslage deutlich eingeschränkter. Er hat in seinen Untersuchungen, ausgehend von den Daten der CSS Versicherung, 18 HMOs verglichen. Die kleinste dieser HMOs verfügt gerade mal über 149 Versicherte und lieferte denn auch keine signifikanten Resultate. Die grösste HMO in dieser Untersuchung verfügt über 13'823 Versicherte. Von besonderem Interesse sind hier die relativ grossen Unterschiede zwischen den einzelnen HMOs. Sind die Gründe für die bessere Kosteneffizienz – wie bei Reich erwähnt – auf eine bessere Koordination zurückzuführen, so müsste dieser Effekt sich bei allen capitation geführten HMOs in etwa gleich zeigen. Betrachtet man hingegen die grosse Varianz der „Einsparung“ gemäss den Untersuchungen von Beck *Tabelle 5: Risikoselektion und Leistungseinsparung 2007 (Beck, 2009a, S. 4)* weisen die Unterschiede⁸ von maximalen Einsparungen von 18.5% bis zu minimalen Einsparungen von 3.7% auf weitere wichtige Gründe hin, die für die Unterschiede massgeblich sein könnten.

Einen weiteren Hinweis auf mögliche Faktoren (neben der besseren Koordination), die für die Kostenunterschiede massgeblich sein könnten, liefert folgende Überlegung im Zusammenhang mit den sogenannten Listenmodellen. Reich (2012) schliesst sie in seinen Untersuchungen die Listenmodelle aus. Er begründet dies damit, dass diese Modelle wenig koordinierend und wenig steuernd wirken würden. „This is owing to the obviously extremely low coordination and integration impact in the described non contracted models on health care provision“ (Reich et al., 2012, p. 3). Erstaunlicherweise führen aber die Untersuchungen von Lehmann (2003) zu deutlichen risikobereinigten Kostenunterschieden gerade auch bei den von Reich ausgeschlossenen Modellen. Es kann nun argumentiert werden, dass Lehmann die Risikobereinigung nicht genügend vorgenommen habe. Lehmann selber schliesst das in seiner Studie auch nicht aus. Aber Beck hat im Expertengespräch sein Erstaunen ausgedrückt, dass diese Listenmodelle auch in seinen Untersuchungen zu «echten» (d.h. risikobereinigten) Leistungskosteneinsparungen geführt haben. Dies habe ihn (Beck) dazu veranlasst, nach anderen möglichen Gründen für die Kostenunterschiede zu suchen (Beck et al., 2012).

Fast alle analysierten Studien erwähnen mögliche Faktoren, die für die festgestellten Kostenunterschiede ausschlaggebend sein können. Der mit Abstand am klarsten untersuchte Faktor ist die Morbidität des Patienten- bzw. Versichertenkollektivs. Dies ist insofern nachvollziehbar, als dass die Autoren dieser Studien die „echten Leistungskosteneinsparungen“ identifizieren wollten, was nur möglich ist, wenn die Kollektive vergleichbar, d.h. von allfälligen Risikoselektionseffekten so weit wie möglich bereinigt wurden. Geht man davon aus, dass es sich bei den letztlich festgestellten Differenzen tatsächlich um echte Leistungskosteneinsparungen handelt, dann bleibt eine zentrale Frage letztlich unbeantwortet: Welche Faktoren verursachen diese Differenz? Oder anders gefragt: Wieso ist eine Versorgung in einer HMO risikobereinigt kostengünstiger als in traditioneller Versorgung?

Alle untersuchten Studien können Grössenangaben zu den identifizierten Kostenunterschieden machen (siehe hierzu *Tabelle 6: Zusammenstellung der in Schweizer Studien zu Managed Care*). In keiner Studie wird jedoch der Frage nachgegangen, welche Gründe zu den festgestellten Kostenunterschieden führen. Dennoch werden Hinweise für allfällige Gründe gegeben, die für die weiteren Arbeiten von Bedeutung sein können. Nachfolgend sind diese Hinweise als mögliche Faktoren aufgeführt:

⁸ Für diese Überlegungen werden lediglich die Resultate verwendet, die von Beck als signifikant bezeichnet wurden.

Autor (Jahr)	Faktoren	Erläuterungen
Baur, R., et al. (1997)	Steuerung (seltenerer Spitalweisungen, niedrigere Medikamentenkosten, sorgfältige Auswahl von Spezialisten, Vermeidung von Doppeluntersuchungen) sowie Haltungen von Ärzten und Patienten.	Die erwähnten Faktoren wurden nicht im Einzelnen untersucht, sondern stellen eher Mutmassungen dar. Bei den um bis zu 60% tieferen Medikamentenkosten fügen sie als mögliche Erklärung an: „Es dürfte sich hierin sowohl eine arzneimittelkritische Einstellung der HMO-Versicherten als auch das Bemühen um den Einsatz kostengünstiger Medikamente (Generika) niederschlagen und ärztliche Zurückhaltung in der Medikamentenverordnung“ (Baur et al., 1997, S. 52).
Etter, J.-F. & Perneger, T. V. (1998)	Gatekeeping, Budget Management, Reduktion technischer Prozeduren (Laboranalysen, Medikamente, Physiotherapie)	Die Einführung von Managed Care an der Universität Genf hat offenbar dazu geführt, dass weniger Spezialisten und mehr Allgemeinärzte konsultiert wurden. Weiter konnten sie feststellen, dass der Gebrauch technischer Prozeduren sank (Laboranalysen, Medikamente, Physiotherapie) (Etter & Perneger, 1998, S. 374).
Lehmann, H. (2003)	Morbidität, Zugang (Ärztendichte, Öffnungszeiten, Wartezeiten, Wartelisten, Abschreckung bei der Anmeldung, lange Anfahrtswege), Innovationseffekte	<p>„Folgerung 5.3: (...) Ein Teil des Kostenvorteils der HMO-Versicherung ist somit darauf zurückzuführen, dass HMO-Versicherte weniger häufig eine Behandlung beginnen“ (Lehmann, 2003, S. 126).</p> <p>Die Wahrscheinlichkeit, innerhalb eines Jahres eine Behandlung zu beginnen, ist bei HMO-Versicherten deutlich niedriger als bei den anderen Versicherungsformen. Dies erklärt Lehmann primär durch einen gesünderen Versichertenbestand (ebd. 2003, S. 143). Es bleiben ca. 5% unerklärbare Differenz. Diese „könnten unter anderem auf nichtfinanzielle Hürden für HMO-Patienten zurückzuführen sein. In Frage kommen kürzere Öffnungszeiten, lange Wartelisten, lange Wartezeiten in den HMO-Praxen, Abschreckung bei der Anmeldung und lange Anfahrtswege“ (ebd. 2003, S. 143) (S. 143). Die meisten dieser Indizien würden für die untersuchten HMOs aber nicht zutreffen, als Grund nennt er die relativ hohe Kundenzufriedenheit. Seines Erachtens sei die Differenz wohl eher auf längere Anfahrtswege und die telefonische Betreuung zurückzuführen. Abschliessend nennt er auch die Möglichkeit, dass die fünf Prozentpunkte Differenz letztlich auf noch nicht entdeckte Unterschiede in der Versichertenstruktur zurückzuführen sind. Dies wird mindestens indirekt durch die Untersuchung von Beck bestätigt, der einen deutlich höheren Einfluss von Risikofaktoren identifiziert hat als Lehmann.</p>
Schwenkglens, M., et al. (2006)	Bessere Organisation (Vermeidung von Doppeluntersuchungen), Steuerung (Vermeidung von unnötigen Spezialisten-Konsultationen)	Sie gehen von einer Verhinderung von Doppeluntersuchungen und der Verhinderung von unnötigen Spezialisten-Konsultationen aus, die für die Kostenunterschiede massgeblich verantwortlich seien. Sie schränken aber ein: „The exact mechanisms behind the cost savings seen could not be identified, as cost and resource use data were not detailed enough for a refined analysis of the medical services provided“ (Schwenkglens et al., 2006, S. 29).
Beck, (2009b)	K. Vorenthalte medizinischer Leistungen, Kostenbewusstsein von Arzt und Patientin/Patient	<p>Beck führt in dieser Studie keine Faktoren an. In einem anderen Artikel von Beck et al. (2012) erscheinen aber mögliche Faktoren, die einen Einfluss haben könnten:</p> <p>Er geht der Frage nach, ob medizinisch notwendige Leistungen in HMOs den Patienten vorenthalten werden. Beck versucht diese These zu widerlegen. Er verweist auf Untersuchungen über die Durchschnittskosten der Ein- und Austretenden und des Bestandes zwi-</p>

		<p>schen 2006 und 2009. Diese zeigen auf, dass es nicht zu einer konstanten Abwanderung teurer Risiken gekommen ist. Zweitens argumentiert er, dass verschleppte Leiden zu einem späteren Zeitpunkt zu deutlich höheren Kosten führen müssen. Dies ist offenbar auch nicht der Fall. Über die Zeit von drei Jahren haben sie sinkende Kosten festgestellt. (ebd. 2012, S. 32)</p> <p>Weiter wirft er die Frage nach dem Kostenbewusstsein bei Arzt und Patient auf. Wer trägt wie zu den Kostenunterschieden bei? Beck geht davon aus, dass dieser Wertefaktor eine Rolle spielt bei den erzielten Einsparungen. Er führt diesen Gedanken aber nicht weiter aus, sondern spitzt ihn zu auf die Frage, ob der Arzt/die Ärztin tatsächlich auch etwas zu den Kostenreduktionen beitrage oder ‚lediglich‘ kostenbewusste Patienten für die Unterschiede verantwortlich seien. Am Ende dieses Artikels macht Beck die folgende Aussage: „In Managed-Care-Netzwerken wird signifikant kostengünstiger gearbeitet als im traditionellen Modell. Sehr wahrscheinlich darum, weil in diesen Modellen kostenbewusste Ärzte auf kostenbewusste Patienten stossen.“ (ebd. 2012, S. 33)</p>
Grandchamp, C., & Gardiol, L. (2011)	Steuerung (Dienstleistungsangebot Telemedizin)	Ihre Untersuchung hat festgestellt, dass die Einrichtung eines telemedizinischen Angebotes Arztbesuche reduzieren kann und damit zu einem Kostenvorteil beiträgt. (Grandchamp & Gardiol, 2011, S. 1266)
SWICA (2011)	Zuweisung zu Spezialisten; Standardisiertes Vorgehen gestützt auf Behandlungsrichtlinien; Verhinderung von Mehrfachuntersuchungen; Verschreibung von Generika	Es wird im Konjunktiv über mögliche Gründe spekuliert. Genannt werden die folgenden Möglichkeiten: a) Medikamentenbezug/Abgabe, insbesondere Generika, b) Bessere Diagnose, keine Mehrfachabklärungen, c) Engere Begleitung der Patienten durch den Behandlungspfad, d) Einsatz von Behandlungsrichtlinien.
Reich, O., et al. (2012)	Besitzverhältnisse der HMO, bessere Koordination	Reich stellt fest, dass Lehmann in seinen Untersuchungen höhere Einsparungen festgestellt hat. Er sieht die Gründe dafür in den Besitzverhältnissen. „This situation (Anm. d. Autoren: HMOs that were operated and funded by a health insurer) might lead to a more restrictive care treatment within the insurance-held own HMO and therefore to higher cost savings.“ (Reich et al., 2012a, p. 7)
		„A potential reason for the stated efficiency effects in integrated care models may be due to better co-ordination and integration of medical provision leading to a more effective and efficient delivery of care“ (ebd. 2012a, p. 10). Diese Vermutung stützt Reich auf eine Betrachtung der chronischen Krankheiten, bei denen die Koordination eine besondere Bedeutung erhält. „The cost ratio of common chronic diseases, such as asthma and chronic obstructive pulmonary disease in capitated models are treated 31% more cost-efficient than the same chronic patient group in the basic compulsory insurance scheme“ (ebd. 2012a, p. 10).

Tabelle 8: Faktoren für Kostenunterschiede

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 36/55

4.1.4. Strukturierung der zur Erklärung der Kostenunterschiede angeführten Faktoren

Über die reine Aufzählung dieser Faktoren hinaus soll nun der Versuch unternommen werden, diese für kommende Untersuchungen zu strukturieren.

Sie lassen sich relativ leicht in einem ersten Schritt in eine Nachfrage-/Patienten-Seite und eine Angebots-/Leistungserbringer-Seite strukturieren. Auf der Nachfrage/Patienten-Seite wiederum lassen sich die genannten Faktoren drei Dimensionen zuordnen.

Zur Nachfrage-/Patienten-Seite

Erstens hat der **Gesundheitszustand** der Patienten/Versicherten einen enormen Einfluss auf die Kostenunterschiede. Dieser Faktor ist sicher der am besten untersuchte in den Studien und es soll an dieser Stelle nicht mehr vertieft darauf eingegangen werden.

Zweitens ist die **Wertedimension**, die mit dem Begriff „**Haltung**“ die genannten Elemente „Kostenbewusstsein“ und „arzneimittelkritische Haltung“ umfassen soll, ein weiterer Faktor. Es ist gut vorstellbar, dass weitere Werteaspekte bei den Patienten eine Rolle spielen, die auf die Leistungskosten einen Einfluss haben. Einen weiteren Hinweis auf allfällige Wertedimensionen gibt Beck, der in einer Langzeituntersuchung festgestellt hat, dass die Kohorte der vor 1999 in ein integriertes Versorgungsmodell eingetretenen die "Günstigste" geblieben ist (Beck & Käser, 2008). Dies könnte ein Hinweis dafür sein, dass diese "Erst-Generation-Kohorte" noch aus anderen Gründen einer HMO beigetreten ist als die nachfolgenden Kohorten, die primär ihre Prämienkosten senken wollten. Um es überspitzt zu formulieren, quasi ein wertorientierter Konsumverhaltensfaktor?

Drittens könnte die **Erhöhung der Patientenkompetenz**, z.B. die Selbststeuerung in Behandlungsprozessen, Partizipation in einer vorausschauenden Planung, usw. als Faktor eine Rolle spielen.

Zur Angebots-/Leistungserbringer-Seite

Auf Seite des Angebotes bzw. der Leistungserbringer schlagen wir die folgenden strukturierenden Begriffe vor:

- a) Struktur / Organisation
- b) Zugang zum Leistungserbringer
- c) Steuerung der integrierten Versorgung
- d) Prozesse/Abläufe/betriebliche Organisation inkl. medizinische Entscheide
- e) Umfang der medizinischen Leistungen
- f) Präventive Massnahmen und Miteinbezug der Patienten
- g) Haltung

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 37/55

Die oben identifizierten Faktoren können den sieben Begrifflichkeiten dann wie folgt zugeordnet werden:

a) Struktur / Organisation	<ul style="list-style-type: none"> – Besitzverhältnisse – Art der Vergütung – Grad der Integration
b) Zugang	<ul style="list-style-type: none"> – Ärztedichte – Wartezeiten / Wartelisten – Öffnungszeiten – Anfahrtswege
c) Steuerung / Gatekeeping	<ul style="list-style-type: none"> – Zuweisung zu Spezialisten – Spitaleinweisungen – Aufenthaltsdauer im Spital – Telemedizinische Angebote
d) Prozesse/Abläufe/Betriebliche Organisation inkl. medizinische Entscheide	<ul style="list-style-type: none"> – Bessere Koordination – Keine Doppeluntersuchungen – Anwendung von Standards – elektronisches Patientendossier – Arbeitsteilung in Praxis
e) Medizinische Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> – Erbringung medizinisch notwendiger Leistungen
f) Präventive Massnahmen und Miteinbezug der Patienten	<ul style="list-style-type: none"> – Präventive Massnahmen
g) Haltung	<ul style="list-style-type: none"> – Kostenbewusstsein – Ärztliche Zurückhaltung bei Verschreibung von Medikamenten

Tabelle 9: Strukturierung Angebots-/Leistungserbringer-Seite - Faktoren für Kostenunterschiede

Diese sieben Aspekte der Angebotsseite verbunden mit den drei Aspekten der Nachfrageseite bilden die genannten Faktoren in einem strukturierten Rahmen ab, der für kommende vergleichende Untersuchungen nützlich sein kann, um den tatsächlichen Gründen für die Kostenvorteile integrierter Versorgungsmodelle auf die Spur zu kommen. Offenbar besteht eine gewisse Sicherheit bezüglich der Frage nach den Kostenunterschieden zwischen einer traditionellen Versorgung und einer integrierten Versorgung. In einem nächsten Schritt müsste nun der Frage nachgegangen werden, weshalb es zu den festgestellten Kostenvorteilen kommt: Hierfür könnten sich vergleichende Analysen *zwischen* integrierten Versorgungsorganisationen (beispielsweise HMO oder HAM) entlang der zehn identifizierten Aspekte, wahrscheinlich ergänzt um weitere Elemente, anbieten.

Diese Ergänzung müsste insbesondere auch qualitative Aspekte mit einfließen lassen. Denn eine Betrachtung alleine der Kostenseite wird wenig Erkenntnis über die tatsächlichen Leistungen einer integrierten Versorgung erbringen. Das folgende Kapitel widmet sich der Frage nach den Resultaten im Bereich der Qualität.

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 38/55

4.2. Studienresultate zu Qualitätsunterschieden im Kontext von Kostenunterschieden

In der dritten Forschungsfrage wurde die Frage gestellt: „Existieren in der Schweiz – ausgehend von den Kostenunterschieden - nachweisbare Qualitätsunterschiede zwischen traditionellen Versicherungsmodellen und MC-Modellen/-Instrumenten, die nicht auf eine unterschiedliche Morbidität des Kollektivs zurückzuführen sind?“

Zur Präzisierung: Im Fokus der vorliegenden Studie lagen keine Untersuchungen, die Qualitätsunterschiede in der Versorgung zwischen einer traditionellen Versorgung und einer Managed Care Versorgung zum Ziel hatten. Hier interessieren Studien, die ausgehend von Kostenunterschieden AUCH Qualitätsunterschiede mituntersuchten. Damit bleibt der Untersuchungsgegenstand relativ eng und beschränkt sich auf die 8 erwähnten Studiengruppen.

Baur et al. (1997) identifizieren, gestützt auf Vorarbeiten, drei Dimensionen der Qualität:

1. **Strukturqualität** (u.a. regionale Angebotsverteilung, Zugänglichkeit etc.): Indikatoren zu den Angebotsstrukturen seien für differenzierte Betrachtungen innerhalb hochentwickelter Gesundheitssysteme wenig geeignet, da ihr Qualitätsbezug nicht eindeutig sei. Im Rahmen ihrer Studie haben sie dann die Anzahl und Qualifikation der Mitarbeitenden in den Praxen erhoben.
2. **Prozessqualität**: Voraussetzung sind normative Standards und eine möglichst lückenlose Dokumentation der Abläufe, an denen die Einhaltung bzw. Abweichung von den Standards gemessen werden kann. Diese Anforderungen seien in der ambulanten Versorgung aber nur sehr schwer zu erfüllen. Im Rahmen ihrer Studie haben sie Präventionsmassnahmen im Rahmen der Versichertenbefragung überprüft. Hier würden „noch am ehesten erhebbare Standards“ (ebd., 1997, S. 60) existieren.
3. Die **Ergebnisqualität** untersucht, ob die Erwartungen an die medizinische Intervention erfüllt werden oder nicht. In ihrer Untersuchung haben sie hierfür die Studie zum Hypertonie-Management (Stock et al., 1997) durchgeführt.

Weiter weisen Baur et al. (1997) darauf hin, dass die **Patientenzufriedenheit**, je nach Autor, der Ergebnisqualität zugeordnet oder als vierte eigene Dimension der Qualität betrachtet werden könne.

Nach Analyse der im vorgängigen Kapitel identifizierten acht Studien(-gruppen) konnten einzig bei den Untersuchungen der Pilot-HMOs der Interessengemeinschaft der alternativen Formen der Krankenversicherung (IGAK), festgehalten im Synthesebericht von 1997 des Bundesamtes für Sozialversicherungen (Baur et al., 1997) und der Evaluation des HMO-Plans der Universität Genf, Elemente der oben beschriebenen Qualitätsdimensionen identifiziert werden.

Bezüglich des Vergleichs der Angebotsstruktur zwischen traditioneller OKP und HMO-Versicherten wurden nur sehr rudimentäre Erhebungen durchgeführt, deren Resultate kaum generalisierbar sind.

Bezüglich der Prozessqualität wurde bei Baur et al. (1997) mittels Patientenbefragung evaluiert, ob Unterschiede bei Vorsorgeuntersuchungen zwischen traditioneller Versorgung und einer HMO-Versorgung bestehen. Sie konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden untersuchten Gruppen feststellen.

Hinsichtlich der Ergebnisqualität liegt unseres Wissens lediglich eine Studie von 1997 vor, in welcher das Hypertonie-Management zwischen einer traditionellen Versorgung und einer Versorgung in HMOs untersucht wurde (Stock et al., 1997). Über die Jahre 1992 bis 1994 wurden 3 HMO-Praxen mit 12 traditionellen Hausarztpraxen bezüglich der Behandlungsergebnisse für Hypertoniker verglichen. Als Datenquelle dienten die Krankengeschichten. Stock et al. stellten fest, dass es keine signifikanten Unterschiede bei den Behandlungsergebnissen zwischen traditionellen Praxen und HMOs gab. Weiter stellten

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 39/55

sie fest, dass technische Untersuchungen und Labortests in traditionellen Praxen häufiger durchgeführt wurden. Hingegen nehmen die HMOs mehr Blutdruckmessungen pro Konsultation vor. Schliesslich gibt es unterschiedliche Präferenzen bei der Medikation, die aber offenbar keinen Einfluss auf das Behandlungsergebnis haben. Bezüglich der Anzahl Konsultationen besteht kein Unterschied. Ausserdem relativieren sie die Ergebnisse ihrer Untersuchung, da die Auswahl der traditionellen Praxen nicht zufällig erfolgte, sondern nur Teilnehmer ausgewählt wurden, die freiwillig dazu bereit waren. Von den angeschriebenen Ärzten waren nur sehr wenige bereit, an der Studie teilzunehmen. Sie halten deshalb fest, dass „es sich eher um eine positive Auslese im Sinne der Selbsteinschätzung der Sorgfalt der Hypertoniekontrolle handelt. Wenn diese Annahme zutrifft, muss es korrekt heissen, dass HMO-Praxen mit besonders „guten“ traditionellen Praxen verglichen wurden“ (ebd. 1997).

Bei den HMOs in Genf wurde ebenfalls versucht, die Behandlungsqualität zu ermitteln. Hierfür wurde mit einem Standardfragebogen der Gesundheitszustand erhoben. Nach einem Jahr liess sich kein Unterschied bezüglich des Gesundheitszustands feststellen. Dieser Zeitraum ist jedoch relativ kurz (Perneger et al. 1996).

Am häufigsten konnten Studien zur Patientenzufriedenheit identifiziert werden. Die Untersuchungen von Baur et al. (1997) kamen zum Schluss, dass die Bewertungen überwiegend positiv sind und dass die Bewertungsunterschiede zwischen Patienten traditioneller Praxen und HMOs marginal seien. Einzig bei „Zugang“ und „Erreichbarkeit“ schnitten die traditionellen Praxen besser ab. Dabei handelte es sich hauptsächlich um die Aussage: „Mein Arzt macht auch ohne weiteres Hausbesuche“. Wartezeiten, Zugang zu Spezialisten und Notfalldienst wurden von HMO-Patienten hingegen gleich oder besser bewertet (ebd. 1997). Auch bei den HMOs in Genf wurde die Patientenzufriedenheit erhoben, mit deutlichen Abweichungen zu den Resultaten der Studien von Baur et al. (1997). In Genf waren 45% der Versicherten unzufrieden damit, dass sie den Arzt nicht mehr frei wählen konnten; 20% waren der Meinung, dass sie vorher eine bessere medizinische Versorgung hatten. 21% waren der Meinung, es seien ihnen um der Einsparung willen Leistungen vorenthalten worden. Die Autoren gehen davon aus, dass diese relative Unzufriedenheit mit den Umständen der Einführung der HMOs in Genf sowie initialer Ablaufprobleme einer neu gegründeten Organisation zusammenhängen könnte. „The relative dissatisfaction of patients who consulted gatekeepers was probably related to the circumstances in which the managed care organization was established.“ (Perneger et al., 1996). Auch in der SWICA Studie wird auf die regelmässige Erhebung der Patientenzufriedenheit der Versicherten in den Gesundheitszentren hingewiesen. Diese Untersuchungen wurden aber nicht speziell auf die Zielgruppe der chronisch Kranken ausgerichtet und sie wurden auch nicht vergleichend zwischen Versicherten in traditionellen Praxen und in HMO-Praxen durchgeführt. Die Resultate der Patientenzufriedenheit, wie sie die SWICA ausweist, sind sehr positiv. Für Details sei auf die Studie selber verwiesen (SWICA, 2011).

Insgesamt wurde festgestellt, dass relativ wenige Studien vorhanden sind, die unter Einbezug der Kosten einen der genannten Aspekte der Qualität vergleichend zwischen einer traditionellen Versorgung und einer Versorgung in einer MC-Organisation untersucht haben.

Um weitere Hinweise auf Studien mit Fokus auf die Qualität zu erhalten, wurde auch die umfassende Literaturrecherche von Berchtold, Busato und Egger von 2012 konsultiert: „Effectiveness of integrated care programs in adults with chronic conditions: a systematic review“ (Berchtold et al., 2012). Berchtold et al. haben Studien über die Wirkung integrierter Versorgung auf erwachsene chronisch kranke Patienten systematisch analysiert. Eine einzige Studie aus der Schweiz (Peytremann-Bridevaux et al., 2008) konnte den Anforderungen der Autoren an die Evidenz genügen. Es handelt sich dabei um eine Meta-Analyse vorhandener Untersuchungen zur Wirkung von Disease Management Programmen zur Behandlung von COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung). Insgesamt haben bei dieser Analyse von Peytremann-Bridevaux et al. 13 Studien die geforderten Kriterien erfüllt. Die untersuchten

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 40/55

Primär-Studien stammen aus den folgenden Ländern: USA (3), NDL (3), SPN (2) NZL (2), CAN (1), SWE (1), SPN/NDL (1) (Berchtold et al., 2012, S. 49). Keine einzige der in der Untersuchung von Berchtold, Busato und Egger (2012) erwähnten Sekundärstudien verweist auf eine Primärstudie aus der Schweiz (ebd. 2012, S. 48–54).

Die Antwort auf die Forschungsfrage c) ist deshalb weniger eindeutig als diejenige auf die Forschungsfrage b). Gemäss dem erhobenen Kenntnisstand existieren – ausgehend von Kostenunterschieden - einige wenige Untersuchungen in der Schweiz, die Teilaspekte von Qualitätsunterschieden der Versorgung in traditioneller Versorgung und einer Versorgung in Managed Care untersuchen. Besonders erwähnenswert ist hierbei die Untersuchung über das Hypertonie-Management von 1997, die sich der Ergebnisqualität widmet. Dabei wird kein Unterschied in der Ergebnisqualität festgestellt. Weiter gibt es eine Reihe von Untersuchungen zur Frage der Patientenzufriedenheit. Hierbei fallen die Resultate unterschiedlich aus. Die Gründe für die Unterschiede werden in den Umständen der Entstehung und in organisatorischen Fragen vermutet. Es scheint, dass die gewählte Vorgehensweise (Einschränkung der Recherchen auf die Schweiz) zu eng war, um die Forschungsfrage c) befriedigend beantworten zu können. Die Frage nach Unterschieden bezüglich der Qualität zwischen einer Versorgung innerhalb und ausserhalb von Managed Care unter Berücksichtigung der Kostenunterschiede kann kaum nur auf die Schweiz bezogen beantwortet werden kann. Bei einer Betrachtung im internationalen Kontext wird sich dann aber natürlich unmittelbar die Schwierigkeit der Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Schweizer Verhältnisse stellen.

Berchtold und Hess (2006) identifizieren die Gründe dafür, dass es keine Untersuchungen gibt, die sowohl die Kosten- als auch die Qualitätsaspekte gleichermaßen berücksichtigen, wie folgt: „Die Gründe für dieses Forschungsdefizit liegen einerseits in der ungenügenden Datenlage im traditionellen ambulanten Sektor. Es fehlt eine ambulante Statistik mit vollständigen Kostendaten (unter Bezugnahme auf die Diagnose oder Diagnosegruppe), welche die Nachzeichnung von individuellen Krankheitsverläufen ermöglicht. (...) Andererseits fehlen nach wie vor validierte und allseits akzeptierte Bemessungssysteme für die klinische Qualität, welche die ökonomischen Daten in einem Kontext zu qualitativen Ergebnissen zu stellen erlauben. Vielen Studien zu HMO und HAM unterlassen es aus diesen Gründen, die Wirtschaftlichkeit im Bezug zur klinischen Qualität zu evaluieren. (...) Es kann keine Aussage gemacht werden, welcher Teil von postulierten Ersparnissen durch mindere klinische Qualität und welcher Teil durch höhere Effizienz erzielt wird“ (ebd., S. 40).

Es bleibt zu hoffen, dass das aktuelle Nationale Forschungsprogramm sowie die Bestrebungen des Bundesamtes für Statistik diese Lücke bezüglich der Datengrundlage in absehbarer Zeit schliessen werden.

4.3. Diskussion und Zusammenfassung

Die Beantwortung von **Forschungsfrage a)**, eine Definition von Managed Care als Gesamtsystem bezogen auf die Schweiz und in Abgrenzung zu anderen Formen der Leistungserbringung, erwies sich als relativ aufwändig. Die Definition wurde in Kapitel 2 unter Berücksichtigung der vorhandenen internationalen und nationalen Literatur erarbeitet und in Kapitel 2.3 in einem vorläufigen Fazit auf die Schweiz übertragen. Die beiden Perspektiven „Anbieterorientierung“ und „Versicherungsorientierung“ sowie die Unterscheidung zwischen MC-Instrumenten und MC-Organisationen erweisen sich für eine Strukturierung dieses Feldes als sinnvoll und erlauben eine Einordnung der vorhandenen, sehr heterogenen Ausprägungen von Managed Care in der Schweiz. Es wurde darüber hinaus der Versuch unternommen, Managed Care konzeptionell sowohl von „reinen Prämiensparmodellen“ zu Verkaufszwecken aus der Perspektive der Versicherungsorientierung als auch von „reinen Einkaufsgemeinschaften“ (primäres

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 41/55

Ziel: Preisvorteile in Verhandlungen aus der Perspektive der Versorgungsorientierung) abzugrenzen. Zukünftige Untersuchungen müssen diese Konzeption durch möglichst klare Kriterien noch erhärten.

Des Weiteren wurde festgestellt, dass sich die Grenzen innerhalb der verschiedenen Modelle (HAM, HMO etc.) als zunehmend schwierig erweisen, da sich die Formen vermischen. Aus den Erhebungen von Berchtold (2012a) kann entnommen werden, dass sich insbesondere anbieterorientierte HMO/HAM zunehmend durchzusetzen scheinen, nachdem in einer ersten Pionierphase die Impulse stärker aus den versicherungsorientierten HMOs erfolgten. Lediglich zwei Versicherer (Concordia, SWICA) bieten noch eigene HMOs an. Die übrigen Krankenversicherer kontrahieren direkt oder über zwischengestellte Organisationen mit HAM/HMO (Berchtold, 2012a).

Reine Listenmodelle ohne vertragliche Vereinbarungen zwischen Versicherern und Leistungserbringern dürften als Folge der weiteren Verfeinerung des Risikoausgleichs und dem Druck auf die Rabattmöglichkeiten der Krankenversicherer an Attraktivität verlieren.

Bei den MC-Instrumenten ist eine Übersicht oder Tendenz schwer feststellbar. Offenbar wird gemäss der Literatur insbesondere den Guidelines eine hohe Wirkung attestiert (Berchtold & Hess, 2006). Inwiefern diese nun aber besonders ausgeprägt oder ausschliesslich in MC-Organisationen zur Anwendung kommen, ist unklar. Es ist zumindest keinesfalls ausgeschlossen, dass sich viele Instrumente des Managed Care (Guidelines, Disease Management, Case Management) auch ausserhalb von MC-Organisationen „gut“ entwickeln können und werden. Hingegen wird dem Gatekeeping (ein Instrument des Managed Care, welches bei allen Formen der MC-Organisationen zum Einsatz kommt) eine relativ hohe Wirkung zugeordnet.

Die Recherchearbeiten zur Identifizierung von Studien, die Kostenunterschiede zwischen einer traditionellen Versorgung und einer Versorgung in Managed Care, unter Berücksichtigung der Qualität, in der Schweiz untersuchten, wurden gemäss dem in Kapitel 0 beschriebenen Vorgehen vollzogen. Die Ergebnisse aus der systematischen Literaturanalyse fielen dabei wenig ergiebig aus. Immerhin wurde damit die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass alle wichtigen Studien neueren Datums zu den Kostenunterschieden in die Untersuchung miteinbezogen wurden. Deutlich ergiebiger waren die Inputs aus den Expertengesprächen sowie die Recherche über die Literaturhinweise der von den Experten erwähnten Studien. Aus dem gesamten Verfahren resultierten schliesslich acht Studien(-gruppen), die für die weiteren Überlegungen miteinbezogen wurden. Diese acht Studien(-gruppen) seien hier noch einmal aufgeführt:

1. Evaluation der Pilot HMOs der Interessengemeinschaft der alternativen Formen der Krankenversicherung (Baur et al., 1997).
2. Evaluation des HMO-Plans der Universität Genf (Etter & Perneger, 1998; Perneger et al., 1995).
3. Projekt INCENTIVES der SWICA Versicherten (Lehmann, 2003).
4. Untersuchung eines Hausarztmodells in Aarau, die sogenannte HAMA Studie (Schwenkglens et al., 2006).
5. Untersuchung von 18 HMOs der CSS Versicherung (Zwillingstudie) (Beck, 2009a).
6. Untersuchung über die Wirkung eines telemedizinischen Services (Grandchamp & Gardiol, 2011).
7. Untersuchung der SWICA (2011).
8. Untersuchung von HELSANA Versicherten in verschiedenen MC-Modellen im Vergleich zu traditioneller OKP (Reich et al., 2012a).

Die Resultate aus diesen Untersuchungen wurden zusammengefasst und diskutiert. Zur Beantwortung der **Forschungsfrage b)** kann bezüglich der Kostenunterschiede festgehalten werden, dass offenbar tatsächlich Kostenunterschiede zwischen einer Versorgung in MC-Modellen und einer Versorgung in traditioneller OKP unabhängig der Morbidität der Kollektive festgestellt werden können. Der Hauptteil

der gefundenen Studien fokussiert ausschliesslich auf die Frage der Kostenunterschiede und erprobt verschiedene Methoden, um allfällige Selektionseffekte eliminieren zu können. Die Resultate der festgestellten Kostenunterschiede werden in *Tabelle 6: Zusammenstellung der in Schweizer Studien zu Managed Care* aufgezeigt. Die risikoadjustierten Kostenunterschiede variieren dabei zwischen -3.7% bei telemedizinischen Modellen bis zu -40% bei HMOs.

Der Einfluss der Risikoselektion auf die Kostenunterschiede zwischen traditioneller OKP und den untersuchten MC-Modellen ist dabei beträchtlich. Der Einfluss variiert bei den HMO zwischen maximal -52% (Beck, 2009a) und -8.5% (Reich et al., 2012a), bei den Hausarztmodellen zwischen -24% (Lehmann, 2003) und -5.6% (Reich et al., 2012a) und bei telemedizinischen Angeboten zwischen -44% (Grandchamp & Gardiol, 2011) und -18.8% (Reich et al., 2012a). Reich et al. (2012a) argumentieren, dass die Unterschiede im Wesentlichen auf unterschiedliche Methoden (im Vergleich zu Beck) und unterschiedliche Stichproben (im Vergleich zu Lehmann) zurückzuführen seien. Einzig Schwenkglens et al. konstatieren, dass zwar gewisse Selektionseffekte festgestellt werden können, dass diese jedoch die Resultate nicht substantiell beeinflussen. Dennoch halten sie – wohl vorsichtshalber – fest: „An impact of non-detected selection effects cannot be ruled out“ (Schwenkglens et al., 2006).

Die ermittelten Kostenunterschiede sowohl zwischen den einzelnen Untersuchungen als auch innerhalb der Untersuchungen, beispielsweise zwischen einzelnen HMOs (Beck, 2009a), sind zudem ebenfalls beträchtlich. Weiter kann festgestellt werden, dass der Anteil der Kostendifferenz, die der Risikoselektion zugeordnet wird, tendenziell zunimmt. Schon in früheren Studien (Lehmann, 2003) wurde darauf hingewiesen, dass wohl nicht alle Risikofaktoren angemessen miteingerechnet werden können.

Keine der erfassten Studien untersucht die Gründe für die verbleibenden Kostenunterschiede. Die sehr unterschiedlichen Bezeichnungen für diese Kostenunterschiede (siehe *Tabelle 7: Verwendete Begriffe für Differenz zwischen Kosteneinsparung und Risikoselektion*) geben einen Hinweis auf die unklare Zuordnung dieser Differenz. In einem weiteren Schritt wurden anschliessend die Aussagen der zitierten Autoren zu allfälligen erklärenden Gründen für die Kostenunterschiede zusammengetragen und strukturiert (siehe *Tabelle 8: Faktoren für Kostenunterschiede* und *Tabelle 9: Strukturierung Angebots-/Leistungserbringer-Seite - Faktoren für Kostenunterschiede*). Es wurde unter anderem festgestellt, dass die Kostenfrage nicht losgelöst von der Frage der Qualität untersucht werden kann.

Die Resultate bezüglich der Unterschiede in der Qualität der Versorgung – ausgehend von den Kostenunterschieden - gemäss der **Forschungsfrage c)** fielen aber dürftig aus. Am meisten Untersuchungen konnten zur Patientenzufriedenheit identifiziert werden. Deren Resultate fielen unterschiedlich aus und es scheint nachvollziehbar, dass hierfür Gründe ausserhalb der Versorgung eine massgebliche Rolle spielen (Umstände der Einführung, organisatorische Defizite in der Gründungsphase). Von besonderem Interesse ist die einzige uns bekannte Studie zur Ergebnisqualität beim Hypertonie-Management, die sowohl Kosten- als auch Qualitätsunterschiede gleichermaßen untersucht. Sie hat keine erkennbaren Unterschiede zwischen Patienten in HMOs und in traditionellen Praxen feststellen können.

Offenbar bestehen nachweisbare Kostenunterschiede zwischen einer Versorgung in einem MC-Modell und einer Versorgung in traditioneller OKP. Bei den Managed Care Instrumenten hingegen sind uns keine vergleichenden Studien bekannt, die Kostenunterschiede der Versorgung mit oder ohne Managed Care Instrumenten untersucht haben. Die Gründe hierfür liegen gemäss Berchtold und Hess (2006) in der Schwierigkeit, die Wirkung einzelner Instrumente zu isolieren und separat zu beurteilen. Als Beispiel führen sie das Gatekeeping auf, welches in der Schweiz üblicherweise mit einer MC-Organisation verbunden ist. Allfällige Kostendifferenzen isoliert einem bestimmten Instrument zuzuordnen ist offenbar sehr schwierig.

Dies führt auch unmittelbar zum letzten Punkt der Zusammenfassung. In praktisch allen gefundenen Studien wird über mögliche Gründe, die zu den Kostenunterschieden führen, spekuliert. Hierzu wurden

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 43/55

aber – unseres Wissens – in der Schweiz noch keine Untersuchungen durchgeführt. Dies erstaunt. Umso mehr als gerade von politischer Seite – wie im einleitenden Kapitel ausgeführt – sehr hohe Erwartungen an die Reduktion der Gesundheitskosten (bei mindestens gleichbleibender Qualität) an Managed Care bestehen. Solange noch wenig Klarheit über die massgeblichen Faktoren besteht, welche die festgestellten Kostenunterschiede verursachen, ist eine Anreizsteuerung schwierig. Hier besteht unseres Erachtens noch Forschungsbedarf und im folgenden Kapitel wird ein Weg vorgeschlagen, wie diese Forschungslücke allenfalls geschlossen werden kann.

5. Ausblick

Zwei Fragestellungen scheinen angesichts der Studienresultate von besonderer Bedeutung für die zukünftige Forschung:

1. Es wurde festgestellt, dass es Kostenunterschiede zwischen traditioneller Versorgung und einer integrierten Versorgung in MC-Modellen, insbesondere HMOs gibt. Die Kostenunterschiede zwischen den einzelnen HMOs sind dabei relativ gross. Auf welche Ursachen, resp. Faktoren sind diese risikoselektionsbereinigten Differenzen zurückzuführen? Oder anders gefragt: Was führt letztlich dazu, dass eine bestimmte HMO günstiger ist als eine andere? Von einer globalen Betrachtungsweise mit einem Vergleich verschiedener Praxis-Modelle (traditionell versus integriert) sollte nun der Schritt erfolgen, einzelne Praxen eines vergleichbaren Modells (integriert versus integriert) miteinander zu vergleichen, um (finanzielle und qualitative) Erfolgsfaktoren identifizieren und deren Wirkung feststellen zu können. In praktisch allen Studien wird spekuliert, welche Gründe für die Kostenunterschiede verantwortlich sind. Angesichts der Schwierigkeit eines Vergleichs zwischen traditioneller Versorgung im ambulanten Bereich und einer Versorgung in einem MC-Modell aufgrund fehlender Daten könnte ein Vergleich zwischen einzelnen HMOs helfen. Hierbei könnte die Strukturierung dienen, die in dieser Arbeit – gestützt auf die Aussagen der Autoren bisheriger Studien - aufgearbeitet wurde.
2. Diese erste Frage ist eng mit einer zweiten verbunden: Die einzige uns bekannte Studie in der Schweiz, die einen Bezug zwischen Kostenunterschieden und Ergebnisqualität herstellt, ist die Hypertonie-Management Studie aus dem Jahr 1997. Diese kommt zum Schluss, dass lediglich 10–11% der behandelten Patienten eine Verbesserung ihrer Situation erfuhren. Dabei spielte es keine Rolle, ob die Patienten HMO oder traditionell versichert waren. Dennoch war der Ressourceneinsatz bei den HMO-Patienten deutlich niedriger. Die Autoren dieser Studie halten denn auch fest: „Diese Tatsache unterstreicht die Notwendigkeit weiterer und besser greifender Massnahmen zur Qualitätssicherung in allen Praxistypen“ (Baur et al., 1997). Hieraus leitet sich ab, dass der qualitativen Outcome-Messung in der Schweiz auch – aber nicht nur – in Bezug auf die Erforschung der Effektivität und Effizienz von Managed Care eine hohe Bedeutung zukommt. Da die umfangreichen Untersuchungen zu den Kostenunterschieden von grossen Versicherern ermöglicht und teilweise auch finanziert wurden, erstaunt es wenig, dass diese stark aus einer Versicherungsperspektive formuliert und durchgeführt wurden. Es wäre begrüssenswert, wenn an den Untersuchungen der ersten Stunde (Genf und Prognos Untersuchungen) angeknüpft würde, die damals noch stärker aus einer Anbieterperspektive heraus diese neuen Formen der Krankenversicherung betrachtet haben.

Diese beiden Aspekte könnten im Kontext des Nationalen Forschungsprogramms zur Versorgungsforschung (NFP 74) aufgenommen werden, um dazu beizutragen, mehr Klarheit in Erfolgsfaktoren qualitativer und ökonomischer Art der integrierten Versorgung zu bringen. Oder wie der FMH Präsident Jürg Schlup zur Frage der Versorgungsforschung festgehalten hat: „Jetzt sind wir weitgehend im Blindflug. Es wäre gut, auf Sichtflug zu wechseln“ (Forster, 2013).

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 45/55

6. Literaturverzeichnis

- Amelung, V. E., Weatherly, J.N., Deimel, D., Reuter, W., Van Rooij, N. (2009). *Managed Care in Europa*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Amelung, V. E. (2009). *Vernetzung im Gesundheitswesen : Wettbewerb und Kooperation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Amelung, V. E. (2011). *Managed Care: neue Wege im Gesundheitsmanagement*. Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag Gabler.
- Amelung, V. E. (2013). *Healthcare Management*. Springer.
- Amtliches Bulletin. (2011, September 22). Amtliches Bulletin: Nationalrat - Herbstsession 2011 - Zehnte Sitzung - 22.09.11: 04.062 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed Care.
- Baur, R., Hunger, W., Kämpf, K. & Stock, J. (1997). *Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung : Synthesebericht*. Bundesamt für Sozialversicherung (Hrsg.).
- Beck, K. (2009a). Effizienzsteigerung dank Managed Care. *Datamaster (Beilage Zum Clinicum)*, (Edition 5), S. 15–21.
- Beck, K. (2009b). Kritische Erfolgsfaktoren der Entwicklung von Health Maintenance Organization (HMO) und Hausarztmodellen in der Schweiz. Ein systematisierter Erfahrungsbericht. In Amelung (2009). *Vernetzung im Gesundheitswesen : Wettbewerb und Kooperation* (S. 399–417). Stuttgart: Kohlhammer.
- Beck, K. (2013). Soziale Krankenversicherung zwischen Wettbewerb und Solidarität.
- Beck, K. & Käser, U. (2008). Nachhaltigkeit von Kosteneinsparungen in Managed-Care-Modellen. *Care Management 2008;1: Nr. 5*, 37–40.
- Beck, K., Kunze, U. & Buholzer, M. (2012). Kostenbewusster Arzt trifft kostenbewussten Patienten. Weniger Ausgaben dank Managed Care: Antworten auf fünf kritische Hypothesen. *Care Management, 5: Nr. 1*.
- Konstantin Beck (2013): Die Capitation-Finanzierung in der Schweiz Praktische Erfahrungen, in: GGW 2013, Jg. 13, Heft 2 (April): S. 25-34.
- Beck, K., Von Wyl, V., Biener, C. & Elling, M. (2014). *Brennpunkt Solidarität. Diskussionsbeiträge zur Weiterentwicklung der Sozialen Krankenversicherung*. SGGP.
- Berchtold, P. (2012a). Ärztenetze in der Schweiz 2012: eindruckliches Wachstum. *Care Management, 5(3)*, 42–44.
- Berchtold, P. (2012b). Die ärztliche Autonomie bleibt erhalten : eine neue Studie untersucht Entwicklung und Bedeutung von Guidelines in Schweizer Ärztenetze. *Care Management : Die Schweizer Zeitschrift für Managed Care, 5*, 40.
- Berchtold, P. (2013) Trendszenarien. Integrierte Versorgung Schweiz. Mögliche Entwicklungen und Handlungsspielräume bis 2020. Forum Managed Care.
- Berchtold, P., Busato, A., Egger, M. & Martinez, N. (2012). Effectiveness of Integrated care programmes in adults with chronic conditions: a systematic review. *Studie Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern*.

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 46/55

- Berchtold, P. & Hess, K. (2006). *Evidenz für managed care europäische Literaturanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Schweiz: Wirkung von Versorgungssteuerung auf Qualität und Kosteneffektivität*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Berchtold P, Kunzi B, Busato A. Differences of the quality of care experience: the perception of patients with either network or conventional health plans. *Fam Pract* 2011;28(4):406-13.
- Berchtold, P., Peier, C. & Peier, K. (2010). Ärztenetze in der Schweiz 2010 - auf dem Sprung zur integrierten Versorgung.
- Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Managed Care) vom 15.09.2004, BBI 2004 5599.
- Bundesversammlung. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), Pub. L. No. 832.10 (2013).
- Concordia. (2014) *Geschäftsbericht 2014. Die Versprechen der Concordia*. Luzern.
- CSS Versicherung. (2012, July). Faktenblatt II. Gesundheitspolitik. Fragen und Antworten zu Managed Care. CSS Versicherung.
- Etter, J.-F. & Perneger, T. V. (1998). Health care expenditures after introduction of a gatekeeper and a global budget in a Swiss health insurance plan. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52(6), 370–376.
- Forster, C. (2013, Mai). Auf der letzten Meile zum Patienten. *Neue Zürcher Zeitung*.
- Forum Managed Care. (2013, April 25). Medienmitteilung des Forums Managed Care.
- Fox, P. (2001). *An Overview of Managed Care*. In: Kongstvedt, P. R., *The Managed Health Care Handbook*, Aspen, Gaithersburg, 3-15.
- Garrido, M. V., Zentner, A., & Busse, R. (2011). The effects of gatekeeping.
- Golder, L., Imfeld, M. & Tschöpe, S. (2012). Verunsicherung über Wirkungen von Managed Care.
- Grandchamp, C. & Gardiol, L. (2011). Does a mandatory telemedicine call prior to visiting a physician reduce costs or simply attract good risks? *Health Economics*, 20(10), 1257–1267. doi:10.1002/hec.1668
- Hess, K. (2012). Bringt Budgetmedizin doch keine Einsparungen? *Bulletin Des Médecins Suisses*, 93, 636.
- Izzo, M. S. (2011). Nouvelle gestion publique et concurrence dans le système sanitaire suisse.
- Kodner, D. L. & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2(4).
- Lehmann, H. (2003). *Managed Care Kosten senken mit alternativen Krankenversicherungsformen? eine empirische Analyse anhand Schweizer Krankenversicherungsdaten*. Zürich: Rüegger.
- Lehmann, H. & Zweifel, P. (2004). Innovation and risk selection in deregulated social health insurance. *Journal of Health Economics*, 23(5), 997–1012.
- OECD/WHO (2012), *OECD-Berichte über Gesundheitssysteme: Schweiz 2011*, FOPH, Bern. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264179738-de>
- Pallotti, F. & Lomi, A. (2011). Network influence and organizational performance.

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 47/55

- Perneger, T. V., Deom, M., Cullati, S., & Bovier, P. A. (2012). Growing discontent of Swiss doctors, 1998–2007. *The European Journal of Public Health*, 22(4), 478–483.
- Perneger, T. V., Etter, J.-F., Raetzo, M.-A., Schaller, P. & Stalder, H. (1996). Comparison of patient satisfaction with ambulatory visits in competing health care delivery settings in Geneva, Switzerland. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50(4), 463–468.
- Perneger, T. V., Etter, J.-F. & Schaad, B. (1995). *Evaluation de l'HMO de l'Université de Genève*. Genève: IMSP Université de Genève.
- Peytremann-Bridevaux, I., Ruffieux, C. & Burnand, B. (2011). Freedom of choice of specialist physicians is important to Swiss resident: a cross-sectional study.
- Peytremann-Bridevaux, I., Staeger, P., Bridevaux, P.-O., Ghali, W. A. & Burnand, B. (2008). Effectiveness of Chronic Obstructive Pulmonary Disease-Management Programs: Systematic Review and Meta-Analysis. *The American Journal of Medicine*, 121(5), 433–443.
- Reich, O., Rapold, R. & Thöni, M. (2012). An empirical investigation of the efficiency effects of integrated care models in Switzerland. *International Journal of Integrated Care*, 12(1).
- Reich, O., Weins, C., Schusterschitz, C. & Thöni, M. (2012). Exploring the disparities of regional health care expenditures in Switzerland: some empirical evidence. *The European Journal of Health Economics*, 13(2), 193–202.
- Rischatsch, M. (2012). Provider and consumer preferences in health care markets. Dissertation. Universität Zürich.
- Schibli, D. & Hodel, M. (2012, April). Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung: Bericht der Arbeitsgruppe „Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung“ von GDK und BAG.
- Schoch, C. (2012) *Wichtiges Nein zur Managed-Care-Vorlage*. in: NZZ vom 17.06.2012
- Schoder, J. & Zweifel, P. (2007). Managed Care-ein internationaler Vergleich mit Lehren für die Schweiz. Sozialökonomisches Institut, Zürich.
- Schoder, J. & Zweifel, P. (2008), The Contribution of Managed Care to the Performance of Healthcare Systems – Evidence from Three Countries, in *Swiss Journal of Economics and Statistics* 3: 477–493.
- Schwenkglenks, M., Preiswerk, G., Lehner, R., Weber, F. & Szucs, T. D. (2006). Economic efficiency of gatekeeping compared with fee for service plans: a Swiss example. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(1), 24–30.
- Stock, J., Baur, R., Lang, P. & Conen, D. (1997). *Hypertonie Management. Neue Formen der Krankenversicherung. Ein Praxisvergleich zwischen traditionellen Praxen und HMOs*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung (Hrsg.).
- SWICA. (2011). *Tiefere Kosten durch integrierte Versorgung*. Retrieved November 19, 2012.
- Trottmann, M., Beck, K. & Kunze, U. (2012). Steigern Schweizer Ärztenetzwerke die Effizienz im Gesundheitswesen? *Bulletin des Médecins Suisses / Schweizerische Ärztezeitung*, 93(4), 125–127.
- Wallasch, T.-M. & Kropp, P. (2012). Multidisciplinary integrated headache care.

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 48/55

7. Anhang

7.1. Anhang 1: Identifizierte Artikel nach Auswahlverfahren

Lauf-Nr.	Titel des Artikel (Autor/en, Jahr)
1	Evidenz für Managed Care. Europäische Literaturanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Schweiz: Wirkung von Versorgungssteuerung auf Qualität und Kosteneffektivität. (Berchtold & Hess, 2006)
2	Nachhaltigkeit von Kosteneinsparungen in Managed-Care-Modellen. (Beck & Käser, 2008)
3	Tiefer Kosten durch integrierte Versorgung. (SWICA, 2011)
4	Effizienzsteigerung dank Managed Care? (Beck, 2009a)
5	An empirical investigation of the efficiency effects of integrated care models in Switzerland. (Reich et al., 2012a)
6	Innovation and risk selection in deregulated social health insurance. (Lehmann & Zweifel, 2004)
7	Economic efficiency of gatekeeping compared with fee for service plans: a Swiss example. (Schwenkglenks et al., 2006)
8	Comparison of patient satisfaction with ambulatory visits in competing health care delivery settings in Geneva. (Perneger et al., 1996)
9	Kritische Erfolgsfaktoren der Entwicklung von Health Maintenance Organization (HMO) und Hausarztmodellen in der Schweiz: ein systematischer Erfahrungsbericht. (Beck, 2009b)
10	Effectiveness of Integrated care programs in adults with chronic conditions: a systematic review.(Berchtold et al., 2012)
11	Steigern Schweizer Ärztenetzwerke die Effizienz im Gesundheitswesen? : eine Analyse auf mittlere Frist. (Trottmann et al., 2012)
12	Ärztetnetze in der Schweiz 2010 - auf dem Sprung zur integrierten Versorgung. (Berchtold et al., 2010)

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 49/55

13	Soziale Krankenversicherung zwischen Wettbewerb und Solidarität (XV): Managed Care - empirische Evaluation. (Beck, 2013)
14	Does a mandatory telemedicine call prior to visiting a physician reduce costs or simply attract good risks? (Grandchamp & Gardiol, 2011)
15	Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung. Bericht der Arbeitsgruppe von GDK und BAG. (Schibli & Hodel, 2012)
16	Health care expenditures after introduction of a gatekeeper and a global budget in a Swiss health insurance plan. (Etter & Perneger, 1998)
17	Die ärztliche Autonomie bleibt erhalten: eine neue Studie untersucht Entwicklung und Bedeutung von Guidelines in Schweizer Ärztenetze. (Berchtold, 2012b)
18	Difference of quality of care experience. (Berchtold et al., 2011)
19	Exploring the disparities of regional health care expenditures in Switzerland: some empirical evidence. (Reich et al., 2012)
20	Freedom of choice of specialist physicians is important to Swiss resident: a cross-sectional study. (Peytremann-Bridevaux et al., 2011)
21	Growing discontent of Swiss doctors, 1998-2007. (Perneger et al., 2012)
22	Multidisciplinary integrated headache care. (Wallasch & Kropp, 2012)
23	Network influence and organizational performance. (Pallotti & Lomi, 2011)
24	Nouvelle gestion publique et concurrence dans le système sanitaire suisse. (Izzo, 2011)
25	Provider and consumer preferences in health care markets. (Rischatsch, 2012)
26	Verunsicherung über Wirkungen von Managed Care. (Golder et al., 2012)
27	Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. Synthesebericht. (Baur et al., 1997)
28	Hypertonie-Management: Neue Formen der Krankenversicherung. Ein Praxisvergleich zwischen traditionellen Praxen und HMOs (Stock et al., 1997)

7.2. Anhang 2: Erweitertes Literaturverzeichnis⁹

- Amelung, V. E. (2008). *Integrierte Versorgung und medizinische Versorgungszentren : von der Idee zur Umsetzung* (2., aktualisierte und erw. Aufl.). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., Coventry, P. (2012). *Collaborative care for depression and anxiety problems*. John Wiley & Sons Inc, US.
- Beacham, A. O., Herbst, A., Streitwieser, T., Scheu, E. & Sieber, W. J. (2012). Primary Care Medical Provider Attitudes Regarding Mental Health and Behavioral Medicine in Integrated and Non-integrated Primary Care Practice Settings. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 19(4), 364–375.
- Beck, K., Trottmann, M. & Buholzer, M. (2012). Zur Frage der Einsparungen in Managed-Care-Modellen: eine Präzisierung unserer Forschungsergebnisse. *Schweizerische Ärztezeitung* 2012;93: 23. S. 870 ff.
- Berchtold, P. & Peytremann-Bridevaux, I. (2011). *Integrated Care Organizations Switzerland*. Igitur publishing. Spec Ed: e010.
- Bhattacharya, T. R. & Managi, S. (2013). Contributions of the private sector to global biodiversity protection: case study of the Fortune 500 companies.
- Bray, J. W., Zarkin, G. A., Hinde, J. M. & Mills, M. J. (2012). Costs of alcohol screening and brief intervention in medical settings: A review of the literature. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73, 911–919.
- Camargo Plazas, M. del P., Cameron, B. L. & Smith, D. G. (2012). Neoliberal-oriented health care system answer to global competition or a threat to health equality for people with chronic illness. *Advances in Nursing Science*, 35, 166–181.
- Costa-Black, K. M., Feuerstein, M. & Loisel, P. (2013). *Work Disability Models*. Springer.
- Cronan, T. A., Santoro, M., Van Liew, C. & Bigatti, S. (2012). *Cancer Screening in the United States and Europe*. Praxis Klinische Verhaltensmedizin Und Rehabilitation.
- Duhoux, A., Fournier, L. & Menear, M. (2011). Quality indicators for depression treatment in primary care: A systematic literature review. *Current Psychiatry Reviews*, 7, 104–137.
- Dwamena, F., Holmes-Rovner, M., Gauden, C. M., Jorgenson, S., Sadigh, G., Sikorskii, A., Olomu, A. (2012). *Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations*. John Wiley & Sons Inc, US.
- Fischer-Taeschler, M.-A. (2003, September 12). *Managed Care und Ärztenetzwerke in der Schweiz*. medswiss.net.
- Fisher, E. B., Chan, J. C. N., Nan, H., Sartorius, N. & Oldenburg, B. (2012). Co-occurrence of diabetes and depression: Conceptual considerations for an emerging global health challenge. *Dialogue on Diabetes and Depression: Dealing with the Double Burden of Co-Morbidity. A Selection of Papers Produced by the Dialogue on Diabetes and Depression*, 142, Supplement(0), S56–S66.
- Fordeucey, P. G., Glueckauf, R. L., Bergquist, T. F., Maheu, M. M. & Yutsis, M. (2012). Telehealth for persons with severe functional disabilities and their caregivers: Facilitating self-care management in the home setting. *Psychological Services*, 9, 144–162.

⁹ Hierbei handelt es sich um ein Verzeichnis der Literatur, die im Rahmen der Arbeit gesammelt aber in der vorliegenden Fassung nicht direkt zitiert wurde.

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 51/55

- Giguère, A., Légaré, F., Grimshaw, J., Turcotte, S., Fiander, M., Grudniewicz, A., Gagnon, M.-P. (2013). Printed educational materials: effects on professional practice and healthcare outcomes. John Wiley & Sons Inc, US.
- Granig, P. & Nefiodow, L. A. (2011). Gesundheitswirtschaft Wachstumsmotor im 21. Jahrhundert. Gabler Verlag, Wiesbaden.
- Haldemann, R (2012). Kosteneinsparungen mit Managed Care : Diskussion um Signifikanz von Studienergebnissen. Bulletin Des Médecins Suisses/Schweizerische Ärztezeitung, 93(23), 870–872.
- Henke, K.-D. & Richter, W. F. (2013). Wettbewerbliche Ordnungsdefizite in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Ifo Schnelldienst, 15–21.
- Hensen, P. & Kölzer, C. (2011). Die gesunde Gesellschaft. VS Verlag, Wiesbaden.
- Herren, D. (2011). HTA: How to assess? Schweizerische Ärztezeitung 2011;92 (14): 519.
- Hoerbst, A., Hackl, W. O., Blomer, R. & Ammenwerth, E. (2011). The status of IT service management in health care - ITIL(R) in selected European countries. BMC Med Inform Decis Mak, 11, 76. doi:10.1186/1472-6947-11-76.
- Juncos-Rabadan, O., Pereiro, A. X., Facal, D., Rodriguez, N., Lojo, C., Caamano, J. A., Eiroa, P. (2012). Prevalence and correlates of cognitive impairment in adults with subjective memory complaints in primary care centres. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 33, 226–232.
- Khodayari-Rostamabad, A., Reilly, J. P., Hasey, G. M., de Bruin, H. & MacCrimmon, D. J. (2013). A machine learning approach using EEG data to predict response to SSRI treatment for major depressive disorder. Clinical Neurophysiology, 124, 1975–1985.
- Knapp, M. & McDavid, D. (2012). Economics of evidence-based practice and mental health. In Handbook of evidence-based practice in clinical psychology, Vol 2: Adult disorders (pp. 71–93). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc, US.
- Lako, C. J., Rosenau, P. & Daw, C. (2011b). Switching Health Insurance Plans: Results from a Health Survey. Health Care Analysis, 19, 312–328.
- Mathauer, I. & Nicolle, E. (2011). A global overview of health insurance administrative costs: what are the reasons for variations found? Health Policy, 102(2–3), 235–246.
- Medswiss. (2005, April). Glossar Medswiss.Net.
- Merlo, C., Bally, K., Tschudi, P., Martina, B. & Zeller, A. (2012). Management and outcome of severely elevated blood pressure in primary care: a prospective observational study. Swiss Med Wkly, 142, w13507.
- Nelson, J. C., Yu, O., Dominguez-Islas, C. P., Cook, A. J., Peterson, D., Greene, S. K., ... Jackson, L. A. (2013). Adapting Group Sequential Methods to Observational Postlicensure Vaccine Safety Surveillance: Results of a Pentavalent Combination DTaP-IPV-Hib Vaccine Safety Study. American Journal of Epidemiology, 177, 131–141.
- Peter, J. & Eberhard, S. (2012). Entwicklungsperspektiven im Gesundheitswesen: Chancen einer Veränderung.
- Raetz, M.-A. (2011). Die Kosten der Gesundheit. in: publication Delta, réseau de santé. Genf.
- Redaktion Olympe (1999). Gesundheit! Standortbestimmung in Forschung Praxis Politik, (Redaktion Olympe).

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 52/55

- Renze-Westendorf, M. (2012). Kundenbeziehungsmanagement pharmazeutischer Unternehmen Entwicklung eines Kundenbeziehungsmanagementkonzeptes mit Fokus auf Medizinische Versorgungszentren und unter Berücksichtigung der Einflusspotenziale gesetzlicher Krankenkassen in Deutschland (Vol. 82). München, Mering: Rainer Hampp Verlag.
- Rischatsch, M., Trottmann, M. & Zweifel, P. (2013). Generic substitution, financial interests, and imperfect agency. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 13(2), 115–138.
- Roberts, J. S. & Ostergren, J. (2013). Direct-to-Consumer Genetic Testing and Personal Genomics Services: A Review of Recent Empirical Studies.
- Rosemann, T. & Huber, C. A. (2010). Managed Care, Ärztenetzwerke und Behandlungsqualität : damit integrierte Versorgung zu mehr Qualität führt, sollte die Schweiz vom Ausland lernen. *Care Management*, 3(5), 20–23.
- Schwenkglenks, M. (2000). Zusammenfassung HAMA-Studie. *Forum Managed Care*.
- Sommerfeld, J. & Kroeger, A. (2012). Eco-bio-social research on dengue in Asia: a multicountry study on ecosystem and community-based approaches for the control of dengue vectors in urban and peri-urban Asia. *Pathog Glob Health*, 106, 428–35.
- Spirk, D., Banyai, M., Jacomella, V., Frank, U., Baldi, T., Baumgartner, I., ... & Husmann, M. (2011). Out-patient management of acute deep vein thrombosis: results from the OTIS-DVT registry. *Thrombosis research*, 127(5), 406-410.
- Streit, S. (2010). Jeunes médecins de premier recours Suisse (JHaS)*–un réseau pour futurs médecins de famille. *Bulletin Des Médecins Suisses*, 91, 1220.
- Van de Ven, W. P. M. M., Beck, K., Van de Voorde, C., Wasem, J. & Zmora, I. (2007). Risk adjustment and risk selection in Europe: 6 years later. *Health Policy*, 83(2–3), 162–179.
- Wallasch, T. M., & Hermann, C. (2012). Validation of criterion-based patient assignment and treatment effectiveness of a multidisciplinary modularized managed care program for headache. *The journal of headache and pain*, 13(5), 379-387..
- Watkins, K. E., Hunter, S. B., Hepner, K. A., Paddock, S. M., de la Cruz, E., Zhou, A. J., & Gilmore, J. (2011). An effectiveness trial of group cognitive behavioral therapy for patients with persistent depressive symptoms in substance abuse treatment. *Archives of general psychiatry*, 68(6), 577-584.
- Werblow, A. (2004). Managed Care in der Schweiz: eine empirische Analyse des Verhaltens von Allgemeinmedizinern. Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Universitätsbibliothek.
- Wiedemann, S. (2012). Einsparungen von Gesundheitskosten durch „Managed Care“ in der Schweiz. Hochschule der Gesundheitswirtschaft in Bremen.
- Wolbring, G., Leopatra, V. & Yumakulov, S. (2012). Information Flow and Health Policy Literacy. The Role of the Media. *Information* 2012, 3, 391-402.
- Ye, S., Krupka, D. J. & Davidson, K. W. (2012). Diagnosing medication non-adherence in a patient with myocardial infarction. *Frontiers in Psychology*, 3.

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 53/55

7.3. Anhang 3: Erstes Resultat der Datenbankanalyse

Literaturrecherche (Abschluss per 17.10.2013): Zeitraum 1996 - 2013

Lauf-Nr.	Suchbegriffe	1. PsychARTICLES	2. Psyn dex	3. Pubmed (in Medline)	4. bibnet	5. swissbib	6. Cochrane Library (Gesamt)	7. WISO
		all	all	all	all	all	all	all
1	(Managed Care) AND Schweiz AND Studie	10	6	2	21	9	0	77
1.1	(Managed Care) AND Schweiz AND Studie AND Kosten	1	0	0	3	1	0	67
1.2	(Managed Care) AND Schweiz AND Studie AND Qualität	1	0	0	0	1	0	55
1.3	(Managed Care) AND Schweiz AND Studie AND Kostenunterschiede	0	0	0	0	0	0	3
1.4	(Managed Care) AND Schweiz AND Studie AND Qualitätsunterschiede	0	0	0	0	0	0	2
2	(Managed Care) AND Switzerland AND study	658	8	86	8	5	250	57
2.1	(Managed Care) AND Switzerland AND study AND costs	283	0	20	0	2	194	42
2.1	(Managed Care) AND Switzerland AND study AND quality	413	5	21	1	1	246	52
3	(Managed Care) AND Suisse AND étude	4	0	0	1	2	0	4
3.1	(Managed Care) AND Suisse AND étude AND coûts	0	0	0	0	1	0	2
3.1	(Managed Care) AND Suisse AND étude AND qualité	0	0	0	0	1	0	1
	Total Lauf-Nr. 1-3	672	14	88	30	16	250	138

1208

Legende:

Grüne Schrift = diese Wörter werden bei der Suche jedes Mal eingegeben

grauer Hintergrund = diese Zahlen wurden für die Bildung der Summen nicht mit einbezogen

7.4. Anhang 4: Selektionsschritte



Abfrage der Datenbanken	<ul style="list-style-type: none">• Gemäss Anhang 3• Resultat: 1'208 Artikel
1. Selektionsschritt	<ul style="list-style-type: none">• Wo möglich Filter auf "Studie"• Resultat: 850 Artikel
2. Selektionsschritt	<ul style="list-style-type: none">• Reduktion Zeitfenster auf 2011 - 2013• Fokus auf "Kosten", "costs", "coûts"• Resultat: 161 Artikel
3. Selektionsschritt	<ul style="list-style-type: none">• Lektüre Abstract, Selektion• Bereinigung Doubletten• Resultat: 47 Artikel
4. Selektionsschritt	<ul style="list-style-type: none">• Inhaltliche Bereinigung in Bezug auf Relevanz zum Thema und Ergänzung mit Literaturhinweisen aus zentralen Artikeln (18 Artikel)• Resultat: 28 Artikel

Luzern, 7. Dezember 2015

Seite 55/55

Die Autoren



Hannes Blatter, Dozent und Projektleiter

Politikwissenschaftler (lic. ès sc. pol., Universität Lausanne), arbeitet seit April 2012 am Kompetenzzentrum Public and Nonprofit Management, IBR, Hochschule Luzern – Wirtschaft als Dozent und Projektleiter und initiierte und leitete Forschungsprojekte für das Forschungsprogramm «Öffentliches Gesundheitsmanagement». Darüber hinaus gibt er Weiterbildungen im Bereich des Gesundheitswesens und Public Management. Er ist zudem Geschäftsführer des Luzerner Forums für Sozialversicherungen und Soziale Sicherheit (www.luzerner-forum.ch). Vor seiner Tätigkeit an der Hochschule Luzern war er Generalsekretär der CSS Versicherung in Luzern. In der Vergangenheit war er u. a. auch persönlicher Mitarbeiter des Direktionspräsidenten im Inselspital in Bern.



Nina Albin, Wissenschaftliche Assistentin

Studium Arbeits- und Organisationspsychologie (Bachelor an der Fachhochschule Nordwestschweiz), arbeitet seit März 2013 am Kompetenzzentrum Public and Nonprofit Management, IBR, Hochschule Luzern – Wirtschaft als Wissenschaftliche Assistentin und begleitet verschiedene Projekte des Forschungsprogramms «Öffentliches Gesundheitsmanagement». Sie ist zudem im Kantonsspital Graubünden im Qualitätsmanagement tätig.