



*Bundesamt für Sozialversicherung
Office fédéral des assurances sociales
Ufficio federale delle assicurazioni sociali
Uffizi federali da las assicuranzas socialas*

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

*Bestandsaufnahme
besonderer Versicherungsformen
in der obligatorischen
Krankenversicherung*

Forschungsbericht Nr. 15/00

Das Bundesamt für Sozialversicherung veröffentlicht in seiner Reihe „Beiträge zur Sozialen Sicherheit“ konzeptionelle Arbeiten und Forschungsergebnisse zu aktuellen Themen im Bereich der Sozialen Sicherheit, die damit einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Analysen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Sozialversicherung wieder.

Autorinnen: Dr. Rita Baur, Ulrike Braun
Prognos AG
Missionsstrasse 62
4055 Basel

Auskünfte: Till Bandi
Bundesamt für Sozialversicherung
Abteilung Mathematik und Statistik, Sektion Statistik
Effingerstrasse 39
3003 Bern
Tel. 031/322 91 31
Fax 031/324 06 87
E-mail: till.bandi@bsv.admin.ch
Internet: www.bsv.admin.ch

ISBN: 3-905340-28-3

Copyright: Bundesamt für Sozialversicherung,
CH-3003 Bern

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

Vertrieb: BBL/EDMZ, 3003 Bern, www.admin.ch/edmz

Bestellnummer: 318.010.15/00 d 3.01 400

Bestandsaufnahme besonderer Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenversicherung

im Auftrag des BSV

Prognos AG
Dr. Rita Baur
Ulrike Braun

Basel, Oktober 2000

Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherung

Da es bisher noch nicht gelungen ist, eine differenziertere Erhebung der Krankenversicherung einzuführen, können in der Krankenversicherungsstatistik nur die Versichertenzahlen für die Hauptformen der neuen Krankenversicherungsformen ausgewiesen werden:

	Ordentliche Jahres- franchise	Wählbare Jahres- franchisen	BONUS - Versicherung	Eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)
Anzahl Versicherte 1996	4'739'640	2'305'688	27'828	121'598
Anzahl Versicherte 1999	3'998'744	2'715'642	10'258	541'890
durchschnittliche jährliche Zunahme der Versicherten 1996 - 1999	-5.5%	5.6%	-28.3%	64.6%
Anteil Versicherte am Total 1996	65.9%	32.0%	0.4%	1.7%
Anteil Versicherte am Total 1999	55.0%	37.4%	0.1%	7.5%

Diese wenigen Eckwerte zeigen bereits sehr deutlich, dass das Gesundheitswesen im Moment einem grundlegenden Wandel unterliegt. Der Gesetzgeber hat versucht, mit dem KVG die Leitplanken für diesen Wandel vorzugeben. Er hat u.a. Wettbewerbselemente eingeführt, die dazu dienen sollen, kostengünstige, qualitativ hochstehende Leistungen sicherzustellen.

Dabei spielen die besonderen Versicherungsformen eine wichtige Rolle. Bei dieser zentralen Bedeutung überrascht der Mangel an detaillierteren, vergleichbaren Angaben über deren Wirkungsweise und Geschäftserfolg. Angesichts der Erwartungen, die an die neuen Versicherungsformen gerichtet sind, ist diese Intransparenz unbefriedigend. Die vorliegende Studie soll daher die grössten Löcher in der Datenlage beseitigen und gleichzeitig aufzeigen, welches die verschiedenen Wirkungsmechanismen sind, die in einer allfälligen zukünftigen Datenerhebung systematischer ausgewiesen werden sollten.

Die Studie soll aber auch den qualitativen Aspekten der neuen Krankenversicherungsformen nachgehen. Diese sind für die Beurteilung und Gewichtung der zahlenmässigen Ergebnisse unerlässlich.

Till Bandi
Leiter der Sektion Statistik

Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

Comme on n'a pas réussi jusqu'ici à introduire une méthode d'enquête différenciée sur l'assurance-maladie, la statistique de cette assurance ne peut fournir les chiffres que pour les nouvelles formes d'assurance-maladie principales:

	Franchise annuelle ordinaire	Franchises annuelles à option	Assurance avec BONUS	Choix limité (HMO p. ex.)
Nombre d'assurés en 1996	4'739'640	2'305'688	27'828	121'598
Nombre d'assurés en 1999	3'998'744	2'715'642	10'258	541'890
Augmentation annuelle moyenne du nombre d'assurés de 1996 à 1999	-5.5%	5.6%	-28.3%	64.6%
Part au total des assurés 1996	65.9%	32.0%	0.4%	1.7%
Part au total des assurés 1999	55.0%	37.4%	0.1%	7.5%

Ces quelques valeurs de référence montrent déjà très clairement que le secteur de la santé subit actuellement des mutations profondes. Le législateur a essayé, au moyen de la LAMal, de canaliser ces mutations. Il a notamment introduit des éléments de concurrence visant à garantir des prestations d'un faible coût et de haute qualité.

Les formes particulières d'assurance jouent un rôle très important à cet égard. Compte tenu de leur importance, il est toutefois surprenant de constater que l'on manque d'indications détaillées et comparables sur leur fonctionnement et leur succès commercial. Face aux attentes placées dans les nouvelles formes d'assurance, ce manque de transparence n'est pas satisfaisant. La présente étude doit donc permettre de combler les plus grosses lacunes en matière de données et mettre évidence les différents effets et mécanismes qu'il s'agira de présenter de manière plus systématique lors d'une éventuelle enquête future.

L'étude doit cependant porter aussi sur les aspects qualitatifs des nouvelles formes d'assurance-maladie. Ces aspects sont indispensables pour l'évaluation et la pondération des résultats chiffrés.

Till Bandi
Chef de la section Statistique

Inhaltsverzeichnis

1. Aufgabenstellung und Durchführung	1
1.1 Aufgabenstellung	1
1.2 Durchführung	1
1.3 Abgrenzungen, begriffliche Klärungen	3
1.4 Erfassungsgrad und Probleme, quantitativer Überblick	6
2. Hausarztnetze	9
2.1 Regionale Verteilung und Grösse der Hausarztnetze	9
2.2 Struktur der Hausarztversicherten	15
2.3 Entwicklung der Versichertenzahlen	18
2.4 Kosten und Kostenstruktur	18
2.5 Versicherer-Hausarztnetze-Versicherte: Strukturen und Regelungen	20
2.5.1 Versicherer und Managed-Care-Organisationen	20
2.5.2 Regelungen gegenüber den Ärzten bzw. Ärztegruppen	21
2.5.3 Regelungen gegenüber den Versicherten	24
2.6 Zustandekommen der Hausarztnetze und Zusammenarbeit, Bewertungen aus Sicht der Ärzte	25
2.6.1 Zustandekommen und Zusammensetzung	25
2.6.2 Interne Organisation, Zusammenarbeit	27
2.6.3 Bewertung der Zusammenarbeit mit den Trägerorganisationen und Erwartungen	29
2.6.4 Vorteile der Hausarztnetze und Veränderungswünsche	31
3. HMOs	33
3.1 Regionale Verteilung und Grösse der HMOs	33
3.2 Personal und Personalstruktur, Geräteausstattung	35
3.3 Struktur der HMO-Versicherten	35
3.4 Kosten und Kostenstruktur	37
3.5 Externe und interne Strukturen und Regelungen	38
3.5.1 Verhältnis Versicherer-HMO-Versicherte	38
3.5.2 Regelungen der externen und internen Leistungserbringung, Qualitätskontrolle	39
4. Zusammenfassung und Ausblick	43
5. Résumé et perspectives	51
Anhang	61

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2-1: Versichertenquote in Hausarztnetzen nach Kantonen 1999	9
Tabelle 2-2: Hausarztnetze nach Kantonen	10
Tabelle 2-3: Beteiligte Ärzte und Versicherte je Arzt nach Kantonen	11
Tabelle 2-4: Struktur der Hausarztnetze nach Kantonen	13
Tabelle 2-5: Anzahl Vertragspartner und Versicherte je Arzt	15
Tabelle 2-6: Altersstruktur der Versicherten in Hausarztnetzen (HN) und aller Grundversicherten (Alle) nach Kantonen ¹ 1998	16
Tabelle 2-7: Geschlechtsstruktur der Hausarztversicherten und der Versicherten insgesamt 1998	17
Tabelle 2-8: Kosten der Gesundheitsversorgung in den Hausarztnetzen	19
Tabelle 2-9: Kostenstruktur in den Hausarztnetzen 1998	19
Tabelle 2-10: Vergleich der Kostenstruktur Hausarztnetze/alle Versicherten	20
Tabelle 2-11: Verteilung der Hausarztversicherten auf MCOs bzw. Krankenkassen	21
Tabelle 2-12: Prämienreduktionen 2000 in den Hausarztmodellen	25
Tabelle 2-13: Anteil der am Hausarztnetz beteiligten Ärzte an der Gesamtzahl der in der Region niedergelassenen Ärzte mit einschlägiger Fachrichtung	26
Tabelle 2-14: Zugänge/Abgänge an beteiligten Ärzten je Netz, 1999	27
Tabelle 2-15: Themen der Arbeitsgruppen bei den Hausarztnetzen	29
Tabelle 2-16: Bewertung der Zusammenarbeit mit MCOs und Versicherern durch die Ärztenetze	29
Tabelle 2-17: Unterstützungswünsche der Hausarztnetze an die MCOs/ Krankenkassen	30
Tabelle 2-18: Veränderungen für die Ärzte durch Netzmitgliedschaft	31
Tabelle 2-19: Veränderungsbedarf für die Hausarztnetze	32
Tabelle 3-1: HMOs 1999	34
Tabelle 3-2: Ausstattung von HMOs mit medizinischer Diagnostik/Apotheke	35
Tabelle 3-3: Alters- und Geschlechtsstruktur 1998	36

1. Aufgabenstellung und Durchführung

1.1 Aufgabenstellung

Mit dem KVG wurde die gesetzliche Grundlage für die Einführung neuer Versicherungsmodelle definitiv auf Gesetzesstufe verankert. In der Folge sind neue HMOs und vor allem unter dem Label „Managed-Care“ viele Hausarztnetzwerke entstanden. Diese neuen Versicherungsformen haben innert kurzer Zeit stark zugenommen. Die verschiedenen Formen von Managed-Care gelten als wichtiges Instrument der Kostenbeschränkung und als Wettbewerbsargument unter den Krankenkassen.

Infolge der Tatsache, dass die Krankenversicherer ihre Daten im Rahmen der Administrativedatenstatistik nicht zur Verfügung stellen, kann die Entwicklung dieses Versicherungsangebotes und der in dessen Rahmen erbrachten Leistungen nicht verfolgt werden. Als einzige Angabe wird heute im Rahmen der Vollerhebung die Entwicklung des Gesamttotals der Versicherten aller dieser neuen Versicherungsformen erfasst. Neben zahlenmässigen Angaben fehlen auch Basisinformationen über die unterschiedlichen Typen der Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer und deren konkrete Ausgestaltung.

Mit dem vorliegenden Projekt soll das Feld der Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer nach wichtigen Strukturmerkmalen sowohl quantitativ wie auch qualitativ detaillierter erfasst und beschrieben werden, so dass deren Beitrag zur Beeinflussung der Gesundheitsversorgung und der Kostenentwicklung einer Bewertung zugänglich wird. Das Projekt soll fortschreibungsfähig angelegt sein.

Im Unterschied zur breit angelegten „HMO-Bonus-Evaluation“ aus den Jahren 1991–1995¹, die einen gesetzlichen Auftrag zur Bewertung der Wirksamkeit der probeweise zugelassenen Modelle erfüllte, geht es hier *nicht um eine Evaluation*, sondern um eine *Bestandsaufnahme*. Es sollte auch erprobt werden, ob und wie mit kleinem Mitteleinsatz Transparenz über den aktuellen Entwicklungsstand der Managed-Care-Modelle geschaffen werden kann.

1.2 Durchführung

Die Bestandsaufnahme lässt sich in zwei Informationsblöcke unterteilen:

- Quantitativ-statistische Informationen, insbesondere zu
 - ❖ Verbreitung der Angebote, Versichertenzahlen
 - ❖ Struktur der Versicherten
 - ❖ Personal und Personalstruktur
 - ❖ Kosten und Kostenstruktur

¹ R. Baur et al.: Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. Synthesebericht. Im Auftrag des BSV. 1998

- Qualitative Informationen, insbesondere zu
 - ❖ Struktur und Arbeitsweise der Hausarztmodelle und HMOs
 - ❖ Formen der Honorierung, Risikostrukturbewertung, Erfolgsbeteiligung
 - ❖ Bewertung und Entwicklungseinschätzung oder -planung

Die *statistischen Informationen* wurden mittels eines standardisierten Erhebungsbogens (s. Anhang) entweder bei den MCOs (Managed-Care-Organisationen, die im Auftrag mehrerer Krankenkassen die Hausarztnetze oder HMOs betreuen/betreiben) oder, soweit keine MCO dazwischen geschaltet ist, direkt bei den Krankenkassen eingeholt. In zwei Fällen war entweder die HMO direkt (Gesundheitsplan HMO Basel) oder die Betriebsgesellschaft (MediX Management AG) der Adressat. Nur dank der Tatsache, dass sehr viele Krankenkassen das Managed-Care-Geschäft über MCOs abwickeln, konnte die Erhebung in einem akzeptablen Rahmen gehalten werden. Angesprochen wurden folgende Organisationen²:

- MCOSanacare
- MCOUNimedes
- MCOCosama
- KrankenkasseHelsana
- KrankenkasseCSS
- KrankenkasseVisana
- KrankenkasseSwica
- Krankenkasse Groupe Mutuel (hat an Cosama verwiesen)
- MediX Management AG
- Gesundheitsplan HMO Basel

Gar nicht beteiligt an der gesamten Untersuchung hat sich die Krankenkasse Visana; Swica hat zu den Hausarztmodellen Angaben zu Versicherten und Ärzten geliefert, zu den HMOs nur deren Standorte und die Versicherten je Kanton (also nicht je HMO). Bei allen anderen Organisationen waren differenziertere Informationen erhältlich, wenn auch der Grad der Differenzierung sehr unterschiedlich war (vgl. Kapitel 1.4). Der Erhebungsbogen stand auch unter der Überschrift „Wunschkatalog“ und war mit der Bitte verschickt worden, ihn soweit auszufüllen, wie es ohne allzu grossen Aufwand möglich war. Den Organisationen, die Daten bereitgestellt haben, ist zu danken, da der Aufwand letztlich doch erheblich war.

Die Auswertung erfolgte nicht nach den Träger- bzw. Vertragsorganisationen (MCO, Krankenkasse), sondern nach den einzelnen Hausarztnetzen bzw. HMOs. Da diese Institutionen meist mehrere „Träger“ haben, mussten die Informationen der verschiedenen Quellen zusammengeführt werden.

Alle Daten wurden unter dem Vorbehalt strikter Vertraulichkeit und anonymisierter Verwendung gegeben. Nicht anonymisiert sind in diesem Bericht nur Informationen, die bereits veröffentlicht sind oder aus amtlichen Veröffentlichungen ermittelt werden können.

² Die Information, welche Organisationen anzusprechen waren, wurde der Zusammenstellung der HMOs und Hausarztmodelle in der Zeitschrift Managed Care, Nr. 1/1999 entnommen.

Qualitative Informationen wurden zur Vorbereitung und in Ergänzung der statistischen Erhebung in einer Reihe von *Fachgesprächen* eingeholt, die mit folgenden Gruppen geführt wurden (Leitfaden siehe Anhang):

- 3 mit MCOs
- 4 mit Krankenkassen
- 2 mit Betriebsgesellschaften
- 2 mit HMOs
- 3 mit Vertretern von Hausarztnetzen

Da über die Hausarztnetze selbst bisher am wenigsten bekannt war und die Vertragspartner auf Krankenkassen- bzw. MCO-Seite auch nicht durchweg über die internen Strukturen und Arbeitsweisen informiert waren, wurde beschlossen, eine kleine *schriftliche Erhebung bei Hausarztnetzen* durchzuführen. Um die Beteiligungsbereitschaft nicht zu strapazieren, musste der Fragebogen sehr kurz sein (vgl. Fragebogen im Anhang). Die Erhebung war adressiert an die Präsidentinnen/Präsidenten der Hausarztnetze. Insgesamt wurden 65 Fragebögen verschickt,³ geantwortet haben 41, wovon 40 in die Auswertung kamen.⁴ Eine Antwortquote von mehr als 60 % kann bei einer Befragung unter Ärzten als sehr gutes Ergebnis gelten; sie zeigt, wie gross das Interesse an der Thematik ist.

1.3 Abgrenzungen, begriffliche Klärungen

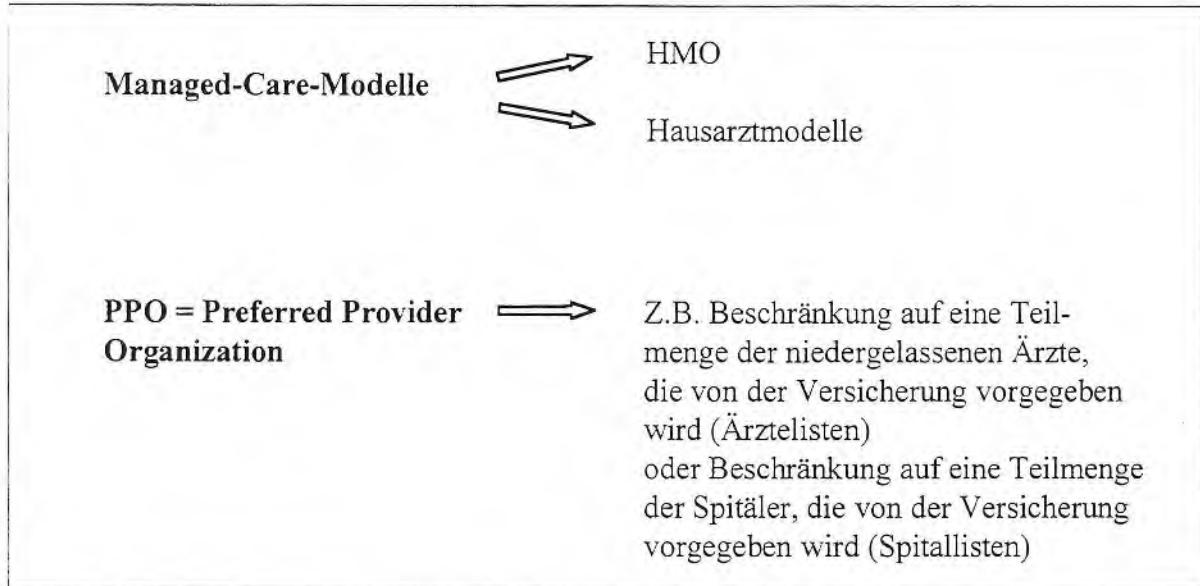
In einem noch relativ neuen Feld sind oft auch die Bezeichnungen und Begriffe verschwommen oder werden uneinheitlich gebraucht. Deshalb wird hier eine kurze Erläuterung zu den verwendeten Begriffen und den Zuordnungen gegeben.

Im Prinzip geht es um die „*Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer*“ nach KVG. Diese lassen sich in zwei Gruppen unterteilen:

In beiden Fällen sind die Versicherten in der freien Wahl der Leistungserbringer eingeschränkt, der Unterschied liegt im Aspekt „Management“. *Managed-Care-Modelle* haben den Anspruch einer ganzheitlich, von einer Hand gesteuerten Gesundheitsversorgung durch die gesamte Leistungskette. Zentrales Element ist das Gatekeeping, bei dem eine Patientin/ein Patient im Bedarfsfall immer zuerst den Gatekeeper (= Hausarzt) aufsucht, der dann ggf. einen Auftrag an andere Glieder der Behandlungskette weitergibt. Alle Informationen laufen bei ihm zusammen. *Managed-Care-Modelle* können sich des Instruments der PPO bedienen, müssen aber nicht. Eine solche Steuerung fehlt bei den *PPO*. Ihr Kennzeichen ist die Selektion von Leistungserbringern durch die Krankenkassen nach Massstäben der Qualität und Wirtschaftlichkeit (soweit möglich).

³ Wenige Hausarztnetze konnten nicht angeschrieben werden, weil die Anschriften zu spät bekannt waren.

⁴ Ein Verein hatte keine Verträge mit Versicherern und verstand sich nicht als Hausarztnetz. In der französischen Schweiz wurde die Erhebung telefonisch, nach vorheriger Zusendung des Themenkatalogs, durchgeführt.



PPO konnten nicht systematisch in die Untersuchung einbezogen werden. Soweit aus allgemein zugänglichen Informationen bekannt, haben nur Swica (Ärztelisten) und Visana (Spitallisten) im Grundversicherungsbereich ein PPO-Modell.⁵ Die Versichertenzahlen dürften weit unter denen der Managed-Care-Formen liegen.

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

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

⁵ Im Bereich der Spitalzusatzversicherungen dürften auch noch andere Krankenkassen mit PPO-Ansätzen arbeiten.

Es existiert eine Sonderform der Hausarztversicherung, bei der die Versicherten einen „beliebigen“ Hausarzt als Gatekeeper auswählen und der Krankenkasse melden. Sie wird nur von einer Krankenkasse (Helsana) und nur in 2 Kantonen angeboten und im Folgenden nicht mitgeführt. Weiterhin existiert die Sonderform einer regionalen Ärztegruppe, die hauptsächlich die sektorübergreifende Vernetzung zum Ziel hat; da sie keine Verträge mit Versicherern hat und kein Gatekeeping praktiziert, wird sie nicht zu den Hausarztmodellen gezählt.

In Zukunft wird sich die Abgrenzung zwischen HMOs und Hausarztnetzen verwischen. Schon heute gibt es vereinzelt Formen der Integration von HMO und Einzelpraxen in einem gemeinsamen Verbund. Das zahlenmässig grösste Beispiel ist der Gesundheitsplan HMO in Basel, in dem die HMO und 58 Hausärzte in freier Praxis zusammengeschlossen sind. Sie arbeiten unter *einem* Budget, werden von *einer* Stelle verwaltet, erhalten die *gleichen* Steuerungsdaten und werden als *ein* Produkt präsentiert. Auch gibt es keine Differenzierung in der Höhe der Prämienreduktion⁶. Eine ähnliche Konstruktion, wenn auch zahlenmässig noch klein, wird in Zürich durch die MediX Ärzte AG praktiziert.

Neben den Gruppen der Leistungserbringer – HMOs und Hausarztnetze – sind ärzteseitig regionale *Betriebsgesellschaften* gegründet worden zur Unterstützung der Hausarztnetze (z.T. auch der HMOs). Ganz praktisch dienen sie zunächst als Datenknoten für die Hausarztnetze, der die von den verschiedenen Vertragspartnern (Krankenkassen, MCO) rückgemeldeten Daten zusammenfasst und in integrierter Form an die Hausärzte bzw. Hausarztnetze weitergibt. Das Ziel ist aber viel weiter gesteckt. Angestrebt werden eine Vernetzung unter regionalen Anbietern aus den verschiedenen komplementären Sektoren und Versorgungsverträge für bestimmte Patientengruppen. Angestrebt wird generell auch der Aufbau ärzteeigener vernetzter Informationssysteme um eine Integration von medizinischen und Kosten-/Leistungsdaten zu ermöglichen. Bisher gibt es drei kantonale bzw. regionale Betriebsgesellschaften sowie eine überregional tätige.

Auf der *Seite der Versicherer* nun stehen den Leistungsanbietern zwei Organisationsformen gegenüber:

- die einzelnen Krankenkassen,
- die MCOs = Managed-Care-Organisationen.

Managed-Care-Organisationen betreiben das Managed-Care-Geschäft im Auftrag mehrerer Krankenkassen. Sie sind Vertragspartner der Hausarztnetze und erfüllen alle Aufgaben, die dem „Gesundheitsmanagement“ zuzuordnen sind, insbesondere den Informationsfluss und die Bewertungen. Eine MCO (Sanacare) betreibt auch die HMOs ihrer Mitgliedskassen. Im Bereich der Hausarztnetze haben die MCOs eine führende Stellung; gut 70 % aller Hausarztversicherten sind unter dem MCO-Regime. Im Bereich der HMOs dominieren dagegen die Krankenkassen als direkte Vertragspartner oder Träger/Inhaber.

⁶ Aus diesen Gründen werden die Hausärzte in freier Praxis des Gesundheitsplans HMO im Weiteren auch nicht unter die Hausarztnetze subsummiert, sondern unter die HMOs.

1.4 Erfassungsgrad und Probleme, quantitativer Überblick

Zunächst geht es um die Frage, ob mit dem gewählten Vorgehen überhaupt die Gesamtheit der Hausarztnetze und HMOs erfasst wurde und wie zuverlässig die Basisangaben zu Versicherten und beteiligten Ärzten sind. Eine mit kurzem zeitlichem Vorlauf durchgeführte Erhebung der Zeitschrift „Managed-Care“ kann zur Einschätzung des Erfassungsgrades herangezogen werden.⁷

Hausarztnetze

Anzahl erfasste Netze: Prognos 71, Managed-Care 68

In zwei Städten sind nach Prognos-Unterlagen eine Unterteilung in mehr Netze vorhanden als nach Managed-Care-Darstellung; die Gesamtzahl der Versicherten liegt etwa gleich. In der Prognos-Erhebung fehlt ein Netz „Plan de santé, Fribourg“ mit 3.059 Versicherten. Damit ist der ganze Kanton Fribourg nicht vertreten.

Anzahl Versicherte: Prognos 378.039, Managed-Care 371.848

Managed-Care hat Versicherte von CSS nicht mehr mitgezählt, da deren Hausarztverträge Ende 1999 ausliefen. Da hier der Stand 1999 gezeigt werden soll, sind die CSS-Versicherten noch enthalten. Weiterhin schlagen das bei Prognos fehlende Freiburger Netz und eine Reihe sehr kleiner Differenzen zu Buche.

Anzahl Ärzte: Prognos 3.699, Managed-Care 3.268

Die relativ grosse Differenz hier hängt hauptsächlich damit zusammen, dass bei zwei Netzen mit sehr vielen beteiligten Ärzten diese in der Summierung bei Managed-Care nicht berücksichtigt sind. Abgesehen davon hat der Vergleich der verschiedenen Quellen (verschiedene Krankenkassen, MCOs, Präsidenten) gezeigt, dass die Angaben zur Anzahl beteiligter Ärzte nicht absolut genau sind; geringe Unterschiede waren fast immer vorhanden.

Auch wenn man die Abgleichung auf kantonaler Ebene oder je Netz vornimmt, sind die Differenzen im Allgemeinen gering oder erklärbar (z.B. Einbezug CSS). Sicher wäre es möglich, verbleibende Differenzen durch genaue Nachrecherchen zu bereinigen, angesichts der insgesamt geringen Abweichungen dürfte sich der Aufwand jedoch kaum lohnen.

HMOs

Anzahl erfasster HMOs: Prognos 27, Managed-Care 35

Managed Care führt 7 HMOs auf, die zum 1.1.2000 oder im Laufe des Jahres 1999 gegründet wurden; Versichertenzahlen liegen nur für 2 vor (zusammen 700). Eine seit 1.1.1999 bestehende HMO „ÖKK-Luzern“ mit 1.550 Versicherten fehlt in der Prognos-Erhebung.

Anzahl Versicherte: Prognos 102.492, Managed-Care 99.850

Für drei HMOs, an denen CSS und Visana beteiligt sind, wurden für die Prognos-Auswertung die fehlenden Visana-Angaben aus der Übersicht von Managed-Care übernommen.

⁷ Managed-Care 3/2000.

Die obige Differenz ist vermutlich auf eine unklare Zuordnung beim Gesundheitsplan HMO Basel zurückzuführen, da ansonsten die Angaben für die einzelnen HMOs übereinstimmen.

Anzahl Ärzte: Prognos 51,2, Managed-Care 80

In beiden Fällen konnten Ärzte an Swica-HMOs nicht mitgezählt werden. 17 Ärzte aus den neuen HMOs und 3 aus der ÖKK-HMO Luzern fehlen bei Prognos. Die Restdifferenz ist darauf zurückzuführen, dass bei Prognos durchweg Ärztestellen (Vollzeitäquivalent) erfasst sind.

Die Abweichungen sind also entweder auf unterschiedliche Bezugsjahre zurückzuführen oder sehr gering.

Insgesamt spricht das Resultat für eine hohe Zuverlässigkeit im Erfassungsgrad beider Erhebungen, was bei einem relativ komplizierten Feld keine Selbstverständlichkeit ist.

Für *Strukturdaten* der Versicherten und Angaben zu den Kosten gibt es jeweils keine vollständige Erfassung mehr. Grundsätzlich liegen dazu für die Swica-Versicherten keine Angaben vor, aber auch andere Krankenkassen oder MCOs konnten z.T. die Informationen nicht liefern. In den folgenden Kapiteln ist jeweils vermerkt, auf welche Basis sich die Aussagen beziehen. Es können zumindest jeweils Bandbreiten gezeigt werden; Repräsentativität ist nicht gesichert. Insgesamt ist die Information für Hausarztnetze relativ gut, für HMOs wegen der „*Abstinenz*“ von Swica eher schwach. Nur rund 12 % der Hausarztversicherten, aber fast 50 % der HMO-Versicherten sind bei Swica versichert und gut die Hälfte der HMOs befinden sich in der Trägerschaft von Swica.

Generell ist festzuhalten, dass sich die Bestandsaufnahme im Feld konkurrierender Unternehmen bewegt, mit der Folge einer teilweise erheblichen Einschränkung der Freimütigkeit der Informationen. Dies betrifft insbesondere die Kostenseite, die Bewertung generell und die Entwicklungsplanung.

Zu starken Terminverzögerungen führte schliesslich der teilweise sehr hohe Zeitbedarf für die Bereitstellung der Daten, da die Auswertung erst nach Vorliegen aller Informationen beginnen konnte.

Quantitativer Überblick

Insgesamt gab es also nach den vorliegenden Erhebungen Ende 1999 rd. 480 000 Versicherte in den Managed-Care-Formen, davon knapp 80 % in Hausarztnetzen, gut 20 % in HMOs. Vom Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) wird der (provisorische) Versichertenbestand in allen Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer per 31.12.1999 mit 534 200 Personen ausgewiesen. Die Differenz von rd. 54.000 Personen oder gut 10 % zur Anzahl der erfassten Managed-Care-Versicherten dürfte sich zusammensetzen aus PPO-Versicherten, Versicherten bei Helsana-light (Festlegung auf einen individuellen Hausarzt, ohne dass dieser in ein Hausarztnetz eingebunden ist (21.761 Versicherte 1999) und möglicherweise in der Prognos-Erhebung nicht erfassten Hausarzt-/HMO-Versicherte.

2. Hausarztnetze

2.1 Regionale Verteilung und Grösse der Hausarztnetze

Insgesamt wurden für 1999 71 Hausarztnetze mit zusammen 378.039 Versicherten und 3.699 Ärzten erfasst. Drei Viertel der Netze **und** der Versicherten entfallen auf nur fünf Kantone: Aargau, Thurgau, St. Gallen, Bern und Zürich (Tabelle 2-1). Überhaupt keine Hausarztnetze gab es 1999 in den Kantonen Uri, Obwalden, Nidwalden, Glarus, Tessin, Wallis, Neuenburg, Jura; ein existierendes Netz im Kanton Freiburg wurde in der Prognos-Erhebung nicht erfasst.

Bezogen auf die gesamte Schweiz waren gut 5 % aller KV-Grundversicherten in einem Hausarztmodell versichert. Angesichts der vielen weissen oder fast weissen Flecken in der Hausarztnetz-Landschaft sagt eine solche Zahl natürlich nicht viel. Die Spannbreite ist tatsächlich enorm: In den Kantonen Thurgau und Aargau sind 20 % oder fast 20 % aller Versicherten in einem Hausarztmodell, in vielen Kantonen sind es weniger als 5 %.

Tabelle 2-1: Versichertenquote in Hausarztnetzen nach Kantonen 1999

Kanton	Anteil der Versicherten, die eine Hausarztversicherung haben (in %)
Thurgau	20,3
Aargau	17,5
Schaffhausen	15,0
Graubünden	10,7
St. Gallen	9,9
Appenzell I./A.	9,8
Basel-Land	5,7
Zürich	4,3
Genf	4,2
Bern	4,2
Waadt	3,6
Basel-Stadt, Luzern, Solothurn, Schwyz	< 2,0

Die insgesamt beteiligten 3.699 Ärzte verteilen sich nicht entsprechend der Versichertenzahl auf die Kantone. Unterschiedliche Entstehungs- und Entwicklungsgeschichten haben dazu geführt, dass in manchen Kantonen sehr viele Ärzte in einem Hausarztnetz sind, aber nur sehr wenig Versicherte (Bern, Genf), in anderen ist das Verhältnis ausgewogener (vgl. Tabellen 2-2 und 2-3).

Tabelle 2-2: Hausarztnetze nach Kantonen

Kanton		Netze 1999	Versicherte in HN 1999	Ärzte in HN 1999	Versicherte je Arzt
AG	Summe	10	96568	331	292
	% der Gesamtsumme		25%	9%	
AI/AR	Summe	12	6872	41	168
	% der Gesamtsumme		2%	1%	
BE	Summe	12	40351	851	47
	% der Gesamtsumme		11%	23%	
BL	Summe	2	14684	146	101
	% der Gesamtsumme		4%	4%	
BS	Summe	1	242	34	7
	% der Gesamtsumme		0%	1%	
GE	Summe	3	15890	624	25
	% der Gesamtsumme		4%	17%	
GR	Summe	3	21048	273	77
	% der Gesamtsumme		5%	7%	
LU	Summe	1	795	24	33
	% der Gesamtsumme		0%	1%	
SG	Summe	14	44935	298	151
	% der Gesamtsumme		12%	8%	
SH	Summe	1	11255	55	205
	% der Gesamtsumme		3%	1%	
SO	Summe	1	4816	73	66
	% der Gesamtsumme		2%	2%	
SZ	Summe	1	50	56	1
	% der Gesamtsumme		0%	2%	
TG	Summe	7	46572	137	340
	% der Gesamtsumme		12%	4%	
VD	Summe	3	22244	271	82
	% der Gesamtsumme		6%	7%	
ZH	Summe	10	51717	485	107
	% der Gesamtsumme		14%	13%	
Insgesamt					
	Summe	71	378039	3699	102
	% der Gesamtsumme		100%	100%	

Tabelle 2-3: Beteiligte Ärzte und Versicherte je Arzt nach Kantonen

Kanton	Beteiligte Ärzte	HN-Versicherte je Arzt ¹
Bern	851	47
Genf	624	25
Zürich	485	106
Aargau	331	292
St. Gallen	298	152
Graubünden	273	77
Waadt	271	82
Basel-Land	146	101
Thurgau	137	340
Solothurn	73	66
Schwyz	56	1
Schaffhausen	55	204
Appenzell I./A.	41	167
Basel-Stadt ²	34	7

¹ HN = Hausarztnetz-Versicherte

² ohne niedergel. Ärzte beim Gesundheitsplan HMO

Unterschiedliche Entstehungsgeschichten führten auch zu sehr grossen Unterschieden in der Grösse der Netze, gemessen an der Zahl der beteiligten Ärzte und Versicherten. Die durchschnittliche Anzahl der *beteiligten Ärzte* je Netz lag 1999 bei 52, der Median jedoch nur bei 28 Ärzten; fast 30 % sind kleine Netze mit weniger als 20 Ärzten.

❖ 6–19 Ärzte	28 %
❖ 20–29 Ärzte	26 %
❖ 30–59 Ärzte	22 %
❖ 60–99 Ärzte	8 %
❖ 100 oder mehr Ärzte	16 %
Ø Anzahl Ärzte	52
Median	28

Die kleinste Arztdzahl liegt bei 6, die grösste bei 338. Sehr grosse Netze mit 100 oder mehr Ärzten finden sich in Kantonen, in denen kaum eine regionale Untergliederung stattgefunden hat. Der Regelfall der Netzbildung ist jedoch eine territoriale Untergliederung, bei der dann meist zwischen 20 und 60 Ärzten zu einem Hausarztmodell gehören.

Auch die Grössenstruktur nach *Versicherten* hat eine erhebliche Bandbreite. Der Mittelwert der Versicherten je Netz lag 1999 bei 5.324, der Median bei gut 4100. Ein Viertel der Netze sind sehr klein, mit weniger als 1000 Versicherten, es gibt aber auch die Netze mit 10 000 und mehr Versicherten. Die Verteilung sieht für die Netze wie folgt aus:

❖ weniger als 1000 Versicherte	25 %
❖ 1 000 – unter 3 000 “	20 %
❖ 3 000 – unter 5 000 “	13 %
❖ 5 000 – unter 7 000 “	18 %
❖ 7 000 – unter 10 000 “	10 %
❖ 10 000 Versicherte oder mehr	14 %
Ø Anzahl Versicherte	5 324
Median	4 127

Netze mit sehr wenig Versicherten sind nicht notwendig „junge“ Netze, sondern eher solche, die nie richtig in Gang gekommen sind.

In rund der Hälfte aller Netze kamen 1999 weniger als 100 Hausarztversicherte auf einen Arzt, aber immerhin ein Drittel wies Versichertenzahlen von 200 oder mehr je Arzt auf, was für eine Einzelpraxis schon eine nennenswerte Grösse ist.

❖ bis unter 50 Versicherte je Arzt	31 %
❖ 50 – unter 100 “	19 %
❖ 100 – unter 200 “	17 %
❖ 200 – unter 300 “	16 %
❖ 300 oder mehr “	17 %
Ø Anzahl Versicherte je Arzt	149
Median	100

Interessant wäre es natürlich zu wissen, welcher Anteil der PatientInnen einer Hausarztpraxis Netzversicherte sind. Je grösser dieser Anteil ist, umso mehr wird ein Arzt geneigt sein, Interesse und Zeit in das Netz zu investieren. Als groben Anhaltspunkt kann man die Relation Grundversorger/Versicherte heranziehen. Rechnet man niedergelassene Allgemeinmediziner, allgemeine Internisten und Pädiater zu den Grundversorgern, so kommen schweizweit rd. 1480 Versicherte auf einen Grundversorger. Um im gesamten Patientenstamm eine spürbare Grössenordnung zu haben, müssten bei einem Hausarzt also schon 200 oder mehr Netzversicherte eingeschrieben sein.

Auch auf die einzelnen Netze bezogen sind die Unterschiede zwischen den Kantonen sehr gross (vgl. Tabelle 2-4):

- In den Kantonen Thurgau, Aargau, Schaffhausen, Appenzell I./A. gibt es kaum ein Netz, das nicht wenigstens 200 Versicherte je Arzt aufweist;
- in den Kantonen Bern, Basel-Stadt, Luzern, Schwyz, Waadt dagegen liegen alle Netze unter 100 Versicherten je Arzt.

Tabelle 2-4: Struktur der Hausarztnetze nach Kantonen⁸

Kanton		Versicherte je Netz 1999	Ärzte je Netz 1999	Versicherte je Arzt im Netz 1999
AG	Mittelwert	9657	33	293
	Median	9151	27	287
	Minimum	2554	13	111
	Maximum	19642	75	487
	N	10	10	10
AI/AR	Mittelwert	3436	20	169
	Median	3436	20	169
	Minimum	2272	13	164
	Maximum	4600	28	175
	N	2	2	2
BE	Mittelwert	3362	71	37
	Median	1543	62	28
	Minimum	38	6	6
	Maximum	11839	174	92
	N	12	12	12
BL	Mittelwert	7342	73	171
	Median	7342	73	171
	Minimum	5074	19	76
	Maximum	9610	127	267
	N	2	2	2
BS	Mittelwert	242	34	7
	Median	•	•	•
	Minimum	242	34	7
	Maximum	242	34	7
	N	1	1	1
GE	Mittelwert	5297	208	56
	Median	6151	242	27
	Minimum	622	44	3
	Maximum	9117	338	140
	N	3	3	3
GR	Mittelwert	7016	91	77
	Median	3643	90	107
	Minimum	1405	34	16
	Maximum	16000	149	107
	N	3	3	3
LU	Mittelwert	795	24	33
	Median	•	•	•
	Minimum	795	24	33
	Maximum	795	24	33
	N	1	1	1
SG	Mittelwert	3210	21	160
	Median	2659	19	138
	Minimum	782	10	58
	Maximum	6883	51	393
	N	14	14	14

⁸ Im Unterschied zu Tabelle 2-2 sind hier die einzelnen Netze die Basis.

Fortsetzung Tabelle 2-4: Struktur der Hausarztnetze nach Kantonen

Kanton		Versicherte je Netz 1999	Ärzte je Netz 1999	Versicherte je Arzt im Netz 1999
SH	Mittelwert	11255	55	205
	Median	•	•	•
	Minimum	11255	55	205
	Maximum	11255	55	205
	N	1	1	1
SO	Mittelwert	4816	73	66
	Median	•	•	•
	Minimum	4816	73	66
	Maximum	4816	73	66
	N	1	1	1
SZ	Mittelwert	50	56	1
	Median	•	•	•
	Minimum	50	56	1
	Maximum	50	56	1
	N	1	1	1
TG	Mittelwert	6653	20	360
	Median	6385	21	304
	Minimum	4262	10	256
	Maximum	9623	28	606
	N	7	7	7
VD	Mittelwert	7415	90	46
	Median	842	31	27
	Minimum	352	29	12
	Maximum	21050	211	100
	N	3	3	3
ZH	Mittelwert	5172	48	95
	Median	865	26	40
	Minimum	85	14	3
	Maximum	34339	153	337
	N	10	10	10
Insgesamt	Mittelwert	5324	52	150
	Median	4127	28	100
	Minimum	38	6	1
	Maximum	34339	338	606
	N	71	71	71

Je grösser die Anzahl der beteiligten Ärzte, umso kleiner ist die Anzahl der Versicherten je Arzt; das zeigt noch einmal, dass Netze mit vielen Ärzten offenkundig Schwierigkeiten haben, eine ausreichende Versichertenbasis zu finden. Nur 3 der 18 Netze mit 60 oder mehr Ärzten erreichen die Marke von mindestens 100 Versicherten je Arzt.

- ❖ Netze mit unter 20 Ärzten haben $\varnothing 200$ Versicherte je Arzt
- ❖ Netze mit 20–29 Ärzten haben $\varnothing 175$ Versicherte je Arzt
- ❖ Netze mit 30–59 Ärzten haben $\varnothing 133$ Versicherte je Arzt
- ❖ Netze mit 60 oder mehr Ärzten haben $\varnothing 78$ Versicherte je Arzt

Insgesamt kann man aber nicht sagen, dass die Hausarztmodelle an Versichertenmangel leiden, sondern muss – wie immer – differenzierter hinsehen.

Ein weiterer deutlicher Zusammenhang besteht zwischen der Anzahl der Vertragspartner (Versicherer oder MCOs) der Hausarztnetze und der Versichertendichte. Die meisten Netze haben mehr als einen Partner und damit offenkundig eine grössere Chance, eine ausreichende Versichertenbasis zu gewinnen.

Tabelle 2-5: Anzahl Vertragspartner und Versicherte je Arzt

Anzahl Vertragspartner	Netze %	Versicherte je Arzt
1	31	57
2	34	89
3	24	
4 oder mehr	11	{ 288
Σ	100	

Interessant wäre es natürlich, auch die Verteilung der Hausarztversicherten auf die einzelnen Ärzte innerhalb eines Netzes zu kennen. Diese Information konnte nur von einer (grossen) Organisation geliefert werden und ist insofern unvollständig, als die Mehrzahl der Netze ja Verträge mit mehreren Organisationen haben. Sie zeigt aber immerhin, dass die Verteilung eher gleichmässig zu sein scheint.

Rund 80 % der Hausarztnetze wurden 1997 oder früher gegründet; der Höhepunkt lag im Jahr 1997.

2.2 Struktur der Hausarztversicherten

Eine der zentralen Fragen im Zusammenhang mit Managed-Care-Formen ist die nach der Risikoselektion bzw. konkret, ob überwiegend gute Risiken solchen Modellen beitreten und entsprechend geringe Kosten verursachen. Schwierigkeiten bereitet die Messung von „Risiko“, da alle verfügbaren Informationen mit Mängeln behaftet sind und sich die Formel noch nicht herauskristallisiert hat. Trotz der bekannten begrenzten Aussagekraft von Alter und Geschlecht bezogen auf den einzelnen Versicherten, sind dies nach wie vor die regelmässig zur Beschreibung der Risikopopulationen verwendeten Merkmale.

Die *Altersstruktur* liegt für gut 250.000 Versicherte vor (= 66 % aller erfassten Hausarztversicherten). Als Vergleichsgruppe werden die Grundversicherten nach Kantonen aus der Risikoausgleichsstatistik herangezogen.⁹

Das vielleicht überraschendste Ergebnis ist, dass die von den HMOs bekannte Überrepräsentation der Jungen bzw. Unterpräsentation der Älteren bei den Hausarztversicherten nicht zu beobachten ist. Vielmehr sind – bezogen auf die gesamte Schweiz – die einzelnen Altersgruppen sehr gleichmässig vertreten, die 61-70-Jährigen und die ab 71-Jährigen sogar leicht überrepräsentiert. Ein ähnliches Bild findet sich auch in den meisten Kantonen (Tabelle

⁹ Eine exakte Vergleichsgruppe wären die Personen je Kanton, die bei den Versicherern mit Hausarztnetzen versichert sind. Jedoch liegen bei den Zahlen der MCOs keine Untergliederungen nach Trägerkrankenkassen vor.

2–6). Lediglich in den Kantonen Bern und Genf ist die Überrepräsentation der Rentner nicht zu beobachten.

Tabelle 2-6: Altersstruktur der Versicherten in Hausarztnetzen (HN) und aller Grundversicherten (Alle) nach Kantonen¹ 1998

		Anzahl Personen	bis 18	19–30	31–40	41–50	51–60	61–70	71+	Σ	
1	Aargau	HN 90.229	22	13	15	14	12	12	12	100	
		Alle	23	16	18	15	12	8	8	100	
2	Appenzell	HN 5.670	22	11	14	14	12	12	15	100	
		Alle	25	15	16	14	11	8	11	100	
4	Bern	HN 31.225	23	12	18	15	12	9	11	100	
		Alle	21	16	16	14	12	9	12	100	
5	Basel-Land	HN 9.638	19	13	15	14	13	12	14	100	
		Alle	20	15	16	15	14	10	10	100	
8	Genf	HN 7.559	24	17	19	13	10	9	8	100	
		Alle	21	15	17	14	13	9	10	100	
9	Graubünden	HN 4.439	10	15	18	16	17	12	12	100	
		Alle	21	18	18	14	11	8	10	100	
11	St. Gallen	HN 20.064	19	13	16	13	13	12	14	100	
		Alle	24	17	16	14	11	8	10	100	
12	Schaffhausen	HN 8.231	17	11	13	14	13	15	17	100	
		Alle	21	15	16	14	12	10	12	100	
15	Thurgau	HN 33.100	26	13	16	13	11	10	11	100	
		Alle	25	16	17	14	11	8	9	100	
17	Zürich	HN 40.594	20	13	15	14	13	12	13	100	
		Alle	20	16	17	15	13	9	10	100	
		CH gesamt	HN 251.436	21	13	16	14	12	12	100	
		Alle	22	16	17	14	12	9	10	100	

¹ Nur Kantone mit mehr als 1000 Hausarztversicherten, für die die Altersstruktur vorliegt.

Quelle für alle GV: Statistik zum Risikoausgleich 1998.

Das vielleicht überraschendste Ergebnis ist, dass die von den HMOs bekannte Überrepräsentation der Jungen bzw. Unterrepräsentation der Älteren bei den Hausarztversicherten nicht zu beobachten ist. Vielmehr sind – bezogen auf die gesamte Schweiz – die einzelnen Altersgruppen sehr gleichmässig vertreten, die 61–70-Jährigen und die ab 71-Jährigen sogar leicht überrepräsentiert. Ein ähnliches Bild findet sich auch in den meisten Kantonen (Tabelle 2–6). Lediglich in den Kantonen Bern und Genf ist die Überrepräsentation der Rentner nicht zu beobachten.

Erhebliche Unterschiede gibt es zwischen den einzelnen Hausarztnetzen: Das mit dem höchsten Altersdurchschnitt hat 23 % ab 71-Jährige und nur 22 % unter 31-Jährige, das mit der jüngsten Population hat nur 6 % ab 71-Jährige und 40 % unter 31-Jährige. Jedoch lassen sich keine systematischen Zusammenhänge, z.B. mit der Netzgrösse, der Bestandsdauer o.a. erkennen.

Als Ergebnis kann man festhalten, dass die Schwelle, einem Hausarztnetz beizutreten, auch für Ältere nicht besonders hoch ist oder dass die für ältere Menschen typische Bindung an den Hausarzt vielleicht sogar den Netzzugang erleichtert. Ein ähnlicher Befund wird auch von den deutschen Ärztenetzen berichtet.

Die Verteilung nach dem *Geschlecht* liegt für 52 % aller erfassten Hausarztversicherten vor. Sie entspricht sowohl für die Schweiz insgesamt als auch in den einzelnen Kantonen der Geschlechterstruktur der Krankenversicherten insgesamt.

Tabelle 2-7: Geschlechtsstruktur der Hausarztversicherten und der Versicherten insgesamt 1998

	Hausarztversicherte	Versicherte insgesamt ¹
Frauen	53	52
Männer	47	48
Summe	100	100

¹ Hier nur ab 19-Jährige. Statistik zum Risikoausgleich

Von Interesse ist auch, wie sich die Hausarztversicherten in anderen Varianten der Krankenversicherung verhalten, nämlich bei den Franchisen und den Zusatzversicherungen. 65 % der Hausarztversicherten haben die reguläre *Franchise*, das sind etwa gleich viel wie 1998 bei allen Versicherten.¹⁰ Weder ist also eine Tendenz der maximalen Kumulation von Prämienreduktionsmöglichkeiten zu beobachten, noch eine Tendenz, die Reduktion in der Hausarztversicherung als Alternative zur Reduktion bei erhöhter Franchise zu betrachten.

Grosse Unterschiede bestehen in diesem Aspekt bei den Hausarztversicherten, wie bei allen Versicherten, zwischen den Kantonen:

- In den französischsprachigen Kantonen ist die erhöhte Franchise der Normalfall; in den Kantonen Genf und Waadt haben nur 20–22 % der Hausarztversicherten die reguläre Franchise.
- In den deutschsprachigen Kantonen liegt der Anteil derer mit regulärer Franchise bei etwa 70 % (Ausnahme Bern mit nur 50 %).

Eine *Spitalzusatzversicherung* privat oder halbprivat haben 53 % der Hausarztversicherten.¹¹ Das ist sehr viel mehr, als die amtliche KV-Statistik ausweist (25 %), wobei dort allerdings von einer deutlichen Untererfassung ausgegangen wird.¹² Nach der Gesundheitsbefragung 1997 haben 36 % eine Zusatzversicherung „privat“ oder „halbprivat“. Es mag sein, dass Versicherte eine Hausarztversicherung gewählt haben, um sich eine Spitalzusatzversicherung noch leisten zu können, zumal sie i.d.R. auch bei der Zusatzversicherung eine Prämienreduktion erhalten.

¹⁰ Basis zu dieser Frage: 207.104 Versicherte.

¹¹ Basis 180.451 Versicherte.

¹² BSV, Statistik über die Krankenversicherung 1998, S. 41

Nur von einer Trägerorganisation liegen Angaben zu weiteren Zusatzversicherungen vor. Danach haben 80 % der Hausarztversicherten eine Zusatzversicherung „Komplementärmedizin“, eine Größenordnung, die der Tendenz nach auch in Gesprächen bei anderen Versicherern bestätigt wurde.

2.3 Entwicklung der Versichertenzahlen

Die gesamte Entwicklung der Hausarztversicherten 1998/99 kann aus den uns vorliegenden Angaben nicht ermittelt werden, da von einer grossen Versicherung die Zahlen je Netz nur für 1999 angegeben wurden. Nach den Erhebungen durch die Zeitschrift „Managed Care“ gab es 1998 rd. 351 000 Hausarztversicherte, demnach wäre 1999 eine Zunahme um 8 % festzustellen.¹³ Die Wachstumsrate deckt sich mit der von der (vorläufigen) amtlichen Statistik ausgewiesenen für alle Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer. Die Zunahme kann auf Wachstum in bestehenden Netzen und auf neue Netze zurückzuführen sein. Erst 1999 gegründete Netze spielen jedoch quantitativ eine sehr geringe Rolle.

Für 64 Netze, die bereits 1998 bestanden, kann die Entwicklung der Versichertenzahlen (ohne die Versicherung, für die die 98-Zahlen fehlen) gezeigt werden. In diesen Netzen waren 1998 283.862 Personen versichert, 1999 315.313; das entspricht einer Zunahme um 11 %, also ein nicht unbedeutliches Wachstum. Auch in Kantonen, die eine relativ hohe Hausarztversichertendichte haben, war von 1998 auf 1999 z.T. beträchtliches Zuwachs zu verzeichnen.

10 der 64 Netze haben stagniert (+ 1–3 %), 18 haben um mehr als 20 % zugelegt; oft, aber nicht immer, war aber der Ausgangswert sehr niedrig. Bei keinem einzigen Netz gab es eine nennenswerte Abnahme der Versichertenzahl.

2.4 Kosten und Kostenstruktur

Eine Analyse der Kosten, insbesondere unter der Fragestellung, ob die Hausarztnetze eine kostengünstigere Gesundheitsversorgung bieten als das traditionelle System, ist nicht Gegenstand dieses Berichtes. Gezeigt werden können nur die Kosten je Versicherten und die Kostenstruktur, soweit die Informationen zur Verfügung gestellt wurden. Insgesamt liegen für 43 Netze Kostenangaben vor, 6 davon wurden nicht in der Auswertung einbezogen, weil sie weniger als 1000 Versicherte haben; die Auswertung bezieht sich also auf 37 Netze mit insgesamt 227 000 Versicherten. Tabelle 2-8 zeigt die Kosten pro Versicherten und Monat für die Netze.

¹³ Managed-Care 1/99.

Tabelle 2-8: Kosten der Gesundheitsversorgung in den Hausarztnetzen

Kosten pppm ¹ 1998		Anteil der Netze
unter 120 Fr.		30 %
120 – unter 140 Fr.		40 %
140 Fr. oder mehr		30 %
Σ		100 %
Mittelwert der Kosten		131 Fr.
Median der Kosten		133 Fr.

¹ pppm = per member per month

Kosten pro Monat von 131 Fr. bedeuten Jahreskosten von 1.572 Fr.. Die amtliche Statistik weist für 1998 durchschnittlich Kosten von 1.935 Fr. pro Versicherten aus.¹⁴ Wegen der mangelnden Vergleichbarkeit sagt die Differenz natürlich nichts aus über mögliche Kostenvorteile der Netze. Die geringsten Kosten finden sich in den Kantonen Appenzell, Bern, St. Gallen und Thurgau, die höchsten in den Kantonen Basel-Land, Zürich und Graubünden. Diese Differenzen entsprechen nur z.T. den Kostenunterschieden zwischen den Kantonen für die Gesamtheit der Versicherten.

Tabelle 2-9: Kostenstruktur in den Hausarztnetzen 1998

	Mittelwert	Median	Minimum	Maximum
	in %			
Kosten eigene Praxis	17	15	11	33
Kosten andere amb. Praxen bzw. amb. Spitalbehandlung	21	20	9	33
Kosten stationäre Behandlung	25	25	19	33
Kosten Medikamente	22	22	16	26
Sonstige Kosten	15	16	5	22
Σ	100			
Anzahl Netze	37			

Nur eine Trägerorganisation hat auch die Vergleichskosten für ein traditionelles Kollektiv berichtet. Der Vergleich bezieht sich auf ein nach Alter, Geschlecht und Region standardisiertes Kollektiv. Im Durchschnitt der Netze lagen die Kosten der Hausarztversicherten bei 78,9 % der Kosten eines traditionellen Vergleichskollektivs, der grösste Kostenabstand lag bei 64 %, der geringste bei 92 %.¹⁵

Weniger als 20 % der Gesamtkosten fallen in der Praxis der Hausärzte an; ambulante Behandlungen in anderen Praxen bzw. solche an Spitälern verursachen höhere Kosten als die in den eigenen Praxen. Man sieht daran, dass der Einfluss des Hausarztes im Rahmen der Selbstbehandlung nicht sehr gross sein kann.

¹⁴ Quelle: BSV, Statistik über die Krankenversicherung 1998

¹⁵ Basis: 29 Netze.

Vergleichbarkeit zur amtlichen Statistik ist nicht völlig gesichert, da insbesondere in der Position „andere Kosten“ Zuordnungsprobleme bestehen. Immerhin unterscheidet sich die aufgezeigte Kostenstruktur nicht allzu sehr von der der amtlichen Statistik.

Tabelle 2-10: Vergleich der Kostenstruktur Hausarztnetze/alle Versicherten

	Kostenstruktur Hausarztnetze	amtliche Statistik 1998 ¹
Amb. ärztl. Behandlung ¹	38 %	36 %
Medikamente	22 %	19 %
Stationäre Behandlung ²	25 %	33 %
Sonstiges	15 %	12 %

¹ einschl. Spital ambulant

² einschl. Pflegeheim

Quelle: BSV, Statistik über die Krankenversicherung 1998

Das Bundesamt für Sozialversicherung erstellt eine Betriebsrechnung für alle Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Für die Hausarztversicherungen war das Ergebnis in allen betrachteten Jahren (1996, 1997, 1998) positiv.¹⁶

2.5 Versicherer-Hausarztnetze-Versicherte: Strukturen und Regelungen

2.5.1 Versicherer und Managed-Care-Organisationen

Ausweislich der Prämienübersicht des BSV wird das Produkt „Hausarztversicherung“ im Jahr 2000 von 40 Krankenversicherern angeboten. 9 der 11 grossen Krankenversicherer (200.000 oder mehr Versicherte) haben eine Hausarztversicherung, allerdings nur in 2 Fällen in allen oder fast allen Kantonen.

Nur bezogen auf alle Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (HMO, Hausarztmodell, PPO) zusammen, lässt sich für 1998 die Versichertenquote für die einzelnen Krankenkassen ermitteln. Es zeigt sich, dass für die Mehrzahl der Krankenkassen, die überhaupt solche Modelle anbieten, die Versichertenquote sehr klein ist. Von den 18 Krankenkassen mit mehr als 50.000 Mitgliedern hatten 1998 eine Versichertenquote in den Varianten mit „eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer“ von:

- | | |
|-----------------|-----------------|
| ❖ unter 5% | 9 Krankenkassen |
| ❖ 5 bis u. 10% | 2 Krankenkassen |
| ❖ 10 bis u. 15% | 3 Krankenkassen |
| ❖ 15% oder mehr | 3 Krankenkassen |

Den höchsten Anteil wies mit 20,7% Swica auf.

Die meisten Hausarztmodelle werden nicht von den Krankenkassen direkt „gehalten“, sondern von *Managed-Care-Organisationen*. Dies sind intermediäre Institutionen, die im Auftrag von mehreren Krankenkassen tätig werden. Sie schliessen die Verträge mit den Hausarztnetzen, erarbeiten die benötigten Regeln, z.B. über den Datenfluss und liefern den Haus-

¹⁶ Noch unveröffentlichte Zahlen.

arztnetzen die Daten über Versicherten und Kosten. Die Versichertenakquisition und -administration sowie die Rechnungsabwicklung bleibt bei den Stammkrankenkassen. Nur bei mit HMOs verbundenen Hausarztnetzen erfolgt die Leistungsabwicklung nicht über die Krankenkassen sondern über die Verwaltung der HMOs. Der Vorteil von Managend-Care-Organisationen für die Hausarztnetze liegt klar darin, dass sie nicht mit einer sehr grossen Anzahl von Organisationen Verträge abzuschliessen brauchen; der Vorteil für die Krankenkassen liegt darin, dass sie nicht unbedingt ein eigenes Managed-Care-Know-how aufbauen müssen, was vor allem für die kleinen Krankenkassen ins Gewicht fällt.

Die grösste Managed-Care-Organisation, Sanacare, betreibt nur das Managed-Care-Geschäft, während Unimedes auch Tarifverhandlungen führt und im Bereich der Zusatzversicherungen tätig ist.

Die Verteilung der hier erfassten Hausarztversicherten auf die Managed-Care-Organisationen (MCO) bzw. Versicherer sieht wie folgt aus:

Tabelle 2-11: Verteilung der Hausarztversicherten auf MCOs bzw. Krankenkassen

	Hausarztversicherte 1999
MCO Sanacare ¹	179.045
MCO Unimedes ²	62.451
MCO COSAMA ³	30.355
Swica	45.608
Helsana ⁴	25.211
CSS	19.318
ÖKK Graubünden	16.000
Σ^5	377.988

¹ Hausarztmodelle für die Krankenkassen Konkordia, Wincare, Helsana, Krankenkasse SBB, Krankenkasse Schleitheim, Unitas

² Hausarztmodelle für die Krankenkasse KPT, ÖKK-Schweiz, Innova, KVK Rück (aber nur für 10 Kassen)

³ Hausarztmodelle für die Krankenkassen Assura, Caisse Vaudoise, Groupe Mutual, Hotela, Philos, Supra

⁴ Die Helsana operiert zweigleisig: Die Mehrzahl der Hausarztnetze und damit der Versicherten wird von der Sanacare betreut, eine Minderheit hat direkt mit der Helsana Verträge (nur deren Versicherte sind unter „Helsana“ ausgewiesen).

⁵ 51 Personen nicht zuordenbar

2.5.2 Regelungen gegenüber den Ärzten bzw. Ärztegruppen

Vertragspartner der MCOs bzw. Krankenkassen im Hausarztsystem ist in den meisten Fällen entweder eine regionale Ärztegruppe, die sich in einem Hausarztverein (anderer rechtlicher Formen kommen sehr selten vor) zusammen geschlossen hat, oder der einzelne Arzt, der sich einem Hausarztverein angeschlossen hat. Im ersten Fall gibt der einzelne beteiligte Arzt eine Anschlusserklärung ab. Neben diesem "Normalfall" existieren zwei Sonderformen, nämlich die Zwischenstufen der *ärzteeigenen Betriebsgesellschaften* (meist AGs) oder der HMOs. Ärzteeigene Betriebsgesellschaften sind sozusagen das Pendant zu den Managed-Care-Organisationen auf Seiten der Versicherer. Sie werden für mehrere Netze tätig, und zwar bislang hauptsächlich als "Datenknoten", bei dem die Daten der verschiedenen Trägerorganisationen (MCOs oder Krankenkassen), die ein Netz betreffen, ge-

bündelt werden und in Sachen Verträge. Noch sind solche Betriebsgesellschaften aber eine Ausnahme. Nicht ganz klar zu trennen sind die Fälle, in denen Hausarztnetze an HMOs angeschlossen sind und über die HMOs verwaltet werden.

Die Verträge mit den Hausarztnetzen regeln:

- Teilnahmevoraussetzungen für Ärzte, Zu- und Abgang,¹⁷
- Verhältnis gegenüber den Versicherten, Gatekeeping, Wechselseitigkeiten,
- Abrechnungsart,
- Aufgabe der MCO bzw. Krankenkasse,
- Aufwandsentschädigung, Gewinn- und Verlustbeteiligung,
- Qualitätsförderung.

Gatekeeping: Die Versicherten sind verpflichtet, von Ausnahmen abgesehen, immer zuerst den gewählten Hausarzt aufzusuchen. Als Ausnahme gelten durchweg der Notfall und gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen/Geburtshilfe. Nicht durchgängig zählen augenärztliche Untersuchungen, ophthalmologische Kontrolluntersuchungen, Routinekontrollen für Säuglinge und Kleinkinder und eine bestimmte Stundenzahl bei Psychiatern zu den Ausnahmen. Im Falle des Zuwiderhandeln der Versicherten gegen die Regel, erhalten sie keine Kostenersstattung. Der Hausarzt teilt den Krankenkassen die Überweisungen mit; eine nachträgliche Legitimation ist im Prinzip nicht gestattet, kommt aber doch vor. Über die auf der Basis der Überweisung von Externen in Rechnung gestellten Kosten erhält der Hausarzt Summenangaben, die keinen Aufschluss über die einzelnen Leistungen geben; er kann jedoch im Zweifelsfall die detaillierte Rechnung einsehen.

Das Gatekeeping gilt teilweise auch für die Versicherten, die eine Spitalzusatzversicherung "privat" oder "halbprivat" haben.

Das Gatekeeping hat mehrere Funktionen:

- Es soll dafür sorgen, dass die Patienten auf der jeweils richtigen Stufe der Gesundheitsversorgung betreut werden;
- es soll dafür sorgen, dass sie an der richtigen Stelle/Institution innerhalb einer Stufe betreut werden;
- es soll schliesslich dazu beitragen, dass die Informationen von den verschiedenen betreuenden Stellen in einer Hand, nämlich der des Hausarztes, gebündelt werden.

Bezüglich der Auswahl der richtigen Stufen und Stellen haben die HMOs Instrumente entwickelt und Informationen gesammelt: Überweisungsbesprechungen, Informationen über Spitäler (Tarife und Verweildauern), sowie über Spezialisten. Es scheint, dass die meisten Hausarztnetze diesen Komplex noch nicht oder kaum angegangen haben. Es würde auch dem Selbstverständnis der meisten widersprechen, eine solche Form gemeinsamer Strategien zu entwickeln. Auch wird darauf hingewiesen, dass eine selektive Kooperation mit externen Leistungserbringern kaum möglich sei, wenn fast alle Grundversorger einer Region an einem Netz beteiligt sind.

¹⁷ siehe auch Kapitel 2.6.1.

Abrechnungsart/Budgetierung: Die Ärzte in Hausarztnetzen rechnen ihre eigenen Leistungen gegenüber den Versicherten bzw. Krankenkassen ausnahmslos nach herkömmlicher Art (also Einzelleistungsvergütung nach kantonalen Tarifen) ab. Diese Regel gilt auch für die Fälle, in denen mit den Netzen full-capitation-Verträge abgeschlossen wurden, also von der Krankenkasse an die Managed-Care-Gruppe eine *Kopfpauschale* vergütet wird. Solche Vereinbarungen mit full-capitation (die also sämtliche Gesundheitsleistungen einschliessen) gibt es aber bisher bei Hausarztnetzen nur vereinzelt:

- bei den Hausärzten, die dem Basler Gesundheitsplan HMO angeschlossen sind,
- bei Wintimed bezüglich eines Teil der Versicherten (2 Krankenkassen mit 1778 Versicherten),
- dem im Aufbau befindlichen IPA-Netz von MediX
- und in einem Fall im Kanton Waadt, der nicht näher einbezogen werden konnte.

Eine Teilcapitation hatte Artisana mit dem Modell „Pionier“ eingeführt, es existiert jetzt nur noch ein Netz nach diesem Muster.

Erfolgsbemessung und -beteiligung: Auch bei den Netzen, wo nicht via Kopfpauschalen das Budget festgelegt ist, wird der Erfolg an einem virtuellen Budget gemessen. Es gibt dafür verschiedene Verfahren. Teilweise werden die Kosten der Hausarztversicherten den Kosten eines regionalen Vergleichskollektivs der traditionell Versicherten aus den Trägerkassen gegenübergestellt. Eine Risikostandardisierung erfolgt primär mit den Merkmalen Alter und Geschlecht. Es werden jedoch auch verschiedene Verfahren einer „verfeinerten“ Standardisierung erprobt oder bereits angewandt, unter Verwendung folgender Merkmale:

- Vorjahreskosten,
- Hospitalisierungsrate,
- Anteil der Versicherten ohne Arztkontakt,
- Anteil der Versicherten mit einer erhöhten Franchise,
- Patientenrating durch die Ärzte: Einstufung auf einer Skala, die zur Zeit erprobt wird.¹⁸

Eine andere Variante besteht darin, ein ex-ante-Budget auf der Basis der Vorjahreskosten des Netzes festzulegen (teilweise unter Berücksichtigung von antizipierten Kostensteigerungen, teilweise unter Berücksichtigung von Einsparzielen). Dieses Budget ist dann der Massstab für die Erfolgsbewertung.

Bei allen Institutionen laufen Bemühungen um eine verbesserte Risikobewertung; es hat sich jedoch noch keine Formel durchgesetzt.

Während bei Capitation-Verträgen Gewinne und Verluste unmittelbar wirksam werden (und nur die Aufteilung auf die Beteiligten festgelegt werden muss) wird eine Gewinn- oder Verlustbeteiligung bei den „Normalverträgen“ unterschiedlich gehandhabt. Teilweise gilt es eine vertragliche Regelung, wonach das Ärztenetz eine Gewinnbeteiligung erhält oder zur Verlustdeckung herangezogen wird, wenn der virtuelle Überschuss/Verlust nicht der Prämienreduktion adäquat ist. Es ist jedoch ein Maximum festgelegt, das etwa bei Fr. 2000.– bis 5000.– p.a. je Arzt liegt, in Ausnahmefällen aber auch höher sein kann. Teilweise ist

¹⁸ Thurcare-Modell

(noch) keine feste vertragliche Regelung vorhanden, sondern eine Absichtserklärung zur Entwicklung eines Beteiligungssystems. Soweit bekannt, werden etwaige Gewinn-/Verlustbeteiligungen auf die einzelnen Hausärzte entsprechend deren Versichertenzahlen aufgeteilt.

Aufwandsentschädigungen: Dem einzelnen beteiligten Hausarzt entstehen Aufwendungen durch zusätzliche Dokumentationen und Überprüfungen und durch die Teilnahme an Netzaktivitäten. Nur ein Teil der Trägerkassen bzw. MCOs bietet eine Aufwandsentschädigung für die Ärzte oder die Netzgremien an, in anderen Netzen werden Gemeinschaftskosten durch Beiträge der Mitglieder gedeckt. Die Kosten für die Aufwandsentschädigungen werden bei der Erfolgsberechnung berücksichtigt.

Aufgaben der Trägerorganisation MCO oder Krankenkasse: Abgesehen vom Abschluss der Verträge versorgt die Trägerorganisation im laufenden Betrieb die Hausarztnetze mit statistischen Informationen.

- Versichertenbestand und -veränderungen: (meist) monatliche Mutationslisten.
- (meist) monatliche Leistungsübersichten mit den Namen der Patienten und deren Kosten nach Kategorien.
- Kostendaten: meist vierteljährliche Statistiken zu den eigenen und veranlassten Kosten und Leistungen, im Kern in folgender Differenzierung:
 - ❖ Kosten pmpm (per member per month) insgesamt und für Behandlung eigene Praxis/fremde Praxis/Spital ambulant/Spital stationär/Psychotherapie/Physiotherapie/stationäre Langzeitpflege/Labor/Medikamente
 - ❖ Anzahl Hospitalisationen, Verweildauer
- Jahresberichte mit Jahresüberblicken und der standardisierten Erfolgsrechnung.

Unterschiedlich geregelt ist, wie „anonym“ die Statistik aufgestellt wird. In jedem Fall erhält der einzelne Arzt sein eigenes Profil und das der Gesamtheit der Ärzte in seinem Netz. Nur zum Teil erhält das Netz (bzw. die Verantwortlichen) nicht-anonymisierte Informationen über alle Beteiligten. In den HMO-verbundenen Netzen ist dies allerdings obligatorisch.

Qualitätsförderung: Die Verträge mit den Hausarztnetzen enthalten die Verpflichtung zur Qualitätsförderung und zur Mitarbeit in Qualitätszirkeln. Es finden sich jedoch weder genaue Vorgaben noch Kontrollen. Wo die Qualitätsarbeit durch MCO oder Krankenkasse mitfinanziert wird, sind zumindest Regeln über die Transparenz der Tätigkeiten aufgestellt. Nur in vereinzelten Fällen – ausnahmslos solchen mit Capitation – ist eine dichte Form der Zusammenarbeit (Teilnahme an 1–2 wöchentlichen Qualitätszirkeln) vorgeschrieben.

2.5.3 Regelungen gegenüber den Versicherten

Gegenüber den Versicherten bestimmen Reglemente die Spielregeln. Sie beziehen sich im Wesentlichen auf folgende Aspekte:

- *Gatekeeping:* Festgelegt ist die Regel, immer zuerst den Hausarzt aufzusuchen und die Ausnahmen (s.o.)

- *Auswahl und Wechsel des Hausarztes*: Die Versicherten erhalten eine Liste der am Netz beteiligten Hausärzte und bestimmen daraus ihren Hausarzt. Soweit ein Hausarzt keine freie Kapazität mehr hat, ist dies z.T. schon auf der Liste vermerkt. Abgesehen von Kapazitätsausschöpfung sind die Ärzte im Allgemeinen verpflichtet, die Versicherten anzunehmen. Ein Wechsel des gewählten Hausarztes ist meist zum Monatsersten möglich und bedarf formal der Zustimmung. Es kommen aber nicht sehr häufig Wechselwünsche vor und sie werden i.d.R. problemlos genehmigt.
- *Kündigung*: Entgegen den allgemeinen Kündigungsregeln des KVG kann eine Hausarztversicherung nur auf das Jahresende gekündigt werden.

In den Hausarztversicherungen liegen die *Prämien* um 8–15 % tiefer als in der regulären Krankenversicherung. Tabelle 2-12 zeigt die Reduktionssätze. Im allgemeinen sind sie je Krankenkasse einheitlich für alle Kantone, jedoch gibt es auch kantonale, z.T. sogar regionale Differenzierungen. Bei der Prämienfestsetzung spielen Marketingerwägungen **und** Einsparerwartungen eine Rolle. Mittelfristig jedoch ist klar, dass die Prämienreduktionen durch echte Spareffekte gerechtfertigt sein müssen. Bei den Hausarztversicherungen werden Franchisen und Selbstbehalte erhoben wie in der regulären Krankenversicherung.

Tabelle 2-12: Prämienreduktionen 2000 in den Hausarztmodellen

Prämienreduktion	Alle Kassen	darunter grosse Kassen (ab 200 000 Versicherten)
unter 10 %	6	1
10–12 %	26	5
über 12 %	8	3

2.6 Zustandekommen der Hausarztnetze und Zusammenarbeit, Bewertungen aus Sicht der Ärzte

2.6.1 Zustandekommen und Zusammensetzung

Aus den Medien der Jahre 96 und 97 ist bekannt, dass bei der Gründung von Hausarztnetzen oft die Abwehr von "Schlimmerem" im Vordergrund stand, nämlich insbesondere der Gedanke, eine Gegenfront gegen die Pläne einer Krankenkasse aufzubauen, ein flächendeckendes Netz von HMOs einzuführen bzw. mit der PPO (preferred provider organization) eine selektive Kontrahierungspolitik zu betreiben. Als treibende Kraft traten teilweise die kantonalen Ärztegesellschaften auf, teilweise einzelne Ärzte und Ärztegruppen. Rückblickend wird für etwa 1/3 der Netze gesagt, dass die kantonalen Ärztegesellschaften (oder die jeweilige Gesellschaft für Allgemeinärzte) die Initiative ergriffen hatte, bei knapp 2/3 war es eine Gruppe von Ärzten, die teilweise schon vorher zusammengearbeitet hatten (z.B. als Notfallgruppe); in einigen Fällen werden Einzelpersonen als Initianten genannt.

Ein zentrales Kennzeichen der heutigen Generation von Hausarztnetzen ist die Tatsache, dass es sich **nicht** um einen Zusammenschluss von Ärzten handelt, die besonders an neuen Versorgungsformen interessiert waren, sondern dass es überwiegend eine rein regional

bestimmte Angelegenheit ist. Eine "Auswahl" i.e.S. findet überwiegend nicht statt, sondern Mitglieder sind alle oder fast alle Grundversorger einer Region. Bei 64 % aller Netze sind 90-100 % der in der Region niedergelassenen (und von der Fachrichtung einschlägigen) Ärzte beteiligt; in weniger als einem Fünftel der Fälle sind höchstens die Hälfte der einschlägigen Praxisinhaber am Hausarztnetz beteiligt. Im Durchschnitt aller Netze liegt die Teilnahmefrage bei 79,6 %, bei kleineren Netzen sind es 95 %, bei mittleren 79 % und bei grossen 74 %.

Tabelle 2-13: Anteil der am Hausarztnetz beteiligten Ärzte an der Gesamtzahl der in der Region niedergelassenen Ärzte mit einschlägiger Fachrichtung

Teilnehmerquote	Anteil der Netze
90-100 %	64
70- u. 90 %	15
50- u. 70 %	5
20- u. 50 %	8
weniger als 20 %	8
Σ	100

Quelle: Präsidentenbefragung

In fast allen Netzen sind Allgemeinärzte und allgemeine Internisten die primäre Teilnehmergruppe; nur wenige haben von vornherein auf die "Grundversorger-Eigenschaft" verzichtet. Rund die Hälfte der Netze ist aber offen für Pädiater, rd. 1/4 auch für andere Spezialisten, sofern sie zu mindestens 50 % Hausarztfunktionen innehaben. Vereinzelt werden auch Chirurgen und Psychiater als mögliche Teilnehmer genannt. Der FMH-Titel wird von rd. 2/3 als Voraussetzung genannt, z.T. aber mit dem Zusatz "oder vergleichbarer Nachweis der Weiterbildung". Ein Viertel der Netze verlangt eine Mindestanzahl Praxisjahre (meist 3), bei knapp 40 % wird ausserdem für Neuzugänge die Wahl durch die bisherigen Teilnehmer bzw. den leitenden Ausschuss o.ä. vorgesehen. Weitere Anforderungen werden vereinzelt genannt, z.B.:

- ❖ 2-3 Probejahre (Aufnahme als Kandidat)
- ❖ Zuordnung eines Tutors
- ❖ Spezielle Weiterbildungsanforderungen.

Die faktische Fachstruktur liegt für 40 Netze vor und sieht wie folgt aus:

- Allgemeinärzte	64 %
- Allgemeine Internisten	24 %
- Pädiater	4 %
- Gynäkologen	0,3 %
- Andere Fachrichtungen	7 %

Weil es sich überwiegend nicht um eine selektive Teilnahme handelt, gibt es auch wenig Bewegung unter den Mitwirkenden. Ein Teil der Netze (35 %) hat zwar erst als kleinere Gruppe gestartet, sich dann aber schon im ersten Jahr zur heutigen Grösse entwickelt. Im Stichjahr 1999 hatten.

Tabelle 2-14: Zugänge/Abgänge an beteiligten Ärzten je Netz, 1999

Zugänge an Ärzten		Abgänge an Ärzten	
Keine	57 %	Keine	92 %
1–2	23 %	1–2	8 %
3 +	20 %		

Kleine Netze (bis 20 Ärzte) verzeichneten zu fast 100 % keine Bewegung (da sie ja auch eine fast 100%ige Beteiligungsquote haben), bei mittleren und grossen Netzen kam es in rund der Hälfte der Netze zu Bewegungen.

2.6.2 Interne Organisation, Zusammenarbeit

Es gibt keine extern vorgegebenen Kriterien, die eine Art "Sollkonzept" dafür ergäben, wie intensiv und zu welchen Fragestellungen ein Hausarztnetz zusammenarbeiten sollte. Aus den Managed-Care-Grundgedanken kann man jedoch ein paar Anforderungen ableiten. Eine gesteuerte, ganzheitliche und kosteneffiziente Versorgung bedarf einer Vorgehensweise, für die folgende Elemente von Bedeutung sind:

- Controlling generell, d.h. Analyse der eigenen und veranlassten Kosten, Vergleiche zwischen den Leistungserbringern, diagnosebezogene Analysen;
- Selektive Zusammenarbeit mit externen Leistungserbringern nach Massgabe von deren Kosten- und Qualitätsprofil;
- Herausarbeitung einer internen Unité de doctrine, Entwicklung und Implementation von Guidelines;
- Qualitätsarbeit allgemein.

Es ist offenkundig, dass ein erheblicher Teil der bestehenden Hausarztnetze nicht die Zielsetzung hat, ein Managed-Care-System zu entwickeln und deshalb auch nicht an den genannten Massstäben gemessen werden kann. So ist z.B. eine selektive Zusammenarbeit mit externen Leistungserbringern nur in Ausnahmefällen gegeben.

An Hand der Intensität der Zusammenarbeit und der Themenschwerpunkte soll im Folgenden gezeigt werden, wo die Hausarztnetze stehen. Die "typische" interne Struktur sieht wie folgt aus:

- Leitungsgremium: Vorstand, leitender Ausschuss o.ä. aus 3–6 Mitgliedern
- Plenum, Mitgliederversammlung
- Arbeitsgruppen, Sektionen o.ä., die unterschiedlich strukturiert sind, z.B. regionale Untersektionen, Qualitätszirkel oder andere sachbezogene Gruppen.

Nicht alle Hausarztnetze haben überhaupt Gruppen, sondern begnügen sich mit dem Plenum und einem Leitungsausschuss. Teilweise wird auch gesagt, dass die Netzärzte in anderen Qualitätszirkeln mitarbeiten (schon immer mitgearbeitet haben), die nichts mit dem Hausarztetzung zu tun haben.

Das Plenum trifft sich

- in gut 50 % der Fälle 1–2x pro Jahr
- in 30 % 3–4 mal pro Jahr
- in 20 % der Fälle häufiger, davon in 2 Fällen 10–12mal und hat somit die Funktion einer Arbeitsgruppe.

Die Gruppenstruktur sieht wie folgt aus:

- 15 % der Hausarztnetze haben keine Arbeitsgruppe
- 32 % haben 1 Gruppe
- 30 % haben 2–3 Gruppen
- 23 % haben 4 oder mehr Gruppen.

Die zeitliche Intensität der Gruppenarbeit ist eher gering: 18 % treffen sich nur bis 4x im Jahr, gut 60 % 5–9mal und nur 20 % 10x oder häufiger; d.h. dass nur bei einem kleinen Teil wenigstens 1x pro Monat Gruppenarbeit stattfindet.

Stuft man insgesamt (Plenum und Gruppen) nach der zeitlichen Intensität der Zusammenarbeit ein, so ergibt sich folgendes Bild:

- schwache Zusammenarbeit: Plenum oder Gruppen treffen sich max. 4x pro Jahr = 28 % der Netze;
- mittlere Zusammenarbeit: Plenum oder Gruppen treffen sich 5–9x pro Jahr = 49 % der Netze;
- eher intensive Zusammenarbeit: Plenum oder Arbeitsgruppen treffen sich 10x oder häufiger im Jahr = 23 % der Netze.

Intensiver zusammenarbeitende Netze unterscheiden sich vor allem in folgenden Punkten von denen, die weniger oder kaum zusammenarbeiten:

- sie sind kleiner: die durchschnittliche Arztdzahl liegt bei 25, bei den anderen bei 57 bzw. 56;
- sie haben eher eine Auswahl unter Ärzten gehabt: die durchschnittliche Teilnehmerquote liegt bei 60 %, bei den anderen bei 82 bzw. 88 %;

Entgegen den Erwartungen unterscheidet sich die Anzahl Versicherter pro Arzt nur geringfügig. Es wäre zu erwarten gewesen, dass eine hohe Anzahl Versicherter je Arzt es evtl. eher "lohnend" erscheinen lässt, auch am System zu arbeiten.

Bei den *Themen* der Zusammenarbeit steht die klassische "Qualitätsarbeit" im Vordergrund, während die "Managementfragen" dem gegenüber etwas zurücktreten (Tabelle 2-15).

Es zeigt sich zwar, dass jeweils nur Minderheiten die einzelnen Themen überhaupt nicht bearbeiten; unter Berücksichtigung der eher geringen zeitlichen Intensität der Zusammenarbeit dürfte jedoch die Themenvertiefung nicht sehr ausgeprägt sein.

Ein Transfer der Ergebnisse der Gruppenarbeit findet bevorzugt durch Berichte vor dem Plenum statt; schriftliche Unterlagen sind die Ausnahme.

Tabelle 2-15: Themen der Arbeitsgruppen bei den Hausarztnetzen

Behandelte Themen	wichtig	kommt auch vor	unwichtig, kommt nicht vor	Σ
	in %			
Erarbeitung od. Adaption von Leitlinien	51	37	11	100
Fallbesprechungen	43	40	17	100
Beziehung zu MCO bzw. Versicherern, Fragen des Vertrages, der Finanzierung	38	53	9	100
Besprechung von Controllingdaten (Kosten)	37	51	12	100
Entwicklung, Verfeinerung von (ärzteeigenen) Informationssystemen, Vernetzung	36	49	15	100
Analyse von Controllingdaten mit dem Ziel, Empfehlungen zu entwickeln, Veränderungen herbeizuführen	31	49	20	100
Bewertung, Auswahl von Fachärzten, Krankenhäusern und anderen Externen, mit denen man zusammenarbeitet	28	42	30	100
Medikationsverhalten, Entwicklung von Medikamentenlisten	25	47	28	100

Quelle: Präsidentenbefragung

2.6.3 Bewertung der Zusammenarbeit mit den Trägerorganisationen und Erwartungen

Es wird deutlich, dass in dem eher fremden Feld der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Krankenkassen bzw. MCOs noch keine wohlzuende Routine eingekehrt ist; Unzufriedenheit ist relativ weit verbreitet.

Tabelle 2-16: Bewertung der Zusammenarbeit mit MCOs und Versicherern durch die Ärztenetze

Zusammenarbeit ist	mit MCOs		mit Krankenkassen
	in %		
Sehr gut	12		8
Gut	36		14
Es geht	27		49
Nicht gut	9		19
Unterschiedlich	16		10
Σ	100		100

Quelle: Präsidentenbefragung

Kleine Netze sind deutlich häufiger zufrieden als mittlere und grosse. Von den Netzen mit bis zu 20 Ärzten beurteilen 86 % die Zusammenarbeit mit MCOs als sehr gut oder gut und 43 % die Zusammenarbeit mit Krankenkassen, bei den Netzen ab 20 Ärzten sind es nur 47 % bzw. 19 %. Warum dies so ist, muss hier offen bleiben.

Die MCOs kommen deutlich besser weg als die Krankenkassen, ohne dass an den im Folgenden zitierten einzelnen Kritikpunkten erkennbar wäre, warum das so ist.

An Mängeln bei der Zusammenarbeit mit den MCOs werden genannt:

- Kein Interesse an einem Austausch
- Grenzen sich ab
- Geheimniskrämerei und Misstrauen
- Probleme mit der Administration, unnütze Bürokratie
- Personelle Fluktuation, unklare Kompetenzen
- Hohe Fachkompetenz aber wenig Entscheidungskompetenz
- Häufige Fehler in gelieferten Daten, fehlende Transparenz, verspätete Lieferung
- Mangelndes Engagement

Gegenüber den Krankenkassen werden folgende Kritikpunkte benannt:

- Mangelnde Managed-Care-Kompetenz, praktisch nur kostenorientiertes Interesse
- Unvollständige und/oder zu späte Daten, falsche Statistiken
- Reine Machtpolitik, nicht kooperativ
- Dauernde Strategieänderung
- Mangelnde Überprüfung reglementswidrigen Verhaltens der Versicherten, diese können Leistungen beziehen, die nicht vom Hausarzt verordnet wurden
- Unsinnige Abklärung von Verordnungen

Tabelle 2-17: Unterstützungswünsche der Hausarztnetze an die MCOs/ Krankenkassen

Mehr Unterstützung wird gewünscht bei:	Alle Netze	Netze nach der internen Zusammenarbeit		
		gering	mittel	hoch
	in Prozent (%)			
Finanzierung des Aufwandes	76	58	89	78
Verbesserte Daten/Analysen	74	75	72	67
Verbesserte Bewertung der Kosten, Erhöhung der Aussagekraft	76	58	89	78
für Arbeit der Qualitätszirkel	24	17	22	33
bei Auswahl von Kooperationspartnern, Medikamenten etc.	16	8	17	22
Nichts, Unterstützung reicht	3	8	–	–

Quelle: Präsidentenbefragung

Fast alle Hausarztnetze haben den Wunsch, mehr Unterstützung von der MCO oder Krankenkasse zu bekommen. Die Unterstützungswünsche richten sich hauptsächlich auf die Finanzierung des Aufwandes und bessere Daten. In Tabelle 2-17 sind die Netze auch nach ihrer Intensität der Zusammenarbeit unterteilt, um zu sehen, ob Netze, die mehr Aufwand betreiben auch mehr Unterstützung erwarten. Tendenziell scheint dies der Fall zu sein.

2.6.4 Vorteile der Hausarztnetze und Veränderungswünsche

Es wurde danach gefragt, welche Veränderungen die Teilnahme an Hausarztnetzen für die Ärzte gebracht hat, welchen Nutzen sie daraus ziehen. Ganz klar im Vordergrund stehen die Erhöhung der Transparenz und die Stärkung der Position des Hausarztes. Aus Gesprächen ergibt sich, dass die Stärkung der Position des Hausarztes in Bezug auf die Fachärzte und Spitäler gemeint ist und nicht in Bezug auf Patienten. Ganz klar verneint wird, dass die Netzmitgliedschaft zur Akquisition von mehr Patienten beigetragen hat (Tabelle 2-18).

Tabelle 2-18: Veränderungen für die Ärzte durch Netzmitgliedschaft

	in %
Erhöhte Transparenz über eigene und veranlasste Kosten	82
Stärkung der Position des Hausarztes	65
Mehr Transparenz über Ärzte (Fachärzte) und Krankenhäuser, zu denen man die Patienten überweist	60
Stärkung des Kostenbewusstseins bei den beteiligten Ärzten	58
Engere Arzt-/Patientenbeziehung durch Gatekeeping	48
Verbesserte Information über die Patienten	40
Veränderung des Beziehungsnetzes (zu Fachärzten, Spitäler)	40
Mehr Patienten aufgrund des neuen Versicherungsangebotes	5
Keine Veränderungen	5

Quelle: Präsidentenbefragung

Als eine Art Gesamthurteil wurde danach gefragt, ob das eigene Netz im wesentlichen so bleiben kann, wie es strukturiert ist und arbeitet oder ob Veränderungen erforderlich sind und ggf. welche. Konkret wurde zusätzlich nach der Einschätzung der Einführung von Kopfpauschalen (full-capitation) gefragt.

Einen Veränderungsbedarf sieht immerhin gut die Hälfte der Netze, jedoch die Einführung von Kopfpauschalen ginge den meisten zu weit. Deutliche Unterschiede gibt es in beiden Fragen zwischen den Netzen, in denen nur eine rudimentäre Zusammenarbeit stattfindet und denen mit intensiverer Kooperation: Letztere sind sehr viel häufiger von der Notwendigkeit von Veränderungen überzeugt und stehen auch den Kopfpauschalen weit weniger ablehnend gegenüber.

Tabelle 2-19: Veränderungsbedarf für die Hausarztnetze

Veränderungen in Struktur/Arbeitsweise	Alle Netze	Netze nach der internen Zusammenarbeit		
		gering	mittel	hoch
		in Prozent (%)		
Nicht erforderlich	40	54	42	22
Erforderlich	53	38	53	72
Keine Angabe	7	8	5	6
Σ	100	100	100	100
Übergang zu Kopfpauschalen wäre				
Eher gut	18	8	21	22
Teils, teils	30	—	42	44
Eher nicht gut	52	92	37	33
Σ	100	100	100	100

Quelle: Präsidentenbefragung

Die Antworten auf die Frage nach der Richtung der erforderlichen Veränderungen lassen sich in 5 Gruppen einteilen:

- Verbesserte Organisation auf Ärzteseite: Professionalisierung, Vernetzung, Gründung von Betriebsgesellschaften (meist in Kombination mit "Einbindung von Fachärzten, Spitätern")
- Verbesserung der Aussagekraft von Statistiken
- Qualitätsarbeit fördern
- Neue Anreizstrukturen für Ärzte, Auswahl unter den Ärzten, Zusammenarbeit und Transparenz (oft in Kombination mit "full capitation")
- Mehr Verantwortung bei den Patienten einfordern.

Eine kurze schriftliche Befragung, die zudem nur an Präsidenten adressiert war, kann natürlich nicht den Anspruch erheben, das Meinungsspektrum auszuloten; gezeigt werden konnte jedoch, dass in den Hausarztnetzen selbst recht unterschiedliche Vorstellungen über die erwünschte Weiterentwicklung bestehen.

3. HMOs

3.1 Regionale Verteilung und Grösse der HMOs

Die folgende Tabelle 3-1 zeigt die 1999 existierenden HMOs. Die Anzahl der Versicherten und Ärzte ist eingetragen, soweit in der Erhebung Angaben gemacht wurden; von Swica liegen diese Angaben nicht vor. Fehlende Angaben von Visana wurden für die entsprechenden 3 HMOs aus der Erhebung der Zeitschrift „Managed-Care“ ergänzt.

Im Verhältnis zur Bevölkerung dürfte Luzern die höchste Dichte HMO-Versicherter haben (17-20 %), in Bern und Basel dürften es etwa 10 % sein, in Zürich und Winterthur etwa 5 %.¹⁹ Nur Swica hat den Ansatz einer flächendeckenden Verbreitung der HMOs gewählt; alle anderen Träger haben sich auf maximal 4 Städte konzentriert. Nur Swica hat auch in Städten mit weniger als 50.000 Einwohnern HMOs eröffnet, hatte aber von vornherein auch ein eigenes Konzept, da die Swica-Gesundheitszentren explizit auch als Angebot für Nicht-HMO-Versicherte positioniert wurden.

Die Versichertenzahlen der meisten HMOs liegen zwischen 2.500 und 4.500; nur 2 HMOs haben mehr als 5.000 Versicherte. Da in vielen HMOs in grösserem Umfang auch Nicht-HMO-Patienten behandelt werden, vergrössert sich die Patientenbasis.

Die Gesamtzahl der HMO-Versicherten dürfte 1999 nur marginal höher liegen als 1998. Die Erhebung durch die Zeitschrift Managed-Care ergab für 1998 98.400, für 1999 99.580 HMO-Versicherte (ohne IPA Basel). Für 12 HMOs liegen die Versichertenzahlen bis 1996 zurück vor. Von 1996 auf 1997 hatten alle HMOs einen Zuwachs, von 1997 auf 1998 nur noch 4 und von 1998 auf 1999 sind nur noch 2 gewachsen (darunter eine, die erst 1998 gegründet wurde); etliche haben von 1998 auf 1999 Versicherte verloren, wenn auch nur in geringem Ausmass. Man erkennt also nicht nur an den Gesamtzahlen, sondern auch an der Entwicklung einzelner HMOs, dass überwiegend Stagnation vorherrscht.

Mit nur zwei Ausnahmen wurden die HMOs alle zwischen 1990 und 1995 gegründet; der Höhepunkt der Gründungen lag in den Jahren 1994 und 1995. Aktuell, im Laufe von 1999 oder mit Beginn 2000, haben sich kleine (2 bis 3 Ärzte) Praxisgemeinschaften als HMOs etabliert. Über deren Entwicklung kann noch nichts gesagt werden.

¹⁹ Unter der Annahme einer gleichmässigen Verteilung der Swica-Versicherten auf die Swica-HMOs. Nur bezogen auf die Bevölkerung der Städte, nicht der Kantone.

Tabelle 3-1: HMOs 1999

HMO	Träger	Gründung	Anzahl Ärzte (Vollzeit-äquivalent)	Anzahl Versicherte	Bemerkungen
Zürich-Wiedikon	Sanacare	1990	7,9	6.631	CSS: 2.196, ergänzt um Visana
Zürich-Stadelhofen	Sanacare	1991	4,7	4.500	
Zürich Talacker	CSS	1996	2,6	3.100	
Zürich-Örlikon	Sanacare	1995	3,6	3.059	
Zürich Wipkingen	MediX Ärzte AG	1998	4,2	2.603	
Zürich, Baumackerstrasse	Swica	94/95	—	—	
Basel, Gesundheitsplan HMO	Stiftung HMO	HMG:91 IPA ¹ : 95	5,9* 58**	5.741* 6.946**	* in HMO ** in IPA (Hausarztnetz)
Basel, St. Alban	CSS	1996	1,7	2.570	CSS: 1634, ergänzt um Visana
Basel, Freie Strasse	Swica	—	—	—	
Bern, Praxis Bubenberg	Praxis Bubenberg	1995/ 1999	5,3	4.114	seit 1999 ärzteeigen
Bern, Laupenstrasse	Sanacare	1994	4,9	3.043	
Bern, Spitalgasse	Swica	94/95	—	—	
Luzern, Pilatusstrasse	CSS	1994	4,1	4.280	CSS: 3.586, ergänzt um Visana von Prognos nicht erhoben ab 1.4.2000 geschl.
Luzern, Stadthausstrasse	Sanacare	1994	3,7	3.022	
Luzern, Frankenstrasse	ÖKK	1999	3	1.550	
Luzern, Iseliquai	Swica	1995	—	—	
Winterthur, Technikumstrasse	Sanacare	1994	2,3	2.083	
Winterthur, Gertrudstrasse	Swica	1995	—	—	
Baden	Swica	1995	—	—	
Chur	Swica	1995	—	—	
Genf	Swica	1995	—	—	
Lausanne	Swica	1995	—	—	
Lugano	Swica	1995	—	—	
Schaffhausen	Swica	1995	—	—	
Solothurn	Swica	1995	—	—	ab 1.4.2000 geschl.
St. Gallen	Swica	1995	—	—	
Wil	Swica	1995	—	—	
Zug	Swica	1995	—	—	
HMO-Versicherte Swica insgesamt				49.250	
Gesamtzahl HMO-Versicherte				102.492	

¹ Individual Practice Association

3.2 Personal und Personalstruktur, Geräteausstattung

Die Anzahl der Arztstellen je HMO liegt zwischen 2,3 und 7,9; da bei HMOs häufig Teilzeitstellen besetzt werden, dürfte die Anzahl der Ärzte deutlich höher liegen. Bei den meisten HMOs kommen zwischen 800 und 1.200 HMO-Versicherte auf eine Arztstelle. Die Aussagekraft ist eingeschränkt, da teilweise auch Nicht-HMO-Versicherte betreut werden.

Angaben zur Fachrichtung der Ärzte und zum übrigen medizinischen Personal (einschl. Praxisassistentinnen) liegen nur für 6 HMOs vor. In drei dieser HMOs sind nur Allgemeinärzte oder allgemeine Internisten (Verhältnis 2:8) tätig, während drei auch weitere Spezialisten beschäftigen, überwiegend auf Teilzeitbasis. Genannt werden: Pädiater, Gynäkologe, Onkologe/Hämatologe, Rheumatologe, ORL. Die Anzahl des sonstigen medizinischen Personals liegt bei etwa 130-140 % des ärztlichen Personals, erreicht aber einmal auch fast 200 %; es hängt vom Konzept ab, in welchem Umfang auch sonstiges medizinisches Personal vertreten ist.

Zur Geräteausstattung wurden für 12 HMOs Auskünfte gegeben (Tabelle 3-2).

Tabelle 3-2: Ausstattung von HMOs mit medizinischer Diagnostik/Apotheke

	vorhanden	nicht vorhanden
	Anzahl HMOs	
EKG	12	-
Lungenfunktionsprüfung	10	2
Ultraschall	11	1
Röntgengerät	12	-
Doppler	8	4
Blutchemisches Untersuchungsgerät	12	-
Mikroskop	12	-
Urindiagnostik	12	-
Bakteriologie	7	5
Apotheke/Selbstdispensation	6	6

3.3 Struktur der HMO-Versicherten

Für knapp 50.000 HMO-Versicherte liegen Angaben zur Alters- und Geschlechtsstruktur vor.²⁰ Wie schon bei der Pionergeneration 1991–1994 lässt sich auch heute noch feststellen, dass die HMOs sehr häufig von 19–40-Jährigen gewählt werden und überdurchschnittlich oft von Männern. Die Altersstruktur der HMO-Versicherten weicht nicht unerheblich von der der Hausarzt-Versicherten ab: HMOs haben weniger Kinder und Jugendliche, mehr junge und mittelalte Erwachsene und weniger ab 60-Jährige.

²⁰ Z.T. nicht für die einzelne HMO, sondern für alle HMOs eines Trägers zusammen.

Tabelle 3-3: Alters- und Geschlechtsstruktur 1998

Alter	HMO-Versicherte	Hausarzt versicherte	Versicherte CH gesamt ¹
0–18	11	21	22
19–30	19	13	16
31–40	28	16	17
41–50	15	14	14
51–60	10	12	12
61–70	9	12	9
71 +	8	12	10
Σ	100	100	100
Geschlecht			
Frauen	47	53	52
Männer	53	47	48
n = Anzahl Versicherter	48 505	251 436	7,2 Mio

¹ Statistik zum Risikoausgleich

Für eine zuverlässige Bewertung fehlt die konkrete Bezugsbasis; da sich die HMOs, deren Zahlen hier verwertet werden konnten, alle in grösseren Städten befinden, kann man auch keine kantonalen Vergleichszahlen heranziehen. Gerade wegen der Konzentration auf grössere Städte ist aber ziemlich sicher davon auszugeben, dass die Älteren in den HMOs deutlich unterrepräsentiert sind.

Es gibt beträchtliche Unterschiede zwischen den HMOs: Der Anteil der ab 60-Jährigen liegt 1998 zwischen 13 % und 20 %, der Anteil der Kinder und Jugendlichen zwischen 8 % und 18 %. Da individualisierte Angaben jedoch nur für 5 HMOs vorhanden sind, wird auf eine detaillierte Darstellung verzichtet. Werben um ältere Versicherte kann durchaus zu einer Tendenzumkehrung führen: für 1999 weist eine Zürcher HMO, die gezieltes Senioren-Marketing betrieb, eine überdurchschnittliche Besetzung bei den Älteren auf.

Angaben zu den *sonstigen Versicherungsverhältnissen* (erhöhte Franchise, Spitalzusatzversicherung) konnten nur von 8 HMOs bereitgestellt werden. Bezuglich der erhöhten Franchise gibt es grosse Unterschiede: Der kleinste Anteil an Versicherten mit höherer Jahresfranchise liegt bei 18 %, der grösste bei fast 50 %. Bezuglich der Spitalzusatzversicherung privat oder halbprivat ist die Gemeinsamkeit auffällig: Der Anteil der Zusatzversicherten liegt in allen 8 HMOs unter 20 %, ein erstaunliches Bild im Vergleich zu den 53 % Spitalzusatzversicherten im Hausarzt-Modell. Bezuglich anderer Zusatzversicherungen (Alternativmedizin etc.) sind keine Angaben möglich.

3.4 Kosten und Kostenstruktur

Zu dieser Frage liegen nur sehr wenig Informationen vor; nur für 5 HMOs wurden Kostenangaben gemacht. Die Kosten für die gesundheitliche Versorgung pro Versicherten lagen 1998 zwischen 842.– Fr. und 1 114.– Fr., im Mittel also etwa halb so hoch wie für traditionell Versicherte. Mit einer Ausnahme basieren die Kostenangaben auf der Schattenrechnung und nicht auf der Betriebsrechnung. „Schattenrechnung“ bedeutet, dass die einzelnen Leistungen für die Patienten in einer HMO verbucht werden wie in einer herkömmlichen Praxis, obwohl sie nicht abrechnungsrelevant sind, weil keine Einzelleistungen in Rechnung gestellt werden. Tendenziell fehlt dadurch der Anreiz für eine Optimierung der (Schatten-) Leistungsabrechnung, was zu einer „Untererfassung“ der Kosten führen kann. 1994 lagen die Kosten der evaluierten HMOs auf Basis der Schattenrechnung 40-50 % unter den buchhalterisch ermittelten Kosten.²¹ Die Bedeutung der Schattenrechnung ist heute allerdings grösser als in den Anfangsjahren. Franchisen und Selbstbehalt müssen auf der Basis der Schattenrechnung erhoben werden und vereinzelt ist auch eine Ertragsbeteiligung mit Versicherern vereinbart. Deshalb haben fast überall Bemühungen um eine aussagefähige Schattenrechnung stattgefunden (z.B. Schulung). Andererseits wird aber auch gesagt, dass es nie gelingen wird, Schatten- und Betriebsrechnung vollständig zur Deckung zu bringen.

Sollten die angeführten Ergebnisse der Schattenrechnung auch nur annähernd die tatsächlichen Kosten wiedergeben, wäre als überraschendes Ergebnis festzuhalten, dass die Kosten je Versichertem in HMOs im Jahre 1998 tiefer lagen als im Jahr 1994. Unsere Einschätzung ist jedoch eher, dass ein Teil der Differenz auf Inkompatibilität in der Ermittlung zurückzuführen ist. Anders als bei den Hausarztnetzen weist die Betriebsrechnung des BSV für die HMOs 1996 ein erheblich, 1997 und 1998 ein leicht negatives Versicherungsbetriebsergebnis aus. Das Gesamtbetriebsergebnis ist jedoch 1997 und 1998 positiv. Nach Aussagen der Träger gibt es im Betriebsergebnis, wie schon in den Anfangsjahren, sehr grosse Unterschiede zwischen den HMOs.

Im Vergleich zu Referenzkollektiven (z.T. nur nach Alter, Geschlecht, Region gebildet, z.T. nach weiteren Merkmalen) liegen die HMO-Kosten zwischen 42 % und 72 % der Kosten des Referenzkollektivs, ein Abstand, der deutlich höher ist als bei den Hausarztnetzen.

Die Kostenstruktur ist zwischen den 5 HMOs extrem unterschiedlich. Die Kosten, die in der eigenen Praxis (einschl. Medikamente) entstehen, liegen zwischen 12 % und 57 % der Gesamtkosten, die Kosten für stationäre Spitalbehandlung zwischen 18 % und 32 %. Es ist offenkundig, dass solche Unterschiede ohne genaue Analysen nicht interpretiert werden können.

²¹ Vgl. Baur et al.: Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. Synthesebericht. Im Auftrag des BSV, 1998.

3.5 Externe und interne Strukturen und Regelungen

3.5.1 Verhältnis Versicherer-HMO-Versicherte

Überwiegend sind Krankenkassen oder MCOs Träger der HMOs. Es gibt 1999 drei Ausnahmen:

- 2 ärzteeigene HMOs
- 1 HMO in der Trägerschaft einer Stiftung.

Bei den HMOs in der krankenkassenseitigen Trägerschaft ist Träger entweder *eine* Krankenkasse oder *eine* MCO. Im MCO-Fall sind die HMO-Beschäftigten Angestellte der MCO, d.h. die HMOs sind Betriebsteil der MCO. Bei Trägerschaft durch Krankenkassen sind die HMOs formalrechtlich selbstständig und über Dienstleistungsverträge mit der Krankenkasse verbunden.

Für alle HMOs²² existieren Verträge mit mehreren Krankenkassen (2 bis 6), was vor allem deshalb wichtig ist, weil die Versichertenbasis einer Krankenkasse je Ort meist nicht gross genug ist. Die vertraglich verbundenen Krankenkassen bieten das Produkt „HMO“, z.T. unter eigenem Produktnamen, ihren Versicherten an, legen selbst die Prämienreduktion fest und vergüten die Krankenpflegekosten ihrer HMO-Versicherten über eine Kopfpauschale an die HMO. Die Höhe der Kopfpauschale kann von Krankenkasse zu Krankenkasse verschieden sein, als Ausdruck unterschiedlicher Einsparziele. Die Abwicklung der Zusatzversicherungen bleibt in der Hand der Krankenkassen.

Für die einzelne HMO wird ein vorläufiges Budget erstellt, das in der Regel von den Vorjahreskosten ausgeht, plus zu erwartender Kostensteigerungen im Gesundheitswesen minus etwaiger Einsparziele gegenüber dem Vorjahr. Nach Vorliegen der definitiven Zahlen wird das Budget ggf. korrigiert.

Die von den Krankenkassen zu vergütenden Kopfpauschalen werden primär nach Alter und Geschlecht gewichtet. Experimentiert wurde auch mit anderen Merkmalen, aber es gibt wohl noch keine definitive neue Formel. Bei vielen Krankenkassen herrscht erhebliche Verunsicherung darüber, ob sich die HMOs tatsächlich „lohnen“, denn Vorkostenanalysen, die bis zu 60 % tiefere Vorkosten im Vergleich zu traditionell Versicherten ergeben, nähren den Verdacht einer sehr ausgeprägten Selektion guter Risiken, die in den Behandlungspauschalen (noch) nicht hinreichend zum Ausdruck komme. Für die HMOs der CSS wurde unter Einbezug der Risikomerkmale „Hospitalisationsrate“ und „kein Arztkontakt im Jahr“ immerhin errechnet, dass drei der vier HMOs „echte“ Kosteneinsparungen aufweisen zwischen knapp 5 % und 48 %.²³ Um der Unsicherheit zu begegnen, gibt es auch schon Vereinbarungen zur Ertragsbeteiligung zwischen HMO (bzw. Trägerinstitution) und Vertragskrankenkassen.

Die *Prämienreduktionen* werden von den Krankenkassen, wie bei den Hausarztnetzen auch, nach Marketingaspekten und Kostenersparnis festgelegt. Durchweg sind die Reduktionen bei HMOs höher als bei Hausarztmodellen; im Maximum liegen sie bei 25 %, im Minimum

²² Ohne Swica-HMOs, über die nichts Näheres bekannt ist.

²³ Was die Sparmodelle wirklich sparen. Der Bund, Nr. 247.

bei 12 %. Etwa die Hälfte der Krankenkassen, die die HMO-Versicherung anbieten, haben die Prämienreduktion nach Kantonen differenziert. Nimmt man jeweils den Mittelwert, entsteht folgende Verteilung:

- Bei 16 % liegt die Prämienreduktion tiefer als 15 %,
- bei 42 % liegt sie zwischen 15 und 19 %,
- bei 42 % beträgt sie 20 % oder mehr.

Die Prämienreduktion alleine sagt noch nichts über die finanziellen Vorteile für die Versicherten. Bei einer Minderheit werden auch Franchisen und Selbstbehalt nicht erhoben; die Reduktion beläuft sich dann auf rund 30 %.

Eine BSV-Verordnung legt fest, dass in den ersten 5 Betriebsjahren die Prämienreduktion maximal 20 % betragen darf. Diese Regelung wird z.T. für problemlos befunden, z.T. als zu einengend. An verschiedenen Stellen wird diskutiert, eine nach Risikogruppen differenzierte Prämienreduktion vorzunehmen; die guten Risiken, bei denen wenig „gespart“ werden kann, sollten eine geringere Reduktion erhalten als die schlechten, bei denen auch schon geringe Einsparprozente zu sehr hohen Kostenreduktionen führen können. Mit Hilfe einer sehr markanten Prämienreduktion könnte es, so diese Überlegung, vielleicht besser gelingen, Menschen, die intensiver gesundheitlicher Betreuung bedürfen, für die HMO-Versicherung zu interessieren.

3.5.2 Regelungen der externen und internen Leistungserbringung, Qualitätskontrolle

Für das Management der Gesundheitsversorgung wurden in den HMOs eine Reihe von Regelungen entwickelt. Die wichtigsten Steuerungsinstrumente bezüglich der Zusammenarbeit mit *externen Leistungserbringern* (Fachärzte, Spitäler, Labors) sind nach wie vor nicht explizite Kooperationsvereinbarungen, z.B. PPO-Verträge, sondern Auswahllisten, die im Laufe der Zeit erarbeitet wurden. Kriterien sind vor allem die Auftragstreue (keine Leistungen ohne Rücksprache über die erteilten Aufträge hinaus), die Qualität, die Verweildauer in Spitälern. Es gibt jedoch keine Verpflichtung auf diese Listen, Ausnahmen sind möglich.

Spezialvereinbarungen bestehen mit externen Labors, bei denen auch die Preiskomponente geregelt ist. Ferner werden Psychotherapien an nicht-ärztliche Therapeuten zu einem fixen Honorarsatz delegiert.

Neben der Auswahl der externen Leistungserbringer sind von zentraler Bedeutung die Überweisungsbesprechungen und die laufende Beobachtung. Sämtliche Überweisungen werden i.d.R. ex-post mit dem leitenden Arzt besprochen; dies bewirkt einen Lerneffekt und die Entwicklung einer Unité de doctrine. Für andauernde externe Behandlungen sind Sollbeobachtungszeitpunkte festgelegt: z.B. nach einer bestimmten Stundendauer der Psychotherapie oder konsequente Kostengutsprachen bei Spitalbehandlung und Regelungen bei Überschreitung. Zu diesem Bereich gehört auch das konsequente und zeitnahe Einfordern von Abschlussberichten/Austrittsberichten.

Die HMOs orientieren sich an der *evidenzbasierten Medizin*. Behandlungsleitlinien spielen eine wachsende Rolle; der Medikamenteneinsatz ist gesteuert, die HMOs kommen mit sehr viel weniger Spezialitäten aus als im traditionellen System verordnet werden. Instrumente

sind jedoch nicht – wie in den amerikanischen HMOs – verpflichtende Vorschriften für die Therapeuten, sondern Fallbesprechungen und vergleichende Analysen von Behandlungs-/Leistungsdaten.

Zu diesem Zweck haben alle HMOs ein medizinisches Controlling implementiert, das das betriebswirtschaftliche ergänzt. Dazu gehören:

- Eine genaue Überweisungsstatistik;
- Hospitalisationsstatistik;
- monatliche oder quartalsweise Leistungs- und Kostendaten: Anzahl Kon-sultationen pro Versicherten/Arzt, Medikamentenverschreibungen und -kosten, externe Leistungen und Kosten in tiefer Untergliederung;
- „Gatekeeperprofile“, die je beteiligtem Arzt die eigenen und veranlassten Leistungen/ Kosten differenziert aufschlüsseln.

Der Vorsprung der HMOs vor den Hausarztnetzen in Bezug auf das Controlling liegt nicht nur in der grösseren Differenziertheit der Daten, sondern vielleicht noch mehr im geübten Umgang. Statistiken werden schnell zu blossem Ballast mit beliebiger Interpretation, wenn nicht gelernt wurde, mit ihnen richtig umzugehen. Die systematische Auseinandersetzung hat in den HMOs bei den leitenden Ärzten, aber auch allen anderen Ärzten, ein „Statistikwissen“ erzeugt, das in einer normalen Einzelpraxis schwer gewonnen werden kann.

Für die HMOs war von Anfang an der *Qualitätsaspekt* von grosser Bedeutung. In einem System der Gesundheitsversorgung, das explizit auch die Kosten berücksichtigt, muss die Qualität transparenter gehandhabt werden als im herkömmlichen System. Dies dürfte das Hauptmotiv sein, warum die HMOs dazu übergehen oder bereits übergegangen sind, sich zertifizieren zu lassen. Es wurde eine Stiftung EQUAM (Externe Qualitätskontrolle in Managed-Care) gegründet; sie hat einen Set von Qualitätskriterien entwickelt, das als Standards für die Überprüfung und Zertifizierung der HMOs dient.²⁴ Die Standards sind unterteilt in:

- Effektivität der Behandlung, dazu gehören u.a.:
 - ❖ Aus- und Fortbildung
 - ❖ Guidelines
 - ❖ Struktur der internen Arbeitsabläufe
 - ❖ Notfallregelungen
 - ❖ Betreuung spezifischer Patientengruppen
- Zugang und Verfügbarkeit der medizinischen Versorgung, dazu gehören u.a.
 - ❖ Öffnungszeiten
 - ❖ Terminvergabe, Wartezeiten
 - ❖ Medizinisches und paramedizinisches Angebot

²⁴ Einige HMOs sind bereits zertifiziert, andere im Verfahren, jedoch haben nicht alle Trägerkassen die Absicht der Zertifizierung.

- Patientenzufriedenheit
 - ❖ Standardisierte Befragung
 - ❖ Analyse der Reklamationen
 - ❖ Ombudsmann
- Systemstabilität, u.a.:
 - ❖ Ärztefluktuation
 - ❖ Versichertenfluktuation
- Benutzung und Kontrolle des medizinischen Angebotes
 - ❖ Kontrolle und Abwicklung externer Leistungserbringer
- Kosten/Administration
- Information und Systembeschreibung
 - ❖ Ärztliche Souveränität
 - ❖ Versichertenselektion
 - ❖ Information der Versicherten

Mit solchen Verfahren wird in der Schweiz ein völlig neues Feld beschritten; eine laufende Überprüfung und Weiterentwicklung ist vorgesehen.

4. Zusammenfassung und Ausblick

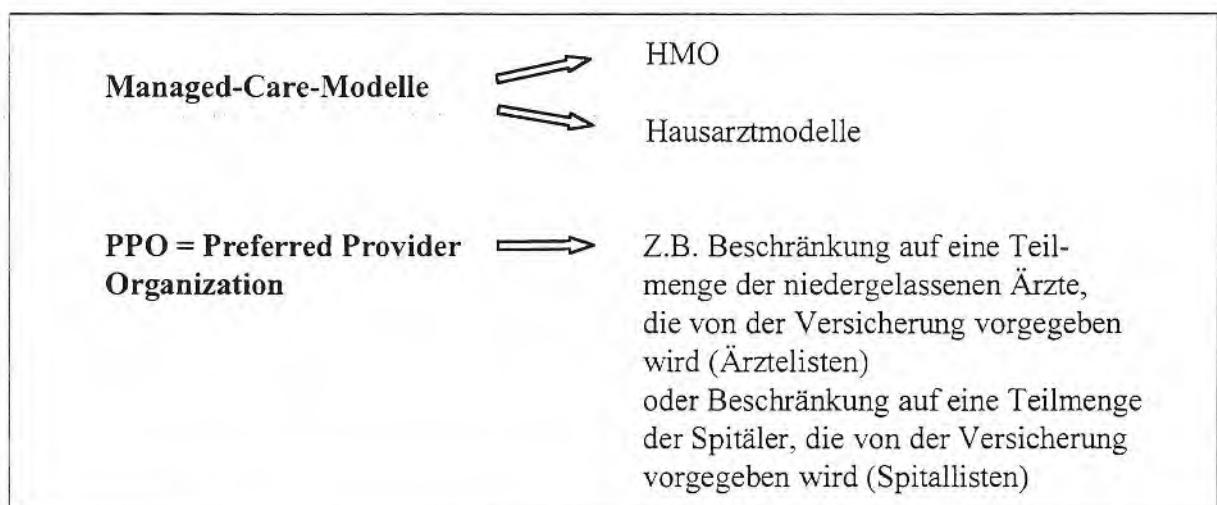
Das 1996 in Kraft getretene Krankenversicherungsgesetz (KVG) liess erstmals Versicherungsformen „mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer“ zu; vorher, seit 1990, waren solche Versicherungen nur als Modellversuche möglich. Die Anzahl der Personen, die eine Form der Krankenversicherung gewählt haben, in der sie auf die freie Arztwahl verzichten, ist seit Inkrafttreten des KVG sprunghaft angestiegen:

	Anzahl Versicherter in Formen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer ¹
1995	35 383
1996	121 598
1997	383 093
1998	494 040
1999 (provisorisch)	534 200

¹ Quelle: BSV; Statistik über die Krankenversicherung

Dabei ist zu bedenken, dass bei weitem nicht alle Krankenversicherten überhaupt die Möglichkeit haben, eine solche Form zu wählen, weil es in vielen Regionen kein entsprechendes Angebot gibt.

Die Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer lassen sich in zwei Gruppen unterteilen²⁵:



²⁵ PPO (Preferred Provider Organisation): Dieses vor allem in den USA häufiger vorkommende Modell ist im Vergleich zu den HMOs offener. Die Wahlfreiheit ist in PPOs nicht vertraglich eingeschränkt. Die Mitglieder können im Erkrankungsfall auch Ärztinnen und Ärzte, die nicht der PPO angeschlossen sind, konsultieren. Sie haben aber einen finanziellen Anreiz, sich von den Gatekeepers der PPO behandeln zu lassen. Werden externe Leistungserbringende aufgesucht, dann übernimmt die PPO nur jene Kosten, die sie bei einer Behandlung durch ihre Ärztinnen und Ärzte zahlen würde. Die Differenz geht zu Lasten der Mitglieder in Form einer (erhöhten) Kostenbeteiligung. (vgl. Schütz Stefan in CHSS 4/1996, S. 203).

In beiden Fällen sind die Versicherten in der freien Wahl der Leistungserbringer eingeschränkt, der Unterschied liegt im Aspekt „Management“. *Managed-Care-Modelle* haben den Anspruch einer ganzheitlich, von einer Hand gesteuerten Gesundheitsversorgung durch die gesamte Leistungskette. Zentrales Element ist das Gatekeeping, bei dem eine Patientin/ ein Patient im Bedarfsfall immer zuerst den Gatekeeper (= Hausarzt/Hausärztin) aufsucht, der dann ggf. einen Auftrag an andere Glieder der Behandlungskette weitergibt. Eine solche Steuerung fehlt bei den *PPO*. Ihr Kennzeichen ist die Selektion von Leistungserbringern durch die Krankenkassen nach Massstäben der Qualität und Wirtschaftlichkeit (soweit möglich).

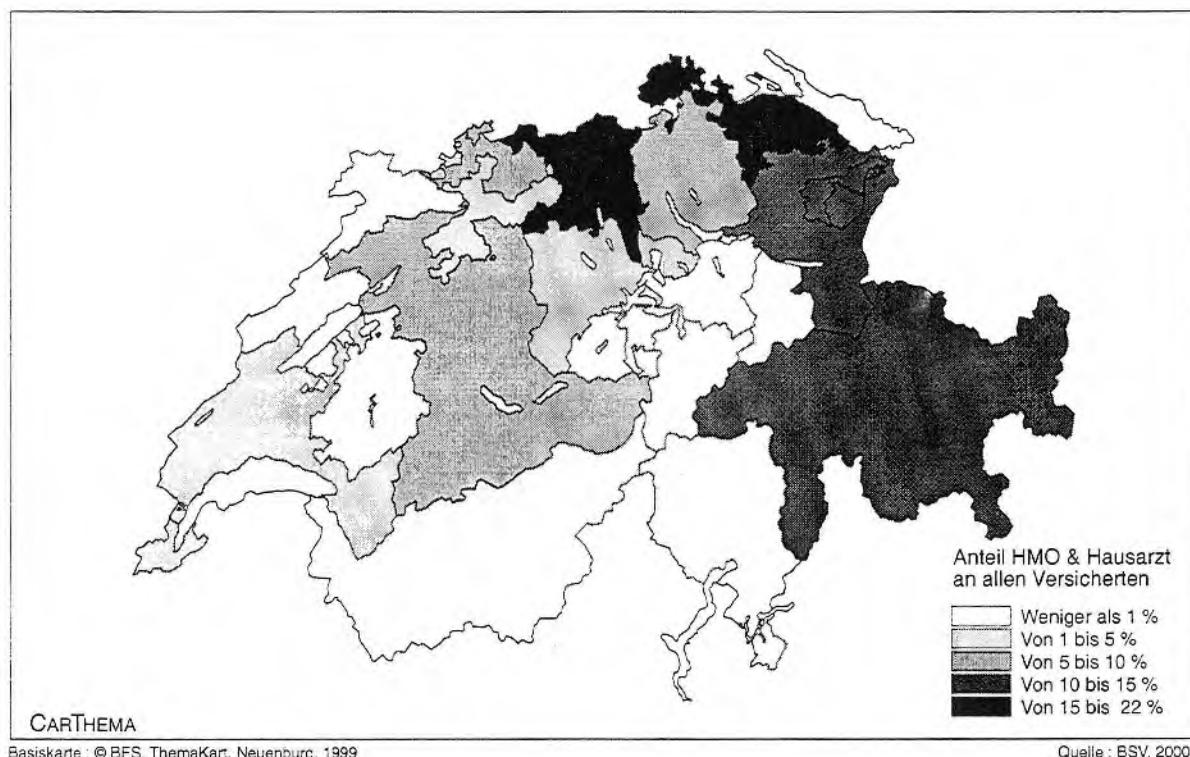
Für die *Managed-Care-Modelle* haben sich zwei Formen herausgebildet, die *HMOs* (Health Maintenance Organization) und die Hausarztmodelle oder Hausarztnetze. Im folgenden Kasten sind die wesentlichen Elemente aufgeführt.

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

Die grösste Verbreitung haben Ende 1999 die Hausarztmodelle mit knapp 380 000 Versicherten gefolgt von den *HMOs* mit gut 100.000 Versicherten. Die restlichen gut 50 000 Versicherten in Formen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer verteilen sich auf *PPOs* und Sonderformen²⁶, die im weiteren nicht mehr berücksichtigt werden.

Die regionale Verbreitung der Hausarzt- und *HMO*-Versicherungen ist sehr ungleichmässig. In 10 Kantonen gibt es überhaupt keine *Managed-Care*-Versicherten oder ihr Anteil an allen Krankenversicherten liegt unter 1%. In diesen Kantonen gibt es entweder gar kein entsprechendes Versicherungsangebot oder eine sehr geringe Angebotsdichte (z.B. ein einziges Angebot einer Krankenkasse). 3 Kantone weisen einen hohen Versichertenanteil von um 20% in den *Managed-Care*-Formen auf: Thurgau, Aargau und Schaffhausen. Es wird daran sehr deutlich, dass die neuen Versicherungsformen beträchtliche Marktchancen haben (können), wenn ein ausreichendes Angebot vorhanden ist. Dies gilt für Hausarztnetze und *HMOs* gleichermaßen; in einzelnen Städten erreichen die *HMOs*, die ja im wesentlichen nur einen örtlichen Einzugsbereich haben, Versichertenanteile von 10%, im Maximum sogar von fast 20%.

²⁶ Z.B. eine Versicherungsform, bei der die Versicherten sich auf einen Hausarzt als Gatekeeper festlegen, ohne dass dieser einem Hausarztnetz angehört.



Mit der vorliegenden Bestandsaufnahme besonderer Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenversicherung sollen diese Formen zum einen quantitativ-statistisch erfasst werden, zum anderen qualitativ beschrieben werden. Die amtliche Krankenversicherungsstatistik kann bisher Versichertenzahl und -struktur nicht für die einzelnen Formen ausweisen. Wenig ist auch bekannt über die innere Ausdifferenzierung insbesondere der Hausarztnetze. Angesichts der Erwartungen, die an die neuen Versicherungsformen gerichtet sind, ist diese Intransparenz unbefriedigend.

Hausarztnetze

Insgesamt wurden für 1999 71 Hausarztnetze mit zusammen 378 039 Versicherten und 3.699 beteiligten Ärzten erfasst. In den Kantonen Thurgau, Aargau und Schaffhausen sind die Hausarztversicherungen am weitesten verbreitet. In 10 Kantonen gibt es keine Hausarztnetze und demzufolge auch keine Hausarztversicherten. Das Produkt „Hausarztversicherung“ wird im Jahr 2000 von 40 der insgesamt 109 Krankenversicherer angeboten. Diese Versicherer haben entweder direkt oder über Managed-Care-Organisationen (MCO)²⁷ Verträge mit Hausarztnetzen abgeschlossen.

²⁷ MCOs sind intermediäre Institutionen, die im Auftrag von mehreren Krankenkassen das Managed-Care-Geschäft betreiben.

Die folgende Übersicht zeigt die Grössenordnungen der Netze:

Hausarztversicherte je Netz:	Ø 5.324; 25% der Netze haben weniger als 1000 Versicherte; 25% haben 7000 oder mehr.
Ärzte je Netz:	Ø 52; in fast 30% der Netze sind weniger als 20 Ärzte zusammen-geschlossen, ein Viertel umfasst 60 oder mehr Ärzte. Fast 90% der beteiligten Ärzte sind Allgemeinärzte oder allgemeine Internisten.
Hausarztversicherte je Arzt	Ø 149; in der Hälfte der Netze entfallen weniger als 100 Hausarzt-versicherte auf einen Arzt, in rd. einem Drittel sind es 200 oder mehr.

Sehr grosse Netze mit 100 oder mehr beteiligten Ärzten finden sich in Kantonen, in denen kaum eine regionale Untergliederung stattgefunden hat; fast allen diesen Netzen mangelt es an einer ausreichenden Versichertenbasis. Der Regelfall der Netzbildung ist jedoch eine innerkantonale territoriale Untergliederung, die sich z.T. an schon vorher bestehenden Kooperationen (z.B. Notfallorganisation) orientierte. Ein zentrales Merkmal der meisten heute existierenden Hausarztmodelle ist die Teilnahme der Ärzte nach dem Territorialprinzip und nicht nach ihrem Engagement für oder Interesse an einer neuen Versorgungsform. Bei knapp zwei Dritteln der Netze sind alle oder fast alle in der Region niedergelassenen (und von der Fachrichtung einschlägigen) Ärzte beteiligt, nur in 16% der Netze haben sich weniger als die Hälfte dem Hausarztnetz angeschlossen.

Die Hausarztnetze, gegründet i.d.R. auf Initiative einzelner Ärzte oder der kantonalen Ärztegesellschaften, haben meist Verträge mit mehreren Partnern auf Versichererseite (mehrere Versicherer und/oder MCOs). Die Verträge regeln vor allem die Teilnahme der Ärzte, das Verhältnis gegenüber den Versicherten, die Abrechnungsvorgänge und Aufgaben der MCO bzw. Krankenkassen, Aufwandsentschädigung und Gewinn-/Verlustbeteiligung. Der Regelfall bei den heutigen Hausarztnetzen ist die Einzelleistungsabrechnung nach herkömmlichem Schema. Zur Erfolgsbemessung werden die gesamten Kosten der Patienten eines Netzes (bei den Hausärzten direkt anfallende und veranlasste) an einem virtuellen Budget gemessen, das im Wesentlichen die Kostenerwartungen entsprechend der Struktur der Versicherten bzw. entsprechend den Vorjahreskosten angibt. Ein Teil der Verträge regelt eine Gewinn-/Verlustbeteiligung bei Unter- oder Überschreitung des virtuellen Budgets; sie bewegt sich meist in der Grössenordnung von 2 000.– bis 5 000.– Fr. p.a. für den einzelnen Arzt. Nur in wenigen Fällen erfolgt bei Hausarztnetzen bisher eine Vergütung über Kopfpauschalen (full-capitation) wie sie bei HMOs üblich ist.

Als Steuerungsdaten erhalten die Hausarztnetze meist vierteljährliche Statistiken zu den eigenen und veranlassten Kosten und Leistungen, die jedoch nicht sehr differenziert und als Controllingdaten daher noch ungenügend sind. Generell ist aber auch der Ansatz einer neuen und ganzheitlichen Steuerung der Gesundheitsversorgung bei der Mehrzahl der Hausarztnetze allenfalls sehr schwach verankert. Ein erheblicher Teil der Hausarztnetze hatte gar nicht die Zielsetzung, ein Managed-Care-System zu entwickeln, sondern wollte vor allem eine flächendeckende Ausbreitung von PPOs und HMOs verhindern. Diese Netze können daher auch nicht an Massstäben gemessen werden, wie sie für Managed-Care relevant sind, nämlich insbesondere:

- Controlling generell, d.h. Analyse der eigenen und veranlassten Kosten, Vergleiche zwischen den Leistungserbringern, diagnosebezogene Analysen;

- Selektive Zusammenarbeit mit externen Leistungserbringern nach Massgabe von deren Kosten- und Qualitätsprofil;
- Herausarbeitung einer internen Unité de doctrine, Entwicklung und Implementation von Guidelines;
- Qualitätsarbeit allgemein.

Die Intensität der Zusammenarbeit in den Hausarztnetzen ist eher gering: In fast 30% der Netze treffen sich Plenum oder Arbeitsgruppen höchstens 4 x pro Jahr, in weiteren 50% maximal 9 x pro Jahr. In den ganz wenigen Netzen, die mit full-capitation²⁸ arbeiten, ist dagegen eine wöchentliche bzw. vierzehntägige Zusammenkunft die Regel.

Fazit ist, dass wohl in den meisten der heutigen Hausarztnetze, außer dem Gatekeeping, noch nicht viel von Managed-Care zu verzeichnen ist. Das Gatekeeping kann aber seine Wirkungen nur in einem transparenten und vernetzten System entfalten. Es wäre aber auch die Erwartung völlig überzogen, dass beides gleichzeitig zu haben ist: Ein starker quantitativer Ausbau wie er in nur 2 bis 3 Jahren stattgefunden hat, *und* die Implementation eines den Namen verdienenden Managed-Care-Systems. Denn die dafür erforderlichen Veränderungen in Verhaltensweisen und Einstellungen sind erheblich: Abschiednahme von der völligen Autonomie des Arztes in der Einzelpraxis, Bereitschaft zu Transparenz und Kooperation. Erheblich ist auch der Entwicklungs- und Lernbedarf bezüglich der benötigten Instrumente (Daten) und der neuartigen bzw. erstmaligen Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Versicherern.

Auch wenn Managed-Care vorerst einen eher geringen Stellenwert hat, bieten die Hausarztnetze doch Gelegenheit, Erfahrungen zu sammeln, die für eine Weiterentwicklung von Bedeutung sein können. Als wichtige Veränderungen, die für die Ärzte durch die Netzmitgliedschaft entstehen, werden sehr häufig genannt: Erhöhte Transparenz über eigene und veranlasste Kosten/Stärkung der Position des Hausarztes/Transparenz über Ärzte und Krankenhäuser, denen man Patienten überweist/Stärkung des Kostenbewusstseins der beteiligten Ärzte.

HMOs

Insgesamt existierten 1999 28 HMOs mit zusammen gut 100 000 Versicherten. Der Höhepunkt der HMO-Gründungen lag in den Jahren 1994 und 1995. Nur in Ausnahmefällen verzeichnen die HMOs seit 1998 noch ein Zuwachs an Versicherten. HMOs sind typischerweise in grösseren Städten angesiedelt, lediglich ein Versicherer hat eine breitere Streuung vorgenommen.

Die Versichertenzahlen der meisten HMOs liegen 1999 zwischen 2 500 und 4 000; nur 2 HMOs haben mehr als 5 000 Versicherte. Die Anzahl der Arztstellen je HMO liegt zwischen 2,3 und 7,9. Bei den meisten HMOs kommen zwischen 800 und 1 200 HMO-Ver-

²⁸ Zur Problematik der Berechnung und Festlegung von Kopfpauschalen vgl. Heft 1/2001 der Zeitschrift Managed Care, Schweizer Zeitschrift für Managed Care und Care Management.

sicherte auf eine Arztstelle. Da teilweise auch Nicht-HMO-Versicherte betreut wurden, ist die Aussagekraft dieser Angabe eingeschränkt.

Überwiegend sind Krankenkassen oder MCOs Träger der HMOs; es gibt 1999 drei Ausnahmen: 2 ärzteeigene HMOs und eine HMO in der Trägerschaft einer Stiftung. Die HMOs haben jedoch Verträge mit mehreren Krankenkassen (2–6), die das Produkt „HMO“ ihren Versicherten anbieten. Sie vergüten die Krankenpflegekosten ihrer HMO-Versicherten über eine Kopfpauschale an die HMO. Die Kopfpauschalen werden primär nach Alter und Geschlecht gewichtet; experimentiert wird auch mit anderen Merkmalen.

Für das Management der Gesundheitsversorgung wurden in den HMOs eine Reihe von Regelungen entwickelt. Die wichtigsten Steuerungsinstrumente bezüglich der Zusammenarbeit mit *externen Leistungserbringern* sind nach wie vor nicht explizite Kooperationsvereinbarungen, z.B. PPO-Verträge, sondern Auswahllisten, die im Laufe der Zeit erarbeitet wurden. Spezialvereinbarungen bestehen mit externen Labors, bei denen auch die Preiskomponente geregelt ist. Ferner werden Psychotherapien an nicht-ärztliche Therapeuten zu einem fixen Honorarsatz delegiert. Neben der Auswahl der externen Leistungserbringer sind von zentraler Bedeutung die Überweisungsbesprechungen und die laufende Beobachtung.

Die HMOs orientieren sich an der *evidenzbasierten Medizin*. Behandlungsleitlinien spielen eine wachsende Rolle; der Medikamenteneinsatz ist gesteuert, die HMOs kommen mit sehr viel weniger Spezialitäten aus als im traditionellen System verordnet werden. Instrumente sind jedoch nicht – wie in den amerikanischen HMOs – verpflichtende Vorschriften für die Therapeuten, sondern Fallbesprechungen und vergleichende Analysen von Behandlungs-/Leistungsdaten. Zu diesem Zweck haben alle HMOs ein medizinisches Controlling implementiert, das das betriebswirtschaftliche ergänzt. Der Vorsprung der HMOs vor den Hausarztnetzen in Bezug auf das Controlling liegt nicht nur in der grösseren Differenziertheit der Daten sondern vielleicht noch mehr im geübten Umgang.

Für die HMOs war von Anfang an der *Qualitätsaspekt* von grosser Bedeutung. In einem System der Gesundheitsversorgung, das explizit auch die Kosten berücksichtigt, muss die Qualität transparenter gehandhabt werden als im herkömmlichen System. Dies dürfte das Hauptmotiv sein, warum die HMOs dazu übergehen oder bereits übergegangen sind, sich zertifizieren zu lassen. Es wurde eine Stiftung EQUAM (Externe Qualitätskontrolle in Managed-Care) gegründet; sie hat einen Set von Qualitätskriterien entwickelt, die als Standards für die Überprüfung und Zertifizierung der HMOs dienen.

Versichertensstruktur in den Managed-Care-Formen

Eine der zentralen Fragen im Zusammenhang mit Managed-Care-Formen ist die nach der Risikoselektion bzw. konkret, ob überwiegend gute Risiken solchen Modellen beitreten und entsprechend geringe Kosten verursachen. Schwierigkeiten bereitet die Messung von „Risiko“, da alle verfügbaren Informationen mit Mängeln behaftet sind und sich **die Formel** noch nicht herauskristallisiert hat. Trotz der bekannten begrenzten Aussagekraft von Alter und Geschlecht bezogen auf den einzelnen Versicherten, sind dies nach wie vor die regelmässig zur Beschreibung der Risikopopulationen verwendeten Merkmale. Die Versicherten in Hausarztmodellen unterscheiden sich in ihrer Alters- und Geschlechtsstruktur kaum von

der Gesamtheit der Krankenversicherten; überraschenderweise sind die Älteren bei den Hausarztversicherten sogar leicht überrepräsentiert. Anders bei den HMO-Versicherten: Wie schon bei der Pionergeneration 1991–1994 lässt sich auch heute noch feststellen, dass HMO-Versicherungen überdurchschnittlich häufig von 19–40-Jährigen und von Männern gewählt worden, tendenziell also von „guten Risiken“. Einzelbeispiele belegen aber auch, dass mit gezieltem Marketing eine andere Versichertenstruktur erreicht werden kann.

Krankenpflegekosten in den Managed-Care-Formen

Die Krankenpflegekosten für Hausarztversicherte liegen tiefer als die der traditionell Versicherten. Bezogen auf regionale, nach Alter und Geschlecht standardisierte Vergleichskollektive besteht ein Kostenvorteil für Hausarztversicherte von durchschnittlich rund 20%. Demzufolge wären die Prämienreduktionen von 10–15% durchaus gerechtfertigt. Ob dieser Abstand „echt“ ist oder z.T. einer unvollkommenen Risikoerfassung zuzuschreiben ist, kann vorerst nicht klar entschieden werden. Eine Krankenkasse (CSS) kam bei verfeinerter Risikobewertung zum Schluss, dass der echte Kostenvorteil zu gering sei und sich die Hausarztversicherung in der gegenwärtigen Form für den Versicherer nicht lohne; sie hat die Verträge mit den Hausarztnetzen auf Ende 1999 gekündigt. Auch andere Versicherer sind eher skeptisch bezüglich der echten Kostenvorteile, wollen dies jedoch nicht zum alleinigen Massstab in der erst kurzen Bestandszeit der Netze machen.

Bei den HMOs liegen die Kosten je Versichertem deutlich tiefer als bei den Hausarztnetzen (und den traditionell Versicherten). Auch bei verfeinerter Risikobewertung bleibt ein Kostenabstand, der die Prämienreduktionen von meist 15–20% rechtfertigt. Kritisch ist allerdings die Art der Kostenermittlung mittels der „Schattenrechnung“²⁹. Die Betriebsrechnung des BSV weist für die HMOs ein leicht negatives Versicherungsbetriebsergebnis aus.

Für belastbare Aussagen zur Kostenseite ist die vorliegende Bestandsaufnahme, die sich nur auf punktuell gegebene Informationen stützt, nicht geeignet. Dafür müsste eine eigene standardisierte Erhebung und Analyse durchgeführt werden.

Ausblick

Für die nähere Zukunft wird die Frage der richtigen Risikobewertung eine eher noch grössere Rolle spielen, denn es ist absehbar, dass auch bei den Hausarztnetzen die Vergütung mittels Kopfpauschalen an Boden gewinnen wird. Die meisten existierenden Netze stehen dem zwar skeptisch bis ablehnend gegenüber, aber es werden sich weitere Pioniere finden lassen. Mit der Veränderung der Vergütungsformen einhergehen muss und wird die Entwicklung der internen Steuerungsinstrumente um ein Management der Gesundheitsversorgung überhaupt zu ermöglichen. Für die Mehrzahl der Netze dürfte dieser Schritt, der ja ein ausgefeilteres Management und mehr Kooperation voraussetzt oder erzwingt, aber zunächst zu weit gehen. Auch ohne neue Honorierungsform wird es bei einem Teil der Haus-

²⁹ Vergleichsrechnung anhand der gültigen Tarife, die bei traditionellen Arztpraxen zur Anwendung kommen.

arztnetze eine Weiterentwicklung geben, und zwar nicht nur wegen des Drängens der Vertragspartner (Versicherer, MCOs), sondern auch wegen der inneren Lerneffekte. Es ist abzusehen, dass in diesem Prozess ärzteseitige Betriebsgesellschaften zur Unterstützung der Netze eine wachsende Rolle spielen werden. Generell wird sich das Feld der Hausarztnetze ausdifferenzieren. Die Wachstumschancen können – mit Blick auf Kantone, in denen schon Marktanteile von 20% erreicht wurden – als gut gelten. Offen sind allerdings die Auswirkungen einer generellen Aufhebung des Kontrahierungzwangs auf die Hausarztmodelle. Von Versichererseite wird unter anderem darüber spekuliert, dass die Intransparenz über die Versicherungsprodukte zu gross werde und daher die Hausarztnetze auf der Strecke bleiben könnten. Da jedoch die konkrete Ausgestaltung der "Kontrahierungsfreiheit" noch aussteht, lässt sich auch über die Wechselwirkungen noch nichts sagen.

Für viele HMOs stellt sich die Frage, wie es gelingen kann, die derzeitige Stagnation zu überwinden. Möglicherweise wird es vermehrt zu einer Verknüpfung von HMOs und Hausarztnetzen kommen, wie sie u.a. in Basel erfolgreich praktiziert wird. Eine zentrale Aufgabe wird darin liegen, Attraktivität auch für schlechte Risiken zu erlangen. Denn es ist offenkundig, dass es wenig Sinn ergibt, die Gesundheitsversorgung von Patienten zu managen, deren jährliche Gesundheitskosten bei vielleicht 600-700 Franken liegen. Selbst hohe Einsparungen bringen bei einem solchen Pool letztlich nicht viel. Differenzierte Prämienreduktionen mit höheren Anreizen für schlechte Risiken werden als Möglichkeit diskutiert. Parallel dazu geht es um Bemühungen, die qualitative Vorteile stärker hervorzuheben und transparenter zu machen.

Die Managed-Care-Modelle und darunter vor allem die Hausarztnetze sind noch sehr jung. Dem beeindruckenden Markterfolg wird sich eine Phase der inneren Ausdifferenzierung und weiterer Innovationen anschliessen. Diese Entwicklungen sollten weiterhin beobachtet werden, da die Managed-Care-Modelle ihr Versprechen einer effizienteren Gesundheitsversorgung zwar noch nicht voll eingelöst, aber auch keineswegs verfehlt haben.

Ein kontinuierliches Monitoring sollte implementiert werden mit folgender Struktur:

- Jährliche Beobachtung und Berichterstattung über Entwicklungstendenzen auf der Basis von Fachgesprächen und Auswertungen von Veröffentlichungen.
- Alle 2–3 Jahre Durchführung von statistischen Erhebungen bei Trägern und bei den Anbietern direkt nach dem Muster der vorliegenden Erhebungen.

Auf diese Weise könnten die Entwicklungen in einem innovativen Feld der Gesundheitsversorgung transparent gemacht und auch in die politische Diskussion eingebracht werden.

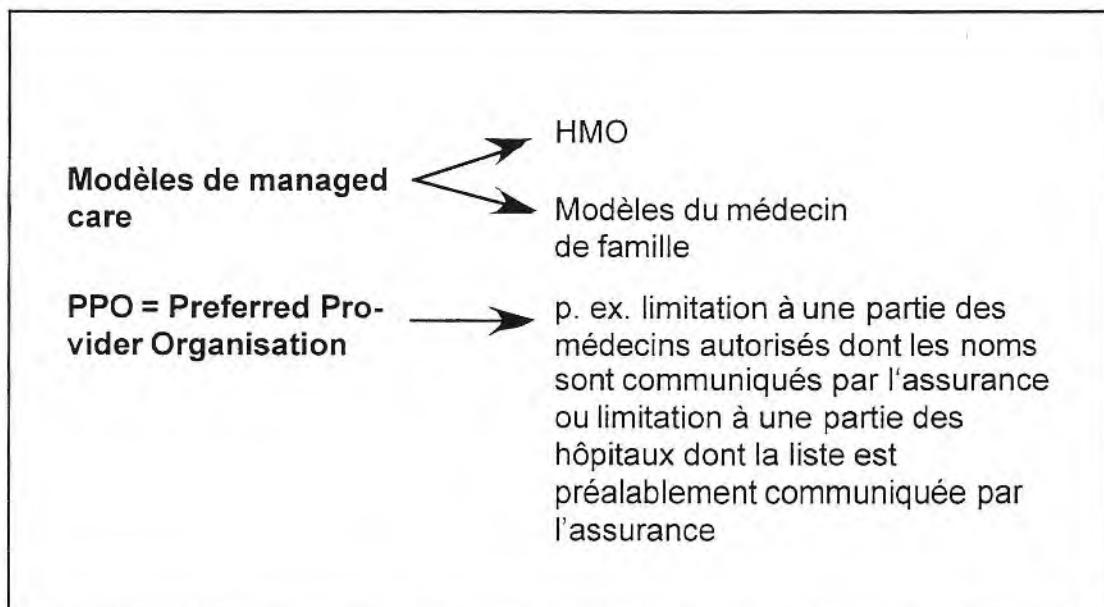
5. Résumé et perspectives

La nouvelle loi sur l'assurance-maladie (LAMal), entrée en vigueur en 1996, permet pour la première fois des formes d'assurance "avec limitation du choix des fournisseurs de prestations". Depuis 1990, de telles assurances étaient certes possibles, mais uniquement sous forme de modèles à l'essai. Le nombre des personnes qui ont opté pour une forme d'assurance-maladie dans laquelle elles renoncent à choisir librement leur médecin est monté en flèche depuis l'entrée en vigueur de la LAMal.

Lorsque l'on veut faire une estimation de l'évolution des formes particulières d'assurance, il faut tenir compte d'un fait: tous les assurés n'ont pas – et de loin – la possibilité d'y souscrire, de nombreuses régions ne proposant pas l'offre correspondante. Il n'en demeure pas moins que, depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, le nombre d'assurés ayant opté pour une telle forme d'assurance a augmenté de manière impressionnante, comme le montre le tableau ci-dessous.

Année	Nombre d'assurés avec choix limité de fournisseurs de prestations ¹
1995	35 383
1996	121 598
1997	383 093
1998	494 040
1999 (provisoire)	534 200

Les formes d'assurance avec un choix limité de fournisseurs de prestations se divisent en deux groupes:



Dans les deux cas, les assurés sont limités dans le libre choix du fournisseur de prestations, la différence se situant dans la gestion. Les modèles de *managed care* donnent le droit à une couverture de soins uniforme, avec un seul point de référence à travers toute la chaîne des prestations. L'élément central est le système du médecin de premier recours (gatekeeper) dans lequel un médecin de famille fait la consultation et, le cas échéant, transmet une demande à un autre maillon de la chaîne des traitements. Un pilotage de ce genre fait défaut dans les PPO³⁰. Leur signe distinctif est la sélection des fournisseurs de prestations opérée par les caisses-maladie selon des critères qualitatifs et économiques (autant que faire se peut).

Les *modèles de managed care* se répartissent en deux formes: les HMO (Health Maintenance Organization) et les modèles ou réseaux du médecin de famille. L'encadré ci-après en expose les principales caractéristiques.

HMO	Modèle du médecin de famille
Cabinet de groupe avec médecins employés	Médecins (prestataires de base) ayant leur propre cabinet et affiliés à un groupe sur le plan régional ou local
Financement par des forfaits individuels qui couvrent les frais internes et externes de la fourniture des soins	Financement actuel presque exclusivement selon le schéma classique, via un décompte de prestations individuelles
Responsabilité budgétaire	Groupes isolés, chacun gardant son autonomie budgétaire, mais parfois participation calculée au prorata des résultats
Contrat avec une ou plusieurs caisses-maladie	Contrat avec une ou plusieurs caisses-maladie
Système du médecin de premier recours (gatekeeping)	Système du médecin de premier recours (gatekeeping)

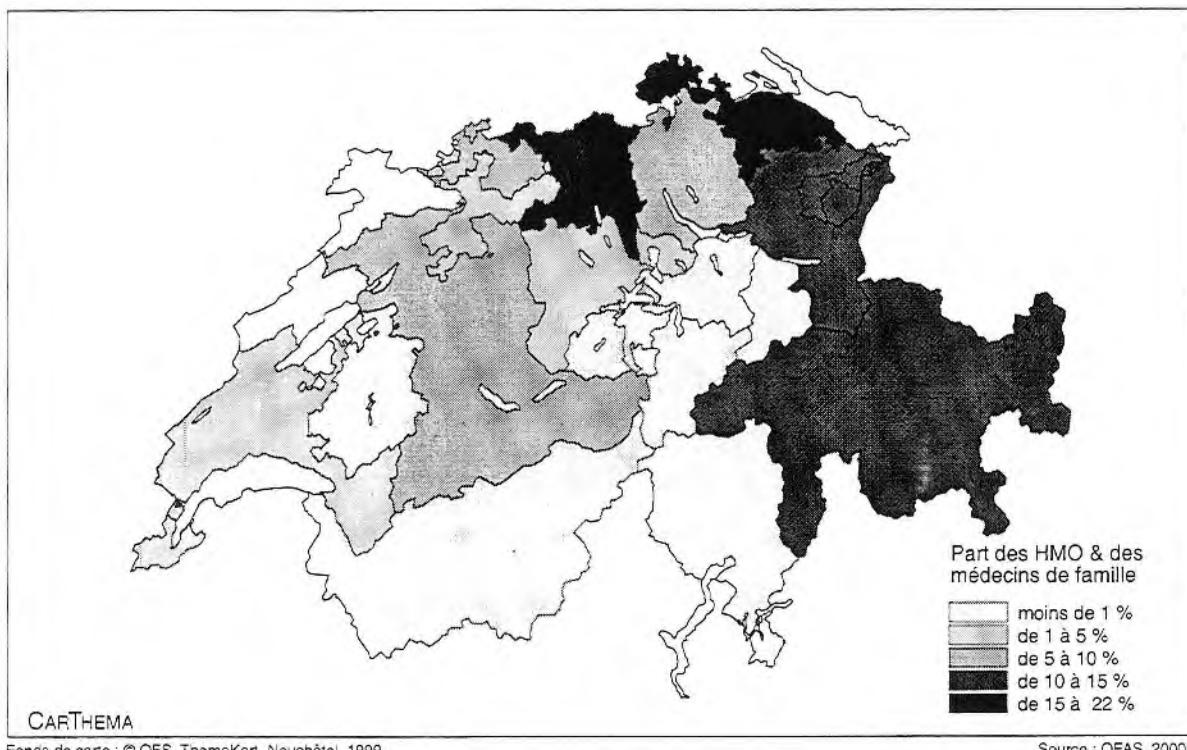
Les modèles du médecin de famille ont fait une réelle percée, avec 380 000 assurés à la fin de 1999. Ils sont suivis par les HMO avec 100 000 assurés. Les 50 000 assurés restants ayant opté pour des formes d'assurance-maladie avec choix limité des fournisseurs de prestations se répartissent entre les PPO³¹ et d'autres modèles non traités ci-après.

La pénétration régionale des assurances du modèle du médecin de famille et des HMO est très inégale. Le système de managed care est absent ou il ne représente qu'une proportion inférieure à 1% des assurés dans dix cantons. En effet, soit il n'y a aucune proposition d'assurance correspondante, soit elle reste très minoritaire (p. ex. une unique offre d'une

³⁰ PPO (Preferred Provider Organisation): Ces modèles, qui existent avant tout aux Etats-Unis, sont plus ouvert que les HMO. Dans les PPO, la liberté de choix n'est pas limitée par contrat. En cas de maladie, les assurés ont la possibilité de faire appel également à des médecins non associés aux PPO. Ils ont néanmoins un intérêt financier à se faire soigner par les médecins de premier recours des PPO. Lorsqu'on s'adresse, en effet, à des fournisseurs de prestations extérieures au réseau, la PPO ne prend en charge que les coûts qu'elle assumerait pour un traitement effectué par ses propres médecins. La différence est supportée par les assurés sous la forme d'une participation aux coûts plus élevée. Voir Schütz Stefan in CHSS 4/1996, p 203).

³¹ Ce peut être par exemple une forme d'assurance dans laquelle les assurés s'engagent à recourir à un médecin de famille considéré comme médecin de premier recours sans que celui-ci appartienne à un réseau du médecin de famille.

caisse-maladie). Par ailleurs, 3 cantons – Thurgovie, Argovie et Schaffhouse – présentent une part élevée d'assurés (20%) dans les formes de managed care. Il ressort donc nettement de ces chiffres que les nouvelles formes d'assurance ont (peuvent avoir) des chances considérables sur le marché si une offre suffisante existe. Cela vaut également pour les réseaux de médecins de famille et les HMO. Dans certaines villes, les HMO qui n'ont pourtant qu'une zone d'attraction essentiellement locale comptent 10% d'assurés, la limite maximale avoisinant même parfois 20%.



L'augmentation des effectifs des formes particulières d'assurance de l'assurance-maladie obligatoire demande à la fois une statistique quantitative et une description qualitative. La statistique officielle de l'assurance-maladie ne peut jusqu'à présent mettre en évidence le nombre des assurés et leur structure pour chaque forme d'assurance. De même, on connaît peu les distinctions internes en particulier dans les réseaux de médecins de famille. Ce manque de transparence est insatisfaisant au regard des attentes placées dans les nouvelles formes d'assurance.

Réseaux du médecin de famille

En 1999, on a recensé au total 71 réseaux de médecins de famille comptant 378 039 assurés pour 3 699 médecins. Cette forme d'assurance est le plus largement répandue dans les cantons de Thurgovie, d'Argovie et de Schaffhouse. Dans dix cantons, on ne trouve aucune forme d'assurance du médecin de famille et par conséquent pas d'assurés de ce type de réseau. En 2000, le produit "assurance du médecin de famille" est proposé par 40 assureurs

sur 109. Ces assureurs ont conclu des contrats directement avec les médecins de famille ou par le biais d'organisations de managed care (MCO)³².

Voici un aperçu de l'ordre de grandeur des réseaux:

Assurés par réseau du médecin de famille	Moyenne: 5'324; 25% des réseaux comptent moins de 1000 assurés; 25% 7000 ou plus
Médecins par réseau	Moyenne 52; près de 30% des réseaux comptent moins de 20 médecins, un quart en comprend 60 ou plus. Presque 90% des médecins sont des généralistes ou des spécialistes de médecine interne
Assurés d'un réseau par médecin de famille	Moyenne 149; dans la moitié des réseaux un médecin soigne 100 assurés, dans un bon tiers il en soigne 200 ou plus

De très grands réseaux comptant 100 médecins conventionnés ou plus se trouvent dans des cantons où l'on ne trouvait guère de subdivisions régionales; une base numérique suffisante fait néanmoins défaut à presque tous ces réseaux. Généralement, les réseaux ont été mis en place dans une zone au sein d'un canton où parfois il existait déjà des coopérations (p. ex. organisations de secours). On note essentiellement à propos des modèles actuels du médecin de famille que les médecins y participent selon le principe de la territorialité et non pas en raison d'un engagement ou d'un intérêt marqué en faveur d'une forme de soins particulière. Les deux tiers tout juste des réseaux sont constitués de médecins tous ou presque tous installés dans la région (et concernés par la spécialisation de médecin de premier recours), dans 16% seulement des réseaux, moins de la moitié d'entre eux se sont affiliés à un réseau du médecin de famille.

Ces réseaux, généralement fondés à l'initiative de médecins ou de sociétés de médecins cantonales, ont pour la plupart des contrats avec plusieurs partenaires assureurs (plusieurs assureurs et/ou des MCO). Les contrats règlent surtout la participation des médecins, les rapports avec les assurés, les processus de décomptes et les tâches des MCO ou des caisses-maladie ainsi que les indemnités et la répartition des pertes et profits. En règle générale, les réseaux actuels pratiquent les décomptes à la prestation selon le schéma traditionnel. Pour évaluer les résultats, on compare l'ensemble des coûts des patients d'un réseau (directement présentés et ordonnés par le médecin de famille) à un budget virtuel qui indique notamment les coûts attendus en fonction de la structure des assurés et des coûts de l'année précédente. Une partie des contrats règle une participation aux pertes et profits lors d'un dépassement du budget virtuel ou lorsque celui-ci n'est pas atteint. L'ordre de fluctuation est de 2000 à 5000 francs par an et par médecin. Dans quelques cas seulement, on note dans ces réseaux une bonification sur les forfaits individuels (système de capitation totale) comme c'est l'usage dans les HMO.

Les réseaux du médecin de famille reçoivent la plupart du temps comme données de contrôle des statistiques trimestrielles concernant les coûts et les prestations qui, d'une part, leur incombent à proprement parler, et d'autre part, découlent des mandats. Ces données ne sont toutefois peu différencierées et, de ce fait, insuffisantes pour être utilisées dans le contrô-

³² Les MCO sont des institutions intermédiaires qui travaillent selon le système de managed care sur mandat de plusieurs caisses.

ling. Il est vrai qu'en général cependant l'idée d'une gestion nouvelle et globale du système de santé n'est pas profondément ancrée dans la plupart des réseaux du médecin de famille. Une partie considérable de ces réseaux n'avait pas du tout pour objectif de développer un système de managed care, mais voulait surtout empêcher une extension globale des PPO et des HMO. On ne dispose donc pas pour ces réseaux de valeurs de référence comme pour les systèmes de managed care, en particulier:

- le controlling général, soit l'analyse des coûts en propre et ceux résultant des mandats, les comparaisons entre les fournisseurs de prestations, les analyses découlant du diagnostic;
- la collaboration sélective avec des fournisseurs de prestations externes conformément à leur profil de coûts et à leur profil de qualité ;
- le dégagement d'une unité de doctrine, le développement et l'implantation de lignes directrices;
- la qualité du travail en général.

La collaboration au sein des réseaux du médecin de famille est peu développée: dans presque 30% des réseaux, les assemblées plénierées ou les groupes de travail se réunissent tout au plus quatre fois par an, dans la moitié neuf fois par an au maximum. En revanche, dans les quelques rares réseaux qui travaillent uniquement avec le système de capitation totale³³, une réunion a lieu chaque semaine ou tous les quinze jours.

En conclusion, on ne peut guère se prononcer sur les systèmes de managed care dans la plupart des réseaux du médecin de famille actuels, à l'exception de la médecine de premier recours. Mais celle-ci ne peut déployer ses effets que dans un système transparent et lié. Toutefois, l'attente serait pleinement satisfaite si deux éléments étaient réunis: une extension fortement quantitative comme elle a eu lieu en seulement deux à trois ans et l'implantation d'un système de managed care digne de ce nom. Les comportements et les idées dans ce domaine devraient considérablement se modifier: suppression de l'autonomie complète du médecin dans le cabinet privé, disposition à la transparence et à la collaboration. Les besoins en formation et en développement concernant les instruments nécessaires (données) sont également très importants ainsi que la collaboration nouvelle, voire inédite, entre les médecins et les assureurs.

Même si le managed care a une importance plutôt faible pour le moment, les réseaux du médecin de famille offrent cependant l'opportunité de réunir des expériences qui peuvent être essentielles pour le développement futur. Parmi les modifications importantes pour le médecin via les membres du réseau, on cite très souvent: une transparence accrue des coûts propres et des coûts découlant de mandats, un renforcement de la position du médecin de famille, la transparence concernant les médecins et les hôpitaux auxquels on adresse les patients et enfin le renforcement de la conscience des coûts des médecins conventionnés.

³³ En ce qui concerne la problématique du calcul et de la fixation du forfait individuel, voir le numéro 1/2001 du périodique *Managed Care*, le périodique suisse pour le Managed Care et le Care Management.

HMO

En 1999, on dénombrait 28 HMO qui réunissaient bien 100 000 assurés. Le point culminant des fondations de HMO se situe en 1994 et en 1995. Le nombre d'assurés des HMO n'augmente que rarement depuis 1998. Il est à noter que les HMO sont typiquement situées dans de grandes agglomérations urbaines; un seul assureur a opéré plus largement.

En 1999 également, on note que le nombre d'assurés des HMO se situe entre 2500 et 4000; seules 2 HMO comptent plus de 5000 assurés. Le nombre des centres médicaux par HMO varie de 2,3 à 7,9. Dans la plupart des HMO, 800 à 1200 assurés se concentrent sur un centre médical. Comme parfois des personnes qui ne sont pas assurées HMO ont aussi été prises en charge, l'interprétation de cette donnée a ses limites.

Les HMO sont supportées principalement par des caisses-maladie ou des MCO; on note cependant 3 exceptions en 1999: 2 HMO propres à des médecins et une HMO ayant la forme juridique d'une fondation. Les HMO ont cependant des contrats avec plusieurs caisses-maladie (2 à 6), qui proposent à leurs assurés le produit "HMO". Ces caisses remboursent aux HMO les frais de soins de leurs assurés dans ce type de réseau par un forfait individuel. Les forfaits individuels sont d'abord pondérés selon l'âge et le sexe, mais on a aussi expérimenté d'autres critères.

Par ailleurs une série de réglementations concernant la gestion de la santé a été développée dans les HMO. Les instruments de pilotage les plus importants concernant la collaboration avec des *fournisseurs de prestations externes* ne sont toujours pas des conventions de collaboration explicite, p. ex. des contrats PPO, mais des listes proposant une sélection qui ont été élaborées au fil du temps. Des conventions spéciales ont été conclues avec des laboratoires externes dans lesquels la composante du prix est aussi réglementée. En outre des psychothérapies sont déléguées à des thérapeutes non-médecins à un taux d'honoraire fixe. Enfin, il est de la plus grande importance non seulement de sélectionner les fournisseurs de prestations externes, mais aussi de discuter de l'orientation éventuelle du patient vers des spécialistes, sans négliger l'observation courante.

Les HMO se basent sur une *médecine factuelle*. Les directives en matière de traitement jouent un rôle croissant; l'utilisation de médicaments est contrôlée, les HMO s'en tirent avec un nombre nettement moins important de spécialités que celles qui sont prescrites dans le système traditionnel. Les instruments ne sont toutefois pas – comme dans les HMO américaines – des directives contraignantes pour les thérapeutes, mais des discussions de cas et des analyses comparatives des données concernant les traitements et les prestations. Nous avons, à cet effet, implanté dans toutes les HMO un controlling médical qui complète les principes d'économie d'entreprise. L'avantage des HMO sur les réseaux du médecin de famille, en termes de controlling, ne réside pas seulement dans la grande diversité des données mais peut-être encore plus dans la manière d'aborder le cas.

Les HMO ont, dès le début, mis l'accent sur *l'aspect qualité*. Dans un système de prestations de santé qui prend en compte explicitement les coûts, la qualité doit être appliquée de manière plus transparente que dans les systèmes traditionnels. C'est la principale raison au fait que les HMO sont en voie de se faire certifier ou l'ont déjà fait. Une fondation EQUAM (contrôle de qualité externe du managed care) a développé toute une série de critères de qualité qui servent de standards pour l'examen et la certification de HMO.

Structure des assurés dans les formes de managed care

Une question centrale en relation avec les formes de managed care concerne la sélection des risques ou plus concrètement: "Est-ce que les bons risques – donc ceux qui occasionnent des coûts plus faibles – adhèrent de manière prépondérante à de tels modèles?" Or l'évaluation du "risque" se heurte à des difficultés, car les informations disponibles sont toujours lacunaires et la formule dans ce domaine ne s'est pas encore concrétisée. Bien que les critères de l'âge et du sexe de chaque assuré ne soient guère parlants comme on le sait, ce sont toujours ceux qui sont utilisés pour définir les groupes de population à risques. Les assurés dans les modèles du médecin de famille ne se distinguent guère par leur structure d'âge et de sexe de l'ensemble des assurés maladie. Il est surprenant de constater que les personnes âgées sont même légèrement surreprésentées dans ces modèles du médecin de famille. Il en va autrement pour les assurés HMO: comme déjà dans la génération pionnière de 1991 à 1994, on peut encore constater aujourd'hui que les "bons risques", soit les personnes âgées de 19 à 40 ans et les hommes, ont tendance à choisir les assurances HMO dans une proportion supérieure à la moyenne. Mais il reste des exemples isolés montrant qu'un marketing ciblé permet d'atteindre une autre structure d'assurés.

Coûts des soins dans les formes de managed care

Les coûts des soins chez les assurés de réseaux du médecin de famille sont inférieurs à ceux des assurés traditionnels. S'agissant d'un collectif de comparaison régional normalisé selon l'âge et le sexe, les coûts sont plus avantageux d'environ 20% en moyenne pour les assurés du médecin de famille. Par conséquent, les réductions de primes de 10 à 15% sont justifiées. On ne peut toutefois discerner de prime abord avec certitude si cet écart est "juste" ou s'il provient parfois d'une saisie imparfaite des risques. Une caisse-maladie (CSS) est arrivée à la conclusion, en affinant l'évaluation du risque, que le véritable avantage en matière de coûts est infime et que la formule du médecin de famille dans sa forme actuelle ne vaut pas la peine pour les assurés; elle a dénoncé ses contrats avec les réseaux du médecin de famille à la fin de 1999. D'autres assureurs également sont plutôt sceptiques quant à la véritable économie, mais ils ne veulent pas se focaliser sur cet élément alors que les réseaux n'existent que depuis peu.

Dans les HMO, les coûts par assuré sont nettement inférieurs à ceux des réseaux du médecin de famille (et des assurés traditionnels). Même en affinant l'évaluation du risque, il reste un écart de coûts qui justifie les réductions de primes de 15 à 20% dans la majorité des cas. Il est vrai que la manière d'établir les coûts au moyen de comptes parallèles suscite des critiques³⁴. Le compte d'exploitation de l'OFAS accuse par exemple pour les HMO un résultat du compte d'exploitation négatif.

Si l'on veut donner des indications sur les coûts, la prise en considération de l'effectif actuel basé sur des informations données ponctuellement n'est pas appropriée. C'est pourquoi un relevé statistique et une analyse standardisés doivent être effectués.

³⁴ Comparaison sur la base du tarif appliqué par les cabinets médicaux traditionnels.

Perspectives

Dans un proche avenir, la question de l'évaluation correcte du risque jouera un rôle encore plus important, car on peut prévoir que dans les réseaux du médecin de famille également, le remboursement au moyen de forfaits individuels gagnera du terrain. On voit la plupart des réseaux existants d'un œil sceptique, on les rejette même, mais d'autres modèles-phares seront trouvés. Le développement des instruments internes de pilotage doit accompagner la modification des formes d'assurance en favorisant le management de la santé. Pour la majorité des réseaux, cette étape – qui certes presuppose et exige une gestion optimale et une amélioration de la collaboration – pourrait cependant prochainement aller trop loin. Même sans nouvelle forme de paiement des honoraires, une évolution se produira chez certains médecins de famille, à vrai dire pas seulement à cause de la pression mise par les partenaires contractuels (assureurs, MCO), mais aussi en raison des effets internes de l'apprentissage. Il faut envisager dans ce processus le rôle grandissant de sociétés de médecins en vue de soutenir les réseaux. En règle générale, le champ d'action des médecins de famille est très différencié. Les chances de croissance peuvent – au regard des cantons dans lesquels des parts du marché atteignent 20% – être considérées comme bonnes. Restent ouverts cependant les effets d'une suppression générale de l'obligation de passer des contrats dans les modèles du médecin de famille. Les assureurs, quant à eux, tablent notamment sur le fait que le manque de transparence des produits d'assurance est trop grand et que, pour cette raison, les médecins de famille pourraient "rester sur la touche". Néanmoins, comme la forme concrète de *la liberté de passer des contrats* n'est pas définie, on ne peut pas encore se prononcer sur les conséquences du changement.

Pour de nombreuses HMO, la question se pose de savoir comment arriver à surmonter la stagnation actuelle. Peut-être en arrivera-t-on à une jonction accrue entre les HMO et les réseaux du médecin de famille, formule notamment pratiquée à Bâle avec succès. Une tâche centrale consistera à devenir attractif aussi pour les mauvais risques, car il est notoire que la gestion des soins des patients dont les coûts se situent annuellement à peut-être 600–700 frs n'a pas beaucoup de sens. Même des économies élevées n'apportent que peu dans cette catégorie de personnes. La possibilité de réductions de primes différencierées incitant largement les mauvais risques à y adhérer est en discussion. Parallèlement, il s'agit de faire des efforts pour mettre davantage en valeur les avantages qualitatifs et les rendre plus transparents.

Les modèles de managed care et, parmi eux, surtout ceux du médecin de famille, sont encore très jeunes. Une phase de différenciation interne et d'autres innovations accompagneront leur percée sur le marché. Ces développements devraient encore être observés car les modèles de managed care n'ont pas encore tenu toutes leurs promesses d'une fourniture de soins plus efficace, sans d'ailleurs avoir failli à leurs engagements.

Un pilotage continu devrait être implanté, avec la structure suivante:

- une observation annuelle et l'établissement d'un rapport sur l'évolution tendancielle en se fondant sur des discussions spécialisées et des évaluations de publications;
- des relevés statistiques tous les 2 à 3 ans directement auprès des payeurs et des offreurs suivant l'exemple des relevés à disposition.

C'est de cette manière qu'un secteur innovateur dans le domaine des soins pourra se développer et que les politiques en discuteront.

Anhang

- Statistischer Erhebungsbogen zu den einzelnen Hausarzt-Netzwerken
- Statistischer Erhebungsbogen zu den einzelnen HMOs
- Fragenkatalog für Gespräche mit Versicherern/MCOs/HMOs
- Fragebogen an PräsidentInnen von Hausarztmodellen

**Statistischer Erhebungsbogen
zu den einzelnen Hausarzt-Netzwerken**

– auszufüllen von MCO oder Versicherung

1. Name der MCO / Versicherung: _____
 2. Hausarzt-Netzwerk: _____
 3. Beteiligte MCO's bzw. Versicherungen:
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
 4. Vertrag mit dem Netzwerk seit: _____
 5. Präsident des Netzwerkes _____
-

VERSICHERTE

6. Anzahl Versicherte (bitte seit Bestehen Ihres Vertrages angeben)

Dez. 1999	_____
31.12.1998	_____
31.12.1997	_____
31.12.1996	_____
31.12.1995	_____

7. Alters- und Geschlechtsstruktur (31.12.1998)¹

	männlich	weiblich
	Anzahl	
0 - 20 J.	_____	_____
21 - 29 J.	_____	_____
30 - 39 J.	_____	_____
40 - 49 J.	_____	_____
50 - 59 J.	_____	_____
60 - 69 J.	_____	_____
70 J. u. älter	_____	_____

¹ In den meisten Fällen wurde die Altersstruktur nach der Abgrenzung des Risikostrukturausgleichs angegeben.
In den anderen Fällen wurde eine Korrektur vorgenommen.

8. Versicherungsart (31.12.1998)

	Anzahl
Franchise regulär	_____
Franchise erhöht	_____
Nur Allgemeinversicherung (einschl. Spital ganze Schweiz)	_____
Spitalzusatzversicherung privat oder halbprivat	_____
Zusatzversicherung Komplementär- medizin	_____
Andere Zusatzversicherung	_____

ÄRZTE

9. Anzahl vertraglich beteiligter Ärzte

Dez. 1999	_____
31.12.1998	_____
31.12.1997	_____
31.12.1996	_____
31.12.1995	_____

10. Fachrichtungen der vertraglich beteiligten Ärzte (31.12.1998)

Allgemeinmediziner	_____
Allgemeine Internisten	_____
Pädiater	_____
Gynäkologen	_____
Andere Fachrichtungen	_____

11. Verteilung der Hausarztversicherten auf die beteiligten Ärzte

	Anzahl oder % der Ärzte
– unter 10 Versicherte	_____
– 10 - u. 30 Versicherte	_____
– 30 - u. 50 Versicherte	_____
– 50 - u. 100 Versicherte	_____
– 100 oder mehr Versicherte	_____

KOSTEN

12. Kosten und Kostenentwicklung

(entweder Jahreskosten oder Kosten pMpM)

	Ist-Kosten pro Versicherten	Kosten pro Versicherten eines regionalen Referenzkollektivs (standardisiert)
1998	_____	_____
1997	_____	_____
1996	_____	_____
1995	_____	_____

13. Mit welchen Merkmalen wird das Referenzkollektiv gebildet?

Alter () Geschlecht ()

Anderes, und zwar: _____

14. Kostenstruktur 1998

Franken oder % der Gesamtkosten

- Behandlung eigene Praxis
 - Behandlung andere Arztpraxis
 - Spitalbehandlung stationär
 - Spitalbehandlung ambulant
 - Medikamente
 - Gemeindekrankenpflege
 - Stationäre Langzeitpflege
 - Labor (extern)
 - Sonstiges

15. Gewinn-/Verlustbeteiligung der Ärzte

Hat es 1998 eine Gewinn-/Verlustbeteiligung gegeben? In welcher Höhe je Arzt?

Gewinnbeteiligung

Verlustbeteiligung

Keine Gewinn-/Verlustbeteiligung 1998 ()

Statistischer Erhebungsbogen zu den einzelnen HMOs

– auszufüllen von MCO oder Versicherung (bzw. von HMO bei selbstverwalteten HMOs)

1. Name der MCO / Versicherung: _____
 2. HMO: _____
 3. Beteiligte MCO's bzw. Versicherungen:
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 - 4a. Startdatum der HMO: _____
 - 4b. Seit wann besteht ein Vertrag mit dieser HMO?: _____
 5. Leitender Arzt: _____
-

VERSICHERTE

6. Anzahl Versicherte

Dez. 1999	_____
31.12.1998	_____
31.12.1997	_____
31.12.1996	_____
31.12.1995	_____

7. Alters- und Geschlechtsstruktur (31.12.1998)²

	männlich	weiblich
	Anzahl	
0 - 20 J.	_____	_____
21 - 29 J.	_____	_____
30 - 39 J.	_____	_____
40 - 49 J.	_____	_____
50 - 59 J.	_____	_____

² In den meisten Fällen wurde die Altersstruktur nach der Abgrenzung des Risikostrukturausgleichs angegeben.
In den anderen Fällen wurde eine Korrektur vorgenommen.

60 - 69 J. _____

70 J. u. älter _____

8. Versicherungsart (01.01.1999)

	Anzahl
Franchise regulär	_____
Franchise erhöht	_____
Nur Allgemeinversicherung (einschl. Spital ganze Schweiz)	_____
Spitalzusatzversicherung privat oder halbprivat	_____
Andere Zusatzversicherung	_____

PERSONAL UND INFRASTRUKTUR

9. Anzahl Mitarbeiter/innen im Dez. 1999 (bitte in Vollzeitäquivalenten angeben)

HMO-ÄrztInnen	_____
Sonst. Medizinisches Personal einschl.	_____
Praxisassistentinnen	_____
Verwaltungspersonal	_____

10. Fachrichtungen der HMO-ÄrztInnen (im Dez. 1999)

	insgesamt	Vollzeitäquivalent (wenn möglich)
Allgemeinmediziner	_____	_____
Allgemeine Internisten	_____	_____
Pädiater	_____	_____
Gynäkologe	_____	_____
Andere Fachrichtungen	_____	_____

11. Sachausstattung, medizinische Apparaturen

EKG

Lungenfunktionsprüfung

Ultraschallgerät

Röntgengerät

Doppler

Blutchemisches Untersuchungsgerät

Mikroskop (Hämatologie)

Urindiagnostik

Bakteriologie

Apotheke für Selbstdispensation

KOSTEN**12. Kosten und Kostenentwicklung**

(entweder Jahreskosten oder Kosten pMpM)

	Ist-Kosten pro Versicherten	Kosten pro Versicherten eines regionalen Referenzkollektivs (standardisiert)
1998	_____	_____
1997	_____	_____
1996	_____	_____
1995	_____	_____

13. Mit welchen Merkmalen wird das Referenzkollektiv gebildet?

Alter () Geschlecht ()

Anderes, und zwar: _____

14. Kostenstruktur 1998 Franken oder % der Gesamtkosten

- Behandlung eigene Praxis _____
- Behandlung andere Arztpraxis _____
- Spitalbehandlung stationär _____
- Spitalbehandlung ambulant _____
- Medikamente _____
- Gemeindekrankenpflege _____
- Stationäre Langzeitpflege _____
- Labor (extern) _____
- Sonstiges _____

15. Basis für die Kostenangaben:

- Schattenrechnung
- Betriebsrechnung

Fragenkatalog für Gespräche mit Versicherern/MCOs/HMOs

Qualitative Informationen

Verträge mit Hausarztnetzen bzw. Hausärzten:

- Regelungen des Zugangs und Ausscheidens
- Verpflichtungen Hausärzte/Versicherer bzw. MCO
- Gewinn- und Verlustbeteiligung

Rechtsform der HMOs, Leitungsstruktur

- Rechtsform
- Medizinische und administrative Leitung
- Aufgabenverteilung MCO bzw. Versicherer/HMO

Budgetierung, Prämien, Steuerung

- (Virtuelles) Budget vorhanden? Wie wird es erstellt, welche Risikofaktoren werden berücksichtigt?
- Wie erfolgt Festsetzung Prämienreduktion?
- Welche Daten werden den Hausarztnetzen/den HMOs in welcher Periodizität zur Verfügung gestellt? Mit welcher zeitlichen Verzögerung?

Gatekeeping

- Ausnahmen
- Striktheit der Anwendung

Qualitätssicherung

- Zertifizierung
- Leitlinien
- Qualitätszirkel

Unterstützung der Hausarztnetze/der HMOs durch MCO bzw. Versicherer hinsichtlich

- Auswahl externer Leistungserbringer
- Guidelines
- Medikamentenlisten etc.
- Qualitätssicherung

Versichertenakquisition und Austritte

- Wer trägt (am meisten) zur Versichertenakquisition bei (Versicherung, Hausärzte bzw. HMO)?
- In welcher Größenordnung bewegen sich die Austritte? Werden die Austrittsgründe untersucht?

Einschätzung der Erfolgsfaktoren und der zukünftigen Perspektiven

- Wesentliche Erfolgsfaktoren für ein Hausarztnetz/eine HMO
- Entwicklungsperspektiven
- ❖ Generell für Hausarztnetze, HMOs
- ❖ Welche Veränderungen im Verfahren, in der Organisationsform zeichnen sich ab bzw. sind erwünscht?
- ❖ Zukünftige Rolle MCO/Versicherer im Verhältnis zu den Netzen, den HMOs

Fragebogen an PräsidentInnen von Hausarztmodellen

-
1. Name des Hausarztmodells: _____
 2. Rechtsform: Verein () AG () Sonstiges: _____
 3. Startdatum: _____
 4. Anzahl der vertraglich beteiligten Ärzte (Dez. 99): _____
 5. Anzahl der vertraglich beteiligten Ärzte beim Start: _____
 6. Anzahl Versicherter (aktueller Stand): _____
 7. Mit welchen MCOs und Versicherern bestanden 1999 Verträge? _____

 8. Welche **Voraussetzungen** bestehen für die Teilnahme von Ärzten am Hausarztmodell? (Bitte alles Zutreffende ankreuzen bzw. angeben)
FMH-Titel () Allgemeinarzt od. allgemeiner Internist ()
Andere mögliche Fachrichtungen: _____
Mindestanzahl Praxisjahre (), und zwar _____
Wahl durch bisherigen Teilnehmer ()
Anderes: _____
 9. Wieviel Prozent der Ärzte in der Region, bei denen die Voraussetzungen zutreffen, sind am Hausarztmodell beteiligt?
ungefähr _____ %
 10. Hat es 1999 Neuzugänge bei den Ärzten gegeben?
ja, Anzahl _____ nein ()
 11. Sind 1999 nicht durch Praxisaufgabe bedingte Austritte vorgekommen?
ja, Anzahl _____ nein ()
 12. Von wem ging hauptsächlich die Initiative für die Gründung des Hausarztmodells aus?
von Medizinischer Gesellschaft () von MCO oder Versicherung ()
Von einer Ärztegruppe, die schon zusammengearbeitet hat (z.B. Notfallgruppe) ()
Anderes _____

 13. In welcher Form erfolgt die **Zusammenarbeit** im Hausarztmodell?
Sitzungen des Plenums () ca. _____ mal jährlich
Gibt es Arbeitsgruppen/Qualitätszirkel im Hausarztmodell oder ähnliches und wie oft etwa treffen die sich?
Gruppen: _____ ca. _____ mal jährlich
_____ ca. _____ mal jährlich
_____ ca. _____ mal jährlich
ca. _____ mal jährlich
keine Ärztegruppen/Qualitätszirkel ()

14. Nehmen Netzärzte an Arbeitsgruppen/Qualitätszirkeln teil, die über das Netz hinausreichen?

ja () nein () nicht bekannt ()

15. In welcher Form werden Arbeitsergebnisse aus Arbeitskreisen/Qualitätszirkeln für die Gesamtheit der Ärzte im Hausarztmodell zugänglich gemacht?

Berichte vor dem Plenum () Schriftliches Material ()
 via Internet () kein spezieller Transfer ()
 Anderes: _____

16. Um welche Themen bzw. Arbeitsinhalte geht es in den Plenaren oder Arbeitsgruppen? und wie wichtig sind die Themen?

	wichtig	kommt auch vor	unwichtig, kommt nicht vor
Besprechung der Controllingdaten (Kostendaten)	()	()	()
Entwicklung, Verfeinerung von (ärzteeigenen) Informationssystemen, Vernetzung	()	()	()
Analyse von Controllingdaten mit dem Ziel, Empfehlungen zu entwickeln, Veränderungen herbeizuführen	()	()	()
Beziehungen zu MCO bzw. Versicherern, Fragen des Vertrages, der Finanzierung	()	()	()
Bewertung, Auswahl von Fachärzten, Krankenhäusern und anderen Externen, mit denen man zusammenarbeitet	()	()	()
Medikationsverhalten, Entwicklung von Medikamentenlisten	()	()	()
Erarbeitung oder Adaption von Leitlinien	()	()	()
Fallbesprechungen	()	()	()
Andere Themen, und zwar	_____	_____	_____

17. Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit MCOs bzw. Versicherern?

Mit MCOs Mit Versicherern

sehr gut () sehr gut ()

gut () gut ()

es geht () es geht ()

nicht besonders gut () nicht besonders gut ()

Welche Probleme gibt es?

18. In welcher Hinsicht würden Sie evtl. von den MCOs bzw. den Versicherern mehr Unterstützung erwarten? (Bitte alles Zutreffende ankreuzen)

Finanzierung des Aufwandes ()

Verbesserte Daten und Analysen ()

Verbesserte Bewertung der Kosten, Erhöhung der Aussagekraft zur Risikostruktur ()

Unterstützung bei der Arbeit der Qualitätszirkel ()
Unterstützung bei der Auswahl von Kooperationspartnern oder
Erstellung von Medikamentenlisten ()
anderes, und zwar _____
nichts, Unterstützung ist ausreichend ()

19. Die einzelnen Hausarztmodelle sind unterschiedlich strukturiert. Glauben Sie, dass das Hausarztmodell, das Sie vertreten, im Wesentlichen so bleiben kann oder glauben Sie, dass Veränderungen erforderlich sind?

Kann im Wesentlichen so bleiben ()
Veränderungen sind erforderlich (bitte in Stichworten angeben) _____

20. Wie beurteilen Sie die teilweise vorhandenen Bestrebungen, für Hausarztmodelle zu Kopfpauschalen überzugehen (full capitation)?

eher gut () teils, teils () eher schlecht ()

21. Welche Veränderungen hat es Ihrer Einschätzung nach durch die Teilnahme am Hausarztmodell für die Ärzte gegeben? (Bitte alles Zutreffende ankreuzen)

Engere Arzt-/Patientenbeziehung durch Gate-keeping ()
Verbesserte Information über den Patienten ()
Mehr Patienten aufgrund des neuen Versicherungsangebotes ()
Erhöhte Transparenz über eigene und veranlasste Kosten ()
Mehr Transparenz über Ärzte (Fachärzte) und Krankenhäuser, zu denen man Patienten überweist ()
Veränderungen des Beziehungsnetzes (zu Fachärzten, Krankenhäusern, etc.) ()
Stärkung der Position des Hausarztes ()
Stärkung des Kostenbewusstseins bei den beteiligten Ärzten ()
Andere Veränderungen _____

keine nennenswerten Veränderungen ()

Herzlichen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Ansprechpartner für Rückfragen: _____ Tel.Nr. _____

Beiträge zur sozialen Sicherheit

In dieser Reihe veröffentlicht das Bundesamt für Sozialversicherung Forschungsberichte (fett gekennzeichnet) sowie weitere Beiträge aus seinem Fachgebiet. Bisher wurden publiziert:

Aspects de la sécurité sociale

Sous ce titre, l'Office fédéral des assurances sociales publie des rapports de recherche (signalés en gras) ainsi que d'autres contributions relevant de son champ d'activité. Ont déjà été publiés:

Aspetti della sicurezza sociale

Sotto questo titolo, l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali pubblica dei rapporti di ricerca (segnalati in grassetto) nonché altri contributi inerenti alla sua sfera d'attività. La maggior parte dei rapporti appare in tedesco e in francese.

	Bezugsquelle Bestellnummer Source Nº de commande
Forschungsbericht: Wolfram Fischer, Möglichkeiten der Leistungsmessung in Krankenhäusern: Überlegungen zur Neugestaltung der schweizerischen Krankenhausstatistik. Nr. 1/94	EDMZ* 318.010.1/94 d
Rapport de recherche: Wolfram Fischer, Possibilités de mesure des Prestations hospitalières: considérations sur une réorganisation de la statistique hospitalière. N° 1/94	OCFIM* 318.010.1/94 f
Rapport de recherche: André Bender, M. Philippe Favarger, Dr. Martin Hoesli: Evaluation des biens immobiliers dans les institutions de prévoyance. No 2/94	OCFIM* 318.010.2/94 f
Forschungsbericht: Hannes Wüest, Martin Hofer, Markus Schweizer: Wohneigentumsförderung – Bericht über die Auswirkungen der Wohneigentumsförderung mit den Mitteln der beruflichen Vorsorge. Nr. 3/94	EDMZ* 318.010.3/94 d
Forschungsbericht: Richard Cranovsky: Machbarkeitsstudie des Technologiebewertungsregister. Nr. 4/94	EDMZ* 318.010.4/94 d
Forschungsbericht: BRAINS: Spitex-Inventar. Nr. 5/94	EDMZ* 318.010.5/94 d
Rapport de recherche: BRAINS: Inventaire du Spitex. No 5/94	OCFIM* 318.010.5/94 f
Forschungsbericht: Jacob van Dam, Hans Schmid: Insolvenzversicherung in der beruflichen Vorsorge. Nr. 1/95	EDMZ* 318.010.1/95 d

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne

* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna

** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: BASS: Tobias Bauer. Literaturrecherche: Modelle zu einem garantierten Mindesteinkommen. Nr. 2/95	EDMZ* 318.010.2/95 d
Forschungsbericht: IPSO: Peter Farago. Verhütung und Bekämpfung der Armut: Möglichkeiten und Grenzen staatlicher Massnahmen. Nr. 3/95	EDMZ* 318.010.3/95 d
Rapport de recherche: IPSO: Peter Farago. Prévenir et combattre la pauvreté: forces et limites des mesures prises par l'Etat. N° 3/95	OCFIM* 318.010.3/95 f
Bericht des Eidgenössischen Departementes des Innern zur heutigen Ausgestaltung und Weiterentwicklung der schweizerischen 3-Säulen-Konzeption der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge. Oktober 1995	EDMZ* 318.012.1/95 d
Rapport du Département fédéral de l'intérieur concernant la structure actuelle et le développement futur de la conception helvétique des trois piliers de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité. Octobre 1995	OCFIM* 318.012.1/95 f
Rapporto del Dipartimento federale dell'interno concernente la struttura attuale e l'evoluzione futura della concezione svizzera dei 3 pilastri della previdenza per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità. Ottobre 1995	UCFSM* 318.012.1/95 i
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil I	BSV** 96.217
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil II	BSV** 96.538
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen" (IDA FiSo 1): Bericht über die Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (unter besonderer Berücksichtigung der demographischen Entwicklung). Nr. 1/96	EDMZ* 318.012.1/96 d
Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales" (IDA FiSo): Rapport sur les perspectives de financement des assurances sociales (eu égard en particulier à l'évolution démographique). N° 1/96	OCFIM* 318.012.1/96 f
Forschungsbericht: Laura Cardia-Vonèche et al.: Familien mit alleinerziehenden Eltern. Nr. 1/96	EDMZ* 318.010.1/96 d
Rapport de recherche: Laura Cardia-Vonèche et al.: Les familles monoparentales. N° 1/96	OCFIM* 318.010.1/96 f
Bericht der Arbeitsgruppe "Datenschutz und Analysenliste / Krankenversicherung". Nr. 2/96	BSV** 96.567
Rapport du groupe de travail "Protection des données et liste des analyses / assurance-maladie". N° 2/96	OFAS** 96.568

*EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

*OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne

*UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna

** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source Nº de commande
Berufliche Vorsorge: Neue Rechnungslegungs- und Anlagevorschriften; Regelung des Einsatzes der derivativen Finanzinstrumente; Verordnungstext / Erläuterungen / Fachempfehlungen. Nr. 3/96	EDMZ* 318.010.3/96 d
Prévoyance professionnelle: Nouvelles prescriptions en matière d'établissement des comptes et de placements. Réglementation concernant l'utilisation des instruments financiers dérivés. Texte de l'ordonnance / commentaire / recommandations. No 3/96	OCFIM* 318.010.3/96 f
Previdenza professionale: Nuove prescrizioni in materia di rendiconto e di investimenti. Regolamentazione concernente l'impiego di strumenti finanziari derivati. N° 3/96	UCFSM* 310.010.3/96 i
Forschungsbericht: Martin Wechsler, Martin Savioz: Umverteilung zwischen den Generationen in der Sozialversicherung und im Gesundheitswesen. Nr. 4/96	EDMZ* 318.010.4/96 d
Forschungsbericht: Wolfram Fischer: Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich. Nr. 1/97	EDMZ* 318.010.1/97 d
Forschungsbericht: Infras: Festsetzung der Renten beim Altersrücktritt und ihre Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung. Überblick über die Regelungen in der EU. Nr. 2/97	EDMZ* 318.010.2/97 d
Forschungsbericht: Heinz Schmid: Prämien genehmigung in der Krankenversicherung. Expertenbericht. Nr. 3/97	EDMZ* 318.010.3/97 d
Rapport de recherche: Heinz Schmid: Procédure d'approbation des primes dans l'assurance-maladie. Expertise. No 3/97	OCFIM* 318.010.3/97 f
Forschungsbericht: Eine Zusammenarbeit zwischen IPSO und Infras: Perspektive der Erwerbs- und Lohnquote. Nr. 4/97	EDMZ* 318.010.4/97 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher, BASS: Auswirkungen von Regelungen des AHV-Rentenalters auf die Sozialversicherungen, den Staatshaushalt und die Wirtschaft. Nr. 5/97	EDMZ* 318.010.5/97 d
Forschungsbericht: Günther Latzel, Christoph Andermatt, Rudolf Walther, BRAINS: Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit. Band I und II. Nr. 6/97	EDMZ* 318.010.6/97 d

*EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

*OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne

*UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna

**BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

**OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

**UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source Nº de commande
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (IDA FiSo) 2": Analyse der Leistungen der Sozialversicherungen; Konkretisierung möglicher Veränderungen für drei Finanzierungsszenarien.	EDMZ* 318.012.1/97 d
Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales (IDA FiSo) 2": Analyse des prestations des assurances sociales; Concrétisation de modifications possibles en fonction de trois scénarios financiers.	OCFIM* 318.012.1/97 f

*EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

*OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne

*UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna

** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

		Bezugsquelle Bestellnummer Source Nº de commande
Publikationen zur Untersuchung "Neue Formen der Krankenversicherung"		
Publications relatives à l'étude des nouvelles formes d'assurance-maladie		
Übersicht – Synthèse		
Forschungsbericht: Rita Baur, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpf, Johannes Stock (Prognos AG): Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. Synthesebericht. Nr. 1/98	EDMZ* 318.010.1/98 d	
Rapport de recherche: Rita Baur, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpf, Johannes Stock (Prognos AG): Rapport de synthèse: Evaluation des nouveaux modèles d'assurance-maladie. No 1/98	OCFIM* 318.010.1/98 f	
Materialienberichte / Befragungen – Dossiers techniques / Enquêtes		
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Die Wahl der Versicherungsformen. Untersuchungsbericht 1. Nr. 2/98	EDMZ* 318.010.2/98 d	
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Bewertung der ambulanten medizinischen Versorgung durch HMO-Versicherte und traditionell Versicherte. Untersuchungsbericht 2. Nr. 3/98	EDMZ* 318.010.3/98 d	
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Selbstgetragene Gesundheitskosten. Untersuchungsbericht 3. Nr. 4/98	EDMZ* 318.010.4/98 d	
Forschungsbericht: Rita Baur, Armin Ming, Johannes Stock, Peter Lang (Prognos AG): Struktur, Verfahren und Kosten der HMO-Praxen. Untersuchungsbericht 4. Nr. 5/98	EDMZ* 318.010.5/98 d	
Forschungsbericht: Johannes Stock, Rita Baur, Peter Lang (Prognos AG); Prof. Dr. Dieter Conen: Hypertonie-Management. Ein Praxisvergleich zwischen traditionellen Praxen und HMOs. Nr. 6/98	EDMZ* 318.010.6/98 d	
Materialienberichte – Dossiers techniques		
Forschungsbericht: Stefan Schütz et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Versicherte, Leistungen, Prämien und Kosten. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 1. Teil. Nr. 7/98	EDMZ* 318.010.7/98 d	
Forschungsbericht: Herbert Känzig et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Alters- und Kostenverteilungen im Vergleich zu der traditionellen Versicherung. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 2. Teil. Nr. 8/98	EDMZ* 318.010.8/98 d	
Rapport de recherche: Gabriel Sottas et al.: Données administratives de l'assurance-maladie: Analyse de qualité, statistique élémentaire et base pour les exploitations. No 9/98	OCFIM* 318.010.9/98 f	
Die Fragebogen der Versichertenbefragung (5 Teile) sind erhältlich bei: Bundesamt für Sozialversicherung, Sektion Statistik, Hr. Herbert Känzig, 3003 Bern (Tel. 031 / 322 91 48)		

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne

* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna

** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Tobias Bauer, (BASS): Kinder, Zeit und Geld. Eine Analyse der durch Kinder bewirkten finanziellen und zeitlichen Belastungen von Familien und der staatlichen Unterstützungsleistungen in der Schweiz Mitte der Neunziger Jahre. Nr. 10/98	EDMZ* 318.010.10/98 d
Forschungsbericht: Tobias Bauer (BASS): Auswirkungen von Leistungsveränderungen bei der Arbeitslosenversicherung. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 11/98	EDMZ* 318.010.11/98 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS): Auswirkungen von Leistungsveränderungen bei der Witwenrente. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 12/98	EDMZ* 318.010.12/98 d
Forschungsbericht: André Müller, Felix Walter, Renger van Nieuwkoop (ECOPLAN); Stefan Felder: Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen. DYNASWISS – Dynamisches allgemeines Gleichgewichtsmodell für die Schweiz. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr.13/98	EDMZ* 318.010.13/98 d
Forschungsbericht: S.P. Mauch, R. Iten, S. Banfi, D. Bonato, T. von Stokar (INFRAS); B. Schips, Y. Abrahamsen (KOF/ETH): Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen. Schlussbericht der Arbeitsgemeinschaft INFRAS/KOF. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 14/98	EDMZ* 318.010.14/98 d
Forschungsbericht: Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe (BFS): Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens. Bericht im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG. Nr. 15/98	EDMZ* 318.010.15/98 d
Rapport de recherche: Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe (OFS): Les effets de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie dans le financement du système de santé. Rapport établi dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal. No 15/98	OCFIM* 318.010.15/98 f
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber), Forum 1998 über das Rentenalter / sur l'âge de la retraite. Die Referate / Les exposés des conférenciers (April/avril 1998), Nr. 16/98	EDMZ* 318.010.16/98 df
Forschungsbericht: Robert E. Leu, Stefan Burri, Peter Aregger: Armut und Lebensbedingungen im Alter. Nr. 17/98	EDMZ* 318.010.17/98 d
Prof. Dr. Thomas Koller: Begünstigtenordnung zweite und dritte Säule. Gutachten. Nr. 18/98	EDMZ* 318.010.18/98 d
Prof. Dr. Thomas Koller: L'ordre des bénéficiaires des deuxième et troisième piliers. Rapport d'expertise. No 18/98	OCFIM* 318.010.18/98 f

*EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

*OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne

*UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna

**BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

**OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

**UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source Nº de commande
Forschungsbericht: Mikroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. INFRAS. Nr. 19/98 d	EDMZ* 318.010.19/98 d
Rapport de recherche: INFRAS: Effets microéconomiques de la 1 ^{re} révision de la LPP. Rapport final N° 19/98	OCFIM* 318.010.19/98 f
Forschungsbericht: Makroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. KOF/ETHZ, Zürich. Nr. 20/98 d	EDMZ* 318.010.20/98 d
Rapport de recherche: KOF/ETHZ: Effets macroéconomiques de la 1 ^{re} révision de la LPP. Rapport final N° 20/98	OCFIM* 318.010.20/98 f
Forschungsbericht: Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen; Dr. Andreas Balthasar; Interface Institut für Politikstudien; Nr. 21/98 d	EDMZ* 318.010.21/98 d
Rapport de recherche: Dr. Andreas Balthasar (Interface Institut d'études politiques): Efficacité sociopolitique de la réduction de primes dans les cantons. N° 21/98	OCFIM* 318.010.21/98 f
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS): Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung. Nr. 1/99	EDMZ* 318.010.1/99 d
Forschungsbericht: Kurzfassung von 1/99. Nr. 2/99	EDMZ* 318.010.2/99 d
Rapport de recherche: Condensé du n° 1/99. N° 2/99	OCFIM* 318.010.2/99 f
Rapport de recherche: Institut de santé et d'économie ISE en collaboration avec l'Institut du Droit de la Santé IDS: Un carnet de santé en Suisse? Etude d'opportunité. N° 3/99	OCFIM* 318.010.3/99 f
Forschungsbericht: Inhaltsanalyse von Anfragen bei PatientInnen- und Versichertenorganisationen. Dr. med. Karin Faisst MPH, Dr. med. Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich. Nr. 4/99	OCFIM* 318.010.4/99 d
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber). Bedarfsleistungen an Eltern. Öffentliche Fachtagung, Referate / Congrès de spécialistes ouvert, Exposés. Zürich. Nr. 5/99	OCFIM* 318.010.5/99 df
Forschungsbericht: Die ärztliche Beurteilung und ihre Bedeutung im Entscheidverfahren über einen Rentenanspruch in der Eidg. Invalidenversicherung. Ruth Bachmann, Cornelia Furrer (Interface, Institut für Politikstudien). Nr. 6/99	EDMZ* 318.010.6/99 d

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne

* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna

** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source Nº de commande
Forschungsbericht: Christopher Prinz, Europäisches Zentrum für Wohlfahrts- und Sozialforschung, Wien: Invalidenversicherung: Europäische Entwicklungstendenzen zur Invalidität im Erwerbsalter. Band 1 (Vergleichende Synthese). Nr. 7/99	EDMZ * 318.010.7/99 d
Forschungsbericht: siehe Nr. 7/99. Band 2 (Länderprofile). Nr. 8/99	EDMZ * 318.010.8/99 d
Forschungsbericht: Bekämpfung sozialer Ausgrenzung. Band 3. Sozialhilfe in Kanada und in der Schweiz. (OECD). Nr. 9/99	EDMZ * 318.010.9/99 d
Forschungsbericht: Karin Faisst, Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Qualitätssicherung – Bestandsaufnahme. Nr. 10/99	EDMZ * 318.010.10/99 d
Forschungsbericht: Neue Finanzordnung mit ökologischen Anreizen: Entlastung über Lohn- und MWST-Prozente? Ecoplan. Nr. 1/00	EDMZ * 318.010.1/00 d
Forschungsbericht: Freie Wahl der Pensionskasse: Teilbericht. PRASA. Nr. 2/00	EDMZ * 318.010.2/00 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher, BASS: Reform des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung? Studie 2: Empirische Prüfung von Vorschlägen zur Optimierung der heutigen Ausgestaltung. Nr. 3/00	EDMZ * 318.010.3/00 d
Forschungsbericht: Wilhelmine Stürmer, Daniela Wendland, Ulrike Braun, Prognos: Veränderungen im Bereich der Zusatzversicherung aufgrund des KVG. Nr. 4/00	EDMZ * 318.010.4/00 d
Forschungsbericht: Spartaco Greppi, Heiner Ritzmann, Raymond Rossel, Nicolas Siffert, Bundesamt für Statistik: Analyse der Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und anderer Systeme der sozialen Sicherheit. Nr. 5/00	EDMZ * 318.010.5/00 d
Rapport de recherche: Spartaco Greppi, Heiner Ritzmann, Raymond Rossel, Nicolas Siffert, Office fédéral de la Statistique: Analyse des effets de la LAMal dans le financement du système de santé et d'autres régimes de protection sociale. N° 5/00	OCFIM* 318.010.5/00 f
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber). Tagungsband der Arbeitstagung des Eidg. Departement des Innern: Massnahmen des KVG zur Kostendämpfung / La LAMal, instrument de maîtrise des coûts / Misure della LAMal per il contenimento dei costi. N° 6/00	EDMZ * 318.010.6/00 dfi
Forschungsbericht: Auswirkungen des KVG im Tarifbereich; INFRAS, Zürich. Nr. 7/00	EDMZ* 318.010.7/00 d

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne

* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna

** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source Nº de commande
Rapport de recherche: Beat Sterchi, Marcel Egger, Véronique Merckx (Ernst & Young Consulting AG, Bern): Faisabilité d'un „chèque-service”. N° 8/00	OCFIM* 318.010.8/00 f
Rapport de recherche: Jacques-André Schneider, avocat, docteur en droit, chargé de cours, Université de Lausanne: A-propos des normes comptables IAS 19 et FER/RPC 16 et de la prévoyance professionnelle suisse. N° 9/00	OCFIM* 318.010.9/00 f
Forschungsbericht: Leo Aarts, Philipp de Jong (Aarts & de Jong B.V., Den Haag); Christopher Prinz (Europäisches Zentrum für Wohlfahrts-politik und Sozialforschung, Wien): Determinanten der Inanspruchnahme einer Invalidenrente – Eine Literaturstudie. Nr. 10/00	EDMZ * 318.010.10/00 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS), Robert E. Leu (Volkswirtschaftliches Institut der Universität Bern): Finanzierungsalternativen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Nr. 11/00	EDMZ * 318.010.11/00 d
Rapport de recherche: M. Polikowski, R. Lauffer, D. Renard, B. Santos-Eggimann (Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive de Lausanne): Analyse des effets de la LAMal: Le «catalogue des prestations» est-il suffisant pour que tous accèdent à des soins de qualité? N° 12/00	OCFIM* 318.010.12/00 f
Forschungsbericht: Kurt Wyss: Entwicklungstendenzen bei Integrationsmassnahmen der Sozialhilfe. Nr. 13/00	EDMZ * 318.010.13/00 d
Rapport de recherche: Kurt Wyss: Évolution des mesures d'intégration de l'aide sociale. N° 13/00	OCFIM* 318.010.13/00 f
Rapport de recherche: Ariane Ayer, Béatrice Despland, Dominique Sprumont, Institut de droit de la santé, Université de Neuchâtel: Analyse juridique des effets de la LAMal: Catalogue des prestations et procédures. N° 14/00	OCFIM* 318.010.14/00 f
Forschungsbericht: Rita Baur, Ulrike Braun, Prognos: Bestandsaufnahme besonderer Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenversicherung. Nr. 15/00	EDMZ * 318.010.15/00 d

*EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

*OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne

*UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna

** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna