

GUTACHTEN

Finanzielle Anreizwirkungen der Budgetmitverantwortung in der Managed- Care-Vorlage

Im Auftrag des Vereins Ethik und Medizin Schweiz

Prof. Dr. Mathias Binswanger

Hochschule für Wirtschaft an der Fachhochschule Nordwestschweiz in Olten

Mai 2012

Summary

In dem vorliegenden Gutachten werden die finanziellen Anreizwirkungen der in der Managed-Care-Vorlage vorgesehenen Budgetmitverantwortung von Ärztenetzwerken analysiert. Dabei wird deutlich gemacht, dass ein solches Modell nicht generell zu mehr Effizienz und Qualität in der medizinischen Versorgung führt. Eine genauere Analyse der mit der Budgetmitverantwortung verbundenen Anreize zeigt auf, dass ein starker Anreiz zur Einsparung bei externen (eingekauften) Leistungen besteht. Für Behandlungen durch Spezialisten oder Therapien ausserhalb des Netzwerks oder Hospitalisierungen der Patienten wird das Netzwerk finanziell „bestraft“ und es lohnt sich, bei diesen Leistungen zu rationieren. Dies hat tendenziell negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität.

Inhaltsverzeichnis:

1. Einleitung: Gesundheitswesen zwischen Markt und Staat	4
2. Empirische Evidenz für mehr Effizienz und Qualität durch Managed Care?.....	7
3. Budgetmitverantwortung in der Managed Care-Vorlage	13
4. Anreizwirkungen der Budgetmitverantwortung	17
4.1 Grundvarianten der Vergütung und ihre Anreizwirkungen	17
4.2. Anreizwirkungen der Budgetmitverantwortung in der Managed-Care-Vorlage	19
5. Kritische Punkte bei Verträgen zwischen Versicherungen und Ärztenetzwerken	26
6. Schlussfolgerungen.....	30
Literatur	32

1. Einleitung: Gesundheitswesen zwischen Markt und Staat

Die Entwicklung des modernen Gesundheitswesens ist geprägt durch ein ständiges Lavieren zwischen Markt und Staat. Weder eine reine Marktlösung noch ausschliesslich vom Staat zur Verfügung gestellte Gesundheitsdienstleistungen führen zu politisch akzeptablen Resultaten. Eine reine Marktlösung ist deshalb ausgeschlossen, weil die allgemeine Gesundheitsversorgung in diesem Fall nicht mehr für alle Bürgerinnen und Bürger eines Landes gewährleistet wäre. Werden andererseits Marktelemente vollständig ausgeschaltet, dann führt dies zu einem zunehmend fehlenden Kostenbewusstsein sowohl bei den Anbietern als auch bei den Nachfragern.

Um die allgemeine Gesundheitsversorgung für alle erschwinglich zu machen, wird der Marktmechanismus von der Nachfrageseite her seit langer Zeit in erheblichem Ausmass ausser Kraft gesetzt. In fast allen Industrieländern gibt es obligatorische Krankenversicherungen, welche die Kosten der ärztlichen Behandlungen in der medizinischen Grundversorgung zahlen. Das heisst, die eigentlichen Nachfrager, nämlich die Patienten, zahlen nicht direkt für die bezogenen Dienstleistungen, sondern nur indirekt über ihre Versicherungsbeiträge (sogenanntes *third-party payment*). Die Gesunden subventionieren auf diese Weise die Kranken (und Versicherungen mit vielen Gesunden solche mit vielen Kranken über Ausgleichszahlungen), so dass sich alle Bürger und Bürgerinnen eines Staates unabhängig von Einkommen und Gesundheitszustand eine medizinische Grundversorgung leisten können.

Das System des *Third-Party-Payment* galt bis 1996 in der eben beschriebenen Form auch in der Schweiz. Allerdings zeigte es sich im Verlauf der Zeit, dass es in einem solchen System zu einer Überproduktion als auch einem Überkonsum an Gesundheitsdienstleistungen kommt (siehe etwa OECD, 2006). Die Anreize sind so gesetzt, dass Kranke die beste Behandlung ohne Rücksicht auf die Kosten verlangen. Umgekehrt verlegt sich ein gewinnmaximierender Arzt auf die für ihn lukrativste Behandlung, und kümmert sich nicht um die Kosten, da diese in jedem Fall von der Versicherung bezahlt werden. Und die Versicherer bieten die für sie lukrativsten Versicherungsmodelle ohne Rücksicht auf medizinische Notwendigkeiten und gesamtwirtschaftliche Kosten/Nutzen-Überlegungen an. Dieses unabhängige auf den eigenen Vorteil ausgerichtete Verhalten aller Beteiligten ist deshalb möglich, weil letztlich

die Allgemeinheit bezahlt. Der Arzt bzw. ein Spital kann sein Angebot unabhängig von den wirtschaftlichen Möglichkeiten der Patienten gestalten und definiert sein Einkommen so weitgehend selber. Der versicherte Konsument kann hingegen überhöhte Bedürfnisse decken, die er sich eigentlich gar nicht leisten könnte. Die Krankenversicherungen wiederum erhöhen wenn nötig einfach die Prämien und sorgen so für stets steigende Gesundheitskosten, welche dann wiederum die Allgemeinheit über die Krankenkassenprämien zu bezahlen hat-

Um diese Tendenz zu stets steigenden Gesundheitskosten abzumildern, versucht die Politik deshalb in den letzten Jahren die Kosten durch bestimmte Massnahmen wieder verstärkt in das Bewusstsein der Beteiligten zu rücken. So müssen Patienten heute in der Schweiz einen bestimmten Prozentsatz der Behandlungskosten (10 Prozent Selbstbehalt bis zu einem Maximum von 700 CHF) aus dem eigenen Sack bezahlen. Ausserdem besteht seit 1996 die Wahlmöglichkeit zwischen unterschiedlichen Franchisen von 300 CHF bis 2500 CHF, so dass die Versicherten die Option haben, sich im Ausgleich für Prämienreduktionen selbst stärker an den Gesundheitskosten zu beteiligen. Solche nachfrageseitigen Kostenbeteiligungsmassnahmen dienen dazu, den Überkonsum an Gesundheitsdienstleistungen abzuschwächen, indem sie das für den Überkonsum grossenteils verantwortliche Moral-Hazard Verhalten eindämmen (Zweifel and Manning, 2000). Allerdings sind Haushalte mit geringem Einkommen ganz oder teilweise von diesen Kostenbeteiligungsmassnahmen ausgenommen, was immerhin etwa 30 Prozent der Bevölkerung betrifft (Trottmann et al., 2012, S. 232)

Doch die Kostentreiber im Gesundheitswesen finden sich wie auch auf der Angebotsseite. Über lange Zeit wurden Ärzten einfach ihre Behandlungskosten von den Krankenkassen nach einem zwischen den beteiligten Parteien ausgehandelten Tarifsysteem bezahlt und Spitäler erhielten Tagespauschalen für jeden Tag, den sich Patienten im Krankenhaus aufhielten. In den letzten Jahren hat sich nun die Idee durchgesetzt, dass sich das Kostenbewusstsein bei den Anbietern durch künstlich inszenierte Kostenwettbewerbe wieder herstellen liesse (Binswanger, 2010). Was zunächst einleuchtend und vernünftig klingt, erweist sich in der Praxis jedoch schnell als zweischneidiges Schwert. Die Massnahmen zur Durchsetzung der Kostenwettbewerbe setzen teilweise perverse Anreize, die oft nur schwierig durchschaubar sind.

Bei den Krankenhäusern ist der Kostenwettbewerb bereits Realität. Mit Beginn des Jahres 2012 wurde eine Leistungsfinanzierung über Fallpauschalen oder DRG's (Diagnose Related Groups) in Kraft gesetzt. Seither werden sogenannte Fallgruppen pauschal mit einem bestimmten Betrag abgegolten. Wichtigstes Kriterium für die Gruppeneinteilung ist dabei die Hauptdiagnose beim Austritt aus dem Spital. Bezahlt werden die Pauschalen zu 55 Prozent durch den Staat (Kantone) und zu 45 Prozent durch die Krankenkassen, wobei der Staat die Methode zur Berechnung der jeweiligen Pauschalen einheitlich vorschreibt. Auf diese Weise soll indirekt ein Kostenwettbewerb zwischen den Spitälern in Gang gesetzt werden, da sich das finanzielle Ergebnis eines Spitals bei geringeren Behandlungskosten verbessert. Erfahrungen aus dem Ausland zeigen allerdings, dass die Spitäler vor allem dadurch „sparen“, dass sie ihre Kosten zulasten von nachfolgenden Institutionen (vor allem Rehabilitationszentren) und der ambulanten Versorgung reduzieren, wo die Kosten dann entsprechend ansteigen. Ausserdem wird häufig versucht, mit entsprechenden Diagnosen möglichst hohe Fallpauschalen aus den Patienten herauszuholen bzw. vor allem solche Patienten zu behandeln, bei denen sich leicht lukrative Diagnosen stellen lassen (Binswanger, 2010, S.186 ff).

Bei den frei praktizierenden Ärzten versucht man die Effizienz hingegen durch integrierte Versorgungsmodelle zu stärken. Damit werden zwei traditionell verschiedene Anbieter – Ärzte und Versicherer – zu einem integrierten Grossanbieter fusioniert. Ärzte sollen sich zu Netzwerken zusammenschliessen, die dann durch Verträge mit den Krankenversicherern verbunden werden, in denen auch eine Budgetmitverantwortung des Ärztenetzwerks vereinbart wird. Die finanzielle Verantwortung wird somit zwischen Versicherungen und Ärzten aufgeteilt, was bei den Ärzten ein entsprechendes Kostenbewusstsein erzeugen sollte. Solche Versorgungsnetzwerke werden in der Schweiz bereits seit 2004 betrieben und versorgen heute in der Schweiz 1,3 Millionen Versicherte (17 Prozent der Versicherten), was einer Verdreifachung seit 2004 entspricht. Neun von zehn Ärztenetzen haben dabei in den Verträgen mit den Krankenkassen mittlerweile eine Form der Budgetmitverantwortung vereinbart, d.h. ein Ärztenetz übernimmt einen Teil der finanziellen Verantwortung für die medizinische Betreuung eines Kollektivs von Managed-Care-Versicherten. (Berchthold, 2012).

Die Förderung solcher integrierten Versorgungsmodelle ist das Hauptziel der Managed-Care-Vorlage, über welche die Stimmbürger am 17. Juni abzustimmen haben. Durch eine Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) sollen sich dank des finanziellen Anreizes mehr Versicherte für solche Ärztenetzwerke entscheiden. Zu diesem Zweck wird die Kostenbeteiligung für die Versicherten in integrierten Versorgungsnetzen gesenkt (d.h. 10% Selbstbehalt bis zu einem Höchstbetrag von 500 Franken jährlich bei Versicherten in integrierten Versorgungsnetzen; dagegen tragen Versicherte in anderen Modellen mindestens 15% Selbstbehalt bis zu einem Höchstbetrag von 1000 Franken jährlich). Zudem kann der Versicherer für Leistungen, die im Rahmen eines integrierten Versorgungsnetzes erbracht oder veranlasst werden, ganz oder teilweise auf die Erhebung der Kostenbeteiligung verzichten.

Das vorliegende Gutachten analysiert die mit dieser Vorlage gesetzten finanziellen Anreize und gibt Empfehlungen ab, wie sich potenziell schädliche Anreize verhindern bzw. mildern lassen. In Abschnitt 2 wird zunächst der Stand der Literatur dargestellt, was die Auswirkungen von Managed-Care auf Effizienz und Qualität betrifft. In Abschnitt 3 wird die exakte Fassung der Budgetmitverantwortung im neuen KVG (Managed-Care-Vorlage) und in der Botschaft des Bundesrates kurz erläutert. Abschnitt 4 beinhaltet die eigentliche Analyse der mit der Budgetmitverantwortung verbundenen finanziellen Anreize. Abschnitt 5 erläutert, auf welche kritischen Punkte bei den Verträgen zwischen Versicherern und Ärztenetzwerken geachtet werden sollte und gibt einige Empfehlungen ab. In Abschnitt 6 werden dann die wichtigsten Schlussfolgerungen präsentiert.

2. Empirische Evidenz für mehr Effizienz und Qualität durch Managed Care?

Mit der Managed Care Vorlage sollen vor allem zwei Ziele erreicht werden:

1. Verbesserung der Effizienz und Senkung der Kosten
2. Steigerung der Versorgungsqualität.

In nicht wenigen Publikationen und Stellungnahmen, die sich für die Managed-Care Vorlage stark machen, wird die empirische Evidenz so dargestellt, als ob beide Ziele mit Managed-Care Modellen quasi automatisch gewährleistet wären. So lesen wir etwa im dossierpolitik

Nr. 6 „Vernetzte Medizin: bewährt und patientenfreundlich“ des Wirtschaftsverbandes economiesuisse vom 26. März, 2012: „Dass Managed Care bessere Leistungen erbringen kann als das herkömmliche System, ist wissenschaftlich schon mehrfach belegt worden“ (S. 6). Und eine Seite weiter unten heisst es: „Integrierte Modelle arbeiten kostengünstiger als die herkömmliche Versorgung“ (S. 7). Beide Aussagen sind aber wissenschaftlich in dieser Allgemeinheit nicht haltbar. Die erste Aussage bezüglich der Qualitätsverbesserung stützt sich im Wesentlichen auf eine Metaanalyse aus den USA (Ouwens et. al, 2005), in der erstens nur auf die Situation von chronisch kranken Patienten eingegangen wird und in der zweitens zu einem grossen Teil Managed-Care-Modelle untersucht werden, die mit der jetzigen Vorlage für die Schweiz nicht direkt vergleichbar sind. Die Aussage zu den Kostensenkungen bezieht sich hingegen auf eine Studie für die Schweiz von Beck et al. (2009), aus der sich aber, wie weiter unten noch gezeigt wird, keine pauschale Aussage ableiten lässt, dass integrierte Modelle immer kostengünstiger arbeiten als herkömmliche Modelle (siehe auch Haldemann, 2012)

Das Vorgehen von economiesuisse ist typisch für das Vorgehen sowohl der Befürworter als auch der Gegner der Vorlage. Man pickt einige empirische Studien heraus, welche die eigene Meinung unterstützen. Wesentlich vorsichtiger und seriöser in der Argumentation ist die vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) einer Organisationseinheit des Bundesamtes für Statistik in Auftrag gegebene Literaturstudie „Evidenz für Managed Care“ aus dem Jahre 2006 (Berchtold und Hess, 2006). Dort wird zwar als Hauptresultat festgehalten, dass die zwölf ausgewählten Studien zu bereits existierenden HMO-Modellen in der Schweiz auf einen Kostenvorteil der HMOs von 20 – 30 Prozent hinauslaufen (Berchtold und Hess, 2006, S. 35). Die Autoren relativieren dieses Ergebnis aber sogleich wieder, indem sie festhalten, dass keine Aussage aus den verfügbaren Studien gemacht werden kann, ob solche Kostenvorteile auf die Generierung von überflüssigen Leistungen im konventionellen Versicherungsmodell oder durch die Vorenthaltung von sinnvollen Leistungen im Managed Care-Modell zurückgehen. Auch würde in praktisch keiner Studie ein Bezug zur Outcome-Qualität hergestellt. Kosten-Nutzen-Vorteile können aber nur als gesichert gelten, wenn sie mit der gleichen medizinischen Qualität erzielt werden. Die zu vergleichenden Systeme müssten also beide einem konsequenten qualitativen Rating unterzogen werden, was mit einem massiven Aufwand verbunden wäre. Erst eine konsequente Erforschung des Zusammenhangs zwischen Wirtschaftlichkeit und Qualität

kann aber die Frage beantworten, ob Managed Care tatsächlich die Kosten bei gleicher Qualität senkt bzw. bei gleichen Kosten die Qualität verbessert. Solche Forschungen werden aber durch die Tatsache erschwert, dass sich entscheidende Qualitätsaspekte im Gesundheitswesen einer quantitativen Messbarkeit entziehen (Binswanger, 2010).

Bei den meisten der in Berchtold und Hess (2006) untersuchten Literatur wird zudem noch nicht systematisch zwischen Risikoselektion und echten Einsparungen unterschieden. Die Herausforderung bei der Analyse von Ärztenetzwerken liegt darin, dass eine Versichertenpopulation nicht gleichzeitig innerhalb und ausserhalb eines Ärztenetzwerkes beobachtet werden kann. Die Population der Netzwerkversicherten weicht im Normalfall von der Versichertenpopulation in der ordentlichen obligatorischen Krankenpflegeversicherung ab. Häufig sind es eher gesündere und jüngere Kundinnen welche sich für Netzwerke entscheiden. Deshalb müssen geeignete statistische Methoden angewandt werden, um eine Vergleichbarkeit zwischen den beiden Gruppen herzustellen.

Hierzu liegen inzwischen neue, umfangreiche Studien von Beck et. al. (2009, 2011) vor, welche diesem Aspekt besondere Sorgfalt widmen. Anhand von drei unterschiedlichen Schätzverfahren werden in Beck et al. (2011) Einsparungen in sechs Schweizer Netzwerken über die Jahre 2006 – 2009 berechnet. Überall werden dabei risikobereinigte Einsparungen gefunden. Je nach Netzwerk beträgt das gewichtete Mittel der Einsparungen 8 – 20 Prozent der Kosten im Vergleich zu einer risikomässig äquivalenten Gruppe in der ordentlichen obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Allerdings zeigen sich für die einzelnen Netzwerke erhebliche Unterschiede und auch erhebliche Differenzen je nach Berechnungsmethode, welche die Studie selbst nicht erklären kann. In einer weiteren Arbeit kommen Trottmann et al. (2012) bei einer Analyse von Daten der Versicherten beim Krankenversicherer CSS aus den Jahren 2003 bis 2006 zum Ergebnis, dass Ärztenetzwerke Einsparungen von etwa 8% wiederum im Vergleich zu einer risikomässig äquivalenten Gruppe in der ordentlichen obligatorischen Krankenpflegeversicherung bewirken (Beck et al., 2011, S. 7).

Über die Versorgungsqualität (Outcome) der Netzwerke im Vergleich zum herkömmlichen System finden sich aber keine Hinweise in den eben erwähnten Studien. Ausserdem muss berücksichtigt werden, dass die bisher existierenden Schweizer Ärztenetzwerke ihre medizinischen Dienstleistungen zum Teil ohne Budgetmitverantwortung erbrachten,

weshalb die Ergebnisse nicht einfach auf die jetzt vorliegende Managed-Care-Vorlage übertragen werden können. Insgesamt können wir aus der existierenden Literatur somit den Schluss ziehen, dass sich mit Managed Care wahrscheinlich Kosteneinsparungen erzielen lassen, dass es aber unklar ist, inwieweit sie tatsächlich auf eine Erhöhung der Effizienz zurückzuführen sind (siehe auch Interpharma, 2010, S. 5).

Auch über die Gründe für die der Managed Care zugeschriebenen Kostensenkungen gibt es einige Hinweise in den empirischen Arbeiten. Gemäss Trottmann et al. (2012) scheinen besonders geringere Kosten für Spezialärzte und für Medikamente sowie eine geringere Wahrscheinlichkeit einer (ambulanten oder stationären) Spitalbehandlung kostendämpfend zu wirken. Dies wird auch bestätigt durch Wiechmann (2004), der festhält, dass sich allein durch den Einsatz von Arzneimittel-Leitlinien (Guidelines) die Arzneimittelkosten in Managed Care Modellen um über zehn Prozent senken liessen. Ausserdem stellt er eine bis zu 40 Prozent geringere Rate an Krankenhauseinweisungen und eine verkürzte Verweildauer der Patienten im Krankenhaus fest. Berchthold und Hess (2006, S. 20) finden in ihrer Literaturanalyse vor allem Hinweise auf kostensenkende Effekte des mit Managed Care verbundenen Gatekeeping. Dieses verringert den Ressourcenaufwand pro Konsultation, den Einsatz apparativer Medizin, die Konsultationszahl und die Anzahl an Überweisungen. Auch Kühne et al. (2003) finden Kosteneinsparungen in der Grössenordnung von 15 Prozent bei der Untersuchung eines Hausarztmodells im Kanton Aargau aufgrund des Gatekeeping-Effekts. Bei all diesen Befunden bleibt aber wiederum unklar, inwieweit diese Effekte auf eine Verbesserung der Effizienz oder eben auf Vorenthaltung von sinnvollen Leistungen oder unterbliebene notwendige Weiterweisungen an Aerzte ausserhalb des Netzwerkes zurückzuführen sind.

Ausserdem gilt es einen weiteren wichtigen Aspekt zu beachten. Untersuchungen zu den Kosteneinsparpotentialen von Managed Care beschränken sich im Normalfall darauf, die Behandlungskosten risikoäquivalenter Gruppen in einem Managed-Care-Modell und in der ordentlichen obligatorischen Krankenpflegeversicherung miteinander zu vergleichen. Was dabei vernachlässigt wird, sind die mit den jeweiligen Systemen verbundenen Overhead-Kosten (Bürokratie), die man bei einem echten Effizienzvergleich nicht vernachlässigen darf. Diese Overheadkosten, die etwa durch Messen, Zertifizieren, Kontrollieren oder Risikoausgleich verursacht werden, sind bei Managed-Care-Modellen zum Teil beträchtlich.

Hier besteht dringender Forschungsbedarf, da bis jetzt noch gar keine solchen umfassenden Effizienzvergleich angestellt wurden.

Die eben erwähnte Vernachlässigung der Overhead-Kosten könnte auch mit ein Grund dafür sein, warum sich auf makroökonomischer Ebene, dann im Allgemeinen doch keine Kostenvorteile in Ländern mit flächendeckenden Managed-Care-Modellen beobachten lassen. So lässt sich in den klassischen Managed-Care Ländern USA, Grossbritannien und Norwegen ein überproportionaler Anstieg der Gesundheitskosten im Vergleich zur Entwicklung im Schweizer Gesundheitswesen feststellen (OECD, 2010). In den USA scheint sich die Ausbreitung des Managed Care zwar in den 90er Jahren des vergangenen Jahrhunderts kostendämpfend ausgewirkt zu haben. Doch seit Beginn des neuen Jahrtausends zeigt sich wieder ein starker Anstieg der Gesundheitskosten der 2 bis 3 mal höher ist als die allgemeine Teuerung. Ausserdem zeichnen sich die Schweizer Versicherten auch nicht dadurch aus, dass sie besonders häufig zum Arzt gehen oder ein „doctor hopping“ betreiben, wozu ohne Managed Care eigentlich ein Anreiz bestünde. Gemäss den neuesten OECD-Zahlen (2010) belegt die Schweiz mit 4 Arztbesuchen pro Jahr Platz 24 von 28 bewerteten Ländern. Der OECD-Schnitt beträgt 6,8 Besuche pro Jahr. In dieser Studie sind auch die Länder mit Managed Care eingeschlossen

Noch schwieriger zu erfassen als die Kostensenkungen sind die mit Managed-Care-Modellen verbundenen Auswirkungen auf die Versorgungsqualität. Die Literaturanalyse von Berchthold und Hess (2006) findet dazu, obwohl das Wort „Qualität“ im Titel der Arbeit vorkommt, praktisch keine Evidenz. Eine neue Literaturstudie von Berchthold et al. (2012) scheint zwar aufzuzeigen, dass die Betreuung bei bestimmten chronischen Krankheiten (Diabetes, chronische Herzkrankheiten sowie Lungenerkrankungen) in integrierten Netzwerken bessere Qualität bei der Patientenbehandlung liefert, wenn dies anhand von Patienten-bezogenen Outcome-indikatoren (Lebensqualität, Patientenzufriedenheit, Krankheits-spezifische Symptome) gemessen wird. Die meisten der untersuchten Studien betreffen aber sogenannte Disease Management Programme, die nicht mit einer Budgetverantwortung operieren, und wo sich die in diesem Gutachten untersuchen Anreize gar nicht auswirken.

Wiechmann (2004) kommt in seiner Übersicht der bisherigen Literatur zum Schluss, dass sich keine statistisch signifikanten Unterschiede der Versorgungsqualität zwischen Managed-

Care-Modellen und traditionellen Versorgungsformen gefunden werden können. Allerdings gäbe es Hinweise, dass die Betreuung bestimmter Patientengruppen (vor allem älterer oder chronisch kranker Patienten) in Managed-Care-Modellen nicht immer den geforderten Qualitätskriterien entspreche. Daher sei der Sicherung der Versorgungsqualität bestimmter Patientengruppen (vor allem älterer oder chronisch kranker Patienten) beziehungsweise der Strukturqualität neuer Versorgungsmodelle besondere Beachtung zu geben. Mit andern Worten: die Versorgungsqualität kann nur garantiert werden, wenn Managed Care mit einer entsprechenden Qualitätskontrolle verbunden ist. Doch gerade diese führt in der Realität schnell zu einem hohen bürokratischen Aufwand, ohne dass die Qualität sinnvoll erfasst werden kann. In England, wo die Qualität bei Hausärzten anhand von 146 Indikatoren ermittelt wird, kann man sehen, wie eine solche Qualitätsmessung zu einer Alibiübung verkommt. Im Schnitt dokumentieren die Praxen dort mehr als 90 Prozent der zu erreichenden Punkte als erfüllt, und im Jahre 2008 erzielten die Ärzte im Durchschnitt 96.8 Prozent der gesamten möglichen Punktzahl (Campbell, 2009)! Wenn aber die Qualitätsmessung nur bedingt funktioniert, dann kann diese letztlich nicht dazu dienen, die Versorgungsqualität zu überwachen.

Das Problem der Qualitätserfassung zeigt sich symptomatisch auch bei einer Ende 2011 publizierten methodisch aufwendigen Evaluationsstudie aus Deutschland (Götz et al. 2011). Sie basiert auf dem System des European Practice Assessment (EPA). Insgesamt haben dabei 102 Praxen als Interventionsgruppe das komplette EPA-Verfahren zweimal im Abstand von rund drei Jahren durchlaufen. Untersucht wurden in der Befragung zu allen EPA-Indikatoren einerseits die Differenzen zwischen dem ersten und dem zweiten Assessment sowie andererseits die Unterschiede zu einer Kontrollgruppe von 209 Praxen. Das System umfasst insgesamt 182 (!) Qualitätsindikatoren, was schon aufzeigt, mit welchen Problemen und vor allem auch mit wie viel Bürokratie solche Qualitätserfassungsversuch verbunden sind. Es ist keineswegs erstaunlich, dass sich die untersuchten Praxen der Interventionsgruppe beim zweiten Assessment im Vergleich zum ersten Assessment verbessert haben. Solche Systeme animieren dazu, sich auf die gemessenen Qualitätsindikatoren zu konzentrieren, um bei diesen besser abzuschneiden. Ob sich dadurch aber auch die tatsächliche, in weiten Teilen nicht direkt messbare Versorgungsqualität verbessert hat, ist eine andere Frage.

3. Budgetmitverantwortung in der Managed Care-Vorlage

Nach dem vorgesehenen Artikel 41c der Teilrevision des KVG werden integrierte Versorgungsnetzwerke wie folgt definiert: „Eine Gruppe von Leistungserbringern, die sich zum Zweck der Koordination der medizinischen Versorgung zusammenschliessen, bildet ein integriertes Versorgungsnetz. In einem integrierten Versorgungsnetz wird der Prozess der Behandlung der Versicherten über die ganze Behandlungskette hinweg gesteuert. Das integrierte Versorgungsnetz muss den Zugang zu allen Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sicherstellen.“

Das integrierte Versorgungsnetz, dem neben Ärztinnen und Ärzten auch Chiropraktiker, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten oder Hebammen sowie Apotheken, Spitäler, Pflegeheime und Geburtshäuser usw. angehören können, organisiert sich eigenständig. Die Versicherten müssen mit dem integrierten Versorgungsnetz einen Vertrag abschliessen, um die Zusammenarbeit, den Datenaustausch, die Qualitätssicherung und die Vergütung von Leistungen zu regeln. Die in einem Versorgungsnetz zusammengeschlossenen Leistungserbringer tragen gemeinsam die Budgetmitverantwortung, wobei das Budget zwischen dem Netzwerk und dem Versicherer vertraglich vereinbart wird und sich nicht zuletzt nach dem Risikoprofil der im Versorgungsnetz versicherten Personen richtet. Leistungserbringer erhalten ein fixes Budget, bei dessen Unterschreitung sie finanziell profitieren. Der Differenzbetrag zwischen Budget und den tatsächlichen Kosten wird dann zwischen Ärztenetz und Krankenversicherer aufgeteilt und zwar aufgrund eines vertraglich vereinbarten Schlüssels. Allerdings soll eine Budgetüberschreitung keine Rationierung der Behandlung zur Folge haben, da die Leistungserbringer alle zur Behandlung des Patienten bzw. der Patientin nötigen Leistungen garantieren müssen.¹ Das gestützt auf die Risikoprofile erstellte Budget soll als Anreiz dienen, die Behandlungen möglichst effizient auszugestalten.

Die für die am integrierten Netzwerk Beteiligten wesentlichen Rahmenbedingungen werden im neuen Artikel 41c der Änderung des Bundesgesetzes zur Krankenversicherung festgehalten. Dieser umfasst 5 Absätze und lautet:

¹ Von verschiedener Seite wird allerdings bestritten, dass dies gewährleistet ist. So schreibt Keusch (2012, S. 13), dass im Rahmen der Vorbereitungsarbeiten des KVG's 1991 die Erstellung einer Positivliste - eine Auflistung sämtlicher medizinischer Dienstleistungen die von der obligatorischen Grundversicherung vergütet werden müssen, analog zur Spezialitätenliste der Medikamente – wieder verworfen wurde. Somit übergaben Bund und Kantone den Krankenversicherern die Macht, den Leistungskatalog in der Grundversicherung nach ihren wirtschaftlichen Interessen dank selektiven Negativlisten willkürlich gestalten zu können.

Integrierte Versorgungsnetze

1 Eine Gruppe von Leistungserbringern, die sich zum Zweck der Koordination der medizinischen Versorgung zusammenschliessen, bildet ein integriertes Versorgungsnetz. In einem integrierten Versorgungsnetz wird der Prozess der Behandlung der Versicherten über die ganze Behandlungskette hinweg gesteuert. Das integrierte Versorgungsnetz muss den Zugang zu allen Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sicherstellen.

2 Die Versicherer schliessen mit dem integrierten Versorgungsnetz einen Vertrag ab, der insbesondere die Zusammenarbeit, den Datenaustausch, die Qualitätssicherung und die Vergütung der Leistungen regelt. Artikel 46 ist auf diese Verträge nicht anwendbar. Im Rahmen des definierten Behandlungsprozesses können in Abweichung von Artikel 34 Absatz 1 Leistungen vorgesehen werden, die über die obligatorische Krankenpflegeversicherung hinausgehen.

3 Das integrierte Versorgungsnetz wählt für seine Organisation eine Rechtsform, die gewährleistet, dass die im Vertrag mit den Versicherern eingegangenen Verpflichtungen erfüllt werden können.

4 Die in einem integrierten Versorgungsnetz zusammengeschlossenen Leistungserbringer übernehmen im vertraglich vereinbarten Umfang die finanzielle Verantwortung für die medizinische Versorgung der Versicherten (Budgetmitverantwortung).

5 Der Bundesrat kann Anforderungen an die notwendige Qualität der integrierten Versorgungsnetze und den Umfang der Budgetmitverantwortung festlegen.

Die Bedeutung der in Absatz 4 erwähnten Budgetverantwortung wird in der Botschaft des Bundesrates betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Managed Care) vom 13. September 2004 präzisiert. Dort steht zu diesem Thema (S. 5613-5614)

Heute werden die meisten Leistungserbringer im ambulanten Bereich mittels Einzelleistungsvergütung entschädigt. Ihr Einkommen hängt somit vom Volumen der erbrachten Leistungen ab. Damit besteht der Anreiz, mehr Leistungen als notwendig

zu erbringen. Der Vorschlag sieht daher vor, dass die in einem Versorgungsnetz tätigen Leistungserbringer für die medizinische Versorgung der von ihnen betreuten Versicherten die vertraglich vereinbarte finanzielle Verantwortung übernehmen (Budgetverantwortung). In integrierten Versorgungsnetzen werden die Leistungen grundsätzlich mittels «Capitation» entschädigt, ohne aber andere Vergütungsformen wie einen Zeittarif oder sogar den Einzelleistungstarif für besondere Leistungen auszuschliessen. Letzteres ist vor allem für Leistungen sinnvoll, bei denen vernünftigerweise nicht sämtliche Kosten dem Netz auferlegt werden (z.B. im Bereich der Transplantation). Müssten die integrierten Versorgungsnetze demgegenüber das gesamte wirtschaftliche Risiko tragen, so würde es sich um Versicherer handeln.

Das Risiko ist bekanntlich der eigentliche Kern der Versicherung, ihre ökonomische Begründung und ihr rechtliches Merkmal. Zudem bestünde die Gefahr, dass die finanzielle Beteiligung der Leistungserbringer an einer durch sie selbst zu erzielenden Kostenreduktion zur Minimierung der medizinischen Leistung führen könnte. Die Capitation, vom Lateinischen *per capita* («pro Kopf») entspricht einer im Voraus fixierten Pauschale, welche vom Krankenversicherer dem Leistungserbringer oder einer Gruppe von in einem Versorgungsnetz verbundenen Leistungserbringern periodisch (üblich ist jährlich) pro angeschlossene versicherte Person und für die Gesamtheit der Leistungen ausgerichtet wird. Dieser Betrag wird unabhängig davon ausgerichtet, ob die versicherte Person Leistungen in Anspruch nimmt oder nicht.

Die Anwendung dieser Vergütungsform hat die Eindämmung des Anstiegs der Gesundheitskosten zum Ziel. Sie erlaubt den Versicherern, die Intensität der Behandlung ihrer Versicherten und vor allem die daraus hervorgehenden Kosten besser zu kontrollieren. Im Ausmass, in dem der Leistungserbringer einen Teil des finanziellen Risikos trägt, besteht für ihn zudem der Anreiz, möglichst effektiv zu arbeiten und insbesondere unnötige und/oder kostspielige Massnahmen zu vermeiden. Die Entschädigung durch Capitation bringt auch eine grundsätzliche Veränderung des Verhältnisses zwischen Leistungserbringer und Patienten bzw. Patientinnen mit sich. Heute konsultiert der Patient, die Patientin den Arzt, die Ärztin im Allgemeinen, wenn er oder sie schon krank ist. In dieser Situation ist die Ärzteschaft in eine reaktive Rolle gedrängt. Mit dem vorgesehenen

Entschädigungssystem erhält der in einem Versorgungsnetz aktive Leistungserbringer eine proaktive Rolle; er hat ein materielles Interesse, seinen Patienten, seine Patientin in einem guten Gesundheitszustand zu erhalten und somit die Prävention gegenüber der Heilung zu bevorzugen.

Die Budgetverantwortung muss sich auf sämtliche Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beziehen. Die Modelle integrierter Versorgung sehen ein einheitliches und umfassendes Versorgungssystem für die gesamte Behandlungskette vor. Das Ziel ist, alle Akteure dieser Kette für die medizinische Versorgung finanziell verantwortlich zu machen.

In seiner Botschaft hebt der Bundesrat die effizienzfördernde Wirkung der Bezahlung der Ärztenetze durch im Voraus fixierte Pauschalen hervor. Diese haben die Eindämmung des Anstiegs der Gesundheitskosten zum Ziel, indem ein Anreiz gesetzt wird, möglichst effektiv zu arbeiten und insbesondere unnötige und/oder kostspielige Massnahmen zu vermeiden. Gleichzeitig erhofft man sich davon auch einen positiven Einfluss auf die Qualität, indem der Bundesrat an anderer Stelle schreibt, dass für eine qualitativ hochstehende und wirtschaftliche medizinische Versorgung jene Versicherungsformen besonders geeignet seien, bei denen erstens die Patienten während des gesamten Diagnose- und Behandlungsprozesses begleitet und betreut und zweitens die Versicherer und Leistungserbringer in die finanzielle Verantwortung der gesamten Behandlung miteinbezogen werden. (Botschaft des Bundesrats, 2004, S. 5605). Die konkrete Ausgestaltung der Budgetverantwortung (der jetzt verwendete Begriff Budgetmitverantwortung kommt noch gar nicht vor) bleibt aber vollkommen offen.

Etwas genauer erläutert wird die geplante Budgetmitverantwortung bei Berchtold (2010):

Budgets von Ärztenetzen sind in den meisten Fällen eine Parallel- oder Schattenrechnung, in der alle von den Versicherern bezahlten Rechnungen verbucht werden. Die Rechnungsstellung durch die Ärzte, deren Bezahlung und die Rückvergütung durch die Versicherer erfolgen gleich wie im konventionellen System [TARMED]. Ein Gewinn bzw. Verlust errechnet sich aus dem vereinbarten Budget abzüglich der effektiv bezahlten Rechnungen. Liegt ein Gewinn vor, wird dieser zwischen Ärztenetz und Versicherer geteilt. Auch ein Verlust wird geteilt, wobei das Ärztenetz je nach Rechtsform maximal mit seinem Eigenkapital haftet.

In der vorgesehenen Änderung des KVG ist somit nur geregelt, dass Gewinne und Verluste zwischen Versicherern und Ärztenetzen aufgeteilt werden. Wie und unter welchen Umständen diese Teilung erfolgt, würde sich jedoch erst aus den Verträgen zwischen den Beteiligten ergeben. Die dort vorgenommene konkrete Ausgestaltung der Budgetmitverantwortung ist deshalb zentral für die dadurch gesetzten Anreizwirkungen. Deshalb muss der konkreten Ausgestaltung dieser Verträge entsprechende Aufmerksamkeit geschenkt werden, denn erst auf dieser Ebene werden die entscheidenden Anreize gesetzt. Dazu existieren bis heute aber keine verbindlichen Richtlinien.

4. Anreizwirkungen der Budgetmitverantwortung

4.1 Grundvarianten der Vergütung und ihre Anreizwirkungen

Wenn wir davon ausgehen, dass auch die Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen gegenüber ökonomischen Anreizen nicht immun sind, dann hat die Art und Form der Vergütung dieser Dienstleistungen eine Auswirkung auf ihr Verhalten. Dabei müssen wir berücksichtigen, dass der „Gesundheitsmarkt“ durch eine hohe Informationsasymmetrie gekennzeichnet ist. Die Anbieter (vor allem Ärzte) sind viel besser über die angebotenen Produkte und Dienstleistungen informiert als die Nachfrager (Patienten). Auf solchen Märkten mit hoher Informationsasymmetrie besitzen die Anbieter somit zusätzlich eine auf ihren Informationsvorsprung beruhende Marktmacht und das Angebot induziert so zu einem grossen Teil auch die Nachfrage. Patienten sind oftmals weder in der Lage, Überversorgung noch Unterversorgung in einem konkreten Fall zu erkennen. Aus diesem Grund können finanzielle Anreize bei den Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen besonders stark wirken, da die Anbieter dank des Informationsvorsprungs stärker von diesen profitieren können als bei einem Markt, der durch Informationssymmetrie zwischen Anbietern und Nachfragern charakterisiert ist. Die Auswirkungen finanzieller Anreize sind allerdings individuell verschieden und hängen etwa davon ab, inwieweit Ärzte und andere Beteiligte extrinsisch durch finanzielle Anreize motivierbar sind bzw. inwieweit sie aus intrinsischem Interesse ihrer Tätigkeit nachgehen (siehe Binswanger, S. 99 ff.).

Grundsätzlich lassen sich dabei folgende Grundvarianten der Vergütung unterscheiden:

Grundvarianten der Vergütung:

- Einzelleistungsvergütung (fee for service): Vergütung jeder einzelnen Leistung durch einen gemäss Tarifordnung festgelegten Geldbetrag
- Kopfpauschalen (Capitation): Leistungsvergütung, bei der die Leistungserbringer für die Versorgung eines Versicherten für einen definierten Zeitraum (z.B. 1 Jahr) eine festgelegte Summe im voraus und unabhängig von der Leistungsbeanspruchung erhalten
- Fixes Salär: Leistungsunabhängige Entlohnung im Angestelltenverhältnis

Jede der eben beschriebenen Varianten setzt bestimmte Anreize:

Anreizwirkungen der Vergütungsformen:

- Einzelleistungsvergütung führt tendenziell zu einer Überversorgung mit Gesundheitsdienstleistungen. Es lohnt sich für die Anbieter, das Angebot so weit wie möglich auszudehnen, da sie auf diese Weise ihr Einkommen maximieren. Die Patienten sind davon aber finanziell nur schwach betroffen, da die Leistungen bis auf den Selbstgehalt über die Versicherung bezahlt wird. Sie verlangen die „beste“ Behandlung ohne Rücksicht auf die Kosten.
- Kopfpauschalen führen tendenziell zu einer Unterversorgung mit Gesundheitsdienstleistungen. Die Anbieter erzielen einen umso grösseren Gewinn, je weniger und je billigere Dienstleistungen sie den Patienten zur Verfügung stellen. Es besteht auch die Tendenz, die Kapazität möglichst knapp zu bemessen, um eine hohe Auslastung zu erreichen. Auf diese Weise wird die Qualität der allgemeinen Gesundheitsversorgung gefährdet.
- Fixe Saläre setzen tendenziell einen Anreiz, sich wenig anzustrengen, da die Gehaltszahlung unabhängig von der Leistung erfolgt. Allerdings spielt es hier eine Rolle, ob die fixe Zahlung als „fair“ empfunden wird oder nicht. Ist dies der Fall, dann ist der Anreiz zu minimalen Leistungen kaum vorhanden.

Grundsätzlich lässt sich somit festhalten, dass eine ideale Form der Vergütungsform nicht existiert. Alle Grundvarianten von Vergütungsformen setzen bestimmte unerwünschte Anreize, die man den erwünschten Wirkungen jeder Vergütungsform gegenüberstellen muss.

Auch empirische Arbeiten lassen vermuten, dass die Vergütungsformen insgesamt einen signifikanten Einfluss auf das Verhalten der Anbieter haben (Berchthold und Hess, 2006, S. 36 ff). Generell kann man also sagen, dass bei Einzelleistungsvergütungen mehr Praxisleistungen erbracht werden als bei Kopfpauschalen oder fixen Salären. Allerdings bleibt offen, wie die Reduktion der Praxisleistungen bei einer Abkehr von der Einzelleistungsvergütung erfolgt. Dafür gibt es zwei Möglichkeiten:

- Verringerung von unnötigen Leistungen und Medikamentenabgaben, Vermeidung von Doppelspurigkeiten etc. (Effizienzverbesserungen): gleiche oder sogar höhere Qualität zu geringeren Kosten.
- Vorenthaltung von sinnvollen Leistungen oder unterbliebene notwendige Weiterweisungen: geringere Qualität zu geringeren Kosten.

Grundsätzlich ist der erste Effekt erwünscht und der zweite unerwünscht. Im Idealfall wären die Anreize also so gesetzt, dass der erste Effekt gefördert, der zweite Effekt jedoch verhindert wird. In der Praxis ist das aber nur möglich, indem man weitere Massnahmen einführt, welche den zweiten angesprochenen Effekt, d.h. die Vorenthaltung von sinnvollen Leistungen verhindert. Das kann letztlich nur durch eine aufwendige und umfassende Qualitätsüberwachung gewährleistet werden.

4.2. Anreizwirkungen der Budgetmitverantwortung in der Managed-Care-Vorlage

Aufgrund der Gewinn- bzw. Verlustteilung zwischen Ärztenetzen und Versicherern handelt es sich bei der Vergütung der Ärztenetze in der Managed-Care-Vorlage nicht um reine Kopfpauschalen, bei denen die Anbieter der Gesundheitsleistungen die volle Budgetverantwortung tragen. Da Gewinne und Verluste zwischen Netzwerken und Versicherern geteilt werden, liegt hier im Grunde ein (im Allgemeinen limitiertes) Bonus-Malus-System vor, bzw. ein System bei dem die Anbieter prozentmässig an Gewinnen und Verlusten beteiligt sind

Gemäss Fritschi (2007, 2011) sorgt die vorgesehene Budgetmitverantwortung mit ihrem Bonus-Malus-System für einen automatischen Ausgleich der mit Einzelleistungsvergütung und Kopfpauschalen verbundenen Anreize. Dieser Versorgungsausgleich kommt nach seiner

Auffassung folgendermassen zustande. In der konventionellen Krankenversicherung werden die Leistungen einzeln verrechnet. Damit bestünde ein Anreiz zur Überversorgung. Auf der anderen Seite würde ein nach Pauschalen fixiertes Budget zur Unterversorgung tendieren. Da die Anbieter in einem Ärztenetz mit Budgetmitverantwortung weiterhin nach Einzelleistungstarif abrechnen, wäre auch bei Managed-Care nach wie vor eine Tendenz zur Mengenausweitung und Überversorgung vorhanden. Diese Tendenz würde nun durch die Wirkung des Budgets und den damit verbundenen Anreiz zu Rationierung und Unterversorgung wieder ausgeglichen und es ergäbe sich eine quasi perfekte Neutralisierung der beiden Anreize. Die beiden Tendenzen Überversorgung/Unterversorgung wären dann ausgeglichen, was Fritschi Versorgungsausgleich nennt.

Diese Argumentation ist allerdings zu einfach. In Wirklichkeit lassen sich die konkret gesetzten Anreize erst erkennen, wenn man die exakten Berechnungen und die Bestimmungen der Budgetmitverantwortung kennt, wobei insbesondere die Regeln der Gewinn- bzw. Verlustaufteilung zwischen Netzwerk und Versicherung bzw. deren Begrenzung eine entscheidende Rolle spielen.

Das Netzwerk-Budget ist letztlich eine Kostenzielvorgabe für die Betreuung einer Gruppe von Versicherten. Dabei müssen zunächst einmal die erwarteten Kosten für die im Netzwerk Versicherten abgeschätzt werden. Dies kann grundsätzlich geschehen durch (medswiss.net):

- Vergleich mit einem konventionell versichertem Kollektiv (Parallelkostenrechnung)
- Vergleich mit den Vorjahreskosten unter Berücksichtigung der Teuerung (Vorjahreskostenrechnung)
- Berechnung von Kopfpauschalen (Capitation) als prospektive Budgetberechnungsmethode aufgrund individueller, krankheitsbasierter Versichertendaten.

Die Daten für die Kopfpauschalen können beispielsweise aus der Risikoausgleichsstatistik der gemeinsamen Einrichtung KVG stammen. Diese beinhaltet die Durchschnittskosten aller Versicherten nach Alter, Geschlecht und Krankheitsrisiko je Kanton, woraus sich Bruttoleistungen pro Kopf und Monat für 16 Altersgruppen nach Geschlecht angeben lassen. Daraus lassen sich dann die erwarteten Bruttoleistungen der im Netzwerk Versicherten ableiten. Allerdings entspricht dieser Betrag noch nicht dem vorgegebenen Netzwerk-

Budget. Um dieses zu berechnen, wird nun typischerweise noch ein Einsparziel festgelegt, um welches die Kosten gegenüber den aufgrund des Status quo erwarteten Kosten verringert werden sollen. Abgezogen wird im Allgemeinen auch noch eine Prämie für die Versicherung von Grossrisiken (z.B. Aufenthalt in Pflegeheimen) für welche die Versicherung ab einem bestimmten Betrag die vollen Kosten übernimmt. Nach diesen Abzügen erhält man das für das Netzwerk massgebliche Budget.

Um nun das finanzielle Ergebnis zu berechnen, auf welches sich die Budgetmitverantwortung bezieht wird das Budget mit den effektiven nach Einzelleistungstarif (Tarmed) abgerechneten Behandlungskosten im Rahmen der ordentlichen obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP-Bruttokosten) verglichen. Dazu kommen noch die Steuerungs- und Systemkosten (Vergütung für Netzsteuerung und Netzentwicklung), welche die Versicherer an das Netzwerk als einen vereinbarten Pauschalbetrag bezahlen. Der Überschuss bzw. das Defizit des Netzwerkes ergibt sich also aus dem Budget minus OKP-Bruttokosten minus Steuerungs- und Systemkosten. Diese Differenz wird dann je nach der vertraglichen Bestimmung zwischen Netzwerk und Versicherung aufgeteilt. Tabelle 1 fasst die Überschuss/Defizit-Berechnung zusammen.

Tabelle 1: Überschuss/Defizitberechnung eines Netzwerkes bei Managed-Care-Modellen

Budgetierte Bruttokosten (z.B. aus Risikoausgleichsstatistik) <ul style="list-style-type: none"> - Einsparzielvorgabe (in Prozent der budgetierten Bruttokosten) - Grossrisikoversicherungsprämie = Netzwerkbudget
Netzwerkbudget <ul style="list-style-type: none"> - OKP-Bruttokosten - Steuerungs- und Systemkosten = Überschuss/Defizit

Wir können nun verschiedene Varianten der Budgetmitverantwortung und die dadurch gesetzten Anreize betrachten. Generell gehen wir von folgender einfachen Situation aus. Ein Ärztenetzwerk behandle 100'000 Patienten pro Jahr, bei denen im Durchschnitt 1000 Franken pro Patient für Behandlungen im Rahmen der ordentlichen obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) anfallen. Insgesamt entstehen also budgetierte Bruttokosten von 100 Mio. Franken. Für das nächste Jahr erwartet die Kasse weiterhin

dieselben Ausgaben von 100 Mio. Nun wechseln diese 1000 Patienten zu einem Managed-Care-Modell mit Budgetmitverantwortung. Wir nehmen an, dass die bisherigen Kosten von 100 Mio als Grundlage für die Berechnung des Budgets verwendet werden. Im Weiteren wird ein Einsparziel von 10 Prozent der Bruttokosten gesetzt und die Versicherungsprämie für Grossrisiken betrage 5 Prozent der budgetierten Bruttokosten. Daraus ergibt sich ein Netzwerkbudget von 85 Mio. Franken. Die Systemkosten werden im Folgenden vernachlässigt, da sie auf die hier untersuchten Anreizwirkungen keine direkten Auswirkungen haben.

Um die Anreize exakt zu verstehen, müssen wir noch berücksichtigen, dass nicht alle OKP-Bruttokosten beim Netzwerk selbst anfallen. Es gibt interne OKP-Bruttokosten und externe OKP-Bruttokosten. Die internen Kosten ergeben sich durch Behandlungen durch das Netzwerk selbst. Die die OKP Leistungen betreffen aber die gesamte Behandlungskette, also auch die Kosten als Folge von Physiotherapie, Behandlung durch Spezialisten ausserhalb des Netzwerks, Hospitalisierung, oder das Einholen von Zweitmeinungen durch Spezialisten. Diese Kosten fliessen aber für die Berechnung des Überschusses bzw. Defizits mit ein. Im Unterschied zu den internen OKP-Bruttokosten gehen die nach Einzelleistungstarif abgerechneten Zahlungen aber nicht an das Netzwerk sondern an externe Anbieter. Ausgehend von dieser Unterscheidung können wir nun die Anreize etwas genauer analysieren:

Variante 1: Überschuss/Defizit wird zwischen Netzwerk und Versicherung aufgeteilt (Modell Visana)

Der Einfachheit halber gehen wir davon aus, dass Überschüsse und Defizite von Netzwerk und Versicherung jeweils zur Hälfte getragen werden (jeweils 50 Prozent). Zunächst variieren wir die externen OKP-Bruttokosten und danach die internen OKP-Bruttokosten

Einnahmen des Netzwerks bei Variation der internen OKP-Bruttokosten

Interne OKP-Bruttokosten	Externe OKP-Bruttokosten	Überschuss/Defizit des Netzwerks im Vergleich zum Budget (85 Mio.)	Bonus/Malus (50 Prozent)	Gesamte Einnahmen des Netzwerks
60 Mio.	10 Mio.	15 Mio.	7.5 Mio.	77.5 Mio.
70 Mio.	10 Mio.	5 Mio.	2.5 Mio.	82.5 Mio.
80 Mio.	10 Mio.	-5 Mio.	-2.5 Mio.	87.5 Mio.
90 Mio.	10 Mio.	-15 Mio.	-7.5 Mio.	92.5 Mio.

Einnahmen des Netzwerks bei Variation der externen OKP-Bruttokosten

Interne OKP-Bruttokosten	Externe OKP-Bruttokosten	Überschuss/Defizit des Netzwerks im Vergleich zum Budget (85 Mio.)	Bonus/Malus (50 Prozent)	Gesamte Einnahmen des Netzwerks
70 Mio.	0 Mio.	15 Mio.	7.5 Mio.	77.5 Mio.
70 Mio.	10 Mio.	5 Mio.	2.5 Mio.	72.5 Mio.
70 Mio.	20 Mio.	-5 Mio.	-2.5 Mio.	67.5 Mio.
70 Mio.	30 Mio.	-15 Mio.	-7.5 Mio.	62.5 Mio.

Das Beispiel zeigt, dass in diesem Fall weiterhin ein Anreiz zur Mengenausdehnung bei den internen OKP-Bruttokosten besteht, denn diese führen zu 100 Prozent zu Einnahmen bei den Netzwerken, wirken sich aber nur zu 50 Prozent als Kosten aus. Sobald es aber um externe OKP-Bruttokosten geht, wirken sich nur noch die Kosten auf die finanzielle Situation der Netzwerke aus. In diesem Fall gibt es einen Anreiz, diese so klein wie möglich zu halten und entsprechend zu rationieren. Dass dieser Anreiz tatsächlich wirkt, zeigt die weiter oben erwähnte Studie von Trottmann et al. (2012), wonach geringere Kosten für Spezialärzte und eine geringere Wahrscheinlichkeit einer (ambulanten oder stationären) Spitalbehandlung wesentlich für kostendämpfende Effekte in Netzwerken verantwortlich sind. Ebenso gibt es einen Anreiz bei den Medikamenten zu sparen, welche letztlich ebenfalls externe OKP-Kosten verursachen. Diese Anreize sind nun per se noch nicht negativ. Wenn sie dazu führen, dass bisher erbrachte, unnötige Behandlungen dadurch reduziert werden, dann wäre dieser Effekt durchaus erwünscht. Unterbleiben hingegen notwendige Behandlungen und sinkt

deshalb die Qualität, dann wirkt sich der mit der Budgetmitverantwortung einhergehende Rationierungsanreiz negativ aus.

Der eben beschriebene Effekt zur Ausdehnung des eigenen Angebots wird, umso schwächer, je höher der Anteil des Netzwerks am Überschuss bzw. Defizit festgelegt ist. Bei einem Anteil von 100 Prozent (Budgetvollverantwortung) verschwindet er vollständig, dafür trägt in diesem Fall das Netzwerk auch das volle Risiko einer Kostenüberschreitung. Nur in diesem Fall kommt es zu dem weiter oben erwähnten Versorgungsausgleich, bei dem sich die Anreize zur Mengenausweitung und Rationierung bei intern erbrachten Leistungen neutralisieren. Bei externen Leistungen herrscht in diesem Fall jedoch ein besonders starker Anreiz zur Rationierung.

Variante 2: Budgetmitverantwortung als begrenzte Budgetvollverantwortung (Modell MedSolution)

In gewissen Modellen wird die Budgetmitverantwortung so umgesetzt, dass bis zu einem bestimmten Prozentsatz der gesamte Überschuss/Defizit vom Netz getragen wird. Wird dieser Prozentsatz überschritten, dann werden hingegen 100 Prozent des Überschusses/Defizits vom Versicherer getragen. Nehmen wir einmal an, das Netzwerk trage Überschüsse/Defizite bis zu einem Prozentsatz von 5 Prozent der gesamten OKP-Bruttokosten. In diesem Fall ergeben sich folgende Einnahmen des Netzwerks, wenn wir wiederum zunächst die internen und dann die externen OKP-Bruttokosten variieren.

Einnahmen des Netzwerks bei Variation der internen OKP-Bruttokosten

Interne OKP-Bruttokosten	Externe OKP-Bruttokosten	Überschuss/Defizit des Netzwerks im Vergleich zum Budget (85 Mio.)	Bonus/Malus (100 Prozent) bis zu 5 Prozent des Budgets von 85 Mio.	Gesamte Einnahmen des Netzwerks
60 Mio.	10 Mio.	15 Mio.	4.25 Mio.	64.25 Mio.
70 Mio.	10 Mio.	5 Mio.	4.25 Mio.	74.25 Mio.
80 Mio.	10 Mio.	-5 Mio.	-4.25 Mio.	75.75 Mio.
90 Mio.	10 Mio.	-15 Mio.	-4.25 Mio.	85.75 Mio.

Einnahmen des Netzwerks bei Variation der externen OKP-Bruttokosten

Interne OKP-Bruttokosten	Externe OKP-Bruttokosten	Überschuss/Defizit des Netzwerks im Vergleich zum Budget (85 Mio.)	Bonus/Malus (100 Prozent) bis zu 5 Prozent des Budgets von 85 Mio.	Gesamte Einnahmen des Netzwerks
70 Mio.	0 Mio.	15 Mio.	4.25 Mio.	74.25 Mio.
70 Mio.	10 Mio.	5 Mio.	4.25 Mio.	74.25 Mio.
70 Mio.	20 Mio.	-5 Mio.	-4.25 Mio.	65.25 Mio.
70 Mio.	30 Mio.	-15 Mio.	-4.25 Mio.	65.25 Mio.

Bei dieser Variante der Budgetmitverantwortung werden besonders starke Anreize zur Rationierung bei den eingekauften Leistungen gesetzt, wenn die OKP-Kosten das Budget knapp über- oder unterschreiten. Umgekehrt besteht in diesem Fall aber kein Anreiz mehr zur Leistungsausdehnung. Liegen die tatsächlichen OKP-Kosten jedoch relativ weit oberhalb bzw. unterhalb des vereinbarten Budgets, dann ist es genau umgekehrt. Es besteht ein starker Anreiz zur Mengenausdehnung aber kein Anreiz mehr zur Rationierung.

Die hier analysierten zwei Varianten zeigen auf, dass bei der Budgetmitverantwortung nicht zu der behaupteten, automatischen Neutralisierung der Tendenz zur Mengenausweitung (Übersversorgung) und der Tendenz zu Rationierung (Unterversorgung) kommt. Zwar wird der durch den Einzelleistungstarif gesetzte Anreiz zur Mengenausweitung eigener Leistungen abgeschwächt, doch ist er nach wie vor vorhanden, es sei denn, das Netzwerk trage die volle Budgetverantwortung. Noch stärker ins Gewicht fällt aber ein durch die Budgetmitverantwortung gesetzter Anreiz bei extern bezogenen Leistungen zu sparen. Für Behandlungen durch Spezialisten oder Therapien ausserhalb des Netzwerks oder Hospitalisierungen der Patienten wird das Netzwerk finanziell „bestraft“ und es lohnt sich, bei den externen Leistungen zu rationieren. Die hier beschriebenen Rationierungseffekte werden, umso weniger gravierend sein, je grösser und integrierter ein Netzwerk ist, und je mehr Leistungen es selbst intern anbieten kann.

Der eben beschriebene Anreiz zum Sparen bei externen Leistungen führt auch dazu, dass es über die fehlende freie Arztwahl beim Managed-Care-Modell zu einer Einschränkung der

Einholung von Zweitmeinungen bei Spezialisten kommen dürfte, da diese dem Netzwerk hohe Folgekosten verursachen können. Ergeben die Zweitmeinungen nämlich, dass weitere extern zu erbringende Leistungen notwendig sind, dann kann dies sehr schnell zu aufwendigen Behandlungen führen, die sich dann für das Netzwerk finanziell negativ auswirken. Eine individuelle Abklärung der medizinischen Bedürfnisse wird so tendenziell eingeschränkt, da das Netzwerk quasi ein Diagnosemonopol für die bei ihm versicherten Managed-Care-Patienten erhält. Befürchtungen, dass dies die Versorgungsqualität längerfristig negativ beeinflusst, sind aus diesem Grund berechtigt.

5. Kritische Punkte bei Verträgen zwischen Versicherungen und Ärztenetzwerken

Die bisherige Analyse hat ergeben, dass die konkrete Ausgestaltung der Verträge zwischen Versicherungen und Netzwerken entscheidenden Einfluss auf die Anreizwirkungen hat. Damit eine Beurteilung der durch die Verträge gesetzten Anreize überhaupt möglich ist, müssen diese allerdings transparent gestaltet sein und die für die Budgetmitverantwortung relevanten Punkte deutlich machen (siehe auch Kieser, 2011, S. 9). Erst unter diesen Umständen können die dem Netzwerk gesetzten Anreize auch von den Versicherten beurteilt werden. Diese Transparenz ist im Moment nicht gewährleistet, da es den Parteien ermöglicht wird, anreizrelevante Abmachungen geheim zu halten. Es sind deshalb klare Transparenzvorschriften zu fordern, die in einem Reglement festgehalten werden sollen. Diese Vorschriften müssen erstens gewährleisten, dass die folgenden Punkte in den Verträgen deutlich gemacht werden:

- Die Berechnungsmethode des Budgets und die Berechnung der Bonus/Malus-Zahlungen, die an das Netzwerk fließen bzw. von diesem geleistet werden müssen inklusive festgesetzte Limiten für diese Bonus/Malus-Zahlungen
- Die Bestimmungen zur Verwendung der Bonus-Zahlungen durch das Netzwerk, welche dieses bei Unterschreitung des Budgets erhält
- Die durch die Grossrisikoversicherung abgedeckte Liste der Grossrisiken und die Art ihrer Deckung
- Allenfalls durch die Versicherung vorgesehene Praxisbeiträge bzw. Finanzierung der Infrastruktur durch die Versicherer

- Die vorgesehene Form der Qualitätskontrolle innerhalb des Netzwerks und ihre Finanzierung

Und zweitens muss sichergestellt werden, dass die Versicherten Einblick in die Verträge erhalten.

Im Folgenden werden die für die Anreizwirkungen besonders wichtigen Punkte aufgelistet und kurz beschrieben.

Abgrenzung des Netzwerk-Budgets

Die Abgrenzung des Budgets hat entscheidende Auswirkungen auf die mit diesem verbundenen Anreize. Die für das Budget relevanten OKP-Leistungen in der Managed-Care-Vorlage betreffen die gesamte Behandlungskette, also auch die Kosten für eingekaufte Leistungen als Folge von Physiotherapie, Behandlung durch Spezialisten ausserhalb des Netzwerks, Hospitalisierung oder das Einholen von Zweitmeinungen durch Spezialisten. Auf diese Weise sind die im Budget enthaltenen Leistungen nicht identisch mit der vom Netzwerk selbst erbrachten Leistungen. Diese Asymmetrie setzt über die Budgetmitverantwortung einen starken Anreiz zur Rationierung bei eingekauften Leistungen (externen OKP-Kosten). Dieses Problem liesse sich letztlich nur lösen, indem die Anbieter von externen Leistungen, d.h. Spezialisten, Physiotherapeuten aber auch Spitäler in das Netzwerk integriert werden. In diesem Fall ist die Gefahr jedoch gross, dass pro Region nur noch ein integriertes Grossnetzwerk übrigbleibt, welches dann ein entsprechendes Monopol besitzt. Damit wäre aber der Wettbewerb vollständig ausgeschaltet und damit auch die erhofften positiven Wirkungen von Managed-Care. Mehrere parallel existierende, vollintegrierte Grossnetzwerke sind wohl nur in dicht besiedelten urbanen Regionen möglich.

Berechnung der Erfolgs- bzw. Verlustbeteiligung

Die konkrete Ausgestaltung der Budgetmitverantwortung bestimmt die dadurch gesetzten finanziellen Anreize (siehe Abschnitt 4.2). Wie wir festgestellt haben, besteht bei den gängigen Varianten der Budgetmitverantwortung nach wie vor ein Anreiz der Ausdehnung

der eigenen Leistungen. Umgekehrt besteht ein starker Anreiz zur Rationierung von eingekauften, externen Leistungen. Diese so gesetzten Anreize entsprechen aber nur sehr bedingt dem Ziel der Managed-Care-Vorlage, welches darin besteht, Effizienz und Qualität zu erhöhen. Solange dem Ärztenetzwerk von den über Einzelleistungsvergütung abgerechneten, selbst erbrachten OKP-Leistungen nur ein bestimmter Prozentsatz (z.B. 50 Prozent) bei Budgetüberschreitung als Malus angerechnet wird, ist der Anreiz zur Mengenausweitung zwar gedämpft aber nicht beseitigt. Umgekehrt gefährdet der wesentlich stärker wirkende Anreiz zur Rationierung bei extern erbrachten Leistungen die Qualität der Grundversorgung.

In jedem Fall ist der konkreten Berechnung der Budgetmitverantwortung grösste Beachtung zu schenken. Im allgemeinen erfolgt keine Neutralisierung der Tendenz zur Mengenausweitung (Überversorgung) und der Tendenz zu Rationierung (Unterversorgung) wie dies von Befürwortern der Managed-Care-Vorlage behauptet wird.

Verwendung der Überschüsse durch das Netzwerk

Die finanzielle Anreizwirkung der Budgetmitverantwortung wird nicht nur durch die Möglichkeit einer „Gewinnerzielung“ gesetzt, sondern auch durch die Möglichkeiten der Verwendung dieser „Gewinne“. Je mehr ein Netzwerk diese Gelder nach eigenem Gutdünken verwenden kann und je mehr sie den einzelnen Mitgliedern persönlich zu Gute kommen, umso stärker ist der Anreiz, möglichst grosse Überschüsse zu erzielen. Aus diesem Grund braucht es klare Vorschriften, was die Verwendung der Überschüsse betrifft. Diese dürfen die Interessen der Versicherten nicht tangieren, da sie ja letztlich mit deren Geldern erwirtschaftet werden und deren Interesse dienen sollten. Deshalb müssen diese Überschüsse auch „zum Wohle“ der Versicherten verwendet werden. Sinnvoll wäre zum Beispiel eine Regel die festhält, dass die Überschüsse ausschliesslich der Finanzierung von Massnahmen zur Erhaltung bzw. des Ausbaus der Versorgungsqualität dienen. Insbesondere ist daran zu denken, dass damit zeitintensive Angebote wie die Beratung der Versicherten ausgebaut werden, die nicht als Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgegolten werden können.

Umgang mit Grossrisiken

Ein spezielles Problem bei Managed-Care-Modellen ist der Umgang mit sogenannten Grossrisiken. Schon wenige Patienten mit Erkrankungen, deren Behandlung sehr viel Geld kostet, können für ein Netzwerk zu finanziell nicht mehr tragbaren Verlusten führen. Deshalb sind für derartige unkalkulierbare Risiken Absicherungsmaßnahmen notwendig, die typischerweise in Form einer Grossrisikoversicherung durch den Versicherer erbracht wird. Um nun aber die Anreizwirkung beim Umgang mit Grossrisiken beurteilen zu können, muss klar sein, welche Grossrisiken tatsächlich abgesichert sind und in welcher Form. Fällt nämlich eine bestimmte Erkrankung nicht unter die Deckung der Grossrisikoversicherung, dann besteht für das Netzwerk ein starker Anreiz, die Leistungen in einem solchen Fall so gering wie möglich zu halten und entsprechend zu rationieren.

Soll den Versicherten deshalb die Versorgungsqualität garantiert werden, dann ist es unumgänglich, dass sowohl die Definition der Grossrisiken als auch deren konkrete Deckung den Versicherten eines Netzwerkes bekannt gemacht wird. Nur dann können sie abschätzen, ob das Netzwerk bei einer schwereren Erkrankung noch einen Anreiz hat, dem Patienten die bestmögliche Qualität bei der Versorgung angedeihen zu lassen.

Art der Qualitätskontrolle

Da über die Budgetmitverantwortung ein Anreiz zur Einsparung von eingekauften Leistungen gesetzt wird, besteht die Gefahr, dass eigentlich notwendige Leistungen nicht mehr erbracht werden, und die Versorgungsqualität darunter leidet. Es sind deshalb Qualitätssicherungsmaßnahmen notwendig, um die Qualität der Grundversorgung weiterhin zu gewährleisten. Solche Massnahmen sind aber aufwändig und können von einem Netzwerk kaum selbst finanziert werden. Aus diesem Grund sind in den Steuerungs- und Systemkosten, welche den Netzwerken von den Versicherungen erstattet werden auch Beiträge zur Förderung der Qualitätskontrolle enthalten. Hier kommt es aber entscheidend darauf an, wie diese Qualität gemessen bzw. beurteilt wird. Ohne Transparenz wird der Begriff der Qualität zu einer leeren Worthülse, mit welcher die Versicherten nichts anfangen können. Die Gefahr ist dann gross, dass die Qualität letztlich so gemessen bzw. definiert

wird, dass sie auch den finanziellen Interessen von Versicherungen entspricht, da diese ja für Qualitätsmessung und -kontrolle bezahlen.

Allgemein ist die Qualitätskontrolle bzw. Qualitätsmessung im Gesundheitswesen ein schwieriges und aufwändiges Unterfangen. So erfordert die Kontrolle nach dem System des European Practice Assessment (EPA) bereits 182 Qualitätsindikatoren und der National Health Service (NHS) in England beurteilt Hausärzte anhand von 146 Indikatoren. In der Schweiz versucht die Stiftung Equam, eine unabhängige und vom Bund akkreditierte Organisation, die Qualitätssicherung bei den Netzwerken zu garantieren, indem sie entsprechende Qualitätszertifikate vergibt. Für Ärztenetzwerke wurden dort inzwischen auch zusätzlich Managed-Care-Prozess-Indikatoren formuliert. Im Wesentlichen stützt sich aber auch Equam auf die 182 EPA-Qualitätsindikatoren und die angestrebte Transparenz der Qualitätssicherung für die Patienten lässt sich so kaum herstellen.

6. Schlussfolgerungen

Die Managed-Care-Vorlage hat zum Ziel, Qualität und Effizienz bei der medizinischen Versorgung im Rahmen der ordentlichen obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu verbessern. Dabei stützt man sich auf bisherige Erfahrungen, die aufzeigen sollen, dass Managed-Care-Modelle, wenn mit ihnen eine Budgetmitverantwortung des Ärztenetzwerkes verbunden ist, sowohl die Kosten senken als auch die Versorgungsqualität verbessern. Eine genauere Analyse der empirischen Literatur zeigt allerdings auf, dass die empirische Evidenz keineswegs eindeutig ist. Zwar weisen integrierte Netzwerke meist tiefere Kosten aus, wenn sie mit risikoäquivalenten Vergleichsgruppen von Versicherten ohne Managed-Care verglichen werden. Doch bleibt unklar, inwieweit diese Effekte auf eine Verbesserung der Effizienz oder auf Vorenthaltung von sinnvollen Leistungen bzw. unterbliebene notwendige Weiterweisungen an Aerzte ausserhalb des Netzwerkes zurückzuführen sind.

Eine genauere Analyse der mit der Budgetmitverantwortung verbundenen Anreize zeigt auf, dass tatsächlich ein starker Anreiz zur Rationierung bei externen (eingekauften) Leistungen besteht und damit auch zur Unterlassung von sinnvollen Leistungen. Bei den untersuchten Varianten kommt es nicht zu einer immer wieder behaupteten, automatischen Neutralisierung der Tendenz zur Mengenausweitung (Überversorgung) und der Tendenz zu

Rationierung (Unterversorgung). Zwar wird der durch den Einzelleistungstarif gesetzte Anreiz zur Mengenausweitung eigener Leistungen abgeschwächt, doch ist er nach wie vor vorhanden, ausser wenn das Netzwerk die volle Budgetverantwortung trägt. Noch stärker ins Gewicht fällt aber ein durch die Budgetmitverantwortung gesetzter Anreiz, bei extern bezogenen Leistungen zu sparen. Für Behandlungen durch Spezialisten oder Therapien ausserhalb des Netzwerks oder Hospitalisierungen der Patienten wird das Netzwerk finanziell „bestraft“ und es lohnt sich zu rationieren. Diese Rationierung wäre dann erwünscht, wenn die Versicherten im bisherigen System unnötige Leistungen und zu viele Medikamente beziehen. Es gibt aber kaum Hinweise, dass Patienten in der Schweiz besonders häufig zum Arzt gehen oder ein „doctor hopping“ betreiben.

Aufgrund der mit der Budgetmitverantwortung verbundenen Anreize muss man davon ausgehen, dass die Versorgungsqualität durch die Managed-Care-Vorlage tendenziell negativ beeinflusst wird. Dies hängt auch mit der geringen Transparenz der zwischen den Versicherern und den Ärztenetzwerken geschlossenen Verträge ab. Da es den Parteien ermöglicht wird, anreizrelevante Abmachungen geheim zu halten, bleiben die konkret gesetzten Anreize für die Versicherten oft im Dunkeln. Dies betrifft insbesondere die Berechnung der Erfolgs- bzw. Verlustbeteiligung, die Verwendung allfälliger Überschüsse durch das Ärztenetzwerk, der Umgang mit Grossrisiken und die Form der Qualitätssicherung. Es braucht deshalb ergänzende, verbindliche Bestimmungen zu diesen Punkten, wenn die Versorgungsqualität auch bei Managed Care garantiert werden soll.

Literatur

- Beck, Konstantin, Urs Käser, Maria Trottmann und Stefan von Rotz (2009). Effizienzsteigerung dank Managed Care? Evidenz aus der Schweiz, in: datamaster (Beiheft zum Clinicum), S. 15 – 21.
- Beck, Konstantin, Ute Kunze, Monika Buholzer und Maria Trottmann (2011). Steigern Schweizer Ärztenetze die Effizienz im Gesundheitswesen? CSS Institut für Empirische Gesundheitsökonomie.
- Berchtold, Peter (2010). Budgetmitverantwortung in der integrierten Versorgung. Schweizerische Ärztezeitung, S. 714.
- Berchtold Peter (2012). Ärztenetze in der Schweiz 2012: eindrückliches Wachstum. Forum Managed Care.
- Berchtold, Peter; Hess, Kurt (2006): Evidenz für Managed Care. Arbeitsdokument des Obsan, Januar 2006.
- Berchtold, P. Martinez, N, Busato, A., Egger, M. (2012). Zwischenbericht 2: Systematische Review zur Integrierten Versorgung von chronisch kranken Patienten.
- Binswanger, M. (2010). Sinnlose Wettbewerbe – Warum wir immer mehr Unsinn produzieren. Herder-Verlag. Freiburg.
- Bundesrat (2004). Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Managed Care).
- Campbell, S. (2009), Improvement of clinical quality in English primary care before and after the introduction of a pay for performance scheme, National Primary Care Research and Development Centre, University of Manchester, UK.
- economiesuisse (2012). Vernetzte Medizin: bewährt und patientenfreundlich. dossierpolitik Nr. 6 vom 26. März, 2012
- Fritschi, Jörg (2007). Budgetmitverantwortung, Hausarztvertrag, Capitation, Managed Care und Co. Primary Care Nr. 39, S. 604-606.
- Fritschi, Jörg (2011). Unlautere Argumente der Managed-Care-Gegner. Schweizerische Ärztezeitung , S. 1410
- Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, Sergison M, Pedersen L. (2004). Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care. The Cochrane Library, 3.
- Götz K, Szecsenyi J, Broge B, Willms S (2011). Welche Wirkung hat Qualitätsmanagement in Arztpraxen? Göttingen: AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung.

Haldemann, René (2012). Bringt Budgetmedizin doch keine Einsparungen? Schweizerische Ärztezeitung. S. 636-637.

Interpharma (2010). Themendossier Gesundheitspolitik 2/10

Keusch, A. (2012). „Managed-Care-Vorlage“. Addendum: Stellungnahmen, Konsequenzen, Lösungsvorschlag. Dr. Andres Keusch MEDVICE, Pfäffikon.

Kieser, Ulrich (2011). Gutachten zu Fragen des Managed-Care-Systems. VEMS.

Kühne, René, Georges Preiswerk, Fritz Weber (2003). Deutliche Hinweise auf echte Kostenersparnisse durch Hausarztmodelle. Medicare 4, S.31-33.

Newhouse, J., 2002. Pricing the Priceless: A Health Care Conundrum. MIT Press, Cambridge.

OECD, 2006. Switzerland, OECD Reviews of Health Systems.

OECD Health Data 2010

Ouwens, Marielle; Wollersheim, Hub; Hermens, Rosella; Hulscher, Marlies; Grol, Richard: Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. Int. J. Qual. Health Care (2005) 17 (2): 141–146.

Trottmann, Maria, Peter Zweifel und Konstantin Beck (2012). Supply-Side and Demand-Side Cost Sharing in Deregulated Social Health Insurance: Which Is More Effective, Journal of Health Economics, Volume 31, Issue 1, pp. 231-242.

Wiechmann, Michael (2004). Managed Care in Deutschland Sechs Thesen zur Einführung. Deutsches Ärzteblatt online. 2004-10-08

Zweifel, P., Manning, W. (2000). Moral hazard. In: Culyer, A., Newhouse, J. (Eds.), Handbook of Health Economics. Elsevier, Amsterdam, pp. 410–459.