

7.5 Die Weiterentwicklung von Managed Care in der Schweiz



Oliver Strehle*



Dr. med. Andreas Weber*

1. Zusammenfassung

In der Schweiz hat sich in den letzten 15 Jahren eine Vielzahl von unterschiedlichen Managed-Care-Modellen entwickelt, die teilweise eine internationale Beachtung gefunden haben. Die Modelle waren bis jetzt stark auf die strukturelle Integration der Leistungserbringer fokussiert. Hierdurch konnten wesentliche Synergien bei der Patientenbetreuung genutzt und beachtliche Kosteneinsparungen aber auch Qualitätsverbesserungen erzielt werden. Um das volle Potenzial von Managed Care auszuschöpfen, müsste nun die klinische, prozessuale Integration in den Vordergrund rücken. Dazu braucht es eine Professionalisierung der Modellstrukturen und den verstärkten Einsatz von neuen ICT-Lösungen.

2. Einführung und Ausgangslage

Das Gesundheitswesen ist mittlerweile zu einem der spannendsten, meist analysierten und beobachteten Bereiche von Zukunfts- und Entwicklungsforschern geworden. Manche Forscher, u.a. Nefiodow, gehen sogar davon aus, dass die Gesundheit zur treibenden Wirtschaftskraft der Zukunft werden und dadurch den sechsten Kondratieff-Zyklus massgeblich mitbestimmen wird.[1]

Das Gesundheitswesen wird sich deshalb zunehmend zu einem „normalen“ Wirtschaftszweig entwickeln und die Akteure werden sich auf die grundlegend neuen Spielregeln von Markt und Wettbewerb einstellen müssen. Im Zuge dieser Transformation wird es in allen Sektoren zu einem Konzentrations- und Vernetzungsprozess kommen, wodurch die nicht vernetzte Einzelpraxis immer mehr an Bedeutung verliert.[2]

Für den einzelnen Arzt bietet sich als Bewältigungsstrategie immer mehr der Anschluss an ein Managed-Care-Modell an. Durch diese Modelle wird sich zukünftig die Position eines einzelnen Arztes gegenüber Krankenversicherungen und Konkurrenten stärken.

2.1. Definition von Managed Care

Managed Care bezeichnet ein medizinisches Versorgungskonzept, das eine ganzheitliche, von einer Hand gesteuerte Gesundheitsversorgung durch die gesamte Leistungskette und über alle Versorgungssektoren hinweg gewährleisten soll. Den Ursprung hat Managed Care in den USA, wo bereits um 1930 erste Modelle entstanden und auch eine weite Verbreitung erreicht haben. So stieg der Anteil von Versicherten in

Managed-Care-Organisationen von 55 Millionen im Jahre 1994 auf 104.6 Millionen im Jahre 1999.[3,4] Mittlerweile sind die Ideen und Ansätze von Managed Care auch in Europa festes Gedankengut von Experten und die Modelle finden vielfach praktische Anwendung.

Die Schweiz gilt in diesem Zusammenhang als europäischer Pionier und wurde gerade in den 90er Jahren vielfach von ausländischen Experten besucht. Rita Baur titelt deshalb auch einen Artikel über die Schweizer Managed-Care-Entwicklung mit „Schweizer Pionierarbeit“.[5]

Aufgrund der vielfältigen und unterschiedlichen Anwendungen von Managed-Care-Modellen existiert eine fast endlose Zahl von Definitionen. Ausgangslage für diesen Artikel, auf welche im Weiteren auch immer wieder zurückgegriffen wird, ist die Definition einer Projektgruppe des Bundesamts für Gesundheit (BAG), die 2004 anhand einer Übersichtsarbeit in der Schweiz folgende Kennzeichen für ein echtes Managed-Care-Modell ausgearbeitet hat:[6]

- Steuerung des gesamten Prozesses der Leistungserbringung durch einen gewählten Gatekeeper
- Horizontale (Leistungserbringer gleicher Spezialität) wie auch vertikale (intersektorale) Vernetzung von Behandlungseinrichtungen
- Finanzielle Beteiligung (full capitation) der Leistungserbringer am Versicherungsrisiko (siehe Erläuterung zur finanziellen Beteiligung am Ende des Artikels)

In der Schweiz existieren unter dem Begriff Managed Care zwei unterschiedliche Organisationsformen. Es sind HMO (Health Maintenance Organizations) und Ärztenetze. In HMO sind Ärzte in einer Gruppenpraxis angestellt, die entweder im Besitz von Krankenversicherungen oder Ärzten ist. In Ärztenetzen vernetzen sich selbstständige im ambulanten Bereich tätige Ärzte zu einem Modell (meist umfassen die Netze nur Grundversorger/Hausarztmodelle. Es entstehen derzeit aber immer mehr fachübergreifende Modelle, so genannte Ärztenetze). Da sich diese Modelle schwer korrekt trennen lassen, wird im Folgenden von Managed-Care-Modellen gesprochen und zwischen den beiden Formen nicht differenziert.

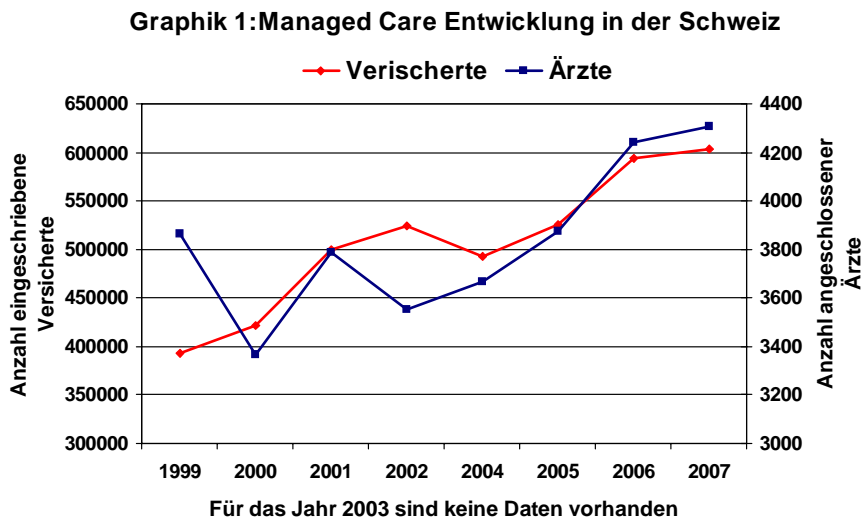
2.2. Entwicklung von Managed Care in der Schweiz

Die Entwicklung von Managed-Care-Modellen in der Schweiz hat mittlerweile eine über 30jährige Geschichte. Mit der Gründung der Schweizer Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP) im Jahre 1976 begann man sich erstmals im Rahmen einer Studiengruppe mit amerikanischen Health Maintenance Organizations (HMO) zu befassen. Der eigentliche Grundstein wurde gut 10 Jahre später mit der Interessengemeinschaft für alternative Krankenversicherungen (IGAK) gelegt. Die IGAK war ein Zusammenschluss der Krankenversicherung CSS, der Concordia, KFW-Winterthur (heutige WinCare), der Krankenkasse KBV und des Verbandes ZOKO (Personalfürsorgestiftung der Schweizerischen Kranken- und Unfallkasse ZOKU), mit dem Ziel, HMO in der Schweiz zu implementieren und zu etablieren. Am 1.1.1990 wurde unter der Trägerschaft der IGAK die erste HMO in Europa, die HMO Zürich Wiedikon, gegründet. Es folgten 1991 HMO's u.a in Basel, eine zweite in Zürich sowie in weiteren Städten. Zwischen 1991 und 1995 entstanden insgesamt 25 HMO mit ca. 80'000 Versicherten (Ende 1995). 1992 und 1994 wurden in Genf (Réseau Déltà) und in Winterthur (WintiMed) die ersten Hausarztmodelle gegründet.[7]

Die Gründungen dieser HMO's und Hausarztmodelle vor 1996 wurden als Modellversuche gestartet. Erst 1996 schuf der Gesetzgeber mit dem neuen Krankenversicherungsgesetz (KVG) den rechtlichen Rahmen für Managed-Care-Modelle. Von besonderer Bedeutung sind die Artikel 41 und 62 KVG, welche den Versicherungen die Erlaubnis erteilten, Versicherungsprodukte mit eingeschränkter Leistungserbringerwahl anzubieten, sowie der Artikel 43. KVG, der die Möglichkeit zur Abkehr von der Einzelleistungshonorierung (z.B. Capitation) eröffnet.

Nachdem mit dem KVG die rechtliche Basis für Managed-Care-Modelle geschaffen wurde, gab es bis zum Jahre 2001 einen regelrechten Gründungsboom von HMO's und Hausarztmodellen, u.a. wurde am 1. Januar 1998 die erste ärzteigene HMO Europas, die mediX Gruppenpraxis in Zürich-Wipkingen, und ein Jahr später die Praxis Bubenbergr als weitere ärzteigene HMO gegründet. 2000 und 2001 zogen sich dann die Krankenversicherungen CSS, Helsana und KPT aus HMO- und Hausarztmodellverträgen wieder zurück, da

sich die Einsparungen und Qualitätsverbesserungen nicht im erhofften Masse eingestellt hatten. Aus diesen Gründen sowie durch das Fehlen einer ausreichenden Versichertenbasis kam es 2001 noch zur Schliessung von sieben weiteren HMO. Nach einer kurzen Konsolidierungsphase ist heute wieder eine zweite Boomphase feststellbar. Aktuell (Stand 1.1.2007) existieren 81 HMO's bzw. Hausarztmodelle mit 603'832 eingeschriebenen Versicherten (ca. 10.1% der Schweizer Wohnbevölkerung) und 4'305 angeschlossenen Ärzten (ca. 14.9% der Schweizer Ärzte).[8]



7.5 Die Weiterentwicklung von Managed Care, Abb. 1

2.3. Kritische Würdigung der Managed-Care-Entwicklung

Unbestritten ist heute, dass Managed-Care-Modelle zu Kosteneinsparungen geführt haben und auch weiterhin führen. Den HMO wird hierbei ein stärkerer Effekt bescheinigt. Wie Studienergebnisse einzelner Autoren belegen, betragen diese Kosteneinsparungen je nach Modell 10% bis max. 40%.

Autoren	Kosteneinsparung HMO	Kosteneinsparung Hausarztmodelle
Schwenkglenks, M. 2002	---	7-19%
Baur, R., Braun, U. 2000	28-60%*	20%**
Baur, R. et al. 1997	30-35%	---
Lehmann, H. 2003	35-40%	10%
Zweifel, P., Steinmann, L. 2003	26%	11%

* nicht repräsentativ ** Hausarztnetze (n=29) – Angaben einer Trägerorganisation

7.5 Die Weiterentwicklung von Managed Care, Abb. 2: Kosteneinsparungen durch Managed-Care-Modelle [9]

Bei den erzielten Einsparungen wird aktuell diskutiert, wie gross der Effekt der Risikoselektion auf diese ist. Als sicher erwiesen gilt mittlerweile, dass die Managed-Care-Modelle tendenziell bessere Risiken anziehen

und dies auch einen Einfluss auf die Kostenstruktur der Modelle hat. Nach Wissen der Autoren existieren, auch international, noch keine abschliessenden aussagekräftigen Studien, die den Einfluss der Risikoselektion exakt beziffern, u.a. auch deshalb, weil die Kosten der Versicherten starken Schwankungen unterliegen. Aus diesem Grund werden in diesem Bericht die finanziellen Aspekte nicht weiter beleuchtet und im Folgenden wird auf weitere Erkenntnisse der Managed-Care-Entwicklung in der Schweiz eingegangen.

2.3.1. Regionale Verteilung der Managed-Care-Modelle

Wie erwähnt, gilt die Schweiz als Managed-Care-Pionier in Europa. Richtigerweise müsste es aber eigentlich heissen, „bestimmte Regionen in der Schweiz gelten als Managed-Care-Pioniere in Europa“. Der aktuellen Aufstellung der Managed-Care-Modelle in der Schweiz [8] kann entnommen werden, dass in den Kantonen Wallis, Jura, Neuenburg, Appenzell Innerrhoden, Glarus, Nidwalden, Obwalden und Tessin keine Managed-Care-Modelle bestehen. In den verbleibenden 18 Kantonen stellt sich die Anzahl Versicherter in den Modellen sehr unterschiedlich dar. So sind in Schaffhausen und im Thurgau über 20%, in den Kantonen Aargau, Basel-Stadt, Graubünden und St. Gallen zwischen 10% und 20% und in den Kantonen Genf, Wallis, Bern, Freiburg, Solothurn, Basel-Land, Zürich, Appenzell Ausserrhoden, Luzern, Schwyz, Uri und Zug weniger als 10% der Versicherten in einem Managed-Care-Modell eingeschrieben. Es ist somit nicht richtig, wenn für die Schweiz von einer flächendeckenden Verbreitung von Managed-Care-Modellen gesprochen wird.

2.3.2. Managed-Care-Modelle und Listenmodelle

In der Zeitschrift *infosantésuisse* vom März 2007 wurde ein Artikel mit der Überschrift „Erstmals über eine Million Schweizer in alternativen Versicherungsmodellen – Managed Care auf dem Vormarsch“ publiziert.[10] Wird diese Zahl mit der unter Punkt 2.2 angegebenen verglichen, ergibt sich ein Unterschied von ca. 400'000 Versicherten. Dieser ist auf eine Formulierung im Artikel 41. Abs. 4 KVG zurückzuführen, wonach Versicherer die Wahl der Leistungserbringer durch die Versicherten auf eine bestimmte Anzahl einschränken können, „die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt“. Diese Formulierung führt dazu, dass Versicherungen eigenständig alternative Versicherungsmodelle, so genannte Listenmodelle bzw. eigene TelMed-Produkte (telemedizinische Produkte, bei denen der Versicherte vor einem Arztbesuch eine medizinische Beratungsstelle kontaktiert, welche ihn bei Bedarf an einen Arzt, ein Spital oder einen Therapeuten weiterleitet) anbieten können, ohne dass sie hierfür eine vertragliche Vereinbarung mit einer Ärzteguppe eingehen müssen. Viele Versicherungen („Etikettenschwindlerkassen“)[11] bieten für solche Listenmodelle den Interessierten eine Ärzteliste an, die nach meist firmeninternen Kriterien erstellt wird und aus der der Hausarzt ausgewählt wird. Da in diesem Fall der Arzt in der Regel keine Informationen über die Versicherten erhält, ist eine Steuerung der Leistungserbringung über den gesamten Behandlungsprozess unmöglich. Die Listenmodelle stellen somit keine Managed-Care-Modelle (vgl. 2.1) dar, weshalb entsprechende Bezeichnungen und Zahlen als irreführend zu betrachten sind.

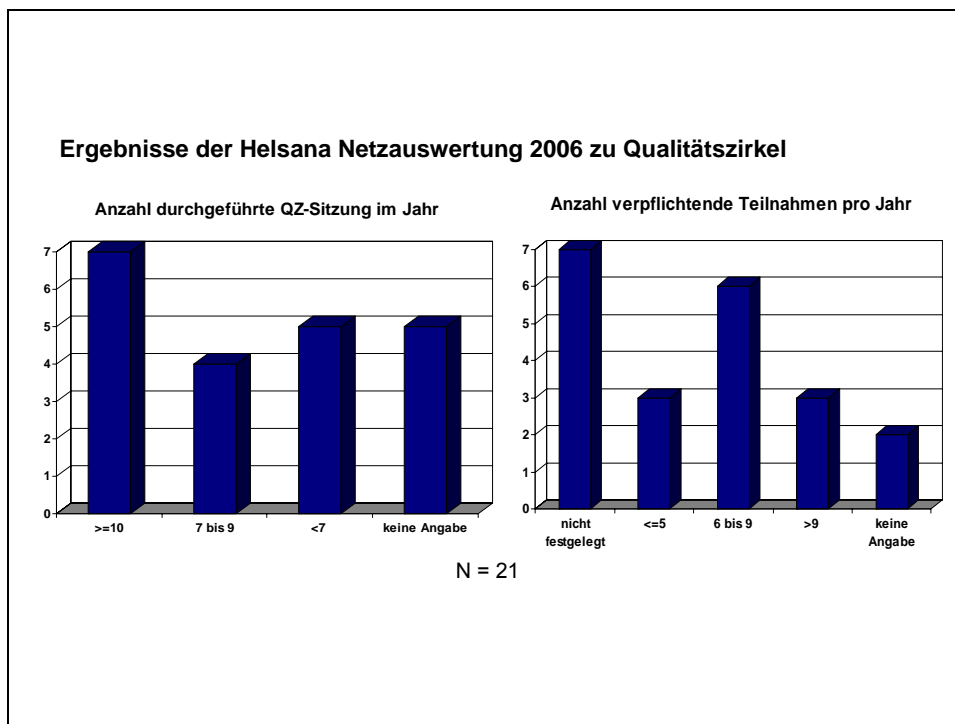
2.3.3. Sparmodelle oder Qualitätsprodukte

Echte Managed-Care-Modelle sollen durch die drei Charakteristika (vgl. 2.1) zu einer Verbesserung der medizinischen Versorgung führen. Wie sich unter Punkt 2.3.4 zeigen wird, werden in fast allen Modellen Instrumente zur Qualitätssicherung und -entwicklung erfolgreich eingesetzt. Dem entgegen steht aber die in der Schweiz übliche Bezeichnung „Sparmodelle“. Eine Durchsicht der Homepages derjenigen Krankenversicherungen, die im Jahr 2005 mehr als 300'000 Versicherte hatten, hat ergeben, dass nur zwei Krankenversicherungen bei der Produktbeschreibung qualitative Aspekte der Versorgung in einem Managed-Care-Modell in den Vordergrund stellen.

Eine für Managed-Care-Modelle erfreuliche Entwicklung ist hingegen in einzelnen Konsumentenzeitschriften feststellbar. Stellte der Beobachter 2005 die Modelle schwerpunktmässig noch als „Sparmodelle“ [12] dar, so schreibt er 2007 „...denn es gibt Wege, die Prämie zu senken und erst noch mehr Qualität zu erhalten. Möglich machen es Ärztenetze“ und widmet den Qualitätsbemühungen einen eigenen Absatz. [13]

2.3.4. Managed-Care-Modell versus Managed-Care-Modell

Als eine positive Neuerung der Schweizer Managed-Care-Entwicklung kann sicherlich die durchgängige Einführung von Qualitätszirkeln (QZ) bezeichnet werden, die in den meisten Modellen den Kern eines Qualitätsentwicklungskonzeptes darstellen. So gaben von den 81 bestehenden Modellen [8] 75 an, Qualitätszirkel durchzuführen. Für die Umsetzung der angestrebten Versorgungsziele ist es aber wichtig, eine ausreichende Anzahl an strukturierten QZ durchzuführen, bei denen eine regelmässige Teilnahme verpflichtende Voraussetzung ist. [14] Gerade hier zeigt sich aber eine grössere Heterogenität der Modelle. Eine Modellumfrage der Helsana [15] zeigt, dass von den 21 antwortenden Netzen bei 76% die Teilnahme der Mitglieder an den QZ verpflichtend ist. Die festgelegte Anzahl der verpflichtenden Teilnahmen sowie das Angebot an QZ sind hingegen sehr unterschiedlich. Bei nur drei Netzen ist eine höhere QZ-Teilnahmeverpflichtung als neun Sitzungen pro Jahr vorgesehen. Zum Vergleich: In einigen Netzen werden wöchentlich bzw. zweiwöchentlich an verschiedenen Standorten QZ angeboten, 20 davon müssen von den teilnehmenden Ärzten pro Jahr besucht werden. [16]



7.5 Die Weiterentwicklung von Managed Care, Abb.3

Ferner muss man in Bezug auf echte Managed-Care-Modelle (vgl. 2.1) die kritische Frage stellen, welche Modelle diese Anforderungen erfüllen. Besonders bei der finanziellen Beteiligung zeigt sich, dass nur wenige Modelle dieser gerecht werden. Nur 24 Modelle werden über eine (full) capitation vergütet, bei 26 besteht eine Bonus-Malus-Regelung und 31 kennen keine Art der finanziellen Beteiligung. Für die Weiterentwicklung von Managed-Care-Modellen sind aber Budgetmitverantwortung und andere finanzielle Anreize die entscheidende Voraussetzung, da sie eine effiziente Gestaltung der medizinischen Versorgung fördern [17] und dem Einsatz von Instrumenten zur Struktur- und Prozessoptimierung dienlich sind. [18] Dies belegt auch die Übersicht der Managed-Care-Modelle 2007. [8] Von den 24 Modellen mit Budgetmitverantwortung haben

14 ein Qualitätszertifikat (EQUAM, Good Medical Practice oder Good Priv@cy) eingeführt, von den 26 Modellen mit einer Bonus-Malus-Regelung nur eines und von den 31 mit keiner finanziellen Verantwortung noch zwei. Auch bei den „etablierten besonderen Einrichtungen“ (ETB) zeigt sich, dass Modelle mit Budgetmitverantwortung einen deutlichen Innovations- und Implementierungsvorsprung besitzen.

Vergütungsform	Durchschnittliche Anzahl der ETB	Median der ETB
Capitation	4.67	5
Bonus-Malus-Regelung	3.5	5
Keine Finanzverantwortung	1,7	2

ETB: Patientenbeirat, Ombudsstelle, Qualitätszirkel, Guidelines, Patienteninformationen, modelleigener Notfalldienst, Beratungstelefon, Andere

7.5 Die Weiterentwicklung von Managed Care, Abb. 4 Etablierte besondere Einrichtungen (ETB) [8]

2.3.5. Abschliessende Beurteilung der Schweizer Managed-Care Entwicklung

Wie aufgezeigt wurde, hat sich in der Schweiz in den letzten 15 Jahren eine Vielzahl von Managed-Care-Modellen entwickelt. Die Entwicklung selber ist in den Modellen zum Teil sehr unterschiedlich verlaufen. Festzustellen ist, dass viele Modelle zwar eine strukturelle Integration der Leistungserbringer geschafft haben, es aber bisher selten zu einer klinischen, prozessualen Integration gekommen ist. Dieses auch als mangelnde faktische Integration bezeichnete Phänomen beruht vor allem auf institutionellen Barrieren, die aus rechtlichen, organisatorischen und kulturellen Gegebenheiten entstehen.[18] Rechtlich bzw. politisch gesehen, gibt es heute keinen Grund, warum sich Ärzte in Modellen integrieren sollen. Sie können sich an Modellen beteiligen oder im bisherigen System „weilerschaffen“, ohne grosse Nachteile in Kauf nehmen zu müssen, was sicherlich ein umfassendes Engagement in Managed-Care-Modellen verhindert.

Eine Möglichkeit, die Teilnahme an den Modellen zu fördern ist, für die nachgewiesene Versorgungsoptimierung und Qualitätsverbesserung eine zusätzliche Vergütung bereit zu stellen. Mit einer solchen „Anschubfinanzierung“ wurden speziell in Deutschland gute Erfahrungen gemacht.

Aus Sicht der Autoren sind aber die beiden Punkte der Kulturintegration und der professionellen Organisationsentwicklung von einer höheren Bedeutung für die Weiterentwicklung von Managed-Care-Modellen. Teilnehmer heutiger und zukünftiger Managed-Care-Modelle sind primär Ärzte mit eigener Praxis. Für diese müssen die Modelle Möglichkeiten und Instrumente schaffen, um die subjektiven Wünsche nach befriedigender Arbeit, Arbeit im Team, Austausch und Anregung unter Kollegen, Unterstützung und Entlastung bei der Patientenversorgung, etc. zu erfüllen.

Darüber hinaus wird es für die Modelle auch von einer strategischen Bedeutung sein, die netzimmanente Heterogenität,[19] die sicherlich auch zukünftig weiter bestehen wird, durch gemeinsame Standards und Absprachen zu reduzieren. Sind diese Ausgangsbedingungen geschaffen, wird es möglich, über die funktionale Integration eine Arzt-System-Integration zu entwickeln, die, wie Shortell et al. in ihrer Übersichtsarbeit aufzeigen, die Voraussetzung für eine klinische Integration und somit auch für ein echtes Managed Care ist.[20]

3. Zukünftige (notwendige) Entwicklung von Managed-Care-Modellen

Shortell et al. fassen unter der klinischen Integration die Massnahmen einer Patientenversorgung über verschiedene Leistungserbringer, Funktionen, Aktivitäten und Orte zusammen, die im Zeitablauf koordiniert werden, um bestmögliche Resultate zu erzielen. Hierfür müssen professionelle Strukturen (funktionale Integration) geschaffen werden, die es ermöglichen, über den Versorgungsprozess (Arzt-System-Integration) die Leistungen bestmöglich zu koordinieren. Massgeblich unterstützend hierfür ist die Standardisierung von Informations- und Datenverarbeitungssystemen. Entsprechend dieser Prämissen sehen die Autoren in der

Entwicklung von professionellen Netzstrukturen, stärkerer Prozessorientierung der medizinischen Versorgung sowie im Einsatz von ICT-Lösungen und professionellem Datenmanagement drei entscheidende Punkte in der Entwicklung von Schweizer Managed-Care-Modellen.

3.1 Entwicklung von professionellen Management-/Modellstrukturen

Managed-Care-Modelle werden zukünftig in einem viel stärkeren Wettbewerb zueinander stehen. Wie aufgezeigt wurde, ist derzeit wieder ein Vernetzungs-Boom feststellbar, der wahrscheinlich zu Nachteilen für die vorhandenen Modelle (Pionier-Modelle) führt. Hier können echte Managed-Care-Modelle nur durch eine zunehmende Differenzierung und das Herausstellen ihrer Alleinstellungsmerkmale (unique selling proposition, USP) bestehen. Dies erfordert den Aufbau professioneller Management-/Modellstrukturen. Bisher zeigt sich aber, dass viele der bestehenden Modelle die Entwicklung von Aufbau- und Ablaufstrukturen vernachlässigt haben, wie sie für eine zielorientierte Führung einer Organisation dieser Grössenordnung von Nöten wären.[21] Diese strukturellen Entwicklungen können durch die Ärzte eines Netzes alleine nicht geleistet werden. Vielmehr muss ihnen ein professionelles Management zur Seite gestellt werden, um entsprechende Aufgaben im Rahmen des Managed Care zu übernehmen.[22] Aus Sicht der Autoren lassen sich die zukünftigen Aufgaben in die Bereiche Qualitätssicherung, Organisationsentwicklung inkl. Finanzen und Controlling sowie Marketing einteilen.

3.1.1. Qualitätssicherung

Die bisherige Managed-Care-Entwicklung hat zur fast flächendeckenden Einführung von Qualitätszirkeln in den Modellen geführt. Alleine dieses Instrument wird aber zukünftig für die Qualitätssicherung nicht mehr ausreichend sein bzw. können sich die Modelle durch dieses alleine nicht genügend differenzieren. Vielmehr ist es nötig, eine eigene Qualitätsmarke aufzubauen, die klare Wiedererkennungsmerkmale nach aussen setzt. Eine von manchen Netzen bereits eingeführte Massnahme ist die Qualitätssertifizierung durch EQUAM, Good Medical Practice, Good Priv@cy etc. Da die bestehenden Zertifizierungen aktuell nur die Strukturqualität und reduziert die Prozessqualität, nicht aber die Ergebnisqualität beurteilen, müssen hier Wege gefunden werden, wie sich auch diese Indikatoren aufwandgerecht im Praxisalltag erheben lassen. Erste Versuche wurden bereits von einigen Praxen von mediX zürich unternommen, indem, basierend auf den „Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze“ zur koronaren Herzkrankheit, die Indikatoren im Alltag auf ihre Tauglichkeit und Anwendbarkeit getestet wurden.[23]

Im Rahmen des Qualitätssicherungskonzeptes muss es auch zur konsequenten Einführung von Guidelines kommen. Mittlerweile wird von den Leistungserbringern zunehmend erwartet, dass sie ihr therapeutisches Handeln nicht nur durch Erfahrungen und individuelles Können (skills), sondern auch durch den Rückgriff auf evidenzbasierte Wissensbasen absichern (knowledge). Der einzelne Arzt steht hier aber vor einer fast unlösbaren Aufgabe, wenn berücksichtigt wird, dass er pro Tag etwa 17 Schlüsselpublikationen lesen und nach EBM-Kriterien würdigen muss, um up-to-date zu bleiben.[24] Ein Managed-Care-Modell muss den Arzt zukünftig verstärkt im Orientierungs- und Informationsprozess unterstützen, wodurch zusätzlich auch die Integration und Identifikation mit dem Modell gefördert wird.

Durch diese und im Weiteren nicht erwähnte Massnahmen wird es für das Modell möglich, sich seinen Wettbewerbern gegenüber abzugrenzen und sich als, auch extern überprüfte, Qualitätsorganisation zu positionieren. Von der Bevölkerung wird dies zunehmend verlangt, da sie den Vertrauensvorschuss, den sie den Ärzten zu geben bereit ist, durch eine externe Überprüfung (Ärzte-TÜV) gerechtfertigt sieht.[25]

3.1.2. Organisationsentwicklung

Viele der bestehenden Managed-Care-Modelle in der Schweiz werden aktuell noch in einem „Feierabendpensum“ geführt. Dieses Pensum wird aber die zukünftigen Herausforderungen nicht mehr meistern können. Alleine die bereits geschilderten Massnahmen im Rahmen der Qualitätssicherung bedürfen eines 10- bis 15prozentigen Monatpensums. Hinzu kommen noch die weiteren Aufgaben in den Bereichen Finanzen, Marketing, ICT und der medizinischen Prozessgestaltung. Aus bisheriger Erfahrung der

Autoren lässt sich hierfür eine Vollzeitstelle abschätzen. Aus Sicht der Ärzte kommen auch neue betriebswirtschaftliche Aufgaben hinzu, mit denen sie bisher nicht oder nur wenig vertraut waren. Wollen sich die Modelle weiterentwickeln, ist hier der Aufbau eines eigenen Managements nötig, wobei aktuell in der breiten Masse noch nicht genügend Managementkapazitäten zur Verfügung stehen.[4] Alternativ kann eine Kooperation mit bereits bestehenden und erfahrenen Managementdienstleistern wie MedSolution (www.medsolution.ch) oder ArgoMed (www.argomed.ch) eingegangen werden. Vorteile einer solchen Kooperation sind das „Einkaufen“ eines jahrelangen und fundierten Know-how, Synergien auf Ebene der Vertragsverhandlungen und Systemweiterentwicklungen (z.B. im ICT-Bereich), kompetente Betreuung in den Bereichen Finanzen und Controlling sowie die Möglichkeit, durch firmeninterne Benchmarks von bereits bestehenden und entwickelten Modellen zu lernen.

Neben der „Make-or-buy“-Entscheidung im Managementbereich, müssen sich zukünftige Modelle auch grundlegende Überlegungen zu Umfang und Aufnahme ihrer Mitglieder machen. Versteht sich ein Modell als ein offenes (open shop), das allen Interessenten die Teilnahme ermöglicht, oder als ein geschlossenes (closed shop), bei dem ein Auswahlverfahren für die Mitglieder besteht? Dies hat Auswirkungen auf eine mögliche Vertragspartnerschaft mit Krankenversicherungen. Geschlossene Modelle weisen für den Krankenversicherer eine höhere Attraktivität auf, da schon der Entschluss zur beschränkten Aufnahme auf eine stringenteren organisatorische Führung hinweist [26] wie auch auf zu realisierende strukturelle Massnahmen innerhalb des Modells. Eine grosse Herausforderung für die Organisation wird ferner die Entwicklung einer netzinternen anreizorientierten Vergütung (pay for performance) werden, ähnlich wie sie z.B. derzeit in Grossbritannien durch den National Health Service (NHS) angewendet wird. Dort können Ärzte ca. 15 bis 20 Prozent über ein Qualitätshonorar verdienen.[27] Hierfür müssen im Rahmen der Qualitätssicherung aber auch in Bezug auf das „Modell-Engagement“ Indikatoren bestimmt werden, die die zusätzliche Leistung der Mitglieder adäquat entschädigen und Anreize zur Mehrleistung bieten. Bisherige Erfahrungen in diesem Bereich zeigen, dass solche grundlegenden strukturellen Anpassungen eher in einem geschlossenen Modell möglich sind.

3.1.3. Marketing

Im Rahmen der professionellen Management-/Modellstrukturen wird das interne und externe Marketing zu einem wichtigen Aufgabengebiet der Modelle. Das interne Marketing wird sich vordergründig mit dem Aufbau einer Corporate Identity und eines Corporate Design beschäftigen. Der Mehrwert, der durch die Massnahmen im Rahmen der Qualitätssicherung oder der ICT für den Patienten entsteht, muss in den Praxen des Modells klar widererkennbar sein. In manchen Bereichen wird dies dazu führen, dass die Gestaltungsautonomie des Praxismanagements für ein Modellmitglied teilweise eingeschränkt wird.

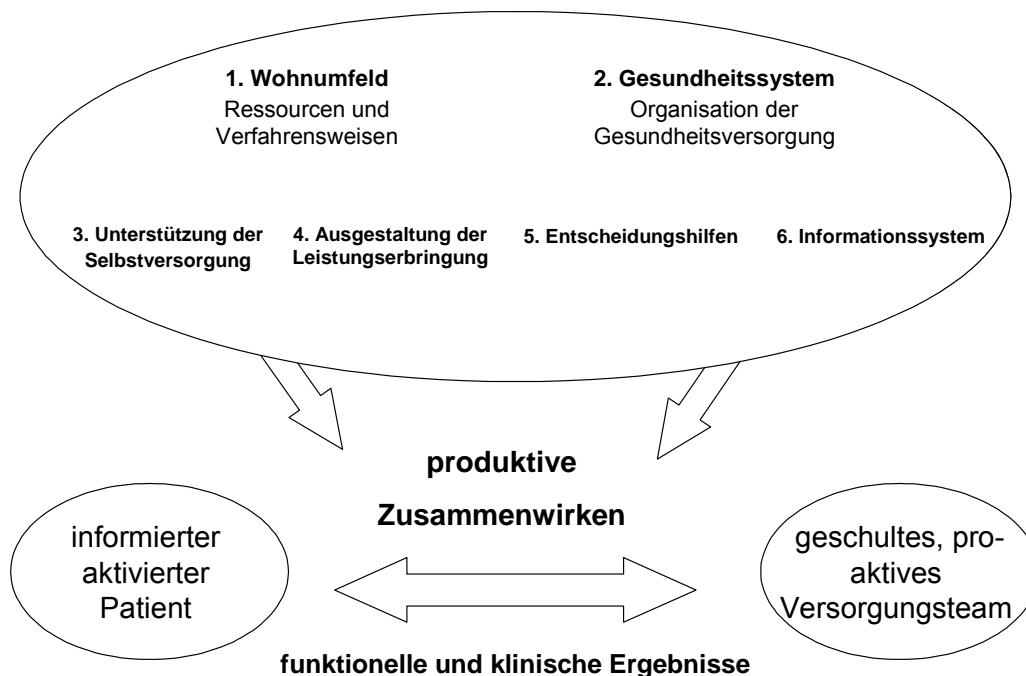
Einhergehend mit dem externen Marketing ist der Aufbau einer Modellmarke. Diese soll bei den Patienten/Versicherten wie auch bei den Versicherern die gewünschten Assoziationen auslösen und sie zu einem Modellbeitritt bzw. Vertragsabschluss bewegen. Als mögliche Option wird sich auch (da der Aufbau einer eigenen Marke ca. 500'000 bis 1 Mio. Schweizer Franken kosten kann) der Anschluss an überregionale Marken, wie sie in der Schweiz bisher mit mediX schweiz (www.medix.ch) bestehen, anbieten. Im Rahmen einer solchen Kooperation können auch modellübergreifende Massnahmen für die Qualitätssicherung entwickelt werden, wodurch sich weitere Synergien ergeben können.

Im Rahmen des externen Marketings wird auch die patientenorientierte (patientensegmentierte) Ansprache eine immer bedeutendere Rolle spielen. Die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen entspricht in der Regel dem allgemeinen Konsumverhalten der Bevölkerung. Deshalb bestehen in unserer Gesellschaft sehr unterschiedliche Erwartungshaltungen gegenüber der medizinischen Versorgung. Dies verlangt nach einer entsprechenden Differenzierung auf der Angebotsseite der medizinischen Leistungserbringung. Die zukünftigen Managed-Care-Versicherten wollen ihr Betreuungssystem wählen können und dafür werden sie unterschiedliche Preise bezahlen.[17] Auf diese Tatsache werden Managed-Care-Modelle bei ihren Marketingbemühungen zukünftig verstärkt eingehen müssen.

3.2. Prozessorientierung der medizinischen Versorgung

Das Schweizer Gesundheitswesen kann als eine verrichtungsorientierte, nach funktionalen Aufgaben der jeweiligen Berufsgruppen strukturierte Organisation angesehen werden, mit dem Effekt, dass die Versorgung primär auf akutmedizinische Problemsituationen ausgerichtet ist. Durch den sich abzeichnenden demografischen Wandel wird sich das Krankheitsspektrum auf chronisch degenerative Krankheiten und zunehmend zur Multimorbidität verlagern.[28] Diesen neuen Anforderungen wird aber das akutmedizinisch ausgerichtete Versorgungssystem immer weniger gerecht.[29] Es bedarf einer Neustrukturierung des Gesundheitswesens, bei der als Leitgedanke die Orientierung am Ablauf der Behandlung der Patienten (Prozessorientierung) in Frage kommt, die sich nicht ausschliesslich an der Tätigkeit der Professionen orientiert, sondern die arbeitsteiligen Beteiligungen der Berufsgruppen an der Patientenbehandlung im Blick hat.[30] Diese Neuausrichtung betrifft nicht nur Spitäler, sondern im Besonderen die ambulant tätigen Ärzte, und verstärkt auch Managed-Care-Modelle. Chronisch Kranke benötigen nicht immer eine medizinische Vollversorgung. Teilweise erfordert der Krankheitsverlauf primär eine gute Patientenschulung, Informationen über das Krankheitsgeschehen und Möglichkeiten der Prävention sowie eine regelmässige Kontrolle des Verlaufs. Diese Mittel und Unterstützung kann ein Managed-Care-Modell den Patienten und auch den Ärzten liefern. Erste vielversprechende Erfahrungen wurden in diesem Zusammenhang bereits bei mediX zürich mit einem Disease Management für Patienten mit koronarer Herzkrankheit gemacht,[31], für die das Modell mit dem Förderpreis Forum Managed Care 2007 ausgezeichnet wurde.

Zukünftig wird es aber nicht ausreichen, Modelle zu entwickeln, die sich auf eine chronische Krankheit fokussieren, sondern es braucht Modelle, welche die Folgen des Altersstruktur- und Krankheitswandels (Multimorbidität) berücksichtigen. Ein bereits in den USA erprobtes Versorgungskonzept und für das Schweizer Gesundheitswesen interessantes Modell stellt das von Ed Wagner entwickelte Chronic-Care-Modell (CCM) dar.[32] Das CCM ist ein primärmedizinisch basiertes Versorgungskonzept, in dessen Zentrum die produktive Interaktion zwischen informierten, aktiv ins Behandlungsgeschehen eingebundenen Patienten und proaktiven Versorgungs- und Praxisteams steht.



7.5 Die Weiterentwicklung von Managed Care, Abb. 5

Das CCM setzt sich insgesamt aus sechs miteinander verbundenen Elementen zusammen.

- Die ersten beiden, Mobilisierung wohnortnaher Ressourcen und Organisation der Gesundheitsversorgung, beziehen sich schwerpunktmässig auf die Einbettung der medizinischen Versorgung in das soziale Umfeld der Patienten.
- Daneben steht die Unterstützung des Selbstmanagements der Patienten, z.B. durch Patientenschulung, welche durchaus durch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe durchgeführt werden kann.
- Viertens, die Gestaltung des Leistungserbringungsprozesses, der nicht mehr „nur von einem Arzt“ erbracht, sondern durch eine effektive Aufgabenteilung innerhalb eines „prepared practice team“ (Versorgungsteam) sichergestellt wird. Hierdurch wird auch die Dominanz der akutmedizinischen Versorgung zu Gunsten der geplanten, vorausschauenden Versorgung von Chronikern durchbrochen.
- Fünftens, eine Entscheidungsunterstützung für Leistungserbringer (z.B. Guidelines) und Patienten (z.B. Patientenguidelines oder Gesundheitsdossiers)
- Sechstens, der Einsatz von klinischen Informationssystemen

Durch den Einsatz des CCM in Schweizer Verhältnissen wird es möglich, die medizinische Versorgung an den sich wandelnden Bedürfnissen der Patienten zu orientieren. Für die Zukunft bedeutet dies, dass verstärkt multidisziplinäre Teams aus dem Gesundheits- und Sozialwesen in der primären Grundversorgung eingesetzt werden, die sich verschieden, je nach Bevölkerungsstruktur und regionalen Besonderheiten, zusammensetzen.[30]

3.3. Einsatz von ICT-Lösungen in der medizinischen Versorgung

In den vorangegangenen Abschnitten wurden bereits zwei wichtige Einsatzgebiete für Informationstechnologien aufgezeigt: zum einen die Performancemessung und zum anderen das klinische Informationssystem zur Behandlungsunterstützung. Dies sind aber nicht die einzigen möglichen Gebiete. Vielmehr lassen sich drei Schwerpunkte benennen, in welchen die ICT für ein Managed-Care-Modell relevante und interessante Lösungen anbieten kann.

3.3.1. Datenspeicherung und Auswertung

Zukünftig wird es für einen ambulant tätigen Arzt unumgänglich sein, in der Praxis eine elektronische Krankengeschichte (eKG) einzuführen. Werden hier die aktuell auf dem Markt verfügbaren Angebote der diversen Softwareanbieter betrachtet, muss festgestellt werden, dass eigentlich kein Anbieter eine prozessorientierte Lösung im Angebot hat. Die meisten elektronischen KG sind Weiterentwicklungen der Abrechnungssoftware und haben deshalb den Fokus auf die einzelne Konsultation gerichtet. Zukünftig bedarf es Lösungen, die prozessorientiert aufgebaut sind und auf welche die einzelnen Beteiligten Zugriff haben. Einzelne, nicht abschliessende Aufgaben sind die automatische Termin-Reminder-Vergabe, und hier auch das Aufzeigen, welche Leistungen zu welchem Termin durchzuführen sind. Chroniker und „normale“ Patienten müssen mit einem einfachen Marker erkennbar gemacht werden, der eine gut zu bedienende Auswertung und Segmentierung ermöglicht.

Gerade für ein Managed-Care-Modell bietet sich eine modellweite Lösung an, sinnvollerweise mit einer gemeinsamen Datenbank. Vorstellbar ist eine webbasierte elektronische Krankengeschichte (ASP-Lösung). Noch vor Jahren wäre diese Möglichkeit undenkbar gewesen. Aufgrund der immer schneller werdenden Verbindungen und der zunehmenden Systemsicherheit ist sie mittlerweile aber eine interessante Alternative. Eine solche Lösung würde gerade im Bereich der Applikationsanpassungen Synergie- und

Effizienzpotenziale bieten. Über die gemeinsame Datenspeicherung liesse sich dann auch eine Performance-Messung einführen, die relativ aufwandneutral in den Praxisalltag integriert werden kann.

3.3.2. Datenaustausch und Kommunikation

Speziell in einem Managed-Care-Modell mit einer bestimmten Anzahl von einzelnen Leistungserbringern besteht eine überragende Notwendigkeit, Information in diversen Formaten, Grössen und mit unterschiedlichen Inhalten zu übertragen und auszutauschen. Die ICT muss den Ärzten aus einem Modell ermöglichen, alle notwendigen Informationen schnell und vollständig einsehen zu können. Als ein zusätzlicher Mehrwert für ein Managed-Care-Modell kann sich die Weiterentwicklung der Kommunikationsplattform hin zu einem Gesundheitsportal darstellen, auf das auch die Patienten einen selektiven Zugriff haben. So können für den Patienten relevante Informationen und Daten individualisiert und am jeweiligen Behandlungsprozess orientiert dargestellt werden.[33]

Wichtig ist bei der Umsetzung, dass die datenschutzrechtlichen Bestimmungen beachtet werden. Mittlerweile bestehen im Bereich der e-Security vielfältige, benutzerfreundliche und bereits zertifizierte Lösungsmöglichkeiten. Entscheidend wird aber sein, mit wie viel Aufwand der Datenaustausch bzw. die Kommunikation verbunden ist. In vielen der bisher bestehenden Lösungen müssen die auszutauschenden Daten in zwei oder mehr Softwareapplikationen erfasst und gepflegt werden. Dies führt zu einer unnötigen Doppelspurigkeit, welche die Akzeptanz für einen fortlaufenden Einsatz nicht herstellt.

3.3.3. Dateninterpretation und Entscheidungsunterstützung

Die Entwicklung eines klinischen Informationssystems, das Daten interpretiert und Unterstützung bei der ärztlichen Entscheidung bietet, ist sicherlich eine anspruchsvolle Aufgabe. Wenn aber bedacht wird, dass Ärzte heute bei einem „durchschnittlichen“ Chroniker in sieben Therapiebereichen darauf achten müssen, dass sich die Medikationen nicht gegenseitig beeinträchtigen,[34] wird die Notwendigkeit eines solchen Informationssystems deutlich.

Neben dem Medikamenteninteraktionscheck, der für die einzelnen Patienten die individuell erforderlichen Medikamentenkombinationen auf unerwünschte Interaktionen überprüft und Vorschläge für eine Arzneimitteltherapie mit verringerten Wechsel- und Nebenwirkungen macht, muss das klinische Informationssystem auch Hinweise auf Guidelines geben (Sentinel-System). Diese müssen das medizinische Personal bei der Diagnose- und Therapieentscheidung unterstützen. Durch den Einsatz eines solchen Systems kann es zur Reduzierung von Krankenhauseinweisungen und weiteren negativen Krankheitserlebnissen kommen, wodurch sich auch die Entwicklungs- und Einsatzkosten refinanzieren lassen.[35] Dies wird zu einer Reduzierung des Risikos für mögliche Budgetüberschreitungen im Rahmen der finanziellen Beteiligung der Modelle führen.

Neben den drei aufgeführten Einsatzbereichen der ICT in zukünftigen Managed-Care-Modellen wird sich noch ein bedeutender vierter Bereich ergeben, der aber aufgrund seiner bereits jetzt schon bestehenden Vielfältigkeit nicht behandelt wurde: jener der telemedizinischen Applikationen. Diese werden neben den aufgeführten einen grossen Einfluss auf die Entwicklung von Managed Care und auf das gesamte Gesundheitswesen haben.

Abschliessend lässt sich über die ICT sagen, dass sie eine wichtige Grundlage für die Weiterentwicklung von Managed Care darstellt und die faktische und klinische Integration fördert.[4]

4. Schlussfolgerungen und/oder Diskussion

Managed-Care-Modelle haben sich in der Schweiz vielfältig entwickelt. Ihr Fortbestehen wird aber durch verschiedene Veränderungen im Gesundheitswesen gefährdet. Im Prinzip müssen alle bestehenden Modelle in den nächsten Jahren erste Schritte in Richtung der aufgezeigten Entwicklungen unternehmen. Es wird aber gleichzeitig immer deutlicher, dass ein Modell die Veränderungen im Gesundheitswesen alleine kaum mehr meistern kann und sich einzelne Entwicklungen nicht vorantreiben lassen. Netzübergreifende Kooperationen und Fusionen werden deshalb immer bedeutender. Echte Managed-Care-Modelle in Amerika, wie Kaiser Permanente oder Veteran Affairs, haben durchschnittlich deutlich mehr als 1 Mio.

Versicherte! Nur durch eine ausreichend grosse Versichertenpopulation in der Grösse von mindestens 250'000 lassen sich einzelne Massnahmen umsetzen und es kommt zur Weiterentwicklung von Managed Care.

Hierfür ist neben der Bereitschaft der einzelnen Modelle auch die Politik gefragt. Sie muss die Voraussetzungen schaffen, unter denen sich Managed-Care-Modelle weiterentwickeln können. Einen ersten erfreulichen Schritt hat sie im September 2007 mit der Ergänzung des Risikoausgleichs (RA) durch die Spitaltage im Vorjahr unternommen. Durch diesen erhält der RA einen stärkeren Morbiditätsbezug, wodurch sich auch für die Krankenversicherungen Investitionen in ein echtes Managed-Care-Modell lohnen.

Abschliessend wird es für Managed-Care-Modelle von zentraler Bedeutung sein, ob es ihnen gelingt, die Behandlungssteuerung nicht als Sparmassnahme, sondern als attraktive Dienstleistung für ihre Patienten zu entwickeln. Alle vorgestellten Massnahmen werden Managed Care nicht weiter voranbringen, wenn bei der Umsetzung der eigentliche „Kunde“ vergessen wird. Speziell dieser wird in den nächsten Jahren ein ausgeprägtes Kundenverhalten zeigen, an welchem sich die einzelnen Modelle messen müssen und in einigen Fällen auch werden.

5. Exkurs zur finanziellen Beteiligung

Die finanzielle Beteiligung ist immer wieder ein Argument gegen Managed-Care-Modelle. Es wird argumentiert, dass sie zur Leistungsverweigerung gegenüber den Patienten führt oder dass der Arzt seine erbrachten Leistungen nicht mehr vergütet bekommt, wenn das Budget erschöpft ist. Diese Einwände sind aber eher als Mythen denn als stichhaltige Argumente zu verstehen.

Im Gegensatz zu Amerika wird in der Schweiz das Modellbudget nicht für den einzelnen Arzt, sondern für das gesamte Modell errechnet! Das Modellbudget ergibt sich aus den eingeschriebenen Modellversicherten, wobei die (Kopf-) Pauschalen (capitation) immer alters- und geschlechtsadjustiert sind und zum Teil auch die Morbidität berücksichtigen. Dieses Budget wird weder dem Modell noch dem Arzt ausbezahlt, sondern dient rein als Berechnungsgrösse für die jährliche Gewinn- und Verlustermittlung (Soll-Ist-Vergleich).

Die in ein Managed-Care-Modell mit einer finanziellen Beteiligung eingebundenen Ärzte rechnen wie gewohnt mit der Krankenversicherung bzw. mit dem Patienten ab. In einem internen buchhalterischen Verfahren werden nun diese Leistungen der Modell-Ärzte sowie die weiteren Leistungen der Modell-Patienten bei Nicht-Modell-Ärzten dem errechneten Budget gegenübergestellt. Ergibt sich aus diesem Soll-Ist-Vergleich am Ende des Jahres ein Gewinn, bekommt das Modell diesen ausbezahlt und verteilt ihn nach internen Kriterien an die Modell-Ärzte. Entsteht ein Verlust, werden die höheren Kosten nicht von den Ärzten zurückgefordert, sondern das Managed-Care Modell haftet je nach Rechtsform mit maximal seinem Eigenkapital (die meisten Modelle mit einer finanziellen Beteiligung werden als AG geführt, bei der die einzelnen Modell-Ärzte Aktionäre sind). Durch diese übergeordnete Finanzverantwortung auf Modellebene wird sichergestellt, dass die Patienten alle Leistungen erhalten, die medizinisch sinnvoll sind, und den Ärzten alle erbrachten Leistungen vollumfänglich vergütet werden.[36]

Literaturverzeichnis

1. Nefiodow L: Das sechste Kondratieff – Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information, 5. Auflage, Rhein-Sieg Verlag, Sankt Augustin, 2001.
2. Ernst & Young: Konzentriert. Marktorientiert. Saniert – Gesundheitsversorgung 2020, Forschungsstudie von Ernst & Young, 2005.
3. Einen ausführlichen Überblick über die Entwicklung von Managed Care in den USA gibt Neuffer A: Managed Care – Umsetzbarkeit des Konzeptes im deutschen Gesundheitswesen, Schriften zur Gesundheitsökonomie, Band 21, PCO Verlag, Bayreuth, 1997.

4. Ausführlicher Überblick über die Entwicklung von Managed Care in den USA: Amelung V, Janus K: Erfolgsfaktoren für die Integrierte Versorgung unter Einbeziehung von Erfahrungen aus den USA, Hellmann W. (Hrsg.): Handbuch Integrierte Versorgung, 2005, H.J.R. Verlag, Kapitel 4.1.6.
5. Baur R: Schweizer Pionierarbeit, Gesundheit und Gesellschaft, 2005, 8, 11, 36-41.
6. Baur R: Managed-Care-Modelle – Bestandaufnahme 2004, Bundesamt für Gesundheit, 2005.
7. Einen ausführlichen Überblick über die Entwicklung von Managed Care in der Schweiz gibt Steininger-Niederleitner M, Sohn S, Schöffski O: Managed Care in der Schweiz und Übertragungsmöglichkeiten nach Deutschland, Schriften zur Gesundheitsökonomie, Band 1, HERZ, Burgdorf, 2003.
8. Ärztenetze in der Schweiz im Jahr 2007, Schweizer Zeitschrift für Managed Care 2007, Sept. 8, 33-41. Datensatz über die durchgeführten Auswertungen kann beim Autor bezogen werden.
9. Studienresultate bezüglich Netzwerken, santésuisse, 2004, URL: <http://www.santesuisse.ch/datasheets/files/200408121419490.pdf> [abgerufen am 10.09.2007].
10. Kraft P: Erstmals über eine Million Schweizer Versicherte in alternativen Versicherungsmodellen – Managed Care auf dem Vormarsch, in: infosantésuisse, 2007, 3, 18.
11. Fröhlich F: Echte Hausarztmodelle werden durch Pseudomodelle ausgenutzt, in: Schweizer Zeitschrift für Managed Care, 2007, 5, 35-37.
12. O.V.: Ein Kassenwechsel ist keine Hexerei, in: Beobachter Kompakt, 2005, 1, 8-11.
13. Zanoni U: Gehen Sie den Ärzten ins Netz!, in: Beobachter, 2007, 21, 72-75.
14. Bahrs O, Gerlach FM, Szecsenyi J: Ärztliche Qualitätszirkel – Leitfaden für den Arzt in Praxis und Klinik, 4 Auflage, Deutscher Ärzte Verlag, Köln, 2001.
15. Helsana: Netzumfrage 2006 – Teilbericht zum Thema „Qualitätssicherung“, unveröffentlichter Bericht, 2007.
16. Huber F: Qualitätsmanagement in Netzwerken, in: Schweizer Zeitschrift für Managed Care, 2006, 6, 22-25.
17. Huber F, Marti C, Götschi AS, Weber A: Managed Care in der Schweiz, in: Schweizer Ärztezeitung, 2002, 83, 48, 2629-2632.
18. Sohn S: Integration und Effizienz im Gesundheitswesen. Instrumente und ihre Evidenz für die integrierte Versorgung, Schriften zur Gesundheitsökonomie 8, HERZ, Burgdorf, 2006.
19. Die netzimmanente Heterogenität wird damit begründet, dass sich viele Managed-Care-Modelle durch eine rechtliche und teilweise auch wirtschaftliche Autonomie der Mitglieder auszeichnen. Schicker G, Bodendorf F: Informations- und Kommunikationssysteme in Praxisnetzen, in: Schweizer Zeitschrift für Managed Care, 2007, 6, 24-29.
20. Shortell S, Gillies R, Anderson D, Morgen Erickson K, Mitchell J: Remaking Health Care in America – The evolution of organized delivery systems, 2. Auflage, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 2000.
21. Kuhr N: Status Arztnetze: Ergebnisse der MEDNET-Umfrage, in: Eissing U, Noelle G, Kuhr N (Hrsg.): MEDNET. Arbeitsbuch für die integrierte Gesundheitsversorgung, Bremen, 2002/2003, 54-73.
22. Lindenthal J, Sohn S, Schöffski O: Praxisnetze der nächsten Generation: Ziele, Mittelverteilung und Steuerungsmechanismen, Schriften zur Gesundheitsökonomie 3, HERZ, Burgdorf, 2004.
23. Stock J: Erste Erfahrungen mit Qualitätsindikatoren in Arztnetzen, in: Stock J, Szecsenyi J: Stichwort Qualitätsindikatoren, KomPart Verlagsgesellschaft, Bonn/Frankfurt am Main, 2007, 277-300.
24. Rabady S: Leitlinien für den Hausarzt: Eine Stütze im praktischen Alltag, in: Primary Care, 2005, 5, 22, 506-510.
25. Klemperer D: Vom Paternalismus zur Partnerschaft: Der Arztberuf im Wandel, in: Pundt J: Professionalisierung im Gesundheitswesen, Verlag H. Huber, Bern, 2006, 61-75.
26. Kongstvedt PR, Plocher DW, Stanford JC: Integrated health care delivery systems, in: Kongstvedt PR (Hrsg.): The Managed Health Care Handbook, 4. Auflage, Jones & Bartlett Publishers Gaithersburg, 2001, 42-72.
27. Roland M, Campbell S, Baily N, Whally D, Sibbald B: Qualitätsabhängige Ärztevergütung: Ein gross angelegtes Experiment in Grossbritannien, in: Stock J, Szecsenyi J: Stichwort Qualitätsindikatoren, KomPart Verlagsgesellschaft, Bonn/Frankfurt am Main, 2007, 43-70.
28. Wu S, Green A: Projections of chronic illness prevalence and cost inflation, RAND Health, Washington DC, 2000; Yu W, Ravelo A, Wagner TH, Barnett PG: The relationships among age, chronic conditions and healthcare costs, in: American Journal of Managed Care, 2002, 10, 909-916; Fortin M, Soubhi C, Hudon C, Bayliss EA, van den Akker M: Multimorbidity's many challenges, in: British Medical Journal, 2007, 334, 1016-1017.
29. Institute of Medicine: Crossing the Quality Chasm: A new health strategy for the twenty-first century, National Academy Press, Washington DC, 2001.

30. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Gutachten 2007, Bonn.
31. Götschi AS, Huber F, Weber A: Disease Management bei KHK-Patienten, in: *Ars Medici*, 2007, 4, 160-163.
32. Wagner EH, Astin BT, von Korff M: Improving outcome in chronic illness, in: *Managed Care Quarterly*, 1996, 4, 2, 12-25; Wagner EH: Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness, in: *Effective Clinical Practice*, 1998, 1, 1, 2-4; Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A: Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence into Action, Part 1, in: *Health Affairs*, 2001, 20, 6, 64-78; Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K: Improving primary care for patients with chronic illness, Part 1, in: *JAMA*, 2002, 288, 14, 1775-1779; Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K: Improving primary care for patients with chronic illness, Part 2, in: *JAMA*, 2002, 288, 15, 1909-1914.
33. Schicker G, Bodendorf F: Portalunterstützte Behandlungspfade im Gesundheitswesen: Prozesse – Architektur – dynamische Navigation, in: Cremers AB, Manthey R, Martini R, Steinhage V (Hrsg.): *Lecture Notes in Informatics (LNI)*, Gesellschaft für Informatik, Köllen Verlag, Bonn, 2005, 7-11.
34. O.V.: Chronic-Care-Modell könnte Hausärzte entlasten, in: *Deutsche Ärztezeitung* vom 30.10.2006, URL: <http://www.aerztezeitung.de/docs/2006/10/30/194a0801.asp?cat> [abgerufen am 27.09.2007].
35. Javitt JC, Steinberg G, Locke T, Couch JB, Jacques J, Juster I, Reisman L: Using a claims Data-Based Sentinel System to improve compliance with clinical guidelines: Results of a randomized prospective study, in: *The American Journal of Managed Care*, 2005, 11, 2, 93-102.
36. Einen ausführlichen Einblick in die Thematik der finanziellen Beteiligung eines Managed-Care-Modells geben Götschi AS, Weber A: Ein Budget für Ärzte, in: *Schweizer Ärztezeitung*, 2004, 85, 47, 2498-2502.

*Autorenangaben

Dipl. Sozialwirt (Univ.)
Oliver Strehle
MedSolution AG
Sumatrastrasse 10
8006 Zürich
oliver.strehle@medsolution.ch

Oliver Strehle hat mehrjährige Erfahrung im deutschen und im schweizerischen Gesundheitswesen, speziell im Bereich von Managed Care und Ärztenetzen. Im Rahmen der aktuellen Tätigkeit bei der MedSolution AG betreut er acht Schweizer Ärztenetze mit Budgetmitverantwortung.

Dr. med. Andreas Weber
mediX schweiz
Sumatrastrasse 10
8006 Zürich
andreas.weber@medix.ch

Andreas Weber, Anästhesist und Schmerztherapeut, hat über viele Jahre den Aufbau verschiedener Ärztenetze in der Schweiz mitgestaltet. Heute engagiert er sich als Präsident mediX schweiz für die Kooperation und den gemeinsamen Marktauftritt dieser Netze. Daneben ist er als Palliativmediziner im Zürcher Oberland tätig.