



University of Zurich

Socioeconomic Institute  
Sozialökonomisches Institut

---

Working Paper No. 0801

**Managed Care Konzepte und Lösungsansätze– Ein internationaler Vergleich aus schweizerischer Sicht**

Johannes Schoder und Peter Zweifel

Januar 2008

---

Socioeconomic Institute  
University of Zurich

Working Paper No. 0801

## **Managed Care Konzepte und Lösungsansätze- Ein internationaler Vergleich**

Januar 2008

Author's address: Johannes Schoder  
E-mail: [johannes.schoder@soi.uzh.ch](mailto:johannes.schoder@soi.uzh.ch)

Peter Zweifel  
E-mail: [pzweifel@soi.uzh.ch](mailto:pzweifel@soi.uzh.ch)

Publisher Sozialökonomisches Institut  
Bibliothek (Working Paper)  
Rämistrasse 71  
CH-8006 Zürich  
Phone: +41-44-634 21 37  
Fax: +41-44-634 49 82  
URL: [www.soi.uzh.ch](http://www.soi.uzh.ch)  
E-mail: [soilib@soi.uzh.ch](mailto:soilib@soi.uzh.ch)

Managed-Care-Konzepte und Lösungsansätze – Ein internationaler  
Vergleich aus schweizerischer Sicht

**Johannes Schoder und Peter Zweifel\***

Sozialökonomisches Institut, Universität Zürich

Januar 2008

**ABSTRACT:** This paper applies the five modified standard criteria generally used in economics for assessing system performances to gauge the contribution of Managed Care to the performance of three health care systems, viz. Germany, the Netherlands and the United States. The maximum contribution of Managed Care to the performance of the health care system is found for the United States and the Netherlands. The Health Maintenance Organization (U.S.) and the gatekeeper model (the Netherlands) score 10 and 9 out of 15 points, respectively, importantly due to a market-oriented environment. By way of contrast, the so-called ‘structured treatment programs’ of the German health care system score only 4 out of 15 points. Not only the more tightly regulated environment but also the lack of consideration of consumer preferences and of incentives for service providers to participate in the programs contributed to poor performance.

**Keywords:** steigende Gesundheitsausgaben, Managed Care, Performance, Principal-Agent Relationship

**JEL:** I11

---

Teile dieses Artikels beziehen sich auf die Studie „Managed Care - Ein internationaler Vergleich mit Lehren für die Schweiz“, die von den Verfassern im Auftrag der Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz (VIPS) durchgeführt wurde.

\*Universität Zürich, Sozialökonomisches Institut, Hottingerstr. 10, CH-8032 Zürich, Schweiz. Tel.: +41 44 6340614, email: (J. Schoder) johannes.schoder@soi.uzh.ch, (P.Zweifel) pzweifel@soi.uzh.ch.  
Die Autoren danken Karolin Becker, Boris Krey, Patrick Eugster, Angelika Brändle und Gustav Schoder für wertvolle Hinweise.

## **1 Problemstellung**

In nahezu allen Industrieländern steigen die Gesundheitsausgaben an. Die Schweiz gibt 11,6 Prozent ihres Bruttoinlandsprodukts für Gesundheit aus und wird nur noch von den USA mit 15,3 Prozent übertroffen (OECD 2006). Die Frage, wie eine qualitativ hochwertige Versorgung auch in Zukunft für alle gesichert werden kann und wie das öffentliche Gesundheitswesen dafür zu organisieren und finanzieren ist, wird von Land zu Land unterschiedlich beantwortet. Eine Lösung besteht in der Einführung neuer Versorgungsmodelle; dazu gehören prominent die *Managed Care* (MC)-Konzepte. Ihre Grundidee besteht darin, die Krankenversicherer vermehrt zu „klugen Einkäufern“ (*prudent purchasers*) von medizinischen Leistungen zu machen. In der Schweiz wurden durch das Krankenversicherungsgesetz 1996 die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Einführung von MC geschaffen.

Die vorliegende Studie untersucht, ob der Einsatz von MC die Performance (verstanden als Leistungs-Kosten-Verhältnis) des Gesundheitswesens in Deutschland, den Niederlanden und den USA verbessert. Dazu wird das jeweils wichtigste MC-Element herausgegriffen und anhand eines Analysekonzepts bewertet. Als Bewertungsmaßstab dienen fünf Kriterien, wie sie zur Beurteilung von Wirtschaftssystemen (Fritsch et al. 2003) verwendet werden.

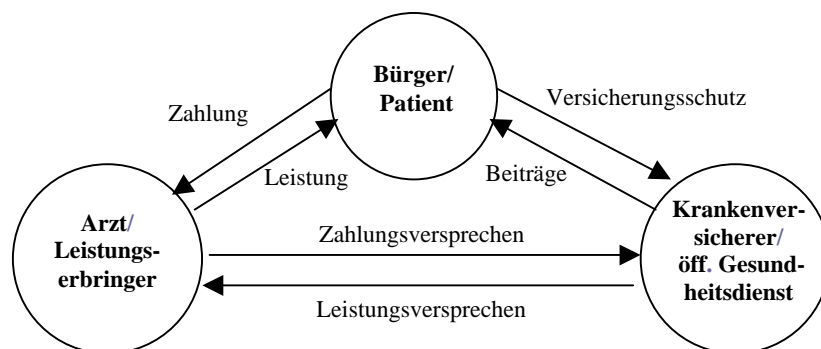
Der Beitrag gliedert sich wie folgt: Teil 2 stellt den analytischen Rahmen und die verwendeten Bewertungskriterien vor. Teil 3 beschreibt das Gesundheitswesen der Vergleichsländer, stellt die existierenden MC-Formen dar und bewertet das jeweils zentrale Element von MC anhand der fünf Kriterien. Teil 4 enthält die Schlussfolgerungen.

## **2 Analytischer Rahmen und Bewertungskriterien**

### **2.1 Die drei grundlegenden Vertragsbeziehungen**

Ein Gesundheitswesen lässt sich im Wesentlichen durch die in Abbildung 1 dargestellte Dreiecksbeziehung beschreiben. Die teilnehmenden Akteure sind die Bürger (die mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit zu Patienten werden), die Krankenversicherer (bei einem öffentlichen Gesundheitsdienst übernimmt der Staat die Rolle des Versicherers) sowie die Leistungserbringer (Ärzte, Spitäler, Hersteller von Hilfs- und Heilmitteln).

**Abb.1** : Die vertraglichen Beziehungen im Gesundheitswesen



Quelle: In Anlehnung an Zweifel (2006)

Besonders bei der Beziehung zwischen Patient und Leistungserbringer ergeben sich Informations- und Anreizprobleme. Von den Leistungserbringern wird erwartet, dass sie ihre Fähigkeiten und Kenntnisse stets für und nie gegen die gesundheitlichen Interessen ihrer Auftraggeber einsetzen. Diese sogenannte Sachwalterbeziehung (engl. *principal-agent relationship*) enthält aber einen Interessenskonflikt - allein schon deshalb, weil der Patient lieber weniger als mehr für Krankenversicherungsbeiträge und ärztliche Leistungen aufwendet, während das Einkommensinteresse des Arztes in die entgegengesetzte Richtung zielt. Dieser Konflikt erhält durch die Informationsasymmetrie zu Lasten der Patienten eine besondere Problematik. Patienten können meist nur schwer beurteilen, ob das Behandlungsergebnis dank der Leistung des Arztes oder wegen zufälliger Einflüsse zustande gekommen ist. Der Arzt kann seinerseits diese Informationsasymmetrie ausnutzen und medizinisch nicht unbedingt notwendige Leistungen verschreiben, ohne mit Konsequenzen rechnen zu müssen (Fensterwald 2004; Zweifel 1998).

Je nach Land übernehmen unterschiedliche ergänzende Sachwalter die Aufgabe, die Informationsasymmetrie zu verringern oder deren Konsequenzen zu mildern. In Deutschland waren dies ursprünglich die Kassenärztlichen Vereinigungen; im Zuge der Gesundheitsreformgesetze übernehmen jedoch zunehmend die Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung zusammen mit den Politikern diese Aufgabe. Man erwägt zur Zeit die flächendeckende Einführung von MC im Interesse der Beitragssatzstabilität. In der Schweiz wird die Rolle des ergänzenden Sachwalters eher von den sozialen Krankenversicherern ausgefüllt, deren Verhalten demjenigen privater Unternehmen unter dem Druck des Wettbewerbs ähnelt. Entsprechend bieten manche von ihnen MC-

Verträge an, um mit niedrigeren Beiträgen Marktanteile zu gewinnen. MC hat unter diesen Bedingungen die Bedeutung einer Innovation, mit der sich ein ergänzender Sachwalter im Wettbewerb profilieren kann (Zweifel 1998).

## **2.2 Formen von Managed Care**

Viele der heute praktizierten MC-Formen unterscheiden sich nur graduell. In den USA - dem Ursprungsland von MC - haben sich v.a. die folgenden drei Formen von MC etabliert: *Health Maintenance Organization (HMO)*, *Preferred Provider Organization (PPO)* und *Independent Practice Association (IPA)*. Sie unterscheiden sich vor allem durch Art und Umfang der Integration von Versicherung und Bereitstellung der medizinischen Versorgung. Die HMO weist dabei den höchsten Integrationsgrad auf, indem der Versicherer die Bereitstellung der medizinischen Versorgung vollständig übernimmt. Bei der PPO und der IPA ist der Integrationsgrad von Versicherung und Leistungsbereitstellung weniger umfassend. Allen drei Formen gemeinsam ist der Aufbau von Netzwerken, in denen Ärzte, Krankenhäuser, Physiotherapeuten und weitere Anbieter medizinischer Leistungen organisiert sind. Dabei haben die Versicherten bei Anbietern ausserhalb des Netzes eine deutlich höhere Kostenbeteiligung als innerhalb des Netzes.

Die MC-Organisationen unterscheiden sich auch in Bezug auf die MC-Instrumente, die zur Anwendung kommen (vgl. Tab. 1). So ist für die IPA charakteristisch, dass die beteiligten Hausärzte eine Gatekeeper-Funktion übernehmen, d.h. dass die erste Konsultation immer beim Hausarzt stattfinden muss, der dann die weitere Behandlung festlegt. Als weiteres Instrument zur Qualitätssicherung und Kostenkontrolle dient das sogenannte *Disease Management*, mit dessen Hilfe die Gesundheitsversorgung von Patientengruppen über den gesamten Krankheitsverlauf und über Sektorgrenzen hinweg koordiniert und optimiert werden kann (vertikale Integration der Behandlungskette, Amelung 2007). Bei allen drei MC-Organisationen kommt das *selective contracting* zur Anwendung. Dies bedeutet, dass die Versicherer nicht mehr mit allen Leistungserbringern einen Vertrag abschliessen müssen, sondern gezielt einzelne auswählen können.

**Tab. 1:** Übersicht über die MC-Instrumente

Instrumente zur Qualitätssicherung und Kostenkontrolle:	- Gatekeeping	- Qualitätsmanagement
	- Disease und Case Management	- Utilization Review und Management
	- Positivlisten	- Evaluationsverfahren
	- Praxisrichtlinien	
Instrumente zur Vertrags- und Vergütungsgestaltung:	- Selektives Kontrahieren	- Selbstbeteiligung
	- Bonus-/ Malus-Systeme	- Kopf-, Fallpauschalen
	- Wahltarife	- Budgetierung

Quelle: In Anlehnung an Amelung (2007)

## 2.3 Bewertungskriterien

Eine Bewertung der MC-Formen hinsichtlich ihres Beitrags zur Performance des Gesundheitswesens ist schwierig (Felder 2003). Im Rahmen dieses Beitrags wird ein Ansatz aus der Theorie der Wirtschaftssysteme gewählt, in der fünf Kriterien unterschieden werden (Fritsch et al. 2003). Diese Kriterien lassen sich in modifizierter Form wie folgt auf das Gesundheitswesen anwenden (Zweifel 2006).

### *(1) Präferenzgerechte Versorgung*

Die Leistungen des Gesundheitswesens sind auf die Wünsche der Versicherten/Patienten abgestimmt. Im Gesundheitswesen ergibt sich allerdings die Schwierigkeit, dass die Präferenzen für Gesundheitsleistungen stark vom Gesundheitszustand der Individuen abhängen. Ökonomisch gesprochen ist die Zahlungsbereitschaft für bestimmte Gesundheitsleistungen hoch im Falle einer entsprechenden Erkrankung und gleich Null im gesunden Zustand. Risikoaverse Individuen werden gegen die Unsicherheit des Krankheitseintritts und der Kostenfolgen von Krankheit einen Versicherungsvertrag abschliessen wollen, der auch die zustandsbedingte Zahlungsbereitschaft in einen festen Beitrag zusammenfasst. Sie können ihren Präferenzen über die Art der medizinischen Behandlung Ausdruck verleihen, indem sie entsprechend ausgestaltete Versicherungsverträge kaufen. Dies bedingt jedoch die Existenz unterschiedlicher Versorgungsmodelle.

### *(2) Produktionstechnische Effizienz*

Dieses Kriterium fordert, dass die präferenzgerechten Leistungen zu den geringst möglichen Kosten bereit gestellt werden. Dies gilt sowohl für die medizinischen Leistungen der Ärzte und Krankenhäuser als auch für die Versicherungsleistungen der Krankenversicherer.

### *(3) Anpassungsfähigkeit*

Dieses Kriterium verlangt, dass Veränderungen in den Präferenzen und Produktionsmöglichkeiten immer wieder zu Anpassungen in der Leistungserbringung führen. Namentlich der rasche Wandel der Medizintechnologie fordert laufend Anpassungen. Neue Versicherungsmodelle sollen auf veränderte Knappheiten reagieren und Anreize zu einer effizienten Allokation von Gesundheitsleistungen geben. Diese Anpassungen werden im Gesundheitswesen jedoch häufig durch Tarife verzögert, die Knappheiten kaum abbilden und zudem erst nach langwierigen Verhandlungen angepasst werden.

### *(4) Dynamische Effizienz*

Mit der dynamischen Effizienz sind die Produkt- und Prozessinnovationen angesprochen. Produktinnovationen statten die Leistungen mit neuen Eigenschaften aus; die erhöhte Zahlungsbereitschaft der Patienten ermöglicht höhere Absatzpreise und Kosten der Leistungserstellung. Dagegen geht es bei den Prozessinnovationen darum, eine gleich bleibende Leistung zu reduzierten Kosten herzustellen. Dynamische Effizienz verlangt, dass beide Innovationsarten in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander stehen. Im Gesundheitswesen ist diese Mischung allerdings zu Gunsten der Produktinnovation verzerrt. Verantwortlich dafür ist die Krankenversicherung in ihrer heutigen Ausgestaltung (Zweifel 2007).

### *(5) Leistungsgerechte Einkommensverteilung*

Dieses Kriterium besagt, dass es keine Einkommen geben soll, die nicht auf Leistung beruhen (sogenannte monopolistische Renten). Denn sonst würden im Gesundheitswesen auch jene Leistungserbringer belohnt, die sich nicht an den Präferenzen der Patienten orientieren, nicht zu einem optimalen Kosten-Nutzen-Verhältnis produzieren, es an Anpassungsfähigkeit mangeln lassen oder die falsche Mischung von Produkt- und Prozessinnovationen verfolgen. Damit gefährdet eine Einkommensverteilung, die (z.B. wegen Schutz vor Konkurrenz) nicht auf Leistung beruht, das Erreichen der vorher genannten Kriterien.



### **3 Bewertung von Managed Care in drei Ländern**

In diesem Abschnitt werden Deutschland, die Niederlande und die USA herausgegriffen und der jeweilige Beitrag von MC zur Performance ihres Gesundheitswesens abgeschätzt. Dabei handelt es sich um jeweils unterschiedliche Kombinationen von MC-Instrumenten; um jedoch nicht den Rahmen dieses Beitrags zu sprengen, beschränkt sich die Bewertung an Hand der im Abschnitt 2.3 angeführten Kriterien auf jenes MC-Instrument, das im betreffenden Land in besonderem Masse zum Zuge kommt. Da die Auswirkungen von MC auf die drei grundlegenden Vertragsbeziehungen (vgl. Abschnitt 2.1) nur vor dem Hintergrund des Status Quo vor der Einführung von MC beurteilt werden können, wird der Analyse eine Kurzbeschreibung der nationalen Rahmenbedingungen vorangestellt.

#### **3.1 Deutschland**

##### **3.1.1 Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitswesens**

Das Gesundheitswesen in Deutschland ist durch ein gegliedertes Versicherungssystem gekennzeichnet, mit einer sektoralen Trennung zwischen ambulantem und stationärem Bereich. Ergänzende Sachwalter sind neben den Trägern der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auch die Träger der Privaten Krankenversicherung (PKV). Allerdings können sich nur diejenigen Bürger vollständig privat versichern, deren Einkommen über der staatlich festgelegten Versicherungspflichtgrenze liegt (aktuell 47 700 Euro, Bundesministerium für Gesundheit, BMG 2007).<sup>1</sup> Die GKV-Versicherten haben zwar die freie Wahl unter mehr als 200 Krankenkassen, doch lassen die gesetzlichen Vorgaben hinsichtlich der Art der Leistungserbringung und des Umfangs der erstattungspflichtigen Leistungen nur wenig Spielraum für die Produktgestaltung (Steininger-Niederleitner et al. 2003; Jacobs/Schulze 2006). Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs vom April 2007 wurden immerhin die Voraussetzungen für Wahltarife mit unterschiedlich hohem Selbstbehalt und Kostenerstattungstarifen geschaffen.

Die Träger der GKV unterliegen einem Kontrahierungszwang mit allen Leistungserbringern, die auf der Basis zentraler und sektoraler Bedarfsplanung

---

<sup>1</sup> Da diese Bevölkerungsgruppe weniger als 10 Prozent der Bevölkerung ausmacht, beschränkt sich die weitere Darstellung auf die GKV.

zugelassen sind (Jacobs/Schulze 2006). Abweichungen von dieser Regel sind für Verträge zur integrierten Versorgung zugelassen (selektives Kontrahieren mit Ärzten; s.u.).

Im ambulanten Bereich können die Versicherten ihren Arzt frei wählen. Mit Ausnahme von Notfällen setzt dagegen der Zugang zur stationären Behandlung eine ärztliche Überweisung voraus (Steinigner-Niederleitner et al. 2003).

### **3.1.2 Bewertung von MC in Deutschland**

Das GKV-Gesundheitsreformgesetz (GRG) 2000 sowie das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) 2004 bilden die rechtlichen Rahmenbedingungen für eine dauerhafte Umsetzung von MC-Konzepten, die in Deutschland auch als integrierte Versorgung (Soziales Gesetzbuch V, insbesondere §§ 140a-d) bezeichnet werden. Unter integrierter Versorgung wird die Schaffung von Versorgungsstrukturen verstanden, mit denen die bisher strikte Aufgaben- und Budgetaufteilung zwischen ambulantem und stationärem Bereich beseitigt werden soll. Die Krankenkassen können dabei die Kassenärztlichen Vereinigungen umgehen und direkt mit einzelnen Ärzten und Krankenhäusern Verträge abschliessen, die auch neue Regelungen für die Leistungsvergütung enthalten wie z.B. die Übernahme von Budgetverantwortung durch die beteiligten Leistungserbringer (Wiechmann 2003; Bundesministerium der Justiz 2006). Neben zahlreichen Modellvorhaben (dazu Weatherly et al. 2007) werden vom Bundesministerium für Gesundheit das Hausarztmodell, das medizinische Versorgungszentrum sowie das strukturierte Behandlungsprogramm besonders unterstützt.

Das Hausarztmodell entspricht im Wesentlichen einer IPA. Gegen eine Beitragsminderung oder dem Wegfall der Praxisgebühr in Höhe von 10 Euro verpflichten sich die Patienten, beim ersten Arztkontakt stets ihren Hausarzt aufzusuchen. Das medizinische Versorgungszentrum will die facharztübergreifende und intersektorale Zusammenarbeit fördern, und so die ausgeprägte Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor überwinden (BMG 2007). Die strukturierten Behandlungsprogramme sind speziell für chronisch Kranke entwickelte Versorgungsmodelle, die eine verbesserte Koordination der einzelnen Behandlungsschritte ähnlich den *Disease Management* Programmen in den USA

gewährleisten sollen. Bisher wurden dafür vom Gesetzgeber vier Krankheiten ausgewählt (Seitz/Fritz 2005). Mit dem GMG 2004 erhielten die Krankenkassen die Möglichkeit, ihren Versicherten für die Teilnahme an solchen Programmen eine Beitragsreduktion zu gewähren. Als Anreiz erhalten die teilnehmenden Krankenkassen eine Zahlung aus dem Risikostrukturausgleich.

Im Folgenden werden die strukturierten Behandlungsprogramme auf der Grundlage der fünf beschriebenen Kriterien für die drei Vertragsbeziehungen im Gesundheitswesen bewertet, und zwar mit 1 Punkt für eine Verbesserung, -1 Punkt für eine Verschlechterung und 0 Punkten bei Ausbleiben einer Änderung im Vergleich zum Status quo.

#### (A) GKV - Versicherter/Patient

Eine *präferenzgerechte Versorgung* ist deshalb nur begrenzt möglich, weil der Gesetzgeber festlegt, welche Krankheiten in ein strukturiertes Behandlungsprogramm aufgenommen werden sollen; dabei haben die Patienten keine Mitgestaltungsmöglichkeit. Immerhin stellen diese Programme eine zusätzliche Versorgungsoption dar, die von den Patienten freiwillig gewählt werden kann. Die *produktionstechnische Effizienz* bleibt hingegen unverändert. Zwar dürfen Einsparungen an die Patienten in Form einer Beitragsreduktion weitergegeben werden; diese sind jedoch so gering, dass sie kaum genügend Anreize für eine Teilnahme schaffen. Die zahlreichen Vorschriften des Gesetzgebers verhindern ausserdem eine schnelle Anpassung an sich ändernde Rahmenbedingungen, so dass die strukturierten Behandlungsprogramme die *Anpassungskapazität* nicht verbessern. Dagegen wird die *dynamische Effizienz* tendenziell gefördert, indem Kassen ein grösseres Interesse an Prozessinnovationen erhalten. Gelingt es ihnen nämlich, die zusätzlichen Behandlungskosten unter die versprochenen Zahlungen aus dem Risikostrukturausgleich zu drücken, erzielen sie Gewinne, die sie einbehalten können. Das Kriterium *leistungsgerechte Einkommensverteilung* schliesslich wird nicht besser erfüllt als im bisherigen Gesundheitssystem. Zwar erhöht sich für die Versicherten die Transparenz, indem sie wissen, dass nur ausgewiesene Leistungserbringer von den Krankenversicherern für die entsprechende chronische Krankheit unter Vertrag genommen werden. Wegen der mangelnden Attraktivität der Programme (Seitz/Fritz 2005) haben die Leistungserbringer aber kaum Anlass, ihr Leistungs-Kosten-Verhältnis

zu verbessern, um sich für die Programme qualifizieren zu können. Sie haben die Gewähr, auch ohne Teilnahme an einem solchen Programm ihr bisheriges Einkommen zu erzielen.

#### (B) GKV - Leistungserbringer

Die Träger der GKV können Ärzte auswählen, welche die jeweilige chronische Krankheit besonders effizient behandeln und insofern ihre Aufgabe als Einkäufer zu Gunsten ihrer Kunden besser wahrnehmen. Allerdings ist fraglich, ob sie gut arbeitende Ärzte für die Teilnahme gewinnen können: Deren Behandlungsfreiheit wird nämlich durch die Vorgabe von Leitlinien eingeschränkt, während sie auch ohne Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm zum gleichen Tarif abrechnen können. Insofern ändert sich an der *präferenzgerechten Versorgung* nichts. Gleiches gilt für die *produktionstechnische Effizienz*: Zwar erlaubt das selektive Kontrahieren den Versicherern, Verträge mit ineffizient arbeitenden Ärzten zu kündigen. Da diese jedoch zum gleichen Tarif auch ausserhalb des Programms abrechnen können, stellt dies keine wirkliche Sanktion dar. Die zahlreichen bürokratischen Regelungen erschweren zudem eine schnelle Anpassung der Verträge zwischen GKV und Leistungserbringer, so dass es zu keiner Verbesserung der *Anpassungskapazität* kommt. Immerhin könnten die Behandlungsrichtlinien Prozessinnovationen im Hinblick auf eine optimierte Versorgung bestimmter Behandlungsgruppen begünstigen und so die *dynamische Effizienz* verbessern. Da die Leistungserbringer auch weiterhin nicht nach ihrer Leistung entlohnt werden, bleibt die Bedingung der *leistungsgerechten Einkommensverteilung* so wenig erfüllt wie zuvor.

#### (C) Leistungserbringer - Versicherter/Patient

Wer sich für die Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm entscheidet, darf nur jene Ärzte aufsuchen, die sich daran beteiligen. Immerhin wählt er diese Option freiwillig, was einer *präferenzgerechten Versorgung* entgegenkommt. Ob diese Programme die *produktionstechnische Effizienz* steigern ist jedoch fraglich, da die teilnehmenden Ärzte wie in der konventionellen Versorgung i.d.R. keine Budgetverantwortung übernehmen. Zudem motivieren die geringen finanziellen Anreize die Leistungserbringer kaum, nach Behandlungsalternativen mit einem günstigeren Leistungs-Kosten-Verhältnis zu suchen, so dass keine Verbesserung der

Anpassungskapazität, der dynamischen Effizienz und der leistungsgerechten Einkommensverteilung zu erwarten ist.

**Tab. 2:** Bewertung des strukturierten Behandlungsprogramms (Deutschland)

Kriterien	Vertragsbez.				
	GKV-Patient	GKV-LE <sup>a</sup>	LE-Patient	Σ	Max.
Präferenzgerechte Versorgung	1	0	1	2	3
Produktionstechnische Effizienz	0	0	0	0	3
Anpassungskapazität	0	0	0	0	3
Dynamische Effizienz	1	1	0	2	3
Leistungsgerechte Einkommensverteilung	0	0	0	0	3
<b>Gesamtpunktzahl</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>15</b>

<sup>a</sup> LE: Leistungserbringer

Quelle: Eigene Darstellung

Insgesamt ergeben sich die in der Tabelle 2 eingetragenen Effekte. Die Verbesserungen konzentrieren sich auf die Beziehung zwischen GKV-Trägern und Patienten. Es sind die Kriterien *präferenzgerechte Versorgung* und *dynamische Effizienz*, die durch strukturierte Behandlungsprogramme gefördert werden. Insgesamt werden vom maximal möglichen Verbesserungspotenzial (15 Punkte) nur gerade 4 Punkte realisiert.

## 3.2 Niederlande

### 3.2.1 Die Rahmenbedingungen des niederländischen Gesundheitswesens

Um die Effizienz des Gesundheitswesens zu steigern, wurde das niederländische Gesundheitswesen mit der Gesundheitsreform im Januar 2006 (*Zorgverzekeringswet*) stärker marktwirtschaftlich ausgerichtet. Die wesentliche Neuerung war die Verschmelzung der sozialen (gesetzlichen) und privaten Krankenversicherung zu einem einzigen System. Alle Bürger mussten unabhängig von ihrem Einkommen mit einem Träger dieses Systems eine Grundversicherung abschliessen. Damit wurden die privaten Krankenversicherer (PKV) zu den zentralen ergänzenden Sachwaltern. Die Beiträge der Grundversicherung setzen sich je zur Hälfte aus einer einkommensunabhängigen Pro-Kopf-Prämie und einer einkommensabhängigen Komponente<sup>2</sup> zusammen. Dabei können die Versicherer verschiedene Vertragsformen anbieten wie z.B. Verträge mit unterschiedlich hohem Selbstbehalt oder sogenannte Contracted-care-Verträge, bei

<sup>2</sup> Im Jahr 2006 lag die einkommensunabhängige Prämie zwischen 1 000 und 1 100 Euro. Die einkommensabhängige Prämie für Arbeitnehmer betrug 6,5 Prozent des Bruttoeinkommens (Ministry of Health, Welfare and Sport 2006).

denen nur die Leistungen der unter Vertrag stehenden Leistungserbringer gedeckt sind.<sup>3</sup> Für alle Verträge gilt eine Beitragsrückerstattung bis zu einer Höhe von maximal 255 Euro für Leistungsfreiheit während eines Jahres. Allerdings sind dem Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern Grenzen gesetzt, indem nur die Hälfte der Prämien beeinflussbar sind, und dies auch nur innerhalb des vorgegebenen Rahmens von 1 000 bis 1 100 Euro (Becker et al. 2007).

Anders als in Deutschland und der Schweiz (dort mit MC-Option als Ausnahme) müssen die Krankenversicherer nicht mehr mit allen Leistungserbringern einen Vertrag abschliessen, sondern können sie frei auswählen. Ein Teil der Tarife ist allerdings gesetzlich festgelegt; im stationären Bereich gilt dies sogar für 90 Prozent aller Leistungen. Im ambulanten Bereich erfolgt die Vergütung der Hausärzte mit einem staatlich vorgegebenen Höchsttarif, der sich aus Kopfpauschale pro Patient/Fall und Einzelleistungsvergütung zusammensetzt (Staeck 2006; Becker et al. 2007).

Das Hausarztmodell, bei dem jeder Versicherte bei einem Hausarzt seiner Wohnregion eingetragen ist und diesen im Falle einer Erkrankung zwingend kontaktieren muss, ist Standard im ambulanten Bereich. Der Zugang zum Krankenhaus setzt eine ärztliche Überweisung voraus; die Wahl des Krankenhauses kann der Patient treffen, der allerdings je nach Art der Behandlung zum Teil erhebliche Wartezeiten in Kauf nehmen muss (Exter et al. 2004; Becker et al. 2007).

### **3.2.2 Bewertung von MC in den Niederlanden**

Die Krankenversicherer müssen (im Unterschied zu Deutschland) für den Einsatz der MC-Instrumente *Gatekeeping* und selektives Kontrahieren nicht erst spezielle Verträge abschliessen. MC ist vielmehr Teil der konventionellen Versorgung. Vor diesem Hintergrund wird im Folgenden das Hausarztmodell bewertet.

#### **(A) PKV - Versicherter/Patient**

Grundsätzlich führt ein Hausarztmodell durch die Einschränkung der Arztwahl zu einer Verschlechterung der *präferenzgerechten Versorgung*. Bei gegebener Vertragsfreiheit kann der Versicherer allerdings besonders effiziente Ärzte unter Vertrag nehmen und so als ergänzender Sachwalter die Informationsasymmetrie zwischen Patient und Arzt

---

<sup>3</sup> Zudem gibt es die Möglichkeit Kollektivverträge abzuschliessen, bei denen ein Prämienrabatt von maximal 10 Prozent gewährt werden darf.

mildern. Unter dem bestehenden Wettbewerbsdruck müssen sie erzielte Kosteneinsparungen in Form niedrigerer Prämien an die Versicherten weitergeben, was die *produktionstechnische Effizienz* und die *Anpassungskapazität* begünstigt. Zwar ist ein umfangreicher Pflichtkatalog von Leistungen vom Gesetzgeber vorgegeben, doch können die Versicherer zusätzliche Leistungen aufnehmen und so den sich ändernden Präferenzen der Versicherten gerecht werden, womit sich die *Anpassungskapazität* erhöht. Dabei kommt es aber kaum zu einer Begünstigung von Prozessinnovationen, so dass sich die *dynamische Effizienz* nicht verbessert. Zwar könnten die unterschiedlichen Kostenbeteiligungen beim Hausarztmodell zu einem sorgfältigeren Umgang mit medizinischen Leistungen beitragen; doch diese Optionen werden von den Versicherten bislang kaum genutzt (Becker et al. 2007). Das Kriterium *leistungsgerechte Einkommensverteilung* wird daher nicht besser erfüllt.

#### (B) PKV - Leistungserbringer

Als gewinnorientierte Unternehmen haben die Versicherer ein Interesse, besonders kostengünstig arbeitende Hausärzte unter Vertrag zu nehmen. Da jedoch die Bürger ihre Verträge jährlich wechseln können<sup>4</sup>, müssen die teilnehmenden Hausärzte auf die Präferenzen der Patienten eingehen und ein angemessenes Leistungs-Kosten-Verhältnis gewährleisten. Damit wird die *präferenzgerechte Versorgung* verbessert. Weil die Hausärzte ausserhalb des Hausarztmodells nicht zum gleichen Tarif abrechnen können, sind sie eher bereit, im Rahmen ihrer Verträge mit den Versicherern Budgetverantwortung zu übernehmen, was die *produktionstechnische Effizienz* begünstigt. Da sie zudem in einem Qualitätswettbewerb stehen, kommen innovative Behandlungsmethoden schnell zur Anwendung. Dazu tragen auch die mehrmals im Jahr durchgeführten obligatorischen Qualitätszirkel bei, was die *Anpassungskapazität* begünstigt. Die Übernahme von Budgetverantwortung veranlasst die Ärzte, nicht nur auf Produkt-, sondern auch auf Prozessinnovationen zu setzen. Damit wird ein ausgeglicheneres Verhältnis zwischen Produkt- und Prozessinnovationen erreicht und die *dynamische Effizienz* gesteigert. Der Wettbewerb zwischen den Hausärzten (nicht aber Fachärzten und Krankenhäusern) führt dazu, dass viele Leistungserbringer mit einem ungünstigen Leistungs-Kosten-Verhältnis nicht dauerhaft von den Versicherern

---

<sup>4</sup> Im ersten Jahr nach der Reform 2006 wechselten 20 Prozent der Versicherten ihre Versicherung (Douven et al. 2007).

unter Vertrag genommen werden. Die *leistungsgerechte Einkommensverteilung* wird dadurch tendenziell verbessert.

(C) Leistungserbringer - Versicherter/Patient

Die Auswahl der Leistungserbringer wird durch die Reform 2006 im niederländischen Gesundheitswesen generell auf bestimmte Ärzte beschränkt und bedeutet eine Verschlechterung der *präferenzgerechten Versorgung*. Durch die Gatekeeper-Funktion der Hausärzte kann die Behandlung dafür besser koordiniert und gesteuert werden. Zudem tragen freiwillig übernommene Behandlungsrichtlinien zu einer gezielten Behandlung bei und verhindern Fehldiagnosen (Baur et al. 2001). Im Gegensatz zu Deutschland hat der niederländische Hausarzt (je nach Vergütung seiner Leistungen) eher einen Anreiz, diese Effizienzreserven auch zu realisieren und zu einer höheren *produktionstechnischen Effizienz* beizutragen. Werden dabei innovative Behandlungsmethoden schneller umgesetzt, profitiert auch der Patient davon, so dass das Kriterium *Anpassungskapazität* tendenziell besser erfüllt wird. Die *dynamische Effizienz* sowie die *leistungsgerechte Einkommensverteilung* bleiben hingegen unverändert.

**Tab. 3:** Bewertung des Hausarztmodells (Niederlande)

Kriterien	Vertragsbez.				
	PKV <sup>a</sup> - Patient	PKV <sup>b</sup> - LE	LE - Patient	Σ	Max.
<b>Präferenzgerechte Versorgung</b>	1	1	-1	<b>1</b>	3
<b>Produktionstechnische Effizienz</b>	1	1	1	<b>3</b>	3
<b>Anpassungskapazität</b>	1	1	1	<b>3</b>	3
<b>Dynamische Effizienz</b>	0	1	0	<b>1</b>	3
<b>Leistungsgerechte Einkommensverteilung</b>	0	1	0	<b>1</b>	3
<b>Gesamtpunktzahl</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	15

<sup>a</sup>PKV: Privater Krankenversicherer

Quelle: Eigene Darstellung

<sup>b</sup>LE: Leistungserbringer

Insgesamt ergeben sich die in Tabelle 3 vorgenommenen Wertungen. Im Unterschied zu Deutschland (vgl. Tabelle 2) hat die Reform von 2006 auch die Beziehung zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern auf eine neue Grundlage gestellt. Es ist deshalb auch nicht so sehr die *präferenzgerechte Versorgung*, die in höherem Ausmass realisiert wird, sondern vielmehr die Kriterien *produktionstechnische Effizienz* und *Anpassungskapazität*. Von 15 möglichen Punkten erreichen die Niederlande 9 Punkte.



### 3.3 USA

#### 3.3.1 Rahmenbedingungen des amerikanischen Gesundheitswesens

In den USA gibt es keine staatlich organisierte Gesundheitsversorgung für alle Bürger. Vielmehr ist es (von wichtigen Ausnahmen abgesehen, s.u.) Sache des einzelnen, eine Krankenversicherung abzuschliessen. Dies erklärt den hohen Anteil von Nichtversicherten von 15,9 Prozent der Bevölkerung. Die meisten der unter 65-jährigen sind über ihren Arbeitgeber versichert, das sind 59,5 Prozent der Bevölkerung. Dabei handelt der Arbeitgeber stellvertretend für seine Arbeitnehmer Verträge mit Krankenversicherern aus, die heute fast ausschliesslich MC-basiert sind.<sup>5</sup> Die Prämien hängen vom Durchschnittsrisiko der Arbeitnehmer und der Unternehmensgrösse ab. Selbstständig erwerbende und Angestellte kleiner Unternehmen müssen individuellen Versicherungsschutz mit deutlich höheren Prämien vereinbaren.

Für Bürger, deren Einkommen unter der Armutsgrenze liegt, gibt es das staatliche Programm *Medicaid* (13 Prozent der Bevölkerung), das vom Bund und den Bundesstaaten finanziert wird. Im ebenfalls staatlich finanzierten Programm *Medicare* (13,7 Prozent der Bevölkerung) sind hauptsächlich die über 65-jährigen Rentner versichert. Da es im Gegensatz zu den anderen Ländern keine gesetzlich garantierte Grundversorgung gibt, unterscheidet sich der Leistungskatalog je nach Krankenversicherer. Ein gewisser Qualitätsstandard wird aber durch die Veröffentlichung verschiedener Krankenhaus- und HMO-Rankings gewährleistet. (DeNavas-Walt et al. 2006; National Committee for Quality Assurance 2007).

Zwischen Versicherern und Leistungserbringern besteht kein Kontrahierungszwang; die Versicherer können also mit den Leistungserbringern frei verhandeln und alternative Vergütungsformen wie Kopfpauschalen vereinbaren. Zur Begrenzung der stark steigenden Kosten wurden MC-Konzepte entwickelt, wie etwa der Aufbau von Netzwerken mit Ärzten, Apotheken, Labors, Physiotherapeuten, aber auch mit Krankenhäusern (Schulenburg/Greiner 2000). Stationäre Leistungen werden über das so genannte *Prospective Payment System* (PPS) vergütet, das im Wesentlichen mit Fallpauschalen (*Diagnosis Related Groups*, DRGs) arbeitet.

---

<sup>5</sup> Dies hängt u.a. mit steuerlichen Gründen zusammen: Die Beiträge zur Krankenversicherung über den Arbeitgeber werden nicht versteuert (Cutler/Zeckhauser 2000).

Entsprechend der Ausgestaltung des Versicherungsvertrags unterscheidet sich der Zugang zu den Leistungserbringern. Bei einer *Health Maintenance Organization* (HMO) ist die Arztwahl am stärksten eingeschränkt: Die Versicherten können nur jene Ärzte aufsuchen, die auf der Liste der HMO stehen. Die *Preferred Provider Organization* (PPO) erlaubt auch die Konsultation von Leistungserbringern ausserhalb des Netzwerkes, belastet aber die Versicherten i.d.R. mit einer höheren Kostenbeteiligung. Die *Independent Practice Association* (IPA) schreibt einen Hausarztbesuch vor, der allein den Zugang zu den Fachärzten oder zu einer stationären Behandlung gewährt (Lehmann 2003).

### **3.3.2 Bewertung von MC in den USA**

In den USA wurden bereits 1849 die ersten Verträge zwischen Arbeitgebern und Ärzten geschlossen, in denen sich die Ärzte verpflichteten, eine bestimmte Anzahl von Personen gegen einen im Voraus festgelegten Betrag medizinisch zu versorgen (Friedman 1996). Allerdings war in fast der Hälfte der Bundesstaaten lange Zeit die freie Arztwahl vorgeschrieben, was die Einführung der meisten MC-Formen verhinderte. Die ständig steigenden Gesundheitsausgaben führten dann zu einer Lockerung bzw. Aufhebung dieser Bestimmungen. Der *HMO-Act* von 1973 hob schliesslich alle Gesetze auf, die MC im Wege standen, stellte Startkapital für neue HMOs bereit und verpflichtete die grossen Firmen, ihren Angestellten mindestens eine HMO anzubieten (Breyer et al. 2005). In den 1980er Jahren verbreitete sich MC rasch und wurde zur dominierenden Versicherungsform in den USA (Cutler/Zeckhauser 2000). Die durch die MC-Massnahmen erhofften Einsparungen traten zwar ein, doch ist eine wachsende Zahl von Bürgern und Leistungserbringern mit den starken Einschränkungen insbesondere der Arztwahl unzufrieden (Hsiao 2002). Im Folgenden wird die HMO bewertet.

#### **(A) PKV - Versicherter/Patient**

Solange die Versicherten die HMO als eine von mehreren Optionen von ihrem Arbeitgeber zur Auswahl bekommen, können sie entsprechend ihren Präferenzen wählen. Der *HMO-Act* lässt allerdings auch zu, dass nur eine HMO-Option angeboten wird. In diesem Fall sind die Arbeitnehmer praktisch in eine MC-Alternative eingeschlossen und müssen den Versicherer als zentralen ergänzenden Sachwalter

akzeptieren. Insgesamt wird dadurch die *präferenzgerechte Versorgung* verschlechtert. Da die Krankenversicherer im Wettbewerb um Versicherte/Arbeitgeber stehen, haben sie grosses Interesse ihre Kosten niedrig zu halten und Einsparungen in Form geringerer Prämien an ihre Kunden weiterzugeben. Damit wird die *produktionstechnische Effizienz* begünstigt. Eine Anpassung an sich ändernde Rahmenbedingungen (z.B. bei neuen Behandlungsmethoden) ist schnell möglich, da die Versicherung zum grossen Teil entscheidet, welche Massnahmen bezahlt und welche nicht bezahlt werden. Allerdings bieten HMOs nicht immer die neuesten (und meist teureren) Behandlungsverfahren an. Wenn die Versicherten dafür hinreichend durch eine niedrigere Prämie entschädigt werden (was nicht immer zutrifft), wird das Kriterium *Anpassungskapazität* besser erfüllt. Der Wettbewerbsdruck bedingt, dass die HMOs vermehrt auf Prozessinnovationen setzen; sie korrigieren damit die versicherungsinduzierte Verzerrung zugunsten der Produktinnovationen und fördern so die *dynamische Effizienz*. Die Einheitsprämien (engl. *community rating*) der Krankenversicherung über den Arbeitgeber schwächen allerdings die Eigenanstrengungen der Patienten. Risikogerechte Prämien bestehen nur bei den individuell abgeschlossenen Verträgen, so dass insgesamt das Kriterium der *leistungsgerechten Einkommensverteilung* nicht besser erfüllt wird.

#### (B) PKV - Leistungserbringer

Dank Verhandlungsfreiheit können die Versicherungen die effizientesten Leistungserbringer unter Vertrag nehmen; das Kriterium *präferenzgerechte Versorgung* wird somit besser erfüllt. Da die Leistungserbringer in einer HMO meist über Kopfpauschalen entlohnt werden und an Kosteneinsparungen partizipieren, haben sie Anreize, kostengünstig zu arbeiten. Der Wettbewerbsdruck unter den Krankenversicherern sichert dabei die Qualität und hält zusätzlich anfallende Organisationskosten, die durch das selektive Kontrahieren entstehen können, tief. Insgesamt kommt es zu vermehrter *produktionstechnischer Effizienz*. Da die Leistungserbringer um Verträge mit den Versicherungen konkurrieren, müssen sie auf dem neuesten Stand der Medizin sein, was die *Anpassungskapazität* gewährleistet. Sofern die Leistungserbringer auch an Kosteneinsparungen partizipieren können, haben sie ein Interesse an Prozessinnovationen, was die *dynamische Effizienz* fördert. Der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern sollte dazu führen, dass

Leistungserbringer mit einem ungünstigen Leistungs-Kosten-Verhältnis aus dem Gesundheitsmarkt verdrängt werden. Das Kriterium einer *leistungsgerechten Einkommensverteilung* wird dadurch besser erfüllt.

(C) Leistungserbringer - Versicherter/Patient

Wenn Beschäftigte eine HMO aus verschiedenen Alternativen wählen können, verbessert dies die *präferenzgerechte Versorgung*. Ist diese Bedingung nicht erfüllt, stellt sich die Frage, ob die Reduktion der Nettoprämie (nach Zuschuss des Arbeitgebers) genügt, um sie zum Verzicht auf die freie Arztwahl zu bewegen. Die Versicherten haben nur dann ein Interesse an Einsparungen, wenn sie auch davon profitieren. Dies tun sie jedoch insofern, als der Arbeitgeber meist nur den günstigsten Vertrag (üblicherweise der HMO-Vertrag) bezahlt. Damit stehen aber auch die Leistungserbringer unter Druck, ein günstiges Leistungs-Kosten-Verhältnis zu erreichen, mit der Folge einer verbesserten *produktionstechnischen Effizienz*. Werden innovative Behandlungsmethoden schneller angewandt, profitiert auch der Patient davon, vorausgesetzt die Krankenversicherung übernimmt die Leistungen. Das Kriterium der *Anpassungskapazität* wird daher nur tendenziell besser erfüllt. Die *dynamische Effizienz* bleibt unverändert, denn die Patienten haben auch innerhalb der HMO immer noch die Möglichkeit, einen Leistungserbringer auszuwählen, der nicht auf Prozessinnovationen setzt. Ein HMO-Vertrag schränkt zwar die Wahl der Leistungserbringer ein, doch Krankenversicherer können es sich nicht erlauben, solche mit ungünstigem Leistungs-Kosten-Verhältnis unter Vertrag zu nehmen, wollen sie in der Konkurrenz um Arbeitgeber und deren Beschäftigte bestehen. Die *leistungsgerechte Einkommensverteilung* wird daher verbessert.

**Tab. 4:** Bewertung der HMO (USA)

Kriterien	Vertragsbez.				
	PKV <sup>a</sup> -Patient	PKV-LE <sup>b</sup>	LE-Patient	Σ	Max.
Präferenzgerechte Versorgung	-1	1	1	1	3
Produktionstechnische Effizienz	1	1	1	3	3
Anpassungskapazität	1	1	0	2	3
Dynamische Effizienz	1	1	0	2	3
Leistungsgerechte Einkommensverteilung	0	1	1	2	3
<b>GESAMTPUNKTZAHL</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>15</b>

<sup>a</sup>PKV: Privater Krankenversicherer

<sup>b</sup>LE: Leistungserbringer

Quelle: Eigene Darstellung

Insgesamt ergeben sich die folgenden Bewertungen. Da die HMO die Beziehung zwischen Krankenversicherer und Leistungserbringer neu gestaltet, wird vor allem das Kriterium der *produktionstechnischen Effizienz* begünstigt, aber auch die anderen Kriterien mit Ausnahme der *präferenzgerechten Versorgung*. Von den möglichen 15 Punkten erreicht die HMO 10.

Trotz dieser hohen Bewertung hat das US-amerikanische Gesundheitswesen in der öffentlichen Diskussion einen schlechten Ruf. Dies ist im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass ein bedeutender und zunehmender Teil der Bevölkerung (insbesondere einkommensschwache Personen und Familien) ohne Versicherung ist. Innerhalb der staatlichen *Medicaid* besteht keinerlei Wahlfreiheit; entsprechend wenig wird auf die Präferenzen dieser Patienten Rücksicht genommen.

#### **4 Schlussfolgerungen**

In der Wirtschaft müssen sich die Anbieter an den Wünschen der Nachfrager orientieren, weil Vertragsfreiheit herrscht. Die Nachfrager können ihre Vertragspartner frei wählen, und die Anbieter sind einem Wettbewerb um die besten Produkte und Vertragsbedingungen ausgesetzt. Demgegenüber sind die Vertragsbeziehungen im Gesundheitswesen von politisch gesetzten Regulierungen wesentlich mitbestimmt.

In den USA und den Niederlanden haben die Krankenversicherer Vertragsfreiheit und können sich entsprechend als sorgfältige Einkäufer von medizinischen Leistungen zu Händen ihrer Klientel betätigen. Ausserhalb von *Medicaid* und *Medicare* sind in den USA auch die Ärzte und Krankenhäuser frei bei ihrer Entscheidung, wie sie die Leistungen erbringen. In den Niederlanden bestehen dagegen gesetzliche Vorgaben, welche Leistungen wie zu vergüten sind. Unter diesen Rahmenbedingungen führen die betrachteten MC-Elemente der USA (die HMO) und der Niederlande (das Hausarztmodell) zu den besten Ergebnissen im Hinblick auf die *Effizienz* und *Anpassungskapazität*.

Die Vertragsbeziehungen im deutschen Gesundheitswesen sind stärker reguliert als in den USA oder den Niederlanden. Wegen dieser ungünstigen Rahmenbedingungen fällt der Beitrag der strukturierten Behandlungsprogramme zur Verbesserung der Performance des Gesundheitswesens vergleichsweise gering aus. Bürokratische Vorschriften, welche nicht zu einer höheren Transparenz beitragen, fehlende

Mitgestaltungsmöglichkeiten auf Seiten der Patienten und Krankenversicherer sowie mangelnder Wettbewerb um Leistungsverträge zwischen den Leistungserbringern führen dazu, dass namentlich die *produktionstechnische Effizienz*, die *Anpassungskapazität* und die *leistungsgerechte Einkommensverteilung* durch diese Programme nicht gefördert werden. Dies schliesst nicht aus, dass andere MC-Elemente in höherem Masse zur Performance des deutschen Gesundheitswesens beitragen könnten. Die Chancen dafür stehen allerdings nicht besonders gut, denn die hier vorgelegte Analyse begründet die Vermutung, dass MC nur dann zum Tragen kommt, wenn die Rahmenbedingungen Wettbewerb im Gesundheitswesen zulassen.

## 5 Literaturverzeichnis

- Amelung, V.E. (2007): *Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement*. 4. Aufl. Gabler Verlag Wiesbaden.
- Baur, R./Heimer, A./Wieseler, S. (2001), *Health Care Systems and Reform Efforts: An International Comparison*. In: Böcken, J./Butzlaff, M./Esche, A. (Hrsg.): *Reforming the Health Sector*. Gütersloh, S. 23-136.
- Becker, K./Brändle, A./Zweifel, P. (2007): *Das Discrete-Choice-Experiment*. In: Böcken, J./Janus, K./Schwenk, U./Zweifel, P. (Hrsg.), *Neue Versorgungsmodelle im Gesundheitswesen*. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh, S. 38-151.
- Breyer, F./Zweifel, P./Kifman, M. (2005): *Gesundheitsökonomik*. 5. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York.
- Bundesministerium der Justiz (2006): *Soziales fünftes Gesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung*. [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/index.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/index.html).
- Bundesministerium für Gesundheit (2007): *Die Gesundheitsreform. Infographiken*. <http://www.die-gesundheitsreform.de/presse/infografiken/index.html?param=st>.
- Cutler, D.M./Zeckhauser, R.J. (2000): *The Anatomy of Health Insurance*. In: Culyer, A.J./Newhouse, J.P. (Hrsg.): *Handbook of Health Economics*. Amsterdam, New York. Elsevier. S. 564-643.
- DeNavas-Walt, C./Proctor, B./Lee, C. (2006): *Current Population Reports, P60-231, Income Poverty and Health Insurance Coverage in the United States: 2005 – Current Population Reports U.S. Government Printing Office, issued August 2006*.
- Exter, A./Hermans, H./Dosljak, M./Busse, R. (2004): *Health Care Systems in Transition. Netherlands. Reihe: HiT country profiles*. European Observatory on Health Systems and Policies. WHO Regional Office for Europe.
- Felder, S. (2003): *Managed Care: Low Reputation but most Effective*. DICE-Report *Journal for Institutional Comparisons* 1 (3), S. 15-19.
- Finsterwald, D. (2004): *Managed Care – Pionierland Schweiz*. Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP) Nr. 75. Bern.
- Friedman, E.S. (1996): *Capitation, Integration and Managed Care: Lessons from Early Experiments*. *JAMA* 275, S. 957-962.
- Fritsch, M./Wein, T./Ewers, H.-J. (2003): *Marktversagen und Wirtschaftspolitik*. 5. Aufl. München.

- Hsiao, W. (2002): Erfahrungen mit staatlicher und privater Regulierung im US-amerikanischen Gesundheitswesen. *Managed Care*, Schweizer Zeitschrift für Managed Care und Care Management 8, S. 13-15.
- Jacobs, K./Schulze, S. (2006): Vertragswettbewerb. Mehr Freiheit bei der Partnerwahl. *Gesundheit und Gesellschaft* 7, S. 36-41.
- Lehmann, H.-J. (2003): Managed Care. Kosten senken mit alternativen Krankenversicherungsformen. Dissertation Universität Zürich.
- Ministry of Health, Welfare and Sport (2006), Health Insurance in the Netherlands – The New Health Insurance System from 2006. Den Haag.
- OECD (2006): OECD Health Data 2005. Paris.
- Seitz, R./Fritz, N. (2005): Managed Care in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Umsetzung eines theoretischen Konzepts. *Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen (ZögU)*, Beiheft 33, S. 47-68.
- Staeck, F. (2006): Spielregeln des niederländischen Reformmodells. *Ärztezeitung Online*.
- Steininger-Niederleitner, M./Sohn, S./Schöffski, O. (2003): Managed Care in der Schweiz und Übertragungsmöglichkeiten nach Deutschland. Burgdorf.
- Tigges, C. (2006): Amerika. Ein Sechstel der Wirtschaftskraft für die Gesundheit. In: *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, Nr. 149, S. 16.
- Weatherley, J.N./ Seiler, R./Meyer-Lutterloh, K./Schmid, E./Lägel, R./Amelung, V.E. (2007): Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren - Innovative Modelle der Praxis, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin.
- Wiechmann, M. (2003): Managed Care. Grundlagen, internationale Erfahrungen und Umsetzung im deutschen Gesundheitswesen. Wiesbaden.
- Zweifel, P. (1998): Managed care in Germany and Switzerland: Two approaches to a common problem. *Pharmacoeconomics* 14 Suppl. 1, S. 1-8.
- Zweifel, P. (2006): Building a competitive insurance system: Switzerland's strategy for managed-care healthcare. *Pharmacoeconomics* 24 Suppl. 2, S. 109-117.
- Zweifel, P. (2007): The Theory of Social Health Insurance. *Foundations and Trends in Microeconomics* 3 (3), S. 183-273.



## Working Papers of the Socioeconomic Institute at the University of Zurich

The Working Papers of the Socioeconomic Institute can be downloaded from [http://www soi.uzh.ch/research/wp\\_en.html](http://www soi.uzh.ch/research/wp_en.html)

- 0719 Why Bayes Rules: A Note on Bayesian vs. Classical Inference in Regime Switching Models, December 2007, 8 p.
- 0718 Monoplistic Screening under Learning by Doing, Dennis Gärtner, December 2007, 29 p.
- 0717 An analysis of the Swiss vote on the use of genetically modified crops, Felix Schläpfer, November 2007, 23 p.
- 0716 The relation between competition and innovation – Why is it such a mess? Armin Schmutzler, November 2007, 26 p.
- 0715 Contingent Valuation: A New Perspective, Felix Schläpfer, November 2007, 32 p.
- 0714 Competition and Innovation: An Experimental Investigation, Dario Sacco, October 2007, 36p.
- 0713 Hedonic Adaptation to Living Standards and the Hidden Cost of Parental Income, Stefan Boes, Kevin Staub, Rainer Winkelmann, October 2007, 18p.
- 0712 Competitive Politics, Simplified Heuristics, and Preferences for Public Goods, Felix Schläpfer, Marcel Schmitt, Anna Roschewitz, September 2007, 40p.
- 0711 Self-Reinforcing Market Dominance, Daniel Halbheer, Ernst Fehr, Lorenz Goette, Armin Schmutzler, August 2007, 34p.
- 0710 The Role of Landscape Amenities in Regional Development: A Survey of Migration, Regional Economic and Hedonic Pricing Studies, Fabian Waltert, Felix Schläpfer, August 2007, 34p.
- 0709 Nonparametric Analysis of Treatment Effects in Ordered Response Models, Stefan Boes, July 2007, 42p.
- 0708 Rationality on the Rise: Why Relative Risk Aversion Increases with Stake Size, Helga Fehr-Duda, Adrian Bruhin, Thomas F. Epper, Renate Schubert, July 2007, 30p.
- 0707 I'm not fat, just too short for my weight – Family Child Care and Obesity in Germany, Philippe Mahler, May 2007, 27p.
- 0706 Does Globalization Create Superstars?, Hans Gersbach, Armin Schmutzler, April 2007, 23p.
- 0705 Risk and Rationality: Uncovering Heterogeneity in Probability Distortion, Adrian Bruhin, Helga Fehr-Duda, and Thomas F. Epper, July 2007, 29p.
- 0704 Count Data Models with Unobserved Heterogeneity: An Empirical Likelihood Approach, Stefan Boes, March 2007, 26p.
- 0703 Risk and Rationality: The Effect of Incidental Mood on Probability Weighting, Helga Fehr, Thomas Epper, Adrian Bruhin, Renate Schubert, February 2007, 27p.
- 0702 Happiness Functions with Preference Interdependence and Heterogeneity: The Case of Altruism within the Family, Adrian Bruhin, Rainer Winkelmann, February 2007, 20p.
- 0701 On the Geographic and Cultural Determinants of Bankruptcy, Stefan Buehler, Christian Kaiser, Franz Jaeger, June 2007, 35p.
- 0610 A Product-Market Theory of Industry-Specific Training, Hans Gersbach, Armin Schmutzler, November 2006, 28p.
- 0609 Entry in liberalized railway markets: The German experience, Rafael Lalive, Armin Schmutzler, April 2007, 20p.
- 0608 The Effects of Competition in Investment Games, Dario Sacco, Armin Schmutzler, April 2007, 22p.

- 0607 Merger Negotiations and Ex-Post Regret,  
Dennis Gärtner, Armin Schmutzler, September 2006, 28p.
- 0606 Foreign Direct Investment and R&D offshoring,  
Hans Gersbach, Armin Schmutzler, June 2006, 34p.
- 0605 The Effect of Income on Positive and Negative Subjective Well-Being,  
Stefan Boes, Rainer Winkelmann, May 2006, 23p.
- 0604 Correlated Risks: A Conflict of Interest Between Insurers and Consumers and Its  
Resolution,  
Patrick Eugster, Peter Zweifel, April 2006, 23p.
- 0603 The Apple Falls Increasingly Far: Parent-Child Correlation in Schooling and the  
Growth of Post-Secondary Education in Switzerland,  
Sandra Hanslin, Rainer Winkelmann, March 2006, 24p.
- 0602 Efficient Electricity Portfolios for Switzerland and the United States,  
Boris Krey, Peter Zweifel, February 2006, 25p.
- 0601 Ain't no puzzle anymore: Comparative statics and experimental economics,  
Armin Schmutzler, December 2006, 45p.
- 0514 Money Illusion Under Test,  
Stefan Boes, Markus Lipp, Rainer Winkelmann, November 2005, 7p.
- 0513 Cost Sharing in Health Insurance: An Instrument for Risk Selection?  
Karolin Becker, Peter Zweifel, November 2005, 45p.
- 0512 Single Motherhood and (Un)Equal Educational Opportunities: Evidence for  
Germany,  
Philippe Mahler, Rainer Winkelmann, September 2005, 23p.
- 0511 Exploring the Effects of Competition for Railway Markets,  
Rafael Lalive, Armin Schmutzler, April 2007, 33p.
- 0510 The Impact of Aging on Future Healthcare Expenditure;  
Lukas Steinmann, Harry Telser, Peter Zweifel, December 2006, 23p.
- 0509 The Purpose and Limits of Social Health Insurance;  
Peter Zweifel, September 2005, 28p.
- 0508 Switching Costs, Firm Size, and Market Structure;  
Simon Loertscher, Yves Schneider, August 2005, 29p.
- 0507 Ordered Response Models;  
Stefan Boes, Rainer Winkelmann, March 2005, 21p.
- 0506 Merge or Fail? The Determinants of Mergers and Bankruptcies in Switzerland,  
1995-2000; Stefan Buehler, Christian Kaiser, Franz Jaeger, March 2005, 18p.
- 0505 Consumer Resistance Against Regulation: The Case of Health Care  
Peter Zweifel, Harry Telser, Stephan Vaterlaus, February 2005, 23p.
- 0504 A Structural Model of Demand for Apprentices  
Samuel Mühlemann, Jürg Schweri, Rainer Winkelmann and Stefan C. Wolter,  
February 2005, 25p.
- 0503 What can happiness research tell us about altruism? Evidence from the German  
Socio-Economic Panel  
Johannes Schwarze, Rainer Winkelmann, September 2005, 26p.
- 0502 Spatial Effects in Willingness-to-Pay: The Case of Two Nuclear Risks  
Yves Schneider, Peter Zweifel, September 2007, 31p.
- 0501 On the Role of Access Charges Under Network Competition  
Stefan Buehler, Armin Schmutzler, January 2005, 30p.
- 0416 Social Sanctions in Interethnic Relations: The Benefit of Punishing your Friends  
Christian Stoff, February 2006, 51p.