



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

**Materialienbericht**

***Struktur, Verfahren und Kosten  
der HMO-Praxen***

***Neue Formen der Krankenversicherung  
Untersuchungsbericht 4***

**Forschungsbericht Nr. 5/98**

**BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT**

**Autoren:** Prognos AG, Rita Baur, Armin Ming,  
Johannes Stock, Peter Lang

**Auskünfte:** Bundesamt für Sozialversicherung  
Sektion Statistik  
3003 Bern  
Herbert Känzig, Telefon 031/322 91 48

**Vertrieb:** Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale  
(EDMZ), 3000 Bern

**Copyright:** Bundesamt für Sozialversicherung  
CH – 3003 Bern, November 1997

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

**Bestellnummer:** 318.010.5/98 d 1.98 300

# ***Struktur, Verfahren und Kosten der HMO-Praxen***

***Neue Formen der Krankenversicherung  
Untersuchungsbericht 4***

***Studie durchgeführt im Auftrag des Bundesamtes  
für Sozialversicherung durch die Prognos AG***

## Inhaltsverzeichnis

Seite

1.	Einleitung	1
1.1	Gegenstand dieses Berichts	1
1.2	Managed Health Care-Konzept und Organisationsformen	4
1.3	HMO in der Schweiz im Überblick	8
1.4	Durchführung der Erhebungen bei den HMO	10
2.	Rahmendaten zum Versichertenbestand der HMOs	12
3.	Struktur und Verfahren	20
3.1	Aufbau und Verfahrensweisen der HMOs	20
3.2	Personal	27
3.2.1	Ärztliches Personal	27
3.2.2	Weiteres Personal	31
3.3	Räumlichkeiten und Sachausstattung	34
3.3.1	Räumlichkeiten	34
3.3.2	Sachausstattung	35
3.4	Steuerung der Gesundheitsversorgung durch die HMOs	36
3.4.1	HMO-interne Steuerung	37
3.4.2	Einflussnahme der HMOs auf externe Leistungen	42
3.4.3	Kooperation mit der Ärzteschaft	47
3.5	Spezielles Angebotsspektrum der HMOs	48
3.5.1	Gesundheitsschwestern	48
3.5.2	Übrige Behandlungsangebote	50
3.5.3	Kurse	51
3.5.4	HMO-Zeitungen	52
4.	Inanspruchnahme von Leistungen im stationären Bereich	53
4.1	Vorbemerkung	53
4.2	Spitalhäufigkeiten und Struktur	54
4.3	Aufenthaltsdauer	57

## Inhaltsverzeichnis

Seite

5.	Betriebswirtschaftliche Situation der HMOs	60
5.1	Ausgangslage und Zielsetzung	60
5.2	Betriebswirtschaftliche Grundstrukturen	61
5.2.1	Aufwand- und Ertragsarten der HMOs	62
5.2.2	Finanzielle Beziehungen der HMOs	64
5.2.3	Rolle einer HMO im Gesundheitsmarkt	66
5.3	Spezialfragen	67
5.3.1	Reserven, Risikoausgleich, Rückstellungen	68
5.3.2	Budgetierung	70
5.3.3	Finanzierung	72
5.4	Strukturvergleich der HMOs	75
5.5	Wirtschaftlichkeit des HMO-Modells	83

Anhang

## Verzeichnis der Übersichten und Abbildungen

Seite

Übersicht 1.1	Fragestellungen und Berichte zur Evaluation der HMOs	2
Übersicht 1.2	HMO in der Schweiz, Stand Juli 1995	9
Abbildung 2.1	HMO-Versicherte 1990-1994	13
Abbildung 5.1.1	Übersicht HMOs (Stand Ende 1994)	60
Abbildung 5.2.1.1	Systematik der Aufwand- und Ertragsarten der HMOs (Übersicht)	62
Abbildung 5.2.1.2	Systematik der Aufwand- und Ertragsarten der HMOs (Detaillierung)	63
Abbildung 5.2.2.1	Finanzielle Beziehungen der IGAK-HMOs	65
Abbildung 5.3.2.1	Budgetierungszusammenhänge HMOs (vereinfacht)	71
Abbildung 5.4.1	Entwicklung des externen Gesundheitsaufwandes und Materialaufwandes Gesundheit	76
Abbildung 5.4.2	Entwicklung des Betriebsaufwandes	77
Abbildung 5.4.3	Entwicklung der Trägerkassenbeiträge und Subventionen	78

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1	Versicherte bei den untersuchten HMOs	12
Tabelle 2.2	Durchschnittlicher jährlicher Versichertenbestand	13
Tabelle 2.3	Versichertenstand der HMOs im Juni 1995	14
Tabelle 2.4	Ein- und Austritte bei HMOs 1990-1994	15
Tabelle 2.5	Austrittsquote bei HMOs (in Relation zum durchschnittlichen jährlichen Versichertenbestand)	15
Tabelle 2.6	Struktur der HMO-Versicherten nach Geschlecht (jeweils zum Jahresende)	16
Tabelle 2.7	Struktur der HMO-Versicherten nach Altersgruppen (jeweils zum Jahresende)	17
Tabelle 2.8	Altersstruktur der HMO-Versicherten nach Geschlecht (jeweils zum Jahresende)	18
Tabelle 2.9	Geschlechtsstruktur der HMO-Versicherten - Vergleich mit der Bevölkerung	18
Tabelle 2.10	Altersstruktur der HMO-Versicherten - Vergleich mit der Bevölkerung	19
Tabelle 2.11	Altersstruktur der HMO-Versicherten im Vergleich - Feinaufgliederung	19
Tabelle 3.1	Prämienvergleich HMO - traditionelle Versicherung 1995	25
Tabelle 3.2	Ärztliches Personal der HMOs 1992 und 1994	27
Tabelle 3.3	HMO-Ärztinnen und -Ärzte nach Fachgebiet	29
Tabelle 3.4	Nichtärztliches medizinisches Personal der HMOs	32
Tabelle 3.5	Medizinisches Personal der HMO-Praxen	33
Tabelle 3.6	Konsultationen in HMOs 1994	39
Tabelle 3.7	Einzelfallbezogene Tätigkeit der HMO-Gesundheitsschwester 1994	49
Tabelle 3.8	Physiotherapeutische Behandlung in den HMOs 1994	50
Tabelle 3.9	Kursangebot der HMOs 1994	51

## Tabellenverzeichnis (Forts.)

Seite

Tabelle 4.1	Spitalaufenthalte von HMO-Versicherten im Überblick	53
Tabelle 4.2	Spitalaufenthalte je 1000 HMO-Versicherte 1992-1994	54
Tabelle 4.3	Spitalhäufigkeiten je 1000 Versicherte 1992-1994 nach Altersgruppen (nur Akutaufenthalte)	55
Tabelle 4.4	Spitalaufenthalte - Anteile der Diagnosen im Vergleich (in %)	56
Tabelle 4.5	Durchschnittliche Dauer von Spitalaufenthalten im Vergleich (nur Akutaufenthalte)	57
Tabelle 4.6	Durchschnittliche Dauer von Spitalaufenthalten nach Geschlecht (nur Akutspitäler)	58
Tabelle 4.7	Durchschnittliche Dauer von Spitalaufenthalten nach Diagnosen (nur Akutspitäler)	59
Tabelle 5.4.1	Aufwand- und Ertragsstrukturen der HMOs 1992, 1993 und 1994 (in % insgesamt)	80
Tabelle 5.4.2	Aufwand- und Ertragsstrukturen der HMOs 1992, 1993 und 1994 (in % je Aufwand- und Ertragsgruppe)	81
Tabelle 5.4.3	Aufwand- und Ertragsstrukturen der HMOs 1992, 1993 und 1994 (in % im Durchschnitt aller HMOs)	82

# 1. Einleitung

## 1.1 Gegenstand dieses Berichts

(1) Unter den in die Evaluation einbezogenen Krankenversicherungsformen nimmt die HMO-Versicherung eine Sonderstellung ein. Während die Bonus-Versicherung und die Krankenversicherung mit wählbarer Jahresfranchise nur ein einziges Steuerungsinstrument beinhalten, nämlich den finanziellen Anreiz für den Versicherten, keine (wenig) Leistungen in Anspruch zu nehmen, ist die HMO-Versicherung komplexer: Sie bietet den Versicherten finanzielle Vorteile für den Verzicht auf die völlig freie Arztwahl, vor allem aber beinhaltet sie neben der medizinischen auch eine ökonomische Steuerung durch die Ärzte, indem die Einzelleistungsabrechnung durch ein Budget abgelöst wird. Insofern stellt die HMO nicht nur ein neues Versicherungs- sondern auch ein neues Praxismodell dar.

(2) Um dieses Modell in der Evaluation angemessen zu untersuchen, musste **sowohl die Fragestellung als auch das Erhebungsinstrumentarium erweitert werden.**

**Erweiterung der Fragestellung:** Zusätzlich zu den zentralen Fragen nach der **Risikoselektion** sowie den Auswirkungen der Modelle auf **Inanspruchnahme und Kosten** treten bei der HMO-Evaluation die Fragen

- nach der **Qualität der medizinischen Versorgung** und
- nach **Struktur und Verfahren** des HMO-Praxis-Modells, insbesondere den faktischen Möglichkeiten und der Art der **Steuerung**.

**Erweiterung des Erhebungsinstrumentariums:** Neben die Versichertenbefragungen und die Administrativdaten treten Erhebungen (standardisiert) und Fachgespräche bei den HMOs direkt

- zur Erfassung von Strukturmerkmalen (Ausstattung, Angebote) und Verfahrensweisen;
- zur Erfassung der Kosten und Erträge sowohl zum Zweck der Beurteilung der betriebswirtschaftlichen Situation als auch zum Kostenvergleich zwischen herkömmlichem System und HMO-System.

(3) Die **Ergebnisse der gesamten HMO-Evaluation** durch Prognos sind in mehreren thematischen Berichten festgehalten:

### Übersicht 1.1: Fragestellungen und Berichte zur Evaluation der HMOs

Bericht	Hauptfragestellung
<b>Untersuchungsbericht 1:</b> Die Wahl der Versicherungsformen	Risikoselektion, Gründe für die Wahl
<b>Untersuchungsbericht 2:</b> Bewertung der ambulanten medizinischen Versorgung durch HMO-Versicherte und traditionell Versicherte	Qualitative Aspekte HMO, insbesondere subjektive Qualitätsbeurteilung
<b>Untersuchungsbericht 3:</b> Selbstgetragene Gesundheitskosten	Nicht bei Krankenversicherungen in Erscheinung tretende Kosten
<b>Untersuchungsbericht 4:</b> Struktur und Verfahren der HMO-Praxen, Kosten	Kosten und Erträge, Angebote, Ausstattung, Steuerung
<b>Untersuchungsbericht X:</b> Hypertonie-Management	Vergleich zwischen HMO- und traditionellen Praxen bezüglich des Ergebnisses der Hypertonie-Behandlung

Der **Untersuchungsbericht 5** wird durch das BSV erstellt; er enthält die Auswertung der Administrativdaten.

In einem **integrierten Abschlussbericht** werden die Ergebnisse aller Teiluntersuchungen zusammengeführt.

(4) Der vorliegende **Untersuchungsbericht 4** enthält die Ergebnisse der Erhebungen, die direkt bei den HMOs durchgeführt wurden. Er ist insofern nicht durchgängig an einer einheitlichen Fragestellung orientiert, sondern enthält Bausteine zu mehreren Fragestellungen, die z.T. erst in Kombination mit der Auswertung der Administrativdaten beantwortet werden können.

Im einzelnen enthält der Bericht folgende Bausteine:

- **Versichertenbestand und -struktur** der HMO: Dies sind Informationen, die später durch differenziertere Angaben aus den Administrativdaten ersetzt werden können.
- **Aufbau und Verfahrensweisen** der HMO: Hier werden die Konstruktion der HMO, die Prämiengestaltung und die Beziehung zu den Trägerkassen beschrieben.
- **Personal- und Sachausstattung.**

- **Steuerung, Steuerungsinstrumente:** Hier wird beschrieben, welche Möglichkeiten der Steuerung der Gesundheitskosten die HMOs haben und wie sie diese nutzen, sowohl in Bezug auf interne Gesundheitskosten als auch auf externe Leistungserbringer.
- **Spezielles Angebotsspektrum.**
- **Inanspruchnahme im stationären Bereich:** In der HMO-Erhebung werden diagnosebezogene Einweisungen und Verweildauern erhoben, da in den Administrativdaten ein Bezug auf Diagnosen nicht möglich ist. Vergleichende Aussagen über Spitalquote und -tage für HMO- und traditionell Versicherte sind jedoch erst auf der Basis der Administrativdaten möglich.
- **Kosten und Erträge:** In der HMO-Erhebung werden differenziert die Kosten und Erträge der HMO erfasst und die betriebswirtschaftliche Situation beurteilt. Die betriebswirtschaftliche Situation ist die eine Seite; die andere Seite ist der **Vergleich der Gesundheitskosten** zwischen HMO- und traditionell Versicherten. HMO-seitig bildet die Kostenerhebung die Basis, da die Kosten der HMO-Gesundheitsversorgung nicht aus Einzelleistungsabrechnungen ermittelt werden können. Für die traditionell Versicherten liefern die Administrativdaten (Auswertung der Kosten für eine Vergleichsgruppe traditionell Versicherter) die Basis. **Diese Auswertung liegt noch nicht vor.** Die Ergebnisse werden im integrierten Abschlussbericht dargestellt.

Der vorliegende Bericht beschreibt den Stand 1994; Entwicklungen seit Gründung der HMOs werden einbezogen, sofern sie interessant erscheinen.

## 1.2 Managed Health Care-Konzept und Organisationsformen

(1) Dem Managed Health Care-Konzept liegt die Idee zugrunde, die Angebotsseite des Marktes für medizinische Leistungen individuell zu steuern bzw. zu "managen" und hier ökonomische **Steuerungselemente** einzubauen. Es sollen Anreize für den einzelnen Anbieter, d.h. im konkreten Fall im wesentlichen ärztliche Praxen, gesetzt werden, sich so zu verhalten, dass die Patienten mit so effizientem Mitteleinsatz wie möglich so gesund wie möglich erhalten werden. Um diese Managementaufgabe erfüllen zu können, erhält der Arzt die **Funktion des gate-keepers**, den der Patient bei Beschwerden zuerst aufsuchen muss. Der Patient/ Versicherte verzichtet also auf die freie Arztwahl; er bezahlt dafür eine niedrigere Prämie als seinen Vorteil aus dem Gesundheitsmanagement.

(2) Diese gate-keeper-Funktion ist die Klammer für verschiedene konkrete Ausformungen des Managed Health Care-Prinzips<sup>1)</sup>. Als Oberbegriff ist die Bezeichnung **HMO** (Health Maintenance Organization) gebräuchlich, wenn auch die Eingrenzung nicht immer einheitlich gehandhabt wird. Mittlerweile werden auch die Bezeichnungen für die verschiedenen Subformen unterschiedlich gebraucht. Im folgenden werden zunächst kurz die Grundtypen beschrieben, die sich in den USA herausgebildet haben. Danach wird auf die in der Schweiz gebräuchlichen Begriffe eingegangen.

Die Grundtypen in USA sind:<sup>2)</sup>

### Staff Model HMO

(3) Träger dieser HMO-Form kann eine Krankenversicherung, ein Arbeitgeber oder ein anderes Unternehmen sein. Die Ärzte und weitere Mitarbeiter bilden als Angestellte den Staff der HMO und beziehen ein festes Gehalt (salary). Zusätzliche Anreize für die Ärzte sind möglich, indem sie am Gewinn der HMO beteiligt werden. Die HMO besteht zumeist aus einer oder mehreren Gruppenpraxen, in denen die primärärztliche Versorgung sowie weitere Leistungen, die die HMO selbst erbringen will, angeboten werden. Hinzu kommt der Verwaltungsteil der HMO, der wie in einem Unternehmen für das Management im weiten Sinne, insbesondere Betriebswirtschaft, Buchführung und Statistik, Versichertenverwaltung, Marketing und Versicherten-Werbung zuständig ist. Für spezialärztliche, stationäre und andere Spezialleistungen können Staff Model HMOs entweder besondere Verträge mit ausgewählten

---

1) Eine andere Form von Managed Health Care stellt die PPO (Preferred Provider Organization) dar, auf die hier nicht eingegangen wird.

2) Vgl. insbesondere Sommer, J.H. (1992), m.w.N.

Leistungserbringern schliessen oder aber selbst entsprechende Kapazitäten, etwa ein eigenes Spital unterhalten. Entscheidend hängt dies natürlich von der Grösse der HMO ab.

Jeder Versicherte wählt sich normalerweise einen HMO-Arzt als gate-keeper, den er freilich innerhalb der HMO auch wechseln kann. Die Staff Model HMO erfordert relativ hohe Anfangsinvestitionen – vor allem für die Praxiseinrichtung –, so dass erst mittel- bis längerfristig mit Gewinnen zu rechnen ist. Andererseits sind die Möglichkeiten der Steuerung und Kostenkontrolle bei diesem Modell am besten gegeben.

### **Group Practice HMO**

(4) Träger bei dieser HMO-Form sind Ärzte in eigener Verantwortung, die in ihrer Gruppenpraxis selbständig arbeiten und investieren. Als Entlohnung erhält die HMO von der Versicherung, deren Mitglieder sie versorgt, eine Pro-Kopf-Pauschale (capitation). Die Honorierung der einzelnen Ärzte in der HMO kann in Form eines Gehaltes, per Einzelleistungsvergütung oder ebenfalls per Kopfpauschale erfolgen. In der Regel wählt jeder Versicherte einen der HMO-Ärzte zum gate-keeper, der jedoch auch innerhalb der HMO gewechselt werden kann.

Darüber hinaus können Verträge mit weiteren Gruppenpraxen abgeschlossen werden, etwa wenn die Versichertenzahl die Kapazität der zentralen Gruppenpraxis übersteigt. Auch für spezialärztliche, stationäre oder andere Leistungen können individuelle Verträge mit entsprechenden Leistungserbringern abgeschlossen werden. Möglich ist in Group Practice HMOs auch eine Mischttätigkeit, indem auch Patienten mit konventioneller Versicherung behandelt werden. Während eine Verlustbeteiligung der Ärzte in diesem Fall in der Natur einer selbständigen Unternehmung liegt, sind zusätzliche Anreize durch gewinnbezogene Zusatzprämien möglich. Der Aufwand für die Gründung einer Group Practice HMO ist i.d.R. niedrig, weil von bereits bestehenden Gruppenpraxen aus gestartet werden kann.

### **Individual Practice Association (IPA)**

(5) Diese Form unterscheidet sich von der Group Practice HMO dadurch, dass nicht Gruppenpraxen sondern Einzelpraxen Vertragspartner der Versicherungen sind. Auch wird oft das System der Einzelleistungsvergütung beibehalten.

Auch bei einer IPA wählt sich jeder Versicherte einen IPA-Arzt als gate-keeper aus. Freilich ist auch hier ein Wechsel möglich. Die Entlohnung der Ärzte kann sowohl in Form einer Pro-Kopf-Pauschale als auch als Einzelleistungsvergütung erfolgen. Ein IPA-Arzt hat zumeist auch die Möglichkeit, Nicht-HMO-Versicherte zu behandeln (sog. "open panel"). Bezüglich einer Gewinnbeteiligung der Ärzte existieren im wesentlichen zwei Varianten: Entweder die Versicherung trägt das finanzielle Risiko mit der Ärztesgruppe als Organisation gemeinsam,

welche dann individuelle Regelungen mit den einzelnen Ärzten trifft, oder die Ärzte sind direkt auch an den von ihnen verursachten Kosten beteiligt.

Im Gegensatz zur Staff Model HMO braucht es zum Aufbau einer IPA relativ wenig Investitionen. Weitere Vorteile sind eine hohe Flexibilität, das dezentrale Angebot (vor allem in ländlichen Gebieten) sowie die mit der Eigenständigkeit der Beibehaltung der gewohnten Praxis einhergehenden Patientenvorteile (es bedarf keines Praxiswechsels, gewohnter Arzt in gewohntem Umfeld, es bedarf somit keiner neuen Arztwahl bei einem HMO-Beitritt usw.).

Nachteilig ist dagegen, dass zentrale Elemente einer HMO, wie z.B. die Kontrollen der Kosten und der Qualität, in einer IPA schlechter zu realisieren sind. Des Weiteren können auch hier Probleme aufgrund der unterschiedlichen Abrechnungssysteme für HMO- und Nicht-HMO-Patienten entstehen.

### **Network HMO**

(6) Eine Network HMO entsteht durch den Zusammenschluss einzelner Staff Model HMOs, Group Practice HMOs oder IPAs. Ziel ist meist, eine bessere überregionale Versorgung gewährleisten zu können. Träger solcher Gesellschaften sind häufig kommerzielle Versicherungsgesellschaften.

Eine Network HMO kann in der Regel ihren Grössenvorteil und ihre regionale oder überregionale Marktposition nutzen, um besondere Konditionen bei anderen Leistungserbringern zu erhalten oder um bestimmte eigene Infrastruktureinrichtungen (z.B. Spital, Grossgeräte) kostengünstig in Anspruch zu nehmen.

Die Entlohnungsform sowie die Risikobeteiligung richten sich i.d.R. nach der Organisationsform der jeweiligen Sub-HMOs. Diese sind oft am finanziellen Erfolg der zentralen Network HMO beteiligt. Der investive Aufwand für die Einrichtung einer Network HMO ist relativ gering, da überwiegend auf bestehende Strukturen zurückgegriffen wird. Schwieriger dürfte es sein, eine grössere Zahl bestehender HMOs zu einem solchen Zusammenschluss zu bringen. Nicht unproblematisch ist zudem, dass die einzelnen Sub-HMOs einerseits eine gewisse Flexibilität und Eigenständigkeit behalten müssen, andererseits aber der Marktvorteil der Grösse nur über einheitliche Vorgehensweisen und Handhabungen erschlossen werden kann.

(7) **In der SCHWEIZ bestehen bisher zwei Formen:**

- Die **Staff Model HMO**: Die vier zuerst gegründeten HMOs (von denen drei in die vorliegende Evaluation einbezogen sind) folgen diesem Organisationsprinzip, ebenso wie eine Reihe weiterer neu gegründeter HMOs. Für dieses Modell wird auch die Bezeichnung '**Gruppen-HMO**' gebraucht (nicht zu verwechseln mit 'group-practice HMO').
- Die **IPA** (Individual Practice Organization): Seit 1994 gibt es auch diese Form, in einem Fall als Erweiterung einer bestehenden Staff Model HMO (Basel), in den anderen Fällen als eigenständige Organisation. Eine Versicherung bezeichnet dieses Modell als **Vertragsarztsystem**, bei anderen wurde die Bezeichnung **Netz-HMO** eingeführt (nicht zu verwechseln mit der oben beschriebenen Network-HMO).

Die IPAs bzw Netz-HMOs sind, da erst später gegründet, nicht in die HMO-Evaluation einbezogen.

### 1.3 HMOs in der Schweiz im Überblick

(1) Der Bundesrat hatte 1989 die **gesetzlichen Grundlagen** für die versuchsweise Zulassung von Versicherungen nach dem HMO-Modell und von Bonusversicherungen geschaffen. Sie sollten zunächst für einen Versuchszeitraum von 5 Jahren (bis Ende 1995) zugelassen werden. Mittlerweile hat sich durch die Annahme des neuen KV-Gesetzes die Situation verändert: Aus versuchsweise zugelassenen sind gesetzlich verankerte Versicherungsformen geworden.

(2) Bereits im Jahr 1985 wurde die **Interessengemeinschaft alternativer Formen der Krankenversicherung** (IGAK) gegründet. Dies als ein eingetragener Verein, dessen Mitglieder zunächst 10 Krankenkassen waren mit zusammen rd. 2,5 Mio Versicherten<sup>3)</sup>.

Die IGAK war Trägerin der ersten in der Schweiz gegründeten HMO, nämlich der HMO Zürich-Wiedikon (Jan. 1990) sowie der HMO in Basel (Okt. 1991). Im August 1991 wurde durch die Helvetia ebenfalls eine HMO gegründet, nämlich das Medizinische Zentrum Helvetia in Zürich-Stadelhofen. Auf diese drei HMOs, alles Staff Model HMOs, bezieht sich die Prognos-Evaluation.

Mittlerweile (1994) hat sich die IGAK aufgelöst; die Trägerschaft der IGAK-HMOs ist neu geregelt worden (vgl. *Übersicht 1.2*).

(3) Zu den Gründungen in der Startphase gehört auch der **PdS (Plan de santé) der Krankenkasse l'Avenir** für Studenten bzw. Mitarbeiter der Universität Genf (Okt. 1992). Mit dieser Gründung wurde der Kollektivvertrag bezüglich der Universität abgelöst. Die Versicherten mussten sich für den HMO-Eintritt oder die Einzelversicherung entscheiden. Diese HMO wurde durch das schon in der Gründungsphase einbezogene Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Genf (IMSP) evaluiert. Die HMO wird jetzt nicht mehr als Staff Model HMO geführt, sondern ist in eine IPA bzw. Netz-HMO übergegangen.

(4) Seit 1994 gibt es mehrere Neugründungen sowohl von Gruppen-HMOs (Staff Model HMO) als auch erstmals von IPAs bzw. Netz-HMOs. Die folgende *Übersicht 1.2* zeigt den Stand im Juli 1995.

---

3) CSS, KFW, KBV, Konkordia, OeKK Basel, OeKK Winterthur, BKK Oerlikon-Bürle, BKK Sulzer, OSKA, ZOKU.

Übersicht 1.2: HMO in der Schweiz, Stand Juli 1995<sup>4)</sup>

<b>GRUPPEN-HMO (Staff Model HMO)</b>			
<b>Träger/Krankenkassen</b>	<b>HMO/Ort</b>	<b>Gründung</b>	<b>Bemerkungen</b>
Swisscare (Helvetia, Konkordia, KFW)	HMO-Gesundheitszentren in: <b>Zürich-Wiedikon</b> <b>Zürich-Stadelhofen</b>  Luzern Bern Winterthur Zürich-Oerlikon	Jan. 1990 Aug. 1991  Feb. 1994 Juni 1994 Juni 1994 Mai 1995	ehem. IGAK Zürich ehem. Medizinisches Zentrum Helvetia
Stiftung HMO OeKK Basel	<b>Gesundheitsplan HMO Basel</b>	Okt. 1991	ehem. IGAK Basel, erweitert seit 1994 um IPA-Modell
Arcovita (CSS und Visana (Grütli), Evidenzia, KKB))	HMO Luzern	Jan. 1994	mittlerweile nur noch Trägerschaft CSS
	Arcovita Praxis Bern	Jan. 1995	Träger Visana
<b>NETZ-HMO, IPA</b>			
Swisscare	Wintimed Winterthur CareMed Basel-Land	Mai 1994 Jan. 1995	
Arcovita	Arcovita Medinet Genf	Jan. 1995	
Avenir	Réseau de soin genevois	1994	ehem. HMO Plan de santé
Artisana	Vertragsarztsystem	1994	

4) Fett gedruckt sind die in die Evaluation einbezogenen HMOs.

## 1.4 Durchführung der Erhebungen bei den HMOs

(1) Die Erhebungen bei den HMOs erforderten eine relativ umfangreiche **Vorbereitungsphase** zwischen Herbst 1991 und Frühjahr 1992. In dieser Phase wurde das Detailkonzept entwickelt und in mehreren Gesprächsrunden mit den HMOs selbst und Vertretern der Träger bzw. der IGAK diskutiert.

Zu klären waren auch Fragen der zeitlichen Belastung durch die Erhebungen für die HMO und die Behandlung hochsensibler Daten. Es wurde beschlossen, dass die betriebswirtschaftlichen Daten nur als Strukturangaben, nicht in den tatsächlichen Beträgen, in die Berichte eingehen<sup>5)</sup>. Voraussetzung für eine kooperative Beziehung war auch die selbstverständliche Zusage von Prognos, die Berichtsentwürfe jeweils mit den HMO zu diskutieren.

(2) Die **Erhebungen** selbst wurden jährlich durchgeführt, bezogen auf die Jahre

- 1991/92
- 1993
- 1994.

Die Erhebungen bestanden aus einem schriftlichen Erfassungsbogen und Fachgesprächen.

(3) Der schriftliche **Erfassungsbogen** wurde durch die HMO jeweils im Mai/Juni bezogen auf das Vorjahr ausgefüllt. Inhalte waren:

- Versichertenbestand und -bewegungen sowie -struktur
- Personal, Räume, Sachausstattung
- Spezielle Angebote (Kurse etc.) und deren Nutzung. Inanspruchnahme der paramedizinischen Dienste
- Formalisierte Beziehungen zu externen medizinischen Diensten
- Verweildauer und Diagnose für alle stationären Aufenthalte
- Kosten und Erträge in differenzierter Aufschlüsselung.

---

5) Nur dem BSV und dem Experten, Prof. Sommer, wurden auch die absoluten Werte zugänglich gemacht.

Es stand den HMOs offen, anstelle des Ausfüllens des Erhebungsbogens vorhandene Statistiken und Unterlagen zu liefern, die von Prognos entsprechend aufbereitet wurden. Der Erfassungsbogen für das Erhebungsjahr 1994 ist im Anhang dokumentiert.

Zusätzlich zu den Erfassungsbogen für die HMO selbst wurden auch standardisierte Informationen bei den Trägern zu den finanziellen Beziehungen zu den HMO eingeholt.

(4) Jeweils während der Auswertung der Erhebungsbogen und nach Vorliegen eines ersten Berichtsentwurfs wurden **Gesprächsrunden** bei den HMO durchgeführt. In diesen ging es, neben Nachfragen zu den Daten und deren Interpretation, um die "weicheren" Informationen, insbesondere

- die Beziehungen zur (medizinischen) Aussenwelt, die Steuerungsmöglichkeiten
- das interne Management, die internen Steuerungsinstrumente
- die "Philosophie" der HMO
- die Beurteilung der Entwicklung und die weiteren Entwicklungsperspektiven.

Die Ergebnisse der jährlichen Erhebungen sind in **zwei Zwischenberichten** (1993, 1994) und diesem **Abschlussbericht** dokumentiert.

Insgesamt fanden die Erhebungen in einer kooperativen und konstruktiven Atmosphäre statt, für die den HMOs sehr zu danken ist.

## 2. Rahmendaten zum Versichertenbestand der HMOs

(1) Die Entwicklung der Versichertenzahlen seit Beginn und der aktuelle Bestand an HMO-Versicherten werden hier auf der Basis von Angaben aus den drei einbezogenen HMOs dargestellt. Ergänzt wird dies durch Daten zu Ein- und Austritten sowie zur Struktur der HMO-Versicherten nach Alter und Geschlecht. Differenzierter lassen sich diese Informationen (einschliesslich Angaben zur regionalen Herkunft der Versicherten) freilich aus den Administrativdaten gewinnen.

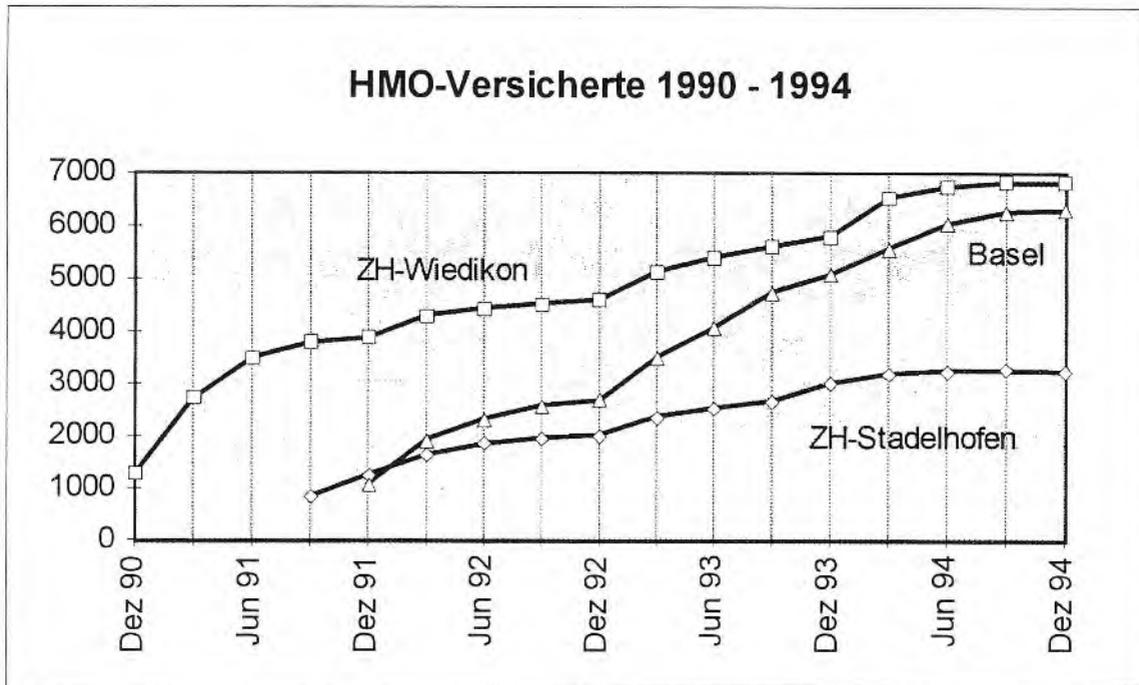
(2) Tabelle 2.1 und Abbildung 2.1 zeigen die Entwicklung des Versichertenbestandes in den Jahren 1990 - 1994 bei den drei in die Untersuchung einbezogenen HMOs in Zürich und Basel.

**Tabelle 2.1:** Versicherte bei den untersuchten HMOs

	<b>Zürich- Wiedikon</b>	<b>Zürich- Stadelhofen</b>	<b>Basel</b>	<b>Total</b>
Dezember 1990	1265			1265
Juni 1991	3479			3479
Dezember 1991	3863	1236	1069	6168
Juni 1992	4422	1830	2305	8557
Dezember 1992	4577	1996	2665	9238
Juni 1993	5392	2511	4060	11963
Dezember 1993	5792	2992	5052	13836
Juni 1994	6.756	3.296	6025	16.077
Dezember 1994	6.891	3.327	6295*	16.513

\* darunter 550 IPA-Versicherte (vgl. auch unten Ziffer (7)).

Abbildung 2.1



(3) Die drei HMOs weisen für die vollen Betriebsjahre jeweils den folgenden durchschnittlichen Versichertenbestand aus:

Tabelle 2.2: Durchschnittlicher jährlicher Versichertenbestand

	Zürich-Wiedikon	Zürich-Stadelhofen	Basel	Total
1991	3.306	-	-	3.306
1992	4.424	1.801	2.354	8.579
1993	5.386	2.546	4.267	12.199
1994	6.657	3.265	6.024*	15.946

\* ohne IPA-Versicherte: 5.887 (vgl. unten Ziffer (7)).

(4) Die HMOs in Basel und Zürich-Wiedikon haben eine Grössenordnung zwischen 6.000 und 7.000 Versicherten erreicht. Damit sind nach Angaben der HMOs die bestehenden Kapazitäten ausgelastet. Bei einer weiteren Erhöhung des Versichertenbestandes werde eine Aufteilung oder die Neueinrichtung von Infrastrukturen erforderlich. Die Swisscare strebt dabei keine weitere Vergrösserung der HMO Wiedikon an, sondern betreibt parallel drei weitere, bislang noch kleinere HMOs im Grossraum Zürich. Im Zuge der Zusammenführung bzw. Neugründung

dieser HMOs unter dem Dach der Swisscare wechselten insgesamt rund 450 Versicherte von der HMO Wiedikon zu den HMOs Stadelhofen oder Oerlikon. In Basel ist eine Vergrößerung des Versichertenbestandes vor allem beim IPA-Teil der HMO angestrebt.

(5) Bezogen auf die Wohnbevölkerung der Stadt Zürich bzw. des Kantons Basel-Stadt haben die HMOs Ende 1994 einen **Marktanteil** von 2,8% in Zürich (ohne HMO Oerlikon) und von 3,1% in Basel erreicht. Den Anteil der HMO-Versicherten an den Versicherten der Trägerkassen beziffern die HMOs auf etwa 5 - 6%.

(6) Am schnellsten ist die HMO Basel gewachsen. Aber auch die beiden anderen HMOs weisen in den ersten Betriebsjahren einen kontinuierlichen Zuwachs an Versicherten auf. Deutliche Sprünge sind jeweils zum Jahresbeginn zu erkennen, wo am häufigsten Versicherungsverwechsel stattfinden. Seit Mitte 1994 zeichnet sich bei den Versichertenzahlen aller drei HMOs eine Stagnation ab, die zum Teil - wie erwähnt - kapazitätsbedingt ist. Für Juni 1995 werden die folgenden Grössenordnungen genannt:

**Tabelle 2.3:** Versichertenstand der HMOs im Jahr 1995

	Ende Juni	Ende September
Zürich-Wiedikon	6.650	6.800
Zürich-Stadelhofen	3.200	3.250
Basel	6.600	6.900*

\* , einschliesslich rund 600 IPA-Versicherte.

(7) Unter den Versicherten der HMO Basel waren im Juni 1995 insgesamt 571 Personen (8,7 %), die sich nach dem IPA-Modell versichert haben.<sup>1)</sup> Sie werden jeweils von einem der inzwischen insgesamt 23 kooperierenden Basler Ärzte als Gatekeeper betreut. Das entspricht im Schnitt rund 25 HMO-Versicherten je Arzt.

Direkt für das IPA-Modell wurden bis Juni 1995 insgesamt 257 Versicherte gewonnen. Mit 314 Personen kommt dagegen etwas mehr als die Hälfte der IPA-Versicherten aus dem Mitgliederbestand der HMO.

1) Das IPA-Modell wurde im November 1994 eingeführt.

(8) Differenziert nach **Ein- und Austritten** zeigen sich im Versichertenbestand der HMOs folgende Bewegungen:

**Tabelle 2.4:** Ein- und Austritte bei HMOs 1990 - 1994

	ZH-Wiedikon		ZH-Stadelhofen		Basel		Total	
	Eintritte	Austritte	Eintritte	Austritte	Eintritte	Austritte	Eintritte	Austritte
1990	1265	k.A.					1265	
1991	3093	495	1270	34	1092	23	5455	552
1992	1383	669	902	142	1697	101	3982	912
1993	1609	394	1090	94	2544	157	5243	645
1994	1522	505	444	226	1573	330	3539	1061
Total	8872	2063	3706	496	6906	611	19484	3170

Die Zahl der jährlichen **Neueintritte** unterliegt bei allen HMOs starken Schwankungen. In guten Jahren konnten für eine HMO 2.500 - 3.000 Versicherte gewonnen werden. Der Durchschnitt lag im Beobachtungszeitraum grob zwischen 1.000 und 1.500 Neueintritten pro Jahr und HMO. Nach Angaben der HMOs hat aktive Werbung einen starken Einfluß auf die Entwicklung der Neueintritte. Bei der HMO Zürich-Stadelhofen wird die gegenüber den anderen HMOs niedrige Zahl von Eintritten auch auf Defizite bei der Werbung zurückgeführt.

(9) Auch die Zahl der **Austritte** unterliegt Schwankungen. Auffallend ist, dass sie im Jahr 1994 in allen drei HMOs deutlich anstieg. Auch bezogen auf den durchschnittlichen jährlichen Versichertenbestand hat sich die **Austrittsquote** der HMOs (nach Rückgängen im Vorjahr) im Jahr 1994 durchgängig erhöht.

**Tabelle 2.5:** Austrittsquote bei HMOs (Relation zum durchschnittlichen jährlichen Versichertenbestand)

	Zürich-Wiedikon	Zürich-Stadelhofen	Basel	Total
1991	12.1 %*			
1992	13.0 %*	7.9 %	4.3 %	9.5 %*
1993	7.3 %	3.7 %	3.6 %	5.3 %
1994	7.6 %	7.0 %	5.5 %	6.7 %

\* ohne Austritt von 187 Asylsuchenden (Kollektivvertrag mit Durchgangsheim) aufgrund der Übernahme ihrer Krankenversicherung durch den Bund Ende 1991 / Anfang 1992

Über alle Beobachtungsjahre liegt die Austrittsquote der HMO Zürich-Wiedikon jeweils am höchsten, wobei die anfänglichen Werte sicherlich Ausdruck des schwierigen Starts sind. Deutlich geringer fällt die Austrittsquote durchgängig bei der HMO Basel aus. Ein Einpendeln auf eine "normale" Austrittsquote ist bislang nicht erkennbar.

(10) Die im Rahmen der HMO-Evaluation durchgeführte **Befragung von aus HMOs ausgetretenen Versicherten** ergab im wesentlichen, dass etwa ein Drittel der Ausgetretenen wegen Wohnortwechsel ausgeschieden sind, während rund zwei Drittel andere Gründe hatten: Unzufriedenheit, mangelnde Klarheit über das Modell beim Eintritt u.a.m.<sup>2)</sup>

(11) In der **Struktur der HMO-Versicherten** gibt es kaum Unterschiede zwischen den drei HMOs nach der Geschlechtszusammensetzung, wohl aber nach dem Alter.

Männliche Versicherte sind bei allen HMOs konstant etwas stärker vertreten als weibliche.

**Tabelle 2.6:** Struktur der HMO-Versicherten nach Geschlecht  
(jeweils zum Jahresende)

Geschlecht		Zürich-Stadelhofen	Zürich-Wiedikon	Basel	Total
männlich	1992	51.0%	53.3%	52.0%	52.4%
	1993	51.3%	53.8%	51.4%	52.4%
	1994	51.8%	51.2%	51.6%	51.5%
weiblich	1992	49.0%	46.7%	48.0%	47.6%
	1993	48.7%	46.2%	48.6%	47.6%
	1994	48.2%	48.8%	48.4%	48.5%

(12) Die Altersstruktur der HMO-Versicherten insgesamt hat sich im Beobachtungszeitraum trotz des Anstiegs der Versichertenzahlen nicht gravierend verändert. Stärkste Altersgruppe sind durchweg bei allen untersuchten HMOs die 21- bis 45-Jährigen, die gut die Hälfte der Versicherten ausmachen. Der Anteil der Altersgruppen bis 45 ist im Beobachtungszeitraum von rund 65% auf rund 70% angewachsen, derjenige von Versicherten über 45 entsprechend zurückgegangen. Damit ist auch das Durchschnittsalter der HMO-Versicherten gesunken.

2) vgl. HMO-Bonus-Evaluation, Prognos-Untersuchungsbericht 2: Bewertung der ambulanten medizinischen Versorgung durch HMO-Versicherte und traditionell Versicherte, Basel 1995.

**Tabelle 2.7:** Struktur der HMO-Versicherten nach Altersgruppen  
(jeweils zum Jahresende)

<b>Altersgruppe (Anteil je HMO)</b>		<b>Zürich- Stadelhofen</b>	<b>Zürich- Wiedikon</b>	<b>Basel</b>	<b>Total</b>
0 - 20	1992	12.3 %	12.1 %	16.2 %	13.3 %
	1993	11.1 %	11.7 %	18.8 %	14.2 %
	1994	10.9 %	11.7 %	20.2 %	14.8 %
21 - 45	1992	47.2 %	53.2 %	53.2 %	51.9 %
	1993	48.6 %	55.5 %	56.8 %	54.5 %
	1994	50.2 %	55.0 %	57.4 %	55.0 %
46 - 65	1992	29.7 %	21.6 %	19.1 %	22.6 %
	1993	26.8 %	20.7 %	15.9 %	20.3 %
	1994	26.4 %	21.3 %	14.8 %	19.8 %
66 +	1992	10.7 %	13.1 %	11.4 %	12.1 %
	1993	13.5 %	12.0 %	8.5 %	11.1 %
	1994	12.5 %	12.0 %	7.6 %	10.4 %
Alters- durchschnitt in Jahren <sup>1)</sup>	1992	41.1	40.5	37.5	39.8
	1993	42.1	39.9	34.6	38.5
	1994	41.4	39.9	33.8	37.9

1) Keine exakte Erfassung, da nur 5-Jahres-Altersgruppen aufgeführt. Genauere Berechnung nur anhand der Administrativdaten möglich.

Zwischen den einzelnen HMOs sind Unterschiede in der Altersstruktur zu beobachten: Bei der HMO ZH-Stadelhofen sind ältere Versicherte, insbesondere die 46 - 65-Jährigen deutlich stärker vertreten als bei den beiden anderen HMOs. Entsprechend liegt der Altersdurchschnitt dieser HMO am höchsten. Umgekehrt weist die HMO Basel den mit Abstand höchsten Anteil an Kindern und Jugendlichen und zugleich den niedrigsten Altersdurchschnitt auf. Im Beobachtungszeitraum hat sich dieses Profil verstärkt. Von Seiten der Basler HMO wird dies auch darauf zurückgeführt, dass der Kinderarzt beim HMO-Eintritt nicht gewechselt werden muss.

(13) Die folgende Tabelle unterscheidet die Anteile der Altersgruppen bei allen HMO-Versicherten nach Geschlecht. Sie zeigt vor allem eine starke Vertretung der Männer bei den jüngeren Erwachsenen (21 - 45 Jahre).

**Tabelle 2.8:** Altersstruktur der HMO-Versicherten nach Geschlecht  
(jeweils zum Jahresende)

Altersgruppe (Anteil an allen HMO-Versicherten)		Männer	Frauen
0 - 20	1992	13.0 %	13.7 %
	1993	13.8 %	14.5 %
	1994	15.2 %	14.5 %
21 - 45	1992	54.8 %	48.6 %
	1993	57.3 %	51.3 %
	1994	56.3 %	53.6 %
46 - 65	1992	21.4 %	24.2 %
	1993	19.1 %	21.7 %
	1994	19.1 %	20.5 %
66 +	1992	10.8 %	13.5 %
	1993	9.8 %	12.5 %
	1994	9.4 %	11.5 %

(14) Für einen genauen **Vergleich mit der Struktur der traditionell Versicherten** fehlen die Datengrundlagen, da sich der Vergleich sinnvoll nur auf Versicherte in HMO-Regionen beziehen kann.<sup>1)</sup> Die Struktur der traditionell Versicherten in den faktischen Einzugsgebieten der HMOs ist jedoch bislang nicht bekannt. Nach Angaben der HMOs ZH-Wiedikon und Basel wohnen jeweils rund 20 % ihrer Versicherten ausserhalb des jeweiligen Stadtgebiets. Hilfsweise wird hier die Struktur der Gesamtbevölkerung in den Kantonen Zürich und Basel-Stadt herangezogen. (Tab. 2.9) Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung dieser Bezugsregionen sind unter den HMO-Versicherten die Männer leicht überrepräsentiert.

**Tabelle 2.9:** Geschlechtsstruktur der HMO-Versicherten - Vergleich mit der Bevölkerung

	HMO-Versicherte			Vergleichsregionen <sup>1)</sup>
	1992	1993	1994	1990
Männer	52,4 %	52,4 %	51,5 %	49,1 %
Frauen	47,6 %	47,6 %	48,5 %	50,9 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

1) Wohnbevölkerung der Kantone Zürich und Basel-Stadt gemäss Volkszählung 1990

1) Die Datengrundlagen für die Versichertenbefragung sind hier nicht nutzbar, da sie sich nur auf erwachsene Versicherte bezogen.

(15) Im Vergleich der Altersstruktur (Tabelle 2.10) hat sich im Beobachtungszeitraum nichts wesentliches verändert. Auffallend ist die Unterrepräsentanz der Kinder und Jugendlichen bei den HMO-Versicherten und insbesondere die deutliche Überrepräsentanz der 21- bis 45-Jährigen, die sich im Beobachtungszeitraum eher verstärkt hat.

**Tabelle 2.10:** Altersstruktur der HMO-Versicherten - Vergleich mit der Bevölkerung

Altersgruppe	HMO-Versicherte			Vergleichsregionen <sup>1)</sup>
	1992	1993	1994	1990
0 - 20	13,3 %	14,2 %	14,8 %	21,2 %
21 - 45	51,9 %	54,5 %	55,0 %	40,8 %
46 - 65	22,6 %	20,3 %	19,8 %	23,9 %
66 +	12,1 %	11,1 %	10,4 %	14,1 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

1) Wohnbevölkerung der Kantone Zürich und Basel-Stadt gemäss Volkszählung 1990

(16) In der **Feinaufgliederung** sieht man, dass bei allen drei HMOs hauptsächlich die 26- bis 35-Jährigen stark übervertreten sind (Tab. 2.11). Im Beobachtungszeitraum hat sich dies noch verstärkt. In den übrigen Altersgruppen ist die Abweichung von den Vergleichsregionen wesentlich geringer.

**Tabelle 2.11:** Altersstruktur der HMO-Versicherten im Vergleich - Feinaufgliederung

Altersgruppe (Anteil je HMO)		Zürich- Stadelhofen	Zürich- Wiedikon	Basel	Vergleichs- regionen <sup>1)</sup>
21 - 25	1992	7.0 %	6.1 %	8.5 %	8.2 %
	1993	5.1 %	5.8 %	8.1 %	
	1994	5.7 %	6.2 %	7.2 %	
26 - 35	1992	24.0%	28.7 %	29.3 %	17.3 %
	1993	26.2%	30.3 %	33.3 %	
	1994	27.6%	30.9 %	33.9 %	
36 - 45	1992	16.2%	18.5%	15.5%	15.3%
	1993	17.3%	19.4%	15.3%	
	1994	16.8%	17.8%	16.3%	
46 - 55	1992	15.0%	12.0%	10.1%	13.3%
	1993	14.3%	11.7%	8.8%	
	1994	14.3%	12.0%	8.5%	

1) Wohnbevölkerung der Kantone Zürich und Basel-Stadt gemäss Volkszählung 1990

### 3. Struktur und Verfahren

#### 3.1 Aufbau und Verfahrensweisen der HMOs

(1) Vorbild für die evaluierten schweizerischen HMOs ist der Typ der **"Staff-Model-HMO"**: Die HMO ist selbst Träger einer Gruppenpraxis und beschäftigt die Ärzte als Angestellte oder in einem vergleichbaren Status. Für unterstützende und ergänzende medizinische Angebote sind darüber hinaus weitere Personen wie etwa Gesundheitsschwester oder Physiotherapeuten bei der HMO beschäftigt. Im sogenannten Gatekeeper-Prinzip verpflichten sich die HMO-Versicherten, bei Bedarf an medizinischen Leistungen im Normalfall zunächst die HMO-Praxis aufzusuchen. Für Leistungen, die die HMO nicht anbietet, werden die Versicherten von der HMO an geeignete Stellen, insbesondere an Spezialärzte und Spitäler überwiesen. Leistungen anderer Anbieter werden im Normalfall nur dann von der HMO-Versicherung übernommen, wenn sie vom Gatekeeper in der HMO autorisiert wurden bzw. auf eine Überweisung hin erfolgen.

(2) Aufgrund des jeweiligen **kantonalen Berufsrechts** der Ärzte mussten für die HMOs in Zürich und Basel unterschiedliche Konstruktionen gewählt werden:

- Für die beiden Zürcher HMOs wurde zunächst die Rechtsform eines Instituts gewählt. Der leitende Arzt trägt die gesundheitspolizeiliche Verantwortung. Alle übrigen Ärztinnen und Ärzte sind formell Assistenten des ärztlichen Leiters. Ein solches Institut kann nur mit einer Ausnahmegenehmigung der kantonalen Gesundheitsdirektion eingerichtet werden. Ziel der Gesundheitsdirektion ist, hier eine geeignetere Konstruktion zu finden, unter der die Anstellung von Ärzten möglich ist.
- Bei der Basler HMO sind alle Ärztinnen und Ärzte regulär niedergelassen. Sie haben mit dem HMO-Träger pauschale Dienstleistungsverträge abgeschlossen. Formell haben sie daher alle denselben Status.

(3) Getragen werden die HMOs in der Schweiz ausschliesslich von Krankenkassen oder -versicherungen und nicht etwa von Zusammenschlüssen auf Seiten der Leistungserbringer. Für diese **Trägerkassen** sind die HMOs ein Modell, mit dem sie neben dem dominanten traditionellen Versicherungsbereich in begrenztem Umfang Erfahrungswerte mit einer neuen Form der Krankenversicherung sammeln wollen. Die **Trägerschaft** durch Krankenkassen und -versicherungen bringt den HMOs den Vorteil, ihre Versicherten aus dem Potential der Trägerkassen

rekrutieren zu können. Die HMO-Versicherten haben den Vorteil, ohne Schlechterstellung in eine andere Krankenversicherungsform der Mutterkasse zurückwechseln zu können.

Bei den untersuchten HMOs hat die Trägerschaft wie bereits erwähnt gewechselt: Gegründet wurden die HMOs Zürich-Wiedikon und Basel von der IGAK, die HMO Zürich-Stadelhofen von der Helvetia. Nach der Auflösung der IGAK hat die SanaGroup für den **Swisscare**-Zusammenschluss die operative Führung der beiden Zürcher HMOs übernommen und daneben vier weitere HMOs gegründet. Die Trägerschaft der HMO Basel liegt inzwischen bei der "**Stiftung HMO**", die Ende 1994 von der ÖKK Basel gegründet wurde. Kooperationskassen der Stiftung HMO sind, neben der führenden ÖKK Basel, die bisherigen IGAK-Mitglieder CSS, Konkordia, KFW, ZOKU und KBV. Die Stiftung hat mit diesen Krankenkassen Kooperationsverträge abgeschlossen, welche die Zusammenarbeit im bisherigen Rahmen regeln. Zwei Drittel der Mitglieder der HMO-Basel gehören zum Mitgliederbestand der ÖKK Basel, auf die anderen Kassen entfallen Anteile zwischen 12% und unter 1%. Mit Konkordia und KFW sind also auch zwei Swisscare-Mitglieder und mit der CSS ein weiterer HMO-Betreiber an der Trägerschaft der HMO Basel beteiligt.

(4) Zusätzlich zu ihrer Organisationsform als Staff-Model-HMO hat die **HMO Basel** ihr Angebot seit Herbst 1994 um eine sogenannte **IPA**<sup>1)</sup>, in der Schweiz auch Netz-HMO genannt, erweitert. Ziel war dabei, das ärztliche Angebot der HMO - und damit auch die Wahlmöglichkeiten der Versicherten - zu vergrössern, da die bestehende HMO-Gruppenpraxis ihre Kapazitätsgrenze erreicht hat. Um aber angesichts der hohen Ärztedichte in Basel keine neue Praxis zu gründen, wurde die ärztliche Kapazität der HMO durch die **Einbeziehung bestehender Quartierspraxen** erhöht. Im Rahmen dieses IPA-Konzepts wurden Verträge mit Basler Hausärzten über die Behandlung und Betreuung von HMO-Versicherten als Gatekeeper geschlossen. Damit ist eine Dezentralisierung der HMO verbunden, da die HMO-Versicherten nun auch Gatekeeper ausserhalb der zentralen HMO-Gruppenpraxis wählen können.

Die Einrichtung der IPA beruht auf einer Vereinbarung der HMO Basel mit der Medizinischen Gesellschaft Basel im Herbst 1994. Noch im Jahr 1994 wurde das IPA-Konzept umgesetzt. Bis Juni 1995 konnten 23 Ärztinnen und Ärzte in Basel dafür gewonnen werden, wobei die statistischen Informationen der HMO einen wesentlichen Anreiz darstellen. Insgesamt können die HMO-Versicherten damit zwischen 30 Ärztinnen und Ärzten (7 in der Gruppenpraxis, 23 im IPA-Modell) als Gatekeeper wählen. Bis Juni 1995 hatten sich insgesamt 571 HMO-Versicherte bei IPA-Ärztinnen oder -Ärzten eingeschrieben. 314 davon wechselten von der HMO-Gruppenpraxis, während 257 neue Versicherte direkt für das IPA-Modell gewonnen werden konnten. Im Schnitt sind dies insgesamt rund 25 HMO-Versicherte je IPA-Ärztin bzw. -Arzt.

---

1) IPA = Individual Physician Association, eine HMO-Variante.

Die IPA-Ärzte übernehmen für die HMO die Rolle des Gatekeepers für HMO-Versicherte. Ihre Leistungen rechnen sie einzeln auf konventionelle Weise mit der HMO ab. Ein direkter Einfluß auf ihre Behandlungen besteht nicht, auch nicht auf die Überweisung zu Spezialisten und Spitälern; die Praxen behalten ihr bisheriges Beziehungsnetz bei. Entscheidend ist daher die Auswahl der IPA-Praxen. Im Rahmen der Kooperation erhalten sie regelmässig Informationen z.B. über Patientenzahl, laufende Hospitalisationen oder Kosten sowie ihre eigene Behandlungsstatistik. Daneben haben sie sich auf bestimmte einfache Massnahmen zur Qualitätssicherung im diagnostischen Bereich verpflichtet. Die HMO gibt zudem ihre internen Behandlungsleitlinien, die sukzessiv erarbeitet werden, zur Information an die IPA-Ärzte weiter. Dienstleistungen der HMO, z.B. Physiotherapie, können von den IPA-Ärztinnen und -Ärzten für die Patienten in Anspruch genommen werden.

Sofern sich das Modell bewährt ist ein weiterer Ausbau möglich. Für eine **Honorierung der IPA-Ärzte** über Pro-Kopf-Pauschalen (Capitation) sowie für eine Gewinnbeteiligung gibt es bislang noch keine vertraglichen Möglichkeiten. Voraussetzung für diesbezügliche Überlegungen sind neben den rechtlichen Möglichkeiten in jedem Fall breitere Erfahrungswerte und Statistiken, auch weil die IPA-Ärzte eine andere Altersstruktur der Patienten haben. Ziel ist daneben eine Ausweitung des IPA-Modells auch auf den **Kanton Basel-Land**, wo rund ein Fünftel der HMO-Versicherten wohnt. Verhandlungen hierzu mit der Ärztesgesellschaft Basel-Land sind im Gange.

(5) Die spezielle Verknüpfung von Praxis und Versicherung im Rahmen der HMO hat zur Konsequenz, dass es in den drei untersuchten HMOs jeweils **einen medizinischen und einen administrativen Bereich** gibt. Der **medizinische Leiter** übernimmt dabei Aufgaben über die übliche Praxistätigkeit hinaus wie etwa:

- Kontrolle über interne Patientenkontakte wie auch über Überweisungen an Spezialärzte oder ins Spital,
- Konzeption und Umsetzung von interner Qualitätssicherung,
- konsiliarischer Ansprechpartner für das medizinische Personal,
- Konzeption und Verantwortung des HMO-Kursangebots in Zusammenarbeit mit der Gesundheitsschwester,
- Leitung und konzeptionelle Weiterentwicklung der HMO.

(6) Die **HMO-Administration** hat eine eigenständige Rolle neben dem medizinischen Bereich. Ihre Funktionen liegen in folgenden Bereichen:

- operative Führung der HMO in Abstimmung mit dem medizinischen Leiter (z.B. Statistikführung, Controlling, konzeptionelle Weiterentwicklung der HMO, Marketing)
- "Kassenmanagement" (z.B. Versichertenverwaltung und -betreuung, Erledigung der externen Abrechnungen)
- übliche Angelegenheiten der Praxisverwaltung (z.B. Personaladministration, Buchhaltung, Verwaltung von Räumlichkeiten)

In der konkreten **Ausgestaltung der Funktionen** der HMO-Administration sind die untersuchten HMOs unterschiedlich gestartet: Während die Administration der beiden ursprünglichen IGAK-HMOs (Zürich-Wiedikon und Basel) sehr viele der genannten Funktionen ausübte, wurden beim damaligen MZH (Zürich-Stadelhofen) zunächst einige wichtige Funktionen von der Trägerkasse Helvetia übernommen. Inzwischen gibt es lediglich beim "Kassenmanagement" noch eine spezifische Arbeitsteilung zwischen HMOs und Trägerkassen. Letztere sind vor allem für Verkaufswerbung, Mitgliederaufnahme und Bestandspflege zuständig. Die übrigen Funktionen haben sich zunehmend bei der jeweiligen HMO-Administration konzentriert.

(7) Die **Struktur der Administration** hat sich inzwischen - parallel zur Trägerschaft - für die beiden untersuchten Zürcher HMOs verändert. Während die **Basler HMO** nach wie vor eine eigene Administration mit einem kaufmännischen Leiter hat, wurde die Verwaltung der beiden Zürcher HMOs mit der Übernahme durch die Swisscare im Laufe des Jahres 1994 verändert. Die administrativen Funktionen für die HMOs wurden bei der **SanaGroup** konzentriert, die als Tochter des Swisscare-Zusammenschlusses die operative Führung der inzwischen insgesamt 6 HMOs sowie weiterer Swisscare-Aktivitäten im Bereich Managed Care übernommen hat. Bei den HMOs selbst wurde daher das Personal mit administrativen Aufgaben stark reduziert: Es gibt dort keinen administrativen Leiter mehr; administrative Funktionen begrenzen sich auf eng mit den Praxisabläufen verbundene Tätigkeiten, insbesondere Praxisverwaltung und Zusammenführung von Daten.

Bei der SanaGroup haben derzeit insgesamt 6 Personen die operative Führung der 6 Gruppen-HMOs und der bislang errichteten Netz-HMOs übernommen. Die Geschäftsleitung der SanaGroup setzt sich paritätisch aus zwei Mitgliedern dieses Stabs sowie aus zwei Ärzten der HMO-Wiedikon zusammen, für die diese Funktion etwa die Hälfte ihrer Tätigkeit ausmacht. Ziel dieser Konzentration der administrativen Aufgaben ist nicht nur ein Effizienzgewinn bei der Verwaltung der HMOs, sondern auch eine breitere Erfahrungsbasis für die operative Steuerung und die Möglichkeit zur Koordination der strategischen Ausrichtung aller angegliederten Einheiten. Innerhalb dieser generellen administrativen Struktur ist jedoch noch die geeignete Ver-

teilung zwischen zentral bei der SanaGroup und dezentral bei den HMOs angesiedelten Funktionen und Stellen zu finden. Die Personalausstattung beider HMOs im administrativen Bereich ist daher für das Jahr 1994 nicht aussagekräftig. Sie ist zudem schwer zu berechnen, da die SanaGroup nicht nur für die untersuchten HMOs zuständig ist.

(8) Die HMO-Gruppenpraxen werden unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten durch die Trägerkassen als selbständige Profit-Centers geführt. Die Leitung der HMOs ist für die Aufwendungen und Erträge der Gruppenpraxis verantwortlich, insbesondere den Betriebsaufwand (Personal, Infrastruktur) und den Aufwand für externe Leistungserbringer. Eine HMO ist gleichzeitig Anbieterin und Nachfragerin von medizinischen Leistungen. Dadurch nimmt eine HMO sowohl die Rolle einer Krankenkasse als auch die einer Gruppenpraxis wahr.

Die Finanzierung der laufenden Kosten einer HMO erfolgt überwiegend über Betriebsbeiträge der Trägerkassen und Subventionen. Die Betriebsbeiträge werden aus den Prämieinnahmen gebildet unter Berücksichtigung des Risikoausgleichs, der Reservenbildung sowie den Verwaltungskosten der Trägerkassen und sind ein zentraler Budgetverhandlungspunkt zwischen den Trägerkassen und den HMOs. Die Finanzierung der Investitionen der Startphase erfolgte über Darlehen der Trägerkassen. Krankheitsfälle, die eine bestimmte Grössenordnung übersteigen, werden durch die Rückversicherung der Trägerkassen gedeckt.

(9) Die HMO-Versicherung hat denselben **Pflichtleistungsumfang** wie die normale, gesetzlich definierte Grundversicherung, d.h. Krankenpflegeversicherung, Heil- und Hilfsmittel sowie Spitalaufenthalte in der allgemeinen Abteilung. Halbprivate oder private Spitalzusatzversicherungen werden auch angeboten, kostenerstattungspflichtig bleibt hier aber die Trägerkasse. Über die bisherigen Pflichtleistungen in der Grundversicherung hinaus machen die HMOs eine ganze Reihe freiwilliger Angebote für Ihre Versicherten wie Gesundheitsschwester, bestimmte alternativmedizinische Behandlungen oder Kurse, auf die noch einzugehen ist. (vgl. Kapitel 3.5) Der durch die HMOs gebotene Leistungsumfang deckt damit bereits Lücken ab, die mit dem neuen, ab 1996 geltenden KVG geschlossen werden, insbesondere unbegrenzte Spitaldeckung, umfassendere Spitex-Vergütung, gezielte Präventionsmassnahmen oder Leistungen der Alternativmedizin. Der mit dem neuen KVG erweiterte Leistungsumfang dürfte insofern nicht zu Kosten- bzw. Prämiensteigerungen der HMOs führen.

(10) Die HMOs versuchen, die Inanspruchnahme von Leistungen unter anderem dadurch zu steuern, dass die medizinische **Versorgung der Versicherten** in erster Linie durch das Personal der HMOs selbst erfolgt. Nur wo dies nicht möglich ist, wird gegebenenfalls an Spezialisten

oder Spitäler überwiesen. Zur Verankerung des Gatekeeper-Prinzips legen die HMO-Reglements fest, dass HMO-Versicherte, die ohne Überweisung Leistungen ausserhalb der HMO in Anspruch nehmen, im Normalfall nur einen Teil der Kosten erstattet bekommen. Ursprünglich lag dieser Anteil für alle untersuchten HMOs bei 50 %. Die beiden Zürcher HMOs haben ihn inzwischen auf 25 % gesenkt. Denkbar ist für die HMOs auch eine völlige Streichung der Kostenerstattung. Ausgenommen von dieser Regelung sind Notfälle sowie bei der HMO Basel die Konsultation von Frauen- und Kinderärzten. Die beiden Zürcher HMOs decken hingegen den gynäkologischen Bereich durch eigenes Personal ab, Wiedikon auch den pädiatrischen. Der Eintritt in diese HMOs ist daher mit dem Wechsel des Frauen- bzw. Kinderarztes verbunden, was sich nach Auskunft der HMOs durchaus auf die Beitrittsbereitschaft von Frauen und Familien auswirken kann, sich aber auch als zusätzlicher Attraktivitätsfaktor entwickeln kann.

Nachdem die HMOs bei der Kostenerstattung für nicht-autorisierte externe Leistungen in der Anfangsphase kulant waren, wird die Regelung inzwischen konsequenter angewandt, insbesondere bei Wiederholungsfällen. Insgesamt werden nicht-autorisierte externe Leistungen jedoch in relativ wenigen Fällen in Anspruch genommen, wobei es sich überwiegend um ambulante Leistungen handelt. Entsprechend geht es um relativ kleine Kostenbeträge. Die Ergebnisse der Versichertenbefragung deuten auch **nicht** darauf hin, dass "Notfallbehandlungen" als Ventil genutzt werden (vgl. Untersuchungsbericht 2).

(11) Die **HMO-Prämien** liegen deutlich niedriger als diejenigen im traditionellen Versicherungsbereich:

**Tabelle 3.1:** Prämienvergleich HMO - traditionelle Versicherung 1995  
Beispiel: Grundversicherung, Eintrittsalter 26 - 30 Jahre

	ZH-Stadelhofen	ZH-Wiedikon	Basel
Normalprämie 95 der Trägerkasse <sup>1)</sup>	156,30 <sup>2)</sup>		155,20 <sup>3)</sup>
HMO-Prämie 95	115,50		128,--
Reduzierung	26 %		18 %

1) Krankenpflege-Grundversicherung mit Zusatzleistungen, Prämie für die jeweilige Region

2) Durchschnittswert der drei Trägerkassen

3) Prämie der ÖKK als wichtigste Trägerkasse

(Quelle: Angaben der HMOs und der Krankenkassen)

Die Differenz zwischen HMO- und Normalprämie liegt für die beiden Zürcher HMOs bei rund einem Viertel gegenüber den jeweiligen Trägerkassen. Bei der HMO Basel beträgt sie gegenüber der relativ niedrigen Prämie der ÖKK knapp ein Fünftel. Das "Risiko" eines HMO-Beitritts ist für Versicherte zugleich relativ niedrig, da sie ohne Schlechterstellung in der Einstufung wieder in die Mutterkasse zurückwechseln können.

Für Versicherte ist der Übertritt in eine HMO neben der günstigeren Prämie auch aus weiteren Gründen in finanzieller Hinsicht attraktiv: Alle drei HMOs wurden beim Start von der Erhebung der gesetzlichen Kostenbeteiligung befreit. Damit entfallen die **Jahresfranchise** (Fr. 150.-), der **Selbstbehalt** (10%) sowie die **Eigenbeteiligung** an der Spitaltaxe (Fr. 10.- pro Tag). Seit dem Jahr 1995 erhebt allerdings die HMO Basel auf alle externen und auf alle selbst erbrachten Leistungen der HMO den gesetzlichen Selbstbehalt von 10%.<sup>2)</sup> Diese Regelung beruht auf einer Vereinbarung mit dem BSV, die in Zusammenhang mit der Einrichtung der IPA getroffen wurde. In Verbindung damit ist die HMO Basel zum Kostenerstattungsprinzip (tiers garant) gewechselt.<sup>3)</sup> Für das kommende Jahr erwägt die HMO zudem die Einführung der gesetzlichen Jahresfranchise.

**Eigenbeteiligungen der HMO-versicherten Patienten** bzw. nur anteilige und limitierte Kostenträgerschaft der HMO-Versicherung gibt es daneben bei einzelnen Leistungen wie insbesondere Kuren, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, Brillengläsern oder bei Psychotherapie.

(12) Grundsätzlich können sich in den HMO-Praxen auch **Nicht-HMO-Versicherte** behandeln lassen. Die Abrechnung erfolgt dann auf die übliche Weise per Einzelleistung. Die Anzahl solcher Patienten ist nach Angaben der HMOs relativ gering und hängt von spezifischen Bedingungen wie etwa Lage der HMO-Praxis oder besondere Spezialisierung von HMO-Ärzten ab.

---

2) Basis sind die Einzelleistungsabrechnungen der IPA-Ärzte bzw. die Schattenrechnung der HMO.

3) Nur bei Leistungen der IPA-Ärzte und externer Spezialisten.

## 3.2 Personal

### 3.2.1 Ärztliches Personal

(1) In den drei untersuchten HMOs waren Ende 1994 insgesamt 21 Ärztinnen und Ärzte tätig, darunter insgesamt 10 Ärztinnen.<sup>4)</sup> Mit 11 Ärztinnen und Ärzten sind nach wie vor die meisten in der grössten HMO Zürich-Wiedikon beschäftigt.

**Tabelle 3.2:** Ärztliches Personal der HMOs 1992 und 1994

Ärztliches Personal	Zürich-Stadelh.	Zürich-Wiedikon	Basel*	Total
<b>Personen</b> (am Jahresende 1994)	4	11	6	21
- davon Ärztinnen	2	5	3	10
<b>Stellen 1992</b> (Jahresschnitt)	2,7	3,7	2,6	9,0
- je 1.000 Versicherte	1,50	0,84	1,10	1,05
Versicherte je Arztstelle	667	1196	905	953
<b>Stellen 1994</b> (Jahresschnitt)	3,2	5,3	4,3	12,8
- je 1.000 Versicherte	0,98	0,80	0,74	0,81
Versicherte je Arztstelle	1.020	1256	1.360	1.232

\* ohne angeschlossene IPA-Ärztinnen und -Ärzte und ohne IPA-Versicherte.

(2) Die 21 Ärztinnen und Ärzte füllten am Jahresende 1994 insgesamt 14,5 Stellen aus, was einem durchschnittlichen Pensum von rund 70% entspricht.<sup>5)</sup> Im Schnitt wurden im Jahr 1994 pro vollem ärztlichen Pensum 1.232 HMO-Versicherte versorgt. Zu Beginn des Beobachtungszeitraums lag dieser Wert um etwa 10 - 20% niedriger. Seither haben alle HMOs ihre ärztlichen Kapazitäten in Relation zum Versichertenbestand zurückgeführt.

4) Die Ende 1994 mit der HMO Basel vertraglich verbundenen 8 IPA-Ärztinnen und -Ärzte sind hier und im folgenden nicht berücksichtigt.

5) Nur mit je 50% berücksichtigt sind hierbei zwei Ärzte der HMO Zürich-Wiedikon, die jeweils zur Hälfte in der operativen Führung der SanaGroup tätig sind.

Auf 1.000 Versicherte kamen im Jahr 1994 durchschnittlich 0,81 HMO-Ärzte. Nimmt man zum **Vergleich mit der kantonalen Ebene** die praktizierenden Fachärzte für Allgemeinmedizin und für Innere Medizin (ohne Subspezialisierung) sowie die Ärzte ohne FMH-Titel zusammen, ergibt sich für den Kanton Zürich ein Wert von 0,88 Ärzten je 1.000 Einwohner, für den Kanton Basel-Stadt beträgt er 0,94.<sup>6)</sup> Diese Zahlen sind allerdings nur bedingt vergleichbar, da das genaue Pensum der Praxistätigkeit je Arzt sowie der Umfang von allgemeinärztlicher Versorgung durch Spezialisten auf kantonaler Ebene nicht bekannt sind.

(3) Zwischen den drei HMOs gab es in der **Ausstattung mit Arztstellen** von Anfang an beträchtliche Unterschiede. Die HMO Zürich-Stadelhofen startete mit der grosszügigsten Ausstattung an Arztstellen. Trotz einer deutlichen (relativen) Verringerung kommt diese HMO auch im Jahr 1994 noch auf die höchste Zahl an Arztstellen je 1.000 Versicherte. Am knappsten bemessen ist die Arztkapazität dagegen bei der HMO Basel. Die Zahl der Arztstellen ist für die HMOs einerseits ein nicht unwesentlicher Kostenfaktor. Andererseits scheinen die Versicherten die Bemessung der Kapazitäten zu registrieren: Bei der Versichertenbefragung äusserten sich die Versicherten der HMO Zürich-Stadelhofen etwas zufriedener über die Zugänglichkeit ihrer Ärztinnen und Ärzte als diejenigen der anderen HMOs.<sup>7)</sup>

(4) Ende 1994 arbeiteten 5 Ärzte und eine Ärztin Vollzeit. Alle übrigen 15 Ärztinnen und Ärzte, hatten **Teilzeitpensen** zwischen 20 und 90%. Im Schnitt lag das Pensum des ärztlichen Personals der HMOs damit bei rund 70%. Nach dem Geschlecht unterscheidet sich dies: Während die Ärzte im Schnitt auf ein Pensum von knapp 80% kommen, liegt es für die Ärztinnen bei durchschnittlich 60%.

Während ärztliche Teilzeitstellen in traditionellen Praxen oder im Spitalbereich noch Ausnahmen sind, kommt das offensichtliche Interesse von Ärzten und insbesondere von Ärztinnen an Teilzeitbeschäftigung den HMOs entgegen. Sie können auf diese Weise das Angebot besser steuern. Zugleich ergeben sich Vorteile innerhalb des Ärzte-Teams, etwa mehr Vertretungsmöglichkeiten oder breiteres Angebot an Personen und Qualifikationen. Letzteres relativiert auch die Beschränkung der HMO-Versicherten in der Arztwahl. Andererseits können viele Teilzeitstellen auch zu (erzwungenem) häufigem Arztwechsel führen.

---

6) Berechnung nach FMH-Statistik 1994.

7) vgl. Prognos-Untersuchungsbericht 2 zur HMO-Bonus-Evaluation, Basel 1995.

(5) Das **Durchschnittsalter** der HMO-Ärztinnen und -Ärzte liegt bei rund 40 Jahren. Die Altersspanne reichte Ende 1994 von 35 bis 51 Jahre. Eine wichtige Voraussetzung für die medizinische Qualitätssicherung ist für die HMOs die **Berufserfahrung**, die das ärztliche Personal für die Tätigkeit in der HMO mitbringt. Sie beträgt in den drei HMOs im Schnitt rund 8 Jahre, die Spanne liegt dabei zwischen 5 und 16 Jahren.

(6) Bei den 21 HMO-Ärztinnen und -Ärzten dominieren die **Facharzttitle** für Allgemeinmedizin und Innere Medizin. Spezialärzte anderer Fachrichtungen gibt es, abgesehen von einer Gynäkologin und einem Pädiater, bislang nicht. Zwei Ärzte verfügen jedoch über internistische Subspezialisierungen (Tropenmedizin, Arbeitsmedizin).

**Tabelle 3.3:** HMO-Ärztinnen und -Ärzte nach Fachgebiet - Stand Ende 1994

Fachgebiet	Zürich-Stadelh.	Zürich-Wiedikon	Basel*	Total
Allgemeinmedizin	2	8	-	10
Innere Medizin	1	2	6	9
Gynäkologie	1	**	-	1
Pädiatrie	-	1	-	1
Total	4	11	6	21

\* Ohne angeschlossene IPA-Ärztinnen und -Ärzte

\*\* Eine Gynäkologin seit 1995

Über den Facharzttitle hinaus verfügen die meisten Ärztinnen und Ärzte über spezielle berufliche **Vorerfahrungen und Zusatzqualifikationen**: So war ein Teil zuvor in eigener Praxis, Gruppenpraxis oder als Oberarzt tätig. Zusatzqualifikationen liegen in folgenden Bereichen:

- internistische Subspezialisierung (Tropenmedizin, Arbeitsmedizin)
- Spezialgebiete (Gynäkologie-Zusatz, Gesprächstherapie)
- Schulung in technischen Fähigkeiten (Ultraschall-Diagnostik)
- 'alternativ'medizinische Mittel (manuelle Medizin/Chiropraxis, Homöopathie, Akupunktur)

(7) Die **Bezahlung** des ärztlichen Personals orientiert sich in allen HMOs an den im Kanton üblichen Assistenz- bzw. Oberarzt-Gehältern. Abstufungen gibt es nach Berufserfahrung, Dienstalter und nach Funktion. Ein relativ homogenes Gehaltsgefüge ist dadurch möglich, dass in den HMOs bislang keine Spezialärzte im engeren Sinne tätig sind.

**Anreizsysteme** für die Ärzte neben dem regulären Gehalt, die in US-HMOs häufig als zusätzlicher Incentive für kostengünstige Behandlung eingesetzt werden, sind bei den untersuchten HMOs bislang nicht zum Tragen gekommen. Ausschlaggebend dafür waren insbesondere Befürchtungen, dies könne die Kritik in der für die Imagebildung der HMOs wichtigen Aufbau-phase zusätzlich verstärken. Zudem sind für die Konstruktion solcher Anreizsysteme ausreichende eigene Erfahrungswerte erforderlich, die aufgrund der sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen nicht direkt aus den USA übertragbar sind. Allerdings beabsichtigen die HMOs, die Gehaltsfindung allmählich zu systematisieren und zu verbessern. Konkret nachgedacht wird über die Einführung von Bonussystemen oder Gewinnbeteiligungen. Diese zusätzlichen Anreize sollen in Abhängigkeit sowohl vom Betriebsergebnis als auch von Einsatz und Leistung der einzelnen Personen ausbezahlt werden.

(8) Das **Interesse** an der Tätigkeit in einer HMO war in der Ärzteschaft anfänglich nicht sehr gross. Nach wie vor ist es schwierig, Ärzte mit mehrjähriger Erfahrung in der Führung einer Praxis oder anderer Einheiten zu gewinnen. Dennoch ist dies bei verschiedenen HMOs, auch bei den neu gegründeten gelungen. Deutlich gewachsen ist dagegen das Interesse von Ärztinnen und Ärzten in der frühen Berufsphase. Interessant sind die HMOs aber auch für Ärztinnen und Ärzte, die nicht die "Normalkarriere" durchlaufen. (z.B. längere Auslandsaufenthalte, Unterbrechungen wegen Familienphase etc.) Hier melden sich inzwischen so viele Bewerber von selbst, dass die HMOs zum Teil Bewerberlisten führen und auswählen können.

Als attraktiv an der ärztlichen Tätigkeit in einer HMO ist vor allem folgendes einzuschätzen:

- Möglichkeit zu Teilzeitbeschäftigung
- Teamarbeit, gute Arbeitsatmosphäre
- systematischer Austausch unter Fachkollegen, ständige Konsiliarmöglichkeit
- festes Gehalt, kein unternehmerisches Risiko
- Entlastung von bestimmten administrativen Aufgaben

### 3.2.2 Weiteres Personal

(1) Das medizinische Angebot der HMOs wird neben den Ärztinnen und Ärzten von Angehörigen weiterer Gesundheitsberufe getragen. Sie werden für bestimmte Therapien wie auch zu vorbeugenden medizinischen Leistungen für die Versicherten eingesetzt, bei denen die HMOs einen besonderen Akzent setzen wollen.

(2) Alle drei HMOs beschäftigen **Gesundheitsschwestern**. Ihre Hauptaufgaben liegen - abgesehen von persönlichen Schwerpunkten und dem individuellen Zuschnitt ihrer Tätigkeit je nach HMO - bei der Gesundheitsberatung der Versicherten und bei der Begleitung des Gesundwerdens von ambulanten oder stationären Patienten. Sie halten Sprechstunden ab, auch telefonisch, übernehmen Haus- und Spitalbesuche, gestalten das Kursangebot der HMO mit und verabreichen zum Teil auch Physiotherapie und spezielle Massagen. Damit unterstützen und ergänzen sie die ärztliche Tätigkeit, ohne dass eine externe Überweisung erforderlich wird. Zugleich können sie sich gezielter als die Ärzte um Massnahmen zur Gesunderhaltung und Vorbeugung gegen Krankheiten kümmern.

(3) Die HMOs beschäftigen auch eigene **PhysiotherapeutInnen** sowie in Basel einen Spezialisten für Behandlungen der Traditionellen **Chinesischen Medizin**. Zum medizinischen Bereich gehören auch die **Praxisassistentinnen**. Neben ihren "klassischen" Aufgaben beim Sprechstundenmanagement und im Labor übernehmen sie zum Teil und nach entsprechender Ausbildung auch therapeutische Tätigkeiten wie Elektrotherapie oder Ultraschallbehandlungen.

(4) Die folgende Tabelle fasst die von den HMOs eingerichteten Stellen für nichtärztliches medizinisches Personal zusammen.

**Tabelle 3.4:** Nichtärztliches medizinisches Personal der HMOs - Stellen Ende 1994

	Zürich-Stadelh.	Zürich-Wiedikon	Basel	Total
Gesundheitsschwester	1,3	0,4	0,7	2,4
PhysiotherapeutIn	0,8	1,3	0,8	2,9
Spez. Chines. Medizin	-	-	0,5	0,5
Total	2,1	1,7	2,0	5,8

(5) Die **Verwaltung der HMOs** übernimmt nicht nur für die beschäftigten Ärztinnen und Ärzte die übliche Praxisverwaltung wie etwa Buchhaltung und Gehaltsabrechnung. Da sie je nach HMO auch spezifische Aufgaben einer Krankenkasse übernimmt und bei der operativen Führung der HMO mitwirkt, hat sie in den HMOs eine eigenständige Rolle. Sie ist daher mit der Verwaltung einer herkömmlichen Praxis nicht vergleichbar. Aufgrund der starken Unterschiede in Struktur und Funktionszuschnitt der Administration sind die untersuchten HMOs hier nicht vergleichbar: Für die beiden **Zürcher HMOs** übernimmt die SanaGroup wesentliche Teile der HMO-Administration. Bei den HMOs selbst sind daher nur noch einzelne Personen mit administrativen Tätigkeiten betraut (vgl. Kap. 3.1). Die genaue Aufgabenteilung und die dementsprechende Stellenausstattung sind jedoch noch im Fluss, sodass hierzu keine aussagekräftigen Angaben gemacht werden können. In der Verwaltung der **HMO Basel** waren im Jahr 1994 insgesamt 15 Personen auf im Jahresdurchschnitt 6 Stellen beschäftigt.

(6) Die Stellenausstattung der HMOs im medizinischen Bereich (ohne Verwaltung) stellt sich damit folgendermassen dar:

**Tabelle 3.5:** Medizinisches Personal der HMO-Praxen  
- Stellen im Jahresdurchschnitt 1994 -

	Zürich-Stadelh.	Zürich-Wiedikon	Basel*	Total
Ärztinnen und Ärzte	3.2	5.3	4.3	12.8
- je 1.000 Versicherte	0.98	0.80	0.74	0.81
Übriges medizinisches Personal	2.1	1.7	2.0	5.8
- je 1.000 Versicherte	0.64	0.26	0.34	0.37
Praxisassistentinnen	2.63	5.5	4.0	12.1
- je 1.000 Versicherte	0.81	0.82	0.68	0.76
<b>Total (ohne Verwaltung)</b>	<b>7.9</b>	<b>12.5</b>	<b>10.3</b>	<b>30.7</b>
<b>- je 1.000 Versicherte</b>	<b>2.43</b>	<b>1.87</b>	<b>1.75</b>	<b>1.94</b>

\* ohne angeschlossene IPA-Ärztinnen und -Ärzte und ohne IPA-Versicherte

### 3.3 Räumlichkeiten und Sachausstattung

#### 3.3.1 Räumlichkeiten

(1) Die Ärztinnen und Ärzte der drei untersuchten HMOs sind - abgesehen von den Basler IPA-Ärzten - gemeinsam in einer jeweils **zentral gelegenen Praxis** tätig. Für HMOs, die als Staff Model-HMO konstruiert sind, liegt dies - zumindest bei den gegebenen Grössen - nahe. Vorteile liegen dabei in der gemeinsamen Nutzung der Infrastruktur und den Kommunikationsmöglichkeiten innerhalb des Teams. Ein Nachteil kann dagegen darin bestehen, dass die Praxis nicht für alle Versicherten im Wohnquartier liegt. Dies war ein wichtiger Grund für die Einführung des IPA-Modells bei der HMO Basel.

(2) Die jeweilige Gesamtgrösse der HMO-Praxis sowie Art und Anzahl der Räume wurden zunächst aufgrund von Planzahlen für Ärzte und Versicherte dimensioniert. Da die Versicherten- und damit auch die Patientenzahlen erst noch wachsen mussten, boten die Räumlichkeiten anfänglich in allen HMOs mehr Platz als zunächst eigentlich erforderlich war. Insgesamt hatten die **HMO-Praxen** beim Start jeweils Räumlichkeiten in der Grössenordnung zwischen 400 und 500qm zur Verfügung. Dies entsprach etwa 20 Räumen, die bei den HMOs Zürich-Wiedikon und Basel anfänglich auch von der **HMO-Administration** genutzt wurden. Bei der HMO Zürich-Stadelhofen hatte sie dagegen von Beginn an eigene Räumlichkeiten. Inzwischen ist die Administration bei allen drei HMOs getrennt von der Praxis untergebracht: Bei der HMO Basel residiert sie in eigenen, nahegelegenen Räumlichkeiten, die zum Teil auch für Zwecke der Praxis genutzt werden. Die für die Verwaltung der beiden Zürcher HMOs zuständige SanaGroup hat ihren Sitz in Räumlichkeiten der Trägerkasse KFW in Winterthur.

Aufgrund des Zuwachses an Versicherten sind die **Praxen** der HMOs Zürich-Wiedikon und Basel rasch an die Grenzen der ursprünglichen Raumkapazität gestossen. Nach verschiedenen Erweiterungen stehen ihnen derzeit Räumlichkeiten im Umfang zwischen 500 und 700 qm zur Verfügung. Eine weitere Vergrösserung der Räumlichkeiten für die zentrale HMO-Praxis ist bei beiden HMOs nicht vorgesehen. Weiterer Zuwachs an Versicherten soll nach den derzeitigen Planungen gegebenenfalls durch andere Praxen (IPA-Modell Basel) oder durch Schwester-HMOs (Zürich) versorgt werden.

(3) Im **Vergleich zu traditionellen Praxen** haben die HMOs zusätzlich Räume für Gesundheitsschwester und Physiotherapie. Auch die kleinen Operationssäle für kleinere ambulante Eingriffe, über die die HMOs Zürich-Wiedikon und Basel verfügen, sind in traditionellen Allgemeinpraxen bislang eher die Ausnahme. Im übrigen sind aber hinsichtlich des Raumangebots

an Sprechzimmern, Büros, technischen Räumen oder Empfangs- und Wartezonen zwischen den HMOs und traditionellen Praxen keine wesentlichen Unterschiede vorhanden.

### 3.3.2 Sachausstattung

(1) Unter Kostenaspekten ist es für die HMOs attraktiv, **medizinische Geräte für Diagnose und Therapie** selbst anzuschaffen. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die entsprechende Leistung auch häufig genug tatsächlich benötigt wird und dass sie zum fachlichen Spektrum der HMO-Ärztinnen und -Ärzte gehört. Entsprechend haben die HMOs durchweg diejenigen grösseren Geräte angeschafft, die in grösseren allgemeinmedizinischen oder -internistischen Praxen und Gruppenpraxen in aller Regel auch vorgehalten werden:

- Röntgen
- Ultraschall
- EKG / Ergometrie
- Lungenfunktionsprüfung
- Doppler
- Laboreinrichtung

(2) Über diesen "Standard" hinaus wurden einzelne Geräte für jeweilige besondere Schwerpunkte der HMOs angeschafft. Beispiele dafür sind etwa die Einrichtung für die Operationssäle oder Spezialgeräte wie zum Beispiel für Elektrotherapie oder für gynäkologische Untersuchungen. Damit sind die HMOs in der Lage, den Behandlungsbedarf ihrer Versicherten im allgemeinmedizinischen und -internistischen Bereich sehr weitgehend selbst abzudecken. Der Bedarf an externen Spezialbehandlungen und -untersuchungen wird dadurch möglichst gering gehalten.

(3) Insgesamt entsprechen die medizinischen Geräte nach Angaben der HMOs einem anfänglichen Investitionsvolumen von Fr. 200' - 300'000 je HMO. In den Jahren 1993 und 1994 fielen im Schnitt Folgeinvestitionen für Ergänzungen oder Ersatz im Umfang zwischen Fr. 10' - 15'000 je HMO an. Aufgrund von speziellen Gerätekonfigurationen oder der Nutzung von Occasionen unterscheiden sich die einzelnen Investitionen allerdings zum Teil deutlich.

### 3.4 Steuerung der Gesundheitsversorgung durch die HMOs

(1) Zentrales Element des HMO-Ansatzes ist es, die Gesamtheit der Strukturen und Abläufe bei der Gesundheitsversorgung der Versicherten individuell und direkt zu steuern. Die notwendigen Rahmenbedingungen und Anreize dafür werden durch die Grundstruktur einer HMO geschaffen, insbesondere durch die Organisationsform (z.B. als Staff-Model), durch die Verträge mit den HMO-Ärzten und durch die Verankerung des Gatekeeper-Prinzips bei den Versicherten. Das Erfolgsgeheimnis einer HMO besteht jedoch in der Umsetzung der Steuerungsanreize in geeignete, feine Steuerungsinstrumente. Die Führung einer HMO erfordert vor allem in der Anfangsphase den Aufbau geeigneter interner Strukturen und die Entwicklung von einzelnen Steuerungsinstrumenten im medizinischen und betriebswirtschaftlichen Bereich. Insofern unterscheidet sich eine HMO nicht sehr von anderen Unternehmen.

Das Steuerungsziel, auf das die allgemeinen Anreize hinwirken, ist, eine qualitativ möglichst gute Gesundheitsversorgung zu möglichst günstigen Kosten zu erbringen. Die Grundüberlegung ist, dass mittels Steuerung eine kostengünstige Versorgung ohne Qualitätseinbusse möglich ist, dass sich also medizinische und ökonomische Ziele vereinbaren lassen.

(2) Die Instrumente der HMOs zur Steuerung der Gesundheitsversorgung sind nach ihrem Einsatz im **HMO-internen** Bereich oder bei **HMO-extern** erbrachten Leistungen zu unterscheiden. Im folgenden geht es darum, welche theoretisch bzw. aufgrund der US-Vorbilder denkbaren Steuerungsinstrumente die HMOs in der Schweiz aufgegriffen und wie sie sie unter den hiesigen Bedingungen entwickelt haben.

### 3.4.1 HMO-interne Steuerung

(1) HMO-intern gibt es im wesentlichen folgende Steuerungsmöglichkeiten:

- Gestaltung der Angebotsstruktur: Umfang der HMO-internen Angebote
- Entwicklung von Behandlungsstandards
- Fallbesprechungen und Teamkooperation
- Handhabung des Gatekeeper-Prinzips
- Häufigkeit und Dauer der Konsultationen, Patientenzugang
- Medikamenteneinsatz
- Informationssystem und Controlling als Instrumente der Steuerung
- Qualitätssicherung.

(2) **Gestaltung der internen Angebotsstruktur:** Eine wichtige Stellgrösse für HMOs ist die Entscheidung, welche Leistungen sie selbst erbringen und welche sie extern "einkaufen" wollen (make-or-buy-Entscheidung). Interne Angebote lassen sich wesentlich leichter und unmittelbarer steuern. Relevant ist dies vor allem in der Frage, ob die HMO **eigene Spezialärzte** beschäftigen will. In den drei untersuchten HMOs bleibt die eigene ärztliche Tätigkeit bisher auf die - mit dem Gatekeeper-Prinzip verbundene - allgemeinmedizinische Grundversorgung beschränkt, die allerdings umfassend verstanden wird und der insoweit auch Gynäkologe und Pädiater in HMO-Diensten zugeordnet werden. Die HMO Basel gibt sogar einen Teil dieser Grundversorgung frei, indem sie Versicherten als Ausnahme vom Gatekeeper-Prinzip ermöglicht, beim gewohnten Gynäkologen oder Pädiater zu bleiben.

Bezüglich spezialärztlicher Leistungen versuchen die drei HMOs bislang, ihre Ziele im Rahmen der Nutzung externer Angebote zu erreichen.<sup>8)</sup> Für den Verzicht auf eigene Spezialisten werden verschiedene Gründe genannt: So fehlen bislang Erfahrungswerte, ob deren Auslastung mit entsprechenden Spezialkonsultationen und -behandlungen gesichert wäre und ob dies tatsächlich kostengünstiger ist. Wettbewerbsfähige Gehälter für Spezialärzte würden zudem das bestehende Gehaltsgefüge der HMOs verzerren. Vermeiden wollte man daneben auch zusätzliche Schwierigkeiten mit der Ärzteschaft in der Aufbauphase. Die laufende Auswertung von Überweisungen soll jedoch allmählich eine Einschätzung ermöglichen, ob sich für bestimmte Bereiche die Anstellung eines HMO-eigenen Spezialarztes lohnen würde.

---

8) Zur Steuerung dieser Leistungen vgl. Kap. 3.4.2.

(3) **Entwicklung von Behandlungsstandards:** Schritte in diese Richtung haben sowohl einen qualitätssichernden als auch einen ökonomischen Hintergrund. In einzelnen HMOs wurde begonnen, **Behandlungsblätter** oder Anti-Disease-Pakete mit Empfehlungen für die Behandlung und Medikation bestimmter Krankheiten zu entwickeln. Dabei fliessen auch Kosten-Nutzen-Analysen ein. Mit Guidelines nach US-amerikanischem Vorbild sind die Blätter nicht zu vergleichen. Die HMOs weisen vielmehr darauf hin, dass solche Standards entweder fehlen oder ihre Anwendung nicht geübt wird. Ihre Erarbeitung bzw. Einführung ist daher sehr aufwendig. Deshalb wurde zunächst quasi in Pionierarbeit mit Empfehlungen für einzelne Krankheiten begonnen, die nach und nach verfeinert und ergänzt werden sollen. Einen deutlichen Einspareffekt erwarten die HMOs von diesem Instrument zunächst nicht. Eher sieht man darin eine Erweiterung der Qualitätssicherung, wenn durch die Vorgabe eines Standards eine etwaige, z.B. ökonomisch motivierte Unterversorgung vermieden und die *unité de doctrine* gefördert wird.

(4) **Fallbesprechungen und Teamkooperation:** Grundsätzlich verstehen sich die HMO-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter ungeachtet der jeweiligen Führungskompetenzen als gemeinsam agierendes Team. Im Rahmen ihrer Kompetenzen wird den Teammitgliedern ein möglichst grosses Mass an Selbständigkeit belassen. Dies fördert eine offene und gute Arbeitsatmosphäre.

In den HMO-Praxen ist eine ausführlichere Teambesprechung in zumindest wöchentlichem Abstand üblich. Sie dient dem Informations- und Erfahrungsaustausch und ermöglicht Absprachen in der Zusammenarbeit. Zugleich können Probleme oder schwierige Fälle sowie externe Überweisungen besprochen werden. Das Team bietet also eine regelmässige Konsiliarmöglichkeit für das gesamte Praxispersonal. Die offene Arbeitsatmosphäre ermöglicht aber auch Kontakte ausserhalb der regelmässigen Besprechungen. Bei internen Überweisungen an Gesundheitsschwester oder Physiotherapeutin bleibt im Verlauf der Behandlung ein informeller Kontakt zum HMO-Arzt bestehen. Bei der Gestaltung der Behandlung haben sie jedoch die Möglichkeit, Anzahl, Inhalt und Länge der Behandlung in gewissem Rahmen selbst festzulegen.

(5) **Handhabung des Gatekeeper-Prinzips:** Innerhalb der HMO haben die Versicherten grundsätzlich freie Arztwahl. Die Zuordnung erfolgt in erster Linie nach dem Patientenwunsch. Daneben spielen aber auch die Schwerpunkte von HMO-Ärztinnen und -Ärzten eine Rolle. Arztwechsel innerhalb der HMO sind möglich, z.T. auch aufgrund der eingeschränkten Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten mit Teilzeitpensen erforderlich.

Schwieriger ist die Handhabung der restriktiven Seite des Gatekeeper-Prinzips: Einschränkungen der Kostenerstattung bei nicht-autorisierten externen Leistungen wurden anfänglich kulant gehandhabt. Inzwischen werden strengere Massstäbe angelegt. Zugleich wurde der Erstattungssatz gesenkt (vgl. oben Kap. 3.1 (10)), denkbar ist sogar eine Streichung der Kostenerstattung. Nach Angaben der HMOs kommen nicht-autorisierte externe Leistungen relativ selten vor. Dies mag auch damit zusammenhängen, dass es grundsätzlich sehr schwierig ist, eine Überweisung zu verweigern, wenn Patienten auf die Behandlung bei einem bestimmten externen Spezialisten beharren.

(6) **Konsultationsanzahl je Arzt und Dauer** sind im wesentlichen Parameter für den Bedarf an HMO-internen Ärzten. Bei der **Personalausstattung** hatte die HMO Zürich-Stadelhofen in den ersten Jahren - in Erwartung höherer Versichertenzahlen - Überkapazitäten, während die beiden anderen HMOs die Stellenzahlen strenger auf den Bedarf abstimmten.

Hinsichtlich der Häufigkeit und Dauer von Konsultationen liegen folgende Angaben der HMOs vor:

**Tabelle 3.6:** Konsultationen in HMOs 1994

	ZH-Stadelhofen	ZH-Wiedikon	Basel
Total 1994	10.635	18.373	13.539*
je Arztstelle p.a.	3.323	3.467	3.149*
Arztstellen 1994	3,2	5,3	4,3

\* nur HMO-versicherte Patienten

Die Zahl der Konsultationen je HMO-Arzt liegt bei allen drei HMOs in der Grössenordnung zwischen 3.000 und 3.500 pro Jahr. Nach niedrigeren Werten in den Vorjahren hat sich die HMO Zürich-Stadelhofen in dieser Hinsicht den beiden anderen HMOs angenähert. Im Schnitt entsprechen die Werte umgerechnet rund zwei Konsultationen pro ärztlicher Arbeitsstunde, also einer Konsultationsdauer von im Schnitt bis zu 30 Minuten. Neben betriebswirtschaftlichen Notwendigkeiten ist bei den Konsultationszahlen zu beachten, dass für das Gatekeeping mehr Konsultationen erforderlich sind als beim normalen Hausarzt. Im Vergleich zu konventionellen Allgemeinpraxen, die im Schnitt zwischen 3.000 und 5.000 Patientenkontakte pro Jahr angeben,<sup>9)</sup> liegen die HMOs etwa gleich.

9) Quelle: Prognos-Fachgespräche mit frei-praktizierenden Allgemeinmedizinern und -internisten.

Die Konsultationshäufigkeit je Patient kann in gewissem Umfang gesteuert werden (Anzahl und Periodizität der Wiedereinbestellungen). Kontinuierliche restriktive Handhabung bzw. Konsultationsverhinderungsstrategien, wie sie aus den USA berichtet werden (lange Wartezeiten für Terminvereinbarungen u.a.m.), wären jedoch nur auf Kosten der Patientenzufriedenheit möglich bzw. würden zu Abwanderungen führen.

(7) **Medikamente:** Die Steuerung des Material- und Medikamentenaufwands (rund 10 % der Kosten), trägt auch zu einer kostengünstigen Gesundheitsversorgung bei. Beim **Medikamenteinsatz** versuchen die HMOs, systematisch Generika einzusetzen. Allerdings wird das Einsparpotential von Generika als relativ klein eingeschätzt. Der Einsatz von Generika scheitert auch an Lieferschwierigkeiten. Eine Optimierung des Medikamenteneinsatzes unter Effizienzgesichtspunkten kann nur peu à peu für einzelne Krankheiten angestrebt werden.

(8) **Informationssystem und Controlling:** Die HMOs haben jeweils eigene interne Reporting- oder Informationssysteme entwickelt, mit denen laufend Kennzahlen der HMO zusammengestellt werden. Sie dienen nicht nur dem rein betriebswirtschaftlichen Controlling, sondern enthalten auch Statistiken zu internen und externen Leistungen sowie Zahlen zur Kostenentwicklung. Der Aufbau dieser EDV-gestützten, hochdifferenzierten Informationssysteme ist sehr aufwendig und erfordert die Unterstützung aller HMO-Mitarbeiter. Notwendig ist beispielsweise eine möglichst einheitliche und übersichtliche Aktenführung, was den HMOs offenbar gelungen ist.

Inzwischen verfügen die HMOs über grosse Mengen interner Daten, Indikatoren oder Kennzahlen. Für sie geht es jetzt darum, diese Vielfalt auf möglichst wenige, für die operative Führung der HMO am meisten aussagekräftige Indikatoren zurückzuführen. Wichtig ist vor allem die Kontrolle von externen Überweisungen hinsichtlich Leistungen und Rechnungsstellung, um eine Basis für die weitere Auswahl externer Kooperationspartner zu haben. Die Bereitstellung von Indikatoren dient aber auch zur Beurteilung der internen Abläufe und Tätigkeiten, etwa anhand von Konsultationshäufigkeiten oder von Zahlen zu den jeweils teuersten Patienten. Auffälligkeiten in den Zahlen bieten Anlass zu Fragen und oft die Möglichkeit, Probleme herauszufinden und ihre Lösung anzugehen.

(9) **Qualitätssicherung:** Gerade weil HMOs oft unter dem Vorwurf der Billigmedizin Misstrauen entgegengebracht wird, liegt Qualitätssicherung in ihrem besonderen Interesse. Alle untersuchten HMOs haben **Konzepte zur Qualitätssicherung** entwickelt. Die Konzepte orientieren sich an den allgemein üblichen Ansatzpunkten Struktur, Prozess und Ergebnis. Wesentliche Bestandteile der Konzepte sind:

**Struktur:**

- Genau definierte Anforderungen an Ausbildung, Berufserfahrung und Weiterbildung von Ärzten und übrigen medizinischem Personal
- Vorgaben für die Fort- und Weiterbildung des Personals und Führung von Fortbildungsprotokollen
- Verfügbarkeit zweckmässiger und guter Apparate und Einrichtungen in der HMO-Praxis sowie Sicherung der angemessenen Bedienung und Wartung

**Prozess:**

- Regelmässige Teambesprechungen bezüglich Ablauf Patientenbetreuung, Problemfällen, Reklamationen, Überweisungen und Hospitalisationen
- Ermöglichung einer gesprächsbetonten Medizin
- Teilnahme an den üblichen anerkannten Ringversuchen im Laborbereich
- Genaue Vorgaben für die Anfertigung und Besprechung von Röntgen- und Ultraschalluntersuchungen
- Spezielle Analysen hinsichtlich bestimmter Diagnosen und Untersuchungen, der internen Verordnungs- und Überweisungspraxis sowie der Hospitalisationen auf Basis des internen-Informationen-Systems

**Ergebnis:**

- Periodische Evaluation und Analyse der Praxisarbeit der HMO-Ärztinnen und Ärzte
- Beobachtung der Patientenzufriedenheit anhand von Befragungen, Auswertungen oder der Analyse von Austrittsgründen
- Auswertung von Presseberichten

Daneben beteiligen sich die HMOs an der Untersuchung „Hypertonie-Management - ein Praxisvergleich“, die parallel zur HMO-Bonus-Evaluation im Auftrag des BSV durchgeführt wird. Sie vergleicht die Behandlungsqualität in HMOs und traditionellen Praxen anhand grober Indikatoren (vgl. Untersuchungsbericht X, s. oben Kap. 1.1 (3)).

Im Vergleich zum vermutlich grösseren Teil der traditionellen Praxen liegt die Besonderheit der HMO-Qualitätssicherung sicherlich weniger in den Inhalten als vielmehr in der systematischen Erarbeitung von Konzepten, die zwischenzeitlich bereits in vielen Teilen umgesetzt wurden. Künftig kommt es auf die Auswertung der Erfahrungen und die weitere Verfeinerung der Konzepte an.

### 3.4.2 Einflussnahme der HMOs auf externe Leistungen

(1) Der Erfolg der HMOs in den USA hängt stark von der Beeinflussung der externen Kosten im ambulanten Bereich für Spezialärzte und im stationären Bereich ab. Für die untersuchten HMOs stellen die Rechnungen der externen Leistungserbringer mit einem Anteil von 40 - 50% den grössten Kostenblock dar. Entscheidend für die Gesamtkosten und auch für die Qualität der Versorgung ist mithin nicht nur die Gestaltung der von den HMOs selbst erbrachten Leistungen, sondern auch die Beeinflussung der an Externe vergebenen Leistungen. Die Führung einer HMO erfordert daher auch das Geschick, innerhalb der gegebenen rechtlichen Rahmenbedingungen spezifische Einflussmöglichkeiten zu finden.

(2) Grundsätzlich denkbar sind für eine Steuerung externer Leistungen die folgenden **Ansatzpunkte bzw. Instrumente**:

- Genaue Prüfung des Bedarfs bei externen Leistungen
- Auswahl der externen Leistungserbringer
- Feste Vertragspartnerschaften mit Sonderkonditionen
- Einfluss auf externe Behandlungen
- Kontrolle und Auswertung von externen Rechnungen

(3) Die **wichtigsten externen Leistungserbringer** für HMOs sind:

- ambulante Spezialärzte
- Erbringer nicht-ärztlicher Spezialleistungen (z.B. Psychotherapeuten, Spitex)
- Spitäler
- Polikliniken
- Einrichtungen zur Behandlung von Notfällen.

Die Kooperation mit ihnen und die jeweiligen Steuerungsansätze der HMOs werden nachfolgend skizziert.

### **Ambulante Spezialärzte**

(4) Die **Notwendigkeit** ambulanter Überweisungen wird von den untersuchten HMOs nicht in jedem Fall, aber immer wieder exemplarisch sowie anhand besonderer Fälle innerhalb des Ärzteteams besprochen. Nach einer Phase mit systematischer Besprechung aller Überweisungen gingen die Überweisungsfälle in einer HMO um rund ein Drittel zurück.

(5) Als Basis für die **Auswahl der externen Leistungserbringer** sammeln die untersuchten HMOs entsprechende Erfahrungswerte. Allmählich hat sich dadurch eine Reihe von engeren Kooperationsbeziehungen der HMOs mit Spezialärzten entwickelt, bei denen vor allem die Behandlungsqualität und die Art der Zusammenarbeit als besonders gut bewertet wird. In zweiter Linie wird bei der Auswahl externer Leistungserbringer auch die Kostenseite berücksichtigt. Möglich ist beispielsweise, dass bei einem kleineren Eingriff statt eines ambulant operierenden Spezialarzts, der Einzelleistungen nach Tarif abrechnet, ein Spital ausgewählt wird, das aufgrund der pauschalierten und subventionierten Pflegesätze kostengünstiger ist. Umgekehrt werden aber z.B. auch gezielt Orthopäden ausgewählt, die ambulant nachbehandeln lassen. Primäres Kriterium für die Auswahl externer Leistungserbringer ist jedoch die Qualität. Erhöhte Kosten werden dafür gegebenenfalls begrenzt in Kauf genommen. Zugleich wird angestrebt, den Wünschen der Versicherten nach Möglichkeit entgegenzukommen. Die HMO Basel hat bezüglich Überweisungen auf ihre IPA-Ärzte praktisch keinen Einfluss. In der Regel greifen jene auf ihr eigenes Kooperationsnetz zurück.

(6) Bei der **Kooperation mit externen Spezialärzten** werden Patienten mit einem klaren Leistungsauftrag, meist mit der Bitte um Diagnose und Therapievorschlag überwiesen. Bei weitergehenden Veranlassungen wird um Rücksprache gebeten oder regelmässig die Begründetheit der Behandlung nachgefragt, insbesondere in kostenträchtigen Bereichen wie etwa Psychotherapien. Mitunter wird auch um Vorlage eines Therapieplans gebeten. Falls ihren Wünschen nicht entsprochen wird, haben die HMOs jedoch keine weitere Handhabe. In der Regel funktioniert nach Angaben der HMOs die Zusammenarbeit jedoch nach diesem Muster in zufriedenstellender Weise.

Eine **Einflussnahme der HMOs auf externe ambulante Behandlungen** ist bislang praktisch kaum möglich. Sie ist allenfalls allmählich und informell in gut eingespielten Kooperationsbeziehungen denkbar. Erfahrungsgemäss sind die externen Leistungserbringer aber wenig geneigt, sich Informationen oder Empfehlungen der HMO einfach unterzuordnen.

Kosten lassen sich in der Kooperation mit externen Spezialärzten auch durch die sorgfältige **Dokumentation der bereits in der HMO-Praxis erbrachten Leistungen** (z.B. Röntgenbilder) vermeiden. Die HMOs bemühen sich, die entsprechenden Informationen an die Überweisungsärzte weiterzugeben, um Doppelspurigkeiten auszuschliessen. Umgekehrt fordern sie systematisch von den externen Leistungserbringern wie auch von früheren Hausärzten die jeweiligen Unterlagen an, allerdings nicht immer mit Erfolg.

(7) **Besondere Verträge mit Spezialärzten** sind den HMOs aufgrund der geltenden Tarifregelungen bislang nicht möglich. Auch die Verträge der HMO Basel mit den IPA-Ärzten bewegen sich in diesem Rahmen. Der Verhandlungsspielraum wird voraussichtlich erst mit dem neuen KVG erweitert.

#### ***Erbringer nicht-ärztlicher Spezialleistungen***

(8) Hier handelt es sich insbesondere um nichtärztliche Psychotherapeuten sowie um Spitex-Organisationen. Bezüglich der Tarife und besonderer Vereinbarungen sind die HMOs aber auch hier an die geltenden Regeln gebunden.

Als bislang einzige HMO ist die HMO Zürich-Stadelhofen mit insgesamt 11 nicht-ärztlichen Psychotherapeuten **feste Vertragspartnerschaften** eingegangen. Sie decken einen grossen Teil des Bedarfs der HMO-Versicherten an Psychotherapien ab. Pro Behandlungs-Stunde erhalten die Therapeuten einheitlich ein Honorar in Höhe von Fr. 110.-. Dieser Betrag liegt rund ein Drittel unter den üblichen Sätzen für ärztliche Psychotherapeuten, jedoch im oberen Bereich der Honorarspanne für nicht-ärztliche Therapeuten. Die HMO nutzt mithin die Honorardifferenz zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Therapeuten sowie die Möglichkeit der einmaligen Vereinbarung eines festen Honorarsatzes, der ansonsten in Abhängigkeit von der Vorbildung und der Kassenanerkennung von Therapeut zu Therapeut differiert. Umgekehrt liegt der Vorteil für jene darin, dass im Gegenzug eine gewisse "Grundlast" an Patienten überwiesen wird. Mit den Therapeutinnen und Therapeuten ist darüberhinaus vereinbart, dass nach den ersten Sitzungen dem überweisenden Arzt die ungefähre Dauer der Behandlung mitgeteilt wird. Ausserdem ist ihm in vierteljährlichem Turnus Bericht zu erstatten.

## **Spitäler**

(9) Im Spitalbereich liegen Einsparmöglichkeiten der HMOs am ehesten in **der Vermeidung von Spitalaufenthalten** zugunsten anderweitiger Behandlung. Vorgesehene stationäre Überweisungen werden in den HMOs routinemässig innerhalb des Ärzteteams besprochen und auf ihre Notwendigkeit geprüft. Sinnvoll und möglich ist die Steuerung hier vor allem bei chronisch kranken alten Patienten. Statt einer Abschiebung in ein Spital versuchen die HMOs in solchen Fällen über die Gesundheitsschwester ein geeigneteres Angebot zu finden.

Eine weitere Möglichkeit zur Kontrolle externer Leistungen besteht in der Einholung einer **Zweitmeinung** (second opinion) bei bestimmten grösseren Behandlungen und Eingriffen. Systematisch wird dieses Instrument von den HMOs nicht eingesetzt. Soweit eine Überweisung von der HMO ausgeht, werden durch die Teambesprechung ohnehin weitere Meinungen eingeholt. Bei grösseren Behandlungen, die von externen Spezialärzten verordnet werden, ist es dagegen schwierig, dieses Instrument einzusetzen. Eine wesentliche Voraussetzung dafür ist auch die Verfügbarkeit anerkannter Experten, die etwa in den grösseren Spitälern zu finden wären.

(10) Ist eine stationäre Einweisung erforderlich, entscheidet sich die **Auswahl des Spitals** häufig schon aufgrund der erforderlichen Fachkompetenz und der Schwere des Falls. Kostenaspekte kommen nur nachrangig dazu zum Tragen. Eine Rolle spielen sie aber, wenn wegen der Subventionen möglichst ein Spital im Wohnsitzkanton gewählt wird oder wenn über Belegärzte Belegspitäler genutzt werden, die aufgrund der relativ kurzen Aufenthaltsdauern attraktiv sind. Auf diese Weise arbeiten die HMOs etwa mit Chirurgen oder Gynäkologen zusammen.

Ambulante Substitutionsmöglichkeiten werden von den HMOs grundsätzlich auch berücksichtigt. Sie sind allerdings in der Regel für die HMOs nicht kostengünstiger, da sie - im Gegensatz zu Spitalaufenthalten - von den Krankenkassen voll finanziert werden müssen.

(11) **Besondere Verträge mit Spitälern** sind den HMOs aufgrund der geltenden Tarifregelungen bislang nicht möglich. Der Verhandlungsspielraum wird voraussichtlich erst mit dem neuen KVG erweitert.

(12) Zu beeinflussen sind Spitalbehandlungen im übrigen nur wenig. **Spitalbesuche** von HMO-Ärzten haben anfänglich in Einzelfällen zu Problemen mit Spitalärzten und Pflegedienst geführt. Möglich ist jedoch, dass die Gesundheitsschwester HMO-Patienten im Spital besucht

und gegebenenfalls den HMO-Ärzten Hinweise gibt, aufgrund derer sie offiziell nachfragen können. Nachgefragt wird inzwischen regelmässig in den Fällen, in denen die Aufenthaltsdauer als zu lange erscheint.

Als weitere Steuerungsmöglichkeit werden von einer HMO differenzierte **Kostengutsprachen** genutzt: Für die häufigsten Diagnosen erfolgen sie anhand einer Liste der empfohlenen Aufenthaltsdauern, die auf Basis von eigenen Erfahrungen und von Fachliteratur selbst erstellt wurde. Bei den übrigen Diagnosen beträgt die Kostengutsprache wie üblich 30 Tage. Bei unklarer Diagnose oder vor einer Verlängerung wird die Kostengutsprache erst nach einer näheren Information des Spitals erteilt. Schwierig an dieser Form einer gewissen Steuerung kann sein, dass sie beim behandelnden Arzt nur indirekt über die Spitalverwaltung ansetzt und dass die Information bei ihm nicht ankommt.

Kosten lassen sich in der Kooperation mit Spitälern auch durch die sorgfältige **Dokumentation der bereits in der HMO-Praxis erbrachten Leistungen** (z.B. Röntgenbilder) vermeiden. Die HMOs sind bestrebt, die entsprechenden Informationen weiterzugeben, um Doppelspurigkeiten auszuschliessen.

Wichtig ist schliesslich generell ein guter Kontakt zwischen **HMO- und Spital-Ärzten**. Die HMOs sind dabei, solche Kontakte aufzubauen und zu festigen. Erschwert wird dies durch die teils hohe Fluktuation im Bereich der Assistenzärzte.

### ***Polikliniken***

(13) Schwierig gestaltete sich bislang die **Zusammenarbeit mit Polikliniken**. Nach Erfahrung der HMOs werden Patienten dort unabhängig von der Überweisung nicht selten intern weiterverwiesen und umfassend behandelt, wobei die Leistungen nach Einzelleistungstarif verrechnet werden. Generell wird in der Zusammenarbeit mit Polikliniken mehr gegenseitige Information für wichtig gehalten, etwa im Rahmen von Austauschprogrammen zwischen Poliklinikärzten und Praktikern.

### ***Einrichtungen zur Behandlung von Notfällen***

(14) **Externe Notfallbehandlungen** sind von den HMOs kaum zu beeinflussen. Sicherheits halber werden dabei häufig sehr umfangreiche Untersuchungen durchgeführt. Dementsprechend sind die einzelnen Notfälle relativ kostenträchtig. Trotz der Regel, dass der notfallbehandelnde oder -einweisende Arzt am nächsten Tag den Hausarzt des Patienten informiert, erhalten die HMOs nur selten Berichte über Notfalleinweisungen.

Anfänglich kamen Notfälle nach Einschätzung der HMOs relativ häufig vor, wobei oft Personen betroffen waren, die noch nie in der HMO-Praxis waren. Inzwischen sind sie seltener und machen nurmehr einen sehr kleinen Teil der externen Kosten aus. Die Befürchtung, aufgrund der beschränkten Arztwahl könnten zumindest ambulante Notfälle ein Schlupfloch für die Versicherten darstellen, lässt sich damit nicht stützen. Verhindern wollen die HMOs externe Notfälle zudem durch längere Bereitschaftszeiten. Dafür hat eine HMO über Anrufbeantworter oder Funktelefon die permanente Erreichbarkeit mindestens eines HMO-Arztes oder einer HMO-Ärztin rund um die Uhr und auch am Wochenende sichergestellt.

### 3.4.3 Kooperation mit der Ärzteschaft

(1) Von Seiten der **Ärzterschaft** und ihrer Organisationen erfuhren die HMOs anfänglich ein hohes Mass an Skepsis. Auch wenn die HMOs inzwischen in der Ärzteschaft stärker anerkannt sind, ist immer wieder Skepsis zu spüren, beispielsweise in Aktionen gegen neue Versicherungsmodelle. Auch sind die HMOs nach wie vor in Einzelfällen mit Vorurteilen und Verweigerungshaltung konfrontiert. Zu nennenswerten Behinderungen hat dies aber nach Angaben der HMOs nicht geführt. Hier seien im einzelnen - ähnlich wie auch bei den Versicherten - nähere Informationen und Überzeugungsarbeit erforderlich. Umgekehrt gebe es aber auch, insbesondere unter den jüngeren Ärzten, positive Einstellungen gegenüber den HMOs. Die Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und den Ärztegesellschaften wird insgesamt als verbessert und auf dem Wege zu einer Normalisierung beschrieben. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang die breite Zustimmung in der Medizinischen Gesellschaft Basel zur Erweiterung der Basler HMO.

(2) Ihrerseits versuchen die HMOs, das Verhältnis zu anderen Ärzten und auch zur kantonalen Ärztegesellschaft positiv zu gestalten. Dazu trägt auch die Beteiligung der HMOs am örtlichen Notfalldienst wie auch die Teilnahme an berufsständischen Veranstaltungen bei, auf denen auch über die HMO informiert wird.

### **3.5 Spezielles Angebotsspektrum der HMOs**

(1) Über die im Rahmen der Grundversicherung vorgegebenen ambulanten medizinischen Leistungen hinaus setzen die HMOs den Gedanken der Gesunderhaltung in Form von ergänzenden Angeboten um:

- Einsatz von Gesundheitsschwestern
- Interne Physiotherapien
- Alternativmedizinische Angebote
- Kurse
- Mitgliederzeitung

Dabei geht es vor allem darum, die Eigenverantwortung der Versicherten für ihre Gesundheit durch Informationen und Beratungsmöglichkeiten zu fördern, ihnen präventive Angebote zu machen sowie die ärztliche Behandlung über das in traditionellen Praxen mögliche Mass hinaus zu unterstützen.

#### **3.5.1 Gesundheitsschwestern**

(1) Generell haben die Gesundheitsschwestern in den drei HMOs folgende Aufgabenschwerpunkte:

- Beratungsangebote (Ernährungsberatung, Diabetikerberatung, Venenberatung)
- Medizinische Leistungen (Massagen, Physiotherapie, Spritzen, Atemtherapie)
- Patientenbetreuung (Organisation von häuslicher Betreuung, Heimabklärung, Haus- und Spitalbesuche)
- Allgemeine Anlaufstelle in Gesundheitsfragen für HMO-Mitglieder auch ausserhalb von Konsultationen
- Organisation und Durchführung des HMO-Kursangebots
- Mitarbeit bei der HMO-Zeitung

Im Rahmen dieses Spektrums setzen die Gesundheitsschwester spezielle Schwerpunkte. Ihre Tätigkeit erfordert einen vielseitigen Einsatz und ein hohes Mass an Kommunikation mit dem HMO-Personal, den Versicherten sowie mit externen Leistungserbringern wie Spitex und Spitälern oder mit Heimen. Für diese Kontakte steht ihnen wesentlich mehr Zeit zur Verfügung als den Ärzten. Die fehlende Möglichkeit zu dieser, die ärztliche Behandlung ergänzenden und unterstützenden Tätigkeit wird gerade von Ärzten in traditionellen Praxen immer wieder beklagt.

(2) Die auf Einzelfälle bezogene Tätigkeit der Gesundheitsschwester lässt sich - soweit Angaben vorliegen - in der folgenden Übersicht zusammenfassen. Die unterschiedlich gesetzten Tätigkeitsschwerpunkte, aber auch eine stark schwankende Nachfrage spiegeln sich dabei in teils sehr unterschiedlichen Zahlen.

**Tabelle 3.7:** Einzelfallbezogene Tätigkeit der HMO-Gesundheitsschwester 1994

	ZH-Stadelh.	ZH-Wiedikon	Basel
<b>Einzelberatungen</b>	1134*	363	267
je 1000 Versicherte	347*	55	45
<b>Physiotherap. Behandlungen</b>	keine	226	520
je 1000 Versicherte		34	88
<b>Haus- u. Spitalbesuche</b>	keine	6	10
je 1000 Versicherte		0,9	2,0

\* einschliesslich Atemtherapie

Beratungen und Behandlungen stehen für die Gesundheitsschwester im Vordergrund, während Haus- und Spitalbesuche eine sehr untergeordnete Rolle spielen. Die Stellenkapazität für die Gesundheitsschwester ist in allen drei HMOs seit 1992 praktisch gleich geblieben.

### 3.5.2 Übrige Behandlungsangebote

(1) Für **interne Physiotherapien** sind in den HMOs neben den Gesundheitsschwestern und Praxisassistentinnen vor allem die festangestellten PhysiotherapeutInnen zuständig. Sie legen Anzahl, Inhalt und Dauer der Behandlungen in einem gewissen Rahmen selbst fest. Verabreicht werden unter anderem Krankengymnastik, Wärmebehandlungen, Elektro- und Ultraschall-Therapien. Die folgende Übersicht zeigt die Grössenordnungen der internen Physiotherapien bei den untersuchten HMOs im Jahr 1994.

**Tabelle 3.8:** Physiotherapeutische Behandlungen in den HMOs 1994  
(einschl. Tätigkeit der Gesundheitsschwestern)

	ZH-Stadelh.	ZH-Wiedikon	Basel
<b>Physiotherap. Behandlungen</b>	1850	2554	2157
je 1000 Versicherte	567	384	366

- (2) Weitere Angebote der HMOs sind dem Bereich der **Alternativmedizin** zuzuordnen:
- Die HMO Zürich-Wiedikon bietet homöopathische Leistungen durch Ärzte an. Im Jahr 1994 wurden 856 Behandlungen bei 297 Patienten durchgeführt.
  - Akupunktur wird in der HMO Zürich-Wiedikon durch Ärzte angeboten. Im Jahr 1994 erfolgten 206 Behandlungen bei 54 Patienten.
  - Die HMO Basel beschäftigt einen Spezialisten für traditionelle chinesische Medizin. Hauptelemente dabei sind Kräuterverschreibungen und Akupunktur.
  - Die HMO Zürich-Stadelhofen bietet Manualtherapie durch Ärzte an.

Die HMOs setzen mithin im Bereich der Alternativmedizin sehr unterschiedliche Schwerpunkte, die teils mit persönlichen Spezialqualifikationen zusammenhängen. Es drücken sich darin aber auch unterschiedliche Bewertungen der alternativmedizinischen Möglichkeiten aus. Alternativmedizinische Elemente fliessen daneben nach Angaben der HMOs allgemein in den Behandlungsstil und die Verschreibungsgewohnheiten der HMO-Ärztinnen und -Ärzte ein. Insgesamt betrachtet spielt Alternativmedizin in den HMOs jedoch keine zentrale Rolle.

(3) Die internen Behandlungsangebote von PhysiotherapeutInnen und anderem medizinischem Personal sind für die Versicherten nur über einen HMO-Arzt, eine HMO-Ärztin oder die Gesundheitsschwester zugänglich.

### 3.5.3 Kurse

(1) Neben Einzelberatungen und -behandlungen organisieren die HMOs ein breites und vielfältiges Angebot an Kursen. Sie richten sich in erster Linie an HMO-Versicherte, stehen aber auch Nicht-HMO-Versicherten offen. Zur Leitung der Kurse werden sowohl MitarbeiterInnen der HMOs als auch externe Fachleute eingesetzt. Die Teilnahmekosten liegen zumeist zwischen Fr. 10.- und Fr. 300.-, wobei von Nicht-HMO-Versicherten häufig ein etwas höherer Beitrag verlangt wird. Den zahlenmässigen Umfang des Kursangebots zeigt die folgende Übersicht:

**Tabelle 3.9:** Kursangebot der HMOs 1994

	Zürich-Stadelh.	Zürich-Wiedikon	Basel	Total
Anzahl Kurse	15	41	32	88
Teilnehmer total	156	506	269	931
Teilnehmer je 1.000 Versicherte	48	76	46	59

Bei den Kursteilnehmern handelt es sich - soweit Angaben vorliegen - um bis zu 25% Nicht-HMO-Versicherte. Mit über 80% überwiegen Frauen stark.

(2) Die Kurse verteilten sich im Jahr 1994 im wesentlichen auf folgende Themenbereiche:

- Bewegung, Haltung und Atemtechnik, Gymnastik (36 Kurse)
- Entspannungstechnik, Konzentrations- und Gedächtnistraining (19)
- Augen- und Sehtraining (14)

- Kochen, Ernährung, Übergewicht (6)
- Ausdrucksmalen (4)
- Massage (3)
- Gesundheitsverhalten, alternative Heilmethoden und Körperpflege (3)

Im Vordergrund stehen mithin Angebote im Bereich Bewegung und Entspannung, während Themen wie Gesundheitsverhalten, Körperpflege, Ernährung oder Massage eine vergleichsweise kleine Rolle spielen. Ergänzend zu den Kursen werden auch Vorträge angeboten. Das gesamte Kurs- und Vortragsangebot wird regelmässig in den HMO-Zeitungen ausgeschrieben.

(3) Ziel der Kurse ist es, das Gesundheitsverhalten der HMO-Versicherten durch praktische Übungen wie auch durch die Vermittlung von Wissen präventiv zu beeinflussen. Zugleich ist das Kursangebot aber auch ein Marketinginstrument für die HMOs. Seine inhaltliche Gestaltung ist nicht unabhängig von Wünschen und Interessen der Versicherten. Daher orientiert sie sich zum Teil eher an populärmedizinischen Trends als an der nachhaltigen Präventivwirkung der Angebote.

#### 3.5.4 HMO-Zeitungen

(1) Seit Beginn geben die HMOs drei- oder viermal pro Jahr eine Zeitung für ihre Versicherten heraus. Sie sollen die Tätigkeit der HMOs durch ergänzende Informationen für die Versicherten unterstützen und gegebenenfalls auch das Interesse von Nicht-HMO-Versicherten wecken. Entsprechend werden im Inhalt das HMO-Personal, seine Tätigkeit und die besonderen HMO-Prinzipien vorgestellt und erklärt. Ausführlich wird über das Kursangebot informiert. Ausserdem enthalten die HMO-Zeitungen allgemeine Informationen zum Thema Gesundheit sowie Tips zur Vorbeugung und Vorsorge. Die Blätter werden im wesentlichen von den HMO-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeitern gestaltet, teils kommen aber auch externe Autoren und Leser zu Wort.

## 4. Inanspruchnahme von Leistungen im stationären Bereich

### 4.1 Vorbemerkung

(1) Informationen zur Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen, zu Spitalaufenthalten und der Verweildauer liefern die Administrativdaten. Bei HMOs wurden daneben auch Spitalaufenthalte erhoben, und zwar in Kombination mit der VESKA-Diagnose. Die Administrativdaten erlauben keinen Bezug auf die Diagnose; für die Bewertung der Aufenthaltsdauern ist dieser Bezug aber wichtig.

(2) Die Basis für Aussagen zu Spitalaufenthalten stellt sich folgendermassen dar.

**Tabelle 4.1:** Spitalaufenthalte von HMO-Versicherten im Überblick

	Spitalaufenthalte insgesamt	Aufenthalte Akutspital		<i>nachrichtlich:</i> HMO-Versicherte*
		Anzahl	Anteil	
1992	725	625	86 %	8.579
1993	956	851	89 %	12.199
1994	1232	1083	88 %	15.809
Summe	2.913	2.559	88 %	36.587

\* Jahresdurchschnitt

Die Zahl der Spitalaufenthalte von HMO-Versicherten steigt nicht ganz so stark wie die Versichertenzahlen der HMOs. Dies erklärt sich im wesentlichen durch die Altersstruktur der Neumitglieder. Bei ihnen überwiegen die Altersgruppen unter 45 Jahre, in denen erfahrungsgemäss weniger Spitalaufenthalte anfallen.

Für die weitere Auswertung werden die **Spitalaufenthalte aus allen 3 Erhebungsjahren zusammengenommen**, um eine aussagekräftigere Basis zu haben. Ein Grund dafür ist auch, dass die HMO Basel keine Angaben zu Diagnosen liefern konnte. Daher wird bei diagnosebezogenen Aussagen die Basis um etwa ein Drittel kleiner. Die Veränderungen bei den HMO-Spitalaufenthalten innerhalb der drei Erhebungsjahre verlaufen im wesentlichen parallel zur Entwicklung der Altersstruktur der HMO-Versicherten. Aufgrund der teils sehr kleinen Zahlen sind sie jedoch ansonsten schwer zu interpretieren.

## 4.2 Spitalhäufigkeiten und Struktur

(1) Im wesentlichen betreffen die stationären Aufenthalte Akutspitäler (88%). Die übrigen Einweisungen (12%) verteilen sich zu etwa gleichen Teilen auf Langzeitkliniken, Psychiatrische Kliniken oder Kurangebote. Je 1.000 Versicherte ergeben sich damit folgende Einweisungszahlen:

**Tabelle 4.2:** Spitalaufenthalte je 1000 HMO-Versicherte 1992 - 1994

Spitalart	Zürich-Stadelhofen	Zürich-Wiedikon	Basel	HMOs total
Akut	68	72	69	70
Chronisch	1	4	3	3
Psychiatrisch	4	4	3	4
Kur	1	5	1	3
Total	75	85	76	80

Zwischen den HMOs gibt es nur kleine Unterschiede in den Spitalquoten. Auffallend ist allenfalls, dass die HMO Zürich-Wiedikon stärker auf die Verordnung von Kuren setzt als die beiden anderen HMOs.

In den USA erzielen die HMOs einen wesentlichen Teil ihrer Einsparungen durch weniger Spitaleinweisungen. Systembedingt ist in der Schweiz nicht von vornherein dasselbe Einsparpotential zu erwarten. Die hier vorgelegten Zahlen suggerieren jedoch zunächst einen deutlichen Unterschied zwischen HMOs und konventionellem System: Die drei untersuchten HMOs verzeichnen im Erhebungszeitraum 80 stationäre Aufenthalte je 1.000 Versicherte. In der gesamten Schweiz belief sich die Spitalquote im Jahr 1991 auf 143, im Jahr 1992 auf 148, im Jahr 1993 auf 153 Aufenthalte je 1.000 Versicherte<sup>1)</sup>. Ohne eine differenzierte Aufschlüsselung nach Risikostruktur anhand der Administrativdaten, ist dieser Unterschied nicht interpretierbar. Es spricht jedoch einiges dafür, dass die günstigere Altersstruktur einen grossen Teil der Differenz erklärt. Schwer einzuschätzen ist hingegen der Effekt der möglichst restriktiven Handhabung von Spitaleinweisungen durch die HMOs.

---

1) BSV: Statistik über die Krankenversicherung 1991 und 1992, jeweils S. 45.

Die weiteren Angaben beziehen sich nur auf den Akutbereich, da die anderen Spitalarten zu schwach vertreten sind.

(2) Die folgende Tabelle zeigt den starken **Anstieg der Spitalhäufigkeiten mit dem Alter** bei HMO-Versicherten. Dadurch wirken sich Veränderungen in der Altersstruktur direkt auf die Spitalquote aus.

**Tabelle 4.3:** Spitalhäufigkeiten je 1.000 HMO-Versicherte 1992 - 1994 nach Altersgruppen (nur Akutaufenthalte)

Altersgruppe	HMOs 1992 - 1994
0 - 20	40
21 - 45	45
46 - 65	77
66 +	210
Total	70

(3) Der **Vergleich** der stationär behandelten HMO-Versicherten mit den in der **VESKA-Statistik** erfassten Fällen ist möglich hinsichtlich Geschlechts- und Altersstruktur, Diagnosen und Aufenthaltsdauer. Verglichen wird im folgenden durchweg mit der VESKA-Gesamtstatistik.<sup>2)</sup> Die Gesamtheit der dort erfassten Spitäler erscheint als die geeignetere Vergleichsgruppe für die Spitalaufenthalte der HMO-Versichertenpopulation. Eine Auswertung der VESKA-Daten für Zürich-Stadt und Basel-Stadt ergab, dass die dortigen Zahlen aufgrund der Zusammensetzung der einbezogenen Spitäler besonderen Einflüssen unterliegen. So ist davon auszugehen, dass in den VESKA-Zahlen für beide Städte ein überproportionaler Anteil an Spitalaufenthalten mit Spezialversorgung enthalten ist, die in den Spitälern dieser Städte auch für die Bevölkerung der Umgebung erbracht wird. Dafür spricht beispielsweise die Überrepräsentation bestimmter Diagnosen mit hohen Anteilen an Spezialversorgung (z.B. Neoplasien, Nervenkrankheiten).

(4) Der Vergleich der Struktur der Spitalaufenthalte der HMO-Versicherten mit der VESKA-Statistik hinsichtlich **Geschlecht und Alter** sagt wenig aus: Bezüglich des Geschlechts besteht praktisch kein Unterschied. In der Altersstruktur zeigen sich dagegen gewisse Unterschiede, die aber primär mit der besonderen Altersstruktur der HMO-Versicherten zusammenhängen.

2) VESKA-Gesamtstatistik 1992 und 1993, Aarau 1993, 1994.

(5) Beim Vergleich der von den Spitälern angegebenen **Diagnosen** zwischen HMOs und VESKA-Statistik kann nur auf Angaben von zwei HMOs zurückgegriffen werden. (n = 1437) Zugleich bilden die zugrundegelegten ICD-Diagnosekapitel nur ein sehr grobes Raster für die Vielfalt von Erkrankungen unterschiedlicher Qualität. Da geburtshilfliche Kliniken in der VESKA-Statistik praktisch nicht enthalten sind, bleibt die Diagnose 11 'Schwangerschaft' in der folgenden Übersicht unberücksichtigt.

**Tabelle 4.4:** Spitalaufenthalte - Anteile der Diagnosen im Vergleich (in %) (nur Akutspital, ohne Schwangerschaft)

Diagnose (ICD-Kapitel)*	VESKA 1992 - 1993	HMOs 1992 - 1994
1 Infektionen	2,6	2,7
2 Neoplasien	9,9	10,2
3 Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	2,2	1,8
4 Krankh. des Blutes	0,6	0,1
5 Psychiatrische Krankheiten	3,0	2,8
6 Krankh. des Nervensystems	6,6	7,4
7 Krankh. des Kreislaufsystems	16,1	17,3
8 Krankh. der Atmungsorgane	8,1	4,9
9 Krankh. der Verdauungsorgane	10,0	12,4
10 Krankh. der Urogenitalorgane	6,5	12,2
[11 Schwangerschaft]	-	-
12 Krankh. der Haut	1,7	2,4
13 Krankh. des Skeletts	9,6	10,4
14. Kongenitale Anomalien	1,2	0,6
15 Affektionen aus der Perinatalzeit	1,0	0,8
16 Symptome	4,1	2,8
17 Verletzungen und Vergiftungen	14,3	9,7
Insgesamt**	97,5	98,6

\* Diagnosen der Spitäler

\*\* nicht aufgeführt: ICD-Kap. 18 Routineuntersuchungen.

In der Verteilung der stationären **Diagnosen**, wie sie von den Spitälern angegeben werden, zeigen sich zwischen HMO-Versicherten und den in der VESKA-Statistik erfassten Fällen im wesentlichen die gleichen Proportionen. Lediglich bei Krankheiten der Atmungsorgane sowie bei Verletzungen und Vergiftungen unterschreiten die HMO-Anteile die VESKA-Werte deutlich. Stark über dem VESKA-Niveau liegt dagegen der HMO-Anteil an Krankheiten der Urogenitalorgane.

### 4.3 Aufenthaltsdauer

(1) Zu den starken Einsparungen der HMOs in den USA trägt auch eine um bis zu 20% geringere stationäre Aufenthaltsdauer der HMO-Versicherten bei. Auch in der Schweiz kann ein solches Einsparpotential - risikobereinigt - für die Schweizer HMOs nicht ausgeschlossen werden. Der Vergleich zwischen HMO-Versicherten und VESKA-Statistik stellt sich grob nach Altersgruppen unterschieden folgendermassen dar.

**Tabelle 4.5:** Durchschnittliche Dauer von Spitalaufenthalten im Vergleich  
- nur Akutspitäler -

Aufenthaltsdauer in Tagen	VESKA 1992 - 1993	HMOs 1992 - 1994	Differenz
< 16 Jahre	6,5	4,5	31 %
16 - 65 Jahre	9,9	8,3	16 %
66 und älter	17,8	13,4	25 %
Total	12,2	9,6	21 %

Im Schnitt verbrachten die HMO-Patienten im Erhebungszeitraum damit gut 2 Tage weniger im Spital als die in der VESKA-Statistik erfassten Patienten. Der Einspareffekt zeigt sich in jeder der - freilich nur groben - Altersgruppen. Etwas überraschend ist, dass die Differenz in der Altersgruppe 16 - 65 Jahre am niedrigsten ist, in der sich doch die risikogünstigere Altersstruktur der HMOs am stärksten auswirken müsste.

Gründe für die niedrigeren Aufenthaltsdauern bei HMO-Versicherten können sein:

- Günstigere Altersstruktur der HMO-Versicherten insgesamt und vermutlich auch innerhalb der aufgeführten Altersgruppen. Damit tendenziell weniger komplexe, unterdurchschnittlich lange Aufenthalte.
- Generell günstigere Risikostruktur der HMO-Versicherten gegenüber der VESKA-Population.
- Konzentration von grösseren Spitälern mit Spezialversorgung in der VESKA-Statistik, damit tendenziell kompliziertere, überdurchschnittlich lange Aufenthalte.
- Versuch, Einweisungen von Patienten mit chronischen Krankheiten nach Möglichkeit durch den Einsatz von SPITEX zu vermeiden.

Eine direkte Einflussnahme von HMOs auf die Dauer von Spitalaufenthalten fällt dagegen nach Angaben der HMOs nicht ins Gewicht (vgl. Kap. 3.4). Gerade das weitgehende Fehlen einer solchen Steuerung spricht dafür, dass die Differenz in der Aufenthaltsdauer primär risikobedingt ist.

(2) Auch wenn man zusätzlich nach dem **Geschlecht** aufteilt, haben die HMO-Versicherten durchweg niedrigere Verweilzeiten als die in der VESKA-Statistik erfassten Fälle (Tab. 4.6).

**Tabelle 4.6:** Durchschnittliche Dauer von Spitalaufenthalten nach Geschlecht  
- nur Akutspitäler -

Aufenthaltsdauer in Tagen	VESKA 1992 - 93	HMOs 1992 - 94	Differenz (in %)
<b>Männer</b>			
< 16 Jahre	6,3	4,3	32
16 - 65 Jahre	10,0	9,4	6
66 und älter	15,6	13,4	14
Total Männer	11,2	10,3	8
<b>Frauen</b>			
< 16 Jahre	6,8	4,7	31
16 - 65 Jahre	9,8	7,6	22
66 und älter	19,8	13,9	30
Total Frauen	13,2	9,1	31

Auffallend ist, dass der Abstand zwischen HMO- und VESKA-Patienten in den Aufenthaltsdauern bei Frauen ab 16 Jahren deutlich grösser ist als bei Männern.

(3) Interessant ist auch, ob sich die niedrigere Aufenthaltsdauer von HMO-Patienten nur bei bestimmten Erkrankungen oder eher durchgängig und unabhängig von der Art der Erkrankung zeigt. Zwangsläufig kann dies nur im Groben anhand der **ICD-Diagnose-Kapitel** beleuchtet werden, innerhalb derer sich Fälle ganz unterschiedlicher Anzahl und Qualität befinden. Die folgende Tabelle 4.7 zeigt die Unterschiede zwischen HMOs und VESKA bezüglich der Diagnosen, die einen Anteil von mehr als 5% an den VESKA-Fällen haben. Die Reihenfolge richtet sich nach der Grösse dieses Anteils. Insgesamt decken diese acht Diagnosen gut drei Viertel der in der VESKA-Statistik aufgeführten Fälle ab.

**Tabelle 4.7:** Durchschnittliche Dauer von Spitalaufenthalten nach Diagnosen  
- nur Akutspitäler -

Diagnose (ICD-Kap.)	VESKA 1992 - 93	HMOs 1992 - 94	Differenz
7 Krankh. des Kreislaufsystems	15,7	10,4	34 %
17 Verletzungen und Vergiftungen	11,3	10,2	9 %
9 Krankh. der Verdauungsorgane	10,0	8,1	19 %
2 Neoplasien	13,8	11,5	16 %
13 Krankh. des Skeletts	14,3	13,7	4 %
8 Krankh. der Atmungsorgane	11,1	7,0	37 %
6 Krankh. des Nervensystems	10,8	7,5	31 %
10 Krankh. der Urogenitalorgane	8,2	7,5	9 %

In allen aufgeführten Diagnosebereichen liegt die Aufenthaltsdauer der HMO-Patienten unter derjenigen der VESKA-Patienten. Dies ist auch überwiegend bei den übrigen Diagnose-Kapiteln der Fall. Die Differenzen fallen jedoch je nach Diagnose unterschiedlich stark aus.

(4) Zwischen den drei HMOs bestehen Unterschiede in der durchschnittlichen Spitalverweildauer der Patienten, ebenso wie in der Einweisungsquote. Angesichts der kleinen Fallzahlen und der Schwankungen in den Zahlen im Erhebungszeitraum ist es nicht sinnvoll, darauf näher einzugehen.

## 5. Betriebswirtschaftliche Situation der HMOs

### 5.1 Ausgangslage und Zielsetzung

(1) Die Analyse und Beurteilung der betriebswirtschaftlichen Situation bezieht sich auf die nachfolgend aufgeführten HMOs.

Abbildung 5.1.1: Übersicht HMOs (Stand Ende 1994)

Bezeichnung	Gründung	Anzahl Betriebsjahre
– HMO Zürich-Wiedikon	Januar 1990	5
– HMO Zürich-Stadelhofen	August 1991	3 <sup>5</sup> / <sub>12</sub>
– HMO Basel	Oktober 1991	3 <sup>1</sup> / <sub>4</sub>

Die Untersuchung der betriebswirtschaftlichen Situation der HMOs bezieht sich auf die **Geschäftsjahre 1992, 1993 und 1994**. Für einzelne Fragestellungen, speziell in bezug auf die Wirtschaftlichkeit des HMO-Modells, werden noch die Ergebnisse früherer Geschäftsjahre bzw. erwartete Resultate für 1995 miteinbezogen.

(2) Vor der Durchführung eines Vergleichs der Aufwand- und Ertragsstrukturen zwischen den HMOs, der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit sowie des Vergleichs der Gesundheitskosten ist es notwendig, die **betriebswirtschaftlichen Grundstrukturen** der einbezogenen HMOs zu erläutern, um das Verständnis der nachfolgenden Untersuchungen zu gewährleisten.

Dazu gehören

- die Darstellung und Erläuterung der **Aufwand- und Ertragsarten** in den Erfolgsrechnungen der HMOs sowie
- die Darstellung und Erläuterung der **finanziellen Beziehungen** zwischen den Beteiligten im HMO-Modell.

(3) Anschliessend wird auf Spezialfragen der finanziellen Beziehungen zwischen den Beteiligten im HMO-Modell näher eingegangen.

(4) Sowohl für den **Vergleich der Aufwand- und Ertragsstrukturen** wie auch für die Beurteilung der **Wirtschaftlichkeit des HMO-Modells** gilt es zu berücksichtigen, dass sich die in die Untersuchung einbezogenen HMOs im Übergang von der Aufbau- zur Konsolidierungsphase befinden. Die nachfolgenden Darstellungen und Erläuterungen sind deshalb vor diesem Hintergrund zu interpretieren. Die detaillierten Zahlen, auf denen die Ausführungen beruhen, wurden lediglich dem Bundesamt für Sozialversicherung sowie Herrn Prof. Sommer vorgelegt.

## 5.2 Betriebswirtschaftliche Grundstrukturen

(1) Die Beschreibung der betriebswirtschaftlichen Grundstrukturen der HMOs erfolgt unter den folgenden drei Gesichtspunkten:

- Zuerst werden die grundsätzlichen **Aufwand- und Ertragsarten** in der Erfolgsrechnung der HMOs aufgelistet. Die Aufwand- und Ertragserfassung durch die Prognos AG erfolgte bei allen drei HMO-Praxen unter Anwendung der anschliessend dargestellten einheitlichen Aufwand- und Ertragssystematik.
- Anschliessend werden die **finanziellen Beziehungen** der HMOs zu ihren wichtigsten Partnern, insbesondere den Trägerkrankenkassen und den externen Leistungserbringern dargestellt.
- Zum Schluss erfolgt eine Verdeutlichung der Rolle einer HMO im Gesundheitsmarkt.

### 5.2.1 Aufwand- und Ertragsarten der HMOs

(1) Für die Darstellung der Erfolgsrechnungen der HMOs und die weitergehenden Analysen wurde die folgende **Aufwand- und Ertragssystematik** zugrunde gelegt (Abb. 5.2.1.1 und 5.2.1.2).

**Abbildung 5.2.1.1:** Systematik der Aufwand- und Ertragsarten der HMOs (Übersicht)

Aufwand	Ertrag
Externer Gesundheitsaufwand und Materialaufwand Gesundheit – Materialaufwand – Externe Leistungen – Sonstiger Gesundheitsaufwand	– Beiträge Trägerkasse(n) an HMO – Bundes-/Kantonssubventionen – Übrige Erträge HMO-Versicherte – Erträge Nicht-HMO-Versicherte
Betriebsaufwand – Personalaufwand – Übriger Betriebsaufwand – Abschreibungen – Sonstiger Aufwand	– Sonstige Erträge
<b>Gewinn</b>	<b>Verlust</b>

**Abbildung 5.2.1.2:** Systematik der Aufwand- und Ertragsarten der HMOs (Detaillierung)

<b>Aufwand</b>	<b>Ertrag</b>
<p>Externer Gesundheitsaufwand und Materialaufwand Gesundheit</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Materialaufwand               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medikamente</li> <li>• Materialaufwand intern</li> <li>• Hilfsmittel</li> </ul> </li> <li>- Externe Leistungen               <ul style="list-style-type: none"> <li>• An PatientInnen                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frei praktizierende Ärzte</li> <li>- Andere freiberuflich Tätige</li> <li>- Polikliniken</li> <li>- Rehabilitation/Kuren</li> <li>- Physikalische Therapie</li> <li>- Stationär</li> <li>- Spitex</li> </ul> </li> <li>• Laborleistungen (Fremduntersuchungen)</li> </ul> </li> <li>- Sonstiger Gesundheitsaufwand               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rückstellungen</li> <li>• Gesundheitsvorsorge</li> <li>• Diverse Leistungen</li> </ul> </li> </ul> <hr/> <p>Betriebsaufwand</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personalaufwand               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medizinisches Personal</li> <li>• Verwaltungspersonal</li> </ul> </li> <li>- Übriger Betriebsaufwand               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Raumaufwand</li> <li>• Kapitalaufwand</li> <li>• Praxisversicherung</li> <li>• Verwaltungsaufwand/EDV</li> <li>• Berufliche Fortbildung/ Berufsverbände</li> <li>• Unterhalt/Reparaturen</li> <li>• Fahrzeugaufwand</li> </ul> </li> <li>- Abschreibungen               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medizinische Ausrüstung</li> <li>• Mobiliar, Einrichtungen, EDV</li> <li>• Gründungskosten</li> <li>• Übrige Abschreibungen</li> </ul> </li> <li>- Sonstiger Aufwand               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Werbung</li> <li>• Beitrag an IGAK</li> <li>• Beratungs-, Prüfungs- und Rechtskosten</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beiträge Trägerkasse(n) an HMO</li> <li>- Bundes-/Kantonssubventionen</li> <li>- Übrige Erträge HMO-Versicherte               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Honorare nach SUVA/IV/MV-Tarif</li> <li>• Übrige Erträge</li> </ul> </li> <li>- Erträge Nicht-HMO-Versicherte               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Honorare KK-Tarif</li> <li>• Honorare SUVA/IV/MV-Tarif</li> <li>• Honorare Privattarif</li> </ul> </li> <li>- Sonstige Erträge               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sonstige Erträge aus medizinischer Tätigkeit</li> <li>• Erträge aus Gesundheitsvorsorge (Kurse)</li> <li>• Sonstiges (Zinsertrag)</li> </ul> </li> </ul>
<b>Gewinn</b>	<b>Verlust</b>

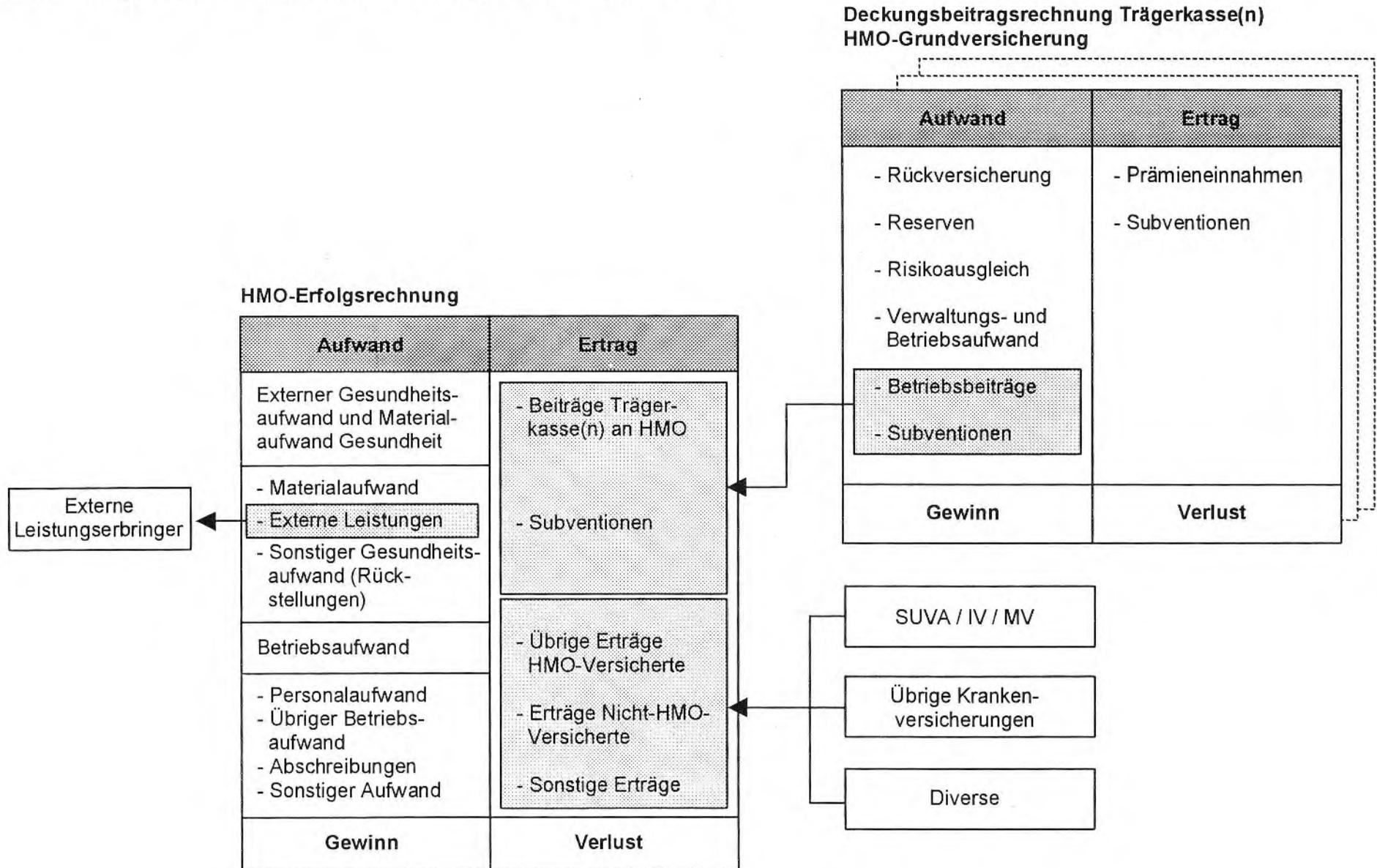
## 5.2.2 Finanzielle Beziehungen der HMOs

(1) Die finanziellen Beziehungen zwischen HMO, Trägerkasse(n) und externen Leistungserbringern haben sich bisher zwischen den IGAK-HMOs und dem MZH unterschieden. Ab 1995 liegt für das (ehemalige) MZH eine den (ehemaligen) IGAK-HMOs vergleichbare Aufwand- und Ertragssystematik sowie finanzielle Führungsstruktur vor.

(2) Die **HMOs** sind unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten als Profit-Centers zu bezeichnen, indem sie im Rahmen der Budgetvereinbarung mit den Trägerkassen sowohl über ihre Aufwendungen als auch ihre Erträge verhandeln und eine dementsprechende Verantwortung für die Zielerreichung übernehmen. Dabei ist insbesondere die Verantwortung der HMOs für den Einsatz und das Controlling der externen Leistungserbringer hervorzuheben, die mit dieser finanziellen Führungsstruktur verbunden ist. Die finanziellen Beziehungen zwischen den HMOs und den Trägerkassen (bzw. die relevante Aufwand- und Ertragssystematik) sind somit dadurch gekennzeichnet, dass sich sowohl die internen und externen gesundheitsbezogenen Leistungen wie sämtliche administrativen Leistungen - mit Ausnahme des Prämieninkassos, das durch die Trägerkassen vorgenommen wird - als auch die Ertragsquellen direkt in der HMO-Erfolgsrechnung widerspiegeln. Die Trägerkassen führen einzig das Prämieninkasso durch und nehmen den Risikoausgleich sowie die Reservenbildung vor. Die HMOs haben somit die Funktion einer Gruppenpraxis und einer Krankenkasse. Die Systematik der Erfolgsrechnung der HMOs bildet deshalb die Basis für den Strukturvergleich der HMOs und die Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen.

(3) Das **MZH Zürich** war bisher unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten als Cost-Center zu bezeichnen. Die Aufwand- und Ertragssystematik des MZH war bislang dadurch gekennzeichnet, dass sich nur die internen Praxisaufwendungen (Material- und Betriebsaufwand) sowie direkte Erträge von HMO-Versicherten und Nicht-HMO-Versicherten und gewisse übrige Erträge in der Erfolgsrechnung widerspiegeln. Die Aufwendungen für externe Gesundheitsleistungen sowie für deren Administration wurden in der Deckungsbeitragsrechnung der Muttergesellschaft Helvetia aufgenommen. Bei dieser finanziellen Führungsstruktur lag also die Verantwortung für den Einsatz sowie die Rechnungskontrolle der externen Leistungserbringer beim MZH. Die buchhalterische Bearbeitung sowie das Controlling erfolgte jedoch im Gegensatz zu den IGAK-HMOs bei der Mutterkasse.

Abbildung 5.2.2.1: Finanzielle Beziehungen der IGAK-HMOs



### 5.2.3 Rolle einer HMO im Gesundheitsmarkt

(1) In Abschnitt 5.2.2 "Finanzielle Beziehungen der HMOs" ist festgestellt worden, dass eine HMO vom Grundprinzip her sowohl die Funktion einer Gruppenpraxis wie auch diejenige einer Krankenkasse wahrnimmt. Eine **HMO** ist damit gleichzeitig **Anbieterin und Nachfragerin von Gesundheitsleistungen**.

(2) Das grundlegende Konstruktionsprinzip sieht vor, dass eine HMO über ein **Budget** verfügt, im Rahmen dessen sie die Betreuung und Versorgung der versicherten Mitglieder sicherstellen muss. Dabei erhält das Kriterium der **Steuerung** der angebotenen und nachgefragten Leistungen im ambulanten und stationären Bereich eine zentrale Bedeutung. Die Steuerung muss einerseits die qualitativ zufriedenstellende Betreuung und Versorgung der Versicherten (Kunden) gewährleisten sowie andererseits die Erreichung der angestrebten Budgetziele anstreben.

(3) Eine HMO tritt im Gesundheitsmarkt als Nachfragerin von Leistungen im Prinzip wie eine Krankenkasse auf, jedoch mit einigen Unterschieden:

- Im Vergleich zu den traditionellen Krankenkassen sind die HMOs aufgrund der Versichertenzahlen (noch) klein, mit insgesamt einer entsprechend geringen "Marktmacht" im Gesundheitsmarkt.
- Die HMOs nehmen allerdings die Steuerung des Einsatzes von (externen) Leistungserbringern gezielter vor (z.B. durch die Nichtberücksichtigung von teuer bzw. qualitativ unbefriedigend arbeitenden externen Leistungserbringern) als die Krankenkassen, die bisher von ihrer Rolle her (noch) rein administrierend im Gesundheitsmarkt auftreten (Übernahme und Abrechnung der Leistungen ohne eigentliche Steuerung der Leistungserbringer).
- Die Nachfragemacht einer HMO kann im lokalen Bereich durchaus zur Steuerung der nachgefragten Leistungen bzw. der externen Leistungserbringer eingesetzt werden, jedoch im jetzigen Zeitpunkt nur ansatzweise in beschränktem Umfang bzw. mit beschränkten Einflussmöglichkeiten.

(4) Die HMO in ihrer Rolle als Anbieterin **und** Nachfragerin auf dem Gesundheitsmarkt hat deshalb eine **Wahlmöglichkeit**, die erforderlichen Leistungen selber zu erbringen oder Externe zu beauftragen. Eine solche **Make-or-buy-Entscheidung** hängt unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten im wesentlichen von der erzielbaren **Kapazitätsauslastung** sowie den mit dem Aufbau und dem Betrieb von eigenen Kapazitäten verbundenen Kosten zusammen (im Vergleich zu den Kosten einer Beauftragung von externen Leistungserbringern). Da durch die Mitarbeiter der HMO selber erbrachte Leistungen besser steuerbar und kontrollierbar (Qualität) sind, wird eine HMO tendenziell eigene Kapazitäten vorhalten. Dies kann durch den Aufbau von eigenen Kapazitäten oder die Einbindung von bestehenden Leistungserbringern in die HMO erfolgen. Bei einem Wachstum einer HMO können deshalb zunehmend auch spezialärztliche Leistungen durch die HMO selber erbracht werden.

Im Extremfall bedeutet dies, dass eine HMO z.B. auch eigene Spitäler betreiben kann, wie das in den U.S.A. der Fall ist. Dabei gilt es aber zu berücksichtigen, dass in den U.S.A. andere Rahmenbedingungen herrschen. Dieser Extremfall ist deshalb für HMOs in der Schweiz zumindest vorerst noch als wenig wahrscheinlich zu betrachten.

### 5.3 Spezialfragen

(1) Im folgenden wird auf drei Spezialfragen der finanziellen Beziehungen zwischen den Beteiligten im HMO-Modell näher eingegangen:

- Reserven, Risikoausgleich, Rückstellungen
- Budgetierung
- Finanzierung

### 5.3.1 Reserven, Risikoausgleich, Rückstellungen

#### (1) Reserven

Die Verordnung V über die Krankenversicherung betreffend die Anerkennung von Krankenkassen und Rückversicherungsverbänden sowie ihre finanzielle Sicherheit (Vo V) schreibt gemäss Art. 9, 9bis und 10 vor, dass die Kassen über eine minimale Reserve, die aus Sicherheitsfonds und Schwankungszuschlag besteht, verfügen müssen. Diese Reserven dienen dazu, das finanzielle Gleichgewicht der Kassen sicherzustellen.

Die Berechnung bzw. Bildung der Reserven erfolgt entsprechend den Bestimmungen der aufgeführten Verordnung. **Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass für Personen, die von einer traditionellen Krankenversicherung in die HMO-Versicherungssparte übertreten keine Reserven neu gebildet werden müssen, da sie in der Regel bisher in der gleichen Träger-Krankenkasse versichert waren und deshalb bereits früher Reserven gebildet wurden.** Es erfolgt im Prinzip nur eine Veränderung der Zuordnung der Reserven innerhalb der Krankenkassenbuchhaltung. Der Bestand der Reserven in der Bilanz der Krankenkasse muss selbstverständlich über eine erfolgsrechnungswirksame Veränderung angepasst werden, wenn sich die die Höhe der Reserven bestimmenden Faktoren verändern oder die Reserven im laufenden Rechnungsjahr unter die gesetzlich vorgeschriebene Höhe sinken.

Die **Reserven** für die HMO-Versicherten werden bisher bei den **Trägerkassen** berücksichtigt. Betriebswirtschaftlich gesehen sind jedoch die Reserven in die **Bilanz** der **HMOs** zu übertragen. Der Zweck der Reserven besteht darin, einen Ausgleich zwischen Einnahmen und Ausgaben zu gewährleisten, falls (unerwartete) Kostensteigerungen im laufenden Jahr aufgrund der im vorhergehenden Jahr festgelegten Mitgliederbeiträge zu einer Unterdeckung führen. Damit dieser Ausgleich durchgeführt werden kann, müssen die für diesen Zweck gebildeten Reserven in den Einflussbereich der betroffenen HMO gegeben werden.

#### (2) Risikoausgleich

Mit den dringlichen Massnahmen gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung hat das Parlament im Dezember 1991 mit der Verordnung IX auch einen Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen beschlossen, der **seit 1.1.1993** durchgeführt wird. Der Risikoausgleich erfolgt aufgrund der Unterschiede bezogen auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der Mitglieder zwischen den einzelnen Krankenkassen.

Bei den HMOs wird der **Risikoausgleich** in den entsprechenden **Deckungsbeitragsrechnungen** für die **HMO-Grundversicherung** (Versicherungsspartenrechnung) bei den **Trägerkassen** berücksichtigt. Der Risikoausgleich ist aufgrund der Gültigkeit ab 1993 nur für die Untersuchungsjahre ab 1993 relevant, nicht jedoch für die vorhergehenden Geschäftsjahre. Die Berechnung des Risikoausgleichs erfolgt - wie für alle Krankenpflegeversicherungssparten - nach den Vorgaben der Verrechnungsstelle beim Konkordat der Schweizer Krankenkassen. Falls aufgrund der Alters- und Geschlechtsstruktur der HMO-Versicherten ein Risikoausgleichsbeitrag abgeführt werden muss, wird dies durch einen Abzug bei den in den Trägerkassen eingegangenen Prämien für die HMO-Versicherung vorgenommen. Somit findet keine Entsolidarisierung bezüglich Alter und Geschlecht statt (gemäss der zur Zeit gültigen rechtlichen Bestimmungen).

### (3) Rückstellungen

Die Verordnung I über die Krankenversicherung betreffend das Rechnungswesen und die Kontrolle der vom Bund anerkannten Krankenkassen und Rückversicherungsverbände sowie die Berechnung der Bundesbeiträge (Vo I) schreibt gemäss Art. 5 vor, dass für sämtliche Versicherungszweige Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle zu bilden sind. Die bilanzierten Rückstellungen sind in der laufenden Rechnung zu berichtigen, wenn diese aufgrund der Nachkalkulation der Vorjahreskosten nicht mit dem wirklichen Rückstellungsbedarf übereinstimmen. D.h. die Rückstellungen werden in der Bilanz kumuliert, nur die notwendigen Veränderungen (Erhöhung/Verminderung) erfolgen über die Erfolgsrechnung.

Bei den HMOs werden die **Rückstellungen** für unerledigte Versicherungsfälle in der **Bilanz und Erfolgsrechnung der HMOs direkt** berücksichtigt, weil diese aufgrund der betriebswirtschaftlichen Grundstruktur die Verantwortung für die externen Gesundheitskosten haben. Damit sind sie in der Lage, die Höhe der notwendigen Rückstellungen direkt zu bestimmen.

Die Bestimmung der Höhe bzw. der Veränderung der Rückstellungen erfolgt nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten. Dies heisst grundsätzlich - unter Berücksichtigung der Erfordernisse der Rechnungslegung, welche eine periodengerechte Aufwandauffassung verlangen -, dass Leistungen, die in der Rechnungsperiode erbracht wurden, die aber erst in folgenden Perioden finanziell erledigt werden (d.h. die Höhe und Fälligkeit sind am Ende der Rechnungsperiode noch nicht genau bekannt), entsprechend in der laufenden Rechnung über (Aufwand-) Rückstellungen berücksichtigt werden. Die Höhe der Rückstellungen hängt in erster Linie von der Anzahl der Mitglieder der HMO-Versicherung ab. Dazu kommen weitere Faktoren wie die Beurteilung der Risikostruktur sowie Vergangenheitswerte, die als Erfahrungswerte in die Berechnung der notwendigen Rückstellungen einfließen. Insofern stellen die Rückstellungen einen Schätzwert dar.

(4) Die Prognos AG hat bei den in die Untersuchung einbezogenen HMOs und ihren Trägerkassen festgestellt, dass Reserven, Risikoausgleich und Rückstellungen in den entsprechenden Erfolgs- bzw. Deckungsbeitragsrechnungen berücksichtigt wurden. Da die HMOs und ihre Trägerkassen auch von Revisionsgesellschaften geprüft werden, haben wir jedoch nicht die Berechnung der Höhe der ausgewiesenen Beträge für diese Aufwandarten im Detail überprüft.

### 5.3.2 Budgetierung

(1) Im Rahmen der Budgetierung sind generell die Planung der Bilanzentwicklung (Investitionsplanung, Finanzierung/Kapital) sowie die Planung der laufenden (Erfolgs-) Rechnung relevant.

In diesem Abschnitt steht die Darstellung und Erläuterung der **Planung der Erfolgsrechnungen** der beteiligten HMOs und Trägerkassen, in denen die Leistungserstellung und -vergütung finanziell dargestellt wird, im Vordergrund. Auf die Frage der Finanzierung (Investitionen) wird im nächsten Abschnitt eingegangen.

(2) Mit der Frage der **Budgetierung** sind wichtige **weitere Fragestellungen** verbunden:

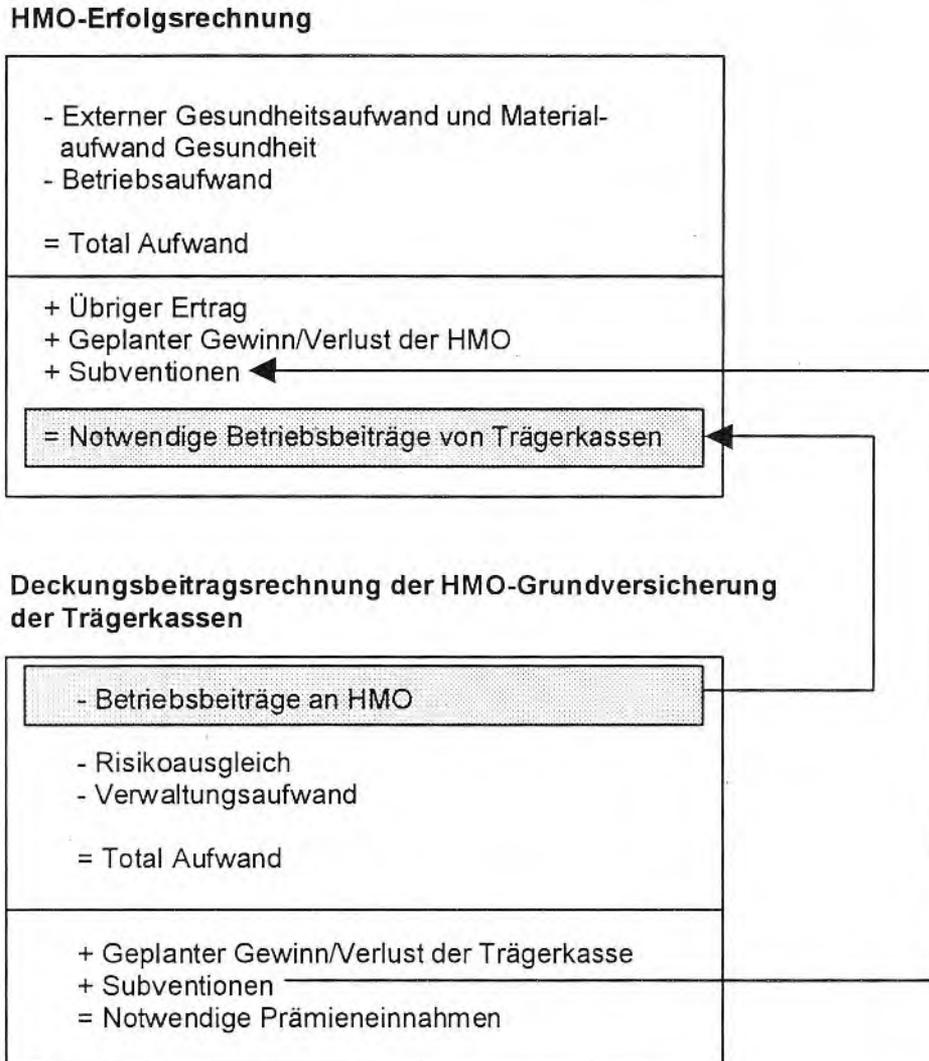
- Festlegung der Prämienhöhe
- Festlegung der Betriebsbeiträge
- Gewinnpolitik und -verwendung

Diese Zusammenhänge werden im folgenden anhand der entsprechenden Darstellung erläutert.

(3) Vereinfacht kann der **Budgetierungsprozess** (Abb. 5.3.2.1) der Erfolgsrechnungen wie folgt beschrieben werden: Auf Basis der Anzahl der Mitglieder und ihrer Risikostruktur sowie der zur Betreuung notwendigen personellen und übrigen Infrastruktur erstellen die

**HMO** ein Budget, aus dem sich die notwendigen Betriebsbeiträge ableiten lassen. Einen variablen Faktor bildet dabei der geplante Gewinn/Verlust. In der Aufbauphase einer HMO fallen aufgrund von Unterauslastungen und Projektkosten Verluste an, die durch Gewinne in den folgenden Jahren gedeckt werden. Anschliessend besteht die Möglichkeit, jeweils ein ausgeglichenes Resultat oder weiterhin Gewinne anzustreben.

**Abbildung 5.3.2.1: Budgetierungszusammenhänge HMOs (vereinfacht)**



Das Budget wird anschliessend mit den **Trägerkassen** verhandelt und verabschiedet. Die Prämieinnahmen bilden den Eckwert für die Budgetierung der Trägerkassen (und der HMOs). Nach Berücksichtigung des Risikoausgleichs sowie der anfallenden Verwaltungskosten kann die verhandelbare Summe der Betriebsbeiträge berechnet werden. Einen variablen Faktor bildet dabei der geplante Gewinn/Verlust in den Deckungsbeitragsrechnungen der Trägerkassen. Art. 9 Vo V besagt aber, dass für eine Finanzierungsperiode von mind. 3 Jahren ein Gleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben erzielt werden muss.

(4) Aus diesen Zusammenhängen ergibt sich eine Abhängigkeit zwischen der Prämienpolitik sowie der Gewinn-/ (Verlust-) politik. Die übrigen Aufwand- und Ertragspositionen sowohl in der HMO-Erfolgsrechnung als auch in den Deckungsbeitragsrechnungen der Trägerkassen haben eine gesetzliche (z.B. Risikoausgleich) und/oder betriebswirtschaftliche Grundlage (z.B. Personalaufwand, Rückstellungen). Die Betriebsbeiträge sind schliesslich eine resultierende Grösse aus diesen zwei Betrachtungsblickwinkeln.

(5) Auf der Grundlage einer betriebswirtschaftlichen Budgetierung unter Einhaltung aller gesetzlichen Vorschriften und der Zielsetzung eines ausgeglichenen Ergebnisses ergibt sich eine betriebswirtschaftlich notwendige Prämiensumme für die HMOs (für diese Betrachtung müssen Effekte der Aufbauphase einer HMO auf die Erfolgsrechnung ausgeklammert werden). Dabei ist es möglich, dass sich eine Diskrepanz zwischen betriebswirtschaftlich notwendigen sowie zwischen dem BSV und den Trägerkassen vereinbarten Prämien ergibt. Falls die vereinbarten Prämien höher sind als die betriebswirtschaftlich notwendigen, würden in den Deckungsbeitragsrechnungen für die HMO-Versicherung der Trägerkassen und/oder in den HMO-Erfolgsrechnungen Gewinne anfallen.

Es würde sich dann die Frage stellen, ob die so erzielten Gewinne in Form einer Prämienreduktion an die versicherten Mitglieder weitergegeben werden könnten bzw. müssten oder anderweitig von den HMOs und der Trägerkassen (z.B. Finanzanlagen, Investitionen) eingesetzt werden dürften. D.h. mit anderen Worten, dass im HMO-Modell generell eine Prämienbemessung nach betriebswirtschaftlichen Kriterien möglich sein müsste. Dabei können sich durchaus unterschiedliche Prämien je HMO ergeben, auch in der gleichen Standortregion der HMOs. Dies würde jedoch dem Prinzip der Marktwirtschaft entsprechen.

### 5.3.3 Finanzierung

(1) Der Aufbau einer HMO-Gruppenpraxis bedingt, dass Kapazitäten und damit Investitionen zukunftsgerichtet geplant und somit gross genug vorgenommen werden. Dies hat aber zur Folge, dass aufgrund der Überkapazität bzw. Unterauslastung der Praxis in der Startphase Betriebsdefizite entstehen. Unter dem Aspekt der Finanzierung sind deshalb zwei Fragestellungen von Bedeutung:

- Investitionen in HMO-Praxen
- Ausgleich von Betriebsdefiziten in der Startphase.

(2) Die Durchführung und Finanzierung einer **Investition** in eine HMO-Gruppenpraxis betrifft sowohl bei der HMO-Buchhaltung wie bei derjenigen der Trägerkassen die Bilanz.

Die Trägerkassen gewähren den HMOs zur Finanzierung der Investitionen ein Darlehen bzw. einen Investitionskredit. Bei den IGAK-HMOs kommen dabei die ortsüblichen Zinskonditionen zur Anwendung (1. Neuhypothek der ortsansässigen Kantonalbank), beim MZH Zürich wurde ein Zinssatz von 6% vereinbart. Die HMOs aktivieren die Investitionen und weisen das Darlehen bzw. den Investitionskredit als Fremdkapital aus. Die Abschreibungen und die Zinsen gehen in die Erfolgsrechnung ein, die über die Betriebsbeiträge der Trägerkassen finanziert werden. Die Rückzahlung der Darlehen bzw. Investitionskredite erfolgt je nach wirtschaftlichem Erfolg der HMOs und wird aus den durch die HMOs erarbeiteten liquiden Mitteln vorgenommen.

Bei den Trägerkassen werden die gewährten Darlehen bzw. Investitionskredite unter den Finanzanlagen in der Bilanz ausgewiesen, die eingehenden Zinserträge beim betriebsfremden Ertrag verbucht. **Dadurch wird gewährleistet, dass die HMOs nicht durch die ordentlichen Versicherungssparten der Trägerkassen finanziert werden.**

(3) Die **Betriebsdefizite** entstehen in der Startphase einer HMO aus Verzinsung und Abschreibung der notwendigen vorzunehmenden Investitionen, deren Kapazität mittelfristig ausgelegt ist und daher während der Aufbauphase nicht ausgelastet ist sowie von Personalkapazitäten, die in der Startphase ebenfalls nicht vollumfänglich ausgelastet sind.

Das System der Darlehens- bzw. Betriebskreditgewährung entspricht dem oben erläuterten System, ausser dass das MZH Zürich den Betriebskredit mit 7% verzinsen musste.

Bei den Trägerkassen werden die gewährten Darlehen bzw. Betriebskredite unter den Finanzanlagen in der Bilanz ausgewiesen, die Zinserträge beim betriebsneutralen Ertrag vereinnahmt. **Dies dient wiederum dem Zweck, dass die HMOs nicht durch die ordentlichen Versicherungsparten der Trägerkassen finanziert werden.**

## 5.4 Strukturvergleich der HMOs

(1) Die folgenden Abbildungen geben die Aufwand- und Ertragsstrukturen der HMOs für die Jahre 1992, 1993 und 1994 wieder.

(2) Bei der Analyse der Prozentzahlen ist zu berücksichtigen, dass die einzelnen HMOs über eine unterschiedliche Anzahl Betriebsjahre verfügen:

Bezeichnung	Anzahl Betriebsjahre Ende 1992	Anzahl Betriebsjahre Ende 1993	Anzahl Betriebsjahre Ende 1994
- HMO Zürich-Wiedikon	3	4	5
- HMO Zürich-Stadelhofen	1 <sup>5</sup> / <sub>12</sub>	2 <sup>5</sup> / <sub>12</sub>	3 <sup>5</sup> / <sub>12</sub>
- HMO Basel	1 <sup>1</sup> / <sub>4</sub>	2 <sup>1</sup> / <sub>4</sub>	3 <sup>1</sup> / <sub>4</sub>

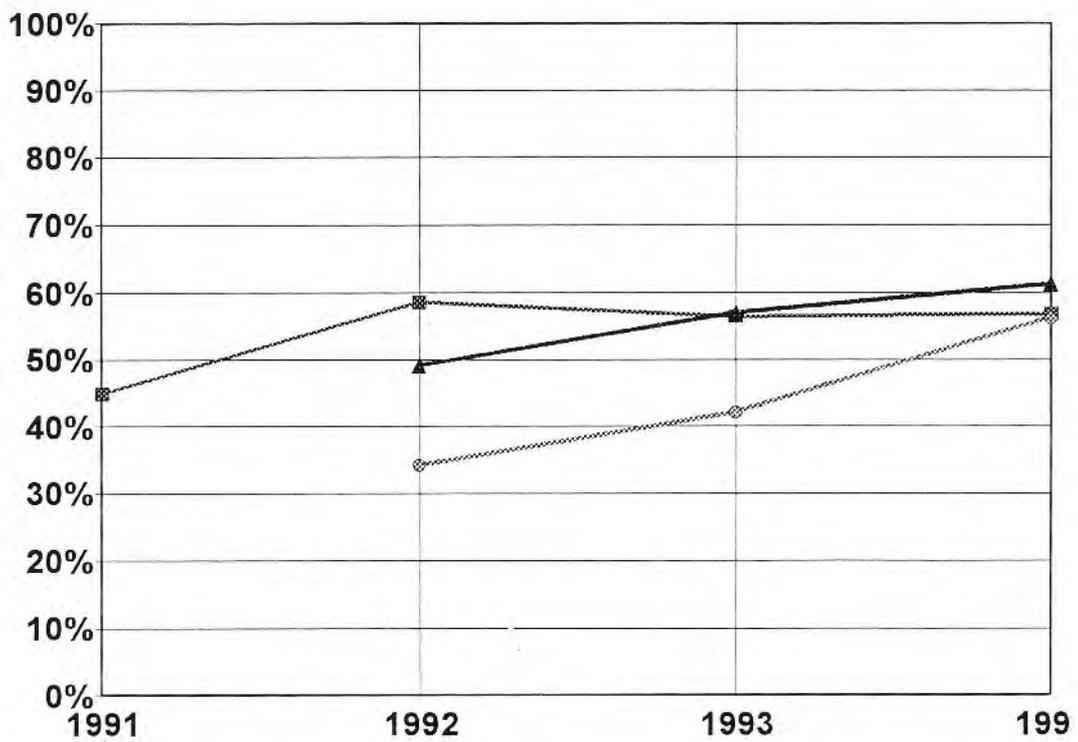
(3) Die Analyse der Aufwand- und Ertragsstrukturen der drei HMOs zeigt für die Jahre 1992, 1993 und 1994, dass die **Strukturentwicklung** grundsätzlich in die **gleiche Richtung** weist (Abb. 5.4.1, 5.4.2 und 5.4.3). Insbesondere lässt sich feststellen, dass eine ähnliche Entwicklung zeitlich verschoben, aufgrund der unterschiedlichen Betriebsjahre der HMOs, stattfindet.

(4) Die **Analyse der Struktur des Gesamtaufwandes** für die HMOs zeigt (Abb. 5.4.1, 5.4.2), dass der Anteil des Betriebsaufwandes mit zunehmenden Betriebsjahren im Vergleich zum Anteil des externen Gesundheitsaufwandes und des Materialaufwandes Gesundheit abnimmt. Dies hängt damit zusammen, dass sich die Auslastung der HMO-Gruppenpraxen mit zunehmenden Betriebsjahren verbessert, was sich am altersbedingten Unterschied der Werte zwischen der HMO Zürich-Wiedikon und der HMO Basel sehr gut nachvollziehen lässt. Der prozentuale Anteil des Betriebsaufwandes kann kurzzeitig jeweils wieder ansteigen, wenn sprungfixe Kosten auslösende (Erweiterungs-) Investitionen getätigt werden müssen (z.B. zusätzliche Mitarbeiter, Räumlichkeiten).

Nach erheblichen Anfangsschwierigkeiten aufgrund einer Unterauslastung zeigen jetzt auch die Korrekturmassnahmen der HMO Zürich-Stadelhofen Wirkung, indem sich die Strukturwerte der Erfolgsrechnung den Werten der anderen HMOs angleichen.

Abbildung 5.4.1: Entwicklung des externen Gesundheitsaufwandes und Materialaufwandes Gesundheit (in % des Gesamtaufwandes)

Anteil in %

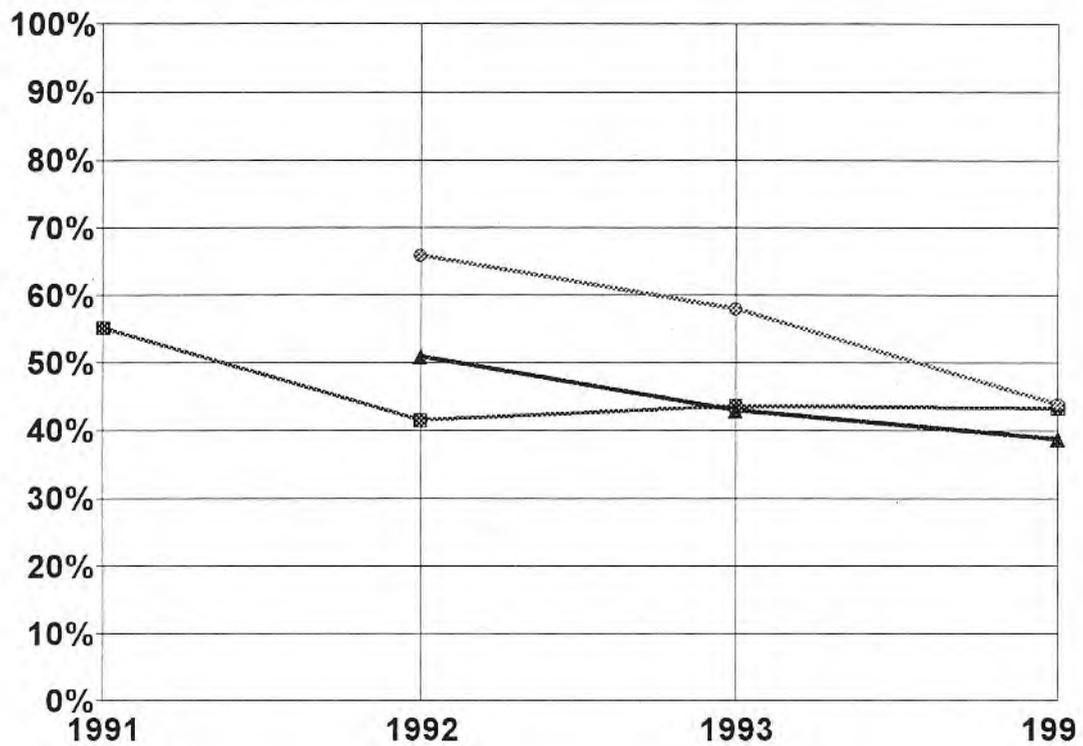


Legende:

- HMO Zürich-Wiedikon
- ▲— HMO Basel
- ◇--- HMO Zürich-Stadelhofen

Abbildung 5.4.2: Entwicklung des Betriebsaufwandes (in % des Gesamtaufwandes)

Anteil in %

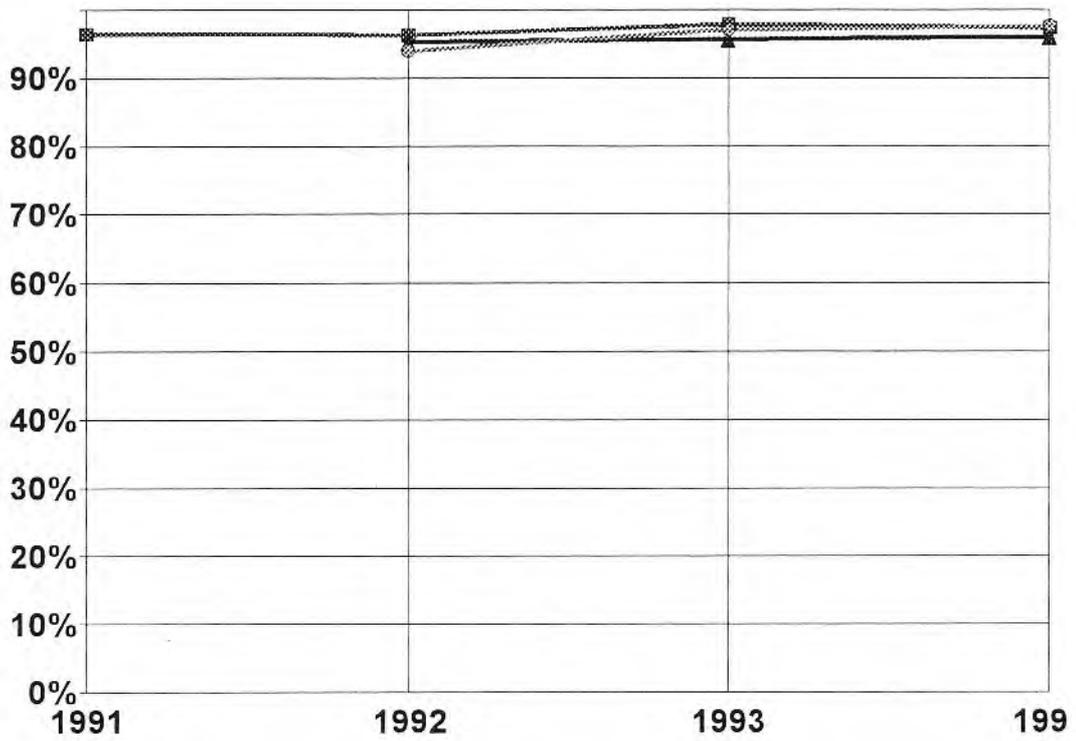


Legende:

- HMO Zürich-Wiedikon
- ▲— HMO Basel
- HMO Zürich-Stadelhofen

Abbildung 5.4.3: Entwicklung der Trägerkassenbeiträge und Subventionen (in % des Ertrages)

Anteil in %



(5) Die **externen Leistungen** stellen bei den HMOs innerhalb des gesamten Aufwandes für 1994 mit einem Anteil von rund 45 % den grössten Einzelposten dar. Dieser Wert hat bei allen HMOs in den Untersuchungsjahren laufend zugenommen (Tab. 5.4.1). Dies kann mit verschiedenen Entwicklungen zusammenhängen, deren Einfluss im einzelnen aber nicht genau bestimmt werden kann:

- Die internen räumlichen Kapazitäten und damit die internen personellen Kapazitäten können nicht beliebig erweitert werden, so dass bei steigendem Mitgliederbestand:
  - Leistungen vermehrt an externe Leistungserbringer verlagert werden müssen,
  - oder als Alternative IPA-Netze gefördert werden können.
- Die Auslastung der internen Kapazitäten kann bei steigenden Mitgliederzahlen zu einer Verlagerung an externe Leistungserbringer führen.
- Der Gesundheitszustand der HMO-Mitglieder verschlechtert sich im Vergleich zur Gründungsphase der HMOs bzw. mit der Dauer der Mitgliedschaft und erfordert einen vermehrten Einsatz von externen Leistungserbringern.

Der hohe Anteil der **externen Leistungserbringer** ist insofern von Bedeutung, als hier zentrale, durch die HMO beeinflussbare **Steuerungsmöglichkeiten** bestehen, indem entschieden werden muss, ob stärker HMO-interne oder HMO-externe Leistungserbringer eingesetzt werden sollen bzw. können. Es ist grundsätzlich davon auszugehen, dass externe Leistungserbringer zur Zeit nur beschränkt gesteuert werden können. Dieser Kostenblock ist insgesamt nur bedingt durch die HMOs beeinflussbar. Weil die interne Leistungserbringung einem stärkeren Einfluss der HMO-Geschäftsführung untersteht, wäre deshalb - soweit als möglich und sinnvoll - eine interne Leistungserbringung gegenüber einer externen vermehrt zu fördern. Wir sind daher der Auffassung, dass der Vergabe- und Kostenkontrolle bei externen Leistungserbringern eine grosse Bedeutung bei der Führung einer HMO zukommen muss.

(6) Die Struktur des **Betriebsaufwandes** ist bei den einzelnen HMOs insgesamt sehr ähnlich (Tab. 5.4.2 und 5.4.3). Der Personalaufwand als wichtigste Komponente weist einen Anteil von 55 bis 60 % am Betriebsaufwand und von knapp 25% am gesamten Aufwand auf. Personelle, räumliche und weitere infrastrukturelle Investitionen belasten durch Abschreibungen und Kapitalkaufwand die Erfolgsrechnungen von jungen HMOs sehr stark. Andererseits sollten zunehmende Mitgliederzahlen zu höheren Auslastungsgraden und damit tieferen absoluten Betriebskosten pro Versicherten führen.

(7) Die Analyse der **Ertragsstrukturen** zeigt (Abb. 5.4.3, Tab. 5.4.1 bis 5.4.3), dass die Ertragsseite der HMO-Erfolgsrechnungen zu rund 97% durch Beiträge der Trägerkassen aufgrund von Prämienzahlungen der HMO-Mitglieder sowie von anteiligen Bundes- und Kantonssubventionen gespeist wird. Die übrigen Einnahmequellen spielen rein ertragsmässig gesehen eine untergeordnete Rolle.

**Tabelle 5.4.1** Aufwand- und Ertragsstrukturen der HMOs 1992, 1993 und 1994 (in % insgesamt)

HMO	Zürich-Wiedikon			Basel			Zürich-Stadelhofen		
	1992	1993	1994	1992	1993	1994	1992	1993	1994
Externer Gesundheitsaufwand und Materialaufwand Gesundheit	58,5	56,5	57,1	49,1	57,0	61,3	34,2	42,1	56,2
- Materialaufwand	7,3	10,7	11,2	9,2	11,4	11,9	6,1	9,3	2)
- Externe Leistungen	40,4	40,1	44,5	28,0	39,6	46,1	25,2	32,7	2)
- Sonstiger Gesundheitsaufwand (u.a. Rückstellungen)	10,8	5,6	1,5	12,0	6,1	3,4	2,8 <sup>1)</sup>	0,2 <sup>1)</sup>	2)
Betriebsaufwand	41,5	43,6	42,9	50,9	43,0	38,7	2)	57,9	43,8
- Personalaufwand	22,4	24,6	23,6	24,3	24,6	23,8	-	27,2	24,0
- Übriger Betriebsaufwand	11,3	9,6	6,8	12,5	9,2	8,4	-	16,0	9,5
- Abschreibungen	6,0	3,9	6,4	7,5	4,2	4,3	-	7,1	4,8
- Sonstiger Aufwand	1,8	5,5	6,1	6,6	5,0	2,2	-	7,7	5,5
Erträge	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
- Beiträge Trägerkasse(n) an HMO	77,2	78,0	80,2	82,1	85,0	85,6	76,3	79,2	97,6 <sup>3)</sup>
- Bundes-/Kantonssubventionen	19,1	19,8	17,2	13,2	10,7	10,4	17,7	17,9	-
- Übrige Erträge HMO-Versicherte	-	1,2	0,1	-	0,9	0,5	5,6	2,5	-
- Erträge Nicht-HMO-Versicherte	1,4	0,3	1,8	3,6	2,3	2,5	-	-	2,0
- Sonstige Erträge	2,3	0,8	0,7	1,1	1,2	0,9	0,4	0,4	0,4

1) Dieser Prozentsatz enthält im Vergleich zu den IGAK-HMOs keine Rückstellungen (fällt bei Helvetia an).

2) Keine Detailzahlen verfügbar.

3) Beiträge Trägerkasse an HMO inkl. Bundes-/Kantonssubventionen.

**Tabelle 5.4.2** Aufwand- und Ertragsstrukturen der HMOs 1992, 1993 und 1994 (in % je Aufwand- und Ertragsgruppe)

HMO	Zürich-Wiedikon			Basel			Zürich-Stadelhofen		
	1992	1993	1994	1992	1993	1994	1992	1993	1994
Externer Gesundheitsaufwand und Materialaufwand Gesundheit	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
- Materialaufwand	12,5	19,0	19,5	18,6	19,9	19,3	18,0	22,0	2)
- Externe Leistungen	69,1	71,1	77,9	57,0	69,4	75,2	73,7	77,6	2)
- Sonstiger Gesundheitsaufwand (u.a. Rückstellungen)	18,4	9,9	2,6	24,4	10,7	5,5	8,3 <sup>1</sup>	0,4 <sup>1</sup>	2)
Betriebsaufwand	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
- Personalaufwand	54,1	56,4	55,1	47,8	57,2	61,6	3) -	46,9	54,8
- Übriger Betriebsaufwand	27,2	22,1	15,9	24,6	21,4	21,7	3) -	27,8	21,6
- Abschreibungen	14,5	9,0	14,8	14,8	9,7	11,2	3) -	12,2	11,0
- Sonstiger Aufwand	4,3	12,5	14,2	12,9	11,7	5,5	3) -	13,3	12,6
Erträge	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
- Beiträge Trägerkasse(n) an HMO	77,2	78,0	80,2	82,1	85,0	85,6	76,3	79,2	97,6 <sup>4)</sup>
- Bundes-/Kantons-subventionen	19,1	19,8	17,2	13,2	10,7	10,4	17,4	17,9	-
- Übrige Erträge HMO-Versicherte	-	1,2	0,1	-	0,9	0,5	5,6 <sup>5)</sup>	2,5 <sup>5)</sup>	-
- Erträge Nicht-HMO-Versicherte	1,4	0,3	1,8	3,6	2,3	2,5	3)	3)	2,0
- Sonstige Erträge	2,3	0,8	0,7	1,1	1,2	0,9	0,4	0,4	0,4

1) Dieser Prozentsatz enthält im Vergleich zu den IGAK-HMOs keine Rückstellungen (fällt bei Helvetia an).

2) Keine Detailzahlen verfügbar.

3) Keine vergleichbaren Zahlen vorhanden, da Betriebsaufwand nur für 17 Monate (August 1991 bis Dezember 1992)

4) Beiträge Trägerkasse an HMO inkl. Bundes-/Kantonssubventionen.

5) Übriger Ertrag HMO-Versicherte enthält auch Erträge Nicht-HMO-Versicherte.

**Tabelle 5.4.3:** Aufwand- und Ertragsstrukturen der HMOs 1992, 1993 und 1994  
(in % im Durchschnitt aller HMOs)

HMO	Ø insgesamt			Ø je Aufwand-/Ertragsgruppe		
	1992	1993	1994	1992	1993	1994
<b>Aufwand-/Ertragsart</b>						
Externer Gesundheitsaufwand und Materialaufwand Gesundheit	55,0	52,2	58,3	100,0 <sup>1)</sup>	100,0	100,0 <sup>1)</sup>
- Materialaufwand	8,0	10,5	.. <sup>2)</sup>	14,6	20,0	19,4
- Externe Leistungen	35,7	37,7	.. <sup>2)</sup>	65,0	72,1	76,6
- Sonstiger Gesundheitsaufwand (u.a. Rückstellungen)	11,3	4,0	.. <sup>2)</sup>	20,4	7,9	4,0
Betriebsaufwand	45,0	47,8	41,7	100,0	100,0	100,0
- Personalaufwand	23,1	25,4	23,8	51,4	53,1	57,1
- Übriger Betriebsaufwand	11,7	11,4	8,1	26,1	23,9	19,4
- Abschreibungen	6,6	5,0	5,2	14,6	10,4	12,5
- Sonstiger Aufwand	3,6	6,0	4,6	7,9	12,6	11,0
Erträge	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
- Beiträge Trägerkasse(n) an HMO	78,3	80,8	97,0 <sup>3)</sup>	78,3	80,8	97,0 <sup>3)</sup>
- Bundes-/Kantons-subventionen	17,1	16,1	-	17,1	16,1	-
- Übrige Erträge HMO-Versicherte	1,7	1,4	0,2	1,7	1,4	0,2
- Erträge Nicht-HMO-Versicherte	1,6	0,9	2,1	1,6	0,9	2,1
- Sonstige Erträge	1,3	0,8	0,7	1,3	0,8	0,7

1) HMOs Zürich-Wiedikon und Basel.

2) Keine Detailangaben für HMO Zürich-Stadelhofen verfügbar.

3) Beiträge Trägerkassen an HMO inkl. Bundes-/Kantonssubventionen.

## 5.5 Wirtschaftlichkeit des HMO-Modells

(1) Die beiden HMOs Zürich-Wiedikon und Basel erreichen seit 1993 positive Ergebnisse in der Erfolgsrechnung. Dies widerspiegelt den erfolgreichen Übergang von der Start- in die Konsolidierungsphase. Trotz der für die Staff-Model-HMOs typischen hohen Anfangsinvestitionen und damit verbundenen Aufwandsbelastungen der Erfolgsrechnung (u.a. Kapitalzins) haben diese beiden HMOs bereits nach 2 - 4 Betriebsjahren und einem vergleichsweise niedrigen Versichertenbestand von rund 4'500/5'500 Mitgliedern positive Betriebsergebnisse erreicht. Die in den oben erwähnten HMOs erzielten positiven Betriebsergebnisse sind ohne Quersubventionierungen durch die ordentlichen Versicherungssparten erzielt worden. Aufgrund der wenigen vorliegenden Erfahrungen und der bis jetzt nur in einer geringen Anzahl betriebenen HMO-Modelle in der Schweiz können aber zum jetzigen Zeitpunkt noch keine allgemein gültigen Aussagen über die Anzahl Jahre, die eine HMO bis zum Break-even benötigt, gemacht werden. Wichtig ist jedoch, dass Staff-Model-HMOs aufgrund der systembedingten hohen Investitionen und den Unterauslastungen in der Regel Verluste in der Erfolgsrechnung in der Startphase erwirtschaften. Diese sollten jedoch nicht durch überhöhte Prämien gleich zu Beginn abgefangen werden.

(2) Die Analyse und Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der HMO-Gruppenpraxen hat gezeigt, dass das Management derselben deutlich höhere Anforderungen vor allem an die medizinische, aber auch die kaufmännische Leitung stellt als dies im Vergleich dazu traditionelle Einzel- oder Gruppenpraxen tun. Dies bezieht sich sowohl auf die Anforderungen an das Management und Controlling (Planung, Budgetierung, Kontrolle) des medizinischen Bereiches (u.a. externe Leistungserbringer) als auch des betrieblich-infrastrukturellen Bereiches. So lassen sich Unterschiede in der Wirtschaftlichkeit der drei in die Evaluation einbezogenen HMOs **zum Teil** auf eine unterschiedliche Qualität des Managements zurückführen. Dies bedeutet, dass die weitere Entwicklung des Bereiches Managed Health Care zu sehr guten Erfolgen, aber durchaus auch zu vereinzelt Misserfolgen führen kann. In dieser Hinsicht unterscheidet sich die Gesundheitsbranche in bezug auf den Erfolg von Innovationsprojekten jedoch nicht von anderen Branchen der Wirtschaft.

(3) Die Evaluation der Wirtschaftlichkeit des HMO-Modelles hat zwei wesentliche Erkenntnisse hervorgebracht:

- Das Betreiben einer HMO-Gruppenpraxis stellt hohe Anforderungen an das Management, d.h. an die medizinische und kaufmännische Leitung. Dies erfordert insbesondere, dass auch der medizinische Leiter über betriebswirtschaftliche Kenntnisse verfügt oder sich diese aneignen muss. Eine weitere Entwicklung der Managed Health Care in der Schweiz erfordert deshalb auch die Qualifizierung der entsprechenden, insbesondere medizinischen, Führungskräfte.
- Es konnte festgestellt werden, dass kaum effektive betriebswirtschaftliche Instrumente, insbesondere Controllinginstrumente, zur Führung der neu gebildeten HMOs vorhanden waren. Die notwendigen Instrumente mussten in der Regel durch die HMOs selber mit einem entsprechenden Aufwand entwickelt werden. Dadurch hat sich die Qualität der Steuerung laufend verbessert.

(4) Für die Gesamtbeurteilung des HMO-Modelles ist die Wirtschaftlichkeit der HMO-Gruppenpraxen jedoch nicht die entscheidende Fragestellung. Die zentrale Frage ist, ob HMOs bei gleicher Risikostruktur ihrer Mitglieder im Vergleich zu Versicherten im traditionellen System kostengünstiger arbeiten.

Anhang

HMO-Erhebungsbogen 1994

HMO-Evaluation im Auftrag des Bundesamts für Sozialversicherung

## HMO-Erhebungsbogen für das Jahr 1994

Übersicht	Seite
1. Allgemeine Rahmendaten	1
2. Personal	2
3. Sachausstattung	6
4. VertragspartnerInnen / Vertragsgestaltung	8
5. Leistungen / Angebot der HMO	9
6. Konsultationen und stationäre Behandlungen	11
7. Kosten und Erträge	13

HMO: .....

1. ALLGEMEINE RAHMENDATEN

1.1 Anzahl HMO-Versicherte

Bestand zu:		— Jahresbeginn: .....	
		— Jahresende: .....	
Monat	Eintritte	Austritte	
Januar	.....	.....	
Februar	.....	.....	
März	.....	.....	
April	.....	.....	
Mai	.....	.....	
Juni	.....	.....	
Juli	.....	.....	
August	.....	.....	
September	.....	.....	
Oktober	.....	.....	
November	.....	.....	
Dezember	.....	.....	

1.2 Altersstruktur

Alter	männlich	weiblich	total
0 - 15	.....	.....	.....
16 - 20	.....	.....	.....
21 - 25	.....	.....	.....
26 - 35	.....	.....	.....
36 - 45	.....	.....	.....
46 - 55	.....	.....	.....
56 - 65	.....	.....	.....
66 - 75	.....	.....	.....
76 - 85	.....	.....	.....
86 +	.....	.....	.....

1.3 Anzahl Patienten in der HMO (im Erhebungsjahr)

Patienten in der HMO insgesamt:	.....
davon: — HMO-Versicherte <sup>1)</sup>	.....
davon: Patienten, für deren Behandlung (auch) Dritte	
leistungspflichtig waren (z.B. SUVA, IV, MV, Haftpflicht)	.....
— Nicht HMO-Versicherte <sup>1)</sup>	.....
davon: Patienten, für deren Behandlung (auch) Dritte	
leistungspflichtig waren (z.B. SUVA, IV, MV, Haftpflicht)	.....

1) Versicherungsstatus zum Stichtag 31.12.d.J.

## 2. PERSONAL

Nachfolgend finden Sie Kopien Ihrer Angaben für 1993.

Bitte **aktualisieren** Sie diese in folgender Hinsicht:

- **Abgänge:** Bitte streichen und den Zeitpunkt des Ausscheidens vermerken.
- **Neuzugänge:** Bitte entsprechend ergänzen.
- **Sonstige Veränderungen:** Bitte notieren Sie auch allfällige Veränderungen beim angestammten Personal hinsichtlich Voll-/Teilzeitpensum (einschl. Zeitpunkt!) und hinsichtlich der Zusatzqualifikationen:

Ergänzend bitten wir, beim **Verwaltungspersonal** grob die **Funktion(en)** der einzelnen Personen bzw. allfällige Veränderungen zu notieren sowie die prozentuale Verteilung bei mehreren Aufgaben. Diese Angaben sollen die Unterscheidung von Praxis- und Kassenfunktionen innerhalb der HMO ermöglichen.

2. PERSONAL (hauptberuflich in HMO tätige Personen)

Beruf/Tätigkeit ggf. Fachrichtung <sup>1)</sup>	Geschl.	Geburts- jahr	Voll-/ Teil- zeit in %	In HMO tätig seit ggf. bis (Monat/Jahr)	Anzahl Berufs- jahre seit Ende d. Ausbildung <sup>2)</sup>	Zusatzqualifikationen	Weiterbil- dungstage pro Jahr <sup>3)</sup>	Bemerkungen
° Ärztinnen/Ärzte								
1 .....								
2 .....								
3 .....								
4 .....								
5 .....								
6 .....								
7 .....								
8 .....								
9 .....								
10 .....								
11 .....								
12 .....								
13 .....								
14 .....								
15 .....								

- 1) ggf. durchnummerieren (z.B. Internist 1, Internist 2, ...), keine Namen
- 2) erste Ausbildung in für HMO-Tätigkeit einschlägigem Beruf
- 3) Angaben können auch in Form eines Weiterbildungsprotokolls o.ä. beigelegt werden.





3. SACHAUSSTATTUNG

3.1 Medizinische Apparaturen (nur Anschaffungen im Jahr 1994)

Genauere Bezeichnung	Anschaffung	
	Datum	Preis
- EKG	.....	.....
- Ergometrie (Belastungs-EKG)	.....	.....
- Lungenfunktionsprüfung	.....	.....
- Ultraschallgerät	.....	.....
- Röntgengerät	.....	.....
- Doppler	.....	.....
- Laborgeräte	.....	.....
• blutchemisches Untersuchungsgerät	.....	.....
• Mikroskop (Hämatologie)	.....	.....
• Urindiagnostik	.....	.....
• Bakteriologie	.....	.....
ggf. weitere Geräte für tarifierbare Leistungen	.....	.....
•	.....	.....
•	.....	.....
•	.....	.....
•	.....	.....
•	.....	.....
•	.....	.....
•	.....	.....



**4. VERTRAGSPARTNER/INNEN / VERTRAGSGESTALTUNG<sup>1)</sup>**  
(einschl. freie MitarbeiterInnen)

- Angaben je Kalenderjahr
- betrifft nur explizit geschlossene Verträge mit externen, nicht der HMO zuzuordnenden medizinischen Leistungserbringern
- je Vertrag 1 Blatt, gleichlautende Verträge können zusammengefasst werden

—	<b>Beruf/Tätigkeit des Vertragspartners/ der Vertragspartnerin</b> .....
—	ggf. bei mehreren gleichlautenden Verträgen Anzahl: .....
—	Laufzeit des Vertrages:                      von.....                      bis.....
—	<b>Art der vertraglichen Leistung (genaue Bezeichnung):</b> ..... ..... .....
—	<b>spezielle Vereinbarungen zu Preis oder Menge:<sup>2)</sup></b> ..... ..... .....  Soweit keine Gebührenordnung massgeblich: Preis liegt im Vergleich zum Marktpreis: <sup>3)</sup> - höher                      - etwa gleich                      - niedriger  <b>Bemerkungen:</b> ..... ..... .....
—	<b>Nutzung / Inanspruchnahme (Erhebungsjahr):<sup>4)</sup></b> .....Patienten zum Vergleich: im Berichtsjahr zu gleichartigen Anbietern ohne speziellen Vertrag .....Patienten
—	<b>besondere Vereinbarungen / Bemerkungen:<sup>2)</sup></b> ..... ..... ..... .....

1) Inanspruchnahme in 1993 für alle laufenden Verträge angeben, ansonsten nur allfällige Veränderungen gegenüber dem Vorjahr.  
 2) ggf. auf Extrablatt darstellen bzw. erläutern.  
 3) Zutreffendes unterstreichen.  
 4) bei mehreren gleichlautenden Verträgen Gesamtzahl.



Leistung / Angebot	Anzahl im Erhebungs- jahr	Anzahl Patienten	Bemerkungen
<b>5.2 Einzelberatung (nicht ärztlich)</b> Gesundheitsschwester ..... andere: ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....
<b>5.3 Haus- und Spitalbesuche (nicht ärztlich)</b> Gesundheitsschwester: Hausbesuche ..... Gesundheitsschwester: Spitalbesuche ..... andere: .....	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....
<b>5.4 Interne Physiotherapien</b> Gesundheitsschwester ..... andere: ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....
<b>5.5 Sonstiges (z.B. Homöopathie etc.)</b> ..... ..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... .....

6. KONSULTATIONEN UND STATIONÄRE BEHANDLUNGEN

6.1 Patientenkontakte der Ärztinnen / Ärzte

Nr.	Arzt/Ärztin (nur Fachrichtung) <sup>1)</sup>	Patientenkontakte im Erhebungsjahr	Ø-Anzahl Konsultationen pro Arbeitsstunde
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

1) Reihenfolge/Numerierung wie oben unter 2. (Personal)

6.2 Stationäre Behandlung von HMO-Versicherten - im Erhebungsjahr beendete Spitalaufenthalte

Blatt Nr. ....

Lfd. Nr.	Persönl. Angaben		Art des Spitals <sup>1)</sup>	Hauptdiagnose <sup>2)</sup>	ggf. Hauptoperation <sup>2)</sup>	Aufenthaltsdauer in Tagen <sup>3)</sup>	eingewiesen von <sup>4)</sup>		Notfall <sup>4)</sup>
	Alter	Geschlecht					HMO	extern <sup>5)</sup>	
1	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
3	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
4	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
5	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
6	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
7	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
8	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
9	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
10	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
11	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
12	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
13	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
14	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
15	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
16	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
17	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
18	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
19	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
20	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

1) Akutklinik (A), Psychiatrische Klinik (P) oder Klinik für Langzeitbehandlung (L)  
 2) VESKA-Schlüssel (dreistellig) nach Angaben des Spitals  
 3) einschliesslich Austrittstag

4) Zutreffendes bitte ankreuzen  
 5) autorisierte Einweisungen

7. KOSTEN UND ERTRÄGE

7.1 Externer Gesundheitsaufwand und Materialaufwand Gesundheit<sup>1)</sup>

<b>1. Materialaufwand</b>	<b>Fr.</b>
a) Medikamente insgesamt	.....
davon: — intern verbrauchte	.....
— intern rezeptierte (HMO)	.....
— extern rezeptierte	.....
b) Materialaufwand intern (Verbrauchsmaterial, medizinische Hilfs- und Betriebsmaterialien, Labor, Röntgen)	.....
c) Hilfsmittel (Brillen u.ä.)	.....

<b>2. Externe Leistungen</b>				
a) an PatientInnen				
Leistungserbringer	Leistung durch HMO übernommen zu:			Total
	100 %	50/25 % <sup>2)</sup>	..... % <sup>3)</sup>	
- frei praktizierende Ärzte	.....	.....	.....	.....
- Andere freiberuflich Tätige <sup>4)</sup>	.....	.....	.....	.....
- Polikliniken	.....	.....	.....	.....
- Rehabilitation, Kuren	.....	.....	.....	.....
- Physikalische Therapie (extern)	.....	.....	.....	.....
- Stationär	.....	.....	.....	.....
- Spitex	.....	.....	.....	.....
-	.....	.....	.....	.....
-	.....	.....	.....	.....
b) Laborleistungen (Fremduntersuchungen)				.....

- 1) Ohne Personalaufwand für hauptamtliche MitarbeiterInnen.
- 2) Bitte je HMO gültigen Satz unterstreichen.
- 3) Freie Spalte für Spezialfälle.
- 4) Nicht-Ärzte, z.B. Psychologen, Chiropraktiker.

3. Sonstiger Gesundheitsaufwand	Fr.
Rückstellungen <sup>5)</sup>	.....
Gesundheitsvorsorge (Honorare für externe Kursreferenten u.ä.)	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
Total	.....

5) Veränderung der Rückstellungen gegenüber Vorjahr bitte begründen.



7.3 Erträge

	Fr.
<b>1. HMO-Versicherte:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beiträge der Trägerkasse(n) an HMO</li> <li>- Bundes- / Kantonssubventionen</li> <li>- Honorare nach SUVA / IV / MV-Tarif</li> <li>- Rückforderungen von Privatversicherungen</li> <li>- Übrige Erträge</li> </ul>	 ..... ..... ..... ..... .....
<b>2. Nicht - HMO - Mitglieder:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Honorare KK-Tarif</li> <li>- Honorare SUVA / IV / MV-Tarif</li> <li>- Honorare Privattarif</li> </ul>	 ..... ..... .....
<b>3. Sonstige Erträge aus medizinischer Tätigkeit:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erträge aus Spitaltätigkeiten</li> <li>- Erträge als Kursleiter, Vorträge, Gutachter etc.</li> </ul>	 ..... .....
<b>4. Erträge aus Gesundheitsvorsorge:</b> (Teilnahmegebühren für Kurse etc.)	 .....
<b>5. Sonstiges:</b> ..... .....	 ..... .....
<b>Total Erträge</b>	 .....

## Beiträge zur sozialen Sicherheit

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

	Bezugsquelle Bestellnummer
<b>Forschungsbericht:</b> Wolfram Fischer, Möglichkeiten der Leistungsmessung in Krankenhäusern: Überlegungen zur Neugestaltung der schweizerischen Krankenhausstatistik. Nr. 1/94	EDMZ* 318.010.1/94 d
<b>Rapport de recherche:</b> André Bender, M. Philippe Favarger, Dr. Martin Hoesli: Evaluation des biens immobiliers dans les institutions de prévoyance. N° 2/94	OCFIM* 318.010.2/94 f
<b>Forschungsbericht:</b> Hannes Wüest, Martin Hofer, Markus Schweizer: Wohneigentumsförderung – Bericht über die Auswirkungen der Wohneigentumsförderung mit den Mitteln der beruflichen Vorsorge. Nr. 3/94	EDMZ* 318.010.3/94 d
<b>Forschungsbericht:</b> Richard Cranovsky: Machbarkeitsstudie des Technologiebewertungsregister. Nr. 4/94	EDMZ* 318.010.4/94 d
<b>Forschungsbericht:</b> BRAINS: Spitex-Inventar. Nr. 5/94	EDMZ* 318.010.5/94 d
<b>Forschungsbericht:</b> Jacob van Dam, Hans Schmid: Insolvenzversicherung in der beruflichen Vorsorge. Nr. 1/95	EDMZ* 318.010.1/95 d
<b>Forschungsbericht:</b> BASS: Tobias Bauer. Literaturrecherche: Modelle zu einem garantierten Mindesteinkommen. Nr. 2/95	EDMZ* 318.010.2/95 d
<b>Forschungsbericht:</b> IPSO: Peter Farago. Verhütung und Bekämpfung der Armut: Möglichkeiten und Grenzen staatlicher Massnahmen. Nr. 3/95	EDMZ* 318.010.3/95 d
Bericht des Eidgenössischen Departementes des Innern zur heutigen Ausgestaltung und Weiterentwicklung der schweizerischen 3-Säulen-Konzeption der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge. Oktober 1995	EDMZ* 318.012.1/95 d/i
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil I	BSV** 96.217
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil II	BSV** 96.538
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen" (IDA FiSo 1): Bericht über die Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (unter besonderer Berücksichtigung der demographischen Entwicklung).	EDMZ* 318.012.1/96 d
<b>Forschungsbericht:</b> Laura Cardia-Vonèche et al.: Familien mit alleinerziehenden Eltern. Nr. 1/96	EDMZ* 318.010.1/96 d
Bericht der Arbeitsgruppe "Datenschutz und Analysenliste / Krankenversicherung". Nr. 2/96	BSV** 96.567

\* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

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

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

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

## ***Beiträge zur sozialen Sicherheit***

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

	Bezugsquelle Bestellnummer
Berufliche Vorsorge: Neue Rechnungslegungs- und Anlagevorschriften; Regelung des Einsatzes der derivativen Finanzinstrumente; Verordnungstext / Erläuterungen / Fachempfehlungen. Nr. 3/96	EDMZ* 318.010.3/96 d
<b>Forschungsbericht:</b> Martin Wechsler, Martin Savioz: Umverteilung zwischen den Generationen in der Sozialversicherung und im Gesundheitswesen. Nr. 4/96	EDMZ* 318.010.4/96 d
<b>Forschungsbericht:</b> Wolfram Fischer: Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich. Nr. 1/97	EDMZ* 318.010.1/97 d
<b>Forschungsbericht:</b> Infrass: Festsetzung der Renten beim Altersrücktritt und ihre Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung. Überblick über die Regelungen in der EU. Nr. 2/97	EDMZ* 318.010.2/97 d
<b>Forschungsbericht:</b> Heinz Schmid: Prämiengenehmigung in der Krankenversicherung. Expertenbericht. Nr. 3/97	EDMZ* 318.010.3/97 d
<b>Forschungsbericht:</b> Eine Zusammenarbeit zwischen IPSO und Infrass: Perspektive der Erwerbs- und Lohnquote. Nr. 4/97	EDMZ* 318.010.4/97 d
<b>Forschungsbericht:</b> Stefan Spycher, BASS: Auswirkungen von Regelungen des AHV-Rentenalters auf die Sozialversicherungen, den Staatshaushalt und die Wirtschaft. Nr. 5/97	EDMZ* 318.010.5/97 d
<b>Forschungsbericht:</b> Günther Latzel, Christoph Andermatt, Rudolf Walther, BRAINS: Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit. Band I und II. Nr. 6/97	EDMZ* 318.010.6/97 d
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (IDA FiSo) 2": Analyse der Leistungen der Sozialversicherungen; Konkretisierung möglicher Veränderungen für drei Finanzierungsszenarien.	EDMZ* 318.012.1/97 d

\* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

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

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

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

## Beiträge zur sozialen Sicherheit

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

	Bezugsquelle Bestellnummer
<b>Publikationen zur Untersuchung "Neue Formen der Krankenversicherung"</b>	
<b>Übersicht</b>	
<b>Forschungsbericht:</b> Rita Baur, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpf, Johannes Stock (Prognos AG): Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. Synthesebericht. Nr. 1/98	EDMZ* 318.010.1/98 d
<b>Materialienberichte / Befragungen</b>	
<b>Forschungsbericht:</b> Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Die Wahl der Versicherungsformen. Untersuchungsbericht 1. Nr. 2/98	EDMZ* 318.010.2/98 d
<b>Forschungsbericht:</b> Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Bewertung der ambulanten medizinischen Versorgung durch HMO-Versicherte und traditionell Versicherte. Untersuchungsbericht 2. Nr. 3/98	EDMZ* 318.010.3/98 d
<b>Forschungsbericht:</b> Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Selbstgetragene Gesundheitskosten. Untersuchungsbericht 3. Nr. 4/98	EDMZ* 318.010.4/98 d
<b>Forschungsbericht:</b> Rita Baur, Armin Ming, Johannes Stock, Peter Lang (Prognos AG): Struktur, Verfahren und Kosten der HMO-Praxen. Untersuchungsbericht 4. Nr. 5/98	EDMZ* 318.010.5/98 d
<b>Forschungsbericht:</b> Johannes Stock, Rita Baur, Peter Lang (Prognos AG); Prof. Dr. Dieter Conen: Hypertonie-Management. Ein Praxisvergleich zwischen traditionellen Praxen und HMOs. Nr. 6/98	EDMZ* 318.010.6/98 d
<b>Materialienberichte / Administrativdatenuntersuchung</b>	
<b>Forschungsbericht:</b> Stefan Schütz et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Versicherte, Leistungen, Prämien und Kosten. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 1. Teil. Nr. 7/98	EDMZ* 318.010.7/98 d
<b>Forschungsbericht:</b> Herbert Känzig et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Alters- und Kostenverteilungen im Vergleich zu der traditionellen Versicherung. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 2. Teil. Nr. 8/98	EDMZ* 318.010.8/98 d
<b>Rapport de recherche:</b> Gabriel Sottas et al.: Données administratives de l'assurance-maladie: Analyse de qualité, statistique élémentaire et base pour les exploitations. N° 9/98	EDMZ* 318.010.9/98 f
<b>Die Fragebogen der Versichertenbefragung (5 Teile) sind erhältlich bei: Bundesamt für Sozialversicherung, Sektion Statistik, Hr. Herbert Känzig, 3003 Bern (Tel. 031 / 322 91 48)</b>	

\* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

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

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

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