



issa

INTERNATIONALE VEREINIGUNG FÜR SOZIALE SICHERHEIT | IVSS

Technischer Bericht 26

Krankenversicherung und Versorgungssteuerung (*managed care*)

Daniel Lenoir

Generaldirektor

Landeskasse für Krankenversicherung der Arbeitnehmer

in Zusammenarbeit mit

Monique Vennin-Laird

Bereich europäische und internationale Beziehungen und Zusammenarbeit

Landeskasse für Krankenversicherung der Arbeitnehmer

Frankreich

Krankenversicherung und Versorgungssteuerung (*managed care*)

Daniel Lenoir

Generaldirektor

Landeskasse für Krankenversicherung der Arbeitnehmer

in Zusammenarbeit mit

Monique Vennin-Laird

Bereich europäische und internationale Beziehungen und Zusammenarbeit

Landeskasse für Krankenversicherung der Arbeitnehmer

Frankreich

Fachausschuss für Gesundheitsleistungen und Krankenversicherung und Fachausschuss für Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit 28. Generalversammlung der IVSS, Beijing, 12-18 September 2004

Die Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS) ist die weltweit führende internationale Organisation, die nationale Verwaltungen und Träger der sozialen Sicherheit zusammenbringt. Die IVSS stellt Information, Forschung und Expertenwissen sowie Foren für die Mitglieder zur Förderung einer dynamischen sozialen Sicherheit auf internationaler Ebene bereit. Ein Großteil der IVSS-Aktivitäten zur Förderung guter Praxis wird von ihren Fachausschüssen geleistet, die sich aus engagierten Mitgliedsorganisationen zusammensetzen und von diesen mit Unterstützung des IVSS-Sekretariats geleitet werden.

Dieser Bericht ist erhältlich unter: <http://www.issa.int/Ressourcen>. Die geäußerten Ansichten und Meinungen entsprechen nicht unbedingt jenen der Herausgeber.

Zusammenfassung¹

Krankenversicherungen, die Neuerungen im Gesundheitssystem verfolgen und fördern möchten, interessieren sich für die Anwendung von Modellen der Versorgungssteuerung.

Im vorliegenden Bericht beschäftigen wir uns mit dieser neuen Organisationsform der Gesundheitsversorgung, die eine stärkere Rationalisierung im Gesundheitswesen fordert und dabei je nach Land unterschiedliche Ansätze und Methoden anwendet.

Wir untersuchen, für welche Lösungen sich die Institutionen der sozialen Sicherheit entschieden haben. Als Träger des Risikos spielen sie in der Tat eine zentrale Rolle bei der Umsetzung neuer Organisationsformen und ihrer Kontrolle und erlauben es auf diese Weise, die Verwaltung des Gesundheitswesens zu optimieren. Eine solche Politik beruht auf der Verantwortlichkeit der Akteure in der sozialen Sicherheit und einer Modernisierung der Institutionen.

Wir illustrieren beispielhaft Versuche in dieser Richtung in einigen Ländern (Frankreich, Großbritannien, Vereinigte Staaten, Schweiz und Chile). Anhand dieser Beispiele zeigen wir die positiven Seiten auf, aber auch die Schwierigkeiten und Sackgassen bei der Umsetzung der Versorgungssteuerung.

Diese Beispiele verdeutlichen die langfristigen strategischen Auswirkungen eines Modells, das die Integration der medizinischen Behandlung und bestimmter Bereiche der öffentlichen Gesundheit (Prävention) fördert. Das Modell verbessert die Kohärenz und die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens und sichert eine bessere Behandlung der Patienten. In allen Ländern, in denen dieser neue Ansatz verfolgt wird, zeigen Diskussionen und vorläufige Bewertungen jedoch, dass man geteilter Meinung sein kann, was die Qualität der Versorgung und die Regulierung der Gesundheitsausgaben angeht.

Das neue Modell ist mit zahlreichen Veränderungen verbunden, was die Arbeitsbedingungen des medizinischen Personals in der Praxis, die Organisation des Systems der Gesundheitsversorgung und den Umfang der von der Krankenversicherung erstatteten Güter und Dienstleistungen angeht. Die Rolle der Krankenversicherung wird durch die erforderliche Leistungsmessung gestärkt. Zudem spielt sie weiterhin eine zentrale Rolle bezüglich des Schutzes der Bevölkerungsgruppen (Information und Schutz des Privatlebens), die von den zu beobachtenden Entgleisungen am meisten betroffen sind.

¹ Dieser Bericht wurde gemeinsam mit Monique Vennin-Laird erstellt, die in der Landeskasse für Krankenversicherung der Arbeitnehmer für internationale Beziehungen zuständig ist (Bereich europäische und internationale Beziehungen und Zusammenarbeit).

Die unterschiedlichen Beispiele von Versorgungssteuerung zeigen, dass es sich um ein Strukturmodell handelt, das zusammen mit einer Reihe von Maßnahmen Anwendung finden sollte. Ein solcher pluralistischer Ansatz sowie die deutliche Erkennbarkeit der jedem Krankenversicherungssystem zugrunde liegenden Werte bieten sicherlich Gewähr für den Fortbestand des jedem Gesundheitssystem innewohnenden Sozialvertrags.

Einleitung

Die Institutionen der sozialen Sicherheit in den verschiedenen Ländern der Welt durchlaufen gegenwärtig angesichts der Entwicklungen im Gesundheitsbereich, die von demografischen, soziologischen, ökonomischen und technologischen Veränderungen hervorgerufen wurden, einen Anpassungsprozess. Diese Entwicklung macht es notwendig, die Bedürfnisse der zu schützenden Bevölkerung besser zu berücksichtigen. Dahinter steht übrigens das Thema der Initiative von Stockholm der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS) im Jahre 1998: "Die Diskussion über die Reform des Sozialschutzes: Auf der Suche nach einem neuen Konsens."

In den meisten Ländern sind die Akteure dafür, die traditionell auf die Behandlung ausgerichteten Systeme in ein "globales Gesundheitskonzept" zu überführen, und dagegen "individuelle Behandlung und öffentliche Gesundheit, soziale und wirtschaftliche Aspekte der Gesundheit, präventive Dienste und Behandlungseinrichtungen, Fachärzte und Generalisten, den staatlichen und den privaten Sektor, Träger und Nutzer der Dienstleistungen im Gesundheitswesen voneinander zu trennen"².

In diesem Umfeld werden auf der mikroökonomischen Ebene neue Ansätze in der Verwaltung der Gesundheitsversorgung ausprobiert. Die laufenden Reformen inspirieren sich häufig am Konzept der "Versorgungssteuerung" (*managed care*), und zwar sowohl bezüglich der Organisation als auch der Verwaltungsinstrumente und der Behandlungspraxis.

In diesem Bericht untersuchen wir diese neuen Rahmenbedingungen der Gesundheitssysteme, die eine stärkere Rationalisierung des Gesundheitswesens erfordern, wobei je nach Land unterschiedliche Ansätze und Methoden verfolgt werden.

Die Institutionen der sozialen Sicherheit interessieren sich für diese neuen Organisationsformen, die notwendigerweise im Rahmen der Kostendämmung bei den Gesundheitsausgaben und des Erhalts des in der Krankenversicherung Erreichten zu sehen sind (Gleichbehandlung und Solidarität), um den Zugang der ganzen Bevölkerung zu qualitativ hochwertigen Leistungen zu sichern.

Wir illustrieren dies mit Beispielen aus einigen Ländern (Frankreich, Großbritannien, Vereinigte Staaten, Schweiz und Chile), an denen die Institutionen der sozialen Sicherheit

² Weltgesundheitsorganisation (WGO) Europa, Projekt "Integriertes Gesundheitswesen" (*Towards Unity for Health*), 2001.

beteiligt sind. Anhand dieser Beispiele zeigen wir die positiven Seiten auf, aber auch die Schwierigkeiten und Sackgassen bei der Umsetzung der Versorgungssteuerung. Wir verfolgen diesen Ansatz vornehmlich aus der Perspektive eines Akteurs, der Krankenversicherungsträger³, der neben anderen Beteiligten agiert (Patienten, Beschäftigte im Gesundheitswesen, Behandlungseinrichtungen).

1. Die Herausforderungen

Die gegenwärtigen Veränderungen stellen alle Akteure (die Träger der sozialen Sicherheit, die Patienten, die Beschäftigten im Gesundheitswesen, den Staat) vor die Herausforderung, ein neues Gleichgewicht im System der Gesundheitsversorgung zu finden. Dieses könnte sich auf diese Weise einem neuen Konzept öffnen (das medizinische Behandlung und öffentliche Gesundheit integriert), das die nötige Versorgung und entsprechende Dienstleistungen erbringt und eine optimale Qualität zu möglichst geringen Kosten und Gleichbehandlung gewährleistet.

Welche Vorbedingungen gelten für seine Umsetzung und effiziente Entwicklung: Informationssysteme für Verwaltung und medizinische Behandlung mit entsprechender Kodierung der medizinischen Krankenakte, Medikamentenlisten, Koordination des Fachpersonals, qualitäts- und leistungsbezogene Fortbildung, Information der Patienten usw.?

Bewährt sich die Versorgungssteuerung als mikroökonomischer Regulierungs-mechanismus? Ist dieser Mechanismus mit den Werten der sozialen Sicherheit vereinbar?

Welche Rolle spielen die Krankenversicherungsträger bei der Umsetzung der Versorgungssteuerung und in welchem Umfang: bezüglich der Finanzierung, Gesetzgebung und der Umsetzung? Auf welche Instrumente stützt sich die Krankenversicherung vornehmlich, wenn sie diesen Regulierungsmechanismus nutzt? Welche Stärken und Schwächen werden in den verschiedenen Beispielen deutlich?

2. Die Rahmenbedingungen der „Versorgungssteuerung“ (*managed care*)

Dieses Verwaltungsmodell entstand in Nordamerika im Rahmen eines vom wirtschaftlichen Wettbewerb geprägten Systems, das staatliche und private Krankenversicherungsträger kennt. Die theoretischen Grundlagen der Versorgungssteuerung sind seit ihrem Aufschwung in den siebziger Jahren relativ gut dokumentiert. In der Praxis lässt sich jedoch eine Vielzahl von

³ Der Begriff „Krankenversicherung“ umfasst die aus Mitgliedsbeiträgen und/oder Steuermitteln finanzierten gesetzlichen Systeme. Der Beitrag von K.G. Scherman (Internationale Revue für Soziale Sicherheit, Bd. 53, Nr. 1, 2000) zur Stockholm-Initiative präzisiert: "Die Begriffe Sozialschutz, soziale Sicherheit, Sozialversicherung oder sogar Sozialhilfe und Wohlfahrt werden in verschiedenen Zusammenhängen, Regionen und Ländern unterschiedlich verwendet. Im vorliegenden Artikel werden diese Begriffe in einem allgemeinen Sinn benutzt; sie bezeichnen hauptsächlich die staatlichen Vorkehrungen zur Unterstützung des Einzelnen in Situationen und mit Maßnahmen, die unter die Definition der sozialen Sicherheit des Internationalen Arbeitsamtes (IAA) fallen."

unterschiedlichen Verwaltungsmodellen feststellen, sowohl in den Vereinigten Staaten als auch in den Ländern, deren wirtschaftliche und politische Struktur sich stark vom Ausgangsmodell unterscheiden.

Eine allgemeine Definition auf der Grundlage der von der amerikanischen Ärztevereinigung (*American Medical Association*) verwendeten Terminologie lautet folgendermaßen: "Ein System der Versorgungssteuerung umschreibt eine Reihe von Einrichtungen und Techniken, die von Anbietern, Verwaltungen oder Versicherungen im Gesundheitswesen genutzt werden, um Zugang, Nutzung, Qualität, Kosten und Preise der Dienstleistungen im Gesundheitssektor für eine bestimmte Bevölkerungsgruppe zu kontrollieren oder zu beeinflussen." Eine Definition, die jener der Amerikanischen Vereinigung für öffentliche Gesundheit (*American Public Health Association*) sehr nahe kommt: "Jedes System der Finanzierung und/oder Verteilung, das die Nutzung der Dienstleistungen im Gesundheitswesen durch seine Mitglieder kontrollieren will, mit dem Ziel der Kostendämmung und/oder Qualitätsverbesserung."

Diese allgemeine Definition beinhaltet folgende Untersysteme:

- Finanzierung (Deckung durch die Krankenversicherung);
- Verteilungsstruktur (Fachpersonal, Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen) für bestimmte Bevölkerungsgruppen (Zielgruppen);
- Verwaltung der Gesundheitsversorgung (Qualitätskontrolle der Versorgung und der Gesundheitseinrichtungen, der Nutzung durch die Patienten und Kostendämmung).

Die Versorgungssteuerung hängt von den Merkmalen des Gesundheitssystems ab, in das sie integriert wird: es gibt kein Einheitsmodell. In Ländern mit obligatorischen Sozialschutzsystemen, in denen dem Gesundheitssystem ein nicht vom Wettbewerb bestimmtes Wirtschaftsmodell zugrunde liegt, übernimmt das Modell bestimmte betriebswirtschaftliche Verwaltungstechniken, nicht aber die gesamtwirtschaftliche Steuerung.

Ziel dieses Verwaltungsmodells ist eine optimale, effiziente und kostengünstige Versorgungsqualität für alle Versicherten. Dies setzt auch voraus, dass die drei Hauptakteure im System (Patient, Fachpersonal im Gesundheitswesen und Finanzierungsträger) Verantwortung zeigen und die Entscheidungen der Beteiligten kontrolliert werden.

Das System wird von den Finanzierungs- und Versorgungseinrichtungen getragen, die gemeinsam auf die wirtschaftliche Effizienz des Versorgungssystems hinarbeiten.

Die Krankenversicherungsträger, die Systeme der Versorgungssteuerung schaffen, gestalten die Verwaltung des Risikos Krankheit bevorzugt wie folgt.

2.1. Beziehungen mit den Patienten/Versicherten

Der Zugang des Patienten ist auf vertraglich bestimmtes Fachpersonal und entsprechende Leistungen begrenzt; wenn er die Wahlfreiheit behalten möchte, werden die Kosten in geringerem Umfang oder gar nicht erstattet. Der Patient ist für seine Behandlung und seinen Gesundheitszustand insgesamt mitverantwortlich, von der Prävention bis hin zu den Verschreibungen sowie dem Erwerb von Kenntnissen im gesundheitlichen und ökonomischen Bereich. Der Patient ist Teil einer "Organisationskultur". Es wird zum vollwertigen Partner.

2.2. Beziehungen mit dem Fachpersonal

Das Fachpersonal im Gesundheitswesen wird aufgrund von Auflagen ausgewählt; ihre Tätigkeit muss dem vorgesehenen Tätigkeitsprofil entsprechen (fachliche Referenzdaten für die Behandlung der häufigsten Pathologien werden geliefert). Als erste Anlaufstelle filtern die praktischen Ärzte den Zugang zur Gesundheitsversorgung auf den anderen Ebenen (Fachärzte und Krankenhaus).

Das System setzt voraus, dass medizinische Entscheidungen der Ärzte ihre Effizienz belegen (*evidence-based medicine*), dass Diagnose und Behandlung Kosten- und Effizienzkriterien gerecht werden. Handbücher guter medizinischer Praxis und Referenzdaten bilden schließlich die Grundlage der ärztlichen Tätigkeit. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheiten erhalten einen hohen Stellenwert.

Neben den entsprechenden Fachkenntnissen für die berufliche Praxis muss das Personal im Gesundheitswesen sich neues Wissen aneignen: im Bereich des Managements und in der Verarbeitung medizinischer und administrativer Daten. Es ist für die Angaben in der Krankenakte und die Weitergabe von administrativen Daten aus der ärztlichen Praxis verantwortlich. Ein solches Qualifikations- und Leistungsniveau im Bereich der medizinischen Kenntnisse und der Verwaltung beruht auf lebenslanger beruflicher Fortbildung. Diese wird in regelmäßigen Abständen überprüft und ist Voraussetzung für die fortgesetzte Berufsausübung. Da das Fachpersonal im Gesundheitswesen für die Qualität der Versorgung verantwortlich ist, werden dessen Leistungen bewertet und die Ergebnisse werden anderen Partnern mitgeteilt, darunter auch den Patienten.

2.3. Kostendämmung in der Gesundheitsversorgung

Es gibt zahlreiche Mechanismen, die den Zugang zur Versorgung und die Zahl der medizinischen Akte begrenzen: so kann ein Arzt als erste Anlaufstelle (*gatekeeper*) die Patienten zu Konsultationen bei Fachärzten, im Krankenhaus und Laboratorien überweisen. Im Falle der "pathologieorientierten Versorgungssteuerung" (*disease management*) legen alle beteiligten Fachkräfte das Verfahren und die Kosten der Behandlung gemeinsam fest. Das

Fachpersonal im Gesundheitswesen kann dabei finanzielle Anreize erhalten, welche sich aus den erzielten Einsparungen berechnen.

Dieses System verlangt vom Fachpersonal, die Verantwortung für Kosten und Qualität der Gesundheitsversorgung für die von ihnen betreute Bevölkerungsgruppe zu übernehmen. Sie teilen daher das finanzielle Risiko mit dem Versicherer. Dies unterscheidet sich erheblich von den traditionellen Beziehungen zwischen Fachpersonal im Gesundheitswesen und Krankenversicherungsträger, bei denen allein der Versicherer für ein Defizit aufkommen musste, wenn das Budget überschritten wurde. Die amerikanischen Ärzte, die vertraglich an eine Institution (*Health Maintenance Organization* (HMO)) gebunden sind, akzeptieren im allgemeinen einen Vertrag, der eine "Pro-Kopf-Abrechnung" (d.h. ein feststehendes Budget pro Patient und Zeitraum) vorsieht, und übernehmen das finanzielle Risiko, wenn die Kosten für Behandlung und Untersuchungen (Radiologie, Laboranalysen, Krankenhausaufenthalt und ambulante Behandlung, Konsultation von Fachärzten, Verschreibung von Medikamenten und paramedizinischen Gegenständen) höher ausfallen. Mit zunehmender Verantwortung verringert sich somit die Autonomie des Fachpersonals im Gesundheitswesen.

2.4. Ablauf der Behandlung

Die Koordination der Behandlung zwischen dem Fachpersonal und ambulanten bzw. Krankenhauseinrichtungen wird gefördert, wobei das Ziel eine optimale Nutzung aller Ressourcen des Gesundheitssystems ist.

In diesem System wird die Funktion der Krankenversicherung gestärkt, da sie in die Lage versetzt wird, eine Leistungsbemessung zu verlangen, für die das Fachpersonal regelmäßig Informationen liefert.

3. Beispiele aus einigen Ländern

3.1. Vereinigte Staaten: Ein vollständiges System der Versorgungssteuerung

Als Ausgangsmodell bietet das amerikanische Modell eine langfristige Perspektive, ein marktwirtschaftliches Beispiel, in dem die Gesundheitsversorgung ein Dienstleistungsprodukt ist wie jedes andere. Die wachsenden Kosten für die Gesundheitsversorgung haben die amerikanischen Arbeitgeber in den letzten Jahren veranlasst, die Versorgungssteuerung im Gesundheitswesen voranzubringen.

Es handelt sich dabei um ein System, in dem das Fachpersonal im Gesundheitswesen zeitlich befristete Verträge mit den Versicherern im Rahmen eines Plans zur Versorgungssteuerung im Gesundheitswesen (*managed care plan*) abschließt. Sie bilden auf diese Weise

Organisationsstrukturen mit Netzwerkcharakter (*managed care organizations*), die ihre vollständige Ausprägung in Form der HMO finden⁴. Die Ärzte unterzeichnen Exklusivverträge mit den Versicherern (*HMO group model*) oder sind bei diesen beschäftigt (*HMO staff model*).

Die Patienten greifen auf das vertraglich an ihre Krankenversicherung gebundene Fachpersonal im Gesundheitswesen zurück: sei es im Rahmen von HMO-Netzwerken, sei es im Rahmen einer Verpflichtung, das Fachpersonal des Netzwerks zu konsultieren, wobei die Erstattung der Kosten ohne Vorauszahlung erfolgt, oder aber im Rahmen eines Netzwerks von zugelassenen unabhängigen Leistungsträgern (*Preferred Provider Organization (PPO)*). Es werden noch andere Optionen angeboten: beim "Servicepunkt" (*Point of Service (POS)*) hat der Patient die Freiheit, seine Ärzte zu wählen (außerhalb des Netzwerkes), und bestimmt einen von ihnen, der seine Behandlung koordiniert (die Beiträge sind in diesem Falle höher und die Erstattungen geringer). Schließlich bieten Krankenversicherungsträger Wahlfreiheit bezüglich des Fachpersonals und einen auf den einzelnen medizinischen Akt abgestimmten Erstattungsmodus an (*Fee for Service (FFS)*).

Die angebotenen Leistungen und Dienste in diesen integrierten Versorgungssystemen werden vom Versicherer für alle Ebenen der Versorgung (von der primären bis hin zur tertiären) definiert. Dies garantiert den Versicherten und dem behandelnden Fachpersonal effizientere Leistungen.

Zu den wichtigsten Instrumenten der Versorgungssteuerung gehören:

- Eine an der Pathologie orientierte, den medizinischen Verordnungen entsprechende Versorgung (*disease management*): das Fachpersonal identifiziert den Kreis der Risikoträger und übernimmt die Behandlungsprotokolle und die Folgebehandlung.
- Eine am Einzelfall orientierte Versorgung (*case management*): der Patient wird so kostengünstig wie möglich in einem Behandlungsnetzwerk betreut, das seinem Fall am besten entspricht.
- Eine systematische Analyse der erbrachten Leistungen und Behandlungen (*utilization review*): diese stützt sich auf ein breites Spektrum von Behandlungsprogrammen und Krankenakten, die sicherstellen sollen, dass die vom Patienten erhaltenen Leistungen und Behandlungen medizinisch notwendig sind und, auf den konkreten Fall bezogen, so

⁴ Die HMO integriert die Akteure des Versorgungsnetzwerks im Rahmen ein- und derselben Organisation bezüglich eines zahlenden Kunden (der Versicherer ist selbst Behandlungsträger und kontrolliert den Gesamtprozess). Es gibt verschiedene Formen der Krankenversicherung:

- Gruppenversicherungen, über die Unternehmen ihre Beschäftigten pro Kopf bei einer oder mehreren Versicherungsgesellschaften versichern (bisweilen nach Alter und Geschlecht angepasst, aber nicht an die bisherige Krankengeschichte). Der Arbeitgeber übernimmt 75 Prozent der Versicherungsprämie und der Beschäftigte den Rest.
- Individuelle, von den HMO oder herkömmlichen Versicherungsgesellschaften angebotene Krankenversicherungen.
- In einigen Bundesstaaten geschaffene Versicherungen (*high risk pool*), um Personen zu versichern, die keine Versicherungspolice auf dem individuellen Versicherungsmarkt erhalten können.

kostengünstig wie möglich erfolgen. Dahinter steht eine Ausbildungsmethode für das Fachpersonal, die ihre Praxis und jene ihrer mitbehandelnden Kollegen im Gesundheitssystem vereinheitlicht.

Alle diese Instrumente basieren auf leistungsfähigen medizinischen und administrativen Informationssystemen. Die Versorgungssteuerung erfordert aufgrund der komplexen Organisation ein Informationssystem für die Verwaltung (*Management Information System* (MIS)), das die Veröffentlichung von Daten und periodischen Berichten zu den verschiedenen Aspekten dieses Systems erlaubt.

Entsprechende Systeme bringen ein innovatives Element in das Versorgungssystem, da sie zwei Formen der Verschwendung reduzieren helfen: überflüssige Behandlungen und sich aus einer schlechten Verteilung der Ressourcen ergebende Ineffizienzen. Die Leistungsfähigkeit des Systems lässt sich in verschiedenen Bereichen erkennen: Verringerung der Zahl der Krankenhauseinweisungen, Dauer des Aufenthalts im Krankenhaus, Einsatz kostengünstigerer Verfahren, mehr Gewicht auf der Vorsorge und allgemeine Einsparungen bei den Behandlungskosten.

Allerdings gibt es zahlreiche problematische Aspekte, insbesondere was den Versorgungszugang und die Gleichbehandlung angeht: eine übertriebene marktwirtschaftliche Steuerung des Gesundheitswesens führt dazu, dass Kostendämmung und Gewinn Priorität erhalten.

Zum einen befinden sich die im Wettbewerb untereinander stehenden Krankenversicherungsträger in einem Prozess, der von Fusionen, Aufkäufen und Verschuldung gekennzeichnet ist, zum anderen begünstigt der Druck der Arbeitgeber den Wettbewerb zwischen Versicherungspolice der herkömmlichen Krankenversicherer und solchen mit Versorgungssteuerung. Dies hat dazu geführt, dass der Versicherte selbst eine schwache preiswerte Deckung wählt. Die "guten Risiken" bzw. die wenig Kosten verursachenden Kranken neigen dazu, Verträge im Rahmen der Versorgungssteuerung abzuschließen, was zum Verschwinden herkömmlicher Versicherungspolice geführt hat.

Was den Bereich der staatlichen Krankenversicherung (*Medicaid*) angeht, die auch das System der Versorgungssteuerung angenommen hat, liegen die Probleme anders. Neben der Professionalisierung ihres Verwaltungspersonals (Aushandeln der Verträge, Aufbau von Versorgungsnetzwerken, Registrierung der Versicherten, Entwicklung neuer Zahlungsmethoden) gerieten die Bemühungen um eine Kosteneindämmung der Institutionen von *Medicaid* in Widerstreit mit der Weigerung des Fachpersonals im Gesundheitswesen, Personen mit niedrigem Einkommen zu behandeln (die Anreize, so etwa der Pro-Kopf-Satz, wurden als zu gering angesehen).

Eine weitere Folge war schließlich die Notwendigkeit, in Form von Krankenversicherungen, die von den einzelnen Bundesstaaten finanziert werden, "Schutznetze" für Risikogruppen und

die Schwachen in der Gesellschaft (schwängere Frauen, Mütter, Neugeborene, Kinder und ältere Menschen) einzurichten, die nicht krankenversichert waren.

So entstanden Zwänge für die Schwächeren unter den Patienten, die zu Veränderungen bei der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung führten (verspätetes Aufsuchen des medizinischen Fachpersonals), und für die Beschäftigten im Gesundheitswesen: die Ressourcenverteilung aufgrund finanzieller Anreize führt zu Interessenkonflikten der medizinischen Ethik (eine geringere Kostenerstattung der Versorgung verringert die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus). Hinzu kommt der Verlust der Unabhängigkeit bei der Ausübung der Tätigkeit, die einer Aufsicht und starken administrativen Kontrollen unterliegt.

3.2. Frankreich: Von der Koordination der Partner zur vertraglichen Gestaltung

Angesichts der Unzulänglichkeiten in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens, insbesondere bei den chronischen Krankheiten, der Abhängigkeit von Suchtstoffen und in der Prävention, die auf dessen Abgeschlossenheit zurückzuführen sind, haben die Akteure im Gesundheitssystem zunächst informell in den achtziger Jahren Behandlungsnetzwerke eingeführt und später, Anfang der neunziger Jahre, formellere Netzwerke, die Stadt und Krankenhaus verbinden (*réseaux ville-hôpital*). Dies veranlasste den Gesetzgeber dazu, diese neuen Organisationsformen der Gesundheitsversorgung anzuerkennen und ihnen einen juristischen Rahmen zu geben. "Diese Anerkennung bedeutet einen wichtigen Schritt zur Rationalisierung des französischen Gesundheitssystems (...) die Neuorientierung entwickelt ein nachfrageorientiertes System (...) sie gründet auf der Berücksichtigung der Pathologie, indem sie die Koordination der verschiedenen Behandlungsakte vorsieht."

1996 schufen Gesetzestexte zwei Formen von Versorgungseinrichtungen im ambulanten Bereich: die experimentellen Behandlungsnetzwerke (*réseaux Soubie*), häufig mit Ausnahmeregelungen bei der Übernahme von Versicherten und der Bezahlung der liberalen Berufe im Gesundheitswesen, und im Krankenhausbereich den von den Direktoren der regionalen Krankenhausverwaltungen anerkannten Netzwerke. 2002 brachte das Gesetz über die Rechte der Kranken und die Qualität des Gesundheitssystems eine einheitliche Definition der Netzwerke im Gesundheitswesen und legt für staatliche finanzierte Netzwerke Qualitätskriterien fest. Diese Kriterien wurden von der *Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé* (ANAES) aufgestellt.

Das Gesetz über die Finanzierung der sozialen Sicherheit von 2002 ersetzt den Experimentcharakter durch eine Generalisierung der Netzwerke. Gleichzeitig wird ein ihren Fortbestand sicherndes Finanzierungspaket geschnürt, das 2002 noch bescheidene 23 Millionen Euro ausmachte, 2004 aber schon über 100 Millionen Euro lag.

Die Krankenversicherung hat immer wieder Maßnahmen befürwortet, die eine Koordination der Praktiker im Gesundheitswesen, eine kontinuierliche Versorgung und die Komplementarität des Behandlungsangebots begünstigen, da man davon ausging, dass die Versorgungsnetzwerke und ganz allgemein die Netzwerke im Gesundheitssystem⁵ einen wichtigen Beitrag zu diesem Ansatz leisten.

Seit 2000 unterstützen die verschiedenen Krankenversicherungsträger entsprechende Pilotprojekte (mehr als 50). Der soziale landwirtschaftliche Hilfsverein auf Gegenseitigkeit (*Mutualité sociale agricole*) hat ein gerontologisches Netzwerk geschaffen, das abhängigen älteren Menschen den Verbleib zu Hause erleichtern soll. Dieses Netzwerk, das sich auf 19 lokale Einrichtungen stützt, verbindet die Komplementarität von Stadt und Krankenhaus mit der Öffnung des Krankenhauses für den praktischen Arzt und der Koordination zwischen allen Netzwerk-Teilnehmern im medizinischen und sozialen Bereich⁶.

Die Frage der Evaluierung beschäftigt die regionalen Akteure (*Unions régionales des caisses d'assurance maladie* (URCAM) und *Agences régionales de l'hospitalisation* (ARH)), aber auch die nationalen (Krankenversicherung und das Ministerium), die an der Entwicklung der Netzwerke beteiligt sind, weiterhin erheblich.

Im Jahre 2001 unterstrich ein Evaluierungsbericht der ANAES für die Netzwerke die Schwierigkeiten der zeitlichen Anpassung und Koordination zwischen den Netzwerkträgern und den institutionellen Partnern.

Der von URCAM erstellte Plan enthält die Entwicklungslinien für zukünftige Fortschritte in diesem Bereich. Allerdings wurde der Ansatz von allen Beteiligten als positiv und in Zukunft unverzichtbar bewertet. Vorschläge zur Verbesserung und Fortentwicklung der Koordination wurden gemacht, um die Netzwerke dynamischer zu gestalten: logistische Unterstützung der Träger und Bereitstellung der Mittel für eine dauerhafte Funktion, Schaffung eines Informations- und Orientierungsinstruments über das Versorgungssystem für das Fachpersonal und die Versicherten (um den Nutzer in das Versorgungssystem zu integrieren).

Die Krankenversicherung hat bestimmte Instrumente der Versorgungssteuerung bevorzugt: so etwa den Besuch des Patienten bei einem "zugewiesenen Arzt", der ihn gegebenenfalls an andere Leistungsträger weiter verweist. Seit 1997 in den vertraglichen Vereinbarungen enthalten, sieht diese Lösung vor, dass der beteiligte praktische Arzt eine Reihe von

⁵ "Ein Gesundheitsnetzwerk ist eine kollektive Einrichtung, in dem das Fachpersonal zu einem bestimmten Zeitpunkt und in einem vorgegebenen Gebiet individuellen Gesundheitsbedürfnissen und/oder solchen der Bevölkerung entspricht. Das Netzwerk besteht neben den existierenden Institutionen und Instrumenten. Der Begriff 'Gesundheitsnetzwerk' schließt den des Versorgungsnetzwerks ein", ANAES, Evaluierung der Versorgungsnetzwerke, Oktober 2001.

⁶ Zentralkasse der sozialen landwirtschaftlichen Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit, Abteilung Gesundheitswesen: Tätigkeitsbericht über die Organisation eines gerontologischen Netzwerks (2002) und Evaluierungsbericht (Juli 2003).

Verpflichtungen einget und dafür jährlich und pro Patient eine globale Pauschalentschädigung erhält.

Der Patient, der dem Allgemeinmediziner die Treue hält und sich verpflichtet, zunächst ihn aufzusuchen, wird im voraus von der Auslage der Behandlungskosten befreit und kommt in den Genuss der durch die Vereinbarung festgesetzten Tarife. Die medizinische und ökonomische Effizienz des Systems läuft somit über die Patiententreue. Die Treuepflicht und fortgesetzte Behandlung ermutigen zudem das Fachpersonal, in ein leistungsfähiges Informationssystem zu investieren, das die neuen Informations- und Kommunikationstechnologien einsetzt.

Andere Instrumente der Versorgungssteuerung wurden von der Krankenversicherung mit der Zustimmung des medizinischen Fachpersonals umgesetzt: Referenzwerte für die medizinische Praxis, die wissenschaftlich und wirtschaftlich als effizient und kostengünstig anerkannt sind, sowie die Gegenüberstellung von medizinischen Referenzwerten (*références médicales opposables* (RMO)) im Gesetz von 1993. Diese müssen jedes Jahr im Anhang der Vereinbarung für die medizinischen Berufe aufgeführt werden. 1998 gab es 243 solcher Referenzwerte, davon betrafen 77 direkt die Verschreibung von Medikamenten und deckten wertmäßig 48 Prozent der erstattungsfähigen verkauften Medikamente ab.

Seit 1996 werden die Referenzwerte im Medikamentenbereich von der für den Gesundheits- und Medikamentenschutz zuständigen *Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé* (AFSSAPS) aufgrund von Evaluierungen erstellt, die zur Erlaubnis für die Vermarktung und Bewertung der medizinischen Dienstleistung durchgeführt wurden⁷. Die bis heute ergangenen Empfehlungen für eine gute Praxis betreffen zehn Bereiche⁸.

Kürzlich haben die "Vereinbarungen über eine sinnvolle Nutzung der Gesundheitsversorgung" (*accords de bon usage des soins* (AcBus)) sich das Ziel gesetzt, die medizinische Praxis kollektiv fortzuentwickeln. Ausgehend von der Feststellung, dass bestimmte Hausbesuche bei Patienten nicht medizinisch gerechtfertigt sind, haben sich Krankenversicherung und Vertragsärzte darauf verständigt, die Behandlung in der ärztlichen Praxis zu begünstigen. Die Vereinbarung sieht eine höhere Bezahlung für den Behandlungsakt nur noch dann vor, wenn der Zustand des Patienten bestimmten medizinischen oder sozialen

⁷ Die Verordnung über die Kosteneindämmung im Medikamentenbereich von 1996, die Schaffung der *Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé* (ANAES) und die Umwandlung der für die Zulassung von Medikamenten zuständigen Behörde (*Agence du médicament*) in die *Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé* (AFSSAPS) sowie die Bestimmungen zu den vertraglichen Beziehungen zwischen Krankenversicherung und Personal im Gesundheitswesen (1999) haben das Wesen, die Form der Aktualisierung der RMO sowie neue Referenzwerte für gute Praxis beeinflusst.

⁸ Sie sind auf der Webseite der *Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé* zu finden (www.agmed.sante.gouv.fr).

Kriterien entspricht. Im ersten Jahr besteht das Ziel in einer Verringerung der Arztbesuche um 5 Prozent. Angesichts erheblicher regionaler Unterschiede sehen die unterzeichnenden Parteien eine regionale Abstufung vor, wobei es den Regionen überlassen bleibt, die Kriterien für einen medizinisch gerechtfertigten Hausbesuch festzulegen.

Die Koordination der Akteure hängt neben einer besseren Organisation der Gesundheitsversorgung vom Einsatz der verschiedenen Kommunikationsinstrumente ab: Erstellung einer Krankenakte (Untersuchungsergebnisse, Behandlungsplan usw.), an die berufliche Praxis angepasste Informationssysteme (gesicherte Kommunikationswege für die Patientendaten), Verknüpfung der Informationssysteme in den Versorgungsnetzwerken, ein Dokument für den Informationsaustausch und die Verbindung zwischen Arzt und Patient⁹.

Rolle und Funktion der Krankenversicherung bei der Fortentwicklung der Versorgungssteuerung haben sich zunehmend geklärt. Sie verfolgt ihre Aktivitäten durch die Gestaltung neuer vertraglicher Beziehungen mit den freien Berufen.

Indem sie die gegenseitigen Rechte und Pflichten des Fachpersonals und der Krankenkassen festlegen, stehen die Vereinbarungen für eine Optimierung der medizinischen Versorgung: sie bestätigen den gemeinsamen Willen, die Leistungsfähigkeit des Systems der Gesundheitsversorgung zu verbessern und eine sinnvolle Nutzung durch die Patienten sicherzustellen (Vereinbarung 2003).

3.3. Großbritannien: Evaluierung der Berufspraxis der praktischen Ärzte

Die erste Reform des staatlichen britischen Gesundheitswesens (*National Health Service* (NHS)) in den neunziger Jahren führte die Versorgungssteuerung ein und unterschied dabei Einkaufsgemeinschaften der praktischen Ärzte (*General Practitioner Fundholders*) und Behandlungseinrichtungen, d.h. die Krankenhäuser.

Die Entgleisungen dieses Systems der "internen Märkte" führten jedoch aufgrund des auf den Patienten und das Personal im Gesundheitswesen ausgeübten Drucks zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität. So wurde ein anderes Modell verfolgt.

Gegenwärtig erfolgt der Einkauf von Versorgungsleistungen durch dezentralisierte primäre Behandlungseinrichtungen (*Primary Care Trusts*) des nationalen Gesundheitssystems. Diese Einrichtungen haben die Aufgabe, Krankenhausbehandlungen einzukaufen, die Primärversorgung durch vertragliche Vereinbarungen mit allen praktischen Ärzten in der

⁹ Nationale Vereinbarung für die Krankenversicherung (Januar 2003): die Krankenakte ist das Eigentum des Patienten, der den Arzt auswählt, der für ihre Aktualisierung verantwortlich ist (Umsetzung im Jahre 2004).

Region zu organisieren und die medizinische und soziale Betreuung der Bevölkerung zu koordinieren¹⁰.

Die Originalität dieses Systems besteht darin, dass der Vertrag zur Ausübung der Tätigkeit zwischen NHS und Arztpraxis (*practice-based contract*) abgeschlossen wird. Er enthält Indikatoren für die kontinuierliche Qualität der Versorgung und die mit ihr verbundene Bezahlung. Diese Selbstregulierung läuft im Rahmen einer medizinischen Gruppenpraxis ab. Diese beruht auf einer starken Tradition der Evaluierung der Versorgungsqualität, der Kostendämmung bei der Verschreibung von Medikamenten und einer "gegenseitigen Kontrolle" zwischen ambulanten und Krankenhausärzten.

Die wichtigste Neuerung der Reform ist die bessere Qualität der Versorgung durch eine regelmäßige und systematische Evaluierung der ärztlichen Praxis und alle fünf Jahre stattfindende Neubewertungen aufgrund der jährlichen Evaluierungen.

Die Evaluierungskriterien definieren, was gute medizinische Praxis (*Good Medical Practice*) ist und werden von der Ständevertretung der praktischen Ärzte aufgestellt. Die Ergebnisse der Evaluierung erlauben jedes Jahr die Aufstellung eines begleitenden Fortbildungsplans für den Arzt, um seine berufliche Praxis zu verbessern.

3.4. Schweiz: Stärkung der Verantwortung des Patienten

In der Schweiz hat das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG, 1995) Modelle der Versorgungssteuerung geschaffen, von denen das eine die Wahl der Leistungsträger beschränkt und das andere, auf offenere Weise, "sparsame" Patienten mit Freibetrags- und Bonusregelungen belohnt. Die Pluralität der Versicherungsmodelle behält Vorrang. Die Gesundheitsbehörden gehen davon aus, dass die Krankenversicherungen und die Behandlungseinrichtungen den Patienten zur Verantwortung erziehen (und folglich die Gesundheitsausgaben senken) können.

Eine Reihe von Maßnahmen zur Stärkung der Verantwortung der Versicherten sollen Verständnis für das Problem der Gesundheitsausgaben wecken. Es wurden folgende Anreize gegeben: die Versicherer gewähren höhere Freibeträge als die üblichen gegen niedrigere Beiträge; wenn der Versicherte im Laufe des Jahres keine Kostenerstattung geltend macht, erhält er einen Bonus (auf einen Fünfjahreszeitraum angerechnet); wenn der Versicherte bereit ist, einen "Hausarzt" (*gatekeeper*) aufzusuchen, erhält er eine Beitragsermäßigung in der Krankenversicherung.

¹⁰ Chevrier-Fatome, C. 2002. Ministerium für soziale Angelegenheiten, Frankreich: Bericht Nr. 105 der Generalinspektion für soziale Angelegenheiten.

Durch ein zweites medizinisches Gutachten soll das Verhalten des Patienten ebenfalls beeinflusst werden: wenn er ein solches Zweitgutachten vor einer nicht obligatorischen Operation akzeptiert, wird sein Beitragssatz ermäßigt.

Neben finanziellen Anreizen bemühen sich die Behandlungsnetzwerke intensiv um Fortbildung und Prävention. Um die Patienten stärker mit einzubeziehen, haben einige Netzwerke Beratungsgremien für die Patienten eingerichtet, die dieses "Fortbildungsangebot für die Patienten" inhaltlich gestalten sollen.

3.5. Chile: Neuorientierung zugunsten von Solidarität und Gleichbehandlung

Die verschiedenen Reformen im Bereich der Gesundheit und des Sozialschutzes in Chile hatten großen Einfluss auf eine Reihe von lateinamerikanischen Ländern, da hier mit einem breiten Spektrum von Neuerungen experimentiert wurde.

In der Tat wurden durch die Anfang der achtziger Jahre begonnenen radikalen Reformen der Privatsektor und die Dezentralisierung innerhalb sehr kurzer Zeit eingeführt.

Die Versicherten mussten zwischen 35 privaten Krankenversicherungsträgern (*Isapres*) und dem staatlichen System (*Fondo Nacional de Salud*) wählen.

Eine Evaluierung der Auswirkungen der Reformen seit 1990 zeigte die Notwendigkeit einer Neugestaltung und Regulierung der privaten Krankenversicherung, um die Risikoauslese zu begrenzen und die Gleichbehandlung zu fördern.

Die Maßnahmen betrafen vor allem die Abschaffung von Wartezeiten, während derer bestimmte Risiken nicht gedeckt sind, die Begrenzung der Risikoauswahl (Alkoholkonsum usw.), Gesetzesänderungen bezüglich der Kündigung der privaten Versicherungen durch die Versicherten (im Falle einer Prämienerrhöhung und bei teuren Krankheiten).

Das System der Krankenversicherung in Chile hat, wie viele andere in diesem Bereich, finanziellen Fragen Priorität eingeräumt, um die Reform voranzubringen. Das Beispiel richtet den Blick auf die grundlegenden Prinzipien, die den staatlichen und den privaten Sektor prägen: die staatliche Krankenversicherung garantiert, dass Gesundheit ein Grundrecht des Menschen bleibt. Die Privatversicherung sieht die Gesundheit als ein Risikogeflecht und die Versicherung als gewinnbringende Wirtschaftstätigkeit.

So "gibt es wenig Belege dafür, dass Volkswirtschaften mit einem solchen hybriden System (staatlich und privat) in der Lage waren, die Kosten einzudämmen und gleichzeitig Deckung,

Gesundheitszustand, Produktivität, Kundenzufriedenheit und Gleichbehandlung angemessen zu bedienen"¹¹.

Schlussbetrachtung

Krankenversicherungen, die innovative Wege im Gesundheitswesen gehen und ausbauen wollen, entscheiden sich für Modelle der Versorgungssteuerung.

Die Beispiele aus der Praxis zeigen die langfristigen Auswirkungen eines Modells, das Medizin und bestimmte Bereiche der öffentlichen Gesundheit (Prävention) integriert. Dieses Modell trägt zu einer besseren allgemeinen Kohärenz und Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems bei und dadurch auch zu einer besseren Betreuung der Patienten.

Jedoch kommen in allen Ländern, die diesen neuen Ansatz verfolgen, Diskussionen und vorläufige Bewertungen zu unterschiedlichen Ergebnissen, was den Beitrag des Modells zur Entwicklung einer qualitativ hochwertigen Versorgung und die Steuerung der Gesundheitsausgaben angeht.

Die Umsetzung dieses Modells bringt zahlreiche und grundlegende Veränderungen mit sich und wirkt sich auf die medizinische Praxis, die Organisation des Versorgungssystems und die inhaltliche Qualität der Güter und Dienstleistungen aus, die von der Krankenversicherung erstattet werden, und jenen, die der Staat übernimmt.

Man muss feststellen, dass es sich um eine Anstrengung zur Modernisierung des Gesundheitsbereiches handelt, einerseits um das Eröffnen der Beziehung zwischen dem Fachpersonal untereinander und den Gesundheitsdiensten zu ermöglichen und andererseits um die Öffnung der institutionellen und administrativen Strukturen.

Die Rolle der Krankenversicherung wird durch die erforderliche Leistungsmessung gestärkt. Ihre Rolle bezüglich des Schutzes der Bevölkerungsgruppen, die von den zu beobachtenden Entgleisungen am stärksten betroffen sind (deren Information und den Schutz des Privatlebens), bleibt zentral.

Einige Länder wie Frankreich haben angesichts einer stärkeren Beteiligung der privaten Versicherungsträger am Versorgungsangebot Gesetze über die Rechte des Patienten verabschiedet, die Bedenken bezüglich der Verantwortlichkeit der Leistungserbringer und der Vertraulichkeit der Daten berücksichtigen.

¹¹ Dror, D.M. 2000. "Die Reform der Krankenversicherung: eine Frage der Grundsätze?", Internationale Revue für Soziale Sicherheit, Bd. 53, Nr. 2, Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit.

Ausgehend von den unterschiedlichen Erfahrungen mit der Versorgungssteuerung lässt sich sicherlich sagen, dass es sich um ein Strukturmodell handelt, das zusammen mit einer Reihe von Maßnahmen Anwendung finden sollte. Ein solcher pluralistischer Ansatz sowie die deutliche Erkennbarkeit der jedem Krankenversicherungssystem zugrunde liegenden Werte bieten sicherlich Gewähr für den Fortbestand des jedem Gesundheitssystem innewohnenden Sozialvertrags.

Literaturhinweise

International

Bocognano, A.; Couffinal, A.; Grignon, M.; Mahieu, R.; Polton, D. 1998. *Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé: théorie et bilan des expériences étrangères*, Centre de recherche en économie de la santé/Institut national de la statistique et des études économiques (CREDES-INSEE), November.

Bryant J.H. u.a. 1997. "Ethics, equity and renewal of WHO's health-for-all strategy", *World Health Forum*, Bd. 18, Nr. 2, Weltgesundheitsorganisation.

European Health Systems' Observatory (<http://www.euro.who.int/observatory>).

IVSS. *Internationale Revue für Soziale Sicherheit* (insbesondere Nummern der Jahre 1998 und 2003), Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit.

—. *Die Zukunft der sozialen Sicherheit, Stockholmer Konferenz, 29. Juni - 1. Juli 1998*, Verband der schwedischen Sozialversicherungsämter (Hrsg.).

Scheil-Adlung, X. 1998. "Zur Politik der Steuerung von Gesundheitsausgaben durch Verhaltensanreize: Eine vergleichende Analyse ausgewählter OECD-Länder", *Internationale Revue für Soziale Sicherheit*, Bd. 51, Nr. 1, S. 115-152.

Simonet, D. 2003. "Managed care und traditionelle Krankenversicherung: Ein Vergleich der Versorgungsqualität", *Internationale Revue für Soziale Sicherheit*, Bd. 56, Nr. 1, S. 115-136.

Chile

Infante, A. 1997. "Health sector reform: priorities and packages", *World Health Forum*, Bd. 18, Nr. 2, Weltgesundheitsorganisation.

Jack, W. 2000. "Health Insurance Reform in four Latin American Countries", *Policy research working paper*, Nr. 2492, Weltbank.

Kifmann, M. 1998. "Die private Krankenversicherung in Chile: Vollversicherung oder Zusatzversicherung für ambulante Leistungen?", *Internationale Revue für Soziale Sicherheit*, Bd. 51, Nr. 1, S. 153-169.

Frankreich

ANAES. 1999. *Principes d'évaluation des réseaux de santé*, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

Art. L162-31-1 des Gesetzes über die soziale Sicherheit.

- Bocognano, A. u.a. 1999. "Concurrence entre assureurs, prestataires et monopole naturel", *Economie et Statistique*, Nr. 328.
- Bourgueil, Y. u.a. 2001. "Evaluation des réseaux de soins – enjeux et recommandations", *Rapport no 1343*, CREDES et Groupe Image de l'Ecole nationale de la santé publique (ENSP).
- CNAMTS. Rundschreiben für die verschiedenen Systeme vom 30.12.2002: "Gesundheitsnetzwerke", Landeskasse für Krankenversicherung der Arbeitnehmer.
- Dorfiac-Laporte, C. 2003. "Le réseau de soins", *Regards*, Nr. 23, Landes-Hochschulzentrum für soziale Sicherheit.
- FAQSV und CNAMTS. 2002. Le financement des actions de coordination des soins de ville: rapport d'activité, Fonds d'aide à la qualité des soins de ville und Landeskasse für Krankenversicherung der Arbeitnehmer.
- Gadreau, M. 2002. Lettre du Collège des économistes de la santé, septembre 2001. Rapport d'activité du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville, Landeskasse für Krankenversicherung der Arbeitnehmer.
- Gesetz vom 4. März 2002 über die "Rechte der Kranken und die Qualität des Gesundheitssystems", Art. 84: Gesundheitsnetzwerke.
- Gesetz über die Finanzierung der sozialen Sicherheit für 2002 (Art. 36).
- Grignon, M. 2001. *Quel impact du mode de régulation sur la performance en assurance maladie?*, CREDES.
- Le Pen, C. 1998. "Gérer le risque maladie", *Les cahiers de l'assurance*.
- Majnoni d'Intignano, B. 2001. *Economie de la santé*, Presses universitaires de France.
- Mills, C. 1998. *Regards*, Nr. 15, Landes-Hochschulzentrum für soziale Sicherheit, November.
- Ministerium für Beschäftigung und Solidarität. 2000. *Quel système de santé à l'horizon 2020?*, siehe Kapitel "La protection sociale", DATAR-CREDES, herausgegeben von La Documentation française, Oktober, S. 60-70.
- de Pourvouville, G. 2001. "Réseaux et filières: approche économique et application au système de soins", Seminar des Institut d'études politiques, Paris.
- Sandier, S. 1999. "Le managed care et l'argent", *Filières et Réseaux*, Nr. 29-30, August-September.
- Verordnungen vom 24. April 1996. "Les réseaux et filières de soins expérimentaux".
- Viñas, J. M. 1998. "Réseaux de santé et gestion du risque", *Actualité et dossier en santé publique* (ADSP), Nr. 24, September.
- Von den Direktoren der ARH zugelassene Krankenhausnetzwerke: Art. L6121-5 des Gesetzes über öffentliche Gesundheit.
- Zentralkasse der sozialen landwirtschaftlichen Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit. Gesundheitsdirektion. 2002. Tätigkeitsbericht, Pilotprojekte, Organisation eines gerontologischen Netzwerks, Juli.

Schweiz

- CNAMTS. 2000-2002. Eine Reihe von Berichten der Mission recherche internationale sur le système de santé en Suisse, Landeskasse für Krankenversicherung der Arbeitnehmer.
- Cristofari, J.J. 1998. "Suisse: les modèles alternatifs coûtent moins cher", *Filières et réseaux*.

Dumont, J.P. 1999. "Les réseaux de soins coordonnés en Suisse", *Note et documents no 12*, Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) de Bourgogne.

Vereinigte Staaten

American Association of Public Health (<http://www.apha.org>).

American Medical Association (<http://www.ama.org>).

Chaperon, J. u.a. 2000. "Les 'Primary Care Physicians' Américains", *Journal d'économie médicale*, Oktober.

Lavollay, M. 1998. "L'assurance maladie aux Etats-Unis", *Regards*, Nr. 15, Landes-Hochschulzentrum für soziale Sicherheit, November.

Nash, D.B. u.a. 2001. *Connecting with the new health care consumer: defining your strategy*, Aspen Publishers, Vereinigte Staaten.

Wait, S. 1997. "Le glossaire du managed care", *Filières et réseaux*.