



Prof. Dr. Stefan Felder | Health Economics
Peter Merian-Weg 6 | Postfach | CH-4002 Basel
Tel. +41 61 207 32 26 | stefan.felder@unibas.ch

«Gesundes Kinzigtal»: Möglichkeiten der Übertragung auf die Schweiz

Gutachten zu Händen «**Gesundheitsförderung Schweiz**»

Prof. Dr. Stefan Felder

Dr. Stefan Meyer

Schlussbericht: 21. März 2019

Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangslage	3
2. Finanzierung und Vergütung in der Gesetzlichen Krankenversicherung Deutschlands ..	4
3. Gesundes Kinzigtal	6
4. Grundlegende Elemente der Schweizer Gesundheitssysteme.....	13
4.1. Versicherungs- und Vergütungsverträge in der OKP	13
4.2. Die Entstehung neuer Vergütungssysteme	15
4.3. Gesetzliche Grundlagen der Vergütungssysteme.....	16
5. Übertragbarkeit des «Modells Kinzigtal»	17
5.1. Kriterium 1: Marktführende Versicherer	18
5.2. Kriterium 2: Regionen mit hohen Deckungsbeiträgen und überschaubarer Grösse	20
5.3. Kriterium 3: Ländliche Versorgungsregionen	21
5.4. Einschränkung der Wahlfreiheit.....	25
5.5. Modellvarianten HMO+ und Gesundheitsregion AG	27
5.6. Kriterium 4: Anschubfinanzierung und langfristige Finanzierung.....	30
6. Zusammenfassung.....	31
6.1. Beantwortung der konkreten Fragestellungen	31
7. Literaturverzeichnis	37

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die ambulante Vergütung in Deutschland	5
Abbildung 2: Rechtliche Struktur des «Gesunden Kinzigtals»	7
Abbildung 3: Struktur des Schweizer Gesundheitswesens.....	14
Abbildung 4: Übersichtskarte der 106 MS-Regionen.....	24
Abbildung 5: Verwendung der finanziellen Mittel im Netzwerk-Modell.....	26
Abbildung 6: Aufbau der beiden Modellvarianten	28

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kantonale Marktführer mit ihrem Marktanteil, 2017	19
Tabelle 2: Prämiengefälle in den Kantonen mit mehreren Regionen.....	20
Tabelle 3: Geeignete MS-Regionen aus Versorgersicht	22

1. Ausgangslage

«Gesundes Kinzigtal» (GK) ist eine 2006 gegründete GmbH, die zum Ziel hat, die Region des mittleren Kinzigtals integriert zu versorgen. In diesem ländlich strukturierten Raum im Schwarzwald leben rund 70'000 Menschen. Knapp die Hälfte von ihnen sind bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) Baden-Württemberg oder bei der Landwirtschaftlichen Krankenkasse versichert und haben die Möglichkeit, an der Integrierten Versorgung «Gesundes Kinzigtal» teilzunehmen. Versicherten der Techniker Krankenkasse stehen seit Oktober 2016 ebenfalls einige Angebote der Integrierten Versorgung offen. Aktuell sind knapp 10'000 Personen in diesem Projekt eingeschrieben. Von den im Versorgungsgebiet niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie Psychotherapeuten sind circa die Hälfte Leistungspartner der GK GmbH. Darüber hinaus sind weitere Fachärzte in Kleinstädten beteiligt. Zudem sind 44 Kooperationsvereine, 15 Apotheken, 5 Fitnessstudios sowie 18 weitere Kooperationspartner aus der Region beteiligt.

GK gilt in Deutschland als Vorzeigeprojekt für eine populationsbezogene integrierte Versorgung, bei der Prävention, Gesundheitsförderung und die öffentliche Gesundheit im Vordergrund stehen und das kostengünstiger ist als eine traditionelle medizinische Versorgung. Im Rahmen eines praxisorientierten Forschungsmandats möchte Gesundheitsförderung Schweiz abklären lassen, ob sich GK auf die Schweiz übertragen lässt. Bei dieser Fragestellung müssen die wirtschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen in der schweizerischen Krankenversicherung und den regionalen Gesundheitsmärkten daraufhin geprüft werden, inwieweit sie eine populationsbezogene integrierte Versorgung zulassen.

Das Gutachten ist wie folgt aufgebaut. Im nachfolgenden Kapitel 2 stellen wir kurz die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung Deutschlands sowie die Eigenheiten der Vergütung der ambulanten Leistungserbringer vor. Das Kapitel 3 widmet sich dem Projekt «Gesundes Kinzigtal», wie es finanziert wird, wie die Vertragsbeziehungen zwischen dem Projekt und den Leistungserbringern einerseits und den Krankenkassen andererseits funktionieren. Zudem stellen wir die Kosten und die Ergebnisse der medizinischen Versorgung im Rahmen des Modells GK vor, soweit sie in der einschlägigen Literatur verfügbar sind.

Im Kapitel 4 charakterisieren wir das schweizerische Gesundheitssystem, insbesondere im Hinblick auf neue Versorgungs- und Vergütungsmodelle à la GK. Im Kapitel 5 beschäftigen wir uns mit den ökonomischen Voraussetzungen für ein populationsbezogenes Versorgungsmodell und fassen im Kapitel 6 die Ergebnisse des Gutachtens zusammen.

2. Finanzierung und Vergütung in der Gesetzlichen Krankenversicherung Deutschlands

Zur Einordnung des integrierten Versorgungsprojekts «Gesundes Kinzigtal GmbH» ist es zunächst wichtig, die Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems nachzuvollziehen. Die gesetzliche Krankenversicherung Deutschlands wird über Lohnbeiträge finanziert. Der aktuelle Beitragssatz liegt bei 14.6 Prozent plus eines kassenspezifischen Zusatzbeitrags mit einer aktuellen Spannbreite von 0.3 bis 1.6 Prozentpunkten. Zu beiden Beitragskomponenten tragen Arbeitnehmer und -geber je hälftig bei. Diese Lohnbeiträge fließen in den Gesundheitsfonds und werden über diesen den Krankenkassen nach deren jeweiligem Versorgungsbedarf zugewiesen. Der dafür eingerichtete Risikostrukturausgleich berücksichtigt hundert Altersjahre, das Geschlecht, den Bezug einer Erwerbsminderungsrente und den Anspruch auf Krankengeld sowie achtzig unterschiedliche Krankheiten. Auf diese Weise bilden die Zuweisungen an die Krankenkassen die Morbidität des jeweiligen Versichertenkollektivs vergleichsweise gut ab. Allerdings werden im deutschen Risikostrukturausgleich anders als in anderen Ländern regionale Unterschiede im Kostenniveau der medizinischen Versorgung nicht berücksichtigt¹. Die Zuweisungen, welche die AOK für ihre Versicherten im Kinzigtal erhält, sind somit unabhängig vom tatsächlichen Kostenniveau in dieser ländlichen Gegend.

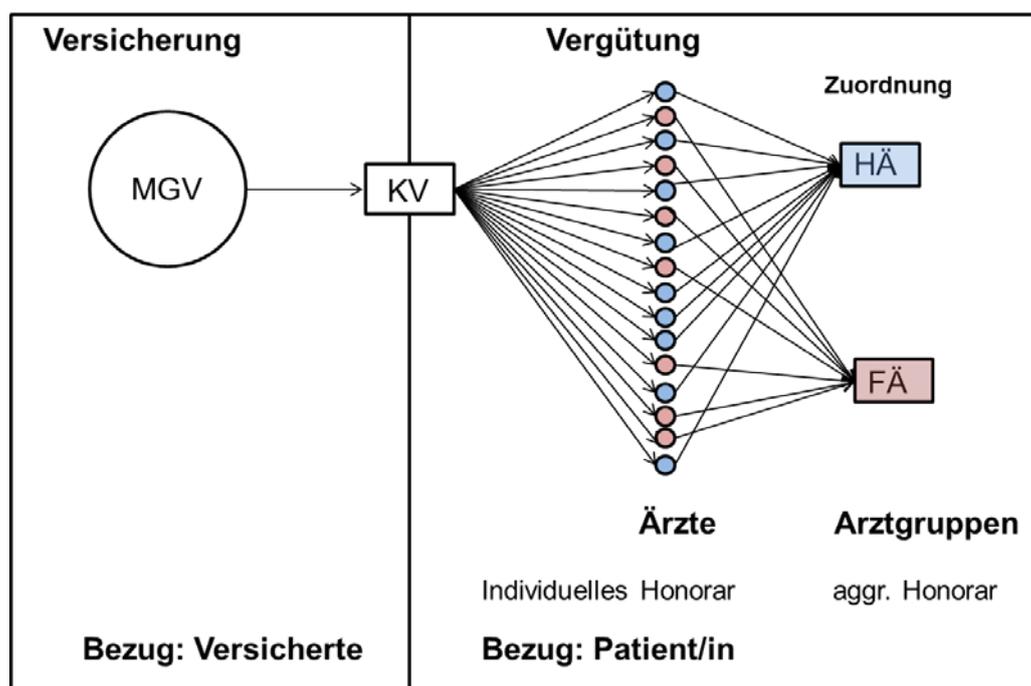
Auf der Ebene der Krankenkassen wird die Vergütung der ambulanten Versorgung abgetrennt. In allen übrigen Bereichen der medizinischen Versorgung vergüten die Krankenkassen die Leistungserbringer individuell und direkt. Es gilt das sogenannte Sachleistungsprinzip, vergleichbar mit dem Prinzip des «Tiers payant», das einige Schweizer Kantone im stationären Bereich der medizinischen Versorgung kennen. Das Geld für medizinische Dienstleistungen fließt also von den Krankenkassen zu den Leistungserbringern, während der Versicherte nur Beiträge an die Krankenkasse leistet, aber bei der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen gegenüber den Leistungserbringern nicht zahlungspflichtig ist. Für den ambulanten Bereich haben die Kassenärztliche Vereinigungen den sogenannten Sicherstellungsauftrag in ihrer Region inne. Die Landesverbände der Krankenkassen vereinbaren mit der Kassenärztlichen Vereinigung ein prospektives jährliches Budget für die gesamte vertragsärztliche Versorgung ihrer Versicherten. Sie vereinbaren es auf Grundlage einer Mengen- und einer Preiskomponente (§ 87a Absatz 3 SGB V). Diese sogenannte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) geht von einem abstrakten Behandlungsbedarf aus, der mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbunden ist und als Punktzahlvolumen auf der Grundlage des

¹ In der Schweiz beschränkt sich der Risikoausgleich (RA) auf die kantonale Ebene. Interkantonale Kostenunterschiede, die beispielsweise aus unterschiedlichen Versorgungsstrukturen entstehen, bleiben daher auch nach den Ausgleichzahlungen des RA bestehen.

einheitlichen Bewertungsmaßstabes operationalisiert wird. Dieses Punktzahlvolumen wird mit einem ebenfalls vereinbarten Punktwert in Euro vergütet (§ 87a Absatz 2 SGB V). Auf diese Weise tragen die Krankenkassen das Morbiditätsrisiko (§ 87a Absatz 4 SGB V). Der in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vereinbarte Behandlungsbedarf gilt als notwendige medizinische Versorgung gemäss § 71 Abs. 1 Satz 1.

Abbildung 1 illustriert die Finanzierung und Vergütung des ambulanten Sektors in Deutschland. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, die einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zur Verfügung steht, ergibt sich aus den Zahlungen, die die einzelnen Landesverbände von Krankenkassen für ihre Kassenmitglieder «einheitlich und gemeinsam» mit der KV verhandelt haben. Diese Zahlungen sind morbiditätsorientiert und werden pro Kopf der Versicherten geleistet. Ein Krankenkassenverband versichert sich somit bei der Kassenärztlichen Vereinigung für die Übernahme des Kostenrisikos durch Zahlung einer Prämie.² Das prospektiv vereinbarte Budget bezieht sich nicht auf die Zahl der versorgten Patienten; vielmehr ist die ärztliche Gesamtvergütung versichertenbezogen. Dies verdeutlicht die versicherungsökonomische Natur des Verhältnisses von Krankenkassen zu Kassenärztlichen Vereinigungen.

Abbildung 1: Die ambulante Vergütung in Deutschland



Quelle: Eigene Darstellung. Anmerkungen: HÄ = Hausärzte, FÄ = Fachärzte

² Das Morbiditätsrisiko verbleibt hingegen konsequenterweise bei den Krankenkassen: denn wenn das versicherte Risiko zunimmt, muss auch die Prämie des Versicherungsnehmers steigen.

Die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung teilt die vereinbarte Gesamtvergütung (§ 87b Abs. 1 SGB V) auf Haus- und Fachärzte auf (vgl. Abbildung 1). Der Gesetzgeber verpflichtet die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Vorgaben zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung zu bestimmen (§ 87b Abs. 4 SGB V). Abgesehen von extrabudgetären Komponenten kann an der Schnittstelle nur das Budget verteilt und weitergereicht werden, das vorher im Rahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit den Kassen vereinbart wurde.

Die Vergütung der Vertragsärzte ist Aufgabe der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Sie hat dafür verschiedene Instrumente zur Verfügung. Ärztliche Leistungen können einzeln auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs in Punktwerten oder in Eurobeträgen oder pauschal vergütet werden. Darüber hinaus können Praxisbudgets zur Begrenzung des Gesamthonorars eines Arztes oder einer Arztgruppe eingesetzt werden. Hierzu macht der Gesetzgeber grundsätzliche Vorgaben. Die konkreten Regeln dazu werden einzeln im Rahmen des Vergütungsvertrags auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen festgelegt. Arztpraxen werden für ihre Leistungserbringung somit nach den Regeln des Honorarverteilungsmaßstabs einzeln vergütet. Die Vergütungen haben in der Regel keinen Versichertenbezug, sondern beziehen sich auf die versorgten Patienten.

3. Gesundes Kinzigtal

Das integrierte Versorgungssystem «Gesundes Kinzigtal GmbH» besteht seit Ende 2005 und richtet sich an die gesamte Bevölkerung der Kinzigtal Region.³ Die GK GmbH ist ein Joint Venture zwischen OptiMedis AG (Beteiligung zu einem Drittel), einem privaten Unternehmen mit Fokus auf Gesundheitsmanagement und integrierte Versorgung sowie einem regionalen interdisziplinären Ärztenetzwerk (Medizinisches Qualitätsnetz Ärzteinitiative Kinzigtal MQNK, Beteiligung zu zwei Dritteln). Möglich wurde das Projekt durch eine Anschubfinanzierung von rund 4.5 Millionen Euro zweier öffentlicher Krankenkassen, der Allgemeinen Ortskrankenkasse Baden-Württemberg (AOK Baden-Württemberg) und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau SVLFG⁴ (vgl. Abbildung 2).

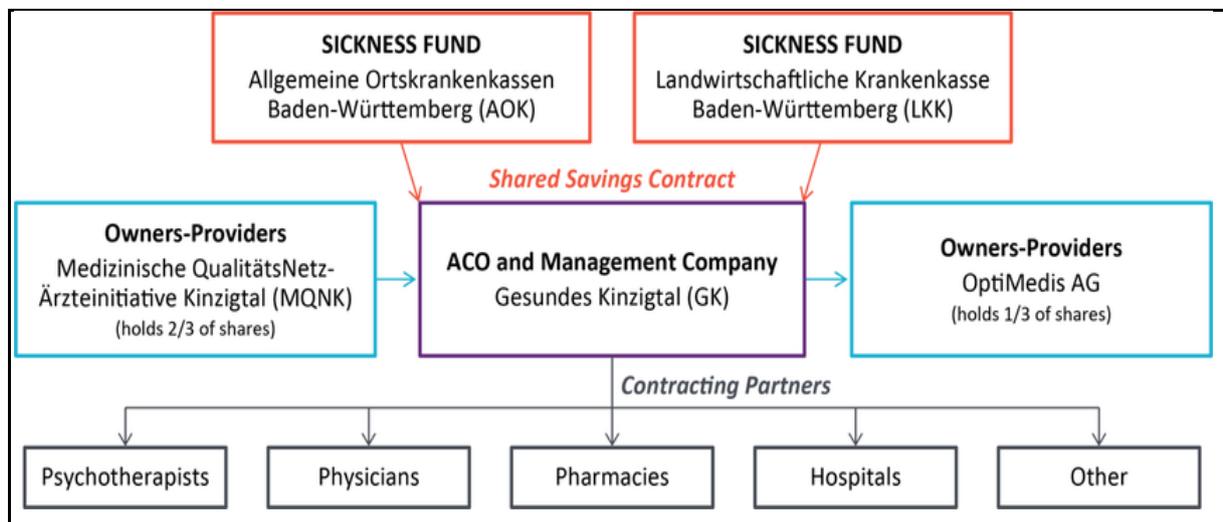
Heute finanziert sich die die GK GmbH ausschliesslich aus den erwirtschafteten Einsparungen. An diesen ist die GK GmbH mittels langjährigem «Shared-Savings»-Vertrag (anfänglich

³ Vgl. Website de Gesundes Kinzigtal GmbH (<https://www.gesundes-kinzigtal.de>), OptiMedis AG (<http://optimedis.de>), Pimperl u. a. (2017a) sowie EIU (2016) für generelle Informationen zum Projekt.

⁴ frühere LKK Baden-Württemberg

10 Jahre, heute unbefristet) mit den Versicherern mitbeteiligt. Dieser Vertrag gibt den Leistungserbringern Anreize für Kosteneinsparungen, da sie am Gewinn der GK GmbH beteiligt werden.

Abbildung 2: Rechtliche Struktur des «Gesunden Kinzigtals»



Quelle: OptiMedis AG

Die multidisziplinären Versorgungsteams umfassen Hausärzte, Spezialisten, Psychotherapeuten, Spitäler, Pflegeheime, ambulante Versorgungszentren, Physiotherapeuten und Sozialarbeiter. Insgesamt arbeitet die GK GmbH mit rund 100 Organisationen und Institutionen zusammen. Dazu zählen auch nicht ärztliche und nicht medizinische Dienstleister, wie etwa Fitnesscenter, Vereine, private Unternehmen aus der betrieblichen Gesundheitsförderung, Erwachsenenbildungszentren und Apotheken. Bei der Leistungserbringung liegt die Betonung auf Prävention, Gesundheitsförderung und öffentliche Gesundheit.

Das Projekt verfolgt drei Ziele (sog. Triple Aim⁵):

- (1) Verbesserung der generellen Gesundheit der Bevölkerung,
- (2) Verbesserung der durch die Patienten in Anspruch genommenen Versorgung und
- (3) Verringerung unnötiger Kosten.

Der Hauptfokus liegt auf multimorbiden Patienten, da das Potenzial für diese Versicherten in Bezug auf die Versorgungsqualität und die Kosten am höchsten ausfällt. Das Projekt ist grundsätzlich für alle Einwohner des Kinzigtals ohne Einschränkungen bei der Wahl der Leistungserbringer und ohne Anpassung des Beitragssatzes offen. Die Patienten können einen Arzt

⁵ Triple Aim als Ausdruck für die gleichzeitige Adressierung dreier Schlüsselthemen eines Gesundheitssystems (Kosten, Gesundheit und Pflege) geht auf Berwick u. a. (2008) zurück und hat sich als Rahmenkonzept im Bereich der Integrierten Versorgung (IntV) relativ breit etabliert.

ihres Vertrauens wählen, ohne aber dadurch in der Wahl der Leistungserbringer eingeschränkt zu werden. Aktuell haben sich rund 10'000 Bewohner des Kinzigtals (ein Drittel der 33'000 Versicherten der AOK und SVLFG oder ein Siebtel der gesamten Wohnbevölkerung) freiwillig in das Projekt eingeschrieben.⁶ Seit dem dritten Quartal 2016 haben auch Mitglieder der Techniker Krankenkasse die Möglichkeit, ausgewählte Versorgungsangebote mit Unterstützung ihrer Kasse in Anspruch zu nehmen. Ende 2016 waren dies sechs Versicherte (vgl. Merck u.a., 2017).

Die Ärzte sind ebenfalls frei, sich am integrativen Versorgungsprojekt zu beteiligen. Sie rechnen nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab ihre erbrachten Einzelleistungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg ab. Darüber hinaus partizipieren sie am Gesamtergebnis der GK GmbH. Auch Haus- und Fachärzte, die sich an den – alternativ zum «Kollektivvertrag» der Kassenärztlichen Vereinigungen etablierten – Selektivverträgen eingeschrieben haben («Hausarztzentrierte Versorgung (HzV)» nach § 73b SGB V und Facharztverträge nach § 140a SGB V), können sich am GK beteiligen. Sie rechnen ihre Leistungen nicht über die KV Baden-Württemberg ab, sondern über die an den Selektivverträgen beteiligten Management-Gesellschaften ihrer Berufsverbände.

Die Resultate des «Gesunden Kinzigtals» erscheinen auf den ersten Blick beeindruckend: Für 2014 wird ein Kostenreduktionspotenzial von brutto 5.5 Mio. Euro oder sieben Prozent ausgewiesen (vgl. Merck u. a., 2016). Dies bezieht sich auf die 32'999 Versicherten von AOK und LKK im Kinzigtal. Es wird beim Kostenreduktionsziel nicht zwischen Mitgliedern und Nicht-Mitgliedern des GK (genau 9215 Ende 2014) unterschieden. Damit besteht die Fiktion des Populationsbezugs in dem Sinne, dass für das Kinzigtal etablierte Strukturen und Prozesse allen dort Versicherten zugutekommen. Ob tatsächliche, also ursächlich auf das Projekt «Gesundes Kinzigtal» zurückzuführende Einsparungen realisiert werden, ist allerdings überhaupt nicht gesichert. Die Differenz zwischen normierten und tatsächlichen Kosten wurde nach der Methodik des deutschen Risikostrukturausgleichs gerechnet. Dieser hat, wie oben bereits erwähnt, keine regionale Komponente. Falls im ländlichen Kinzigtal die Kosten der medizinischen Versorgung niedriger als im deutschen Durchschnitt sind – eine durchaus plausible Annahme, denn die Facharzt-dichte ist in der Region deutlich unterdurchschnittlich und Krankenhäuser sind vergleichsweise weit entfernt –, sind die tatsächlichen Einsparungen im GK ent-

⁶ Referat Hildebrandt, 2017; Radiobeitrag Deutschlandfunk Kultur vom 14.08.2017 'Revolution im Kinzigtal?' (http://www.deutschlandfunkkultur.de/gesundheitsystem-revolution-im-kinzigtal.1001.de.html?dram:article_id=393444).

sprechend geringer. Kritisch anzumerken ist jedenfalls, dass es für die Beurteilung des Projektes nicht zielführend ist, die Kosten des Kinzigtals an den standardisierten Ausgabenprofilen des Risikostrukturausgleichs zu messen.

Nach Hildebrandt (2017) konnte zwischen 2007 und 2015 für die beteiligten Krankenkassen das Ergebnis brutto um insgesamt 35.5 Mio. Euro (10.9 Mio. Euro netto) verbessert werden. Diese Zahl bezieht sich wiederum nicht ausschliesslich auf die eingeschriebenen Versicherten, sondern auf alle Versicherten der AOK und der LKK im mittleren Kinzigtal. Ein wichtiger Treiber der erzielten Einsparungen sei die Reduktion der notfallmässigen Krankenhauseinweisungen. Dank besserer Koordination der Leistungserbringer konnten medizinische Probleme früher erkannt und deren Behandlung angegangen werden. Das Programm wird sowohl intern als auch extern regelmässig auditiert. Zudem existiert eine wissenschaftliche Begleitforschung.⁷

Schubert u. a. (2016) haben die AOK-Versicherten Baden-Württembergs der Jahre 2004-2011 hinsichtlich Unterschiede zwischen den Versicherten des mittleren Kinzigtals und den übrigen Versicherten in Baden-Württemberg untersucht. Die Interventionsgruppe im Kinzigtal umfasst sowohl Mitglieder von «Gesundes Kinzigtal» als auch die übrigen AOK-Versicherten im Kinzigtal. Die Autoren verteidigen diesen Ansatz damit, dass die Integrierte Versorgung GK ein populationsbezogenes Konzept sei. Tatsächlich können sie aber damit den kausalen Effekt des GK auf deren Mitglieder nicht messen. Osteoporosepatienten weisen im Kinzigtal ein niedrigeres Frakturrisiko auf. Das Sterberisiko ist geringer und es gibt keinen Unterschied in vermeidbaren Krankenhausaufenthalten zwischen dem Kinzigtal und dem übrigen Baden-Württemberg. Unklar bleibt, inwieweit diese Ergebnisse ursächlich mit dem Modell GK verbunden sind. Etwas informativer sind die Ergebnisse hinsichtlich der Entwicklung möglicher Fehlversorgung im Untersuchungszeitraum 2004 bis 2011. Zwei von fünf Indikatoren zur Überversorgung zeigen in der Interventionsgruppe eine signifikant bessere Entwicklung gegenüber der Kontrollgruppe, ebenso zwei von zehn Indikatoren zur Unterversorgung. Bei den übrigen Indikatoren gibt es keinen signifikanten Unterschied in der Entwicklung zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.

Ein methodisch überzeugenderes Design weist die Studie von Pimperl u. a. (2017b) auf. Mit Hilfe eines «Propensity Score Matching»-Verfahrens wurden unter den Versicherten sogenannte «statistische Zwillingspaare» gebildet, von denen der eine dem GK angehört, der andere jedoch nicht. Die beiden Zwillinge sind sich im Hinblick auf beobachtbare Attribute sehr

⁷ Die externe wissenschaftliche Evaluation wurde in den Jahren 2006-2011 durch eine eigens dafür eingerichtete 'Evaluations-Koordinierungsstelle Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal' an der Universität Freiburg (Dr. Achim Siegel, <https://www.ekiv.org>) koordiniert. Heute ist der Lehrbereich Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Freiburg für die Koordination verantwortlich.

ähnlich (d.h. Alter, Geschlecht, Versichertenstatus, Morbiditätsparameter). In den durch die Zwillingspaare gebildeten Interventions- und Kontrollgruppen wurde daraufhin die Mortalität verglichen. Das durchschnittliche Todesalter lag in der Interventionsgruppe um 1.4 Jahre über demjenigen der Kontrollgruppe ($p > 0.05$). Innerhalb des GK verstarben innerhalb von 4 Jahren nach Einschreibung 207 Personen, während in der Kontrollgruppe 240 Verstorbene zu verzeichnen waren. Im ersten bis dritten Jahr nach Einschreibung schneidet das Gesunde Kinzigtal bezüglich Mortalität besser ab, im vierten Jahr dagegen schlechter. Die Unterschiede in den Mortalitätsraten sind allerdings statistisch nicht signifikant. Dies ist wenig überraschend, weil einerseits die Mortalitätsrate niedrig ist und von vielen Faktoren abhängt, andererseits die Kontrollgruppe und die Interventionsgruppe mit jeweils 5411 Mitgliedern vergleichsweise klein waren.

Betrachtet man die verlorenen potenziellen Lebensjahre (YPLL) in den beiden Vergleichsgruppen, schneidet das GK wiederum besser ab (Pimperl u. a., 2017b). Über den vierjährigen Untersuchungszeitraum waren die YPLL bei der Interventionsgruppe um rund 24 Prozent geringer (2006 ggü. 2641). Der Unterschied ist in diesem Fall statistisch signifikant ($p < 0.05$), beruht allerdings auf Hochrechnungen auf der Grundlage bundesdeutscher Sterbetafeln.

24 Prozent der Teilnehmer am GK geben an, dass sie gesünder leben als vor Programmeintritt (vgl. Siegel u. a., 2016). Die Patientenzufriedenheit ist gross (vgl. Merck u. a., 2016; Siegel u. a., 2016) und 98.9 Prozent aller Mitglieder vom GK, die mit ihrem Arzt eine Zielvereinbarung haben, würden die Mitgliedschaft weiterempfehlen (Hildebrandt, 2017).

Folgende Faktoren werden als besonders wichtig für den Erfolg des Projekts erachtet (vgl. Pimperl u. a., 2017a):

- eine starke Einbindung der Stakeholder – konkret deren Einbezug via Patienten-Board und Ombudsmann, via Ärzte-Board und via Board der übrigen Leistungserbringer;
- die digitale Vernetzung aller Anbieter mittels elektronischer Gesundheitsakten, Fallkonferenzen, gemeinsam entwickelten Behandlungspfaden;
- das selbstentwickelte «Business Intelligence System», das durch die standardisierte Aufbereitung, Verknüpfung und Analyse von Patientendaten die Identifikation von Verbesserungspotenzialen ermöglicht (die periodischen Leistungs-Feedback-Berichte an die Ärzte mittels sogenannter Health Services Cockpits – ähnlich einem Qualitätsdashboard – zeigen den Ärzten solche Potenziale auf und wirken gleichzeitig als nicht-monetärer Anreiz);
- die Beteiligung und Ermächtigung (engl. empowerment) der Patienten;

- die regelmässigen Leistungskontrollen.

Einen entscheidenden Einfluss üben auch die finanziellen Anreize auf die verschiedenen Stakeholder und insbesondere die Ärzte aus (vgl. Pimperl u. a., 2017a). Die Ärzte werden grundsätzlich mittels traditioneller Einzelleistungsvergütung vergütet und erwirtschaften daraus 80 bis 90 Prozent ihrer Einkünfte. Darüber hinaus werden die Ärzte für Leistungen entschädigt, wie etwa für die Ausarbeitung von Zielvereinbarungen mit den Patienten oder auch stundenweise für die Mitarbeit in Projektgruppen. Diese zusätzlichen Einzelleistungsvergütungen werden durch die GK GmbH entrichtet. Schliesslich fliesst ein Teil der Einsparungen an die Ärzte über deren Beteiligung an der GK GmbH (via MQNK) zurück.

Auf Anfang 2018 sollte ein neues Vergütungsmodell kombiniert mit einer Integration in zwischenzeitlich neue bundeslandweite entwickelte Vergütungsmodelle eingeführt werden. Das neue Modell sah vor, dass die gesetzliche Einzelleistungsvergütung durch den Krankenversicherer AOK nicht mehr via Kassenärztliche Vereinigung an die Ärzte gezahlt wird, sondern an die GK GmbH fliesst. Diese würde die Ärzte pauschal pro Patienten und Quartal entschädigen, basierend auf dem Durchschnitt der Kosten der letzten vier Quartale. Dieser durchschnittliche Fallwert sollte für jede Praxis individuell und für jedes Quartal neu berechnet werden. Für die in der GK GmbH eingeschriebenen Versicherten sollte ein Zuschlag auf den Fallwert von zehn Prozent ausgerichtet werden. Das neue Modell bezweckte, den bürokratischen Aufwand bei Ärzten und der GK GmbH zu reduzieren und zum anderen den Fokus der Ärzte stärker auf die Gesundheitsversorgung zu lenken.

Die AOK Baden-Württemberg verlangte dafür eine Bereinigung der ambulanten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung um die im GK eingeschriebenen Versicherten. Gleichzeitig sollte die Leistungsanspruchnahme dieser Versicherten bei Ärzten ausserhalb der GK GmbH als Fremdleistungen den GK GmbH-Ärzten belastet werden. Letztere sollten sich zudem an der hausarztzentrierten Vergütung bzw. der facharztzentrierten Vergütung beteiligen und Leistungen für Patienten, die sich ebenfalls bei diesen Verträgen einschreiben, über diese Vergütungssysteme abrechnen. Von den anfänglich rund 40 an der GK GmbH beteiligten Ärzten waren schliesslich nur noch 16 bereit, die Steuerungs- und Budgetverantwortung unter diesen neuen Bedingungen zu übernehmen. Im Ergebnis scheiterte das neue Vergütungsmodell für die GK GmbH. Man geht jetzt wieder auf den alten «Add-on-Vertrag» zurück, bei dem die Ärzte der GK GmbH über die Einzelleistungsvergütung der Kassenärztliche Vereinigung (ohne Bereinigung) oder über die Selektivverträge für die Behandlung der eingeschriebenen Patienten finanziert werden und darüber hinaus am «Gewinn» der GK GmbH (positiver Deckungsbeitrag für die Versicherten im Kinzigtal) beteiligt sind. Gleichzeitig ist zu beobachten, dass sich der hausarztzentrierte Selektivvertrag in Baden-Württemberg sehr dynamisch entwickelt und die

GK GmbH vor neue Herausforderungen stellt. Für die Krankenkassen ist dieser Selektivvertrag interessant, weil er ebenfalls Elemente einer integrativen Versorgung enthält, auf die sie im Unterschied zu ihrem Verhältnis mit der GK GmbH direkt Einfluss nehmen und damit Doppelstrukturen vermeiden können.

Als Hauptkritik wird dem Modell GK entgegengehalten, dass es in anderen Regionen nicht reproduzierbar sei. Die Region Kinzigtal ist eine speziell ländliche Gegend. Die Bevölkerung weist einen vergleichsweise niedrigen sozioökonomischen Status auf und ist überdurchschnittlich alt. Dies begünstigt den Erfolg. Seit Januar 2017 wird von OptiMedis AG nun in einer städtischen Region, konkret in zwei sozial benachteiligten Hamburger Stadtteilen, ein patientenorientiertes, sektorenübergreifendes Gesundheitsnetzwerk aufgebaut. Sozial benachteiligte Personen haben grössere Schwierigkeiten, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden und schlechtere Gesundheitschancen als Personen in besser situierten Stadtteilen. Das Projekt INVEST Billstedt-Horn wird durch einen Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) unterstützt. Darüber hinaus reproduziert die OptiMedis AG zumindest Teile des GK Projekts in anderen Regionen – etwa in England. Im August 2017 hat im Übrigen ein auf die Förderung des Gemeinwohls spezialisierter Investmentfonds in die OptiMedis AG investiert, um eine weitere Skalierung des Modells zu unterstützen.

Insgesamt betrachtet scheinen Anspruch und Wirklichkeit bei der GK GmbH nicht ganz übereinzustimmen. Der Ansatz wird als populationsbezogen bezeichnet, was bspw. dadurch deutlich wird, dass die möglichen Ersparnisse auf die gesamte AOK-Population im Kinzigtal hochgerechnet werden. Aber zwei Drittel der örtlichen AOK-Versicherten haben sich bisher noch nicht für eine Teilnahme an diesem Modell entschieden, das mittlerweile über 10 Jahre im Angebot ist. Insgesamt beträgt die Marktabdeckung durch das Projekt lediglich 14 Prozent; 86 Prozent der Bevölkerung ist beim GK-Projekt nicht dabei. Insofern spricht es nur einen vergleichsweise kleinen Teil der Bevölkerung an.

Die sich einschreibenden Versicherten sind in ihrer Wahlfreiheit der Leistungserbringer nicht eingeschränkt. Mit anderen Worten können sie sich auch für Leistungserbringer entscheiden, die sich nicht am GK beteiligen. Umgekehrt können Versicherte ebenfalls Leistungserbringer auswählen, die einen Vertrag mit der GK GmbH haben. Dies schwächt den Anreiz für die Versicherten, sich beim Projekt einzuschreiben.

Inwieweit das Modell auf der Leistungserbringerseite finanzielle Anreize in Richtung verbesserter Qualitätserbringung setzt, kann den verfügbaren Unterlagen nicht entnommen werden. Eine qualitätsorientierte Vergütung, wie sie in OECD-Ländern im ambulanten Bereich teilweise

umgesetzt wird (vgl. Cashin u.a., 2014), wird im GK unseres Wissens nicht verfolgt. Ein monetärer Anreiz besteht lediglich in Richtung einer Reduktion der Behandlungskosten im Rahmen des «Shared-Savings»-Vertrags. Dabei kommt es allerdings mit zunehmender Anzahl der beteiligten Leistungserbringer zu einer Verwässerung des Anreizes, Kosten einzusparen. Die Anstrengungen des einzelnen Leistungserbringers, die Kosten zu senken, haben einen praktisch vernachlässigbaren Effekt auf die Gesamtkosten des Modells. Wie weit individuelle Information über die Performanz der Kollegen ausgetauscht werden, ist unklar; aus der Literatur ist bekannt, dass nicht-pekuniäre Anreize starke positive Auswirkungen auf das Verhalten von Ärzten haben können (vgl. Kohlstad, AER 2013).

Insgesamt setzt das Projekt «Gesundes Kinzigtal» stark auf ein massvolles Verhalten der Leistungserbringer einerseits und ein ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein der Versicherten und Patienten andererseits. Beobachter berichten von einer starken intrinsischen Motivation der am Projekt beteiligten Leistungserbringer. Das Modell hat zu Lerneffekten bei den beteiligten Krankenkassen wie auch bei der Kassenärztlichen Vereinigung geführt, die diese in anderen Verträgen umsetzen konnten. Dies stellt die GK GmbH vor eine grosse Herausforderung, wie das Scheitern einer Umstellung auf ein neues Vergütungs- und Versorgungsmodell zeigt. Mit dem Rückfall auf die Einzelleistungsvergütung hinken die Ärzte im GK den aktuellen Entwicklungen in der ambulanten Versorgung Baden-Württembergs hinterher. Unklar ist, wie weit es mittel- und langfristig möglich ist, neue Ärzte und andere Leistungserbringer zu rekrutieren, die das Überleben des integrativen Versorgungsprojekts sichern.

4. Grundlegende Elemente des Schweizer Gesundheitssystems

4.1. Versicherungs- und Vergütungsverträge in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung

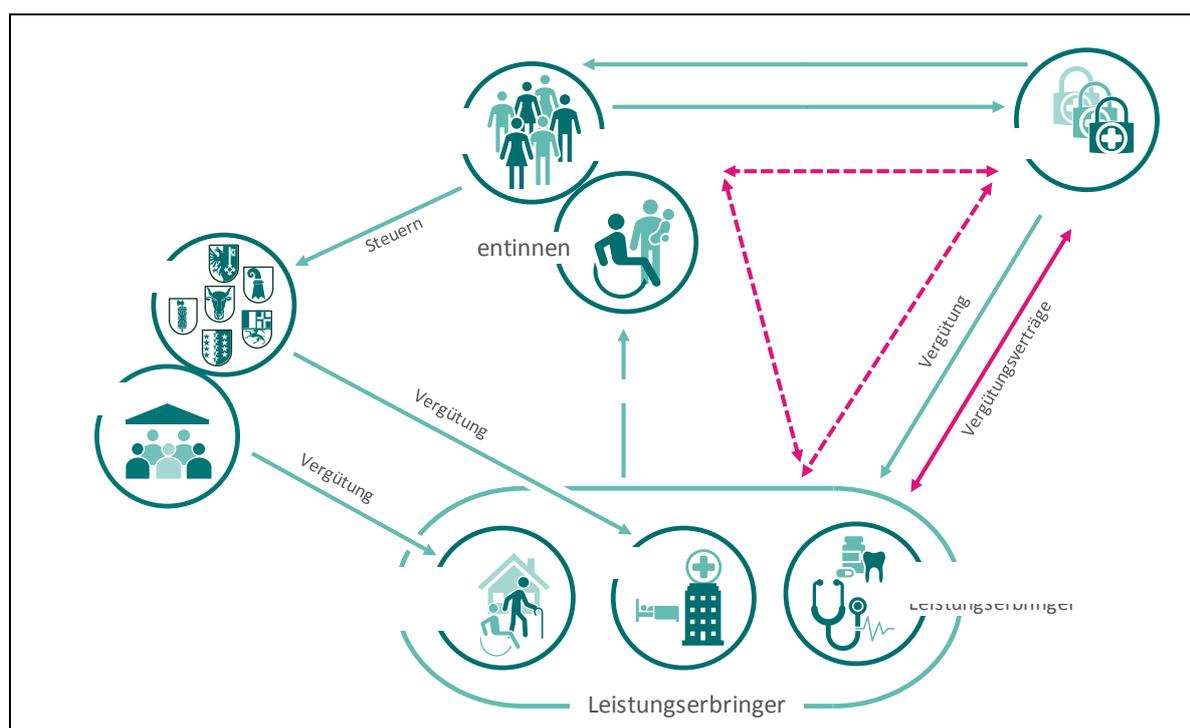
Im Zentrum des Schweizer Gesundheitssystems stehen die Anbieter und die Nachfrager der Gesundheitsleistungen (vgl. Abbildung 3). Auf der Seite der Nachfrage sind dies die Patienten, welche für medizinische Anliegen einen Leistungserbringer ihrer Wahl aufsuchen. Der Patient beteiligt sich im gesetzlich festgelegten Rahmen mit einer Franchise und einem Selbstbehalt an den entstandenen Kosten. Der Grossteil der Kosten wird jedoch vom Versicherer gezahlt, für den sich der Patient aufgrund der Versicherungspflicht entschieden hat und dem er monatlich eine Prämie für die Versicherungsdeckung schuldet.

Die Krankenversicherer andererseits sind verpflichtet, mit allen zugelassenen Leistungserbringern vorgegebene Vergütungsverträge zu schliessen. Eine Ausnahme bilden sie sogenannten

Vertragsspitäler. Diese besitzen keinen kantonalen Leistungsauftrag und sind deshalb nicht Teil der Spitalliste.

Die Vergütungsverträge regeln mithilfe von Tarifen die Art und Weise, wie die Leistungserbringer für die jeweilige Behandlungsleistung vergütet werden. Die Vergütungsverträge beruhen schweizweit weitgehend auf einheitlichen Strukturen. So erfolgt die Vergütung von Akutspitalern und psychiatrischen Einrichtungen auf der Basis von Fallpauschalen («SwissDRG») bzw. leistungsbezogenen Tagespauschalen («TARPSY»). Ab dem Jahr 2022 soll auch für die stationäre Rehabilitation ein einheitliches Tarifwerk gelten («ST Reha»). Auch im spital- und praxisambulanten Bereich, der ambulanten (Spitex) und stationären Langzeitpflege (Pflegeheime) sowie der Physiotherapie, Ergotherapie, den Apotheken, Hebammen, Ernährungsberatern und Chiropraktikern wurden in den vergangenen Jahrzehnten einheitliche Tarifstrukturen vereinbart, welche landesweit gelten.

Abbildung 3: Struktur des Schweizer Gesundheitswesens



Quelle: Eigene Darstellung

Während die Tarifstrukturen und damit die relative Bewertung der einzelnen Leistungen vertraglich fixiert sind, wird die Höhe der Vergütung in einigen Bereichen direkt zwischen den Tarifpartnern vereinbart.⁸ Dies gilt insbesondere bei denjenigen Spitälern, die den geltenden

⁸ Eine Ausnahme ergibt sich bei den sogenannten Amtstarifen (AL, SL, MiGeL) und den in der KLV festgelegten Pflorgetarife. Diese werden hoheitlich durch das BAG festgelegt.

Basisfallwert mit den Einkaufsgesellschaften der Krankenversicherer aushandeln. Im praxisambulanten Bereich verhandeln die Ärztesellschaften und die Krankenversicherer die Höhe des Tarifs («TARMED-Taxpunktwert») auf kantonaler Ebene.

Die Komplexität des Systems wird dadurch erhöht, dass die Kantone mindestens 55 Prozent der stationären Tarife vergüten (Art. 49a Abs. 2 KVG), während die Gemeinden im Bereich der Langzeitpflege einen wesentlichen Teil zur Finanzierung beitragen. Im Gegensatz zum Spitalbereich zahlen die Gemeinden jedoch nicht einen fixen Anteil der OKP-Tarife, sondern sind verantwortlich für die gesamte «Restfinanzierung» der Pflegekosten.

4.2. Die Entstehung neuer Vergütungssysteme

Im heutigen System können neue Vergütungssysteme grundsätzlich auf zwei Arten entstehen (vgl. magentafarbene Linien in Abbildung 3). Einerseits ist es möglich, dass die bestehenden Vergütungsverträge revidiert oder ersetzt werden. Wie ein aktuelles Beispiel aus dem ophthalmologischen Bereich aber zeigt, können alternative Tarifstrukturen auch parallel zu den bestehenden Verträgen aufgebaut werden. Augenärztinnen und -ärzte sowie die Krankenversicherer haben sich geeinigt, für bestimmte ambulante Eingriffe am Auge (z. B. Operationen des grünen Stars) Pauschaltarife zu vereinbaren (santésuisse und FMCH 2018; Curafutura und SOG 2018). Der Beitritt zum neuen Tarifwerk ist für die Leistungserbringer und die Krankenkassen freiwillig. Diese können entscheiden, ob sie bei der Einzelleistungsvergütung bleiben möchten oder auf ambulante Pauschaltarife setzen.

Ein zweiter Weg zu neuen Tarifmodellen führt über die Einführung von sogenannten Selektivverträgen. Krankenversicherer haben die Möglichkeit, besondere Versicherungsverträge anzubieten, welche das Wahlrecht der Versicherten hinsichtlich der Leistungserbringer einschränkt (Art. 41 Abs. 4 KVG). Bekannte Vertreter solcher Verträge sind Hausarzt- und HMO-Modelle sowie Modelle mit einer telefonischen Vorabklärung. Im Jahr 2017 wählten 69 Prozent der Versicherten eine andere Versicherungsform, wobei die Hausarztmodelle mit Abstand am beliebtesten sind (BAG, 2018). Die Versicherer vereinbaren mit den Ärztenetzwerken und den HMOs teilweise alternative Vergütungsverträge, welche bspw. eine Budgetmitverantwortung der Leistungserbringer vorsehen (Beck, 2013). Damit werden die aus solchen Modellen resultierenden Einsparungen zwischen den Tarifpartnern aufgeteilt. Gemäss Bundesgerichtspraxis sind solche Modelle nur zulässig, wenn der Nachweis niedrigerer Kosten auf der Seite der Leistungserbringung erbracht werden kann.

Solche Selektivverträge sind vor allem für jene Ärzte finanziell interessant, die ihre Vergütung gegenüber dem Standardvertrag erhöhen können. Es sind dies die Leistungserbringer, die

sich bereits heute relativ kostenbewusst verhalten und pro Patienten unterdurchschnittlich viele Leistungen abrechnen. Daher kommt es auf Seiten der Leistungserbringung zu einer Selektion bestimmter Gruppen von Ärzten. Die Budgetmitverantwortung setzt zudem gewisse Anreize, dass sich die Leistungserbringer zu Netzwerken zusammenschliessen und auf diese Art und Weise das finanzielle Risiko zu bündeln vermögen.

Letztlich sind die Krankenversicherer und die Leistungserbringer darauf angewiesen, dass sich der entsprechende Versicherungsvertrag am Markt behauptet und von einer hinreichend grossen Anzahl von Versicherten gewählt wird. Versicherte in der Schweiz haben nämlich stets die Möglichkeit, sich einem Standardvertrag mit freier Arztwahl anzuschliessen. Versicherte werden sich nur dann einem besonderen Versicherungsvertrag anschliessen, wenn die eingeschränkte Arztwahl durch eine günstigere Prämie oder weitere Vorteile kompensiert wird (z. B. telefonische Rund-um-die-Uhr-Beratung, Möglichkeit der Teilnahme an einem Disease Management Programm).

4.3. Gesetzliche Grundlagen der Vergütungssysteme

Das Krankenversicherungsgesetz ist bezüglich der Ausgestaltung der Tarife relativ offen und lässt Raum für mannigfaltige Lösungen. So sieht es allein für den stationären Bereich und die Geburtshäuser eine einzige Tarifart vor (in der Regel Pauschaltarif, Art. 49 Abs. 1 KVG). Für alle anderen Bereiche besteht Organisationsautonomie, wobei Art. 43 Abs. 2 KVG beispielhaft und nicht abschliessend drei Tarifarten nennt, den Zeittarif, den Einzelleistungstarif und den Pauschaltarif. Zudem können die Tarife über die Zulassungsanforderungen des KVG hinausgehende Kriterien aufstellen, wenn dies zur Sicherung der Qualität der Vergütung notwendig ist. Dies bildete die rechtliche Verankerung der qualitativen Dignitäten gemäss der TARMED-Tarifstruktur.

Interessant sind hier die Pauschalen, als erstes die Patientenpauschale. Danach wird ein bestimmter Betrag pro Patienten geleistet, und zwar unabhängig von der Diagnose. Differenzieren lässt sich dann etwa nach dem Alter des Patienten oder der Spezialisierung des Arztes. Versichertenpauschalen werden dann gar unabhängig von einem Krankheitsfall für eine ganze Gruppe von Versicherten ausgerichtet («Capitation»). Sie finden sich bei Globalbudgets im Managed-Care-Bereich. Fallpauschalen erfassen sodann relativ homogene Patientengruppen oder Eingriffe, wobei hier häufig pflegerischer und ärztlicher Aufwand zusammengefasst wird. Entgegen einer verbreiteten Ansicht können Fallpauschalen auch im ambulanten ärztlichen Bereich anstelle der TARMED-Tarifstruktur eingesetzt werden. Zu erwähnen sind gleichzeitig auch Tagespauschalen, die, veranlasst durch Bundesverwaltungsgerichtsurteil «Nebenleis-

tungen in Pflegeheimen» vom 2. Juli 2015 (C 1190/2012), zwischen der tarifsuisse und diversen kantonalen Pflegeheimverbänden vereinbart wurden. Darin wurden auf einer Tagesbasis die zu leistende pauschale Zahlungen vereinbart, unabhängig davon, ob tatsächlich bestimmte (z.B. ärztliche) Leistungen konkret beansprucht wurden oder nicht.

Zeittarife stützen sich auf die aufgewendeten Zeiteinheiten und finden vor allem in der Pflege sowie bei den nicht-ärztlichen Medizinalpersonen Anwendung (ausser der Physiotherapie, die eine – wenn auch recht pauschalierende – Einzelleistungstarifordnung kennt).

Tarifverträge werden zwischen Versicherern (oder deren Verbänden) und Leistungserbringern (oder deren Verbänden) abgeschlossen (Art. 46 Abs. 1 KVG). Die heutigen Verträge werden zumeist von einer homogenen Gruppe von Leistungserbringern abgeschlossen, so etwa der Ärzteschaft, von Ophthalmologen, von Spitälern oder Physiotherapeuten. Im Bereich der besonderen Versicherungsmodelle (z.B. HMO-Verträge) sind jedoch Verträge mit Netzwerken heterogener Leistungserbringer denkbar.

Die Tarifverträge müssen alsdann (betriebs-) wirtschaftlich bemessen sein und eine sachgerechte Struktur aufweisen. Sie sollen eine qualitativ hochstehende Versorgung zu möglichst günstigen Kosten sicherstellen (Art. 43 Abs. 4 und Abs. 6 KVG).

5. Übertragbarkeit des «Modells Kinzigtal»

Im Hinblick auf eine Übertragbarkeit des Modells «Gesundes Kinzigtal» auf die Schweiz lohnt es sich, dieses Modell innerhalb der medizinischen Versorgung Baden-Württembergs einzuordnen. Das Bundesland Baden-Württemberg hat rund 10.7 Mio. Einwohner. 84.55 Prozent oder rund 9 Mio. von ihnen sind in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert.⁹ Die AOK Baden-Württemberg hat mit 4.43 Mio. Versicherten einen GKV-Marktanteil von 41.8 Prozent. Ihre rund 33'000 Versicherten im Kinzigtal machen 0.74 Prozent ihres Versichertenbestands aus. Auf der Ebene der eingeschriebenen Versicherten im Kinzigtal beträgt deren Anteil noch 0.21 Prozent aller AOK-Versicherten Baden-Württembergs. Die Kosten des Modells GK fallen auf der Landesebene damit kaum ins Gewicht.

Wichtig ist es allerdings, dass die AOK im Kinzigtal einen Marktanteil von 47.1 Prozent aufweist. Mit einem derart hohen Marktanteil ist die AOK für die regionalen Leistungserbringer der entscheidende Vertragspartner. Umgekehrt ist die AOK Baden-Württemberg mit ihrer

⁹ In Deutschland sind selbstständig Erwerbende und Beamte in der Privaten Krankenversicherung. Zudem haben auch Personen mit einem Arbeitseinkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze von 5'062.50 Euro das Recht, sich privat zu versichern.

marktbeherrschenden Stellung in der Lage, von ihr gewünschte Änderungen in der Versorgung anzustossen und ihren Interessen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung wie auch gegenüber dem Land, welches den Sicherstellungsauftrag in der stationären Versorgung innehat, Geltung zu verschaffen.

Hilfreich für das Projekt GK ist weiterhin der Umstand, dass die regionale medizinische Versorgung kostengünstig ist und sich gleichzeitig die Normkosten im «Shared-Savings»-Vertrag am bundesweiten Durchschnitt ausrichten. Damit erzielt die AOK, wie wohl alle Krankenkassen, in dieser Region positive Deckungsbeiträge: die Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich sind höher als die tatsächlichen Kosten der medizinischen Versorgung. Von daher fällt es der AOK vermutlich einfacher, im Kinzigtal in eine integrierte Versorgung zu investieren als in einer Region, wo sie in der medizinischen Versorgung Defizite schreibt. Wichtig ist aber auch, dass das finanzielle Risiko, das die grosse AOK Baden-Württemberg mit dem Projekt GK einging, vergleichsweise gering war.

Wir wollen im Folgenden prüfen, welche Regionen in der Schweiz die Voraussetzungen erfüllen, dass **i)** ein Versicherer einen vergleichsweise hohen Marktanteil hat und **ii)** eine Region ein Kostenniveau aufweist, das Deckungsbeiträge zulässt. Zusätzlich dazu kommen aus Versorgungersicht vor allem **iii)** Regionen infrage, die aufgrund ihrer geografischen Lage und der demografischen Struktur eine gewisse Bündelung der medizinischen Ressourcen erfordern.

5.1. Kriterium 1: Marktführende Versicherer

Tabelle 1 zeigt die kantonalen Marktführer mit ihrem jeweiligen Marktanteil in der Grundversicherung. Einen ähnlich hohen Marktanteil wie die AOK Baden-Württemberg erreicht in der Schweiz nur die Assura im Kanton Neuenburg. In zehn Kantonen weist der Marktführer einen Marktanteil von mindestens 25 Prozent auf, in 15 Kantonen einen von mindestens 20 Prozent. Leider sind keine öffentlichen Daten verfügbar, die eine feinere Aufgliederung der Regionen unterhalb der Kantonebene erlauben würden (z.B. MS-Regionen, Prämienregionen, Bezirke). Sicherlich gibt es Regionen, in denen die Marktanteile über dem jeweiligen Kantonsdurchschnitt liegen. Dennoch ist der kantonale Marktanteil für einen Versicherer in jedem Fall wichtig, nicht zuletzt, weil die Kantone den Versorgungsauftrag innehaben.

Tabelle 1: Kantonale Marktführer mit ihrem Marktanteil, 2017

Kanton	Marktanteil in %	Krankenkasse
NE	46.9%	Assura-Basis SA
GR	38.2%	ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG
AR	31.7%	SWICA Krankenversicherung AG
AI	30.9%	SWICA Krankenversicherung AG
NW	30.0%	CONCORDIA Schweiz. Kranken- und Unfallversicherung AG
SZ	28.2%	CSS Krankenversicherung AG
VD	28.0%	Assura-Basis SA
OW	27.1%	CONCORDIA Schweiz. Kranken- und Unfallversicherung AG
FR	25.1%	CSS Krankenversicherung AG
GE	25.1%	Assura-Basis SA
UR	24.5%	CONCORDIA Schweiz. Kranken- und Unfallversicherung AG
LU	24.2%	CONCORDIA Schweiz. Kranken- und Unfallversicherung AG
SG	24.2%	SWICA Krankenversicherung AG
ZG	22.5%	CSS Krankenversicherung AG
BE	21.8%	Visana AG
TG	19.8%	SWICA Krankenversicherung AG
BS	19.7%	Vivao Sympany AG
TI	19.4%	Intras Kranken-Versicherung AG
GL	18.5%	Glarner KV
SO	15.8%	Helsana Versicherungen AG
ZH	15.2%	Helsana Versicherungen AG
JU	15.1%	SUPRA-1846 SA
AG	14.6%	CSS Krankenversicherung AG
VS	13.3%	Easy Sana Assurance Maladie SA
SH	12.4%	Assura-Basis SA
BL	11.9%	SWICA Krankenversicherung AG
CH	11.2%	Assura-Basis SA

Quelle: Tabelle T.5.06 OKP, Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Versicherer, pro Kanton, BAG 2018

5.2. Kriterium 2: Regionen mit hohen Deckungsbeiträgen und überschaubarer Grösse

Anders als der deutsche Risikostrukturausgleich, ist der schweizerische Risikoausgleich regionalisiert. Für jeden Kanton wird ein eigener Risikoausgleich gerechnet. Normkosten für ein Versorgungsprojekt richten sich daher nach den standardisierten Kosten des jeweiligen Kantons. Weiterhin ist zu beachten, dass im Unterschied zu Deutschland, wo alle Beiträge in der Gesetzlichen Krankenversicherung in den Gesundheitsfonds fliessen, die Versicherten in der Schweiz die Prämien an die Versicherer zahlen. Auf kantonaler Ebene stimmen die summierten Nettoleistungen der Versicherer und die summierten Prämieinnahmen approximativ überein, sieht man von den Verwaltungskosten ab. In den einzelnen Regionen eines Kantons entstehen allerdings je nach Höhe der Kosten der medizinischen Versorgung und der Morbiditätsstruktur der lokalen Bevölkerung positive oder negative Deckungsbeiträge. Ein positiver Deckungsbeitrag bedeutet, dass Prämieinnahmen plus Zuweisungen aus dem Risikoausgleich höher sind als die Kosten in einer Region. Bei einem negativen Deckungsbeitrag hingegen übersteigen die Kosten einer Region die Erträge. Insgesamt müssen sich die regionalen Deckungsbeiträge innerhalb eines Kantons auf null summieren.

Tabelle 2: Prämiengefälle in den Kantonen mit mehreren Regionen

Kanton	Regionen	Standardprämie (Erwachsene > 25)			Prämiengefälle $R_{\min} / R_{\max} - 1$
		Region 1	Region 2	Region 3	
BE	3	541.2	484.0	453.3	-16.2%
BL	2	532.0	493.1		-7.3%
FR	2	478.6	434.2		-9.3%
GR	3	431.4	403.9	379.9	-11.9%
LU	3	450.5	415.5	398.1	-11.6%
SG	3	460.1	426.0	410.2	-10.9%
SH	2	477.3	443.3		-7.1%
TI	2	517.2	487.7		-5.7%
VD	2	548.5	525.2		-4.3%
VS	2	450.8	398.2		-11.7%
ZH	3	516.8	465.9	434.3	-16.0%

Quelle: Durchschnittsprämie 2019 für Erwachsene mit Franchise 300, BAG 2019

Bei dieser Überlegung ist eine weitere Eigenschaft des schweizerischen Risikostrukturausgleichs zu berücksichtigen. Einige Kantone weisen mehr als eine Prämienregion auf. Tabelle 2 zeigt das maximale Gefälle zwischen den Prämienregionen in diesen Kantonen. Diese Unterschiede widerspielen das regionale Kostenniveau als auch die Zuweisungen aus dem Risikoausgleich im Zusammenhang mit unterschiedlichen Risikostrukturen im regionalen Versichererbestand der Versicherer.

Unter Wettbewerbsbedingungen müsste für den einzelnen Versicherer wiederum gelten, dass in einer Prämienregion Prämieinnahmen plus Zuweisungen aus dem Risikoausgleich den Kosten entsprechen. Unterhalb einer Prämienregion sind die Deckungsbeiträge allerdings ungleich null, da es einem Versicherer nicht möglich ist, seine Prämie weiter zu differenzieren. Mangels öffentlich verfügbarer Daten können wir die Deckungsbeiträge auf der lokalen Ebene jedoch nicht ausweisen. Grundsätzlich ist zu vermuten, dass in Regionen mit einem positiven Deckungsbeitrag die Bereitschaft eines Versicherers höher ist, in ein neues Projekt zu investieren. Schliesslich hilft es auch, wenn eine Region nicht allzu gross ist, so dass das finanzielle Risiko des Versicherers überschaubar ist.

5.3. Kriterium 3: Ländliche Versorgungsregion oder städtisches Gebiet ohne umfassenden Populationsbezug

Ländliche Gebiete mit einer geringen Bevölkerungsdichte stellen die künftige Gesundheitsversorgung vor grosse Herausforderungen. Viele Regionen sind oft zu klein, um ein eigenes Spital zu beherbergen. Gleichzeitig zeichnet sich in verschiedenen Gebieten der Schweiz bereits heute ein Hausarztmangel ab. Für Ärztinnen und Ärzte scheint es zunehmend unattraktiv, sich in diesen Regionen niederzulassen. Dies ist vor allem dort problematisch, wo die Nachfrage nach medizinischen Leistungen aufgrund der Altersstruktur hoch ist und in Zukunft noch stark steigen wird.

Diese Gebiete könnten von einer integrierten Versorgungsstruktur und einer Bündelung der vorhandenen Ressourcen am meisten profitieren. Unter dieser Annahme wurden die 106 MS-Regionen¹⁰ der Schweiz im Hinblick auf deren Eignung für ein Versorgungsprojekt à la Kinzigtal näher untersucht. Tabelle 3 gibt einen Überblick über jene 10 Regionen, die sich aufgrund eines hohen Altersquotienten, ihrer ländlichen Struktur, einer geringen Bevölkerungsdichte

¹⁰ Die 106 MS-Regionen (MS = «mobilité spatiale») werden insbesondere als mikroregionale Zwischenebene für zahlreiche wissenschaftliche und regionalpolitische Zwecke verwendet. Sie wurden 1982 im Rahmen eines Forschungsprojektes über räumliche Mobilität (PNR5) aus bestehenden Berggebietsregionen und Raumplanungsgebieten gebildet. Sie zeichnen sich durch eine gewisse räumliche Homogenität aus und gehorchen dem Prinzip von Kleinarbeitsmarktgebieten mit funktionaler Orientierung auf Zentren. Einzelne MS-Regionen sind kantonsübergreifend.

und einer geringen, durchschnittlichen Haushaltsgrösse sehr gut für ein Kinzigtal-Projekt eignen würden.

Vier Regionen befinden sich auf dem Gebiet des Kantons Graubünden. Die Gebiete sind alle nur sehr spärlich besiedelt. In «Mittelbünden» leben lediglich 6.5 Einwohner pro km² (zum Vergleich Zürich: 2214 Einw. pro km²). Die restlichen sechs MS-Regionen verteilen sich über die Kantone Bern, Waadt, Wallis und Glarus und Neuenburg. Der höchste Altersquotient weist das «Pays d'Enhaut» auf. Dort kommen 44.4 Rentnerinnen und Rentner auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter (CH: 29.3). Sämtliche hier aufgeführten Regionen sind nicht nur dünn besiedelt, auch in absoluten Zahlen leben dort vergleichsweise wenig Menschen. Nur gerade rund 4000 Menschen leben in der Region «Schanfigg» – Tendenz: sinkend.

Tabelle 3: Geeignete MS-Regionen aus Versorgersicht | *Rurale Räume*

ID	Kt.	Region	Typologie (MS-Region)	Bevölkerung (2017)	Bevölkerungs- dichte (2017)	Altersquotient (2016)
89	VD	Pays d'Enhaut	(RAG)	4865	11.9	44.4
94	VS	Goms	(RAT)	4887	3.5	40.5
37	GL	Glarner Hinterland	(RIN)	9581	10.1	40.0
66	GR	Surselva	(RAT)	25'653	7.8	39.9
104	NE	Val-de-Travers	(RIN)	11'898	33.4	39.1
64	GR	Mittelbünden	(RAT)	10'114	6.5	36.6
69	GR	Mesolcina	(RIN)	8535	7.6	36.3
21	BE	Saanen-Obersimmental	(RAT)	16'676	13.3	36.2
92	VD	La Vallée	(RIN)	11'901	27.3	35.6
63	GR	Schanfigg	(RAT)	4008	10.7	34.0
CH		Schweiz		8'484'130	92.1	29.3

Legende: RAG = RURale agrarische Region, RAT = RURale agro-touristische Region, RIN = RURale industrielle Region

Quelle: BFS – Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)

Die Implementierung integrierter Versorgungsstrukturen muss sich nicht zwangsläufig auf ländliche Regionen beschränken. Eine HMO beispielsweise benötigt eine Mindestpopulation, um überhaupt betrieben werden zu können. Bei einem sehr dünn besiedelten Gebiet werden die Wege dadurch zu lange.

Die beabsichtigten Effekte, die man sich mit einer neuen Versorgungsstruktur in städtischen bzw. periurbanen Gebieten erhofft, unterscheiden sich offensichtlich von den Zielen der länd-

lichen Versorgung. Die Inanspruchnahme, aber auch das medizinische Angebot sind in Agglomerationen und Städten wesentlich höher. In solchen Gebieten könnte das Ziel einer integrierten Versorgung die engere Steuerung der Nachfrage sein und die Verhinderung eines weiteren Kostenanstiegs. Dieses Ziel kann einerseits erreicht werden, indem die freie Wahl der Leistungserbringer für die Versicherten eingeschränkt wird. Andererseits können finanzielle Anreize dafür sorgen, dass sich die Leistungserbringer kostenbewusster verhalten als in der konventionellen Versorgung.

Tabelle 4: Geeignete MS-Regionen aus Versorgersicht | *Urbane Räume*

ID	Kt.	Region	Typologie (MS-Region)	Bevölkerung (2017)	Bevölkerungs- dichte (2017)	Altersquotient (2016)
4	ZH	Knonaueramt	(MZP)	53'771	193.3	27.8
72	AG	Baden	(MAM)	115'416	463.2	27.4
3	ZH	Limmattal	(MZS)	90'250	658.3	27.2
8	ZH	Winterthur	(MAM)	193'156	277.8	27.1
73	AG	Mutschellen	(MZP)	70'113	260.0	27.0
38	ZG	Zug	(MAM)	125'421	256.0	26.1
33	SZ	March	(MAP)	70'544	221.1	25.4
10	ZH	Zürcher Unterland	(MZS)	114'990	206.3	24.7
75	AG	Fricktal	(MZP)	81'604	121.7	27.5
85	VD	Morges	(MZS)	82'545	115.9	27.3
76	TG	Thurtal	(MAP)	97'782	112.4	26.1
86	VD	Nyon	(MZS)	81'786	139.4	23.8
74	AG	Freiamt	(MAP)	76'227	154.3	23.3
CH		Schweiz		8'484'130	92.1	29.3

Legende: MZP = Metropolraum, periurbane Zone; MAM = Metropolraum, Mittelagglomeration; MZS = Metropolraum, suburbane Zone; MAP = Metropolraum, Kleinagglomeration

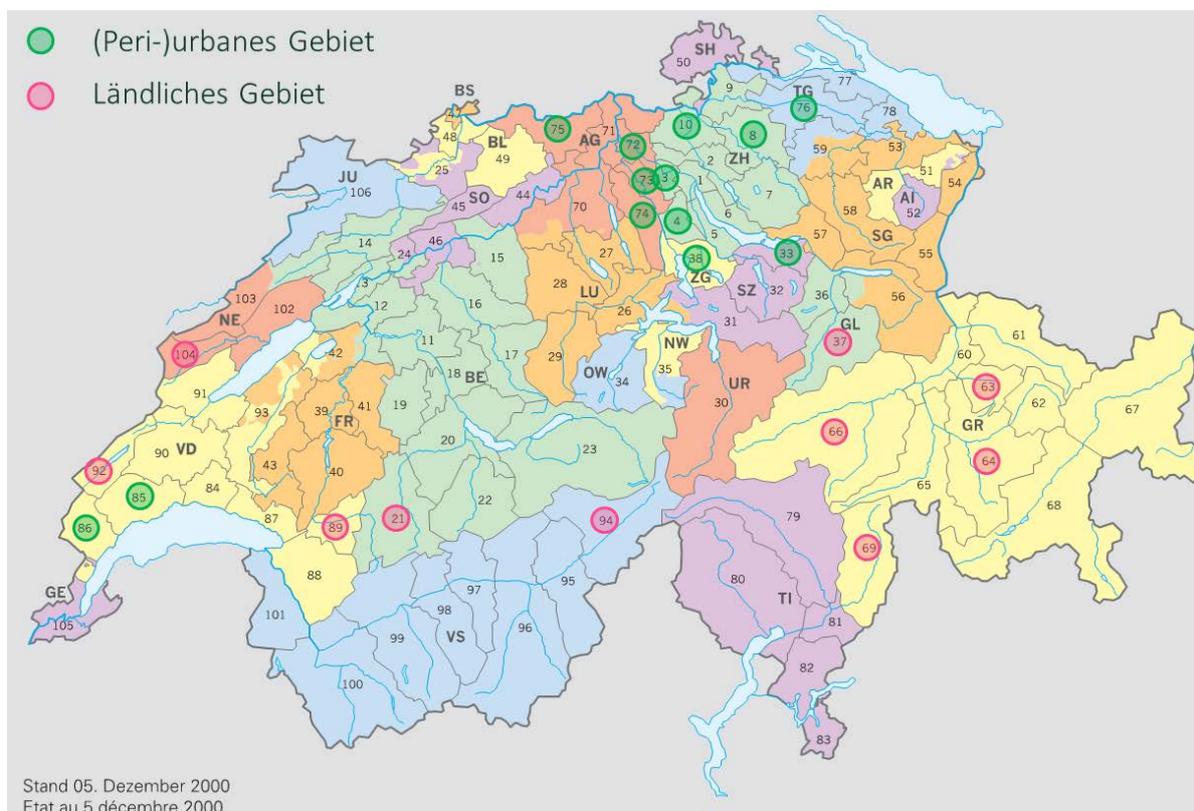
Quelle: BFS – Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)

Tabelle 4 beinhaltet 13 MS-Regionen, die allesamt zu den Metropolräumen zählen, jedoch keine Kernstadt darstellen. Die Bevölkerung in diesen Gebieten ist überdurchschnittlich jung, wie dies der Altersquotient deutlich macht. Das aargauische «Freiamt» ist mit einem Wert von 23.3 die jüngste der 13 Regionen. Die Bevölkerungsdichte in diesen Gebieten ist zwar überdurchschnittlich hoch, im direkten Vergleich zu den Kernstädten aber wesentlich tiefer (Basel: 2600 Einw. pro km²). Relativ dicht besiedelt sind primär die beiden Regionen «Limmattal» (ZH)

und «Baden» (AG). Was im Vergleich zu den ländlichen MS-Regionen aber deutlich auffällt, ist die hohe absolute Bevölkerungszahl der urbanen Räume. Mit 53'711 Einwohner ist die Region «Knonaueramt» (ZH) die kleinste der insgesamt 13 urbanen Gebiete der Tabelle 4.

Kombiniert man die Ergebnisse mit den kantonalen Marktanteilen der Versicherer, verbleiben unter den **ländlichen Räumen** die Bündner Täler sowie das «Val-de-Travers» in der Liste mit den potenziellen Kandidaten für ein Pilotprojekt. Wie die Übersichtskarte in Abbildung 4 zeigt, ergäbe sich im Kanton Graubünden die Möglichkeit, die sehr bevölkerungsarmen Regionen sogar zusammenzulegen. Schanfigg (63) und Mittelbünden (64) sind unmittelbare Nachbargebiete und vereinen zusammen 14'122 Einwohner. Nimmt man das Misox hinzu (69) und zusätzlich die MS-Region 65 («Viamala»), kommt man bereits auf eine Einwohnerzahl von 36'195. Rein geografisch wäre auch ein gemeinsames Projekt der Regionen «Pays d'Enhaut» und «Saanen-Obersimmental» (21'541 Einwohner). Da das Gebiet allerdings kantonsübergreifend ist und gleichzeitig eine Sprachgrenze überschreitet, ist eine Zusammenarbeit als eher unrealistisch einzustufen.

Abbildung 4: Übersichtskarte der 106 MS-Regionen



Quelle: BFS, ThemaKart

Bei den potenziellen **städtischen Gebieten** befindet sich einzig die Region «March» (SZ) in einem Kanton, wo der führende Versicherer mehr als ein Viertel des Marktes auf sich vereint (CSS Versicherung). Da die Marktanteile aber nur auf der kantonalen Ebene vorliegen, ist nicht auszuschliessen, dass gewisse Unterschiede zwischen den MS-Regionen eines Kantons bestehen. Geografisch ergibt sich jedoch ein deutliches Muster; die Gebiete westlich und östlich der Kantonsgrenze zwischen den Kantonen Aargau und Zürich scheinen sich aufgrund der bestimmten Kriterien relativ gut für die Implementierung einer urbanen Variante eines Versorgungsmodells zu eignen.

5.4. Einschränkung der Wahlfreiheit

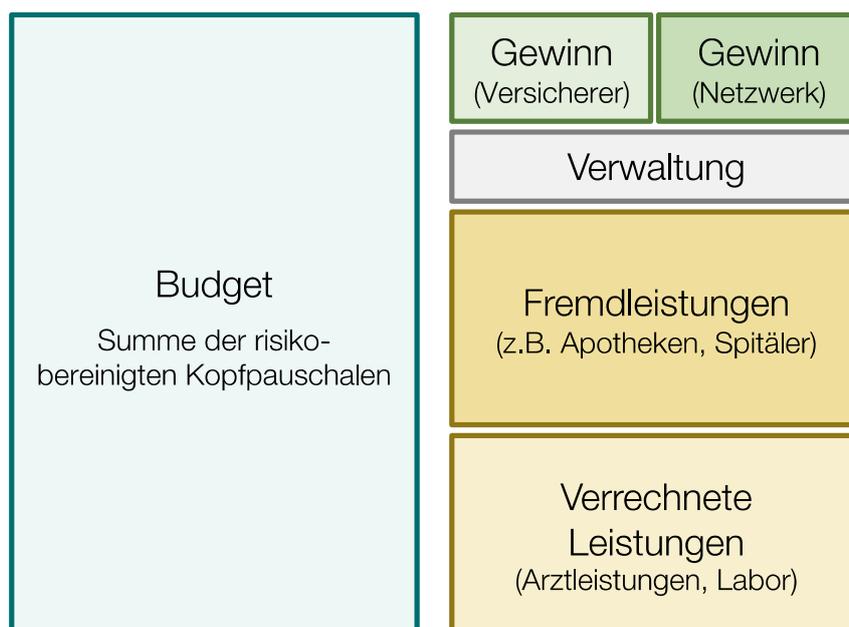
Das Modell «Gesundes Kinzigtal» lässt den Versicherten die freie Wahl der Leistungserbringer. Sie sind zwar gehalten im Bedarfsfall ihren «Arzt des Vertrauens» zu konsultieren, wenn sie es nicht tun und sich für einen anderen Arzt entscheiden, hat dies für sie keine finanziellen oder sonstigen Konsequenzen. Gleichzeitig haben auch nicht eingeschriebene Versicherte die Möglichkeit, Leistungen von Leistungserbringern in Anspruch zu nehmen, die am Projekt partizipieren. Für ein populationsbezogenes Projekt mag dies erwünscht sein. Für den Projektträger kann das aber zu einem finanziellen Problem werden. Problematisch ist vor allem der Bezug von Fremdleistungen von eingeschriebenen Patienten. Im Kinzigtal hat das in diesem Jahr dazu geführt, dass man die geplante Bereinigung der Budgets aufgeben musste und weiterhin die Ärzte im GK durch die Kassenärztliche Vereinigung nach Einzelleistungen bzw. die an der HzV teilnehmen über den dafür etablierten Abrechnungsweg vergütet.

In der Schweiz ist die Problematik einer fehlenden Steuerungsmöglichkeit der Versicherten durch die behandelnden Hausärzte viel weniger gegeben. Zwei Drittel der Bevölkerung hat ihre Wahlfreiheit freiwillig aufgegeben, indem sie sich für einen «Managed Care»-Vertrag entschieden hat. Dadurch entfällt für den Versicherer der Kontrahierungszwang. Er darf also Listen von Hausärzten und Spezialisten führen, die für die eingeschriebenen Versicherten wählbar sind. Bei den Spitälern ist dies etwas schwieriger, weil Spitäler auf der Liste des Kantons für die Versicherten immer wählbar sind. Da Spitalaufenthalte jedoch meist das Resultat einer ärztlichen Überweisung sind (ausgenommen Notfälle), kann der Versicherer versuchen, das Überweisungsverhalten der ambulanten Leistungserbringer entsprechend zu steuern.

Die Versicherer nutzen die Möglichkeiten von Selektivverträgen mit einzelnen oder Gruppen von Leistungserbringern aus. Die Vergütung der Ärzte erfolgt grundsätzlich gemäss dem Einzelleistungstarif TARMED. Für die Ärzte in einem Hausärztemodell insgesamt kommt wie im GK ein «Shared-Savings»-Vertrag zur Anwendung. Götschi und Weber (2004) beschreiben

die Details des Vertrags für das Hausärztenetz Medix. Interessant ist zunächst, dass das Netz mit mehreren Versicherern einen Vertrag hat. Das Hausärztenetz verhandelt mit den Versicherern sogenannte «Capitations» (Kopfpauschalen), die sich je nach Eigenschaft der Versicherten unterscheiden. Diese Pauschalen sind bspw. abhängig vom Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand, Wohnort etc. Um den Gesundheitszustand einschätzen zu können, werden die Hospitalisationstage im Vorjahr verwendet. Dem Hausärztenetz werden alle Kosten der medizinischen Versorgung der betreuten Patienten zugeordnet. Das bedeutet also, dass die Hausärzte auch für die Spitalaufenthalte, angeordnete Physiotherapiesitzungen oder Spitexleistungen die Kostenverantwortung behalten. Allerdings existiert eine Rückversicherung für Patienten mit Jahreskosten höher als CHF 10'000. Ab diesem Schwellenwert setzt eine Kostenteilung zwischen dem Netz und den Versicherern derart ein, dass die Versicherer 90 Prozent übernehmen. Mit den vereinbarten «Capitations» ist das Budget des Hausärztenetzes bestimmt (vgl. Abbildung 5).

Abbildung 5: Verwendung der finanziellen Mittel im Netzwerk-Modell



Quelle: Eigene Darstellung

Zur Gewinnermittlung werden die erbrachten Leistungen – d.h. eigene und Fremdleistungen – sowie die Kosten für das Netzmanagement und die Behandlungssteuerung abgezogen. Der Gewinn wird schliesslich hälftig zwischen dem Hausärztenetz und den Versicherern geteilt. Der Gewinnanteil des Hausärztenetzes wird unter den beteiligten Ärzten aufgeteilt. Für einen allfälligen Verlust haftet das Netz mit seinem Eigenkapital. Anders als häufig in den USA gibt es in Schweizer Ärztenetzen keine individuellen Praxisbudgets. Dadurch ist das finanzielle

Risiko für den einzelnen Arzt beschränkt. Dies kommt mit dem Nachteil, dass die Anreize des einzelnen Arztes, die Kosten der Behandlung seiner Patienten niedrig zu halten, verwässert werden. Umso wichtiger ist es, dass innerhalb des Ärztenetzes Informationen fließen und Kontrollmechanismen greifen, damit das Netz finanziell gut abschneidet. Solche existieren denn auch¹¹ und beschränken sich nicht nur auf die Kosten, sondern auch auf die Qualität der Leistungserbringung. Interessant zu beobachten ist, dass das Management der Hausärztenetze zunehmend einem Intermediären übertragen wird, der rechtlich unabhängig vom Ärztenetz und den Versicherern ist. Dessen Aufgabe ist es einerseits, die «Capitation»-Verträge mit den Versicherern für ein Hausärztenetz zu vereinbaren. Andererseits unterstützt er das Netz bei der Leistungserfassung und -abrechnung und übernimmt auch Kontrollfunktionen in Bezug auf die Behandlungssteuerung und die Qualität der Leistungserstellung.

Die schweizerischen Hausärztenetze haben mit dem Modell GK die «Shared-Savings»-Verträge gemeinsam. Das Vorgehen bei der Ermittlung der Normkosten ist ebenfalls vergleichbar. Beiden wird ein morbiditätsorientiertes Budget zugerechnet mit dem Unterschied, dass in der Schweiz der Wohnort der Patienten zusätzlich berücksichtigt wird. Zum Vorteil gereicht den Schweizer Hausärztenetzen, dass sie die Wahlfreiheit der Patienten einschränken können, zum Nachteil, dass die Verträge in der Regel nur ambulante ärztliche Leistungserbringer einschliessen.

5.5. Modellvarianten HMO+ und Gesundheitsregion AG

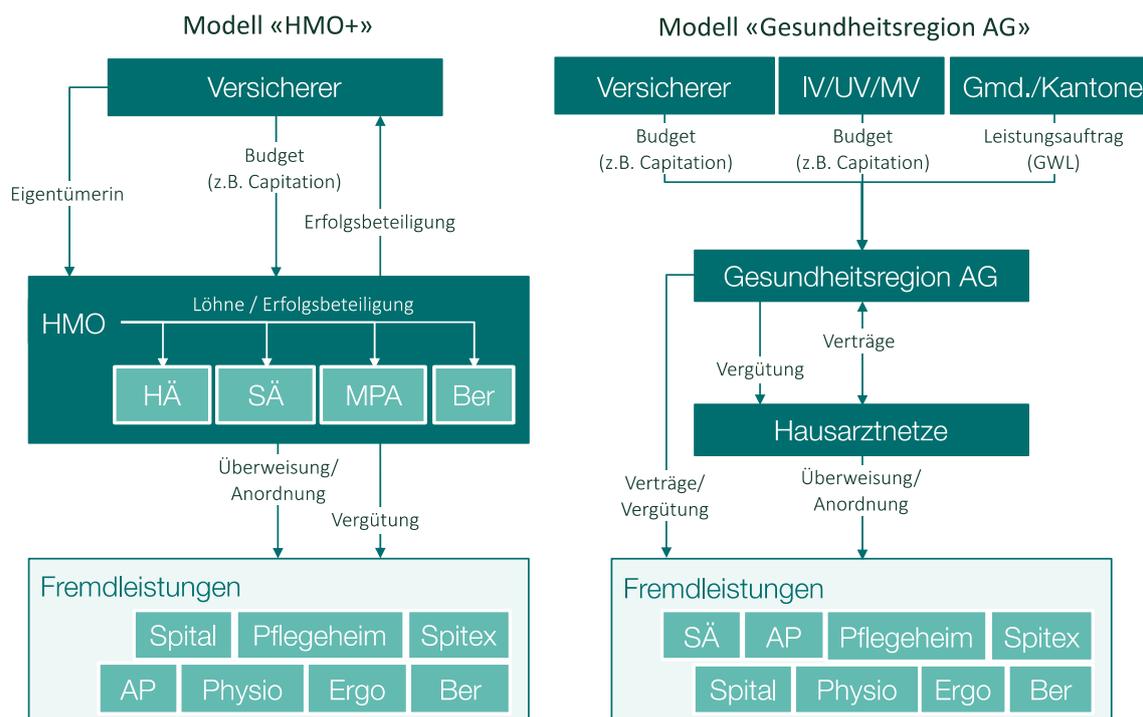
Nebst Hausärztenetzen existieren in der Schweiz sogenannte Health Maintenance Organizations (HMOs). Eine HMO betreut bis zu mehreren Tausend Versicherte und fungiert wie im Falle eines Hausarztes, der einem Netz angehört, als Gatekeeper. Versicherte, die sich einer HMO anschliessen, sind in ihrer Wahlfreiheit eingeschränkt. Der Erstkontakt im Falle einer Erkrankung erfolgt immer bei einem HMO-Arzt. In einer HMO arbeiten mehrere Ärzte unterschiedlicher Spezialisierung mit einem Team aus medizinischen Praxisassistenten (MPAs) zusammen, oft ergänzt durch Ernährungsberater, Physiotherapeuten und weitere Leistungserbringer. Das Angebot an Dienstleistungen ist somit breiter als jenes in reinen Hausärztenetzen. Interessant ist weiterhin, dass die Ärzte in einer HMO in der Regel angestellt sind. Zudem ist der Eigentümer einer klassischen HMO ein Versicherer. Somit verschwimmt die in der Schweiz traditionelle Trennung zwischen Versicherer und Leistungserbringer. HMOs gibt es vornehmlich in städtischen Gebieten; sie benötigen ein Einzugsgebiet mit hoher Einwohnerdichte, um

¹¹ Im Raum Zürich ist beispielsweise die Firma «MedSolution» aktiv (vgl. <https://www.medsolution.ch/>), die mehrere Ärztenetze zu ihren Kunden zählt.

ihre Gruppenpraxis auslasten zu können. Die Versicherten einer HMO sind im Durchschnitt jünger als Versicherte, die sich bei Hausärztenetzen einschreiben.

Für ein populationsbezogenes integratives Versorgungsmodell kommen grundsätzlich zwei Varianten in Frage: Das Modell «HMO+» und das Modell «Gesundheitsregion AG». Beide Modellvarianten sind in Abbildung 6 schematisch dargestellt.

Abbildung 6: Aufbau der beiden Modellvarianten



Legende: HÄ = Hausärzte, SÄ = Spezialärzte, MPA = med. Praxisassistent/innen, Ber = Beratung (Diabetes/Ernährung), AP = Apotheken, GWL = Gemeinwirtschaftliche Leistungen
Quelle: Eigene Darstellung

5.5.1. Das «HMO+»-Modell

Die «HMO+» erhält für die Betreuung der eingeschriebenen Versicherten vom Versicherer ein risikobereinigtes Budget. Die Ärzte, MPAs, Ernährungsberater usw. fungieren als Angestellte der HMO+ und werden am finanziellen Erfolg der Organisation beteiligt. Die grosse Flexibilität einer HMO besteht darin, nicht alle Leistungen selbst anbieten zu müssen. Die HMO überweist ihre Patienten – genau wie dies ein ambulant tätiger Arzt macht – bei Bedarf an einen Spezialisten, sofern dieser nicht zur HMO+ gehört, oder an das Regional-, Zentrums- oder Universitätsspital. Die Ärzte des HMO ordnen darüber hinaus all jene Leistungen an, die nicht selbst angeboten werden (z.B. Ergotherapie, Spitex etc.).

Die HMO+ bleibt auch bei einer Überweisung oder einer Anordnung einer Leistung verantwortlich für die Kosten, die daraus entstehen. Die entsprechenden Tarife werden aus dem «virtuellen Budget» der HMO finanziert. Der finanzielle Erfolg des Modells misst sich aus der Differenz zwischen dem risikoadjustierten Budget der HMO und den effektiven Kosten der Versicherten. In Abhängigkeit der Regelung werden die Mitarbeiter der HMO und die Versicherer am Gewinn des Modells beteiligt.

Aus einer Versorgerperspektive besticht das HMO+-Modell durch sein hohes Mass an Integration der Leistungserbringung. Die finanzielle Mitverantwortung, die über die eigene Behandlungsleistung hinausgeht, setzt starke Anreize, teure stationäre Aufenthalte zu vermeiden. Die HMO-Struktur sollte rasch dazu führen, dass strukturierte Behandlungspfade, standardisierte Abläufe und gemeinsame Zielvereinbarungen entstehen. Diese Form der integrierten Versorgung bringt nebst den Effizienzgewinnen daher auch qualitative Vorteile für die Patienten.

Die Versorgungform gleicht in ihrer Struktur einem ambulanten Gesundheitszentrum und ist daher auf eine mittlere bis hohe Bevölkerungsdichte im Einzugsgebiet angewiesen. Für sehr ländliche Gegenden mit abgelegenen Siedlungen und Weilern eignet sich ein HMO+-Modell weniger und verhindert eine wohnortsnahe Versorgung einer meist überdurchschnittlich alten Bevölkerung.

5.5.2. Das «Gesundheitsregion AG»-Modell

Im Fokus des Modells «Gesundheitsregion AG» steht eine Intermediäre AG, welche Verträge mit mehreren Leistungserbringern aus allen Sektoren der medizinischen Versorgung (Hausärzte, Spezialisten, Apotheken, Spitex, Spitäler, Pflegeheime, ambulante und stationäre Psychiatrie, Physiotherapie etc.) unterhält. Vertragspartner auf der Einnahmeseite können nebst den Krankenversicherern auch die IV, UV, Kantone sowie Gemeinden sein. Aus Sicht der Versicherten handelt es sich dabei um ein erweitertes Hausarztmodell. Die eingeschriebenen Versicherten sind verpflichtet, einen Hausarzt innerhalb des Netzwerks zu wählen und – mit Ausnahme einer Notfallsituation – immer zuerst einen Leistungserbringer der «Gesundheitsregion AG» aufzusuchen. Gleichzeitig sind die ambulant tätigen Ärzte angehalten, notwendige Überweisungen zu den gelisteten Spezialisten oder in kontrahierte Spitäler zu veranlassen und bei angeordneten Leistungen die entsprechenden Leistungserbringer zu berücksichtigen.

Im oben abgebildeten Fall liegt die Kostenverantwortung bei der «Gesundheitsregion AG». Wie in der HMO-Variante ist es aber denkbar, dass die Versicherung mit dem Intermediär einen «Shared Savings»-Vertrag vorsieht. Um einen Gewinn zu erwirtschaften, ist die AG natürlich daran interessiert, möglichst wirtschaftliche Leistungserbringer zu kontrahieren. Da die

einzelnen Leistungserbringer weiterhin mit den geltenden Tarifen abrechnen, haben diese keine direkten Anreize für eine effiziente Versorgung. Durch die Gewinnbeteiligung der AG ist diese jedoch in der Lage, bspw. Zusatzentgelte für gewisse Qualitäts-, Kosten- oder Koordinationsziele zu leisten und damit das Verhalten der Leistungserbringer zu beeinflussen. Auch die Einführung gemeinsamer IT-Plattformen für den Informationsaustausch können helfen, dass sich die Kommunikation und Koordination zwischen den Leistungserbringern verbessert und Einsparungen resultieren. Im Unterschied zu einem Dienstleister wie «MedSolution», nimmt die Intermediär AG nicht nur Hausärzte unter Vertrag, sondern kontrahiert Leistungserbringer in allen Bereichen der medizinischen Versorgung. Durch die Einschreibung der Versicherten ist ihm das grundsätzlich möglich.

Hinsichtlich Trägerschaft unterscheiden sich die beiden Modellvarianten. Eigentümer einer HMO ist in der Regel ein Versicherer. Bei der Intermediär AG ist es eine private Gesellschaft ähnlich der GK GmbH, die unabhängig von Versicherern und Leistungserbringern ist und damit – wie ihr Name es ausdrückt – zwischen Versicherung und Leistungserbringung agiert. Der Vertragspartner der Versicherten bleibt der Versicherer. Die Versicherten wählen das integrative Modell, in dem sie sich bei ihren Versicherern dafür einschreiben. Ein Wechsel des Versicherers ist möglich, ohne dass ein Versicherter das integrative Modell wechseln muss, vorausgesetzt der neue Versicherer hat ebenfalls einen Vertrag mit der Gesundheitsregion AG. Die Verträge zwischen der AG und den Versicherern wären ähnlich gestaltet, wie wir es oben im Falle der Hausärztenetze beschrieben haben.

5.6. Kriterium 4: Anschubfinanzierung und langfristige Finanzierung

Das Modell «Gesundes Kinzigtal» wurde im Jahre 2004 durch eine Anschubfinanzierung von 4.5 Mio. Euro durch zwei Krankenkassen möglich gemacht. Das Projekt INVEST Billstedt-Horn, das ebenfalls von der OptiMedis AG betreut wird, wird durch den Innovationsfonds der Gesetzlichen Krankenversicherung Deutschlands unterstützt. Ohne diese finanziellen Investitionen wären diese Projekte aller Wahrscheinlichkeit nach nicht in Gang gekommen.

In der Schweiz gibt es verschiedene Optionen, ein Modell à la GK finanziell anzuschieben. Die Stiftung «Gesundheitsförderung Schweiz», die über eine Umlage in der OKP finanziert wird, betreibt seit 2018 eine Projektförderung im Bereich «Prävention in der Gesundheitsversorgung». Ohne Zweifel würde ein populationsbezogenes integratives Gesundheitsprojekt von der Zielsetzung her den Zwecken dieser Projektförderung entsprechen. Weiterhin könnte ein Kanton ein solches Projekt finanziell unterstützen. Nebst einer Anschubfinanzierung wären Leistungsaufträge eines Kantons an die AG bzw. HMO für Präventionsleistungen und andere

gemeinwirtschaftliche Leistungen denkbar. Auch Gemeinden – einzeln oder im Regionalverbund – könnten interessiert sein, Leistungsaufträge zu vergeben.

6. Zusammenfassung

Über Deutschland hinaus gilt «Gesundes Kinzigtal» als ein Vorzeigeprojekt für eine populationsbezogene integrierte Versorgung, bei der Prävention und die öffentliche Gesundheit im Vordergrund stehen. Gleichzeitig wird angeführt, dass diese spezielle Versorgung wirksam sei, die Qualität erhöhe und sogar die Kosten senke. Zwar gibt es Indikatoren, die dieses schöne Bild bestätigen, verlässliche wissenschaftliche Untersuchungen existieren dazu allerdings nicht. Die Normkosten, die zeigen sollen, dass Kosteneinsparungen erzielt werden, sind mutmasslich zu hoch, weil sie sich nach den Standardkosten des deutschen Risikostrukturausgleichs richten. Das Kinzigtal ist aber ein ländlich geprägtes Gebiet mit einer niedrigen Ärztedichte und einer unterdurchschnittlichen Finanzkraft der Bevölkerung. In einem solchen Gebiet sind die Kosten der medizinischen Versorgung gewöhnlich niedriger als in einer urbanen Region. Publierte Untersuchungen zu den Outcomes der medizinischen Versorgung im Kinzigtal weisen mit einer Ausnahme das methodische Problem auf, ebenfalls keine überzeugende Vergleichsgruppe zu berücksichtigen. Eine Studie, die methodisch sauber gearbeitet ist, findet keine signifikante Reduktion der Mortalitätsrate durch das Modell GK. Diese wissenschaftlichen Befunde kontrastieren mit der Mythenbildung, die es rund um das GK gibt. Dennoch sind die Teilnehmer mit dem GK zufrieden und geben an, das Modell weiterzuempfehlen. Ein Viertel von ihnen berichtet sogar, dass sie seit Beitritt im Vergleich zu früher gesünder leben.

6.1. Beantwortung der konkreten Fragestellungen

Im Rahmen eines praxisorientierten Forschungsmandats wollte die Gesundheitsförderung Schweiz abklären lassen, ob sich «Gesundes Kinzigtal» auf die Schweiz übertragen lässt. Bei dieser Fragestellung sollten die wirtschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen in der schweizerischen Krankenversicherung und den regionalen Gesundheitsmärkten daraufhin geprüft werden, inwieweit sie eine populationsbezogene integrierte Versorgung zulassen.

In den folgenden Abschnitten sollen die konkreten Fragestellungen unter Einbezug der Erkenntnisse des Gutachtens und weiteren Überlegungen beantwortet werden.

1) «Unter welchen Voraussetzungen kann das Modell «Gesundes Kinzigtal» auf die Schweiz übertragen werden?»

Aus rechtlicher Sicht stehen einer Implementierung des Kinzigtal-Modells keine wirklichen Hindernisse im Weg. Die Tarifpartner – namentlich die Leistungserbringer und Versicherer – haben bei der Vertragsgestaltung aus Sicht des Gesetzes einen erheblichen Spielraum.

Zentral ist jedoch die Wahl der Region, die sich für ein solches Versorgungsmodell eignen würde. Je nachdem, ob es sich um ein ländliches, weniger dicht besiedeltes Gebiet oder aber um einen städtischen Raum handelt, kommen unterschiedliche Modellvarianten infrage. Ein **hoher Marktanteil einer Versicherung** ist sicherlich eine gute Voraussetzung, um den Aufbau eines neuen Versorgungsmodells anzugehen. Denn dadurch steigt die Zahl der Versicherten, die sich potenziell für das Modell entscheiden könnten. Damit verbunden ist die Voraussetzung einer gewissen **Mindestgrösse des Einzugsgebiets**. Ein HMO+-Modell (vgl. Frage 3) benötigt eine genügend hohe Auslastung, um wirtschaftlich erfolgreich betrieben werden zu können. Ein sehr dünn besiedeltes Gebiet mit langen Wegzeiten für die Patienten eignet sich hier nur sehr beschränkt.

Wichtig für die Entscheidung, wo man ein Modell à la GK einführen möchte, ist vor allem die Zielsetzung des Projekts. **In ländlichen Gebieten** ist es mehrheitlich die Sicherstellung einer guten und zweckmässigen medizinischen Grundversorgung einer eher älteren Bevölkerung, die sich über ein dünn besiedeltes Gebiet erstreckt. Um einer Unterversorgung entgegenzuwirken, müssen die Ressourcen der lokalen Leistungserbringer gebündelt werden und ihnen genügend Anreize gesetzt werden, in der Region zu verbleiben.

In städtischen Regionen ist die Angebotsdichte im Gesundheitsbereich in der Regel bereits hoch. Das Ziel kann hier also nicht die Sicherstellung eines Grundangebots sein. Vielmehr könnte es im Kern darum gehen, die Behandlungspfade durch eine integrierte Versorgungsstruktur zu optimieren, die überdurchschnittlich hohe Inanspruchnahme zu reduzieren und die (günstigere) ambulante Versorgung zusätzlich zu fördern. Ein HMO+-Modell bringt die Voraussetzungen mit, in einem **dicht besiedelten Gebiet der Agglomeration** einen wesentlichen Beitrag zu einer zweckmässigen und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung zu leisten.

2) «Welche Rahmenbedingungen müssten gegebenenfalls auf Schweizer Verhältnisse angepasst werden?»

Die Rahmenbedingungen in der Schweiz sind für «Managed Care»-Modelle im internationalen Vergleich relativ gut. Heute sind knapp 7 von 10 Personen in einem Vertrag mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer.

Von integrierten Versorgungsmodellen profitieren primär chronisch Kranke und multimorbide Patienten. Für Versicherte mit einer sehr beschränkten Inanspruchnahme spielt die Versorgungsstruktur hingegen kaum eine Rolle. Zum jetzigen Zeitpunkt sind die Rahmenbedingungen aber noch verbesserungswürdig. Denn einerseits rechnet es sich für die Versicherer nicht oder nur beschränkt, wenn sie in integrierte Versorgungsmodelle investieren. Denn mit dem geltenden Risikoausgleich kann es u.U. die bessere Strategie sein, für «schlechte Risiken» unattraktiv zu wirken anstatt diese gezielt anzuwerben. Mit der Integration der pharmazeutischen Kostengruppen (PCGs) in die Berechnung des Risikoausgleichs wird sich die finanzielle Situation von Versicherern mit vielen chronisch kranken Personen in den nächsten Jahren jedoch verbessern.

Das zweite Problem ergibt sich heute daraus, dass alle Managed Care-Modelle unter anderem dazu führen, dass die Gesundheitsversorgung vermehrt ambulant erfolgt. Obwohl dies volkswirtschaftlich sinnvoll ist, hat der Versicherer davon aber häufig nichts. Werden beispielsweise 2 Franken im stationären Bereich eingespart und dafür 1 Franken mehr ambulant ausgegeben, erhöhen sich die Kosten für die OKP um 10 Rappen. Dies trotz der Tatsache, dass sich das Gesamt der Kosten halbiert hat. Grund dafür ist die duale Spitalfinanzierung. Für die Versicherer besteht in der stationären Versorgung keine Kostenwahrheit, was diesen die Anreize nehmen kann, vermehrt in ambulante Strukturen zu investieren. Auch an dieser Stelle ist allerdings Besserung in Sicht; mit der einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS) sollen sich die Kantone künftig auch im ambulanten Bereich anteilmässig an den Kosten beteiligen.

3) «Wie könnte ein Schweizerisches (Finanzierungs- und Implementierungs-) Modell praxisnah gestaltet sein und welche Schlüsselakteure wären dabei einzubeziehen?»

Im Gutachten wurden zwei Modellvarianten vorgestellt. Die HMO+-Variante erfordert eine führende Rolle des Versicherers und zielt auf die Integration der medizinischen Versorgung in eher städtischen Gebieten. Anders sieht es bei der «Gesundheitsregion AG» aus. Diese schiebt einen Intermediär zwischen die Versicherer und die Ärztenetze und setzt mehrheitlich auf vertragliche Strukturen zwischen dem Intermediär, den Ärztenetzen und weiteren Leistungserbringern. Die Schlüsselakteure sind demnach nicht nur der Versicherer, sondern gleichzeitig die potenziellen Träger einer Gesundheitsregion AG sowie die bestehenden Ärztenetze. Für die Trägerschaft einer Gesundheitsregion kommen vorderhand private Initianten infrage, die keine Verbindungen zu den Tarifpartnern haben. Die Firma «MedSolution» beispielsweise weist auf ihrem Internetauftritt explizit darauf hin, dass keine Versicherungen, Pharmafirmen oder Ärztenetze am Aktionariat beteiligt sind.

4) «Wie könnte bewirkt werden, dass ein angepasstes Modell Schweiz auch entsprechende Umsetzungspartner in der Schweiz finden würde?»

Die Erfahrungen aus Deutschland, aber auch lokale Pilotmodelle in der Schweiz (z. B. «Home Treatment» in der ambulanten Psychiatrie in BS) zeigen deutlich, dass es für den Aufbau neuartiger Versorgungsmodelle eine Anstossfinanzierung braucht. Für die Finanzierung fallen in erster Linie der Bund und die Kantone in Betracht. Der sogenannte «Experimentierartikel», der in diesem Jahr im Parlament diskutiert werden wird, gibt den Tarifpartnern und Kantonen zwar mehr Freiraum für Pilotprojekte in dieser Richtung, die Finanzierung wird aber bewusst offengelassen. Da weder die Versicherer noch die Leistungserbringer über die nötigen Mittel verfügen, hat die Anstossfinanzierung zwangsläufig durch die Kantone, Gemeinden und weitere Investoren zu erfolgen.

Der Experimentierartikel bringt an sich auch gewisse Vorteile für das Experimentieren mit Versorgungsprojekten. Vom KVG vorgegebene Regelungen können auf Antrag beim Bund für die Durchführung von Pilotprojekten ausgesetzt werden. So können die Kantone und andere Initianten der Projekte beispielsweise ohne Bundeslösung bei der EFAS eine monistische Finanzierung vorsehen, eine Einschränkung der freien Wahl der Leistungserbringer testen, die zwingende Anwendung von Fallpauschalen sistieren oder den Spielraum bei der Ausweitung oder Einschränkung des Leistungskatalogs vergrössern (Felder u. a., 2019).

Die Kantone könnten sich aber auch anderweitig engagieren, um sämtlichen Stakeholdern mehr Anreize zu setzen, solche Systeme von sich aus aufzubauen (vgl. Frage 5).

5) «Welche Rolle würden die Krankenkassen spielen und wie könnten sie für ein entsprechendes (finanzielles) Engagement motiviert werden?»

Die Kantone sind in der Schweiz zusammen mit dem Bund traditionellerweise für die Krankheitsprävention zuständig. Die OKP übernimmt lediglich einen sehr beschränkten, abschliessenden Katalog von Leistungen der Primär- und Sekundärprävention (z. B. Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen). Die Kantone könnten daher bei den besprochenen Modellen ebenfalls als Besteller auftreten, in dem sie bei den Leistungserbringern gewisse Präventionsleistungen wie z. B. Suchtberatung, Kurse, Screenings etc. «einkaufen» und entsprechende Leistungsaufträge vergeben. Das finanzielle Engagement von offizieller Seite kann andere Investoren dazu bringen, sich selbst an den Programmen zu beteiligen.

Für die Krankenversicherer ist es zentral, dass sie aus den neuen Versorgungsmodellen einen finanziellen Nutzen ziehen können. Nebst der Frage von EFAS und dem Risikoausgleich könnte eine Strategie dahingehen, die Vertragsdauer in der OKP zu flexibilisieren. Vor allem für den Aufbau einer HMO+ ist eine gewisse Planungssicherheit bei der Nachfrage essenziell.

Wenn sich die Versicherten beispielsweise für drei Jahre vertraglich verpflichten, reduziert dies für den Versicherer resp. die HMO das Investitionsrisiko. Mehrjährige Verträge bringen aber einen weiteren Vorteil mit sich; da potenzielle Einsparungen integrierter Versorgungsmodelle erst zeitversetzt resultieren, garantieren längerfristige Verträge, dass der Versicherer von den Einsparungen profitiert.

6) «Welche Trägerschaft(en) kämen in der Schweiz für ein derartiges Pilotprojekt in Frage?»

Die Versicherer spielen bei beiden Modellvarianten eine tragende Rolle. Bei der «Gesundheitsregion AG» scheint es allerdings zentral, dass sich weder die Versicherer noch die Kantone oder Leistungserbringer zu stark in die Rolle des Trägers begeben. Dies kann zu neuen Rollenkonflikten führen und dafür sorgen, dass ein Modell zum vornherein zum Scheitern verurteilt ist.

Übrig bleibt die Möglichkeit eines privaten Trägers, etwa in Form einer Aktiengesellschaft. Ein privater Investor wird sich für ein Projekt entscheiden, wenn das finanzielle Risiko des Modells und die Erfolgsaussichten in einem guten Verhältnis zueinanderstehen. Das Investitionsrisiko wird kleiner, wenn sich bspw. ein Kanton am Aufbau finanziell beteiligt. Die Erfolgsaussichten andererseits ergeben sich finanziell gesprochen aus den Einsparungen, die ein solches Modell bringen kann («Shared Savings»). Damit spürbare Einsparungen überhaupt resultieren können, benötigt der Intermediär Rechtssicherheit und genügend unternehmerische Freiheit, um die entsprechenden Verträge mit Leistungserbringern einzugehen, wirksame finanzielle Anreizsysteme aufzubauen und die Versicherten effektiv zu steuern. Eine Ausschreibung im Rahmen des «Experimentierartikels» ist zu prüfen, da damit eine gewisse rechtliche Flexibilität während der Projektdauer gewährleistet wird (d.h. mögliche Abweichungen von den Regeln des KVG).

7) «Worauf müsste eine Ausschreibung eines derartigen Pilotprojektes zielen, um das Interesse von möglichen Projekträgerschaften zu wecken?»

Das Projekt «Gesundes Kinzigtal» ist entstanden, weil eine charismatische Persönlichkeit die marktführende Krankenkasse in Baden-Württemberg überzeugen konnte, in einem regional begrenzten Gebiet eine integrative medizinische Versorgung aufzubauen. Geholfen hat dabei ebenfalls die Tatsache, dass eine Gruppe von Ärzten die Vision eines Gesunden Kinzigtals teilten und dafür mit anderen Leistungserbringern wie auch nicht medizinischen Organisationen zusammenarbeiten wollten. Von Beginn weg wurde eine professionelle Struktur mit klaren

Verantwortlichkeiten aufgebaut. Die AOK Baden-Württemberg leistete eine Anschubfinanzierung von 4.5 Mio. Euro. Pro Kopf ihrer 33'000 Versicherten im mittleren Kinzigtal entsprach dies 140 Euro.

Die Entstehungsgeschichte der GK GmbH macht deutlich, dass sich ein solches Modell nicht einfach ausschreiben lässt. Um einen privaten Partner als «Intermediär AG» zu gewinnen, wäre es optimal, wenn bereits seitens der Leistungserbringer und Versicherer eine Absicht zur Mitarbeit bestünde und eine finanzielle Beteiligung des Kantons vorläge. Dafür braucht es allerdings vorbereitende Gespräche mit möglichen Partnern eines solchen Projektes. Konkret anzusprechen wären Krankenversicherer, Hausärztenetze, HMOs und Kantone, die für ein solches Projekt ein Interesse haben könnten. Je nach Situation sind auch die Gemeinden zu involvieren, da diese im Bereich der Langzeitpflege finanziell stark involviert sind. Andere Gruppen von Leistungserbringern, die vertraglich in ein solches Modell integriert werden sollen (z.B. Regionalspitäler, Pflegeheime, Spitex), wären ebenfalls von Beginn weg miteinzubinden. Solche Gespräche könnten von Gesundheitsförderung Schweiz selbst oder von einer zu bildenden Gruppe von Experten geführt werden. Denkbar wäre in diesem Zusammenhang die Ausschreibung einer Machbarkeitsstudie.

Möchte man den Stakeholdern eine aktivere Rolle bei der Entwicklung der Projektidee zugestehen, bieten sich Workshops oder Fokusgruppen an. Diese werden mit sämtlichen Stakeholdern unter Leitung von Gesundheitsförderung Schweiz durchgeführt, um die hier entwickelten Ideen weiter zu konkretisieren und die Umsetzbarkeit zu evaluieren. Dieses Vorgehen ist insofern vorteilhaft, als dass damit eine breit abgestützte Idee entstehen könnte, die bereits einem «Realitätscheck» standgehalten hat. Auf der Basis der Konkretisierungen aus dem einen oder mehreren Workshops kann eine detaillierte Ausschreibung durch Gesundheitsförderung Schweiz erfolgen.

7. Literaturverzeichnis

- BAG (2018). Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2017 (Tabellen - XLSX (ZIP) - vollständig: 121 / 121 T.) (Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG). [Link zur Tabelle](#)
- Beck, K. (2013). Die Capitation-Finanzierung in der Schweiz - Praktische Erfahrungen. *GGW* 13, 25–34.
- Berwick, D.M., Nolan, T.W., und Whittington, J. (2008). The Triple Aim: Care, Health, And Cost. *Health Aff. (Millwood)* 27, 759–769.
- Cashin, C., Chi, Y.-L., Smith, P., Borowitz, M., und Thomson, S. (2014). Paying for performance in health care. Implications for health system performance and accountability (2014) (Berkshire, UK: Open University Press).
- EIU (2016). An integrated approach to value-based healthcare: Germany's *Gesundes Kinzigtal* (The Economist Intelligence Unit).
- Felder, S., Meyer, S., Merki, M., Plaza, C., Poledna, T., und Rosemann, T. (2019). Komplexpauschalen in der Schweiz: Umsetzbarkeit integraler Vergütungssysteme im Schweizer Gesundheitswesen. Gutachten im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Basel: Institut für Wirtschaftsstudien Basel.
- Götschi, A.S. und Weber, A. (2004), Ein Budget für Ärzte?, *Schweizerische Ärztezeitung* 85(47), 2498–2503.
- Hildebrandt, H. (2017). Vergütung 3.0: Kinzigtal-Vergütung > fair + einfach + transparent < (Berlin: *Gesundes Kinzigtal GmbH / OptiMedis AG*).
- IWSB – Institut für Wirtschaftsstudien Basel. (2017). Stärkung der (Ergebnis-) Qualität, der Koordination und der Interprofessionalität in bestehenden Abgeltungssystemen. (Gutachten im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG).
- Kolstad, J.T. (2013), Information and Quality when Motivation is Intrinsic: Evidence from Surgeon Report Cards, *American Economic Review* 103(7): 2875-2910.
- Merck, P., Hynek, S., Hildebrandt, H. und Bammert, B. (2017). Jahresbericht 2016 – *Gesundes Kinzigtal GmbH* Gesundheit kennt keine Grenzen (Hausach).
- Merck, P., Hynek, S., und Hildebrandt, H. (2016). Jahresbericht 2015 *Gesundes Kinzigtal GmbH* – Innovationen für eine gesunde Zukunft (Hausach).
- Pimperl, A., Hildebrandt, H., Groene, O., Schulte, T., Meyer, I., Wetzels, M., Udayakumar, K., Gonzales-Smith, J., und Thoumi, A. (2017a). Case Study: *Gesundes Kinzigtal*, Germany - Accountable Care in Practice: Global Perspectives (Duke Margolis Center for Health Policy & The Commonwealth Fund).
- Pimperl, A., Schulte, T., Mühlbacher, A., Rosenmöller, M., Busse, R., Groene, O., Rodriguez, H.P., und Hildebrandt, H. (2017b). Evaluating the Impact of an Accountable Care Organization on Population Health: The Quasi-Experimental Design of the German *Gesundes Kinzigtal*. *Popul. Health Manag.* 20, 239–248.
- Schubert, I., Siegel, A., Köster, I., und Ihle, P. (2016). Evaluation der populationsbezogenen ‚Integrierten Versorgung *Gesundes Kinzigtal*‘ (IVGK). Ergebnisse zur Versorgungsqualität auf der Basis von Routinedaten. *Z. Für Evidenz Fortbild. Qual. Im Gesundheitswesen* 117, 27–37.
- Siegel, A., Kotterer, A., Andreas, M., und Niebling, W. (2016). *GeKiM – Gesundes Kinzigtal* Mitgliederbefragung. Bericht zur zweiten Mitgliederbefragung 2015 (Freiburg i. Br.: *Universitätsklinikum Freiburg*).