

Johannes G. Schmidt

Health Maintenance Organization als Entwicklungsmodell für eine moderne Medizin?*

Die folgenden Ausführungen zu diesem Thema beruhen auf persönlichen Erfahrungen mit der ersten Health Maintenance Organization (i.f.: HMO) in der Schweiz. Der Autor war an deren Aufbauphase und in der HMO-Praxis kurze Zeit als Arzt mit beteiligt. Dieses Projekt wurde von Seiten der Krankenkassen vorbereitet und finanziert; die Zusammenarbeit mit der ersten Ärztegruppe scheiterte schließlich an der allzu bürokratischen Projektierung durch die Geldgeber.

Ich möchte zuerst das Modell der HMO darstellen und dann auf Entwicklungsmöglichkeiten der Gesundheitsversorgung in einer HMO eingehen, bevor ich einige Worte über den gegenwärtigen Stand der Entwicklung in der Schweiz verliere.

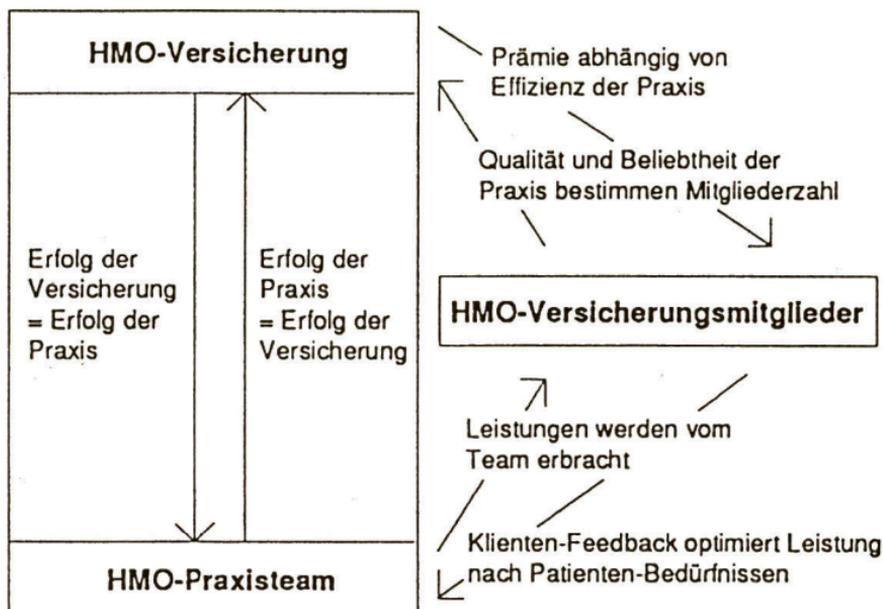
Grundzüge und mögliche Dynamik der HMO

In einer HMO besteht ein besonderes Honorierungs-Leistungs-Verhältnis zwischen Ärzten und der Versicherung, sowie eine Einschränkung der Arztwahl auf die HMO-Vertragsärzte. Die ärztliche Leistung ist als die adäquate medizinische Versorgung einer umschriebenen Zahl Versichertern definiert und das Honorar als entsprechende Pauschale, wozu zusätzlich eine Beteiligung der Ärzte am finanziellen Erfolg des Versicherungsunternehmens kommen kann. Was sind die Konsequenzen?

- Ärzte können an einzelnen Leistungen nichts verdienen.
- Die Ärzte sind an einer zurückhaltenderen Indikationsstellung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen interessiert.
- Auch neue Leistungen, welche heute von den Kassen nicht honoriert werden, beispielsweise Streßmanagement-Kurse, können bei erfolversprechender Indikation in der HMO ohne weiteres erbracht werden. Dazu sind keine Honorarverhandlungen nötig, eine bürokratisch fixierte Gebührenordnung fällt weg.

Schematisch sieht die Organisationsform der HMO etwa folgendermaßen aus:

* Vortrag auf dem Symposium »Reform der kassenärztlichen Versorgung« der Ärztekammer Berlin, 14. Oktober 1992.



Anhand der Abbildung wird ersichtlich, daß die HMO die Chance eines sehr kommunikativen und interaktiven Systems mit vielfältigen Regel- und Rückmeldungsmechanismen bietet. Diese lassen sich etwa folgendermaßen charakterisieren:

- Die ökonomische Verantwortlichkeit kehrt in der HMO in die Arzt-Patienten-Beziehung zurück. Der Arzt im Interesse eines finanziell prosperierenden Unternehmens und der Versicherte im Interesse niedriger Prämien können die Verantwortung wahrnehmen, auf eine Übermedikalisierung zu verzichten.
- Bedarf und Notwendigkeit von Abklärungen und spezialärztlicher Betreuung werden durch die hausärztliche Erstabklärung durch den HMO-Arzt bestimmt. Die sogenannte Gatekeeper-Rolle dieses Hausarztes ist von Bedeutung, damit Spezialisten gezielt und effizient eingesetzt werden, und damit auch eine gewisse Managementphilosophie von Wirksamkeit und Relevanz medizinischer Leistungen durchgesetzt werden kann. Schlägt der HMO-Arzt allfällige Patientenwünsche nach spezialärztlicher Abklärung jedoch zu stark in den Wind, riskiert er unerwünschte Ausstritte aus »seiner« Versicherung.
- Die Themen der Übermedikalisierung und der wirtschaftlichen Verantwortlichkeit können in einem Dialog zwischen HMO-Team

und Versicherten gesundheitserzieherisch aufgearbeitet werden. Es ist auch denkbar, daß ein Versichertenausschuß im Falle von Streitfällen Ombudsfunktionen übernimmt. Alle Beteiligten sind in der HMO daran interessiert.

- Eine mögliche Unterversorgung mit negativen Konsequenzen für die Gesundheit der Versicherten ist für die HMO einerseits aufgrund möglicher Folgekosten, die der Arzt ja teilweise mitträgt, uninteressant, andererseits würde eine ruchbare Unterversorgung zum unerwünschten Austritt von Versicherten führen.
- Das medizinische Team ist daran interessiert, Schwerpunkte in Diagnostik, Behandlung und Prävention aufgrund von Wirksamkeits- und Relevanzkriterien zu setzen, und ist dabei von Kassenhonorar-Vorgaben unabhängig. Diagnostik ohne therapeutische Konsequenzen, Verlegenheitsbehandlungen bei beispielsweise den häufigen funktionellen Syndromen sind in der HMO uninteressant. Interessant ist andererseits beispielsweise die Entwicklung wirksamer Strategien zur Verhinderung chronischer Krankheitskarrieren von Hypochondern.
- Die gemeinsame Sorge für die Gesundheit in einem überschaubaren System fördert familiäre Beziehungen und eine Kommunikation über Bewältigungsmöglichkeiten von Gesundheitsproblemen bzw. Schicksalsschlägen. Ausgereifte Bewältigungsstrategien können bei vielen Gesundheitsstörungen entscheidender sein als medizinische Möglichkeiten. Aufgrund des Interesses der HMO an einer wirksamen Medizin tritt auch das Wissen um die Grenzen der Medizin und um die Beschränktheit rein medizinischer Bewältigung von Gesundheitsproblemen mehr in den Vordergrund. Eine gute Gesundheitserziehung soll deshalb auch in diese Richtung wirken und ist um so erfolgreicher, je mehr eine gegenseitige Bewältigungshilfe existiert.

Dies entspricht nicht unbedingt der Praxis der in den USA und in der Schweiz schon existierenden HMO's, ich will damit aber aufzeigen, welche Möglichkeiten und Dynamik eine HMO ermöglicht.

Wie bereits gesagt, ist ein entscheidendes Element der HMO, daß nicht die am verbandspolitischen Verhandlungstisch ausgehandelte Honorarstruktur Maßstab für das ärztliche Handeln ist, sondern Wirksamkeit und Effizienz der durchgeführten oder veranlaßten Interventionen. Voraussetzung dazu ist eine Definition von Zielen und Schwerpunkten sowie eine praxisbegleitende Evaluation. Eine funktionierende betriebsbegleitende Evaluation gehört ja zu einem guten »Management« – auch im Gesundheitswesen. Ärzte in der

HMO sind also völlig frei von einem arbiträren und unausgewogenen Honorierungssystem, sind aber andererseits vermehrt auf eine gut funktionierende Evaluation ihrer Arbeit angewiesen.

Evaluation darf jedoch nicht einfach mit der modischen Qualitätssicherung gleichgesetzt werden. Sogenannte Qualitätssicherungsprogramme für Praxislabors mögen dies illustrieren. Die jeweilige Verteilung der Noten gut bis ungenügend an die teilnehmenden Praxislabors zeigt nämlich einfach die Gauß'sche Normalverteilung als Ausdruck der rein zufallsbedingten Fehler, die auch bei korrekter Labortechnik auftreten. Die Variabilität der Ergebnisse ist weit mehr stochastisch bedingt als durch Manipulationsfehler der Laborantinnen verursacht, und damit ist diese Qualitätskontrolle eine reine Fiktion. Wir dürfen nicht übersehen, daß unter dem modischen Schlagwort Qualitätskontrolle schon wieder ein neuer Markt erschlossen werden soll, welcher ohne wesentlichen Nutzen nur die Kosten treibt. Ein Beispiel einer wertvollen Evaluation wäre andererseits etwa die Überprüfung des Ausmaßes der Hospitalisationen aus rein sozialen Gründen. Eine HMO könnte dann ihre Mittel flexibel für einen Ausbau der ambulanten pflegerischen Dienste einsetzen, falls ein diesbezüglicher Mangel unnötige Hospitalisationen bedingen sollte. Mit Evaluation sind solche Dinge gemeint.

HMO-Allgemeinarzt als »Gate-Keeper«: Eingeschränkte Arztwahl

Wie schon kurz gesagt wurde, funktioniert ein solches System nur mit einer Einschränkung der Arztwahl, was als unerwünscht betrachtet werden kann. Diese Tatsache scheint nach allen Erfahrungen für die Patienten allerdings gar nicht so wichtig.

Amerikanische Untersuchungen zeigen, daß für die Patientenzufriedenheit gar nicht entscheidend ist, ob die medizinische Versorgung in einer HMO mit eingeschränkter Arztwahl oder im konventionellen System mit freier Arztwahl erfolgt, sondern es kommt offenbar darauf an, wie eine HMO-Praxis oder eine konventionelle Praxis arbeitet. Folgende Faktoren sind es, welche gemäß einer Studie¹ die Patientenzufriedenheit, unabhängig von der Art des Systems, determinieren: 1) Die Sensibilität und das Gespür für Patientenbedürfnisse; 2) Die Pünktlichkeit, d.h. kurze Wartezeiten; 3) Das prompte Durchführen und Veranlassen von notwendigen Maßnahmen; 4) Die Individualität in der Betreuung. Eine andere Studie² erwähnt 1) die Wartezeit für einen Arzttermin; 2) das Vorhandensein von Parkplätzen; 3) die Aufnahmemöglichkeit in ein

Spital (wahrscheinlich nur für USA bedeutsam); 4) die Kontinuität in der Betreuung als entscheidende Faktoren für die Patientenzufriedenheit.

Untersuchungen in der Schweiz^{3,4} zeigen, daß einerseits bis zu 3/4 der Patienten von einer im heutigen System vorhandenen Auswahlmöglichkeit nicht Gebrauch machen, weil subjektiv gesehen nur der einmal gewählte Arzt in Frage kommt, andererseits, daß 1/4 der Versicherten spontan, bis 3/4 der Versicherten nach einiger Überlegung bereit sind, Abstriche in der freien Arztwahl in Kauf zu nehmen, wenn sie eine akzeptable Qualität in der medizinischen Versorgung und finanzielle Vorteile erwarten können. Seit Anfang 1990 zeigt der Zulauf zu den HMO-Praxen in der Schweiz denn auch, daß viele Versicherte eine solche Wahl treffen, auch wenn ihre Erwartungen noch durch wenig Erfahrungswerte abgesichert sind.

Beim Beitritt zu einer HMO in einem pluralistischen Gesundheitswesen hat der Versicherte denn auch die *Wahl*, ob er einem solchen System mit einer eingeschränkten Arztwahl angehören möchte. HMO-Versicherte haben dann die Möglichkeit, nach einer gewissen Kündigungsfrist wieder in eine konventionelle Kasse zu wechseln. Es geht also nicht um einen lebenslänglichen Verlust der freien Arztwahl; bei allenfalls schlechten Erfahrungen mit einer HMO kann durch Austritt die Beitrittswahl wieder korrigiert werden. Dies bedingt deshalb von vornherein, daß die Einschränkung der freien Arztwahl in einer HMO einem Wettbewerb unterworfen ist.

HMO und eine klinisch-epidemiologisch fundierte Praxis der Allgemeinmedizin

Wieso diskutieren wir überhaupt über ein neues System wie die HMO, und wieso ist dies gerade für Ärzte, v.a. niedergelassene Ärzte, interessant?

Heute ist es so, daß einer zunehmenden Spezialisierung und Komplexität der medizinischen Versorgung kein Managementkonzept und Entscheidungsinstrumentarium gefolgt ist, welches die rationale Verwendung der gewachsenen technischen Möglichkeiten sichern würde, denn niemand hatte wirklich ein Interesse daran. So hat die sehr erfolgreiche wissenschaftliche Entwicklung im Bereich der medizinischen Diagnostik gleichzeitig eine zunehmend größer werdende Lücke geschaffen, nämlich die häufig völlig ungeklärte Frage des rationalen Einsatzes von Diagnostik. Man kann beobachten, daß ein abnehmendes Interesse an »health maintenance« mit einem

zunehmenden Interesse an einer in ihrem Nutzen oft ungeprüften Angebotsausweitung stattgefunden hat (und ich möchte hier hervorheben, daß Vorsorgemedizin nicht mit Gesundheitserhaltung verwechselt werden darf). Von der Interessenslage her hat also eine gewisse Verschiebung von »health maintenance« nach »sickness maintenance« oder »sickness role maintenance« stattgefunden. Solche Entwicklungen lassen sich dokumentieren. Schweizerische Untersuchungen zeigen eine praktisch proportionale Zunahme der Ärztekonsultationen bei zunehmender Ärztedichte.

Es mag sein, daß Kritik von seiten der Ökonomen und Politiker an der gegenwärtigen medizinischen Praxis einseitig und übertrieben ist. Dennoch können die gegenwärtigen Probleme nicht mehr verleugnet werden und es droht die Gefahr, daß zunehmend Verwaltungen Finanzierungsregelungen treffen, welche medizinisch unsinnig sind. In der HMO würde nun das Kostenmanagement hauptsächlich in die Hand der Ärzte gegeben, da ja das Budget von den beteiligten Ärzten nach medizinischen Gesichtspunkten verwaltet werden kann.

Die HMO bietet aber auch eine neue beruflich-fachliche Herausforderung, weil rationale und pragmatische Bewertungsmaßstäbe und Beurteilungsparameter für die Nützlichkeit und Relevanz medizinischer Maßnahmen an Bedeutung gewinnen. Die heute in Mitteleuropa praktisch fehlende Klinische Epidemiologie, welche das Instrumentarium für einen rationalen Einsatz der Mittel im Gesundheitswesen bereithält, gewinnt in einer HMO an Bedeutung.

Dazu einige beispielhafte Anmerkungen: Die klinische Medizin interessiert beispielsweise vorwiegend die Frage, ob und wie ein diabetischer Zuckerspiegel »normalisiert« werden kann. Die klinische Epidemiologie hingegen fragt vielmehr, ob und wann die Normalisierung eines Blutzuckers die diabetischen Komplikationen oder das Leiden insgesamt beeinflussen kann. Häufig ist es eben viel einfacher meßbar, ob beispielsweise ein Laborwert oder eine Tumorgroße beeinflußt wird. Dennoch wissen wir, daß die Blutzucker-»Kontrolle« mittels Tabletten beim nicht insulinabhängigen Diabetes zwar etwas schönere Laborwerte erzielen kann, daß dadurch insgesamt die Sterblichkeit jedoch eher erhöht als gesenkt wird. Im herkömmlichen Honorarsystem ist es für Ärzte jedoch wirtschaftlich sicher interessanter, sich für regelmäßige Blutzuckerkontrollen und eine zeitsparende Medikamentenabgabe zu entschließen. In einer HMO würde das ungelöste fachliche Problem jedoch eine andere Dimension bekommen. Fraglich nützliche Maßnahmen können dann im Interesse der HMO unterbleiben; und dies ist letztlich auch

im Interesse der Patienten. Da von der Hierarchie der Evidenz die empirischen Langzeitdaten, welche die Behandlung mit oralen Antidiabetika als eher schädlich ausweisen, ausschlaggebender sind als klinisch-pathophysiologische Überlegungen, würde ein solches Vorgehen auf einer adäquateren Beurteilungsmethodik beruhen und trotz möglicher Einsparungen die Qualität der medizinischen Versorgung eher erhöhen. Diese Beispiel mag natürlich kontrovers beurteilt werden und meine Ausführungen noch nicht der Mehrheitsauffassung entsprechen. Wenn im heutigen Versorgungssystem jedoch aufgrund der finanziellen Anreize und der etwas einseitigen Ausbildung praktisch immer »in dubio pro interventionem« praktiziert wird, könnte man sich auch Zurückhaltung als gute und vielleicht sogar rationalere Maxime vorstellen. Eine HMO fordert mindestens zu solchen Fragen auf, und Versicherte sind wieder direkter an der Frage interessiert, wie sinnvoll ihre Prämiegelder verbraucht werden. Die Ärzte verdienen nun viel besser durch einen Abbau unnötiger alter Zöpfe.

Alte Zöpfe bestehen auch beim diagnostischen Abklären. Denn die Interpretation und Aussagekraft diagnostischer Resultate ist in der Praxis eine viel problematischere Sache als vielfach angenommen wird. Ein zu häufiges Abklären bringt unerwünschte Wirkungen mit sich, die von einem gewissen Punkt an den möglichen Nutzen einer Abklärung übertreffen können. Das dabei entscheidende Maß bildet der prädiktive Wert einer Untersuchung. So hat aufgrund dieser Überlegungen ein typisches Ischämie-Belastungs-KG im Check-Up beim asymptomatischen jüngeren Mann nur eine positiv prädiktive Wertigkeit von rund 5 %, d.h. mit großer Wahrscheinlichkeit ist ein solcher Untersuchungsbefund falsch positiv. Eine solche Diagnostik ist wenig sinnvoll, weil man vor und nach der Untersuchung praktisch gleich viel weiß. Auch das Testen zum Ausschluß einer Krankheit ist häufig praktisch nutzlos. So kann eine symptomfreie mittelalterliche Frau schon ohne Mammographiebefund eine Gewißheit von rund 99,5 % haben, daß sie innerhalb von zwei bis drei Jahren keinen Brustkrebs bekommen wird. Bei einer negativen Mammographie-Untersuchung erhöht sich diese Gewißheit auf etwa 99,8 %. Das heute häufig geübte Durchuntersuchen zum Krankheitsausschluß läßt sich somit rational kaum nachvollziehen.

Will die kassenärztliche Versorgung bzw. die Allgemeinmedizin als fachlich ansprechende Disziplin überleben und ihre angestammte Bedeutung wiedererlangen, so muß sie m.E. neben klinischen

Fertigkeiten solche Beurteilungsmethoden integrieren und sich zum eigentlichen Spezialfach der gezielten und rationalen Anwendung von Diagnostik und Therapie entwickeln. Kritische Überprüfungen der wissenschaftlichen Qualität von Publikationen in den besten Journals legen nahe, daß nur rund 10 % der Studien im Hinblick auf die Forschungsfrage methodisch adäquat durchgeführt werden, und daß von diesen wiederum nur etwa 10 % praktisch relevanten Forschungsfragen nachgegangen sind.⁵ In der Primärmedizin unterscheidet sich das Problemspektrum sehr stark von der Krankenhausmedizin und eine rationale Allgemeinmedizin braucht heute neue Maßstäbe und eine kritische Überprüfung der von der Klinik vorgegebenen Standards.

In der HMO ist ein solcher Paradigmawechsel ökonomisch interessant. Weil dies für dieses Versicherungssystem lohnend erscheint, können Ärzte und andere in der HMO mitwirkende Fachkräfte Zeit für Weiterbildung, Forschung und Studien aufbringen. Führen kritisches Denken und Kreativität zu einer Effizienzsteigerung und zu praktischen Verbesserungen in der Gesundheitsversorgung, hat der Arzt eine größere fachliche Befriedigung und wird auch finanziell honoriert.

Nachteile: HMO als Instrument der Verwaltungskultur

Wenn ich zum Schluß noch auf die Schweizerischen Erfahrungen mit HMO's eingehe, so muß ein Punkt zuerst klargestellt werden. Mit den herkömmlichen Krankenkassen und deren Verwaltungsaufgaben hat eine HMO sehr wenig zu tun. Wird die Organisationsform der HMO genauer betrachtet, so ist nämlich evident, daß die Krankenkassen in ihrer heutigen Struktur als Rechnungsprüfer und Begleicher quasi überflüssig werden und das heutige »know-how« und Personal der Krankenkassen in einer HMO gar nicht benötigt wird. Das Wegfallen von Abrechnungen nach Einzelleistungen dürfte in einer HMO auch wesentliche zusätzliche Einsparungen in der Versichertenadministration mit sich bringen. In der Schweiz werden heute etwa 8 Prozent der Krankenkassengusgaben allein durch die Krankenkassenverwaltung verschlungen, die lediglich bürokratische und kaum unternehmerische Aufgaben erfüllt. Dies sind ein Viertel der Aufwendungen für die niedergelassenen Ärzte und mehr als die Hälfte der Medikamentenkosten. Die bürokratischen Rezepte der Krankenkassen zur Kostenkontrolle haben jedenfalls bis heute nur zu einer massiven Zunahme unproduktiver Verwaltungsstellen

geführt, ohne daß die Gesundheitsversorgung effizienter geworden wäre oder die angebliche Kostenexplosion effektiver gebremst worden wäre.

Verdienen jedoch die Ärzte am effizienten Einsatz der Mittel, so werden sie selbst vermehrt eine Evaluation der Effektivität diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen vornehmen und eine Effizienzkontrolle institutionalisieren. Es kann kaum ein Zweifel bestehen, daß die dazu nötigen Instrumente aus dem Bereich der klinischen Epidemiologie und der ihr zugewandten Gesundheitsökonomie stammen müssen. Den heutigen Krankenkassen fehlt dieses Know-how.

Für die Gruppe von Fachleuten, welche dieses Modell in der Schweiz in die Diskussion einbrachten, waren die Krankenkassen als Träger dieses Modells deshalb immer eine Verlegenheitslösung. Doch nur die etablierten Krankenkassen waren in der Lage, eine kündbare Versicherung anzubieten, welche der Versicherte ohne Prämiennachteile wieder verlassen konnte. Jedenfalls bedeutete im jetzigen Zeitpunkt die Schaffung einer HMO eine Institution der herkömmlichen Krankenkassen. Damit war gegeben, daß auch die eher bürokratische und ärztefeindliche Kultur der etablierten Krankenkassen die ersten Schweizer HMO-Versuche prägten. Dies hat dazu geführt, daß die Krankenkassen als Träger dieser ersten Modellversuche sich verleitet sahen, statt dem Mechanismus der neuen Anreizstruktur zu vertrauen, eine der heutigen Kassenkultur entsprechende und den Ärzten mißtrauisch gesinnte Finanzkontrolle auszuüben. Damit haben sich die z.T. persönlich gefärbten Bestrebungen der Auftraggeber, die als feindlich betrachteten Ärzte endlich unter Kontrolle bekommen zu können, auf eine unglückliche Weise mit dem HMO-Modell vermischt. Auch wenn die ersten HMO's diese Schwäche aufweisen, lassen sich natürlich Ärzte finden, die dabei mitmachen.

In Zürich bestehen mittlerweile zwei HMO's, eine weitere in Basel. Vorerst wurde mit einer sicher realisierbaren Größe von ca. 4000 Versicherten pro HMO projektiert, und diese Mitgliederzahl ließ sich offenbar auch gut anwerben. Die ideale Größe wird sich erst mit der Zeit herauskristallisieren.

Der Erfolg der ersten Schweizer HMO's läßt sich heute noch nicht abschätzen. Es scheint aber, daß die jetzige Konstellation zu einer ungünstigen Entwicklung verleitet hat: Die jetzt beteiligten Ärzte sind offenbar froh, die finanziellen Angelegenheiten den anstellenden Krankenkassen überlassen zu können, und merken mangels

einer entsprechenden epidemiologischen Ausbildung nicht, daß nur eine Vernetzung ökonomischer Prinzipien mit dem klinischen Alltag im Sinne einer gezielten epidemiologischen Planung (Epidemiologie hat ja wie Ökonomie mit Quantifizieren und Abwägen zu tun) zum Erfolg führen kann. Die von den Kassen eingesetzten Ökonomen beschränken offenbar ihre Funktion ebenso reduktionistisch auf betriebswirtschaftliche Aspekte und rechnen den Ärzten beispielsweise die Telefonkosten vor (als ob Telefonrechnungen und ein jeweiliger Blick auf die Höhe des Betrags in der herkömmlichen Praxis unbekannt wäre; dazu braucht es doch keine Ökonomen). Solche Fehlleistungen scheinen Ausdruck davon zu sein, daß bessere Ideen fehlen, daß eine planerische Kompetenz zum gezielten Einsatz der Mittel aufgrund der Instrumente der klinischen Epidemiologie in den jetzigen HMO's fehlt. So wird mindestens auch in einer der HMO's von der falschen Annahme ausgegangen, mit einem Check-Up aller Versicherten ließen sich Kosten einsparen. Dabei wissen wir aus guten prospektiven Studien, daß der Check-Up keine präventive Wirkung hat,⁶ jedoch zu zahlreichen gesundheitlich unnötigen und manchmal belastenden Folgeabklärungen führt. Wie der Anspruch einer Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen durch HMO's erfüllt werden soll, läßt sich im Moment in der Praxis der ersten Schweizer HMO's noch wenig erkennen.

Dies könnte sich jedoch bald ändern, da in der Schweiz eine neue Gesetzgebung geplant ist, welche den freien Krankenkassenwechsel ohne Prämiennachteile verwirklichen soll. Heute ist die Prämie je nach Eintrittsalter in eine Krankenkasse sehr unterschiedlich, und bei einem Übertritt in eine andere Krankenkasse wird die Prämie entsprechend viel höher. Durch die gesetzliche Aufhebung altersabgestufter Eintrittsprämien, ermöglicht durch ein gleichzeitiges Versicherungsobligatorium, soll in Zukunft ein Kassenübertritt möglich werden und Wettbewerb unter den Kassen einkehren.

Dann können Ärzte frei von der herkömmlichen Kassenkultur eigene Versicherungsorganisationen gründen bzw. mitgründen.

Schlußthese

Als These läßt sich aus den ersten Erfahrungen in der Schweiz also ableiten, daß eine HMO wahrscheinlich nur in Verbindung mit dem skizzierten Paradigmawechsel in der Allgemeinmedizin, d.h. mit einer bewußten und kritischen Effizienzanalyse der praktischen Medizin anhand klinisch-epidemiologischer Methoden, einen Ausweg

aus der gegenwärtigen Krise bedeuten kann. Eine Bürokratisierung der Medizin *kann* und sollte dabei verhindert werden.

Dies könnte gelingen, wenn HMO's von Ärzteseite und nicht von der Kassenbürokratie initiiert werden. Dies bedingt, daß die Ärzte finanziell und unternehmerisch von Anfang an mitbeteiligt sind, ein Punkt, den wir in unserer Anfangseuphorie unterschätzt hatten. Dies erfordert von Ärzteseite auch eine allmähliche Abkehr von der idealisierten und inzwischen sicher falschen Vorstellung, medizinisches Denken ließe sich nicht mit ökonomischem Denken verbinden.

Korrespondenzadresse:

Johannes G. Schmidt

Allgemeinpraxis, Klinische Epidemiologie

Furrenmatte 4

CH-8840 Einsiedeln

Anmerkungen

- 1 Holloway, R.L., Matson, C.C., Zismer, D.K.: Patient satisfaction and selected physician behaviors: does the type of practice make a difference? *J. Am. Board Fam. Pract.* 1989; 2: 87-92.
- 2 Davies, A.R., Ware, J.E. Jr., Brook, R.H., Peterson, J.R., Newhouse, J.P.: Consumer acceptance of prepaid and fee-for-service medical care. *Health Serv. Res.* 1986; 21: 429-452.
- 3 Junker, C., Schaufelberger, H.J.: Die Entscheidung, einen Arzt aufzusuchen. *Schweiz. Ärztezeitung*, 1989; 70: 1907-1914.
- 4 HMO-Umfrage 1985, IGAK (Interessengemeinschaft für alternative Krankenversicherungs-Modelle), Oensingen, Schweiz.
- 5 Fletcher, R.H., Fletcher, S.W.: Clinical Research in general medical journals: a 30-year perspective. *N. Engl. J. Med.* 1979; 301: 180-183.
- 6 Friedman, G.D., Collen, M.F., Fireman, B.H.: Multiphasic Health Checkup Evaluation: a 16-year follow-up. *J. Chronic Dis.* 1986; 39: 453-463.