

## Glossar Managed Care

### **Capitation (Kopfpauschalen)**

Form der Leistungsvergütung, bei der Leistungserbringer meist im Rahmen so genannter Leistungsaufträge für die Versorgung eines Versicherten innerhalb eines definierten Zeitraums (z.B. 1 Jahr) eine festgelegte Summe im Voraus und unabhängig von einer Leistungsbeanspruchung erhalten.

### **Case Management (CM)**

(Fallmanagement) Instrument zur *nichtkrankheitsspezifischen*, fallbezogenen Koordination der Leistungserbringung. In den meisten Fällen liegt der Schwerpunkt auf der Optimierung administrativer Abläufe.

### **Disease Management (DM)**

Instrument zur *krankheitsspezifischen* Gestaltung und Koordination der Leistungsprozesse auf der Basis wissenschaftlicher Evidenz (Guidelines).

### **Effektivität**

Nutzenwahrscheinlichkeit einer (medizinischen) Intervention im Rahmen einer Gesundheitsstörung.

### **Effizienz**

Wirksamkeit einer Intervention in Bezug auf den Mitteleinsatz (Wirtschaftlichkeit).

### **Einzelleistungsvergütung (Fee-for-Service)**

Vergütung jeder einzelnen Leistung durch einen gemäss Tarifordnung festgelegten Geldbetrag.

### **Evidenz, medizinische**

Überwiegende Gewissheit zu Wertigkeiten diagnostischer oder therapeutischer Massnahmen, welche aus medizinischen Studien abgeleitet wird.

### **Fallpauschalen**

Leistungsvergütung in Form einer Pauschale pro Krankheitsfall (innerhalb definierter Diagnosegruppen), Patient und Zeitraum. Diese Vergütung ist unabhängig vom individuellen aufzuwendenden Arbeitsumfang und enthält i.d.R. alle Behandlungs- und Hotelleriekosten. Überwiegend angewandte Honorierungsform bei stationärer Behandlung.

### **Gatekeeper**

Leistungserbringer (Grundversorger, Hausarzt), welcher bei Gesundheitsstörungen - ausser in Notfällen – erste Anlaufstelle für Versicherte ist. (vgl. Hausarztmodelle). Der Gatekeeper steuert den Zugang zu fachärztlicher und stationärer Versorgung.

**Guidelines**

Behandlungs- und Betreuungsleitlinien für definierte Krankheiten auf der Basis wissenschaftlicher Evidenz

**Hausarztmodelle (HAM)**

Ärztliches Betreuungsmodell, in welchem der Hausarzt die Grundversorgung sicherstellt, als Gatekeeper über eine Überweisungen zum Facharzt, bzw. Spitaleinweisung entscheidet und/oder als Case- oder Fallmanager das Leistungsgeschehen steuert.

**Health Maintenance Organisationen (HMO)**

Managed Care-Organisationen, welche Bereitstellung und Finanzierung einer umfassenden medizinischen Versorgung übernehmen. In einem Staff HMO-Model sind Ärzte angestellt und erhalten ein fixes Gehalt. Ein IPA Model basiert auf Verträgen mit einem Verbund in eigener Praxis arbeitender Ärzte (IPA: Independent Practice Association)

**Independent Practice Association (IPA)**

Ärzte in eigener Praxis oder ein Ärzteverbund schliessen Behandlungsverträge mit der HMO oder der Versicherung zu festgelegten Konditionen ab

**Kostenbeteiligung (Franchise, Selbstbehalt)**

Direkte Zuzahlung der Versicherten bei Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen.

**Managed Care-Organisationen (MCO)**

Anbieter von Managed Care-Versorgungsmodellen (HMO, Hausarztmodelle, etc.)

**Preferred Provider Organization (PPO)**

Partnerschaft von verschiedenen selbständigen Leistungserbringern (Ärzten, Spitälern, Labors etc.) die ihre Versorgungsleistungen zu festgelegten (günstigen) ökonomischen und (guten) qualitativen Bedingungen an Versicherer, Arbeitgeber oder HMOs anbieten.

12.4.2010 Vorstand Hausärzte Schweiz