



Illustrationen Peter Wanner

Hausarztmodelle – aus Sicht einer Krankenkasse

Wann ist ein Hausarztmodell kostenmässig erfolgreich? Die «Sprechstunde» beleuchtet das Thema von verschiedenen Seiten und gibt diesmal das Wort einem Krankenkassenvertreter (CSS). Echte Kosteneinsparungen, so der Zahlenexperte, sind in erster Linie von zwei Bedingungen abhängig: Zum einen müssen auch kranke Menschen den Hausarztmodellen beitreten, zum andern sind für die Berechnung der Hausarztmodellprämien die richtigen Zahlen einzusetzen – variable statt fixe Pauschalen.

von Konstantin Beck*



*Konstantin Beck ist Leiter der Statistikabteilung der Krankenkasse CSS und Experte auf dem Gebiet der Hausarzt- und HMO-Modelle.

Wenn es stimmt, dass mit Hausarztmodellen (HAM) 30 bis 40 Prozent der Kosten eingespart werden können – und es gibt eine ganze Reihe von Zeitungsartikeln, die solche euphorische Resultate weitertragen –, lässt sich eine einfache Milchbüchleinrechnung anstellen: Bei einer Kasse, in der jede zehnte Person in einem Hausarztmodell versichert ist, wird der Kostenanstieg um 3 bis 4 Prozent gebremst. Nehmen wir eine allgemeine Teuerung von 4 Prozent an, so bedeutet das wiederum, dass die Kosten der Kasse gerade noch um 0 bis 1 Prozent ansteigen sollten.

Geradezu unverständlich scheint da das Verhalten der grossen Kassen: Die Helsana reduziert sukzessive den Prämienrabatt ihrer Hausarztversicherten, die CSS schliesst gar 12 ihrer 13 Hausarztmodelle. Wie steht es

denn nun um die vermeintlichen Einsparungen? – Um es vorweg zu nehmen: Kostendifferenzen von bis zu 50 Prozent sind in Hausarztmodellen zwar durchaus anzutreffen. Ob man aber von echten Kosteneinsparungen sprechen kann, wenn ausschliesslich jene Versicherte ein Hausarztmodell wählen, die ihren Hausarzt ohnehin nur selten aufsuchen, ist äusserst fraglich. Denn eigentlich müssten in diesen Modellen der Fairness halber gegenüber allen Versicherten die Prämien sogar erhöht werden. Das folgende – dies sei betont – stark überzeichnete Beispiel und drei Grafiken zeigen, warum.

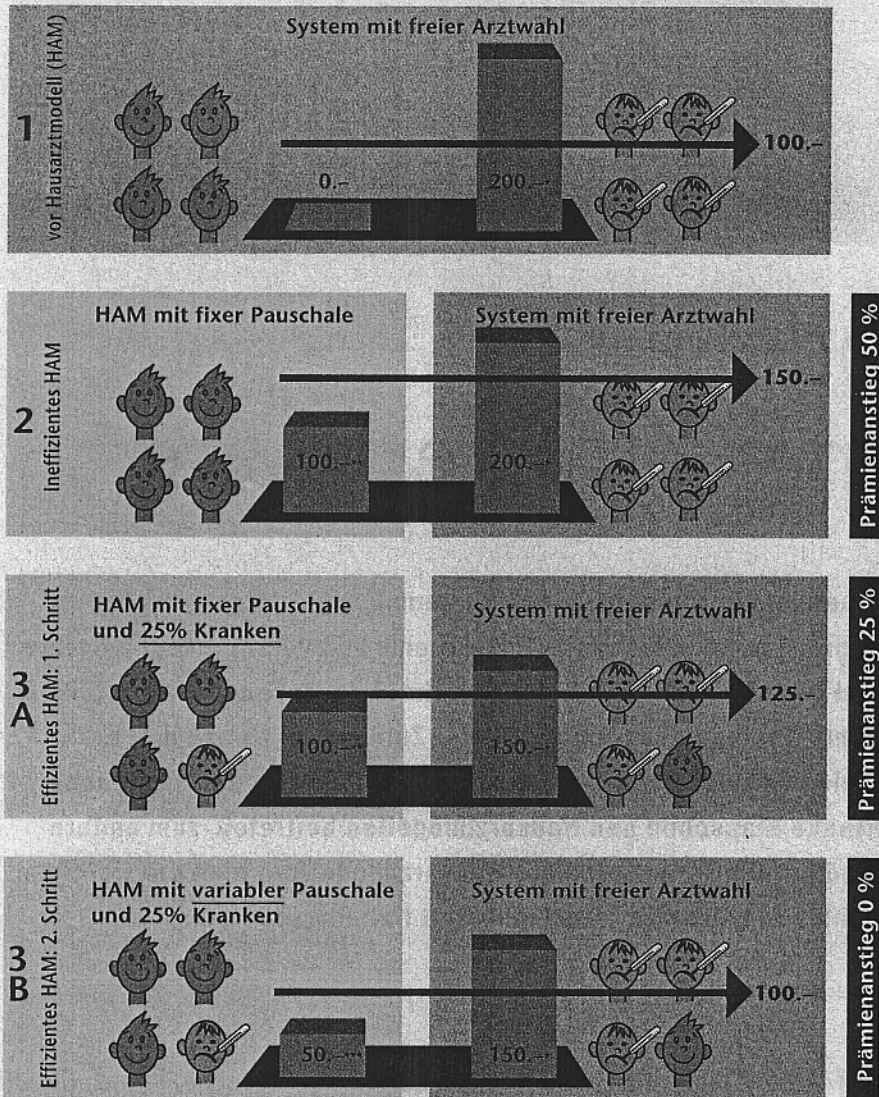
Ein fiktives Beispiel

Angenommen in einem Kanton leben zu 50 Prozent gesunde Menschen, die keine Behandlung benöti-



Grafik zu fiktivem Beispiel

Die Illustration zeigt die durchschnittlichen Pro-Kopf-Kosten, die von den Krankenkassen an die Ärzte im herkömmlichen System (grau) beziehungsweise im Hausarztmodell (gelb) bezahlt werden. Die Prämienanstiege (rechts) betreffen die Versicherten ausserhalb des Hausarztmodells.



* Effektiver Beitrag, im Nachhinein bezahlt (retrospektiv)
** grobe Pauschale, im voraus bezahlt (prospektiv)
*** differenzierte Pauschale (prospektiv)

gen, und zu 50 Prozent Menschen, die als Patienten eine ärztliche Fachperson konsultieren (unabhängig davon, ob diese frei gewählt ist, oder ob die Patienten sich in erster Linie an den Hausarzt wenden). Wie in Grafik 1 dargestellt, verursachen die Gesunden keinerlei Kosten, die Kranken hingegen pro Monat Fr. 200.–. Somit liegen die Durchschnittskosten bei Fr. 100.–, was gleichzeitig der Versichertenprämie entspricht.

In diesem Kanton wird nun ein Hausarztmodell eingeführt. Die Ärzte innerhalb dieses Systems werden für jeden Hausarztmodell-Versicherten mit einer Pauschale von

Fr. 100.– pro Monat entschädigt. Diese Fr. 100.– entsprechen den mutmasslichen durchschnittlichen Kosten des HAM-Kollektivs, und werden den Ärzten im voraus bezahlt (prospektiv). In einem solchen System wird ein Arzt nicht mehr dafür entschädigt, dass er möglichst viele Leistungen erbringt. Sein Einkommen bemisst sich nun nach der Attraktivität des Hausarztmodells: Je mehr Personen beitreten, desto höher die Pauschalentschädigung, die er von der Kasse erhält.

Soweit so gut. Betrachten wir nun aber Grafik 2, zeigen sich zwei Probleme. Zum einen der Faktor Risiko-

selektion: Nur die eine Hälfte der Versicherten tritt dem Netz bei – die Gesunden nämlich, welche ein kleines Krankheitsrisiko mitbringen; die andere Hälfte, die kranken Versicherten, bleiben im traditionellen System mit freier Arztwahl. Bleibt dieses unterschiedliche Gesundheitsverhalten mathematisch «unbereinigt», kommt es zu den besagten scheinbaren Kosteneinsparungen von bis zu 50 Prozent.

Das eigentliche Problem in diesem fiktiven Beispiel liegt jedoch anderswo: Die Kasse muss für die Gesunden nun neu eine fixe Pauschale von Fr. 100.– bezahlen, während die Kranken nach wie vor Fr. 200.– an Kosten verursachen; sie bleiben ja ausserhalb des Modells. Die Durchschnittskosten und damit auch die Versichertenprämien, steigen durch die Einführung des Netzes auf Fr. 150.– pro Monat (Grafik 2). Das «kostensparende» Hausarztmodell hat in diesem – überzeichneten – Beispiel einen Prämienanstieg von 50 Prozent zur Folge. Dafür müssen nicht nur die Versicherten innerhalb des Modells aufkommen (Streichung der Rabatte), sondern auch jene ausserhalb (Prämienerhöhungen).

Die Grafik 3A und B zeigt: Erst wenn auch kranke Menschen einem Hausarztmodell beitreten (im Beispiel 25 Prozent) und die Kasse über ein Berechnungsmodell verfügt, das nicht mehr fixe, sondern variable, risikogerechte Pro-Kopf-Pauschalen bestimmen kann (im Beispiel Fr. 50.– [die Fr. 200.–, die ein Kranker kostet, werden von vier Versicherten getragen, die Gesunden kosten nichts]), erst dann entfele der prämienerhöhende Nebeneffekt des Hausarztmodells.

Sparmodelle auf dem Prüfstand

Solche Überlegungen veranlassten die CSS seit Ende des letzten Jahres ihre Hausarzt- und HMO-Modelle genauer zu prüfen. Auch darum, weil die CSS es sich als Sozialversicherer nicht leisten kann, «Sparmodelle» zu führen, deren Zusatzkosten mit den Prämiegeldern der traditionell Ver-

Sparmodelle (3)

sicherten quersubventioniert werden müssen. Das Ergebnis war vor allem hinsichtlich der Hausarztmodelle ernüchternd. Sämtliche Kostendifferenzen der 13 Hausarztmodelle waren ausschliesslich auf Risikoselektionseffekte zurückzuführen (nur Gesunde mit günstigen Gesundheitskosten traten bei), wobei sich deutlich zeigte, dass jene Modelle in städtischen Regionen grössere Kostendifferenzen aufweisen als solche in ländlichen Gebieten. Bleibt noch anzufügen, dass die Verwaltung sowohl der Hausarzt- als auch der HMO-Modelle zusätzliche administrative Kosten verursacht, die es durch entsprechende Kosteneinsparungen wieder auszugleichen gilt.

Heute ist die CSS in der Lage, die zu erwartenden Kosten ihrer Hausarztversicherten wesentlich genauer zu bestimmen, als bisher üblich. Da diese risikogerechten (variablen) Pro-Kopf-Pauschalen in der Regel tiefer ausfallen, stossen sie nicht bei allen Ärztgruppen auf Zustimmung. Dennoch kann die CSS inzwischen bereits 4 HMO-Praxen und ein Hausarztmodell (in Genf) mit entsprechend kalkulierten Pauschalen vorweisen, die allen Versicherten gerecht wird. Generell kann gesagt werden, dass jene Modelle erfolgreich sind, die ein ausgewähltes Team von Hausärzten umfassen, (im Gegensatz zu so genannt flächendeckenden Modellen, in denen alle Hausärzte einer Region angeschlossen sind).

Es ist zu hoffen, dass es die Hausarzt- und HMO-Modelle in der Schweiz im Jahr 2010 noch geben wird. Die Frage aber, ob man mit den heutigen Modellen effektiv Kosten einsparen kann, ist nach wie vor offen. Mittelfristig wird es jedenfalls mit Sicherheit nur noch Modelle mit differenzierten, risikogerechten Pro-Kopf-Pauschalen geben. Und: Wir sind alle – die Kassen, die Versicherten und die Ärzte – gemeinsam gefordert, sowohl diese neuen Formen der Gesundheitsversorgung zu testen als auch allfällige Kostenrisiken gemeinschaftlich zu tragen. Dass sich dabei gewisse Modelle als untauglich erweisen und wieder geschlossen werden müssen, liegt in der Natur der Sache.