

# Die Anstrengungen der Grundversorger zeigen Wirkung

**Eine Erweiterung des Hausarztsystems soll dazu beitragen, mehr Kunden für dieses Versicherungsmodell zu gewinnen und Kosten zu sparen. Am Beispiel eines so genannten Light-Modells wird aufgezeigt, wo die Möglichkeiten und Grenzen solcher Bemühungen liegen.**

**Enrico Giovanoli**

**E**in Grund, weshalb es Hausarztssysteme überhaupt gibt, ist unter vielen anderen auch das 1996 in Kraft getretene KVG<sup>1</sup>. Dort ist in Art. 41 die freiwillige Einschränkung der Arztwahl für die Versicherten aufgeführt, und andererseits in Art. 62 die Möglichkeit für Versicherer, dadurch die Prämien zu vermindern, festgelegt. Zusätzlich spielt für die nachfolgenden Betrachtungen auch Art. 32 eine entscheidende Rolle, wonach die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen. Diese Hinweise auf die gesetzliche Basis sind insofern wichtig, als es sich um eine obligatorische Versicherung handelt und die Versicherten innerhalb des Obligatoriums wenig Auswahl haben.

## Unterschiedliche Betrachtung von Hausarztssystemen

Der Begriff hat je nach Sichtweise eine unterschiedliche Bedeutung: Der Arzt versteht sich als Grundversorger und erster Ansprechpartner, der

den Patienten über eine längere Zeit begleitet. Dies geschieht ganzheitlich, und es entsteht auch eine persönliche Beziehung zum Patienten. Dabei gibt es einen neuen Ansatz, wonach die Ärzte nicht nur Patienten vor sich haben, sondern gleichzeitig auch Kunden, die nicht unbedingt nur im Krankheitsfall als Patienten in die Praxis kommen, sondern auch vorbeugend, beispielsweise bei Fragen zur Prävention.

Ausserdem ist mit dem KVG ein Druck auf die Kostenkontrolle entstanden, der in einem Zusammenschluss von Ärzten oder in Netzwerken besser aufgefangen werden kann. Kompetenzzentren, Qualitätszirkel, Trustcenters, der Aufbau von Praxisspiegeln und das Sammeln von Daten als Basis für Regelkreise sind sehr gute Massnahmen, um die Kosten im Griff zu behalten und gleichzeitig die Qualität zu verbessern. Hausarztssysteme gibt es zurzeit als Produkt in drei Ausprägungen: als Netzwerke, als Vereine sowie für einzelne Ärzte, wobei Letztere nur in Frage kommen, wenn sie zu den Grundversorgern zählen.

An diesem Punkt besteht nun ein Unterschied in der Betrachtungsweise zwischen Ärzten und Versicherungen: Während Ärzte nur Netzwerke und Vereine als Hausarztssystem im Sinn von Managed Care betrachten, betrachten einige Versicherungen auch Grundversorger, die nicht in einem Netz eingebunden sind, als Bestandteil des Produktes HAS.

## Zwei Modelle im Vergleich

Um die Unterschiede zwischen einem HAS-Modell gegenüber dem ordentlichen Modell (Sana)<sup>2</sup> zu erfassen, führte die Versicherung Pro-



Enrico Giovanoli

vita eine Untersuchung im Kanton Zürich durch. Dafür wurden zwei Gruppen von erwachsenen Versicherten gebildet und während des ganzen Jahres 2005 beobachtet. Der Zeitraum und die Zahl der Versicherten (Gruppe Sana: 22000, Gruppe HAS: 7000) waren dabei genügend gross gewählt, um konkrete Hinweise auf Unterschiede zu erhalten. Die Personen der Gruppe HAS-Modell nannten einen Netzwerkarzt als Hausarzt und waren in einem HAS-Modell versichert.

Bei solchen Untersuchungen ist zu beachten, dass das Zahlenmaterial nur Rechnungen enthält, die an die Versicherung eingereicht werden. Die aufgezeigten Werte geben deshalb keinen direkten Aufschluss über die effektiven Kosten, die in der Arztpraxis entstanden sind. Da diese Feststellung auf beide beobachteten Gruppen zutrifft, ist sie für die wei-

<sup>1</sup> Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994.

<sup>2</sup> Als ordentliches Modell wird hier die Versicherung mit der gesetzlichen Franchise von Fr. 300.- (Erwachsene) bezeichnet. Die Provita verwendet den Produktnamen Sana.

tere Betrachtung vernachlässigbar. Die relativen Unterschiede sind hier den absoluten Werten vorzuziehen. Weiter beschränkt sich die dargestellte Analyse auf Arztrechnungen. Das bedeutet, Kosten für Medikamente, Spital- und Folgebehandlungen wurden nicht ausgewertet.

### Franchisewahl bei Sana und HAS

Der versicherungstechnische Ertrag wird neben den bereits erwähnten Faktoren Prämien und Leistungen zusätzlich von der Franchisewahl beeinflusst. Die beiden betrachteten Gruppen weisen eine stark unterschiedliche Franchisestruktur auf (siehe *Tabelle*).

Weiter zeigte die Untersuchung, dass HAS-Versicherte 15 Prozent weniger Rechnungen einschicken, seltener zum Arzt gehen oder gesamthaft gesehen weniger Konsultationen haben (siehe *Grafik 1*). Die Werte beziehen sich dabei auf erwachsene Personen im Kanton Zürich. Auch wiesen die Rechnungen der HAS-Versicherten kleinere Beträge auf, gesamthaft waren es 20 Prozent weniger, wie die Analyse der Arztkosten ergab (siehe *Grafik 2*).

Betrachtet man nun *Tabelle* zusammen mit den beiden *Grafiken*, ergeben sich daraus einige Fragen, die allerdings nur subjektiv sein können:

- Sind die HAS-Kunden gesünder?
- Sind die Kosten bei den HAS-Ärzten tiefer? Wird effizienter und effektiver behandelt?
- Sind die HAS-Kunden risikofreudiger, da sie sich gesünder fühlen als die übrigen Personen?
- Welche Rolle spielen die Franchisen?

Der Grundgedanke beim Hausarztmodell und beim HAS-System ist die ganzheitliche und über einen längeren Zeitraum dauernde Betrachtung. Somit dürfte es schwierig werden, Ursache und Wirkung in dieser Beziehung genau zu trennen. Trotzdem zeigt sich, zumindest für den heutigen Zeitpunkt, dass die Anstrengungen der Hausärzte Wirkung zeigen. Sicher spielt bei der Produktwahl der Versicherten auch deren Gesundheitszustand eine Rolle, denn

Tabella:

**Verteilung der Franchisen**

| Modell | Franchise CHF | 2003 | 2005 |
|--------|---------------|------|------|
| Sana   | 300           | 49%  | 49%  |
| Sana   | ab 1500       | 28%  | 34%  |
| HAS    | 300           | 39%  | 37%  |
| HAS    | ab 1500       | 34%  | 46%  |

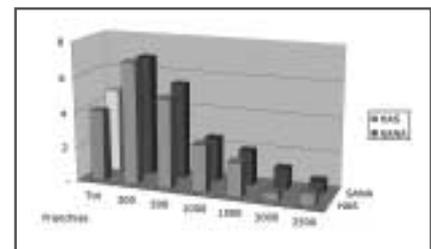
Gesunde rechnen nicht mit Arztbesuchen und versuchen, die Prämie so tief wie möglich zu halten. Die Untersuchung hat auch gezeigt, dass die Franchise das Verhalten der Versicherten beeinflusst. Der Effekt der Franchisewahl auf die Rechnungen ist für beide Gruppen in etwa vergleichbar und kann somit beim Aufzeigen der Unterschiede vernachlässigt werden.

### HAS-Light – Managed Care oder bloss Marketinginstrument?

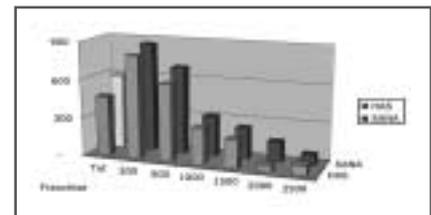
Mit der Absicht, den Grundgedanken des Hausarztmodells breiter zu streuen, hat der Versicherer Provita zusammen mit dem Managed-Care-Partner Unimedes zu Beginn dieses Jahres das Modell HAS-Light eingeführt. Dieses neue Modell ermöglicht es auch Ärzten, die Grundversorger sind und noch nicht in einem HAS-Verein oder HAS-Netz integriert sind, teilzunehmen. Der Versicherte verpflichtet sich dabei, als Erstes immer den Hausarzt aufzusuchen. Dafür erhält der Versicherte einen Rabatt auf die Grundversicherungsprämie. Obwohl das HAS-Light-Modell strukturell keine weiteren expliziten Qualitätsmassnahmen, Datenmanagement oder Kompetenzaufbau in Managed Care enthält, erwarten die beiden Anbieter, dass sich das System positiv auf die Kostenentwicklung auswirkt.

Die Ärzte von HAS-Netzwerken mögen einwenden, dass durch das Fehlen der vorgängig genannten Systeme und Konzepte in der Leistungserbringung mit dem HAS-Light-Modell wenig oder keine weiteren Kosteneinsparungen zu erzielen sind oder dass die bestehenden Netzwerke untergraben werden. Dies ist aus Sicht der Provita eindeutig nicht

der Fall. Die bestehenden Netzwerke haben in der Zwischenzeit derart gute Strukturen aufgebaut, dass sich ohne weiteres ein Unterschied zum HAS-Light-Modell ausmachen lässt (siehe dazu die entsprechenden Jahresberichte 2005 der verschiedenen Netzwerke). Für die Hausärzte kann und muss das HAS-Light-Modell zudem eine Einladung sein, sich inten-



Grafik 1: Anzahl Arztrechnungen pro versicherte Person, Jahr 2005



Grafik 2: Arztkosten in CHF pro versicherte Person, Jahr 2005

siver mit der Materie zu befassen und die Teilnahme in einem Netzwerk oder die Gründung eines solchen in Erwägung zu ziehen. So betrachtet kann die eingangs gestellte Frage nicht eindeutig beantwortet werden – HAS-Light ist aber mehr als ein Marketinginstrument, denn der – freiwillig eingeschränkte – Gang zum gleichen Arzt ist auch ein erster Schritt zu Managed Care.

### Kein monetärer Anreiz bei hohen Franchisen

Unbeantwortet ist die Frage, ob ein HAS-Light-Modell von den Versicherten als reines Sparmodell wahrgenom-

men wird. Der von Provita festgestellte grosse Zulauf könnte ein Indiz dafür sein.<sup>3</sup> Auch wenn der ursprüngliche Entscheid eines Versicherten rein monetär begründet ist, sich dieser

aber anschliessend an die Regeln des Hausarztsystems hält, besteht der Erfolg darin, dass ein zusätzlicher Kunde für das Hausarztssystem gewonnen werden konnte.

Gleichzeitig wird die Prämiengestaltung immer schwieriger, da neben der eingeschränkten Arztwahl auch Wahlfranchisen angeboten werden. Die maximale Franchise von CHF 2500 zwingt fast alle Versicherer, den Rabatt auf die maximal erlaubte Höhe von 50 Prozent gegenüber der Grundprämie festzulegen. Ein zusätzlicher Rabatt für die Teilnahme an einem HAS-System kann nicht gewährt werden. Somit verschwindet bei den hohen Franchisen der monetäre Anreiz, ein HAS-Produkt zu wählen. Kunden mit maximal gewählter Franchise werden sich überlegen, ob sie sich ohne zusätzlichen Rabatt in der Arztwahl einschränken wollen. Es bleibt ihnen ja unbenommen, stets den gleichen Hausarzt zu konsultieren und diesen zu gegebener Zeit zu wechseln. In diesem Zusammenhang ist der Gesetzgeber gefordert, weitere Massnahmen für Managed Care zu verankern. Aber auch die Hausärzte und Netzwerke sind aufgerufen, ihre Anstrengungen weiter voranzutreiben.<sup>4</sup> ■

**Autor:**

**Enrico Giovanoli**

Delegierter des VR

PROVITA Gesundheitsversicherung AG

Postfach

8401 Winterthur

enrico.giovanoli@provita.ch

<sup>3</sup> Die Zahl der Provita-Versicherten im HAS-Modell stieg von 14 Prozent im Jahr 2000 auf über 40 Prozent im Jahr 2006. Der Durchschnitt für den Anteil an HAS-Versicherten betrug in der Schweiz im Jahr 2005 etwas mehr als 10 Prozent.

<sup>4</sup> Siehe dazu Tages-Anzeiger: Mehr Lohn für Hausärzte, die sich vernetzen. 10.7.06, S.3.