

• Bei den Versicherten gelten die besonderen Versorgungsformen mit wenigen Ausnahmen als Billigversorgung. „Wenn man als Patient weiß, dass der Arzt mehr verdient, wenn er weniger Leistungen veranlasst, so hat man ein ungu-tes Gefühl“, sagt Dr. Otmar Kloiber, Lei-ter des Auslandsdienstes der Bundesärz-tekammer. Nur für relativ Ge-sunde sind die HMOs wegen der Prämieinsparungen in-teressant. Alternativ ist aber ge-rade für die Gesunden die Wahl eines höheren Selbstbehalts mit bis zu 45 Prozent Prämien-ermäßigung – bei freier Arzt-wahl – wesentlich verlocken-der. „Den meisten Schweizern geht es immer noch zu gut, als dass sie sich ihre freie Arztwahl einschränken lassen“, meint Bernhard Wegmüller vom Spitzen-verband der Schweizer Spitäler H+.

• An HMOs teilnehmende Ärzte schätzen das kooperative und qualitäts-orientierte Arbeitsklima. „Für uns Ärzte ist die medizinische Gestaltungsfreiheit größer als in der Regelversorgung“, betont Dr. Andreas Weber, Geschäftsführer des Zürcher Ärztenetzes Medix. Da-durch, dass man den gesamten Behand-lungsverlauf eines Patienten koordiniere, sei die Rolle eines Netzarztes sehr umfas-send und entspreche mehr dem früheren Arztbild. Allerdings würden die Netzärz-te bei den Verhandlungen der Behand-lungspauschalen von den Krankenkas-sen zum Teil erheblich unter Druck ge-setzt, räumt er ein. Innerhalb der Ärzteschaft überwiegt denn auch die Skepsis. Nur wenige Ärzte vernachlässigen die in der Schweiz noch relativ attraktive Re-gelversorgung – mit festem Punktwert für abgerechnete Leistungen und ohne Bud-getierung –, um innerhalb eines Ärzte-netzes das Versicherungsrisiko zu über-nehmen. Zumal die Auslastung der HMOs mit pauschal vergüteten Versi-cherten eher gering ist und somit kaum mit einem finanziellen Ausgleich für die Übernahme des Morbiditätsrisikos ge-rechnet werden kann. Die Hälfte der HMO-Träger erleidet sogar Verluste aus der Versichertenpauschale.

• Auch bei den Versicherungen hat sich die anfängliche Euphorie bezüglich der Einsparpotenziale durch die beson-deren Versorgungsformen gelegt. Das Sparvolumen durch Hausarztmodelle

## Der Wunsch als Vater des Gedankens

Die Schweizer erfreute ihr neues Krankenversi-cherungsgesetz, weil zum ersten Mal alle Bürger eine Krankenversicherung erhielten. Ein großer sozia-ler Fortschritt. Die ebenfalls eingeleiteten Man-aged Care-, HMO- und Hausarztmodelle sind aber nach wenigen Jahren nur dort noch in-teressant oder gar lebensfähig, wo sie von Ärzten geleitet werden. Gerade die Hausarzttarife können schon nach we-nigen Jahren nur noch als „Marketing-Gag“ bezeichnet werden. Sozialpoli-tisch betrachtet sind sie wegen der be-obachteten Risikoselektion als entsoli-darisierend zu bewerten. Diese entsoli-darisierende Wirkung entfalten auch HMOs, Franchisen und der Kopfbeitrag.

Letzterer befreit das Gesundheitswesen zwar von der Standort-, aber nicht von der Ko-stendebatte. Denn erstaunlicherweise müssen auch die Schweizer für ihre gesundheitliche Ver-sorgung zahlen – und das reichlich.

Die Einführung einer Kopfpauschale macht nichts billiger oder besser. Im Gegenteil: In der Schweiz sind die meisten Familien – selbst die mit einem passablen Einkommen – Bittsteller bei der Regierung, damit sie die Prämien für die Krankenkassen bezahlen können. Einer Regierung, die dies in Deutschland einführt, kann man bei der nächsten Wahl nur viel Glück wünschen.

Bleibt die Frage, warum uns die Schweiz, die USA und die Niederlande so oft als Exempel vor-gehalten werden. Ist es die Unkenntnis der Exper-ten? Oder sind diese ideologisch so verbogen, dass einfach nicht sein kann, was nicht sein darf? Oder glauben sie wirklich daran, dass durch Wett-bewerb Sozialschutz geleistet werden kann?

Dass von den Expertokraten neben den Kopf-prämien die Franchisen und Managed Care als positive Elemente der Schweizer Reform in den Vordergrund geschoben werden, macht klar, wor-um es geht: Das Machtgleichgewicht der Partner – Krankenkassen und Leistungsträger – soll zu-gunsten einer Dominanz der Kassen geändert werden. Aber auch was dann passiert, können sich geneigte Politiker in der Schweiz anschauen. Budgethalter (HMOs, Hausarztmodelle oder Kran-kenkasse) werden manchmal knauserig, wenn es um Diagnose- oder Therapieoptionen geht. Der Dumme ist der Patient, besonders, wenn er richtig krank ist. Aber um den geht's ja nicht mehr, denn wir haben ja keine Krankenkassen, sondern nur noch „Gesundheitskassen“.

**Dr. Otmar Kloiber**  
stellv. Hauptgeschäftsführer  
Bundesärztekammer

erwies sich als zu gering, um Prämienab-schläge, Boni an Hausärzte und erhöhte Verwaltungskosten aufzuwiegen. So hat die Krankenkasse Helsana per Ende Ju-

ni 2002 rund 70 000 Versicherten die Ver-sicherung im Hausarztmodell gekündigt. Sie begründet diesen Schritt damit, dass sich vor allem Patienten mit guten Risi-ken für Hausarztmodelle interessierten, sodass das Sparpotenzial gering und deutlich unter den Erwartungen blieb. Inzwischen haben alle großen Kranken-versicherungen ihre Beteiligungen an Hausarztmodellen beendet.

Zu seinen Erfahrungen mit den HMOs sagt Dr. Konstantin Beck, Stati-stiker der CSS Versicherung: „Wir haben das Einsparpotenzial deutlich über-schätzt.“ Denn eingeschrieben hätten sich vor allem günstige Risiken mit bis zu 50 Prozent niedrigeren Durchschnittskosten gegenüber dem Durchschnitts-kollektiv. Bei risikobereinigter Betrach-tung verbleibe für die Krankenkasse ein Einspareffekt in Höhe von höchstens 15 Prozent der Leistungsausgaben der ein-geschriebenen Versicherten. Dabei re-sultieren die Einsparungen überwiegend aus der Vermeidung von Krankenhaus-einweisungen und dem rabattierten Ein-kauf von Arzneimitteln. Zudem konnten die Einsparungen erst erzielt werden, nachdem die kasseneigenen Betreiber-gesellschaften der HMOs aufgelöst und die Eigentümerschaft an die Ärzte über-gegangen ist. Dadurch sei die ärztliche Motivation erhöht und der Verwaltungs-kostenanteil deutlich reduziert worden.

Die verbliebene HMO-Generation mit ärztlicher Führung wird von den Ver-sicherungen als ein tragfähiges Modell zur Steuerung der Versorgung unter Ri-sikobeteiligung der Leistungsanbieter betrachtet – allerdings nur für eine Min-derheit der Versicherten. Selbst wenn die Einschreibung in HMOs durch eine deutliche Verteuerung der Regelversor-gung für die Versicherten gefördert wer-den sollte, gehen die Versicherungen nicht davon aus, dass eine Einschreibera-te von acht bis zehn Prozent der Bevöl-kerung in HMOs übertroffen werden könnte. Die freie Arztwahl sei den Schweizern zu wichtig.

Jene HMOs sterben aus, bei denen nicht im Voraus eine Behandlungspau-schale je Versicherten an das Ärztenetz bezahlt wird. Man habe die Erfahrung gemacht, dass diese Modelle im Wettbe-werb als Instrument der Risikoselektion missbraucht werden, sagt CSS-Statisti-ker Beck und spricht von „Pseudospa-



Foto: Ferdinand Fraß