

Factsheet

Welche dringenden Sachverhalte untersucht die Begleitforschung zu den Hausarztmodellen nicht?

Managed Care: ein teurer Blindflug

Stand Juni 2014



Kurzantwort:

Die zentrale Frage, ob Hausarztmodelle (Integrierte Versorgung, Managed Care) die Gesundheitskosten insgesamt tatsächlich senken oder nicht vielleicht sogar heben, ist bis dato nicht untersucht worden, obwohl sich Letzteres nahelegt.

Ersetzen eines schlechten Anreizes mit einem anderen schlechten Anreiz

Ziel der Hausarztmodelle ist die Kostenreduktion. Mit diesem Argument wurde die Motion «Flächendeckendes Hausarztmodell» (http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20003566) lanciert, und so wird seither argumentiert. Dabei wird behauptet, es bestehe für den Arzt der Anreiz, möglichst viel zu behandeln, um möglichst viel zu verdienen, weshalb dies durch den in Hausarztmodellen gegebenen Anreiz (je weniger der Arzt behandelt, desto mehr verdient er) zu ersetzen sei, um Kosten zu sparen. Dass dies nicht der Fall ist – ja dass ersterer Anreiz so gar nicht unbedingt gegeben ist, untersuchen wir in Factsheet Anreize (<http://physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetAnreize.pdf>).

Kostensenkung als Argument für Hausarztmodelle

Grundsätzlich stellt sich zunächst die Frage, ob Hausarztmodelle die behaupteten Kosteneinsparungen tatsächlich und bezüglich der OKP-Kosten insgesamt überhaupt realisiert haben. Nur so lässt sich feststellen, ob tatsächlich kosteneffizienter behandelt wurde oder nur billig und unter Inkaufnahme von Mehrkosten für verspätete Behandlungen. Sind also die OKP-Kosten in Kantonen mit überdurchschnittlich vielen Ärztenetzwerken also überdurchschnittlich tief? Die kantonale Entwicklung der OKP-Kosten (brutto pro Kopf) in den Jahren 2001 bis 2012 nach Anzahl Netzwerken in den Kantonen Aargau, Bern, St. Gallen und Zürich (jeweils 10 Netzwerke und mehr) zeigt im Gegenteil ein überproportionales Wachstum der OKP-Kosten pro Patient:

Jahr	≥ 10 MC Netze	< 10 MC Netze	Differenz
2001	2'136	2'400	265
2002	2'214	2'481	267
2003	2'326	2'559	233
2004	2'524	2'657	133
2005	2'632	2'812	180
2006	2'679	2'820	141
2007	2'785	2'922	137
2008	2'908	3'027	119
2009	3'005	3'120	115
2010	3'061	3'173	112
2011	3'112	3'219	107
2012	3'202	3'302	101

→ Die Tabelle kann hier heruntergeladen werden: <http://physicianprofiling.ch/Netzwerk.xlsx>

→ Wissenschaftliche Daten dazu haben wir hier zusammengetragen: <http://physicianprofiling.ch/ManagedCareOKP.pdf>

Abklärungsbedarf

Diese Untersuchung beweist natürlich nichts, legt aber doch nahe, dass das Argument der Kosteneinsparung insgesamt so nicht stimmen kann, eventuell sogar das Gegenteil der Fall ist. Es besteht also Abklärungsbedarf:

- Was sind die Gründe für die überproportionale Zunahme der OKP-Kosten ausgerechnet in jenen Kantonen mit hoher Dichte an Ärztenetzwerken?
- Aus welchen Gründen werden diese Modelle gewählt, aus welchen verlassen und von welchen Patienten?
- Welche Kosten verursachen Patienten, die diese Modelle verlassen, im Schnitt nach ihrem Austritt?

Diese Fragen können die Betreiber der Ärztenetzwerke beantworten. Das tun sie aber nicht, wohl um Qualitätsprobleme zu vertuschen. Hierzu ist die Arbeit «Die Capitation-Finanzierung in der Schweiz» von Konstantin Beck exemplarisch (<http://physicianprofiling.ch/MCCapitationBeck2012.pdf>). Auf Seite 29 wird festgestellt, dass «ein systematisches Fehlverhalten der HMO-Ärzte» nicht verborgen bleiben kann, diesbezüglich verfügbare Zahlen und Fakten werden dann aber unterschlagen. Hier sind neben BAG und FMH in erster Linie unsere Gesundheitsdirektoren gefordert, sich nicht mit Behauptungen abspeisen zu lassen, sondern nachzufragen, ob unsere Steuergelder in diesen Modellen tatsächlich nutzbringend investiert sind.



Weitere VEMS-Factsheets: www.vems.ch/fakten-und-standpunkte