

Diskussionsbeiträge aus dem
Fachbereich Wirtschaftswissenschaften
Universität Duisburg-Essen
Campus Essen

Nr. 130

November 2003

Hausarztmodelle in der GKV – Effekte und Perspektiven vor dem Hintergrund
nationaler und internationaler Erfahrungen

Jürgen Wasem

Stefan Greß

Franz Hessel

Inhalt

0	Executive Summary	3
1	Einleitung	7
2	Erfahrungen mit Hausarztmodellen in Deutschland	9
2.1	Hausarztmodelle in der GKV	10
2.2	Hausarztmodelle in der PKV.....	13
2.3	Gründe der geringen Verbreitung von Hausarztmodellen	17
3	Hausarztmodelle im internationalen Vergleich.....	19
3.1	Internationale Verbreitung von Hausarztmodellen	19
3.2	Fallstudie Niederlande.....	20
3.2.1	Merkmale des niederländischen Hausarztmodells	21
3.2.2	Krise des niederländischen Hausarztmodells.....	25
3.2.3	Perspektiven des niederländischen Hausarztmodells.....	26
3.3	Auswirkungen von Hausarztmodellen auf Qualität und Wirtschaftlichkeit	27
3.3.1	Auswirkungen auf die Kosten der Gesundheitsversorgung	28
3.3.2	Auswirkungen auf die Arzt-Patient Beziehung.....	31
3.3.3	Auswirkungen auf die Lebenserwartung.....	33
4	Perspektive von Hausarztmodellen in der GKV	36
4.1	Förderung von Hausarztmodellen im GMG.....	36
4.2	Bewertung der vorgesehenen Regelungen	38
5	Literatur.....	42
6	Tabellen und Abbildungen.....	45

Autoren

Prof. Dr. Jürgen Wasem, Inhaber des Alfred Krupp von Bohlen und Halbach Stiftungslehrstuhls für Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen, Universitätsstraße 12, 45117 Essen. Email: juergen.wasem@uni-essen.de

Dr. Stefan Greß, Wissenschaftlicher Assistent am Lehrstuhl für Medizinmanagement.

Dr. Franz Hessel, Wissenschaftlicher Assistent am Lehrstuhl für Medizinmanagement.

Die Inhalte dieses Beitrags basieren auf einem von der *Hans-Böckler-Stiftung* finanziertem Forschungsprojekt. Die Autoren bedanken sich für die Forschungsförderung.

0 Executive Summary

Erfahrungen mit Hausarztmodellen in Deutschland

Die Verbreitung von Hausarztmodellen in der GKV ist gering, obwohl Krankenkassen spätestens seit der Gesundheitsreform 2000 Hausarztmodelle in der GKV anbieten können. Praktisch umgesetzt wurde nur eine Pilotstudie für ein AOK-Hausarztmodell in Hessen. Aufgrund der kleinen Fallzahlen der Pilotstudie lassen sich allerdings keine Erkenntnisse über den Einfluss auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung gewinnen. Darüber hinaus wurden in die Pilotstudie nur Patienten mit Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen eingeschlossen, was eine Übertragung auf durchschnittliche, gesündere, jüngere Patienten unmöglich macht. Die ursprünglich geplante Ausweitung der Pilotstudie scheiterte vor allem an der nicht gesicherten Finanzierung von Bonus-Zahlungen für die Versicherten sowie der Zusatzhonorare für die teilnehmenden Ärzte. Neuerdings wieder geplante Hausarztmodelle befinden sich noch in der Planungsphase.

Hausarztmodelle werden auch in der privaten Krankenversicherung angeboten. Die Evaluation des Modells der Axa-Colonia zeigt, dass diejenigen Versicherten unterdurchschnittliche Ausgaben verursachen, die den Hausarzt als erste Anlaufstelle wählen. Wegen der unvollständigen Veröffentlichung der Evaluationsergebnisse muss offen bleiben, ob diese ausgaben-senkenden Effekte des Hausarztmodells durch Selektionseffekte oder durch eine wirtschaftlichere Leistungserbringung zustande kommen. Fraglich ist darüber hinaus wegen der stark divergierenden Versichertenklientel die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Gesetzliche Krankenversicherung.

Als Grund für die geringe Verbreitung von Hausarztmodellen ist vor allem Skepsis bei Versicherten, Krankenkassen und Ärzten auszumachen. Versicherte werden ihr Recht auf freie Arztwahl nur dann aufgeben, wenn die Krankenkassen im Gegenzug zu Bonuszahlungen bzw. Beitragssatzsenkungen bereit sind. Die Krankenkassen wiederum sind skeptisch, ob sich die Bonusszahlungen durch Ausgaben-senkungen im Rahmen von Hausarztmodellen refinanzieren lassen. Fachärzte befürchten Einkommenseinbußen durch eine Stärkung der hausärztlichen Versorgung und Hausärzte erwarten einen erhöhten Arbeitsaufwand durch notwendige Qualifizierungs- und Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Erfahrungen mit Hausarztmodellen im internationalen Vergleich

Im internationalen Vergleich sind Hausarztmodelle zwar nicht die dominante Form der Leistungserbringung in der primären Gesundheitsversorgung, aber dennoch weit verbreitet. Nur in Dänemark und für einen Teil der Bevölkerung in den USA besteht eine Wahlmöglichkeit zwischen Hausarztmodellen und dem sofortigen Zugang zu Fachärzten.

Das niederländische Hausarztmodell besteht aus den Kernkomponenten Vergütung durch Kopfpauschalen, Gatekeeping und umfangreicher Qualitätssicherung. Dieses System wurde in den Niederlanden lange Zeit akzeptiert – sowohl von Patienten und Krankenkassen als auch von der Ärzteschaft selbst und vom Staat. Allerdings ist das niederländische Hausarztmodell in jüngster Zeit in die Krise geraten. Die Akzeptanz bei den Patienten hat ebenso gelitten wie bei der Ärzteschaft selbst und bei den Krankenkassen. Strikte staatliche Kostendämpfung hat dazu geführt, dass die Patienten ihren Hausarzt nicht immer frei wählen können und die Arbeitsbelastung der Hausärzte steigt. Trotz umfangreicher Qualifizierungsmaßnahmen werden nicht mehr alle Hausärzte in der Zukunft das volle Aufgabenspektrum wahrnehmen können. In den Niederlanden hat damit ein Trend zur Spezialisierung des Haus- und Allgemeinarztes eingesetzt.

Im Allgemeinen wird davon ausgegangen, dass Länder mit Gatekeeping niedrigere Gesundheitsausgaben haben als Länder ohne Gatekeeping. Allerdings wird diese Hypothese durch international vergleichende Forschung nur unzureichend belegt. Wird Gatekeeping als Zugangskontrolle zur stationären Versorgung definiert, hat Gatekeeping einen ausgabensenkenden Effekt sowohl auf die Gesamtausgaben als auch auf stationäre Gesundheitsausgaben. Wird Gatekeeping allerdings als Zugangskontrolle zur fachärztlichen Versorgung definiert, kann ein ausgabensenkender Effekt lediglich für den Anstieg der ambulanten Gesundheitsausgaben nachgewiesen werden. Der Anteil öffentlicher Gesundheitsausgaben und die Höhe des Bruttoinlandsproduktes wirken wesentlich eindeutiger sowohl auf das Niveau als auch die Steigerungsraten der Gesundheitsausgaben.

Ein wesentlicher Vorteil von Hausarztmodellen wird in der verbesserten Kommunikation zwischen Arzt und Patient und der Kontinuität der Versorgung gesehen. Dieser Vorteil lässt sich empirisch international vergleichend nicht belegen. Nach einer kürzlich veröffentlichten Studie ist die Konsultationszeit in Ländern mit Hausarztmodell kürzer als in Ländern ohne Hausarztmodell. Darüber hinaus kennen Hausärzte in Ländern mit Hausarztmodell ihre Patienten nicht besser als ihre Kollegen in Ländern ohne Hausarztmodell. Auch sind Patienten in Ländern ohne Hausarztmodell aktiver in der Arzt-Patient Beziehung.

In Ländern mit einer starken primären Gesundheitsversorgung ist die Lebenserwartung höher als in Ländern mit einer schwachen primären Gesundheitsversorgung. Gleichzeitig steigt mit einer starken primären Gesundheitsversorgung die Wahrscheinlichkeit, vorzeitige Sterbefälle zu vermeiden. Notwendige aber nicht hinreichende Elemente einer starken primären Gesundheitsversorgung sind Kernelemente des Hausarztmodells – die feste Einschreibung bei einem Primärarzt und dessen Gatekeeper-Funktion. Weitere Komponenten sind notwendig, die nicht in allen Ländern mit Hausarztmodell vollständig umgesetzt sind.

Perspektive von Hausarztmodellen in der GKV

Versicherte können sich in der GKV zukünftig für mindestens ein Jahr bei einem Hausarzt fest einschreiben und müssen sich dann darauf festlegen, fachärztliche Leistungen erst nach Überweisung des Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Die Vergütung der Hausärzte soll überwiegend über Pauschalen erfolgen. Die Krankenkassen müssen allen Versicherten ein Hausarztmodell anbieten, für die Versicherten ist die Teilnahme freiwillig. Die Kassen können den teilnehmenden Versicherten Zuzahlungen reduzieren oder Beitragssätze ermäßigen. Eine Krankenkasse muss nur so viele Hausärzte unter Vertrag nehmen, wie sie für die Sicherstellung der hausarztzentrierten Versorgung ihrer Versicherten benötigt. Die Höhe der Vergütungen der Hausärzte sowie Qualitätsanforderungen an die Hausärzte werden weiterhin durch die Gesamtvertragspartner festgelegt.

Die Perspektiven für Hausarztmodelle in der GKV sind eher skeptisch einzuschätzen. Eine GKV-weite Implementierung von Hausarztmodellen mit entsprechenden positiven Effekten auf die Lebenserwartung scheitert nicht nur am Widerstand der Versicherten, ohne Kompensation auf ihr Recht auf freie Arztwahl zu verzichten. Darüber hinaus ist nicht zu erkennen, wie die derzeitig tätigen Hausärzte kurz- oder auch mittelfristig flächendeckend die enormen Qualifikationsanforderungen für ein Hausarztmodell erfüllen sollen. Wegen der nicht nachgewiesenen Refinanzierbarkeit von Bonuszahlungen an die Versicherten werden die Krankenkassen aller Wahrscheinlichkeit entweder nur Hausarztmodelle ohne nennenswerte Bonuszahlungen anbieten oder die hausarztzentrierte Versorgung als Marketing- bzw. Selektionsinstrument einsetzen. Die Ausweitung der einzelvertraglichen Freiheiten für die Krankenkassen bei den Hausärzten wird darüber hinaus durch die einheitliche Festlegung von Vergütungshöhe und Qualitätsanforderungen deutlich eingeschränkt.

Vorzuziehen wäre insgesamt eine Regelung, die es Krankenkassen erlaubt, deutlich mehr einzelvertragliche Möglichkeiten in der Beziehung zu den Leistungsanbietern wahrzunehmen. Unter Umständen könnte dann ein Hausarztmodell eine Möglichkeit der Leistungserbringung

sein, die sich aber im Wettbewerb mit anderen innovativen Versorgungsformen um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit in der medizinischen Versorgung behaupten muss.

1 Einleitung

Der Hausarzt hat Konjunktur. Sowohl im Koalitionsvertrag der rot-grünen Bundesregierung vom Oktober 2002 als auch in den Eckpunkten des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung vom Februar 2003 sowie in den Eckpunkten der Konsensverhandlungen zur Gesundheitsreform vom Juli 2003 wird die Förderung des Hausarztes in der gesundheitlichen Versorgung explizit festgeschrieben:

„Wir stärken die Handlungsmöglichkeiten der Hausärzte innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen ... Der Hausarzt wird als ‚Lotse‘ in dem komplexen System moderner Versorgung, Prävention und Rehabilitation tätig werden. (Erneuerung – Gerechtigkeit – Nachhaltigkeit, Koalitionsvertrag vom 16.10.2002, S. 54).“

„Der Hausarzt wird für Versicherte "Lotse" im Gesundheitswesen und Arzt des besonderen Vertrauens sein. Krankenkassen werden verpflichtet, Anreize für freiwillige Inanspruchnahme des Hausarztmodells für die Versicherten anzubieten (Eckpunkte zur Modernisierung des Gesundheitswesens vom 5.2.2003).“

„Die Krankenkassen werden verpflichtet, flächendeckend hausarztzentrierte Versorgungsformen anzubieten. Für die Versicherten ist dieses Angebot freiwillig (Eckpunkte der Konsensverhandlungen zur Gesundheitsreform, S. 9).“

Entsprechende Regelungen finden sich auch im Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Stand 18.2.2003) und einem ersten Arbeitsentwurf zur Umsetzung der parteiübergreifenden Konsensverhandlungen (Stand 26.8.2003). Danach sollen

1. *Krankenkassen* dazu verpflichtet werden, ihren Versicherten Hausarztmodelle anzubieten.
2. *Versicherte*, die sich freiwillig für mindestens ein Jahr bei einem Hausarztmodell einschreiben, mit Bonuszahlungen belohnt werden.
3. *Hausärzte* für die Behandlung von Versicherten im Rahmen von Hausarztmodellen Pauschalvergütungen erhalten.

Offensichtlich geht der Gesetzgeber davon aus, dass

1. sich ausreichend Hausärzte für die Versorgung von Versicherten im Rahmen von Hausarztmodellen interessieren werden,

2. sich ausreichend Versicherte in Hausarztmodelle einschreiben werden,
3. das Angebot von Hausarztmodellen zu einer nachhaltigen Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung führen wird.

Diese Annahmen gilt es zu überprüfen, zumal es den Krankenkassen bereits seit der Gesundheitsreform 2000 möglich ist, gemäß § 65a SGB V ihren Versicherten einen Bonus zu gewähren, wenn diese vertragsärztliche Leistungen außerhalb der hausärztlichen Versorgung nur auf Überweisung des von ihnen gewählten Hausarztes in Anspruch nehmen. Allerdings muss sich schon jetzt die Höhe des Bonus nach den erzielten Einsparungen richten.

Zur Überprüfung dieser Annahmen werden daher im ersten Teil dieser Expertise die bisherigen Erfahrungen mit Hausarztmodellen in der GKV – aber auch in der privaten Krankenversicherung – ausgewertet. Im zweiten Teil erfolgt zunächst eine synoptische Darstellung von Hausarztmodellen im Ausland – insbesondere unter Berücksichtigung des mit dem Bertelsmann-Gesundheitspreis 2000 ausgezeichneten Hausarztmodells in den Niederlanden (Böcken 2000; Groenewegen/Delnoij 1997a). Im Vordergrund dieses Teils stehen jedoch die nachgewiesenen Auswirkungen von Hausarztmodellen. Im Rahmen einer systematischen Literaturrecherche wurden international vergleichende Studien identifiziert, die Aussagen zur Wirtschaftlichkeit von Hausarztmodellen (Delnoij et al. 2000), zur Auswirkung auf die Arzt-Patient Beziehung (van den Brink-Muinen et al. 2003) und zu Auswirkungen einer starken primärärztlichen Versorgung auf die Lebenserwartung (Macinko et al. 2003) machen. Unter Berücksichtigung der Erkenntnisse der ersten beiden Teile werden im dritten Teil die vom Gesetzgeber vorgesehenen Regelungen zur Förderung von Hausarztmodellen in der GKV im Detail vorgestellt und bewertet.

2 Erfahrungen mit Hausarztmodellen in Deutschland

Ein Hausarztmodell liegt dann vor, wenn mindestens die drei folgenden Voraussetzungen umgesetzt sind: Die Versicherten müssen sich für einen bestimmten Zeitraum bei einem Hausarzt fest einschreiben, die Vergütung der Hausärzte erfolgt überwiegend über Kopfpauschalen für jeden eingeschriebenen Versicherten, und die Inanspruchnahme fachärztlicher Versorgung erfolgt im Regelfall nur nach Überweisung des Hausarztes (de Maeseneer et al. 1999).

Prinzipiell ist derzeit die Möglichkeit zum Angebot von Hausarztmodellen und entsprechenden Tarifen durch die Krankenkassen schon seit der Gesundheitsreform 2000 gesetzlich verankert.¹ Explizit wird im § 65a SGB V die Möglichkeit der Gewährung eines Bonus für Versicherte in der hausärztlichen Versorgung ermöglicht, damit die Versicherten einen Anreiz haben, die Gatekeeper-Funktion des Hausarztes zu akzeptieren (Zugang zum Facharzt erst nach Überweisung des Hausarztes):

„Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen ein Versicherter, der sich verpflichtet, vertragsärztliche Leistungen außerhalb der hausärztlichen Versorgung nur auf Überweisung des von ihm gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen, Anspruch auf einen Bonus hat. In der Satzung kann bestimmt werden, welche Facharztgruppen ohne Überweisung in Anspruch genommen werden können. Die Höhe des Bonus richtet sich nach den erzielten Einsparungen.“

Im Folgenden werden die bisher in Deutschland geplanten und verwirklichten Hausarztmodelle analysiert. Hierbei wird zunächst, dem Fokus des Berichtes entsprechend, auf die GKV eingegangen. Einbezogen wird aber auch das System der privaten Krankenversicherung – insbesondere wegen des seit längerem bestehenden und mehrfach evaluierten Hausarzttarifs der Axa-Colonia. Der Abschnitt wird mit einigen Überlegungen zu den Ursachen für die insgesamt geringe Verbreitung von Hausarztmodellen in Deutschland abgeschlossen.

¹ Zu den umfangreichen gesetzlichen Änderungsvorhaben im GKV-Modernisierungsgesetz vgl. Abschnitt 4.

2.1 Hausarztmodelle in der GKV

Die „klassischen Elemente“ eines Hausarztmodells (Versicherte müssen sich für einen bestimmten Zeitraum bei einem Hausarzt fest einschreiben, Vergütung des Hausarztes erfolgt überwiegend über Kopfpauschalen für jeden eingeschriebenen Versicherten, die Inanspruchnahme fachärztlicher Versorgung erfolgt im Regelfall nur nach Überweisung des Hausarztes) konnte in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung bisher nicht verwirklicht werden. Im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern fehlt in Deutschland daher die empirische Basis für aussagekräftige wissenschaftliche Auswertungen und Schlussfolgerungen.

Die Möglichkeiten der medizinischen wie ökonomischen Evaluation von Hausarzt-Tarif-Modellen in Deutschland sind auch deshalb eingeschränkt, weil das Angebot als Wahltarif zwangsläufig eine Selektion der Versicherten mit sich bringt. Nur diejenigen Versicherten, die in der Lage sind sich Gedanken um ihre Gesundheitsversorgung und damit verbundene Versichertenbeiträge zu machen, werden – meist aus finanziellen Gesichtspunkten, vereinzelt möglicherweise auch aus gesundheitspolitischem Bewusstsein und einer Begeisterung für das Hausarztmodell und seine vermuteten gesundheitlichen Wirkungen selbst – diesen Tarif wählen. Möglichweise ergibt sich ein Alters- und Morbiditäts-Bias und es kann davon ausgegangen werden, dass diese Versicherten bezüglich ihres Lebensstils und dem Umgang mit ihren Erkrankungen bewusster und engagierter als der Durchschnitt sind. Vereinfacht gesagt besteht die Möglichkeit, dass primär die gesunden, jungen, engagierten, intellektuell und finanziell besser gestellten Versicherten diesen Tarif wählen würden. Die zu gewährende Wahlmöglichkeit des Tarifs macht auch einen randomisierten Vergleich mit einer zufälligen Zuteilung zu einem Hausarztmodell oder einem traditionellen Tarif unmöglich. Des Weiteren besteht die Gefahr der Überlagerung durch andere Parameter und Störgrößen, die es erschweren, einen möglichen Effekt klar der Tarifart zuzuordnen. Schließlich besteht im bundesdeutschen System insbesondere bei gesetzlich Versicherten eine aus Sicht von Evaluationen sehr eingeschränkte Datenlage zu den tatsächlich erbrachten Gesundheitsleistungen und ihrer Vergütung.

Die bisherigen in der bundesdeutschen GKV zu findenden Ansätze haben nur einzelne Elemente des Hausarzt-Modells aufgegriffen. Sie beschränken sich meist auf einzelne Krankheitsbilder und hatten nur eine vergleichsweise kurze Laufzeit von wenigen Jahren, wodurch eine Evaluation der Langzeitwirkungen auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung nicht möglich ist. Auch bei einer weniger strikten Definition von Hausarztmodellen findet

sich lediglich eine Ausnahme: das geplante, aber nie vollständig verwirklichte Hausarztmodell der AOK in Hessen, das an dieser Stelle näher analysiert werden soll.²

Im Zuge der Umsetzung der Neuformulierung von § 73 SGB V durch das GSG, in der neben der Arbeitsteilung zwischen ambulanten und stationären Sektor auch die Aufteilung zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung ausgestaltet wurde, konnte besonders in den Jahren 1994 bis 1999 seitens der Krankenkassen ein starkes Engagement des AOK-Bundesverbandes und einzelner AOKen verzeichnet werden. Beispielsweise im Rahmen der vom AOK-Bundesverband initiierten Veranstaltungsreihe „Im Dialog“ wurden umfangreiche Konzepte zur veränderten, gestärkten Rolle des Hausarztes vorgestellt. Dazu gehörten viele auch in der aktuellen Diskussion um Disease-Management Programme wiederzufindende Aspekte, wie die Einführung von Qualitätsstandards und erweiterten Mindestnormen in der vertragsärztlichen Versorgung, die Integration der verschiedenen Versorgungszweige, die Ausweitung interdisziplinären Wissens, flexiblere Organisationsstrukturen, innovationsfreundliche Vergütungssysteme, wissenschaftliche Begleitung und Evaluation neuer Konzepte sowie die Ausweitung von elektronischer Datenverarbeitung und –übermittlung in der ärztlichen Versorgung. Zentraler Punkt dieser Diskussionen und Brainstorming-Runden war auch die neue Rolle des Hausarztes als Lotse für den Patienten im Gesundheitssystem im Rahmen der Koordination fachärztlicher, akut-stationärer, rehabilitativer, pflegerischer und sozialer Leistungen. Die Funktion des Hausarztes wurde als Case-Manager, als Gesundheitsmanager, als nach aus dem Public Health-Bereich übernommenen Konzepten nicht nur die medizinischen Symptome, sondern das gesamte bio-psycho-soziale Umfeld der Patienten behandelnder Ansprechpartner definiert.

Die praktische Umsetzung der Vorstellungen von der neuen Rolle des Hausarztes erfolgte zunächst als Pilotprojekt in einem kleinen Rahmen mit 65 Ärzten. Im September 1996 vereinbarten die AOK Hessen und die Kassenärztliche Vereinigung Hessen das sogenannte AOK-Hausarztmodell. Ab Anfang 1997 schrieben sich rund 550 Versicherte im Raum Frankfurt ein, die sich freiwillig zu dem Modell entschieden. Die Hausärzte akzeptierten ausschließlich chronisch erkrankte Versicherte mit Diabetes mellitus und/oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen (koronare Herzerkrankung oder Schlaganfall). Die Versicherten wurden über 2 Jahre beobachtet. Der Hausarzt fungierte zwar als Gatekeeper gegenüber Fachärzten und Krankenhäusern, es wurde jedoch in keiner Weise erhoben, ob sich die Patienten nicht auch direkt unter

² Grundlage der nachstehenden Ausführungen sind Gespräche der Bearbeiter im AOK-Bundesverband.

Umgehung des Hausarztes in fachärztliche oder Krankenhausbehandlung begaben. Entsprechend fand auch keine Sanktionierung oder Bonus-Regelung bei Nicht-Einhaltung bzw. Einhaltung des Hausarztes als erste Anlaufstelle statt. Die Vergütung der ärztlichen Leistungen fand nach dem herkömmlichen System der Einzelleistungsvergütung nach EBM statt. Zusätzliche oder substituierende Pauschalvergütungselemente wurden nicht eingeführt. Weitere wesentliche Elemente des Modells waren regelmäßige Qualitätszirkel der Hausärzte und die Etablierung von Gesundheitsberatern der Krankenkasse, die ein Case-Management durchführen sollten.

Die Patienten empfanden diese Form der medizinischen Versorgung als positiv und auch seitens der teilnehmenden Hausärzte wurde das Modell angenommen. Die Beobachtung der Behandlung der Patienten ergab, dass keinen klaren standardisierten Mustern für die Behandlung der Patienten mit Diabetes mellitus oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen gefolgt wurde und dass individuell sowohl Unter- als auch Überversorgung stattfand. Die Qualitätszirkel der Ärzte und die Gesundheitsberater der Krankenkasse führten zu keiner messbaren Qualitätsverbesserung. Auch bezüglich der Fragen nach Ausgaben, Kosteneinsparungen und Krankenhauseinweisungen ergaben sich keine eindeutigen Ergebnisse.

Die Pilotstudie war als Machbarkeitsstudie konzipiert und ist insofern als erfolgreich zu bezeichnen, als dass das AOK-Hausarztmodell von den teilnehmenden Versicherten und Hausärzten weitgehend akzeptiert wurde. Die geplante breit angelegte Ausweitung der Studie auf eine Zahl von mehreren Zehntausend teilnehmenden Versicherten scheiterte schließlich vor allem am finanziellen Mehraufwand für die Bonuszahlungen für die Versicherten sowie für die Ärzte-Honorare wegen der notwendigen Dokumentation, so dass die eigentliche Hauptstudie des AOK-Hausarztmodells nie durchgeführt wurde. Vielmehr wurde das reine Hausarztmodell zugunsten eines Arztnetz-Modells aufgegeben.

Weitere Versuche der praktischen Umsetzung von Hausarztmodellen in der deutschen GKV wurden im Gegensatz zu Arztnetz-Modellen bis heute nicht verwirklicht. Allerdings bewirkte die Einführung von Disease-Management Programmen und das aktuelle Wiederaufflammen der Diskussion um Hausarztmodelle im Zuge des Gesundheitsreform 2003 ein Wiederaufgreifen der Idee, z.B. seitens der AOK Baden-Württemberg und der KV Nordbaden in Form des sogenannten Qu@linet oder der Barmer Ersatzkasse und der KV Nordrhein in Form des sogenannten Bonus-Modells.³ Den neuen Modellen gemeinsam ist, dass die Gatekeeper-

³ Vgl. etwa Medical Tribune vom 17.4.2003, S. 25: „AOK testet Hausarzlotsen.“

Funktion des Hausarztes verstärkt implementiert werden soll, dass Versichertenanreize über ein Bonus-System verwirklicht wurden und dass der Mehraufwand der teilnehmenden Hausärzte über eine Zusatzpauschale neben der bestehenden Einzelleistungsvergütung abgegolten werden soll. Die Modelle befinden sich jedoch, wie auch andere aktuelle Konzepte, noch in der Planungs-, bestenfalls Akkreditierungsphase und sind somit weit von der Möglichkeit der Gewinnung erster evaluierender Ergebnisse entfernt.

Schlussfolgerung

Die Verbreitung von Hausarztmodellen in der GKV ist gering, obwohl Krankenkassen spätestens seit der Gesundheitsreform 2000 Hausarztmodelle in der GKV anbieten können. Praktisch umgesetzt wurde nur eine Pilotstudie für ein AOK-Hausarztmodell in Hessen. Aufgrund der kleinen Fallzahlen der Pilotstudie lassen sich allerdings keine Erkenntnisse über den Einfluss auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung gewinnen. Darüber hinaus wurden in die Pilotstudie nur Patienten mit Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen eingeschlossen, was eine Übertragung auf durchschnittliche, gesündere, jüngere Patienten unmöglich macht. Die ursprünglich geplante Ausweitung der Pilotstudie scheiterte vor allem an der nicht gesicherten Finanzierung von Bonus-Zahlungen für die Versicherten sowie der Zusatzhonorare für die teilnehmenden Ärzte. Neuerdings wieder geplante Hausarztmodelle befinden sich noch in der Planungsphase.

2.2 Hausarztmodelle in der PKV

Das Modell der Axa-Colonia ist das einzige deutsche Hausarztmodell, das eine ausreichende Laufzeit besitzt, um eine Evaluierung zu ermöglichen. Der private Krankenversicherer bietet seit 1995 einen als Elementar-Tarif bezeichneten Tarif an, der Elemente des Hausarztmodells enthält. Zentraler Punkt dieses Tarifs ist die Erstbehandlung oder -untersuchung durch einen Hausarzt, der praktischer Arzt, Allgemeinarzt oder allgemeinärztlich tätiger Internist sein kann. In bestimmten Fällen können auch fachärztlich tätige Internisten als Hausarzt gelten. Dieser Tarif führt für die Versicherten zu einer Prämienreduktion gegenüber dem traditionellen Tarif.

Der Hausarzt behandelt den Patienten zunächst selbst und überweist ihn bei Bedarf an Fachärzte. Ausgenommen hiervon sind Augenärzte, Kinderärzte und Gynäkologen, die auch ohne Überweisung durch den Hausarzt aufgesucht werden können. Der Anreiz für die Patienten zur Einhaltung dieser Regel geschieht über ein Malus-System. Falls ein Facharzt (Ausnahmen s.o.) direkt aufgesucht wird, werden nur 80% der in Rechnung gestellten Leistungen erstattet.

Die Malus-Regel kommt nur bei direktem Aufsuchen eines Facharztes, jedoch nicht bei Konsultation eines weiteren Hausarztes zum Tragen. Insofern ist die Lotsenfunktion des einzelnen Hausarztes zwar angestrebt, wird aber bei Nicht-Einhaltung nicht sanktioniert. Die Abrechnung erfolgt nach Einzelleistungsabrechnung über GOÄ nach dem Kostenerstattungsprinzip der PKV. Es erfolgt keine zusätzliche Vergütung der Primärärzte.

Die Kontrolle der Einhaltung der Hausarztregel erfolgt bei Einreichung der Rechnungen durch den Patienten beim Versicherer, so dass keine zusätzliche Dokumentation seitens der Ärzte notwendig ist. Eine zusätzliche Bonus-Regel existiert nicht und der Malus-Satz wird nicht an die tatsächlichen Einsparungen angeglichen.

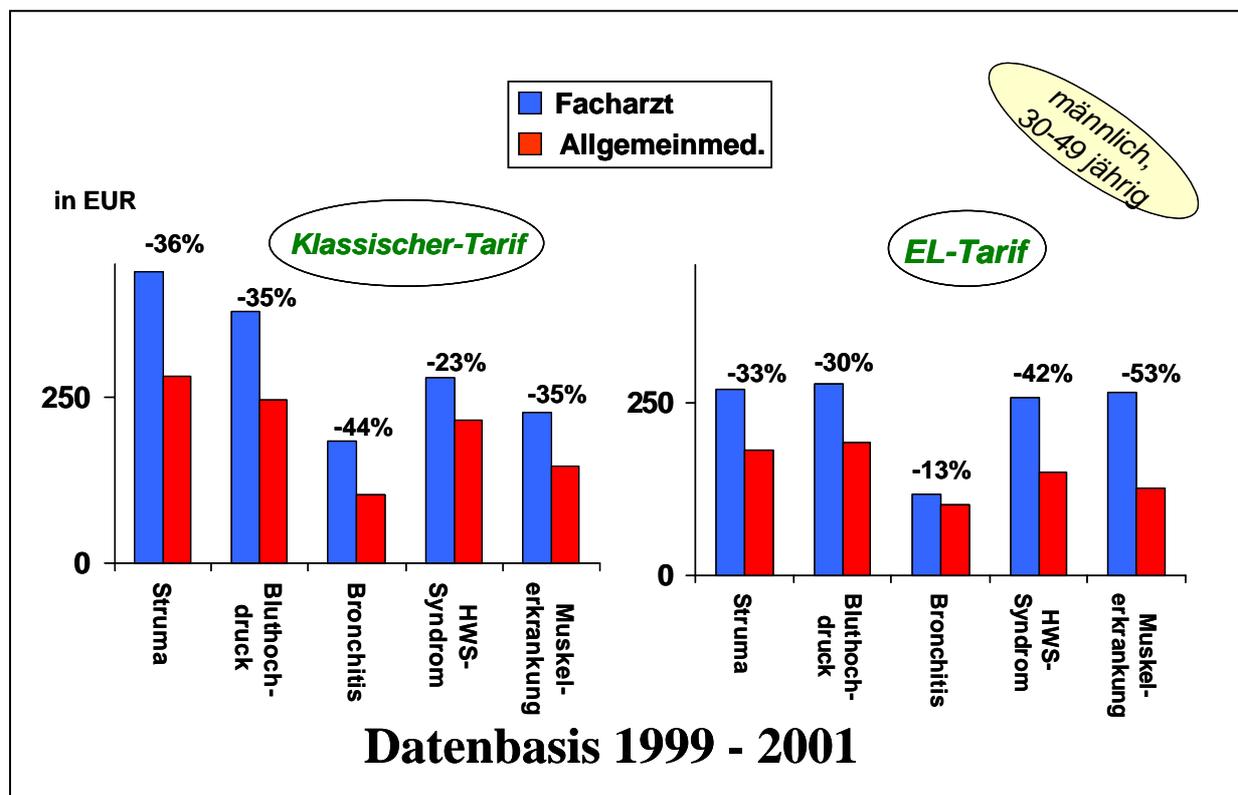
Seit Einführung des Tarifs hat sich die Zahl der im Elementar-Tarif eingeschriebenen Versicherten auf rund 70.000 Versicherte im Jahr 2001 fast verzehnfacht, was auf eine gute Akzeptanz des Tarifs hindeutet, ohne dass der Tarif intensiv beworben wird. Rund 80% der im Elementar-Tarif Versicherten halten sich an die Hausarztregel.

Mit 52 Prozent ist über die Hälfte der Versicherten – und damit im Vergleich zu den in anderen Tarifen des Versicherers eingeschriebenen Versicherten überdurchschnittlich viele – selbstständig tätig. Nach Einschätzung des Versicherers handelt es sich bei den im Elementar-Tarif versicherten Personen um eine bezüglich Alter, Geschlecht und Morbidität repräsentative Subpopulation aller dort Versicherten. Konkrete nachvollziehbare Zahlen zu diesen und auch anderen Variablen wie sozioökonomischer Status und Arztkontakthäufigkeit liegen allerdings nicht vor.

Es liegen keine wissenschaftlichen Veröffentlichungen zum Hausarzttarif der Axa-Colonia vor, jedoch werden von der Versicherung selbst regelmäßig Auswertungen der Ausgaben der im Elementar-Tarif Versicherten im Vergleich zum klassischen Tarif vorgestellt. Werden die durchschnittlichen jährlichen Gesamtausgaben pro Versicherten verglichen, so zeigten sich relativ konstant über den Zeitraum von 1995 bis 2001 um ein Drittel niedrigere Ausgaben bei den Versicherten, die zuerst den Hausarzt aufsuchten – im Vergleich zu denjenigen Versicherten, die einen Facharzt als erste Anlaufstelle wählten. Die absoluten Zahlen betragen im Jahr 2001 272 EUR (Hausarzt als erste Anlaufstelle) im Vergleich zu 401 EUR (Facharzt als erste Anlaufstelle) an Ausgaben pro Patient. Insgesamt wurden seit 1995 im Elementar-Tarif geringere Ausgabensteigerungen (und damit Prämiensteigerungen) verzeichnet als in anderen Tarifen des Versicherers. Laut Axa-Colonia lässt sich auch im klassischen Tarif durch die Hausarztregel im niedergelassenen Bereich ein Einsparpotential von rund einem Drittel der jährlichen Gesamtausgaben realisieren (Axa-Colonia 2003).

Die folgende Abbildung 2.1 zeigt eine einem Bericht der Axa-Colonia entnommene Auswertung, die nach ausgewählten, häufigen Krankheitsbildern differenziert. Als Datenbasis dienten alle männlichen Versicherten der Altersgruppe von 30-49 Jahren, da nach Aussage des Berichts in dieser Gruppe Selektionsfehler im Sinne einer ungleichen Morbidität am geringsten seien. Auswertungen zu anderen Alters- oder Geschlechtsgruppen wurden nicht durchgeführt bzw. veröffentlicht. Über alle der ausgewählten Diagnosen hinweg und sowohl im Elementar- als auch im klassischen Tarif zeigen sich deutlich geringere jährliche Behandlungskosten bei Einhalten des Hausarztprinzips. Die gleiche Tendenz zeigt sich auch, wenn während der Behandlung ein Arztwechsel erfolgte.

Abbildung 2.1: Durchschnittliche jährliche Behandlungskosten bei Wahl eines Hausarztes oder eines Facharztes als erste Anlaufstelle



Quelle: Axa-Colonia 2003

Genauere Auswertungen über die Ausgabenstruktur der Versicherten, d.h. in welchen Bereichen niedrigere Ausgaben bei Einhaltung des Hausarztprinzips beobachtet werden, liegen nicht vor, allerdings wird auf Einsparungen vor allem im Bereich diagnostischer Leistungen, sowie bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln verwiesen. Vergleichende Untersuchungen der Versorgungsqualität wurden nicht durchgeführt; nach Aussage des Versicherers liegt jedoch keine Unterversorgung vor.

Die von der Axa-Colonia präsentierten Ergebnisse erscheinen auf den ersten Blick valide, sind aber unvollständig. Dass dieser Tarif weiterhin unverändert angeboten wird, deutet jedoch darauf hin, dass sich der Tarif für die Versicherung rechnet und somit in einem Hausarztmodell bei PKV-Versicherten tendenziell geringere Ausgaben pro Versichertem zu erwarten sind.

Darüber hinaus ist eine weitere Verbreitung dieser Tarifform in der PKV zu beobachten. Die meisten anderen privaten Krankenversicherer bieten inzwischen ebenfalls mit dem Elementar-Tarif der Axa-Colonia vergleichbare Tarife an. Die Axa-Colonia diene jedoch als Vorreiter. Bei allen anderen Versicherungen liegen aufgrund der kurzen Laufzeit der Tarife und der kleinen Zahl von Versicherten noch keine Evaluierungen der medizinischen Versorgungsqualität oder der Kosten vor.

Inwieweit die im System der PKV beobachteten Erfahrungen mit Hausarztmodellen auf die Versicherten der GKV übertragbar sind, erscheint fraglich. Zum einen unterscheiden sich PKV- und GKV-Versicherte bezüglich zahlreicher, die Ausgaben beeinflussender Merkmale wie Alter, sozioökonomischen Status, gesundheitsbewusstem Verhalten und ihrer Morbidität, zum anderen sind auch Unterschiede in der Art der in Anspruch genommenen Leistungen und der Höhe der Vergütung zu erwarten. Auch innerhalb der privaten Krankenversicherung muss offen bleiben, ob es sich bei den in Hausarztmodellen Versicherten um eine selektierte Gruppe von Versicherten handelt oder ob die beobachteten Ergebnisse repräsentativ für alle PKV-Versicherten sind.

Schlussfolgerung

Hausarztmodelle werden auch in der privaten Krankenversicherung angeboten. Die Evaluation des Modells der Axa-Colonia zeigt, dass diejenigen Versicherten unterdurchschnittliche Ausgaben verursachen, die den Hausarzt als erste Anlaufstelle wählen. Wegen der unvollständigen Auswertung (oder zumindest: Veröffentlichung) der Evaluationsergebnisse muss offen bleiben, ob diese ausgabensenkenden Effekte des Hausarztmodells durch Selektionseffekte oder durch eine wirtschaftlichere Leistungserbringung zustande kommen. Fraglich ist darüber hinaus wegen der stark divergierenden Versichertenklientel die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Gesetzliche Krankenversicherung.

2.3 Gründe der geringen Verbreitung von Hausarztmodellen

Aus den bisherigen Ausführungen lässt sich schlussfolgern, dass Hausarztmodelle in Deutschland bislang wenig verbreitet sind. Der einzige Modellversuch in der GKV beschränkte sich auf eine kleine Zahl von Versicherten und wurde nicht ausgeweitet. Die Hausarzttarife in der PKV lassen keine eindeutige Schlussfolgerung zu, ob Einsparungen vorliegen oder andere (z.B. Selektions-)Effekte überwiegen; auch erscheint fraglich, ob die wenigen Erkenntnisse aus dem Bereich der PKV auf die GKV übertragbar sind.

Die freie Arztwahl hat im Urteil der Bevölkerung eine hohe Bedeutung. Die freie Wahl des Hausarztes genießt mit 99 Prozent die höchste Zustimmung, gefolgt von der freien Wahl des Facharztes im Falle einer Überweisung mit 96 Prozent. Auch die Möglichkeit des Einholens einer ärztlichen Zweitmeinung (95 Prozent) und des jederzeit möglichen Arztwechsels (92 Prozent) finden breite Zustimmung (Klose et al. 1999). Die GKV-Versicherten werden nicht alleine aufgrund der Attraktivität einer strukturierteren, da vom Hausarzt geplanten Versorgung ein Hausarztmodell wählen. Vielmehr beurteilen Versicherte es eher skeptisch, wenn aus Kostengründen der freie, direkte Zugang zu allen niedergelassenen Ärzten beschnitten werden soll. Der Versicherte wird sich in erster Linie erst durch finanzielle Anreize zu einem Hausarztmodell überzeugen lassen. Insofern scheinen Bonusregelungen als Anreiz zur Teilnahme und Malus-Regeln als Sanktion bei Verstößen gegen die Teilnahmebedingungen ein wichtiges Element eines Hausarztmodells darzustellen, auch um dem Patienten den Eindruck zu vermitteln, dass die Einschränkung seiner Freiheit honoriert wird. Das wird auch durch eine kürzlich veröffentlichte Studie der Bertelsmann-Stiftung bestätigt, wonach immerhin 81 Prozent aller Versicherten bereit wären, vor einem Facharztbesuch zunächst ihren Hausarzt aufzusuchen – wenn dafür im Gegenzug die Krankenversicherungsbeiträge spürbar sinken würden.⁴

Seitens der gesetzlichen Krankenkassen lässt sich keine einheitliche Einstellung gegenüber Hausarztmodellen feststellen. Auch die AOK, die im Rahmen der Umsetzung des § 73 SGB V eine gewisse Vorreiterrolle in der Neugestaltung der Rolle des Hausarztes spielte, trat seit dem Ende des AOK-Hausarztmodells mit diesem Thema weit weniger offensiv an die Öffentlichkeit. Möglicherweise lassen auch die gesetzlich verankerten Bonus-Regeln in Kombination mit der Unsicherheit der Höhe der Einsparungen (unter Berücksichtigung etwaiger Zusatzvergütungen an die teilnehmenden Ärzte) die Kassen selbst zögern. Auch Krankenkassen sind

⁴ Vgl. <http://www.bertelsmann-stiftung.de/news/item.cfm?aId=10736&lan=de>

(aufgrund der durch das Kassenwahlrecht der Versicherten gegebenen Wettbewerbssituation zu anderen Kassen) betriebswirtschaftlich orientierte Akteure, die günstigere Tarife nur anbieten, wenn – eine gleichbleibenden Versorgungsqualität vorausgesetzt – sie selbst dabei am Ende nicht schlechter gestellt werden, d.h. die Einsparungen den erhöhten Verwaltungsaufwand mindestens kompensieren, wenn nicht übersteigen. Selbst wenn das Angebot eines solchen Modelles zur Mitgliederzuwächsen führen würde, würde dieser Zuwachs von den Kassen nur dann eindeutig positiv bewertet werden können, wenn sich keine Verschlechterung ihrer finanziellen Situation hierdurch ergäbe. Da keine gesicherten Erkenntnisse betreffend Einsparungsmöglichkeiten im Rahmen der GKV vorliegen, ist die zu beobachtende zögerliche Haltung nur verständlich.

Auch seitens der Ärzteschaft scheint keine einheitliche Lobby für ein Hausarztmodell zu bestehen. Wurde die neue, erweiterte Rolle des Hausarztes im Sinne einer umfassenderen Betreuung der Patienten und einer Gatekeeper-Funktion von den Hausärzten selbst gewollt und initiiert, so ist dagegen eine reservierte Haltung seitens der Fachärzte zu verzeichnen. Diese müssten am ehesten mit Einbußen rechnen, wenn es durch Hausarztmodelle zu Einsparungen bei den gesamten Behandlungskosten sowie zu einer partiellen Verlagerung der Leistungsanspruchnahme in den hausärztlichen Bereich kommen sollte. Darüber hinaus werden auch die mit einem Hausarztmodell sinnvollerweise verknüpften zusätzlichen Qualitätssicherungs- und Weiterbildungsmaßnahmen für die beteiligten Hausärzte selbst nicht von allen Ärzten als positiv empfunden (Schnee/Brechtel 1999). Ein verpflichtendes Einschreiben der Patienten bei einem Hausarzt wurde auch von niedergelassenen Allgemeinärzten und Internisten bei Befragungen in den Jahren 1992 und 1998 eher abgelehnt (Schnee/Brechtel 1999).

Schlussfolgerung

Als Grund für die geringe Verbreitung von Hausarztmodellen ist vor allem Skepsis bei Versicherten, Krankenkassen und Ärzten auszumachen. Versicherte werden ihr Recht auf freie Arztwahl nur dann aufgeben, wenn die Krankenkassen im Gegenzug zu Bonuszahlungen bzw. Beitragssatzsenkungen bereit sind. Die Krankenkassen wiederum sind skeptisch, ob sich die Bonusszahlungen durch Ausgabensenkungen im Rahmen von Hausarztmodellen refinanzieren lassen. Fachärzte befürchten Einkommenseinbußen durch eine Stärkung der hausärztlichen Versorgung und Hausärzte erwarten einen erhöhten Arbeitsaufwand durch notwendige Qualifizierungs- und Qualitätssicherungsmaßnahmen.

3 Hausarztmodelle im internationalen Vergleich

Im ersten Teil dieses Abschnitts wird synoptisch die Verbreitung von Hausarztmodellen vor allem im Kreis der OECD-Mitgliedsstaaten analysiert. Im zweiten Abschnitt erfolgt eine detaillierte qualitative Analyse des Hausarztmodells in den Niederlanden, das hierzulande noch immer als Erfolgsmodell gilt (Böcken 2000) – im Lande selbst aber zunehmend kritisiert wird. Im dritten Abschnitt erfolgt die Auswertung von Studien zu quantitativen Effekten von Hausarztmodellen im Hinblick auf die Kosten der Versorgung, die Arzt-Patient Beziehung und die Lebenserwartung.

3.1 Internationale Verbreitung von Hausarztmodellen

Wie schon in Abschnitt 2 ausgeführt, gehört zur Definition eines Hausarztmodells, dass sich die Versicherten bzw. die Bevölkerung für einen bestimmten Zeitraum bei einem Hausarzt einschreiben müssen, die Vergütung des Hausarztes überwiegend über Kopfpauschalen für jeden eingeschriebenen Versicherten erfolgt und die Inanspruchnahme fachärztlicher Versorgung im Regelfall nur nach Überweisung des Hausarztes möglich ist (de Maeseneer et al. 1999). Zu unterscheiden sind solche Hausarztmodelle, in denen das Hausarztmodell zwingend für die Gesamtbevölkerung bzw. für die Pflichtversicherten ist (Variante A) oder Versicherte bzw. Patienten wählen können, ob sie an einem Hausarztmodell teilnehmen wollen oder nicht (Variante B).

Nach dieser Definition sind von den 24 OECD-Ländern, für die entsprechende Informationen vorliegen, im Abschnitt 3.3 in knapp der Hälfte der Länder Hausarztmodelle in einer der beiden Varianten implementiert. Variante A trifft für Großbritannien, Italien, die Niederlande, Portugal, Spanien sowie für Estland, Polen und Rumänien zu (neun Länder) – Variante B für Dänemark und die USA.⁵ In Dänemark liegt der Anteil von bei einem Hausarztmodell eingeschriebenen Personen bei 98 Prozent – was nicht zuletzt an den massiven Zuzahlungen für

⁵ Obwohl es auch in der Schweiz Versicherungsformen mit eingeschränkter Arztwahl gibt, fallen diese nicht unter die hier angewandte Definition – die betreffenden Hausärzte werden in der Regel per Einzelleistungsvergütung vergütet, vgl. Bundesamt für Sozialversicherung 2001. Norwegen und Australien haben zwar Gatekeeping (Besuch des Facharztes nur nach Überweisung des Hausarztes), aber Patienten müssen sich nicht bei einem Hausarzt fest einschreiben (vgl. Tabelle 3.6).

diejenigen Personen liegen dürfte, die eine freie Wahl von Haus- und Fachärzten bevorzugen (durchschnittlich 30 Euro pro Arztbesuch) (Vallgård et al. 2001). In den USA bilden Hausarztmodelle den Kern vieler Managed Care Organisationen, deren Marktanteil in den letzten Jahren allerdings deutlich gesunken ist – nicht zuletzt wegen der eingeschränkten Wahlmöglichkeiten für die Patienten. Inzwischen erfolgen nur noch rund 13 Prozent aller ambulanten Arztkontakte über einen Arzt, der mit einer Kopfpauschale vergütet wird (National Ambulatory Medical Care Survey 2000).⁶ Da in Dänemark das Hausarztmodell in der primären Gesundheitsversorgung dominiert – und dieses in den USA nicht der Fall ist – wird Dänemark in den quantitativen Analysen in Abschnitt 3.3 als Land mit Hausarztmodell eingestuft und die USA nicht.

In allen anderen Ländern haben die Patienten die freie Wahl nicht nur von Haus- sondern auch von Fachärzten bzw. müssen sich mit den eingeschränkten Wahlmöglichkeiten von Gesundheitszentren zufrieden geben. In den Ländern mit Hausarztmodellen ist die Wahlmöglichkeit der Patienten auf die Hausärzte eingeschränkt, die in der Regel regelmäßigen Abständen gewechselt werden können, die unmittelbare Wahl des Facharztes hingegen nicht möglich.

Schlussfolgerung

Im internationalen Vergleich sind Hausarztmodelle zwar nicht die dominante Form der Leistungserbringung in der primären Gesundheitsversorgung, aber dennoch weit verbreitet. Nur in Dänemark und für einen Teil der Bevölkerung in den USA besteht eine Wahlmöglichkeit zwischen Hausarztmodellen und dem sofortigen Zugang zu Fachärzten.

3.2 Fallstudie Niederlande

Die hausärztliche Versorgung in den Niederlanden gilt in Deutschland im allgemeinen als vorbildlich – zuletzt wurde der Gesundheitspreis der Bertelsmann-Stiftung im Jahr 2000 an die wissenschaftliche Vereinigung der Hausärzte in den Niederlanden (Nederlands Huisartsen Genootschap, NHG) vergeben. In der Laudatio hieß es zur Begründung: “In den Niederlanden ist es gelungen, beispielhaft die medizinische Qualitätssicherung mit hoher Effizienz zu entwickeln und faktisch zu etablieren. Gemeint ist nicht Hightech-Medizin, sondern eine hervor-

⁶ Download unter <http://www.cdc.gov/nchs/about/major/ahcd/ahcd1.htm#Publications>.

ragende medizinische Grundversorgung der Bevölkerung durch Primärärzte (Woessner 2000).”

Während die hausärztliche Versorgung in den Niederlanden also in Deutschland weiterhin als Vorbild betrachtet wird, gerät das Hausarztmodell in den Niederlanden unter Druck. Dafür sorgen gesellschaftliche Trends wie Individualisierung (Patienten wünschen mehr Wahlmöglichkeiten) und professionelle Trends wie der höhere Anteil von Frauen in der Ärzteschaft (höherer Bedarf nach Teilzeitarbeit und geregelten Arbeitszeiten).

Vor diesem Hintergrund geht die Fallstudie zur hausärztlichen Versorgung in den Niederlanden erstens der Fragestellung nach, welche Merkmale die hausärztliche Versorgung in den Niederlanden konkret kennzeichnen (Abschnitt 3.2.1). Zweitens werden die gesellschaftlichen Trends analysiert, durch die das niederländische Hausarztmodell unter Druck gerät (Abschnitt 3.2.2). Abschließend werden Entwicklungsperspektiven des niederländischen Hausarztmodells diskutiert (Abschnitt 3.2.3).

3.2.1 Merkmale des niederländischen Hausarztmodells

Der Hausarzt hat in den Niederlanden eine doppelte Funktion – er ist zugleich Lotse und Gatekeeper für die Patienten. Einerseits begleitet der Hausarzt den Patienten durch das Gesundheitssystem, andererseits entscheidet er auch, welche Einrichtungen der Patient nutzen darf – und welche nicht. Der erste Aspekt – der *Hausarzt als Lotse* – ist im Hinblick auf die Qualität der gesundheitlichen Versorgung bedeutsam. Über-, Unter- und Fehlversorgung sollen auf diese Weise vermieden werden. Der zweite Aspekt – der *Hausarzt als Gatekeeper* – wird in der Regel von der Gesundheitspolitik als Voraussetzung für erfolgreiche Kostendämpfung hervorgehoben (Groenewegen/Delnoij 1997b).

Das niederländische Hausarztmodell basiert darauf, dass alle Einwohner einen festen Hausarzt haben, der die Inanspruchnahme fachärztlicher und stationärer Leistungen der bei ihm eingeschriebenen Patienten steuert. Die Anzahl der Einwohner pro Hausarzt (ca. 2200 Personen) ist gleichzeitig die durchschnittliche Praxisgröße, weil sich praktisch alle Einwohner der Niederlande bei einem festen Hausarzt eingetragen haben.

Alle gesetzlich Versicherten müssen bei einem festen Hausarzt eingetragen sein – die Einschreibung muss erfolgen, sobald sich jemand gesetzlich versichern will. Ein Wechsel zwischen Hausärzten ist möglich, es besteht aber kein Zwang für Hausärzte, neue Patienten anzunehmen.

Der Trend in der niederländischen hausärztlichen Versorgung geht weg von der Einzelpraxis. Weniger als die Hälfte der niederländischen Hausärzte arbeitet inzwischen in einer Einzelpra-

xis; ein Drittel arbeitet in einer Doppelpraxis, und ein Viertel in einer größeren Gruppe oder in einem Gesundheitszentrum (vgl. Tabelle 3.1).

Tabelle 3.1: Anzahl Hausärzte in den Niederlanden nach Praxisform und Einwohner pro Hausarzt

	1970	1980	1990	2000
Einwohner pro Hausarzt	2949	2682	2330	2215
Einzelpraxis (%)	91	72	54	43
Doppelpraxis (%)	8	20	31	33
Gruppenpraxis (%)	1	8	15	24

Quelle: Groenewegen/Delnoij 1997; Hingstman et al. 2001

Niederländische Hausärzte arbeiten in zunehmendem Ausmaß innerhalb von eng miteinander kooperierenden Strukturen. Die Hausärzte selbst sind für die Organisation der gegenseitigen Vertretung in den Abendstunden, in der Nacht und an Wochenenden verantwortlich. Die Organisation dieser Vertretungsdienste hat sich in letzten zwei Jahren rapide verändert. Wie in England und Dänemark auch haben sich Gruppen von Hausärzten zusammengeschlossen. Zu diesem Zweck dauerhaft eingestellte Hausärzte sowie erfahrene Praxisassistenten oder Krankenschwestern nehmen für diese Gruppen und für eine Bevölkerung bis zu etwa 100.000 Personen die Notfallversorgung vor.

Die Verordnung von Arzneimitteln erfolgt im internationalen Vergleich sehr zurückhaltend. Pro hundert eingeschriebenen Patienten betrug im Jahr 2000 die Anzahl der *Arzneimittelverordnungen* weniger als 800 für Frauen und weniger als 500 für Männer pro Jahr (vgl. Tabelle 3.2). Die Anzahl der *Überweisungen* durch Hausärzte ist in den Niederlanden ebenfalls niedrig, auch im Vergleich zu anderen Ländern mit einem Gatekeeper-System. Pro hundert eingeschriebenen Patienten werden nur etwa zwanzig Patienten pro Jahr an einen Facharzt überwiesen. Der Rückgang der Überweisungen in den letzten Jahren hat vermutlich damit zu tun, dass die Krankenkassen die Überweisungen nicht mehr konsequent überprüfen und damit auch nicht mehr vollständig erfassen.⁷

⁷ Im Vergleich Deutschland/Niederlanden liegen für die Überweisungsfrequenz nur veraltete Zahlen vor. Im Jahr 1989/90 wurden in West-Deutschland 55,4 Personen pro 1000 *Arztkontakten* überwiesen, in den Niederlanden waren es 44,8 Personen Fleming 1993.

Tabelle 3.2: Überweisungen und Arzneimittelverordnungen pro 100 pflichtversicherte Patienten 1996-2000 in den Niederlanden (jeweils pro Jahr)

Jahr	Arzneimittelverordnungen		Überweisungen an Fachärzte	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
1996	720	440	22,1	16,7
1997	770	470	21,6	16,5
1998	810	500	20,7	15,9
1999	810	490	19,8	15,2
2000	780	480	18,9	14,6

Quelle: De Bakker et al. 2001

Durch die wissenschaftliche Vereinigung der Hausärzte werden – ohne Beteiligung der Krankenkassen – für häufig vorkommende Krankheiten mehr und mehr *Leitlinien* hinsichtlich der optimalen Diagnostik und Behandlung ausgearbeitet. Es gibt heute über siebzig Leitlinien, die regelmäßig aktualisiert werden. Die größte Verbraucherorganisation der Niederlande veröffentlicht den Inhalt der Leitlinien und fordert Patienten dazu auf, nur solche Hausärzte aufzusuchen, die den Leitlinien tatsächlich folgen. Die Anwendung der Leitlinien durch den individuellen Hausarzt wurde damit zu einem für den individuellen Patienten nachvollziehbaren Qualitätskriterium (Consumentenbond 1992). Darüber hinaus verknüpfen die Krankenkassen die Qualitätsvereinbarungen in den Verträgen mit den Hausärzten an die Einhaltung der von den Hausärzten aufgestellten Leitlinien. Neben den Leitlinien für die Hausärzte gibt es auch eine Art gemeinschaftlicher Leitlinien für Haus- und Fachärzte. Diese gemeinschaftlichen Leitlinien sollen die Schnittstelle zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung standardisieren und optimieren.

Leitlinien bilden damit ein wesentliches Instrument zur *Qualitätssicherung* der hausärztlichen Versorgung. Hinzu kommt, dass die Zulassung zum Hausarzt alle fünf Jahre erneuert werden muss (Rezertifizierung). Im Schnitt müssen die Hausärzte für die Rezertifizierung 40 Stunden Weiterbildung pro Jahr nachweisen, hinzu kommen Tätigkeitsnachweise.

Niederländische Hausärzte erhalten für ihre gesetzlich Versicherten (etwa 60 Prozent der Bevölkerung) eine jährliche *Kopfpauschale*. Die Pauschale ist höher für ältere Patienten sowie für Patienten in Stadtteilen mit schwachen Sozialstrukturen (vgl. Tabelle 3.3). Damit sollen Unterschiede zwischen den Patientenkategorien bezüglich des Arbeitsvolumens für den Hausarzt kompensiert werden. Seit 1.10.2002 sind Konsultationen am Abend, in der Nacht und am Wochenende nicht mehr Bestandteil der Kopfpauschale, sondern werden per Einzelleistung

vergütet. Für die Behandlung von privat Versicherten (etwa 40 Prozent der Bevölkerung) werden die Hausärzte per Einzelleistung vergütet. Alle niederländischen Hausärzte haben einen Mix von gesetzlich und privat Versicherten.

Tabelle 3.3: Kopfpauschalen für unterschiedliche Patientengruppen in den Niederlanden

Patientengruppe	Kopfpauschale in Euro pro Jahr
Patienten unter 65 Jahren	73,00
Patienten ab 65 Jahren	86,20
Patienten unter 65 Jahren in Stadtteilen mit schwacher Sozialstruktur	80,40
Patienten über 65 Jahren in Stadtteilen mit schwacher Sozialstruktur	93,60

Quelle: Landelijke Huisartsen Vereniging (Stand 1.10.2002)

Die Hausärzte haben für lange Zeit im niederländischen Gesundheitssystem eine dominante und stabile Position eingenommen. Hausärzte hatten ein hohes Ansehen. Durch die Einschreibung hat nahezu jeder Bewohner der Niederlande einen eigenen Hausarzt, der seine Patienten über eine längere Zeit kennt und versorgt. Dies gilt nicht nur für die gesetzlich Versicherten, sondern auch für die privat Versicherten. Der Großteil der privat Versicherten – für die in der Regel der Hausarzt zumindest formal keine Gatekeeper-Funktion einnimmt – ist für kurze oder längere Zeit gesetzlich versichert gewesen und an das Hausarztmodell gewöhnt. Die Akzeptanz des Hausarztmodells in der niederländischen Bevölkerung war hoch (Groenewegen/Delnoij 1997b).

Auch der Staat stärkte die Position der Hausärzte. Zwar sind die Ursprünge der Gatekeeper-Funktion der Hausärzte nicht im staatlichen Bestreben nach Kostendämpfung in der sozialen Krankenversicherung zu suchen. Eine erste Gatekeeper-Funktion der Hausärzte war vielmehr bereits im Jahre 1902 erkennbar, als Hausärzte die ungesteuerte Abwanderung von Patienten zu an Krankenhaus tätigen Fachärzten verhindern wollten (Companje 1997). Allerdings wurde den Hausärzten vom Staat seit Mitte der siebziger Jahre mit der Gatekeeper-Funktion für die fachärztliche Versorgung und für die Krankenhausversorgung eine wichtige Rolle bei der Kostendämpfung im niederländischen Gesundheitswesen zugewiesen. Letztlich hatten auch die Krankenkassen eine positive Einstellung den Hausärzten gegenüber. Da in den Niederlanden der Sicherstellungsauftrag für die gesundheitliche Versorgung bei den Krankenkassen liegt, waren diese seit jeher daran interessiert, eine qualitativ hochwertige und kontinuierliche Grundversorgung sicherzustellen; mit einer Vergütung der Hausärzte über Kopfpauschalen war dies für die Krankenkassen mit geringem administrativen Aufwand möglich.

3.2.2 Krise des niederländischen Hausarztmodells

Das niederländische Hausarztmodell ist seit Ende der neunziger Jahre in eine Krise geraten. Unzufriedenheit und Entmutigung unter den Hausärzten wachsen. In der politischen Diskussion werden Reformvorschläge gemacht, die wesentliche Elemente des Hausarztmodells ändern wollen.⁸ Darüber hinaus gehen Krankenkassen dazu über, die Überweisungen zu Fachärzten nicht mehr zu überprüfen (Kulu-Glasgow/Delnoij 1998).

Für die Krise des niederländischen Hausarztmodells sind nicht nur langfristige gesellschaftliche Entwicklungen (Rückgang des Ansehens der medizinischen Profession in der Bevölkerung; Individualisierung; Trend zu selbstbewussteren Patienten) sondern auch Veränderungen in der spezifischen Situation des Hausarztberufs verantwortlich. Zu letzteren zählen insbesondere medizinisch-demographische Veränderungen, die Folgen von Ressourcenknappheit in anderen Sektoren des Gesundheitssystems und der wachsende Arbeitsdruck auf die Hausärzte.⁹

Die Anzahl der älteren Menschen wächst auch in der niederländischen Gesellschaft und damit der Bedarf nach gesundheitlicher Versorgung. Allein der Bedarf an Hausärzten wächst bis zum Jahr 2012 um etwa zehn Prozent, der an Fachärzten um etwa 13 Prozent (Van der Velden et al. 2002). Durch die von staatlicher Kostendämpfungspolitik ausgelöste Beschränkung von Medizinstudienplätzen und Fortbildungsmöglichkeiten liegt die faktische Wachstumsrate der Ärzte deutlich darunter (Höppner/Maarse 2003). Außerdem steigt der Anteil der Frauen in der medizinischen Profession. Inzwischen sind mehr als die Hälfte die Studienanfänger weiblich. Viele ausgebildete Ärztinnen streben aber keine Vollzeitstelle an, wodurch das Angebot an Hausärzten weiter eingeschränkt wird (Hingstman/Van der Velden 1998). Der Mangel an Hausärzten äußert sich nicht nur darin, dass es zunehmend schwieriger wird, Nachfolger für pensionierte Hausärzte zu finden. Außerdem steigt der Anteil überlasteter Praxen, die keine neuen Patienten mehr annehmen. Dadurch ist faktisch die Wahlmöglichkeit der Versicherten stark begrenzt.

Der Mangel an Kapazitäten ist ein im niederländischen Gesundheitssystem verbreitetes Problem und nicht nur auf die Hausärzte beschränkt. Auch die Zahl der Fachärzte wächst im Vergleich zum Bedarf zu langsam. Gleiches gilt in der jüngsten Vergangenheit für die Budgets

⁸ So hat der Vorsitzende der Hausärzteverbandes kürzlich gefordert, die Vergütung der Hausärzte von Kopfpauschalen auf Einzelleistungsvergütung umzustellen, vgl. Vos 2002.

⁹ Für eine ausführlichere Analyse vgl. Groenewegen/Greß 2003.

der Krankenhäuser und andere Formen der (langfristigen) Versorgung. Die personelle und finanzielle Knappheit in andere Sektoren des Gesundheitswesens hat zum Beispiel zu lange Wartezeiten für bestimmte Krankenhausbehandlungen und Pflegeheimaufnahmen geführt. Das hat auch Folgen für die Hausärzte. Der Arbeitsdruck für die Ärzte steigt. Eigentlich stationär zu versorgende Patienten müssen länger zu Hause bleiben und vom Hausarzt versorgt werden. Gleiches tritt ein, wenn Patienten eher aus das Krankenhaus entlassen werden. Darüber hinaus haben Hausärzte viel Mühe, Krankenhausaufenthalte für ihre Patienten zu organisieren – als Folge von Wartelisten und Personalknappheit in den Krankenhäusern.

3.2.3 Perspektiven des niederländischen Hausarztmodells

Der Kern der hausärztlichen Versorgung bestand in den Niederlanden seit Ende der fünfziger Jahre in der kontinuierlichen, integrierten und persönlichen Versorgung (van der Werf/Zaat 2001). Das Aufgabenspektrum der Hausärzte ist seitdem allerdings kontinuierlich gewachsen. Die meisten Hausärzte werden nicht in der Lage sein, alle Aufgaben auch zukünftig in vollem Umfang anbieten zu können. So wird diskutiert, dass Hausärzte sich etwa bei der Behandlung psychischer Beschwerden und psychosozialer Probleme auf die Erstdiagnostik beschränken und die Patienten zur Behandlung und Beratung an Fachärzte überweisen (van der Horst/de Vries 2001). Ein weiterer Vorschlag besteht darin, dass Hausärzte verstärkt standardisierte Behandlungen an ausgebildetes medizinisches Personal – wie etwa Krankenschwestern – delegieren können (Achterberg 2002). Die wachsende Betriebsgröße der Hausarztpraxen ermöglicht zudem eine Spezialisierung auf einzelne Aufgaben – eine Spezialisierung innerhalb des Haushaltsberufs.

Die wachsende Betriebsgröße der hausärztlichen Zusammenschlüsse macht es schon heute in Ansätzen notwendig, Verwaltungs- und Managementaufgaben zu delegieren. Das hat zur Folge, dass die Hausärzte sich zukünftig auf neue Kooperationspartner einstellen müssen (Moll van Charante et al. 2002). Auch die Krankenhäuser suchen nach Möglichkeiten einer sektorübergreifenden Kooperation. Darüber hinaus bieten sich Pflegeeinrichtungen zur organisatorischen Kooperation an. Ein weiterer Trend hinsichtlich neuer Organisationsmodelle besteht darin, dass schon heute die Krankenkassen versuchen, die Auswirkungen der Kapazitätsprobleme in der hausärztlichen Versorgung für ihre Versicherten zu minimieren und sich damit im Kassenwettbewerb Vorteile zu verschaffen. So koordinieren die Krankenkassen den Einsatz mobiler Hausarztteams und organisieren dem medizinischen Informationstelefon in Großbritannien (NHS direct) vergleichbare Informationsdienste.

Schlussfolgerung

Das niederländische Hausarztmodell besteht aus den Kernkomponenten Vergütung durch Kopfpauschalen, Gatekeeping und umfangreicher Qualitätssicherung. Dieses System wurde in den Niederlanden lange Zeit akzeptiert – sowohl von Patienten und Krankenkassen als auch von der Ärzteschaft selbst und vom Staat. Allerdings ist das niederländische Hausarztmodell in jüngster Zeit in die Krise geraten. Die Akzeptanz bei den Patienten hat ebenso gelitten wie bei der Ärzteschaft selbst und bei den Krankenkassen. Strikte staatliche Kostendämpfung hat dazu geführt, dass die Patienten ihren Hausarzt nicht immer frei wählen können und die Arbeitsbelastung der Hausärzte steigt. Trotz umfangreicher Qualifizierungsmaßnahmen werden nicht mehr alle Hausärzte in der Zukunft das volle Aufgabenspektrum wahrnehmen können. In den Niederlanden hat damit ein Trend zur Spezialisierung des Haus- und Allgemeinarztes eingesetzt.

3.3 Auswirkungen von Hausarztmodellen auf Qualität und Wirtschaftlichkeit

Offensichtlich geht der Gesetzgeber davon aus, durch die Stärkung der Lotsenfunktion des Hausarztes positive Effekte im Hinblick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung in der GKV zu erzielen. Nach Auffassung des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen liegen die Vorteile von Hausarztmodellen vor allem in der Vermeidung von Parallel- und Doppeluntersuchungen und – soweit notwendig – in der zielgerichteten Weiterleitung der Patienten ohne Umwege direkt an den zuständigen Spezialisten. Dadurch könnten zum einen Kosten und zum anderen nicht notwendige Belastungen des Patienten vermieden werden. Darüber hinaus könne der Hausarzt als zentrale Koordinationsstelle die Patienten bei der Inanspruchnahme medizinischer und nicht-medizinischer Leistungen beraten und als zentrale Kommunikationsstelle die anfallenden Patientendokumentationen bündeln und auswerten (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1995).

Abschnitt 2 dieser Expertise hat gezeigt, dass bislang die Überlegenheit von Hausarztmodellen im Hinblick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung in der GKV nicht nachgewiesen werden konnte, weil entsprechende Modelle mit hinreichend stringenten Rahmenbedingungen noch nicht implementiert und evaluiert wurden. Es lohnt daher ein international vergleichender Blick, der die Länder mit Hausarztmodell mit solchen Ländern vergleicht, in denen kein Hausarztmodell besteht. Grundlage der Ausführungen in diesem Abschnitt sind international vergleichende Studien, die im Rahmen einer systematischen Lite-

raturforschung identifiziert werden konnten. Vergleichskriterien sind die Kosten der Gesundheitsversorgung (Abschnitt 3.3.1), Auswirkungen auf die Arzt-Patient Beziehung (Abschnitt 3.3.2) sowie Auswirkungen auf die Lebenserwartung (Abschnitt 3.3.3).

3.3.1 Auswirkungen auf die Kosten der Gesundheitsversorgung

Befürworter von Hausarztmodellen gehen implizit und explizit davon aus, dass die starke Stellung des Hausarztes bei Steuerung der Gesundheitsversorgung nachhaltig zu einer Stabilisierung der Kosten für die Gesundheitsversorgung beitragen kann:

„One of the main reasons why Britain is able to spend less on health care than most comparable European countries, it is generally agreed, is that GPs have a unique role in filtering, shaping and controlling demands on the expensive hospital sector of care (Klein 1995).“

Allerdings gibt es vergleichsweise wenige Forschungsergebnisse, die diese These stützen können. Eine im Jahr 1995 von der OECD veröffentlichte ökonometrische Analyse hat festgestellt, dass das Merkmal „Gatekeeping“ tatsächlich einen signifikanten negativen Effekt sowohl auf Gesamtausgaben als auch stationäre Gesundheitsausgaben hat. Allerdings wurde in dieser Studie „Gatekeeping“ als Zugangskontrolle zur stationären Versorgung durch den Hausarzt definiert (Gerdtham/Jonsson 1995).

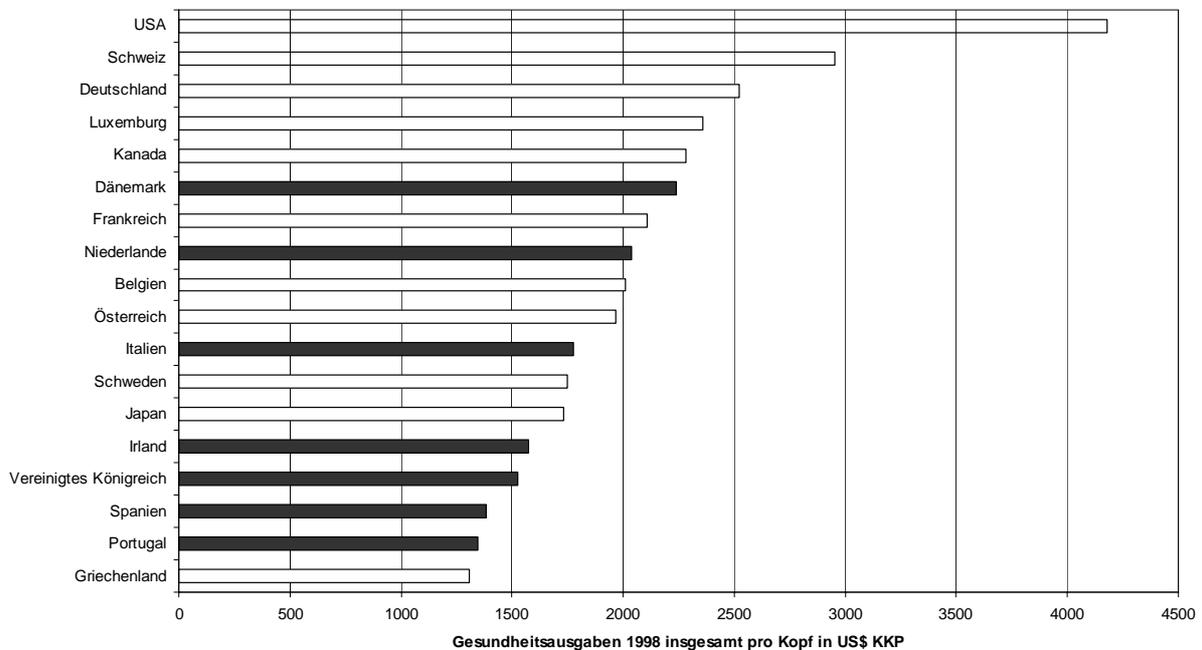
Im Kontext der Stärkung der Lotsenfunktion des Hausarztes in der GKV ist dagegen die Zugangskontrolle zur fachärztlichen Versorgung das relevante Merkmal. Den Einfluss dieser Ausprägung von Gatekeeping sowohl auf die Gesundheitsausgaben insgesamt als auch auf die Kosten der ambulanten Versorgung hat die von Delnoij et al. im Jahr 2000 veröffentlichte Studie gemessen. Gegenstand der Studie waren 18 Mitgliedsstaaten der OECD, davon sieben Länder mit Hausarztmodell (vgl. Abbildung 3.1). Gemessen wurden die Gesundheitsausgaben in den Jahren 1980 bis 1992. Getestet wurden folgende Hypothesen:

1. Länder mit Gatekeeping haben geringere ambulante Gesundheitsausgaben.
2. Länder mit Gatekeeping haben niedrigere Zuwächse in den ambulanten Gesundheitsausgaben.
3. Länder mit Gatekeeping haben geringere Gesundheitsausgaben insgesamt.
4. Länder mit Gatekeeping haben niedrigere Zuwächse in den Gesundheitsausgaben insgesamt.

Die Gegenüberstellung des Merkmals Gatekeeping mit den Gesundheitsausgaben insgesamt hatte zum Ergebnis, dass die Gesundheitsausgaben pro Kopf in Ländern mit Gatekeeping in

der Tat niedriger sind als in Ländern ohne Gatekeeping. Daran hat sich seit Durchführung der Studie wenig geändert (vgl. Abbildung 3.1 mit aktualisierten Daten).

Abbildung 3.1: Gesundheitsausgaben pro Kopf in US\$ KKP 1998 in Ländern mit Gatekeeping und in Ländern ohne Gatekeeping



Quelle: OECD Health Data 2002. Die Länderauswahl ist identisch mit der Länderauswahl in Delnoij et al. Länder mit Gatekeeping sind dunkel unterlegt.

Darüber hinaus ist auch der Anstieg der Gesundheitsausgaben in Ländern mit Gatekeeping geringer als in Ländern ohne Gatekeeping. Allerdings werden sowohl die Höhe der Gesundheitsausgaben als auch der Anstieg der Gesundheitsausgaben auch durch andere Faktoren bestimmt – insbesondere durch die Wirtschaftsleistung (Höhe des Bruttoinlandsprodukts, BIP) und den Anteil der öffentlichen Finanzierung (Delnoij et al. 2000). Durch eine ökonomische Analyse wurde versucht, den Einfluss dieser drei Faktoren getrennt voneinander zu bestimmen. Das Ergebnis dieser Analyse wird in vereinfachter Form in Tabelle 3.4 dargestellt.

Tabelle 3.4: Einfluss von Gatekeeping und anderen Faktoren auf die Gesundheitsausgaben

	Ambulante Ausgaben	Anstieg ambulante Ausgaben	Gesamtausgaben	Anstieg Gesamtausgaben
Gatekeeping	o	-	o	o
Anteil öffentlicher Finanzierung	-	-	-	-
Höhe BIP	+	+	+	+

Quelle: nach (Delnoij et al. 2000). Legende: - wirkt ausgaben senkend + wirkt ausgaben steigernd o kein signifikanter Effekt nachweisbar

Als Ergebnis ist festzuhalten, dass Gatekeeping nur den Anstieg der ambulanten Ausgaben signifikant verringern konnte. Weder das Niveau der ambulanten Ausgaben noch Niveau bzw. Anstieg der Gesamtausgaben wurden signifikant vom Vorliegen des Merkmals Gatekeeping beeinflusst. Eindeutiger sind die Ergebnisse im Hinblick auf den Anteil der öffentlichen Finanzierung und die Höhe des BIP. Je höher der Anteil der öffentlichen Finanzierung, desto niedriger ist das Ausgabeniveau. Insbesondere sind Systeme mit einem höheren Anteil öffentlicher Finanzierung besser in der Lage, Ausgabenzuwächse zu begrenzen. Je höher das BIP, desto höher sind sowohl Niveau als auch Zuwächse der gesamten Gesundheitsausgaben. Die Autoren merken allerdings mit Recht an, dass die Analyse von Ausgabeninformationen auf Makroebene mikroökonomische Effekte nur unvollständig erfassen kann. Es ist durchaus möglich, dass Einflüsse des Gatekeeping von anderen Effekten überlagert werden.

Schlussfolgerung

Im Allgemeinen wird davon ausgegangen, dass Länder mit Gatekeeping niedrigere Gesundheitsausgaben haben als Länder ohne Gatekeeping. Allerdings wird diese Hypothese durch international vergleichende Forschung nur unzureichend belegt. Wird Gatekeeping als Zugangskontrolle zur stationären Versorgung definiert, hat Gatekeeping einen ausgaben senkenden Effekt sowohl auf die Gesamtausgaben als auch auf stationäre Gesundheitsausgaben. Wird Gatekeeping allerdings als Zugangskontrolle zur fachärztlichen Versorgung definiert, kann ein ausgaben senkender Effekt lediglich für den Anstieg der ambulanten Gesundheitsausgaben nachgewiesen werden. Der Anteil öffentlicher Gesundheitsausgaben und die Höhe des Bruttoinlandsproduktes wirken wesentlich eindeutiger sowohl auf das Niveau als auch die Steigerungsraten der Gesundheitsausgaben.

3.3.2 Auswirkungen auf die Arzt-Patient Beziehung

Ein wesentlicher Vorteil im Hausarztmodell wird darin gesehen, dass Hausärzte für ihre Patienten eine Art zentrale Kommunikationsstelle sind, in der sämtliche Informationen zusammenlaufen und der Patient seine direkt und indirekt mit seiner Krankheit zusammenhängenden Fragen beantwortet bekommen kann (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1995). Letztlich wird damit davon ausgegangen, dass in Hausarztmodellen eine intensivere Arzt-Patient Beziehung besteht – weil der Arzt seine bei ihm eingeschriebenen Patienten besser kennt als ein Arzt, der keine eingeschriebene Patientenpopulation hat.

Die Überprüfung dieser Hypothese lässt sich anhand einer Studie durchführen, die parallel in zehn Ländern durchgeführt worden ist (van den Brink-Muinen et al. 2003). Sechs der untersuchten Länder verfügen über ein Hausarztmodell gemäß der Definition in Abschnitt 3.1 (Großbritannien, die Niederlande, Spanien, Estland, Polen und Rumänien), vier der untersuchten Länder haben kein Hausarztmodell (Belgien, Deutschland, Schweden, Schweiz). Daten wurden durch Fragebogen und Gesprächsbeobachtungen von 5810 Patienten und 307 Hausärzten in den beteiligten Ländern erhoben. Die zentralen Ergebnisse der Studie im Hinblick auf die hier relevante Fragestellung sind in Tabelle 3.1 in vereinfachter Form zusammengefasst.

Tabelle 3.5: Einfluss von Gatekeeping auf die Arzt-Patient Beziehung

	Länder mit Hausarztmodell
Konsultationszeit	-
Kenntnis des Patienten	o
Aktivität der Patienten	-
Gespräche über nicht medizinische Inhalte	+
Gespräche über medizinische Inhalte	-

Quelle: nach (van den Brink-Muinen et al. 2003).

Legende: + stärkere Ausprägung als Ländern ohne Hausarztmodell; o keine Unterschiede feststellbar; - schwächere Ausprägung als in Ländern ohne Hausarztmodell

Danach ist die durchschnittliche Konsultationszeit in Ländern mit Hausarztmodell – allerdings mit Ausnahme Deutschlands – generell kürzer als in Ländern ohne Hausarztmodell. Am längsten sind die durchschnittlichen Konsultationen in Belgien, der Schweiz und in Schweden (ca. 15 Minuten), am kürzesten in Deutschland und Spanien (7 bis 8 Minuten). Konsultationen in Großbritannien, den Niederlanden, Estland, Polen und Rumänien sind 9 bis 10 Minuten lang.

Überraschenderweise führt die feste Einschreibung bei einem Hausarzt nicht zwingend dazu, dass Hausärzte ihre Patienten dadurch besser kennen. Insbesondere impliziert dieses Ergebnis, dass Patienten in Ländern ohne Hausarztmodell ihren Hausarzt deutlich weniger häufig wechseln als erwartet. Diese These wird auch durch eine Studie des Wissenschaftlichen Instituts der Ärzte Deutschlands (WIAD) aus dem Jahr 1999 bestätigt (Cosler/Klaes 1999). Danach hat das „Doktor-Hopping“ in Deutschland ein wesentlich geringeres Ausmaß als oftmals angenommen und ist lediglich als Randerscheinung einzustufen:

„Der überaus hohe Anteil vorhandener und im Krankheitsfall auch konsultierter Hausärzte in Kombination mit dem direkten Weg zum Facharzt, verbunden mit einer sehr großen Arzttreue während der Behandlung veranschaulicht ein äußerst souveränes und gleichzeitig gesundheitspolitisch verantwortungsvolles, weil letztlich auch kostengünstiges Verhalten“ (Cosler/Klaes 1999: 29).

Nicht auszuschließen ist darüber hinaus, dass über Einzelleistungsvergütung honorierte Hausärzte sich besonders um ihre Patienten bemühen, um sie nicht an einen konkurrierenden Kollegen zu verlieren:

„The patients therefore probably feel no need to change from one GP to another GP or a medical specialist, although they are free to do so. Instead, they may prefer to consult their own doctor who knows their problems and psychosocial background, is well known to them, and in whom they have confidence. The continuity of care seems important for all patients, irrespective of the health care system” (van den Brink-Muinen et al. 2003: 15).

Überraschend ist darüber hinaus, dass nach den Ergebnissen der Studie Patienten in Ländern ohne Hausarztmodell in der Arzt-Patient Beziehung eine aktivere Rolle einnehmen als in Ländern mit Hausarztmodell. Patienten in Ländern ohne Hausarztmodell stellen demnach häufiger eigene Fragen und vermitteln häufiger aus eigenem Antrieb Informationen an den Hausarzt. Was die Gesprächsinhalte angeht, so finden in Ländern mit Hausarztmodell häufiger Gespräche über nicht medizinische Inhalte statt, während in Ländern ohne Hausarztmodell häufiger Gespräche über medizinische Inhalte stattfinden.

Schlussfolgerung

Ein wesentlicher Vorteil von Hausarztmodellen wird in der verbesserten Kommunikation zwischen Arzt und Patient und der Kontinuität der Versorgung gesehen. Dieser Vorteil lässt sich empirisch international vergleichend nicht belegen. Nach einer kürzlich veröffentlichten Studie ist die Konsultationszeit in Ländern mit Hausarztmodell kürzer als in Ländern ohne Hausarztmodell. Darüber hinaus kennen Hausärzte in Ländern mit Hausarztmodell ihre Pati-

enten nicht besser als ihre Kollegen in Ländern ohne Hausarztmodell. Darüber hinaus sind Patienten in Ländern ohne Hausarztmodell aktiver in der Arzt-Patient Beziehung.

3.3.3 Auswirkungen auf die Lebenserwartung

Die Autoren der hier zu diskutierenden kürzlich publizierten Studie gehen davon aus, dass Gesundheitssysteme mit einer starken primären Gesundheitsversorgung einer höhere Lebenserwartung für ihre Bevölkerung erreichen als Gesundheitssysteme mit einer weniger starken primären Gesundheitsversorgung (Macinko et al. 2003). Primäre Gesundheitsversorgung wird folgendermaßen definiert:

„That level of a health service system that provides entry into the system ... provides person-focused care over time, provides care for all but very uncommon or unusual conditions, and coordinates and integrates care provided elsewhere or by others” (Macinko et al. 2003: 832).

Die genaue Stärke der primären Gesundheitsversorgung wird durch einen detaillierten Index (*Primary Care System Score*) gemessen, in dem nicht nur Elemente des Hausarztmodells (feste Einschreibung der Patienten, Gatekeeping), sondern etwa auch das Vorliegen von Leitlinien, die Höhe von Zuzahlungen in der ambulanten Versorgung und die vorherrschende Art der Finanzierung erfasst werden (vgl. Tabelle 3.6). Die Autoren sind bei der Aufstellung des Indexes von folgenden Prämissen ausgegangen:

- Öffentliche Regulierung zur geografischen Verteilung von Primärärzten fördert den gleichberechtigten Zugang zu Leistungen der primären Gesundheitsversorgung (Merkmal I).
- Steuerlich finanzierte Gesundheitssysteme wirken progressiver als beitragsfinanzierte und privat finanzierte Gesundheitssysteme (Merkmal II).
- Speziell ausgebildete Hausärzte sind am besten für die primäre Gesundheitsversorgung geeignet (Merkmal III).
- Hohe Zuzahlungen bilden eine Barriere zur primären Gesundheitsversorgung (Merkmal IV).
- Fest eingeschriebene Patienten sind eine wesentliche Voraussetzung, um Patienten über einen längeren Zeitraum betreuen zu können (Merkmal V).
- Der Primärarzt als erster Kontakt ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass der Großteil der Gesundheitsprobleme in der primären Gesundheitsversorgung behandelt wird (Merkmal VI).

- Die Effektivität der primärärztlichen Versorgung wird auch von deren Umfang bestimmt (Merkmal VII).
- Der Austausch von Informationen ist wesentlich für die Koordination der Versorgung (Merkmal VIII).
- Die Effektivität der Versorgung wird erhöht, wenn die familiäre und soziale Umgebung bei der Behandlung systematisch berücksichtigt wird (Merkmal IX und X).

Bei der Auswertung von 18 OECD Ländern zeigt sich, dass – mit Ausnahme Portugals – die Länder mit Hausarztmodell an der Spitze der Wertung liegen und damit eine überdurchschnittlich starke primäre Gesundheitsversorgung haben. Deutschland liegt auf dieser Rangliste im unteren Drittel – gefolgt nur noch von Frankreich und der Schweiz – und weist damit eine unterdurchschnittlich starke primäre Gesundheitsversorgung auf.

Im nächsten Schritt der Studie wurden der jeweilige *Primary Care System Score* der einzelnen Länder und verschiedene Indikatoren von Lebenserwartung in den einzelnen Ländern gegenübergestellt. Die statistisch eindeutigen Ergebnisse dieser Studie lauten wie folgt:

- Je stärker die primäre Gesundheitsversorgung, desto höher ist die Lebenserwartung – sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Der Effekt ist etwas schwächer – aber immer noch eindeutig –, wenn andere die Lebenserwartung beeinflussende Faktoren berücksichtigt werden (z. B. Ausmaß des Tabak- und Alkoholkonsums sowie Höhe des Einkommens).
- Je stärker die primäre Gesundheitsversorgung, desto mehr werden vorzeitige Sterbefälle vermieden – sowohl bei Männern als bei Frauen. Der Indikator Lebenserwartung wird durch den Indikator *Potential Years of Life Lost* ersetzt. Sterbefälle in jungem Alter werden höher gewichtet als Sterbefälle in hohem Alter. Auf diese Art und Weise soll gemessen werden, wie effektiv in den jeweiligen Gesundheitssystemen „vorzeitige“ Sterbefälle durch Prävention vermieden werden können. Der Effekt bleibt auch bestehen, wenn andere die Lebenserwartung beeinflussende Faktoren berücksichtigt werden, und ist besonders stark bei einer Reihe von frühzeitig zu behandelnden Krankheiten wie Asthma, Herzkrankheiten und Lungenentzündung.

Schlussfolgerung

In Ländern mit einer starken primären Gesundheitsversorgung ist die Lebenserwartung höher als in Ländern mit einer schwachen primären Gesundheitsversorgung. Gleichzeitig steigt mit einer starken primären Gesundheitsversorgung die Wahrscheinlichkeit, vorzeitige Sterbefälle zu vermeiden. Notwendige aber nicht hinreichende Elemente einer starken primären Gesund-

heitsversorgung sind Kernelemente des Hausarztmodells – die feste Einschreibung bei einem Primärarzt und dessen Gatekeeper-Funktion. Weitere Komponenten sind notwendig, die nicht in allen Ländern mit Hausarztmodell vollständig umgesetzt sind.

Tabelle 3.6: Primary Care System Score 1995

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	Score
Großbritannien	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	19
Dänemark	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	18
Spanien	2	2	1,5	2	2	2	1	1	2	1	16,5
Niederlande	2	1	2	0	2	2	2	1	2	1	15
Italien	0	2	2	2	2	2	1	1	0	2	14
Finnland	2	2	2	1	1	1	2	1	0	0	14
Norwegen	1	2	2	1	0	2	2	1	2	0	13
Australien	1	2	2	2	0	2	2	0	2	0	13
Kanada	1	2	1,5	2	0	1	2	0,5	1	0,5	11,5
Schweden	2	2	2	1	0	0	1	0	2	1	11
Japan	0	1	0,5	1	0	1	1	1	1	1	7,5
Portugal	1	2	1	0	1	1	1	0	0	0	7
Belgien	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	4
Griechenland	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	4
USA	0	0	1	0	0,5	1	0	0	0	0,5	3
Deutschland	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	3
Schweiz	0	0,5	1	0	0	0	1	0	0	0	2,5
Frankreich	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2

Quelle: (Macinko et al. 2003)

Legende:

I: Geografische Verteilung der Primärärzte (2=hoch reguliert; 1=eingeschränkte Regulierung; 0=keine Regulierung)

II: Vorherrschende Form der Finanzierung der Gesundheitsversorgung (2=Steuern; 1=Beiträge; 0=privat)

III: Primärarzt (2= Allgemeinarzt; 1=Kinderarzt/Internist; 0=Facharzt)

IV: Zuzahlungen in der primären Versorgung: (2=keine oder niedrig; 1=begrenzt; 0=spürbar)

V: Einschreiben beim Primärarzt (2=gefordert; 1=begrenzt; 0=keine)

VI: Erster Kontakt (2=Gatekeeper; 1=eingeschränkt; 0=kein Gatekeeper)

VII: Umfassende Versorgung (Prävention, Akutversorgung; Rehabilitation: 2=ja; 1=teilweise; 0=nein)

VIII: Koordination (2=Leitlinien; 1=begrenzt; 0=keine Leitlinien)

IX: Berücksichtigung familiäre Situation (2=ja; 1=teilweise; 0=nein)

X: Berücksichtigung soziale Situation (2=ja; 1=teilweise; 0=nein)

Länder mit Hausarztmodell sind grau unterlegt.

4 Perspektive von Hausarztmodellen in der GKV

Vor dem Hintergrund der bisherigen nationalen wie internationalen Erfahrungen mit Hausarztmodellen werden in diesem Abschnitt die im GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)¹⁰ vorgesehenen Regelungen zur Förderung von Hausarztmodellen in der GKV zunächst im Detail vorgestellt (Abschnitt 4.1) und anschließend bewertet (Abschnitt 4.2).

4.1 Förderung von Hausarztmodellen im GMG

Die vorgesehene Förderung von Hausarztmodellen im GMG lässt sich vor allem am Zwang für die Krankenkassen zum Angebot von Hausarztmodellen, den Überweisungs- und Vergütungsregelungen, den Regelungen von Bonuszahlungen für Versicherte und der Vertragsgestaltung zwischen Krankenkassen und Hausärzten aufzeigen.

Zentral für die Förderung von Hausarztmodellen ist der neue § 73b im Sozialgesetzbuch V (*Hausarztzentrierte Versorgung*). Mit diesem neu eingefügten Paragraphen „verpflichtet der Gesetzgeber die Krankenkassen, ihren Versicherten eine qualitativ besonders hoch stehende hausärztliche Versorgung bereitzustellen“ (Begründung des Gesetzes, S. 267). Für die Versicherten ist die Teilnahme freiwillig. Nach den Bestimmungen des Gesetzes können sich Versicherte gegenüber ihrer Krankenkasse schriftlich verpflichten, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung des von ihnen gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Der Wechsel des Hausarztes bleibt aus wichtigem Grund weiterhin möglich. Allerdings sind die Versicherten an die Verpflichtung zur Inanspruchnahme ambulanter fachärztlicher Leistungen nur auf Überweisung des von ihnen gewählten Hausarztes und an die Wahl ihres Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden (§ 73b Abs. 1 SGB V).

Die Bonuszahlungen, die Krankenkassen für die Teilnahme an der hausarztzentrierte Versorgung auszahlen können, sind im neu gefassten § 65a Abs. 2 SGB V geregelt (*Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten*). Danach können die Krankenkassen die gesetzlich vorgesehene Zuzahlung ihre Versicherten für die Dauer der Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung reduzieren. Die zunächst vorgesehene Möglichkeit zur vollständigen Zuzahlungsbefreiung (Arbeitsentwurf vom 11.8.03) wurde zwischenzeitlich wieder gestrichen. Darüber

¹⁰ Grundlage der Ausführungen ist der Gesetzentwurf mit dem Stand vom 5.9.2003.

hinaus sind auch Beitragssatzreduzierungen für die teilnehmenden Versicherten möglich (§ 65a Abs. 2 SGB V).

Die Vergütung der an der hausarztzentrierten Versorgung beteiligten Hausärzte wird ebenfalls im § 73b SGB V sowie im neu gefassten § 87 Abs. 2a SGB V geregelt. Danach sind für die hausärztliche Versorgung von Versicherten im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b Vergütungspauschalen vorzusehen, mit welchen die gesamte hausärztliche Versorgung eines Versicherten vergütet wird. Soweit erforderlich, können Vergütungen für Einzelleistungen oder Leistungskomplexe vorgesehen werden. Nach den Vorschriften des Gesetzes können bei der Festlegung der Pauschalen durch die Gesamtvertragspartner die mit dem Gesundheitszustand verbundenen Unterschiede im Behandlungs- und Betreuungsbedarf der Versicherten sowie erhöhte Anforderungen hinsichtlich der Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen im Rahmen dieser Versorgung berücksichtigt werden (§ 87 Abs. 2a SGB V).

Die Gesamtvergütung nach § 85 SGB V kann von den Gesamtvertragspartnern um die Vergütungspauschalen für die hausärztliche Versorgung bereinigt werden (§ 73b SGB V Abs. 3). Die noch im Arbeitsentwurf vom 26.8.2003 vorgesehene Regelung, wonach der hausärztliche Anteil der Gesamtvergütung zwingend um die Vergütungspauschalen für die hausärztliche Versorgung bereinigt werden muss, ist weggefallen. Ebenso gestrichen wurde die im Arbeitsentwurf vom 11.8.03 vorgesehene Regelung im § 73 SGB V, wonach nicht hausärztlich tätige Ärzte ihre Leistungen nur dann abrechnen können, wenn ihnen von den Versicherten, die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, eine Überweisung des Hausarztes vorliegt.

Im § 73b SGB V werden auch die vertraglichen Beziehungen zwischen Krankenkassen und den an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Hausärzten neu geregelt. Danach sollen die Krankenkassen zur Erfüllung ihrer Verpflichtung des Angebots hausarztzentrierter Versorgung über das geltende Recht hinaus mehr Gestaltungsspielraum zur einzelvertraglichen Ausgestaltung des Versorgungsgeschehens bekommen und können Verträge mit einzelnen zugelassenen Hausärzten, Gruppen dieser Hausärzte und zugelassenen medizinischen Versorgungszentren schließen. Die Krankenkassen bekommen damit nach den Ausführungen in der Gesetzesbegründung die Chance, im Rahmen der gesamtvertraglichen Vorgaben die hausarztzentrierte Versorgung in dem Vertrag mit dem einzelnen Hausarzt konkret auszugestalten. Sie müssen nicht jeden Hausarzt unter Vertrag nehmen, sondern haben nur mit so vielen Hausärzten diskriminierungsfrei einen Vertrag zu schließen, wie es für ihre an der haus-

arztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten notwendig ist (Begründung des Gesetzes, S. 267). Die Höhe der Vergütungspauschalen für die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Hausärzte wird allerdings ebenso einheitlich von den Gesamtvertragspartnern festgelegt wie Mindestanforderungen an die sächliche und persönliche Ausstattung der hausarztzentrierten Versorgung. Hauptaufgabe der Vertragspartner auf Gesamtvertragsebene wird es danach sein, sachgerechte und leicht überprüfbare Kriterien zur Beschreibung der notwendigen Qualität der hausarztzentrierten Versorgung aufzustellen (Begründung des Gesetzes, S. 267).

Schlussfolgerung

Versicherte können sich in der GKV zukünftig für mindestens ein Jahr bei einem Hausarzt fest einschreiben und müssen sich dann darauf festlegen, fachärztliche Leistungen erst nach Überweisung des Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Die Vergütung der Hausärzte soll überwiegend über Pauschalen erfolgen. Die Krankenkassen müssen allen Versicherten ein Hausarztmodell anbieten, für die Versicherten ist die Teilnahme freiwillig. Die Kassen können den teilnehmenden Versicherten Zuzahlungen reduzieren oder Beitragssätze ermäßigen. Eine Krankenkasse muss nur so viele Hausärzte für das Hausarztmodell unter Vertrag nehmen, wie sie für die Sicherstellung der hausarztzentrierten Versorgung ihrer Versicherten benötigt. Die Höhe der Vergütungen der Hausärzte sowie Qualitätsanforderungen an die Hausärzte werden weiterhin durch die Gesamtvertragspartner festgelegt.

4.2 Bewertung der vorgesehenen Regelungen

Der Gesetzgeber geht offensichtlich davon aus, dass die Verankerung von Hausarztmodellen in der GKV zu einer nachhaltigen Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung führen wird. So ist es zu erklären, dass sich alle drei wesentlichen Komponenten von Hausarztmodellen in der so genannten hausarztzentrierten Versorgung wieder finden. Ersten müssen sich die Versicherten für ein Jahr fest bei einem Hausarzt einschreiben. Zweitens müssen sie akzeptieren, dass die Inanspruchnahme fachärztlicher Versorgung erst nach Überweisung des Hausarztes möglich ist. Drittens erfolgt die Vergütung für die Hausärzte über Kopfpauschalen pro eingeschriebenen Versicherten.

Die GKV-Versicherten können zukünftig auswählen, ob sie die traditionelle freie Arztwahl oder die hausarztzentrierte Versorgung vorziehen. Damit ähnelt die vorgesehene deutsche Variante des Hausarztmodells im Grundsatz der dänischen Variante – auch wenn die hohen Zuzahlungen zur freien Arztwahl die Wahl der Versicherten für das Hausarztmodell in Dä-

nemark deutlich vereinfachen. Mit der Wahlmöglichkeit nimmt der Gesetzgeber darauf Rücksicht, dass ein für die Versicherten verpflichtendes Hausarztmodell mit hoher Wahrscheinlichkeit von den Versicherten in der GKV nicht akzeptiert worden wäre. Sogar die Erfahrungen in den Niederlanden sprechen dafür, dass auch Versicherten mit langer Gewöhnung an Hausarztmodelle die verpflichtende Einschränkung der freien Arztwahl immer schwerer zu vermitteln ist. Gleichzeitig nimmt der Gesetzgeber damit aber auch in Kauf, dass die Wirkungen der implementierten hausarztzentrierten Versorgung zunächst nur sehr begrenzt sein werden. Ein für alle Versicherten verpflichtendes Hausarztmodell hätte die Wirkungen – insbesondere hinsichtlich der eindeutig positiven Einflüsse auf die Lebenserwartung in Ländern mit Hausarztmodell – dagegen erheblich erhöht.

Die bisherigen Erfahrungen in Deutschland zeigen, dass für Versicherte Hausarztmodelle nur dann interessant sind, wenn sie durch Zuzahlungs- bzw. Beitragssatzreduzierungen für ihren Verzicht auf die freie Arztwahl kompensiert werden. Die Krankenkassen dagegen sind äußerst skeptisch, ob sich die Bonuszahlungen an die Versicherten durch tatsächliche Auszahlungen refinanzieren werden. Internationale Erfahrungen geben den Krankenkassen in dieser Frage Recht. Ausgabensenkende Effekte sind allenfalls für die ambulante ärztliche Versorgung festzustellen, für die Gesamtheit der Gesundheitsausgaben aber nicht nachzuweisen.

Lassen sich aber die Bonuszahlungen für die Krankenkassen nicht refinanzieren, ergeben sich aus Sicht der Autoren zwei mögliche Szenarien. Im ersten Szenario kommen die Krankenkassen ihrer gesetzlichen Verpflichtung zum Angebot hausarztzentrierter Versorgung für alle ihre Versicherten nach – verzichten aber darauf, diese Angebote mit nennenswerten Zuzahlungs- bzw. Beitragssatzreduzierungen zu koppeln. In diesem Falle wird zwar hausarztzentrierte Versorgung von den Kassen angeboten, von den Versicherten aber nur in Ausnahmefällen auch wahrgenommen. Als Folge ist der Einfluss der Gesetzgebung zur hausarztzentrierten Versorgung gleich null. Im zweiten Szenario bieten einzelne Krankenkassen hausarztzentrierte Versorgung an und koppeln dieses Angebot mit attraktiven Zuzahlungs- bzw. Beitragssatzreduzierungen. Diese Kassen werden ceteris paribus mit diesen Angeboten finanzielle Verluste zu realisieren. Sie kalkulieren aber damit, mit diesen Angeboten Versicherte mit unterdurchschnittlicher Morbidität anzulocken – obgleich diese Versichertenklientel weniger von den unterstellten Qualitätseffekten der hausärztlichen Versorgung profitieren kann als Versicherten mit überdurchschnittlicher Morbidität. Tritt diese Selbstselektion der Versicherten ein, können diese Kassen unter der Nebenbedingung des gegebenen, Morbidität noch nur indirekt berücksichtigenden Risikostrukturaugleichs ihre finanzielle Position verbessern. Geht dieses Kalkül nicht auf, werden auch diese Kassen die Bonuszahlungen wieder reduzieren. In beiden

Fällen wird die vom Gesetzgeber verfolgte Absicht der Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung verfehlt.

Im Grundsatz positiv zu bewerten ist der Ansatz des Gesetzgebers, den einzelnen Krankenkassen mehr einzelvertragliche Freiheiten bei der Auswahl von denjenigen Hausärzten zu geben, die die hausarztzentrierte Versorgung wahrnehmen sollen. Das ist vor allem wegen der immensen Herausforderungen an die Qualifikation von Hausärzten sinnvoll. Selbst in den Niederlanden – wo sich Hausärzte nicht nur einmalig sondern regelmäßig berufsbegleitend weiterqualifizieren müssen – stoßen diese an die Grenzen des Machbaren in der hausärztlichen Versorgung, und Tendenzen zur Spezialisierung bilden sich heraus. Insofern wird nur ein Bruchteil der heute schon zur hausärztlichen Versorgung zugelassenen niedergelassenen Ärzte überhaupt bereit und fähig sein, zukünftig an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen zu wollen und zu können.

Positiv ist weiterhin zu bewerten, dass durch die Stärkung der einzelvertraglichen Möglichkeiten der Krankenkassen in der hausarztzentrierten Versorgung das Potenzial für Vertragswettbewerb und damit Wettbewerb um die Art der Leistungserbringung in der GKV zunimmt. Diese positive Bewertung muss allerdings insofern deutlich eingeschränkt werden, als dass alle wesentlichen Wettbewerbsparameter in der hausarztzentrierten Versorgung – Höhe der Vergütung und der qualitativen Anforderungen – weiterhin Aufgabe der Gesamtvertragspartner und damit außerhalb des Einflussbereichs der einzelnen Krankenkasse sein wird. Insofern ist es eine offene Frage, nach welchen Kriterien die einzelnen Kassen „diskriminierungsfrei“ die Vertragspartner für die hausarztzentrierte Versorgung auswählen sollen.

Vorzuziehen wäre insgesamt eine Regelung, die es Krankenkassen erlaubt, deutlich mehr einzelvertragliche Möglichkeiten in der Beziehung zu den Leistungsanbietern wahrzunehmen (Ebsen et al. 2003). Unter Umständen könnte dann ein Hausarztmodell eine mögliche Form der Leistungserbringung sein, die sich aber im Wettbewerb mit anderen innovativen Versorgungsformen um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit in der medizinischen Versorgung behaupten muss.

Schlussfolgerung

Die Perspektiven für Hausarztmodelle in der GKV sind eher skeptisch einzuschätzen. Eine GKV-weite Implementierung von Hausarztmodellen mit entsprechenden positiven Effekten auf die Lebenserwartung scheitert nicht nur am Widerstand der Versicherten, ohne Kompensation auf ihr Recht auf freie Arztwahl zu verzichten. Darüber hinaus ist nicht zu erkennen, wie die derzeitig tätigen Hausärzte kurz- oder auch mittelfristig flächendeckend die enormen

Qualifikationsanforderungen für ein Hausarztmodell erfüllen sollen. Wegen der nicht nachgewiesenen Refinanzierbarkeit von Bonuszahlungen an die Versicherten werden die Krankenkassen aller Wahrscheinlichkeit entweder nur Hausarztmodelle ohne nennenswerte Bonuszahlungen anbieten oder die hausarztzentrierte Versorgung als Marketing- bzw. Selektionsinstrument einsetzen. Die Ausweitung der einzelvertraglichen Freiheiten für die Krankenkassen bei den Hausärzten wird darüber hinaus durch die einheitliche Festlegung von Vergütungshöhe und Qualitätsanforderungen deutlich eingeschränkt.

Vorzuziehen wäre insgesamt eine Regelung, die es Krankenkassen erlaubt, deutlich mehr einzelvertragliche Möglichkeiten in der Beziehung zu den Leistungsanbietern wahrzunehmen. Unter Umständen könnte dann ein Hausarztmodell eine Möglichkeit der Leistungserbringung sein, die sich aber im Wettbewerb mit anderen innovativen Versorgungsformen um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit in der medizinischen Versorgung behaupten muss.

5 Literatuur

- Achterberg, D. (2002). "Huisartsenzorg na Woudschoten: intenties te over, organisatie te kort." Huisarts & Wetenschap **45**: 15-18.
- Axa-Colonia (2003). Presseinformation, Ansprechpartner Klaus Tekniepe.
- Böcken, J. (2000). Reformen im Gesundheitswesen. Gütersloh, Bertelsmann.
- Bundesamt für Sozialversicherung (2001). Wirkungsanalyse Krankenversicherungsgesetz - Synthesebericht. Bern, Bundesamt für Sozialversicherung.
- Companje, K. P. (1997). Over artsen en verzekeraars: een historische studie naar factoren die de relatie ziekenfondsen - artsen vanaf 1827 op landelijk en regionaal niveau hebben beïnvloed. Twello, Van Tricht.
- Consumentenbond (1992). "Uw huisarts tegen het licht en wat u zelf kan doen aan veel voorkomende kwalen." Consumentengids Juli 1992: 442-45.
- Cosler, D./L. Klaes (1999). Freie Arztwahl im Urteil der Bevölkerung. Bonn, Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD).
- de Maeseneer, J./K. Bogaert/L. de Prins/P. Groenewegen (1999). A literature review. Physician funding and health care systems - an international perspective. S. Brown. London, The Royal College of General Practitioners: 17-32.
- Delnoij, D./G. van Merode/A. Paulus/P. Groenewegen (2000). "Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure?" Journal of Health Services Research and Policy **5**(1): 22-26.
- Ebsen, I. et al. (2003). Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung - Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Bonn, AOK-Bundesverband - AOK im Dialog (Band 13).
- Fleming, D. (1993). The European study of referrals from primary to secondary care. Amsterdam, Thesis Publishers.

- Gerdtham, U./B. Jonsson (1995). Factors affecting health spending: a cross-country econometric analysis. New directions in health care policy: health policy series no. 7. OECD. Paris, OECD: 71-89.
- Groenewegen, P./D. Delnoij (1997a). Wat zou Nederland zijn zonder de huisarts? Maarssen, Elsevier/De Tijdstroom.
- Groenewegen, P./S. Greß (2003). “Der Hausarzt in den Niederlanden - Auslaufmodell oder Reformperspektive für die GKV?” Journal für kritische Medizin **38**: 73-91.
- Groenewegen, P. P./D. M. J. Delnoij (1997b). Wat zou Nederland zijn zonder de huisarts? Utrecht, ELSEVIER/De Tijdstroom.
- Hingstman, L./L. Van der Velden (1998). Behoefteraming huisartsen 1998-2010. Utrecht, NIVEL.
- Höppner, K./J. Maarse (2003). “Planung und Sicherung der hausärztlichen Versorgung in den Niederlanden.” Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft **3**(3): 21-31.
- Klein, R. (1995). The new politics of the NHS. New York.
- Klose, J./M. Litsch/M. Niemeyer (1999). Krankenversichertenkarte: Heilsbringer und oder Teufelswerk? : Stand des Wissens um die Auswirkungen der Krankenversichertenkarte auf das Verhalten von Anbietern und Nachfragern im Gesundheitswesen. Bonn, Wissenschaftliches Institut der AOK.
- Kulu-Glasgow, I./D. Delnoij (1998). “Self-referral in a gatekeeping system: patients' reasons for skipping the general practitioner.” Health Policy **45**: 221-23.
- Macinko, J./B. Starfield/L. Shi (2003). “The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998.” Health Services Research **38**(3): 831-65.
- Moll van Charante, E. P./D. M. J. Delnoij/C. J. Ijzermans/N. S. Klazinga (2002). “Van spelverdeler tot speelbal: de veranderende rol en positie van de Nederlandse huisarts.” Huisarts & Wetenschap **45**: 7075.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995). Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Sondergutachten 1995. Baden-Baden.

Schnee, M./T. Brechtel (1999). "Der Hausarzt soll Lotse sein." Deutsches Ärzteblatt **96**: A-2966-67.

Vallgård, S./A. Krasnik/K. Vrangbæk (2001). Health Care Systems in Transition - Denmark. London, European Observatory on Health Care Systems.

van den Brink-Muinen, A. et al. (2003). Eurocommunication II. A comparative study between countries in Central- and Western-Europe on doctor-patient communication in general practice. Final report. Utrecht, Nivel.

van der Horst, H./H. de Vries (2001). "Van persoonlijke, integrale en continue zorg naar medisch maatwerk." Huisarts & Wetenschap **44**: 226-29.

Van der Velden, L./L. Hingstman/W. Van der Windt/E. J. E. Arnold (2002). Raming benodigde instroom per medische en tandheelkundige vervolgopleiding 2002-2012/2017/2020. Utrecht, NIVEL, Prismant.

van der Werf, G./J. Zaat (2001). "De geboorte van een ideologie: Woudschoten en de huisartsgeneeskunde." Huisarts & Wetenschap **44**: 428-35.

Vos, B. (2002). "Abonnementstarief afschaffen?" Medisch Contact **57**: 1419.

Woessner, M. (2000). "Laudatio aus Anlaß der Verleihung des Bertelmann-Preises 2000."

6 Tabellen und Abbildungen

Tabelle 3.1: Anzahl Hausärzte in den Niederlanden nach Praxisform und Einwohner pro Hausarzt.....	22
Tabelle 3.2: Überweisungen und Arzneimittelverordnungen pro 100 pflichtversicherte Patienten 1996-2000 in den Niederlanden (jeweils pro Jahr)	23
Tabelle 3.3: Kopfpauschalen für unterschiedliche Patientengruppen in den Niederlanden.....	24
Tabelle 3.4: Einfluss von Gatekeeping und anderen Faktoren auf die Gesundheitsausgaben.	30
Tabelle 3.5: Einfluss von Gatekeeping auf die Arzt-Patient Beziehung.....	31
Tabelle 3.6: Primary Care System Score 1995	35
Abbildung 2.1: Durchschnittliche jährliche Behandlungskosten bei Wahl eines Hausarztes oder eines Facharztes als erste Anlaufstelle	15
Abbildung 3.1: Gesundheitsausgaben pro Kopf in US\$ KKP 1998 in Ländern mit Gatekeeping und in Ländern ohne Gatekeeping	29

Diskussionsbeiträge (ab 1995)

- 85 **Kempa, B.; Nelles, M.; 1995:** Interest Rate Differentials in a Target Zone - Model with Heterogeneous Expectations. Essen
- 86 **Westerhoff, Dr. H.-D.; 1995:** Maximum-Likelihood Schätzer für Poisson Lags. Essen
- 87 **Brüggelambert, G.; 1995:** Determinanten der Erwartungs- und Entscheidungsbildung an politischen Börsen. Essen
- 88 **Schiess, H.-F.; 1995:** Die theoretische Relevanz der ECU für die externe Unternehmensfinanzierung. Essen
- 89 **Nibbrig, B.; 1995:** Anlagebetrug - Anlegerschutz - ein bedeutsames (noch weiterhin) vernachlässigtes Thema in der wirtschaftlichen Bildung. Essen
- 90 **von der Lippe, P.; 1995:** Statistische Wohlfahrtsindikatoren - Die Messung des Lebensstandards - Essen
- 91 **von der Lippe, P.; Zwick, M.; 1996:** Die Lebensqualität von Gemeinden. Einige Anmerkungen zum Lebensqualität-Atlas von Korczak aus der Sicht der Statistik. Essen
- 92 **von der Lippe, P.; 1996:** Szenarien für eine künftige EU-Intrahandelsstatistik. Essen
- 93 **Kladroba, A.; 1996:** Zeitvariable Parameterschätzungen mit „Flexible Least Squares“, Essen
- 94 **Spaetling, D.; 1996:** Anmerkungen zum Duopolgleichgewicht auf einem vollkommenen Markt bei isoelastischer Marktnachfrage. Essen
- 95 **Moritz, K.-H. / Ohnsorge, F.; 1996:** Arbeitnehmermitbestimmung aus der Sicht der Property-Rights-Theorie. Essen
- 96 **Moritz, K.-H.; 1996:** Komparativ-statische Analyse von Haushaltsgleichgewichten: eine alternative Vorgehensweise. Essen

- 97 **Brüggelambert, G.; 1996:** About Institutions and Efficiency in Political Stock Markets: Views from some Spin-Offs. Essen
- 98 **Lippe v.d., P.M.; 1997:** Die Rolle der amtlichen Statistik in einer Marktwirtschaft und die deutschen Erfahrungen beim Übergang zu einer marktwirtschaftlichen Statistik. Essen
- 99 **Lippe v.d., P.M.; 1997:** Einige Grundsätze der Preisstatistik und Preisindextheorie. Essen
- 100 **Lippe v.d., P.M.; 1997:** Preisindizes für Zwecke der Deflationierung (Arten der Deflationierung, indextheoretische Probleme). Essen
- 101 **Peschel, P.; 1997:** Arbeitsmarkterfahrungen junger Wirtschaftswissenschaftler - Ergebnisse der Essener Absolventenbefragung. Essen
- 102 **Jennes, B.; 1998:** Ein alternativer Indikator der deutschen Geldpolitik - Untersuchung im Rahmen eines VAR-Modells. Essen
- 103 **Lippe v.d., P.M.; 1998:** Die amtliche Statistik in Deutschland, kein zu privatisierender Betrieb. Essen
- 104 **Lippe v.d., P. M.; 1998:** The political role of official statistics in the former GDR (East Germany). Essen
- 105 **Lippe v.d., P. M.; 1998:** Zwei Beiträge zum Verhältnis zwischen „Statistik“ und „Demokratie“: „Einführung eines TES-Seminars“ und „Die politische Rolle der amtlichen Statistik in der ehemaligen DDR“. Essen
- 106 **Kladroba, A.; 1998:** Der Kalman-Filter bei fehlerhafter Hyperstruktur - eine Simulationsstudie. Essen
- 107 **Westerhoff, H.-D.; 1998:** Erweiterung und Reform der EU. Essen
- 108 **Dewenter, R.; 1999:** Messung von substitutionalen Beziehungen mithilfe von Kreuzkorrelationsfunktionen - Eine alternative Methode der Marktstrukturanalyse Essen
- 109 **Westerhoff, H.-D.; 1999:** Kondratieff-Zyklen - Zum Stand der Diskussion -

- 110 **von der Lippe, P.; 1999:** Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung(en) in Deutschland nach neuen internationalen Vorschriften. Essen
- 111 **Kladroba, Andreas; 1999:** Schumacher oder Häkkinen: Wer war der „wahre“ Formel 1 Weltmeister 1998? Einige Anmerkungen zum Aggregationsproblem bei der Erstellung von Rankings. Essen
- 112 **Jörges, Katharina; Süß, Stefan; 2000:** Das idealtypische Menschenbild virtueller Unternehmen und seine Konsequenzen. Essen
- 113 **Nienhüser, Werner / Becker, Christina / Jans, Manuel; 2000:** Studentische Erwerbstätigkeit und Teilzeit-Studium – Erste Ergebnisse einer schriftlichen Befragung aller Studierenden der Wirtschaftswissenschaften an der Universität GH Essen
- 114 **Weinem, Michael / Carstens, Stefan; 2000:** Incentive Compatibility of Dual Transfer Pricing
- 115 **Brüggelambert, Gregor; 2000:** Nachteile von Gründungen in jungen Märkten beim Umgang mit Behörden und bei der Kreditaufnahme. Essen
- 116 **Nienhüser, Werner; 2001:** Studentische Erwerbstätigkeit und Probleme im Studium - Eine empirische Analyse geschlechtsspezifischer Unterschiede. Essen
- 117 **Kladroba, Andreas / von der Lippe, Peter; 2001:** Die Qualität von Aktienempfehlungen in Publikumszeitschriften. Essen
- 118 **Westerhoff, Horst-Dieter; 2002:** Globalisierung und Bilanzrecht – Einige ordnungspolitische Bemerkungen. Essen
- 119 **Clausen, Volker / Wohltmann, Hans-Werner; 2002:** Monetary and Fiscal Policy Dynamics in an Asymmetric Monetary Union. Essen
- 120 **Hayo, Bernd / Seifert, Wolfgang; 2002:** Subjective Economic Well-being in Eastern Europe. Essen
- 121 **Hayo, Bernd / Doh Chull Shin; 2002:** Popular Reaction to the Intervention by the IMF in the Korean Economic Crisis. Essen

- 122 **Jans, Manuel; 2002:** Überlegungen zur Güte der transaktionskostenökonomischen Erklärung betrieblicher Personalstrategien. Essen
- 123 **Kladroba, Andreas; 2002:** Die Qualität von Aktienempfehlungen in Publikumszeitschriften (Teil 2). Essen
- 124 **Wohltmann, Hans-Werner / Clausen, Volker; 2002:** Foreign Price Shocks and Monetary Policy in an Asymmetric Monetary Union. Essen
- 125 **Westermann, Michael / Dewenter, Ralf; 2003:** Cinema Demand in Germany. Essen
- 126 **Von der Lippe, Peter; 2003:** Zur Interpretation gesamtwirtschaftlicher Produktions- und Einkommensgrößen der deutschen Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung nach dem SNA 93/ESVG 95. Essen
- 127 **Von der Lippe, Peter; 2003:** Das Identifikationsproblem in der Ökonometrie. Essen
- 128 **Jans, Manuel; 2003:** Sozialkapitalkonzepte und ihre Brauchbarkeit in der Personal- und Organisationsforschung. Essen
- 129 **Kempa, Bernd; 2003:** An oversimplified inquiry into the sources of exchange rate variability. Essen
- 130 **Wasem, Jürgen / Greß, Stefan / Hessel, Franz; 2003:** Hausarztmodelle in der GKV - Effekte und Perspektiven vor dem Hintergrund nationaler und internationaler Erfahrungen. Essen