WIP WISSEN.PLUS
HÖHERE FACHSCHULE
FÜR MEDIZINISCHE WEITERBILDUNGEN

Alternative Versicherungsmodelle

ww.comparis.ch/krankenkassen/grundversicherungen/krankenkassenmodelle#punkt5

Alternative Versicherungsmodelle sind Varianten (Alternativen) der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.
Dazu gehören:

- HMO-Modelle
- Hausarzt Modelle
- Telmed-Modelle
- Weitere Modelle

Alternative Krankenkassen-Modelle (comparis.ch)

HMO-Modelle
HMO = Health Maintenance Organization (Gesundheitserhaltungsorganisation): HMO-Versicherte verpflichten sich, im Krankheitsfall immer zuerst einen ganz bestimmten Arzt aufzusuchen, der im HMO-Center praktiziert. Dieser Arzt wird als Gatekeeper bezeichnet. Ausgenommen von dieser Pflicht sind Notfälle, die jährliche gynäkologische Vorsorgeuntersuchung sowie Kontrolluntersuchungen beim Augenarzt.

Der HMO-Arzt erhält für die medizinische Versorgung der bei ihm eingeschriebenen Versicherten eine monatliche Pauschale ausbezahlt. Aus dieser werden alle Leistungen bezahlt, welche die HMO-Versicherten intern bei diesem oder extern bei Spezialärzten oder bei Spitalaufenthalten in Anspruch nehmen.

Das Gatekeeper-Prinzip ermöglicht es dem HMO-Arzt, die Behandlung seiner Patienten zu koordinieren. Die pauschale Entschädigung der ärztlichen Leistungen erlaubt es dem HMO-Arzt, sich auf das Erbringen der für seine Patienten richtigen Leistungen zu beschränken. Ein Anreiz zur Ausweitung der Menge der ärztlichen Leistungen entfällt. Die Prämien der HMO-Versicherungen sind entsprechend, bei gleichem Leistungsumfang, bis zu 25 Prozent tiefer als die Prämien der Standard-Grundversicherung.

Notfälle bei HMO-Versicherten:
Bei Notfällen wendet sich der HMO-Versicherte immer zuerst an seinen HMO-Arzt. Ist dieser nicht zu erreichen oder befindet sich der Versicherte nicht an seinem Wohn- oder Arbeitsort, so wendet er sich umgehend an den nächsterreichbaren Notfallarzt. Nach der notfallmässigen Behandlung nimmt der Versicherte mit seinem HMO-Arzt Kontakt auf und bespricht mit ihm das weitere Vorgehen.

Hausarzt-Modelle
Versicherte im Hausarzt-Modell verzichten auf die freie Arztwahl und verpflichten sich (wie bei der HMO), im Krankheitsfall immer ihren festen Hausarzt (Gatekeeper) aufzusuchen. Ausgenommen von dieser Pflicht sind Notfälle, die jährliche gynäkologische Vorsorgeuntersuchung sowie Kontrolluntersuchungen beim Augenarzt.

Die Krankenkassen definieren, welche Ärzte von den Versicherten als eigener «Hausarzt» in einem Hausarztmodell ausgewählt sein können. Diese sind entweder in Hausarzt-Netzwerke eingebunden oder frei praktizierende Ärzte. Während einige Krankenkassen explizite

Auflistungen von Ärzten führen, ermöglichen andere die Arztwahl aus allen Internisten, Allgemeinmedizinern und Kinderärzten innerhalb eines kassenspezifischen Einzugsgebiets.

Der gewählte Hausarzt ist für die medizinische Betreuung der Versicherten, die sich für ihn entschieden haben, zuständig. Wenn es medizinisch notwendig ist, werden die Versicherten von ihm zu einem Spezialisten überwiesen.

Es wird erwartet, dass dank der gezielten Überweisung der Versicherten vom Hausarzt an den Spezialisten eine Kosteneinsparung gegenüber der Standard-Grundversicherung erreicht werden kann. Die Prämien der Hausarzt-Versicherungsprodukte sind deshalb rund 15 bis 20 Prozent günstiger als diejenigen der Standard-Grundversicherung.

Telmed-Modelle
Bei jedem neu auftretenden Gesundheitsproblem wenden sich die Versicherten vor dem ersten Arztbesuch immer an eine telefonische Beratungsstelle. Dort erteilen medizinische Fachpersonen Auskünfte, geben Verhaltensempfehlungen ab oder leiten die Patienten an einen Arzt, ein Spital oder einen Therapeuten weiter. Von der Pflicht der telefonischen Kontaktaufnahme vor einem Arztbesuch ausgenommen, sind Notfälle, die jährliche gynäkologische Vorsorgeuntersuchung, Kontrolluntersuchungen beim Augenarzt (teilweise nur für Kinder) und andere pro Krankenkasse unterschiedliche Leistungen. Durch die telefonische Beratung vor dem Aufsuchen des Arztes werden Kosten eingespart. Die Versicherten im Telmed-Modell erhalten einen Prämienrabatt von rund 15 bis 20 Prozent im Vergleich zur Standard-Grundversicherung.

Weitere Modelle
In dieser Kategorie sind spezielle Versicherungsmodelle aufgelistet. Sie haben Einschränkungen, die sich nicht einem der anderen Versicherungsmodelle zuordnen lassen. Zum Beispiel:

- Sich nur in Spitälern behandeln zu lassen, die auf der Spitalliste der Krankenkasse aufgeführt sind.
- Medikamente immer in einer bestimmten, von der Krankenkasse definierten Apotheke/Apotheken-Gruppe zu kaufen.

Seit dem Jahr 2020 werden sogenannte **Hybrid- oder Mixmodelle** angeboten. Es gibt zwei bis drei verschiedene Anlaufstellen (Hausarzt, Apotheke, Gesundheitszentrum, telefonische Gesundheitsberatung). Je nach Modell können die Versicherten sich für eine der möglichen Erstanlaufstellen entscheiden oder können die Erstanlaufstelle von Fall zu Fall auswählen. Der Prämienrabatt entspricht 15-20 Prozent.

Bei alternativen Versicherungsmodellen ist Folgendes zu beachten

- Beanspruchen versicherte Personen ausserhalb einer Notfallsituation direkt ambulante oder stationäre Behandlungen ohne vorherige Anweisung durch ihren HMO- oder Hausarzt, tragen sie bei einigen Kassen sämtliche damit verbundenen Kosten selbst.
- Wählen die versicherten Personen ein Originalpräparat statt ein auf der Liste aufgeführtes Generikum, werden die Kosten nicht immer voll vergütet.

Die Regelungen sind nicht einheitlich, aber jeweils in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der Krankenkassen festgehalten.