

Die Entwicklung der besonderen Versicherungsformen im Rahmen des neuen Krankenversicherungsgesetzes

Das 1996 in Kraft getretene Krankenversicherungsgesetz (KVG) liess erstmals Versicherungsformen «mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer» zu; vorher, seit 1990, waren solche Versicherungen nur als Modellversuche möglich. Die Anzahl der Personen, die eine Form der Krankenversicherung gewählt haben, in der sie auf die freie Arztwahl verzichten, ist seit Inkrafttreten des KVG sprunghaft angestiegen. Ein vom BSV in Auftrag gegebener Bericht zeichnet die Entwicklung und die bisherigen Erfahrungen nach.



Dr. Rita BAUR,
Prognos AG, Basel

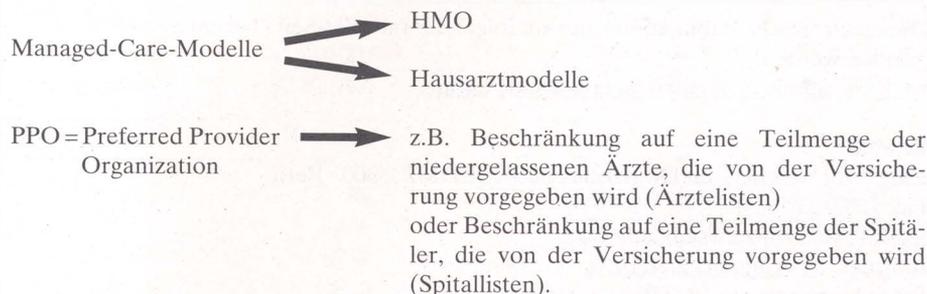
Bei der Beurteilung der Entwicklung der besonderen Versicherungsformen ist zu berücksichtigen, dass bei weitem nicht alle Krankenversicherten überhaupt die Möglichkeit haben, eine solche Form zu wählen, weil es in vielen Regionen kein entsprechendes Angebot gibt. Dennoch sind die Versichertenzahlen seit Inkrafttreten des KVG beeindruckend angestiegen:

1995	35 383
1996	121 598
1997	383 093
1998	494 040
1999 (prov.)	534 200

Die Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer lassen sich in zwei Gruppen unterteilen (siehe nebenstehendes Kästchen).

In beiden Fällen sind die Versicherten in der freien Wahl der Leistungserbringer eingeschränkt; der Unterschied liegt im Aspekt «Management». *Managed-Care-Modelle*

haben den Anspruch einer ganzheitlich, von einer Hand gesteuerten Gesundheitsversorgung durch die gesamte Leistungskette. Zentrales Element ist das Gatekeeping, bei dem eine Patientin/ein Patient im Bedarfsfall immer zuerst den Gatekeeper (= Hausarzt/Hausärztin) aufsucht, der dann gegebenenfalls einen Auftrag an andere Glieder der Behandlungskette weitergibt. Eine solche Steuerung fehlt bei den *PPO*. Ihr Kennzeichen ist die Selektion von Leistungserbringern durch die Krankenkassen nach Massstäben



der Qualität und Wirtschaftlichkeit (soweit möglich).

Für die *Managed-Care-Modelle* haben sich zwei Formen herausgebildet, die HMOs (Health Maintenance Organization) und die Hausarztmodelle oder Hausarztnetze. Deren wesentliche Elemente sind in **Tabelle 1** aufgeführt.

Die grösste Verbreitung haben Ende 1999 die Hausarztmodelle mit knapp 380 000 Versicherten, gefolgt von den HMOs mit gut 100 000 Versicherten. Die restlichen gut 50 000 Versicherten in Formen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer verteilen sich auf PPOs und Sonderformen¹, die im Weiteren nicht mehr berücksichtigt werden.

Die regionale Verbreitung der Hausarzt- und HMO-Versicherungen ist sehr ungleichmässig (**Abb. 2**). In 10 Kantonen gibt es überhaupt keine Managed-Care-Versicherten, oder ihr Anteil an allen Krankenversicherten liegt unter 1%. In diesen Kantonen gibt es entweder gar kein entsprechendes Versicherungsangebot oder eine sehr geringe Angebotsdichte (z.B. ein einziges Angebot einer Krankenkasse). 3 Kantone weisen einen hohen Versichertenanteil von um 20% in den Managed-Care-Formen auf: Thurgau, Aargau und Schaffhausen. Es wird daran sehr deutlich, dass die neuen Versicherungsformen beträchtliche Marktchancen haben (können), wenn ein ausreichendes Angebot vorhanden ist. Dies gilt für Hausarztnetze und HMOs gleichermaßen; in einzelnen Städten erreichen die HMOs, die ja im Wesentlichen nur einen örtlichen Einzugsbereich haben, Versichertenanteile von 10%, im Maximum sogar von fast 20%.

¹ Z.B. eine Versicherungsform, bei der die Versicherten sich auf einen Hausarzt als Gatekeeper festlegen, ohne dass dieser einem Hausarztzweig angehört.

HMO

- Gruppenpraxis mit angestellten Ärzten
- Finanzierung über Kopfpauschalen, die die eigenen und externen Kosten der Gesundheitsversorgung abdecken. Budgetverantwortung.
- Verträge mit einer oder mehreren Krankenkassen
- Gatekeeping

Hausarztmodell

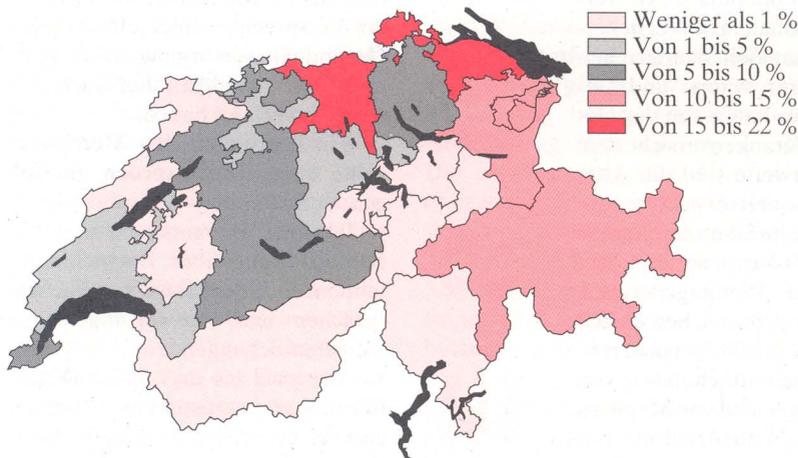
- Niedergelassene Ärzte (Grundversorger) in freier Praxis, die sich auf regionaler/lokaler Ebene zu einer Gruppe zusammengeschlossen haben.
- Finanzierung bisher fast ausschliesslich nach herkömmlicher Art über Einzelleistungsabrechnung.
- Nur vereinzelt Gruppen mit echter Budgetverantwortung, aber z. T. Erfolgsbeteiligung.
- Verträge mit einer oder mehreren Krankenkassen
- Gatekeeping

len Modell Versicherte auf einen Arzt entfallen. Immerhin hat aber ein Drittel der Netze eine sehr breite Versichertenbasis.

Die Hausarztnetze, gegründet in der Regel auf Initiative einzelner Ärzte oder der kantonalen Ärztesellschaften, haben meist Verträge mit mehreren Partnern auf Versichererseite (mehrere Versicherer und/oder MCOs). Die Verträge re-

Die neuen Versicherungsformen können beträchtliche Marktchancen haben, wenn ein ausreichendes Angebot vorhanden ist.

Verbreitung der HMO- und Hausarzt-Versicherungen



Mit der Bestandesaufnahme besonderer Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenversicherung werden diese Formen zum einen quantitativ-statistisch erfasst, zum anderen qualitativ beschrieben.

Die amtliche Krankenversicherungsstatistik kann bisher Versicherungszahl und -struktur für die einzelnen Formen nicht ausweisen. Wenig ist auch bekannt über die innere Ausdifferenzierung insbesondere der Hausarztnetze. Angesichts der Erwartungen, die an die neuen Versicherungsformen gerichtet sind, ist diese Intransparenz unbefriedigend.

Hausarztnetze

Insgesamt wurden für 1999 71 Hausarztnetze mit zusammen 378 039 Versicherten und 3699 beteiligten Ärzten erfasst. In den Kantonen Thurgau, Aargau und Schaffhausen sind die Hausarztversicherungen am weitesten verbreitet. Das Produkt «Hausarztversicherung» wird im Jahr 2000 von 40 der insgesamt 109 Krankenversicherer angeboten. Diese Versicherer haben entweder direkt oder über Managed-Care-Organisationen (MCO)² Verträge mit Hausarztnetzen abgeschlossen. Im Durchschnitt sind einem Hausarztnetz rund 50 Ärzte und gut 5000 Versicherte angeschlossen. Vielen Hausarztnetzen mangelt es aber noch an einer breiten Versichertenbasis, so dass oft nur wenige nach dem speziel-

geln vor allem die Teilnahme der Ärzte, das Verhältnis gegenüber den Versicherten, die Abrechnungsvorgänge und Aufgaben der MCOs bzw. Krankenkassen, Aufwandsentschädigung und Gewinn-/Verlustbeteiligung.

Als Steuerungsdaten erhalten die Hausarztnetze meist vierteljährliche Statistiken zu den eigenen und veranlassenden Kosten und Leistungen. Generell ist aber der Ansatz einer neuen und ganzheitlichen Steuerung der Gesundheitsversorgung bei der Mehrzahl der Hausarztnetze eher schwach verankert, und die Intensität der Zusammenarbeit in den Hausarztnetzen ist eher gering. Eine Ursache dafür ist sicher, dass in den meisten Hausarztnetzen die Teilnahme der Ärzte nach dem Territorialprinzip erfolgte und nicht nach ihrem Engagement für oder Interesse an einer neuen Versorgungsform. In der Mehrzahl der Netze sind nämlich alle oder fast alle in der Region niedergelassenen (und von ihrer Fachrichtung einschlägigen) Ärzte beteiligt.

Fazit ist, dass wohl in den meisten der heutigen Hausarztnetze, ausser dem Gatekeeping, noch nicht viel von Managed-Care zu verzeichnen ist. Das Gatekeeping kann aber seine Wirkungen nur in einem transparenten und vernetzten System entfalten. Es wäre aber auch die Erwartung völlig überzogen, dass beides gleichzeitig zu haben ist: ein starker quantitativer Ausbau, wie er in nur zwei bis drei Jahren stattgefunden

² MCOs sind intermediäre Institutionen, die im Auftrag von mehreren Krankenkassen das Managed-Care-Geschäft betreiben.

den hat, und die Implementation eines den Namen verdienenden Managed-Care-Systems. Denn die dafür erforderlichen Veränderungen in Verhaltensweisen und Einstellungen sind erheblich.

Auch wenn Managed Care vorerst einen eher geringen Stellenwert hat, bieten die Hausarztnetze doch Gelegenheit, Erfahrungen zu sammeln, die für eine Weiterentwicklung von Bedeutung sein können.

HMOs

Insgesamt existierten 1999 28 HMOs mit zusammen gut 100 000 Versicherten. Der Höhepunkt der HMO-Gründungen lag in den Jahren 1994 und 1995. Nur in Ausnahmefällen verzeichnen die HMOs seit 1998 noch einen Zuwachs an Versicherten. HMOs sind typischerweise in grösseren Städten angesiedelt, lediglich ein Versicherer hat eine breitere Streuung vorgenommen.

Die Versichertenzahlen der meisten HMOs liegen 1999 zwischen 2500 und 4000; mehr als 10 000 Versicherte konnten nur dort erreicht werden, wo die HMO mit einem Hausarztnetz verknüpft ist (Gesundheitsplan HMO Basel).

Überwiegend sind Krankenkassen oder MCOs Träger der HMOs; es gibt 1999 drei Ausnahmen: zwei ärzteigene HMOs und eine HMO in der Trägerschaft einer Stiftung. Die HMOs haben jedoch Verträge mit mehreren Krankenkassen (2–6), die das Produkt «HMO» ihren Versicherten anbieten. Sie vergüten die Krankenpflegekosten ihrer HMO-Versicherten über eine Kopfpause an die HMO. Die Kopfpause werden primär nach Alter und Geschlecht gewichtet; experimentiert wird auch mit anderen Merkmalen.

Die HMOs orientieren sich an der *evidenzbasierten Medizin*. Behandlungsleitlinien spielen eine wachsende Rolle; der Medikamenteinsatz ist gesteuert, die HMOs kommen mit sehr viel weniger Spezialitäten aus, als im traditionellen System verordnet werden.

Für die HMOs war von Anfang an der *Qualitätsaspekt* von grosser Bedeutung. In einem System der Gesundheitsversorgung, das explizit auch die Kosten berücksichtigt, muss die Qualität transparenter gehandhabt werden als im herkömmlichen System. Dies dürfte das

Hauptmotiv sein, warum die HMOs dazu übergehen oder bereits übergegangen sind, sich zertifizieren zu lassen.

Versichertenstruktur in den Managed-Care-Formen

Eine der zentralen Fragen im Zusammenhang mit Managed-Care-Formen ist die nach der Risikoselektion bzw. konkret, ob überwiegend gute Risiken solchen Modellen beitreten und entsprechend geringe Kosten verursachen. Schwierigkeiten bereitet die Messung von «Risiko», da alle verfügbaren Informationen mit Mängeln behaftet sind und sich die Formel noch nicht herauskristallisiert hat. Trotz der bekannten begrenzten Aussagekraft von Alter und Geschlecht, bezogen auf den einzelnen Versicherten, sind dies nach wie vor die regelmässig zur Beschreibung der Risikopopulationen verwendeten Merkmale. Die Versicherten in Hausarztmodellen unterscheiden sich in ihrer Alters- und Geschlechtsstruktur kaum von der Gesamtheit der Krankenversicherten; überraschenderweise sind die Älteren bei den Hausarztversicherten sogar leicht überrepräsentiert. Anders bei den HMO-Versicherten: Wie schon bei der Pioniergeneration 1991–1994 lässt sich auch heute noch feststellen, dass HMO-Versicherungen überdurchschnittlich häufig von 19- bis 40-Jährigen und von Männern gewählt werden, tendenziell also von «guten Risiken». Einzelbeispiele belegen aber auch, dass mit gezieltem Marketing eine andere Versichertenstruktur erreicht werden kann.

Krankenpflegekosten in den Managed-Care-Formen

Die Krankenpflegekosten für *Hausarztversicherte* liegen tiefer als die der traditionell Versicherten. Bezogen auf regionale, nach Alter und Geschlecht standardisierte Vergleichskollektive besteht ein Kostenvorteil für Hausarztversicherte von durchschnittlich rund 20%. Demzufolge wären die Prämienreduktionen von 10 bis 15% durchaus gerechtfertigt. Ob dieser Abstand «echt» ist oder z.T. einer unvollkommenen Risikoerfassung zuzuschreiben ist, kann vorerst nicht klar entschieden werden. Die Versicherer sind z.T. eher skeptisch bezüglich der echten Kostenvorteile, wol-

len dies jedoch nicht zum alleinigen Massstab in der erst kurzen Bestandeszeit der Netze machen.

Bei den *HMOs* liegen die Kosten je Versichertem deutlich tiefer als bei den Hausarztnetzen (und den traditionell Versicherten). Auch bei verfeinerter Risikobewertung bleibt ein Kostenabstand, der die Prämienreduktionen von meist 15 bis 20% rechtfertigt. Kritisch ist allerdings die Art der Kostenermittlung mittels der «Schattenrechnung».

Ausblick

Die Managed-Care-Modelle und darunter vor allem die Hausarztnetze sind noch sehr jung. Dem beeindruckenden Markterfolg wird sich eine Phase der inneren Ausdifferenzierung und weiterer Innovationen anschliessen. Diese Entwicklungen sollten weiterhin beobachtet werden, da die Managed-Care-Modelle ihr Versprechen einer effizienteren Gesundheitsversorgung zwar noch nicht voll eingelöst, aber auch keineswegs verfehlt haben.

Ein kontinuierliches Monitoring sollte eingerichtet werden mit folgender Struktur:

- Jährliche Beobachtung und Berichterstattung über Entwicklungstendenzen auf der Basis von Fachgesprächen und Auswertungen von Veröffentlichungen.
- Alle zwei bis drei Jahre Durchführung von statistischen Erhebungen bei Trägern und bei den Anbietern direkt nach dem Muster der vorliegenden Erhebungen.

Auf diese Weise könnten die Entwicklungen in einem innovativen Feld der Gesundheitsversorgung transparent gemacht und auch in die politische Diskussion eingebracht werden. ■

Wo finde ich diesen Bericht?

Die Studie «Bestandesaufnahme besonderer Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenversicherung» kann ab Ende Februar bezogen werden unter der Bestellnummer

318.010.15/00

bei der **Eidgenössischen Drucksachen- und Materialzentrale (EDMZ)**, 3003 Bern

Tel. 031/325 50 50

Fax 031/325 50 58

E-Mail: verkauf.zivil@bbl.admin.ch

Internet: <http://www.bsv.admin.ch>

(Homepage BSV)