

Tiefere Kosten dank neuen Versicherungsformen

Die neuen Versicherungsformen – konkret die HMO- und die Bonusversicherung sowie die Versicherung mit erhöhter Franchise – können einen substantiellen Beitrag zur Kosteneindämmung in der Krankenversicherung leisten. Dies hat eine im Auftrag des BSV von der Firma Prognos durchgeführte, breit angelegte Untersuchung ergeben. Bei den tieferen Kosten handelt es sich um echte Einsparungen, die nicht darauf zurückzuführen sind, dass die betreffenden Versicherten vergleichsweise gesünder sind. Mit der Aufnahme dieser neuen Versicherungsformen ins KVG wird somit die vom Gesetzgeber beabsichtigte Kostendämpfung begünstigt.

RITA BAUR (PROGNOS AG), TILL BANDI, STEFAN SCHÜTZ

Die Hauptfrage der Untersuchung¹ lautete: Können neue Formen der Krankenversicherung zur Kostensenkung im Gesundheitswesen beitragen? Die Ergebnisse der Untersuchung sind in mehreren Berichten zu den verschiedenen Teiluntersuchungen dokumentiert und wurden in einem Synthesebericht² zusammengefasst.

Das Verhalten der Versicherten und der Ärzte als Schlüsselgrösse

Versicherte mit einer Bonus-Versicherung oder mit wählbarer Jah-

resfranchise haben ein Interesse, keine oder nur wenig Leistungen in Anspruch zu nehmen. Bei der HMO-Versicherung sind es die Ärzte/Ärztinnen, die ein Interesse an einer kostengünstigen und gesundheitsfördernden Betreuung ihrer Patientinnen und Patienten haben.

Wer wählt die neuen Versicherungsformen?

Alle drei Versicherungsformen haben im Beobachtungszeitraum zwischen 1991 und 1994 besonders solche Personen angezogen, die man als «gute Risiken» bezeichnet: Eher

Jüngere als Ältere, eher Männer als Frauen, eher Personen, die keine chronischen Krankheiten haben und die sich subjektiv bei guter Gesundheit fühlen. Am ausgeprägtesten ist diese Risiko(selbst)selektion bei den Bonus-Versicherten. Sowohl für die Bonus-Versicherung als auch für eine erhöhte Jahresfranchise haben sich eher die finanziell Bessergestellten entschieden, so dass auch kaum die Gefahr besteht, dass aus wirtschaftlicher Not Arztkonsultationen unterbleiben.

Entscheidend ist die Frage, ob allein die gute Risikostruktur die Kostenunterschiede erklärt.

Angesichts der günstigeren Risikostruktur in den neuen Versicherungsformen im Vergleich zur traditionellen Krankenversicherung überrascht es nicht, dass auch die Kosten je versicherte Person deutlich tiefer liegen als in der traditionellen Versicherung. Entscheidend aber ist die Frage, ob allein die gute Risikostruktur die Kostenunterschiede erklärt oder ob es «echte» Kosteneinsparungen gibt, die auf die Versicherungsform und die damit verbundenen Anreize zurückgehen.

Kosteneinsparungen sind grösser als Prämienrabatt

Die Bonus-Versicherung führt zu einer echten, also nicht durch die günstige Risikostruktur bedingten Kosteneinsparung gegenüber der traditionellen Versicherung in der Grössenordnung von etwa 30%. Sogar noch etwas höher (40%) fällt die echte Kosteneinsparung bei der höchsten Franchisestufe (1200 Fr.) aus, während bei den niedrigeren Franchisestufen (350 und 600 Fr.) Einsparungen nicht statistisch sicher nachgewiesen werden können. In begrenztem Umfang findet bei der Bonus-Versicherung und der höch-

1 Eine detaillierte Beschreibung des Untersuchungsaufbaus ist in CHSS 1/1994 (S. 38 ff) enthalten.

2 Bundesamt für Sozialversicherung (Hrsg.), Prognos AG, Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung, Synthesebericht, Bern 1998.

Ende 1989 hatte der Bundesrat durch eine Verordnungsänderung die Versicherung mit eingeschränkter Wahlfreiheit der Leistungserbringer sowie die Bonusversicherung zugelassen. Von diesen Versicherungsformen erhoffte er sich einen Beitrag zur Eindämmung der Kostenentwicklung in der Krankenversicherung. Da die Wirkungen dieser neuen Versicherungsmodelle nicht vorhersehbar waren, beauftragte er das Bundesamt für Sozialversicherung mit der Durchführung einer wissenschaftlichen Begleituntersuchung, die zum Ziel hatte, die Wirkungen der neuen Versicherungsformen zu untersuchen. Andererseits sollte im Rahmen dieser Arbeiten ein Konzept für eine neue Krankenversicherungstatistik erstellt und erprobt werden, da die Daten Grundlagen in der Krankenversicherung seit längerer Zeit nicht mehr den Bedürfnissen der Aufsichtsbehörde, der Politik, der Versicherer und der Wissenschaft entsprechen. Auf Anregung der Krankenversicherer wurde die Evaluation nachträglich auch auf die Versicherung mit erhöhter Jahresfranchise ausgedehnt.

Durch die Annahme des KVG in der Volksabstimmung wurde das erste Ziel der Evaluation überholt, da die neuen Versicherungsformen im neuen Gesetz definitiv aufgenommen wurden. In der Folge standen die Umsetzung des neuen Krankenversicherungsgesetzes und die neue Krankenversicherungstatistik, die ab 1998 auf einer jährlichen Basis fortgeführt werden soll, im Vordergrund der Arbeiten.

Die nun vorliegenden Schlussberichte der Untersuchung enthalten interessante Informationen, die trotz der zurückliegenden Erhebungsperiode Gültigkeit behalten.

Die evaluierten «neuen» Krankenversicherungsformen

1

Bonus-Versicherung	Wählbare Jahresfranchise (WJF)	Versicherung mit eingeschränkter Wahlfreiheit: HMO (Health maintenance organization)
Versicherte, die keine Kosten verursachen, erhalten im Folgejahr einen Prämienrabatt. Der Rabatt steigt von Jahr zu Jahr und erreicht mit effektiv knapp 40% nach fünf Jahren seinen Höchststand.	Versicherte, die eine höhere als die ordentliche Franchise wählen, erhalten einen Prämienrabatt und müssen dafür im Krankheitsfall einen grösseren Teil der Kosten selbst bezahlen. Drei Franchisestufen standen zur Auswahl: 350, 600, 1200 Fr.	Die Versicherten verpflichten sich, im Krankheitsfall zuerst den Arzt/ die Ärztin in der HMO-Praxis zu konsultieren. Diese(r) entscheidet darüber, ob eine Überweisung zu Spezialisten oder ins Spital angezeigt ist. Für den Verzicht auf die freie Arztwahl erhalten die Versicherten eine Prämienreduktion. Die HMOs finanzieren sich nicht auf der Basis von Einzelleistungsabrechnungen, sondern erhalten eine Kopfpauschale je Versicherten.
Versicherte 1994: 15 087 Zunahme 91/94: 25,9 % pro Jahr	Versicherte 1994: mind. 365 000 Zunahme 91/94: 21,2 % pro Jahr	Versicherte Ende 1994: 16 513¹ Zunahme 91/94: 62,6 % pro Jahr
Weitere Entwicklung der Versichertenzahlen (Veränderung in %)		
1995: +113,8 %	+8,5 %	+42,7 %
1996: -14,9 %	+230,0 %	+243,7 %
<small>¹ Nur die drei Pionier-HMOs, die untersucht wurden: HMO-Zürich/Wiedikon, Medizinisches Zentrum Helvetia (MZH)-Zürich, HMO-Basel. Ab 1994 kamen weitere HMOs hinzu, die aber nicht mehr in die Evaluation einbezogen wurden.</small>		

sten Franchisestufe eine in den Daten der Krankenkassen nicht sichtbare Kostenverlagerung statt, weil Patienten Rechnungen gar nicht zur Kostenrückerstattung einreichen, sondern die Kosten selbst tragen. Aus den Befragungen geht hervor, dass durchschnittlich rund 10% der Kosten von den Versicherten selber getragen werden und sich daher der

Die Bonus-Versicherung führt zu einer echten Kosteneinsparung von etwa 30%. Ähnlich hoch sind die Einsparungen bei den hohen Franchisen und der HMO-Versicherung.

effektive Kostenunterschied auf rund 30% reduziert.³ Damit bleiben echte Kosteneinsparungen bestehen; sie sind in beiden Fällen grösser als die Prämienreduktionen, von denen die Versicherten profitieren.

³ Dies gilt für die Sicht der Versicherten, nicht aber für jene der Versicherung.

Inhalt der Versichertenbefragung

2

Teilstudie	Hauptfragestellungen
I Basiserhebung	<ul style="list-style-type: none"> • Risikoselektion • (Sonstige) Gründe für Versicherungswahl • Beurteilung der verschiedenen Versicherungsformen • Indizien für selbstgetragene Gesundheitskosten
II Selbstgetragene Gesundheitskosten Gesundheitszustand	<ul style="list-style-type: none"> • Höhe der von den Versicherten gänzlich aus eigener Tasche bezahlten Gesundheitskosten für <ul style="list-style-type: none"> – Ärzte, Spitäler – Medikamente – paramedizinische Gesundheitsleistungen • Veränderungen des subjektiven Gesundheitszustandes
III Qualitative Aspekte HMO	<ul style="list-style-type: none"> • Subjektive Zufriedenheit mit den HMO-Praxen im Vergleich zu traditionellen Praxen • Selbstgetragene Gesundheitskosten bei HMO-Versicherten
IV HMO-Aussteiger	<ul style="list-style-type: none"> • Gründe für den Austritt aus der HMO-Versicherung • Risikoselektion durch Austritte
V Vergleich der Struktur der Neueintritte	<ul style="list-style-type: none"> • Unterschiede zwischen der Pioniergeneration und den später Hinzukommenden <ul style="list-style-type: none"> – Risikoselektion – soziodemographische Struktur

Die *HMO-Versicherung* weist ebenfalls echte Kosteneinsparungen von 30 bis 35% gegenüber der traditionellen Versicherung auf. Sie erzielt dies durch eine Reihe von Faktoren, so insbesondere:

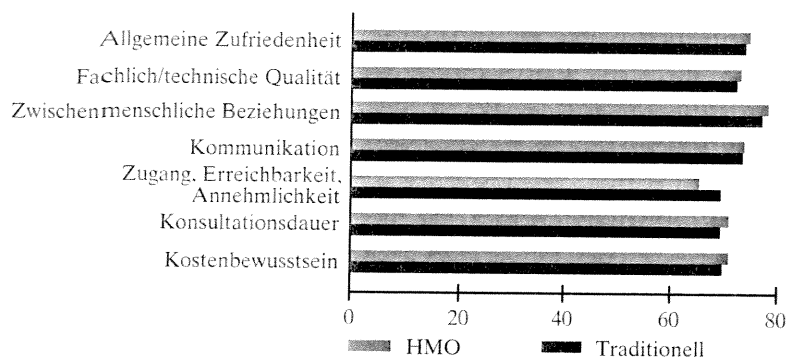
- seltenere Spitaleinweisungen,
- niedrigere Medikamentenkosten,

- sorgfältige Auswahl der Spezialisten,
- Vermeiden von Doppeluntersuchungen.

Auch bei der HMO-Versicherung ist der finanzielle Vorteil für die Versicherten (Prämienreduktion, z.T. kein Selbstbehalt, keine Franchise)

Zufriedenheit der Patienten mit verschiedenen Aspekten der ärztlichen Versorgung¹

3



¹ Durchschnitt in % des maximal erreichbaren Wertes (=100).

eher geringer, jedenfalls nicht größer als die echte Kosteneinsparung.

Kosteneinsparung geht nicht zu Lasten der Qualität

Um dem möglichen Vorbehalt, dass bei den HMOs die Qualität zugunsten der Kosteneinsparungen zu kurz komme, Rechnung zu tragen, wurde bei den HMOs nicht nur die Kostenseite betrachtet, sondern auch verschiedene Untersuchungen zu qualitativen Aspekten durchgeführt.

Die erfassten Indikatoren weisen darauf hin, dass die Kosteneinsparung in der HMO-Versicherung nicht zu Lasten der Qualität geht:

- Die Patientenzufriedenheit der HMO-Patienten entspricht derjenigen von Patienten traditioneller Hausarztpraxen.
- Die Standards der medizinischen Prävention werden eingehalten; (Blutdruckmessung, Krebsabstrich, Mammographie sowie Masern-, Mumps- und Rötelnimpfungen bei Kindern unter 5 Jahren).
- Die im Rahmen der Evaluation durchgeführte Qualitätsstudie über die Behandlung von Personen mit überhöhtem Blutdruck ergab, dass zwischen den HMO-Praxen und traditionellen Praxen keine statistisch signifikanten Behandlungsunterschiede bestehen. Im Behandlungsergebnis – gemessen am Erfolg der Hypertoniebehandlung – ergeben sich ebenfalls keine Unterschiede zwischen den Praxistypen.

Zufriedene HMO-Versicherte

HMO-Versicherte sind insgesamt mit der medizinischen Versorgung durch ihre HMO-Praxis zufrieden.

Es scheint, dass es den HMO-Ärztinnen und -Ärzten gelungen ist, ein gutes Vertrauensverhältnis mit ihren Patientinnen und Patienten aufzubauen. Wie aus *Abbildung 3* hervorgeht, bestehen mit einer Ausnahme nur geringe Unterschiede zwischen den HMO-Versicherten und Personen im traditionellen System. Hervorzuheben ist insbesondere, dass die HMO-Versicherten nicht das Gefühl haben, die HMO-Ärztinnen und -Ärzte würden ihnen aus Kostengründen Leistungen vorenthalten.

Die HMOs schneiden im Vergleich zu den traditionellen Praxen einzig bezüglich der Einschätzung des Zugangs und der Erreichbarkeit geringfügig schlechter ab. Konkret sind HMO-Mitglieder etwas weniger zufrieden als traditionell Versicherte, wenn es darum geht, rasch einen Termin zu bekommen. Schlechter eingestuft werden der Zugang zu ärztlicher Hilfe im Notfall, die Sprechstundenhäufigkeit und -dauer sowie die Bereitschaft der HMO-Ärztinnen und HMO-Ärzte zu Hausbesuchen. Demgegenüber bewerteten die HMO-Versicherten die Wartezeiten in der Praxis besser als die traditionell Versicherten. Die HMO-Versicherten fühlten sich zudem auch nicht im Zugang zu Spezialärztinnen und Spezialärzten eingeschränkt.

Wenn Versicherte aus der HMO austreten, kann dies ein Hinweis sein, dass sie mit dem Modell unzufrieden sind. Diesbezüglich ist festzustellen, dass einerseits nur eine geringe Zahl von Personen aus den HMOs ausgetreten sind. In den Jahren 1992 und 1993 waren es zwischen 5 und 10% der Versicherten.

Aus der Befragung der ehemaligen HMO-Mitglieder geht hervor, dass davon rund ein Drittel ihre HMO verlassen haben, weil sie den Wohnort wechselten. Rund die Hälfte gab an, dass sie nie oder nur ein- bis zweimal in der HMO-Praxis waren. Austrittsentscheide wurden somit häufig gefasst, ohne dass negative Erfahrungen vorlagen. Es ist zu vermuten, dass der Eintritt in die HMO wenig überlegt erfolgte oder das soziale Umfeld den HMO-Beitritt kritisch kommentierte. Gestützt wird diese Hypothese durch das Ergebnis, dass diese Personen als Austrittsgründe häufig «keine freie Arztwahl» angaben, obwohl sie die HMO-Praxis nie in Anspruch nehmen mussten.

Keine Entsolidarisierung

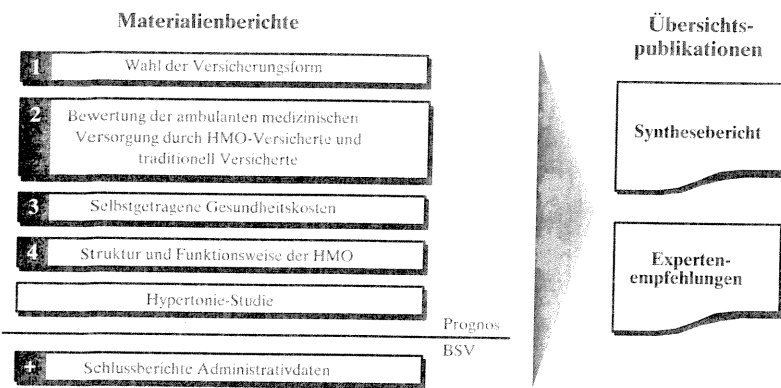
Versicherte in den neuen Versicherungszweigen sind vergleichsweise jünger und häufiger männlich als traditionell Versicherte. Am ausgeprägtesten sind diesbezüglich die Differenzen in der Bonusversicherung. Sind die Versicherten der neuen Versicherungsformen deshalb unsolidarisch? Die Untersuchung zeigt, dass die Solidarität sichergestellt ist. Weiter geht hervor, dass bei den HMO-Mitgliedern, den Bonusversicherten und den Versicherten mit einer Jahresfranchise von 1200 Franken der Prämienrabatt geringer war als die erzielte Kosteneinsparung. Das heisst, diese Versicherten leisten über ihre Prämienzahlungen – neben den Abgaben an den Risikoausgleich – zusätzliche Beiträge zur Finanzierung der Kosten der traditionellen Versicherung.

Wirtschaftlichkeit der neuen Versicherungsformen

Trotz der kurzen Bestandsdauer und hoher Anlaufkosten hatten 1994 zwei der drei evaluierten HMOs das Stadium der Wirtschaftlichkeit erreicht. Die Untersuchung zeigt aber deutlich, dass die Marktentwicklung der neuen Versicherungsformen in hohem Masse von der Promotion durch die Krankenkassen abhängt; daraus erklärt sich auch die sehr unterschiedliche regionale Verteilung. Schwerpunkt der wählbaren Jahresfranchise sind die französischsprachigen Kantone, Schwerpunkt der Bonus-Versicherung ist der Kanton Bern.

Überblick über die verschiedenen Berichte

4



Die Berichte können bei der EDMZ, 3000 Bern, bezogen werden (s. nähere Angaben auf der Umschlagseite des vorliegenden Heftes).

Würdigung der Ergebnisse

Prof. Dr. Jürg H. Sommer von der Universität Basel hatte im Auftrag des EDI die Ergebnisse der Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung zu beurteilen und gesundheitspolitische Folgerungen zu ziehen. Der Experte kommt zum Schluss, dass die mit dem KVG eingeleitete wettbewerbsorientierte Reform der sozialen Krankenversicherung ein Schritt in die richtige Richtung sei. Obschon die Evaluation unter den Bedingungen des alten Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes stattfand, liessen sich die Hauptergebnisse auf die neue Ordnung übertragen.

Nach Prof. Sommer eignet sich ein wettbewerbles System für die Schweiz, da einerseits ein hoher Anpassungs- und Reformbedarf (u.a. Überkapazitäten im Angebot) vorhanden sei und andererseits mit dem neuen KVG gute Voraussetzungen für ein Gelingen des anforderungsreichen Reformprozesses geschaffen wurden (klare Trennung zwischen Grund- und Zusatzversorgung, individuelle Prämien, Kassenvielfalt, verschiedene Versicherungsformen). Die Evaluation habe gezeigt, dass die HMO-Gruppenpraxen zu echten Einsparungen führen können. Es bestünden jedoch Hemmnisse, die das Wachstum der HMOs sowie das Aufkommen von weiteren neuen Managed-Care-Modellen behindern. Dazu gehöre insbesondere auch die wettbewerbsverzerrende Subventionierung der stationären Behandlung, die dazu führe, dass einerseits die Einsparungen nicht an die HMO-Versicherten weitergegeben und an-

dererseits die Verlagerung in den in der Regel günstigeren ambulanten Bereich gebremst werde.

Es bestehen Hemmnisse, die das Wachstum der HMOs sowie das Aufkommen von weiteren neuen Managed-Care-Modellen behindern.
(Prof. Jürg H. Sommer)

Besondere Aufmerksamkeit müsse den finanziellen Anreizen zukommen. Im weiteren sei generell die Transparenz in der Krankenversicherung zu erhöhen, damit sich der Wettbewerb zwischen den Kassen und den Versicherungsmodellen besser entfalte. Der Staat als Garant der Rahmenbedingungen habe in diesem Modell eine äusserst schwierige Aufgabe: Er habe primär dafür zu sorgen, dass die Solidarität in der Krankenpflegeversicherung und die Qualität der medizinischen Versorgung erhalten bleibe. Der Wettbewerb zwischen den Versicherern und zwischen den Leistungserbringern solle dabei sicherstellen, dass dies kostengünstig und bedarfsgerecht geschehe. Dafür seien genau definierte staatliche Rahmenbedingungen unerlässlich.

Wie geht es weiter?

Wegen des kurzen Beobachtungszeitraums und der teilweise noch

sehr kleinen Fallzahlen sind die Ergebnisse nur als erste vorläufige Bilanz zu werten. Insbesondere am Beispiel der Bonus-Versicherung wurde deutlich, dass Sonderkonstellationen bei kleinen Kollektiven die Ergebnisse stark beeinflussen können. Hier hat ab 1993 der Abschluss vieler Kollektivverträge in der Bonus-Versicherung zu einer starken Veränderung der Risikostruktur und der Kosten geführt.

Insgesamt ergibt sich aber, dass die neuen Versicherungsformen, sollen sie ihren Beitrag zur Kostendämpfung leisten können, sowohl von den Rahmenbedingungen her wie auch in der täglichen Versicherungspraxis der Unterstützung bedürfen. Dies vor allem auch durch eine Beseitigung von Wettbewerbshindernissen, die – nicht nur bei der Krankenversicherung – oft kaum bewusst, die Einführung neuer Organisationsformen behindern oder sogar gefährden. Wie die Entwicklung der Versichertenzahlen seit 1994 zeigt (vgl. Tab. 1), scheint die Bereitschaft, die Vorteile neuer Versicherungsformen auszuprobieren, auf jeden Fall in hohem Mass vorhanden zu sein: Im ersten Jahr des KVG haben sich die Versicherten mit wählbarer Franchise sowie die HMO-Versicherten mehr als verdreifacht.

Schlussfolgerung

Noch ist nicht bekannt, ob die neuen Versicherungsformen ihr Einsparpotential langfristig realisieren können. Noch zuwenig ist auch bekannt, wer aus den neuen Versicherungsformen wieder in die traditionelle Krankenversicherung zurückkehrt und welche Kostenfolgen dies hat. Auch die neuen Rahmenbedingungen des KVG können zu Veränderungen führen.

Diese Einschränkungen mindern jedoch nicht die Bedeutung der ersten Bilanz, die zu recht klaren Antworten auf die Ausgangsfragestellung geführt hat: Die neuen Versicherungsformen leisten einen Beitrag zur Kostensenkung, der auf Verhaltensänderungen der Versicherten und Leistungserbringer zurückzuführen ist. Sie tun dies, ohne der Entsolidarisierung Vorschub zu leisten und bisher, soweit beobachtbar, ohne Qualitätseinbussen und ohne Risiko für die Gesundheit der Versicherten.