



*Bundesamt für Sozialversicherung
Office fédéral des assurances sociales
Ufficio federale delle assicurazioni sociali
Uffizi federali da las assicuranzas socialas*

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung

Synthesebericht

Forschungsbericht Nr. 1/98

Autoren: Prognos AG
Rita Baur, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpf,
Johannes Stock

Auskünfte: Bundesamt für Sozialversicherung
Sektion Statistik
3003 Bern
Herbert Känzig, Telefon 031/322 91 48

Vertrieb: Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale
(EDMZ), 3000 Bern

Copyright: Bundesamt für Sozialversicherung
CH - 3003 Bern, November 1997
Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle
Nutzung – unter Quellenangabe und Zustellung eines
Belegexemplares an das Bundesamt für Sozialversi-
cherung gestattet.

Bestellnummer: 318.010.1/98 d 12.98 250

Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung

Synthesebericht

***Studie durchgeführt im Auftrag des Bundesamtes
für Sozialversicherung durch die Prognos AG***

Kurzfassung

1.	Einleitung: Neue Formen der Krankenversicherung und ihre Evaluation	1
1.1	Die Erprobung neuer Krankenversicherungsformen	1
1.2	Fragestellungen der Evaluation	5
1.3	Instrumente der Evaluation	6
1.4	Berichte	10
2.	Versicherte und Kosten	13
2.1	Die Nutzer der „neuen“ Versicherungsformen	13
2.2	Regionale Verteilung und Nutzerstruktur	15
2.2.1	HMO-Versicherte	15
2.2.2	Bonus-Versicherte	18
2.2.3	Versicherte mit wählbarer Jahresfranchise	23
2.3	Kosten und Inanspruchnahme	28
2.3.1	Gegenstand, Abgrenzungen	28
2.3.2	Die HMO-Versicherung	31
2.3.3	Die Bonus-Versicherung	33
2.3.4	Versicherte mit wählbarer Jahresfranchise	35
2.4	Selbstgetragene Gesundheitskosten	38
3.	Der Kostenunterschied: Folge von Risikoentmischung oder Verhalten?	39
3.1	Problematik und methodische Vorgehensweise	39
3.2	Ergebnisse für die Bonus-Versicherung	43
3.3	Ergebnisse für die Franchise-Versicherung	45
3.4	Ergebnisse für die HMO-Versicherten	49
3.5	Zusammenfassende Übersicht	54
3.6	Risikoentmischung durch Austritt	55
3.7	Kosteneinsparungen und Krankenversicherungsprämien	57
4.	Qualitative Aspekte der HMO-Versicherung	59
4.1	Einleitung	59
4.2	Patientenzufriedenheit im Vergleich	61
4.3	Austrittsgründe	63
4.4	Prävention	64
4.5	Hypertonie-Management)	65

5.	Struktur und Funktionsweise der HMOs	71
5.1	Die HMO als neues Versicherungs- und Praxismodell	71
5.2	Personal und Angebote der HMOs	72
5.3	Steuerung der Gesundheitsversorgung durch die HMOs	73
5.4	Kostenstruktur und Wirtschaftlichkeit der HMOs	77
5.5	Exkurs: Die HMO der Universität Genf im Vergleich	80

Tabellenverzeichnis	Seite
1.1 Franchisestufen und maximale Prämienermässigung, KUVG Vo V Art. 26ter und Vo 11 Art. 2	4
1.2 Bonusstufen und Prämienermässigung, KUVG Vo V Art. 23ter und Vo 13 Art. 3	4
1.3 Inhalt und Umfang der Versichertenbefragungen	9
1.4 Berichte zu Teiluntersuchungen der Evaluation	11
2.1 Anzahl Versicherter in den verschiedenen Formen	13
2.2 Entwicklung der Versichertenzahlen der 3 Pionier-HMO	15
2.3 Regionale Herkunft der HMO-Versicherten 1991 und 1994	15
2.4 Alters- und Geschlechtsstruktur der HMO-Versicherten in Zürich, Basel-Stadt und Basel-Land	16
2.5 Altersstruktur in der HMO-Versicherung im Vergleich zur Wohnbevölkerung, 1994	17
2.6 (Weitere) Strukturmerkmale von HMO-Versicherten im Vergleich zu traditionell Versicherten	18
2.7 Regionale Verteilung der Bonus-Versicherten	19
2.8 Bonus-Versicherte nach Alter und Frauenanteil nach Altersklassen, ganze Schweiz	20
2.9 Altersstruktur in der Bonus-Versicherung im Vergleich zur Wohnbevölkerung, 1994	21
2.10 (Weitere) Strukturmerkmale von Bonus-Versicherten im Vergleich zu traditionell Versicherten	21
2.11 Regionale Verteilung der Versicherten mit wählbarer Jahresfranchise	23
2.12 Franchiseversicherte nach Alter und Stufen (in %), gesamte Schweiz, 1994	25
2.13 Alters- und Geschlechtsstruktur in der Franchise-Versicherung im Vergleich zur Wohnbevölkerung	25
2.14 (Weitere) Strukturmerkmale von Franchise-Versicherten im Vergleich zu traditionell Versicherten	27
2.15 Die Kostenseite der HMO	30
2.16 Kosten der Neueintritte im 1. Jahr in % der Kosten der Mitglieder, die schon länger als 1 Jahr in dem Zweig versichert sind. Nur 21-40-Jährige	31
2.17 Erkrankungsziffern, Arzneimittelkosten HMO 1994; Kantone Basel-Stadt und Zürich	32
2.18 (Buchhalterische) Kosten pro Versichertem in den HMOs, Franken	32

2.19	Erkrankungsziffern und Kosten bei Bonus-Versicherten, ganze Schweiz	33
2.20	Erkrankungsziffern und Kosten traditionell Versicherte und Bonus-Versicherte, Kantone Bern und Zürich	34
2.21	Kostenentwicklung Bonus bei Stichproben-Kohorte - Bonus-/traditionell Versicherte ab 18 Jahren	35
2.22	Erkrankungsziffern und Kosten bei Franchise-Versicherten, ganze Schweiz	35
2.23	Erkrankungsziffern und Kosten Franchise-Versicherter, Kantone Waadt, Genf, Bern	37
3.1	Kostenunterschied zwischen Bonus-Versicherten und traditionell Versicherten	43
3.2	Regressionsanalyse: Verhältnis Bonus - traditionell Versicherte	44
3.3	Kostenunterschied zwischen Franchise-Versicherten und traditionell Versicherten	45
3.4	Regressionsanalyse: Verhältnis WJF-Versicherte / traditionell Versicherte	46
3.5	Regionale Vergleichskosten HMO-traditionell Versicherte	50
3.6	Regressionsanalyse: Verhältnis HMO - traditionell Versicherte	51
3.7	Spitalaufenthalte von HMO- und traditionell Versicherten	53
3.8	Kosten vor Eintritt in die neue Versicherungsform: Vergleich für die drei Versicherungsformen	54
3.9	Regressionsanalyse: Vergleich der Ergebnisse für die drei Versicherungsformen	55
4.1	Zufriedenheit der Patienten mit verschiedenen Aspekten der ärztlichen Versorgung	62
4.2	Ergebnis der Hypertonie-Behandlung	68
5.1	Medizinisches Personal der HMO-Praxen - Stellen im Jahresdurchschnitt 1994 (ohne Verwaltung) -	72
5.2	Finanzielle Beziehungen der HMOs	78
5.3	Aufwand- und Ertragsstrukturen der HMOs 1992, 1993 und 1994 (in % im Durchschnitt aller HMOs)	79

Kurzfassung

Können neue Formen der Krankenversicherung zur Kostensenkung im Gesundheitswesen beitragen? Dies ist die Hauptfrage der in den Jahren 1991 - 1994 durchgeführten Evaluation. Deren Ergebnisse sind in 8 Berichten zu den verschiedenen Teiluntersuchungen dokumentiert und wurden jetzt in einem Synthesebericht zusammengefasst.

Für die Evaluation wurden folgende Instrumente eingesetzt:

- Aufbereitung und Analyse der Administrativdaten der Kassen,
- Versichertenbefragungen,
- Erhebungen bei den HMOs,
- Studie zum Hypertoniemanagement: Vergleichende Untersuchung über den Erfolg der Hypertoniebehandlung.

Die „neuen“ Formen, die evaluiert wurden, sind:

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 5 Jahren seinen Höchststand. Versicherte 1994: 15.087 Zunahme 91/94: 25,9 % p.a.	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.- Fr., 600.- Fr., 1200.- Fr. Versicherte 1994: mind. 365.000 Zunahme 91/94: 21,2 % p.a.	Die Versicherten verpflichten sich, im Krankheitsfall zuerst den Arzt/die Ärztin in der HMO-Praxis zu konsultieren. Diese(r) entscheidet darüber, ob ggf. eine Überweisung zu Spezialisten oder ins Spital angezeigt ist. Für den Verzicht auf die freie Arztwahl erhalten die Versicherten eine Prämienreduktion und müssen bis 1994 auch weder Selbstbehalt noch Franchise tragen. Die HMOs finanzieren sich nicht auf der Basis von Einzelleistungsabrechnungen, sondern erhalten eine Kopfpauschale je Versichertem. Versicherte Ende 1994: 16.513 ¹⁾ Zunahme 91/94: 62,6 % p.a.

1) Nur in den 3 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.

Die Versicherungen mit Bonus oder wählbarer Jahresfranchise sind ein Anreiz für die Versicherten, keine oder wenig medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen. Im Unterschied dazu ist die HMO-Versicherung ein Anreiz für die Ärzte/Ärztinnen für eine kostengünstige und gesundheitsfördernde Betreuung. Um den Vorbehalten Rechnung zu tragen, dass bei den HMOs die Qualität zugunsten der Kosteneinsparungen zu kurz komme, wurden bei den HMOs nicht nur die Kostenseite betrachtet, sondern auch verschiedene Untersuchungen zu qualitativen Aspekten durchgeführt.

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 ausgezeichneter Gesundheit fühlen. Am ausgeprägtesten ist diese Risiko(selbst)selektion bei den Bonus-Versicherten. Angesichts der günstigeren Risikostruktur in den neuen Formen im Vergleich zur traditionellen Krankenversicherung überrascht es nicht, dass auch die Kosten je Versichertem in den neuen Formen 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.

Die **Bonus-Versicherung** führt zu einer echten, also nicht nur durch die günstige Risikostruktur bedingten Kosteneinsparung gegenüber der traditionellen Versicherung in der Größenordnung von etwa 30 %. Sogar noch etwas höher 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 Franchise 1200 eine in den Daten der Krankenkassen nicht sichtbare Kostenverlagerung statt, weil Patienten Rechnungen gar nicht zur Erstattung einreichen. Dennoch bleiben echte Kosteneinsparungen bestehen; sie dürften in beiden Fällen (Bonus und Franchise 1200) grösser sein als die Prämienreduktionen, von denen die Versicherten profitieren. 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.

Auch die **HMO-Versicherung** weist echte Kosteneinsparungen von 30 - 35 % gegenüber der traditionellen Versicherung auf. Sie erzielt dies durch eine Reihe von Faktoren, deren Einfluss im einzelnen nicht genau gemessen werden konnte: Seltener Spitäleinweisungen, niedrigere Medikamentenkosten, sorgfältige Auswahl der Spezialisten, Vermeidung von Doppele untersuchungen. Auch bei der HMO-Versicherung ist der finanzielle Vorteil für die Versicherten (Prämienreduktion, kein Selbstbehalt, keine Franchise) eher geringer, jedenfalls nicht grösser als die echte Kosteneinsparung.

Eine Reihe von Indikatoren weisen darauf hin, dass die Kosteneinsparungen in der HMO-Versicherung nicht zu Lasten der Qualität gehen:

- Die Patientenzufriedenheit ist bei HMO-Patienten genauso hoch wie bei Patienten traditioneller Hausarztpraxen;
- Standards der Prävention werden eingehalten;
- im Behandlungsergebnis - gemessen am Erfolg der Hypertoniebehandlung - ergeben sich keine Unterschiede zwischen den Praxistypen.

Trotz der kurzen Bestandsdauer und hoher Anlaufkosten hatten 1994 auch schon zwei der drei evaluierten HMOs das Stadium der Wirtschaftlichkeit erreicht.

Die Marktentwicklung der neuen Versicherungsformen hängt in hohem Masse von der Promotion durch die Krankenkassen ab; 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.

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 mit Bonus-Versicherung, bei denen keine individuelle Entscheidung der Versicherten für diesen Versicherungszweig getroffen wurde, zu einer starken Veränderung in Risikostruktur und Kosten geführt.

Noch ist nicht bekannt, wie sich die Kostensituation entwickeln wird, wenn die neuen Versicherungsformen nicht mehr so stark wachsen wie zwischen 1991 und 1994. Zuwenig ist auch noch 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 Ausgangsfragestellungen geführt hat: Die neuen Versicherungsformen leisten überwiegend einen Beitrag zur Kostensenkung, der nicht nur durch die günstige Risikostruktur der Mitglieder bedingt ist, sondern auf Verhaltensänderungen zurückzuführen ist. Sie tun dies (im Rahmen der konkreten Konditionen) ohne der Entsolidarisierung Vorschub zu leisten und bisher, soweit beobachtbar, ohne Qualitätseinbussen und ohne Risiko für die Gesundheit der Versicherten.

1. Einleitung: Neue Formen der Krankenversicherung und ihre Evaluation

1.1 Die Erprobung neuer Krankenversicherungsformen¹⁾

Vor dem Hintergrund stark angestiegener Krankenpflegekosten und im Hinblick auf die Revision des KUVG schuf der Bundesrat mit einer Verordnungsänderung²⁾ die rechtliche Grundlage für die versuchsweise Einführung der Bonus-Versicherung und der Versicherung mit eingeschränkter Wahlfreiheit der Leistungserbringer (sog. besondere Versicherungsformen). Die Verordnungsänderung trat teils auf den 1. Januar 1990, teils auf den 1. Juli 1990 in Kraft. Die besonderen Versicherungsformen wurden vorerst nur befristet bis Ende 1995 zugelassen, weil deren Wirkungen kaum vorhersehbar waren. Von ihnen erhoffte sich der Bundesrat eine Verstärkung des Wettbewerbs, der kosteneindämmend wirken sollte. Andererseits befürchtete er eine weitere Entsolidarisierung in der sozialen Krankenversicherung.

Um die Wirkungen der neuen Formen zu untersuchen wurde das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) beauftragt, in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen eine wissenschaftliche Begleituntersuchung durchzuführen, welche "(...) den Einfluss der besonderen Versicherungsformen auf das Verhalten der Versicherten und der Leistungserbringer sowie die Auswirkungen auf die finanzielle Entwicklung der Kasse zum Gegenstand hat. Sie zieht insbesondere einen Vergleich zwischen den Versicherten der besonderen Versicherungsform und einer Versichertengruppe gleicher Risikostruktur aus der ordentlichen Grundversicherung der Kasse".³⁾

Die Evaluation sollte Entscheidungsgrundlagen dafür erarbeiten, ob die besonderen befristet zugelassenen Versicherungsformen ins ordentliche Recht überführt werden sollen. Durch die Annahme des KVG im Dezember 1994 wurde jedoch dieses Ziel überholt. Auch wenn unmittelbare Konsequenzen aus der Evaluation jetzt nicht mehr anstehen, sind Informationen über die Wirkung neuer Versicherungsformen in der Krankenversicherung doch von grosser Bedeutung, nicht nur in der wissenschaftlichen Diskussion, sondern auch für zukünftige Anpassungen.

Auf Antrag des Konkordates der Schweizerischen Krankenkassen (KSK) wurde die Begleituntersuchung, die nur für die Bonus-Versicherung und die Versicherung mit eingeschränkter

1) Die Ausführungen dieses Kapitels basieren auf dem Untersuchungsbericht 7 (BSV): Neue Formen der Krankenversicherung: Versicherte, Leistungen, Prämien und Kosten. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 1. Teil. Teile der Kap. 1 und 2 sind wörtlich übernommen.

2) Verordnung V über die Krankenversicherung betreffend die Anerkennung von Krankenkassen und Rückversicherungsverbänden sowie ihre finanzielle Sicherheit, Art. 23ff; Änderung vom 20. Dezember 1989.

3) KUVG Vo V Art. 23quinquies.

Wahlfreiheit obligatorisch war, nachträglich auf die Versicherung mit wählbarer Jahresfranchise ausgedehnt. Es geht also um die folgenden drei Versicherungsformen:

- Versicherung mit eingeschränkter Wahlfreiheit (HMO)
- wählbare Jahresfranchise (WJF)
- Bonus-Versicherung.

Die Versicherungen mit Bonus oder wählbarer Jahresfranchise sind ein Anreiz für die Versicherten, keine oder wenig medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen. Im Unterschied dazu ist die HMO-Versicherung ein Anreiz für Ärzte/Ärztinnen für eine leistungsgünstige und gesundheitsfördernde Betreuung. Die drei Versicherungsformen werden im folgenden kurz beschrieben.

Versicherung mit eingeschränkter Wahlfreiheit: HMO (Health Maintenance Organization)

Diesem Modell liegt die Idee zugrunde, die Angebotsseite des Marktes für medizinische Leistungen individuell zu steuern bzw. zu "managen" und hier ökonomische Steuerungselemente einzubauen. Es sollen Anreize für den einzelnen Anbieter, d.h. im konkreten Fall im wesentlichen ärztliche Praxen, gesetzt werden, sich so zu verhalten, dass die Patienten mit so effizientem Mitteleinsatz wie möglich so gesund wie möglich erhalten werden. Um diese Managementaufgabe erfüllen zu können, erhält der Arzt die Funktion des gatekeepers, den der Patient bei Beschwerden zuerst aufsuchen muss. Der Patient / Versicherte verzichtet also auf die freie Arztwahl; er erhält dafür eine niedrigere Prämie als seinen Vorteil aus dem Gesundheitsmanagement.⁴⁾ Die gatekeeper Funktion ist die Klammer für verschiedene konkrete Ausformungen der Versicherungen mit eingeschränkter Wahlfreiheit.

Die drei zuerst gegründeten HMOs in der Schweiz sind sog. staff-model HMOs.⁵⁾ Die HMOs bestehen jeweils aus einer Gruppenpraxis, in der die primärärztliche Versorgung sowie weitere Leistungen, die die HMO selbst erbringen will, angeboten werden. Hinzu kommt die Verwaltung der HMO. Für spezialärztliche Leistungen, die die HMO nicht selbst anbietet sowie stationäre Leistungen überweist die HMO den Patienten an externe Praxen / Institutionen, die gegenüber der HMO ihre Leistungen nach herkömmlichem Verfahren abrechnen.

Finanziert werden die HMO durch Kopfpauschalen, die ihnen von den Trägerkassen zugesiesen werden. Sie haben also ein festes Budget, in dessen Rahmen sie sowohl die eigenen als auch die Fremdleistungen abdecken müssen. Eine Einzelleistungsabrechnung gegenüber den Trägerkassen (und den Versicherten) entfällt.

4) Der Prämienvorteil lag je nach Trägerkasse zwischen 6 % und fast 30 %, im Mittel bei 15-20 %.

5) In der Schweiz gibt es zwei Modelle: Die staff-model-HMOs als eine Art Gruppenpraxis und die Netz-HMOs, auch Individual Practice Association (IPA) genannt, in denen niedergelassene Ärzte in eigener Praxis sich zu einem HMO-Modell zusammenschliessen.

Die drei Pionier-HMOs in der Schweiz sind:

- Zürich-Wiedikon, Gründung Januar 1990, Trägerschaft IGAK;
- Medizinisches Zentrum Helvetia (MZH), Zürich Stadelhofen, Gründung August 1991, Trägerschaft Helvetia;
- Basel, Gründung Oktober 1991, Trägerschaft IGAK.

Zwei der Pionier-HMOs waren also in der Trägerschaft der Interessengemeinschaft alternativer Formen der Krankenversicherung (IGAK), die als eingetragener Verein zunächst 10 Krankenkassen mit zusammen 2,5 Mio Versicherten als Mitglieder hatte. 1994 hat sich die IGAK aufgelöst und die Trägerschaft wurde neu geregelt. Versicherte der Trägerkrankenkassen können ohne weiteres einer HMO beitreten und auch ohne Nachteile wieder in die alte Versicherungsform zurückwechseln. Für Versicherte anderer Krankenkassen ist ein Kassenwechsel erforderlich. Aufgrund der eingeschränkten Wahlfreiheit der Versicherten können nur Personen in eine HMO eintreten, die in einem Gebiet wohnen, in welchem ihre Kasse diese Versicherungsform betreibt.

Seit 1994 wurden weitere HMOs gegründet und als neue Form auch Netz-HMOs oder IPAs (Individual Practice Association) eingeführt. Bei letzterer schliessen sich Einzelpraxen zu einem Verbund zusammen.

Die Evaluation im ganzen bezieht sich ausschliesslich auf die genannten 3 Pionier-HMOs.⁶⁾ Zu den Gründungen in der Startphase gehört auch der PdS (Plan de Santé) der Krankenkassen l'Avenir für Studenten bzw. Mitarbeiter der Universität Genf (Oktober 1992). Mit dieser Gründung wurde der Kollektivvertrag bezüglich der Universität abgelöst. Die Versicherten mussten sich für den HMO-Eintritt oder die Einzelversicherung entscheiden. Diese HMO wurde durch das schon in der Gründungsphase einbezogene Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Genf (IMSP) evaluiert.⁷⁾

Wählbare Jahresfranchise (WJF)

Durch den Abschluss einer Franchise-Versicherung verpflichtet sich ein Mitglied, im Krankheitsfall eine im Vergleich zur traditionellen Krankenversicherung höhere Kostenbeteiligung zu leisten. Die Prämie hängt von der gewählten Franchisestufe ab; je höher die Franchise, desto grösser die Prämienreduktion. Im Krankheitsfall kommt es somit zu einer Kostenverlagerung. Diese Versicherungsform soll einerseits den kostenbewussteren Umgang mit medizinischen Leistungen fördern. Andererseits soll durch die Kostenverlagerung auch eine Reduktion des Verwaltungsaufwandes der Kassen erzielt werden.

6) In den Administrativdaten für 1994 sind bereits weitere HMO enthalten.

7) Vgl. Exkurs Kap. 5.5.

Übersicht 1.1: Franchisestufen und maximale Prämienmässigung, KUVG Vo V Art. 26ter und Vo 11 Art. 2

Stufe	Jahresfranchise in Franken		Maximaler Prämienrabatt
	Erwachsene	Kinder	
1	350.-	50.-	12%
2	600.-	150.-	22%
3	1200.-	200.-	35%

Quelle: Untersuchungsbericht 7 (BSV)

Bonus-Versicherung

Im Gegensatz zur Franchise-Versicherung besteht bei der Bonus-Versicherung ein direkter Zusammenhang zwischen Prämie und Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen. Die Prämie ist um so geringer, je länger die Periode ist, während der keine Leistungen beansprucht bzw. von der Kasse bezahlt wurden. Reicht ein Bonusmitglied während eines Jahres keine Rechnungen zur Rückerstattung ein, reduziert sich seine Prämie im nächsten Jahr. Im neuen Jahr gilt die nächst tiefere Prämienstufe. Die maximale Prämienreduktion von 45 % ist nach vier Jahren erreicht. Basis für die Prämienberechnung ist die Ausgangsprämie. Diese muss 10 % über der Prämie der traditionellen Grundversicherung liegen. Faktisch kann damit in der höchsten Stufe keine Reduktion um 45 % sondern nur um knapp 40 % erreicht werden. Übernimmt hingegen die Versicherung mindestens eine Rechnung, dann bezahlt das Mitglied im kommenden Jahr eine Prämie gemäss der nächst höheren Stufe.⁸⁾ Die Prämie der Bonus-Versicherung kann aber nicht über 110 % der Prämie der traditionellen Grundversicherung steigen. Die Bonusversicherten haben somit ebenfalls finanzielle Anreize, kostenbewusster medizinische Leistungen zu beanspruchen. Eine Kündigung der Bonus-Versicherung ist frühestens nach 5 Jahren möglich. Ansonsten funktioniert die Bonus- wie auch die Franchise-Versicherung wie die traditionelle Krankenversicherung.

Übersicht 1.2: Bonusstufen und Prämienmässigung, KUVG Vo V Art. 23ter und Vo 13 Art. 3

Bonusstufe	Rabatt in % der Ausgangsprämie*	effektiver Rabatt in %
0	0,0	-10
1	15,0	6,5
2	25,0	17,5
3	35,0	28,5
4	45,0	39,5

* Die Ausgangsprämie muss 10 % über der Prämie der ordentlichen Krankenpflegeversicherung liegen. Dadurch ergibt sich für die Bonusstufe 0 ein negativer Rabatt bzw. ein Malus von 10 %.

Quelle: Untersuchungsbericht 7 (BSV).

8) Nicht angerechnet werden dabei Schwangerschaftsuntersuchungen und bestimmte Vorsorgeuntersuchungen.

1.2 Fragestellungen der Evaluation⁹⁾

Die Untersuchung sollte in erster Linie Aussagen darüber machen können, ob die neuen Versicherungsformen zur **Kostensenkung** im Gesundheitswesen beitragen. Dabei muss genau geprüft werden, ob es sich um einen echten oder nur um einen scheinbaren Beitrag zur Kostendämpfung handelt, der daraus resultieren könnte, dass die neuen Versicherungsformen von besonders „guten Risiken“ gewählt werden. Es geht also darum zu ermitteln,

- ob die Versicherten in den alternativen Formen der Krankenversicherung überhaupt tiefere Kosten verursachen als die traditionell Versicherten;
- inwieweit diese Kostenunterschiede auf eine selektive Zusammensetzung der Versicherten zurückzuführen sind (z.B. überdurchschnittlich viele junge und gesunde Männer);
- oder inwieweit sie Folgen von Verhaltensänderungen und damit Auswirkungen der alternativen Versicherungsformen sind.

Als mögliche kostendämpfende Effekte der neuen Versicherungsformen kommen vor allem in Frage:

- Eine geringere Inanspruchnahme von Leistungen durch den Versicherten, die durch die höhere Kostenbeteiligung (erhöhte Jahresfranchise) oder den drohenden Verlust des Bonus gefördert wird;
- eine kostengünstigere Betreuung und Behandlung durch die Leistungserbringer, insbesondere die HMO-Ärztinnen/Ärzte, weil das Finanzierungssystem deren Kostenbewusstsein fördert.

Eine dauerhafte Kostensenkung setzt aber voraus, dass diese Effekte nicht zu Lasten der Gesundheit bzw. der Qualität erzielt werden, weil sonst möglicherweise langfristig höhere Kosten entstehen als kurzfristig gespart werden.

Bei der Konzeption der Untersuchung wurde davon ausgegangen, dass es nicht Aufgabe sein kann, eine breitangelegte **Qualitätsstudie** durchzuführen. Ausgangsannahme der Untersuchung über die neuen Versicherungsformen war daher, dass die Ärzteausbildung mit Staatsexamen und FMH-Ausbildung die Qualität der medizinischen Versorgung gewährleistet. Es wurde jedoch deutlich, dass dies den grossen Vorbehalten gegenüber dem HMO-Modell nicht gerecht werden würde. Deshalb wurde das Gesamtprogramm ergänzt um Teiluntersuchungen zur Qualität der Gesundheitsversorgung in HMOs. Die generelle Fragestellung ist, ob die

9) In Anlehnung an Bandi T., Dätwyler, S., Käenzig, H.: Gesundheitskassen (HMO) und Bonus-Versicherungen in der Evaluation, in Soziale Sicherheit, 1/1994, S. 38-41.

Qualität der Gesundheitsversorgung durch das Finanzierungsmodell der Praxen beeinflusst wird. Im einzelnen wurden folgende Aspekte untersucht:

- Die Patientenzufriedenheit,
- die medizinische Prävention,
- der Behandlungserfolg bei der Hypertoniebehandlung als ein Ausschnitt aus der "Ergebnisqualität".

Im Unterschied zur Bonus- und Franchise-Versicherung, die nur ein einziges Steuerungselement beinhalten, nämlich den finanziellen Anreiz für die Versicherten, keine oder wenig Leistungen in Anspruch zu nehmen, ist die HMO-Versicherung komplexer; sie ist nicht nur ein neues Versicherungs- sondern auch ein neues Praxismodell, in dem den HMO-Praxen die Steuerung der gesamten gesundheitlichen Versorgung sowie die ökonomische Steuerung obliegt. Deshalb waren an das HMO-Modell zusätzliche Fragen zu stellen, insbesondere:

- Mit welchem Personal und welchen Angeboten die HMO-eigene gesundheitliche Versorgung erbracht wird;
- wie die HMOs die gesundheitliche Versorgung intern und extern steuern;
- ob sich das HMO-Modell betriebswirtschaftlich gesehen trägt.

1.3 Instrumente der Evaluation

Für die HMO- / Bonus-Evaluation wurden folgende Instrumente eingesetzt:

- Aufbereitung und Analyse der Administrativdaten der Kassen,
- Versichertenbefragungen,
- Erhebungen bei den HMOs,
- Studie zum Hypertoniemanagement: Vergleichende Untersuchung über den Erfolg der Hypertoniebehandlung.

Administrativdaten

Das Kernstück bilden die Administrativdaten der Krankenkassen. Alle Krankenkassen, die die Bonus-Versicherung oder die Versicherung mit eingeschränkter Wahlfreiheit (HMO) anbieten (14 im Ausgangsjahr 1991), waren verpflichtet, dem BSV über alle ihre Krankenpflegeversicherten je Jahr der Evaluation anonymisierte Daten zu liefern. Weitere acht Kassen, die die WJF anbieten, beteiligten sich freiwillig. Die Daten setzen sich zusammen aus einem Mit-

gliederrecord und einem Schadenrecord. Der Schadenrecord ist die Basis für die Auswertung der zentralen Informationen zu den Kosten nach verschiedenen Kostenstellen.

Da zahlreiche Kassen ihre Daten nicht wie geplant liefern konnten, Qualitätsmängel sehr oft vorkamen und Korrekturen erforderten und die Überprüfung und Aufbereitung viel mehr Zeit in Anspruch nahmen als geplant, verzögerte sich die Analyse der Administrativdaten stark.¹⁰⁾ Statt des geplanten Beginns erster Auswertungen ab 1992 verfügte das BSV erst ab Frühjahr 1996 über die definitiven Daten. Da auch diese noch zahlreichen Prüfschritten unterzogen werden mussten, konnte die Auswertung der Administrativdaten noch nicht in der wünschenswerten Differenziertheit erfolgen. Auf die daraus resultierenden Probleme wird im Ergebnisteil eingegangen. Als Folge der Datenqualität können wichtige Kennziffern nicht berechnet werden, nämlich die Anzahl der Hospitalisationen, die Spitälkosten pro Hospitalisiertem, die Spitaltage und die Häufigkeit der ärztlichen Konsultationen.

Versichertenbefragungen

Die Krankenkassendaten alleine reichen zur Beantwortung der Evaluationsfragen nicht aus, insbesondere enthalten sie zuwenig Informationen über risikorelevante Merkmale und die Sozialstruktur der Versicherten. Dafür wurden Versichertenbefragungen durchgeführt, die in zwei Gruppen aufgeteilt werden können:

- Eine **Basiserhebung 1991/1992**, die "1. Welle Versichertenbefragung" mit einer grossen Stichprobe, die insbesondere Auskunft geben sollte über relevante Strukturmerkmale der Versicherten der verschiedenen Zweige (Gesundheitsmerkmale, soziale Struktur), aber auch die Bewertung der verschiedenen Formen beinhaltet.
- Verschiedene **Erhebungen zu Spezialfragen** in den Jahren 1993/1994, nämlich
 - zu den gänzlich selbstgetragenen Gesundheitskosten, um einschätzen zu können, ob die bei Krankenkassen erfassten Kosten für die neuen Formen unterschätzt sind;
 - zu qualitativen Aspekten der HMO, insbesondere zur Zufriedenheit der Versicherten im Vergleich zu herkömmlich Versicherten;
 - zu den Gründen für den HMO-Austritt.
- Eine Erhebung bei Versicherten, die erst 1993/1994 der HMO- oder Bonus-Versicherung beitreten, um festzustellen, ob die Verhältnisse stabil sind oder ob die "Pionier-generation" besondere Merkmale aufweist.

Die folgende Übersicht 1.3 beschreibt kurz die verschiedenen Teilstudien der Versichertenbefragungen.

10) Beispielsweise mussten für das Jahr 1991 mehr als ein Drittel der Daten bei den Kassen nachbearbeitet werden.

Da davon auszugehen war, dass bei der Entscheidung für eine bestimmte Krankenversicherungsform auch das Marketing der Krankenkassen eine Rolle spielt, wurde Anfang 1995 eine **schriftliche Erhebung bei den beteiligten Krankenkassen** durchgeführt, ergänzt um eine Reihe von Fachgesprächen. Erfragt wurde, ob und wie eine spezielle Promotion der alternativen Versicherungsformen erfolgte.

Erhebungen bei den HMOs

Für die HMOs, als neue Angebotsform im Gesundheitswesen, waren ihre Struktur und Verfahrensweisen sowie deren Entwicklung zu dokumentieren. In jährlichen standardisierten Erhebungen wurden Angaben zur Personal- und Sachausstattung, den besonderen Angeboten und deren Nutzung sowie zur Kosten- und Ertragssituation erfasst. Diese Erhebungen wurden ergänzt durch Gespräche mit dem verantwortlichen HMO-Personal. Zusätzlich wurden Hospitalisierungsziffern und -dauer nach Diagnosen ermittelt, da die Administrativdaten keine Diagnosen enthalten.

Hypertonie-Studie

In einem Vergleich zwischen den HMO-Praxen und 12 herkömmlichen Hausarzt-Praxen wurde untersucht, ob es Unterschiede im Erfolg bezüglich der Kontrolle der einfachen Hypertonie und im Therapieverfahren gibt. Basis war eine Auswertung von Patientenakten bezogen auf den Zeitraum 1992 - 1994.¹¹⁾

Die Erhebung und Auswertung der Administrativdaten erfolgte durch das BSV; alle anderen Erhebungen lagen in den Händen der Prognos AG. Die Feldarbeit für alle Versichertenbefragungen wurde LINK-Sozialforschung übertragen. Mit einer Ausnahme (Struktur der Neueintritte) bestanden alle aus einem telefonischen Interview und einem anschliessend versandten schriftlichen Fragebogen. Die Beteiligungsquote war durchweg sehr gut.

Die gesamte Evaluation, und damit ebenso dieser Synthesebericht, bezieht sich auf den Zeitraum 1991 - 1994. Spätere Entwicklungen sind nicht berücksichtigt.

11) Die wissenschaftliche Leitung dieser Untersuchung lag bei Prof. Dr. D. Conen, Kantonsspital Aarau.

Übersicht 1.3: Inhalt und Umfang der Versichertenbefragungen

Teilstudie	Hauptfragestellungen	Stichproben	Befragungszeit
I Basiserhebung "1. Welle Versichertenbefragung"	<ul style="list-style-type: none"> • Risikoselektion • (Sonstige) Gründe für Versicherungswahl • Beurteilung der verschiedenen Versicherungsformen • Indizien für selbstgetragene Gesundheitskosten 	HMO-Vers.: 1779 ¹⁾ Bonus-Vers.: 1230 Vers. mit höherer Jahresfranchise: 1220 Trad. Versicherte: 4666	Oktober 1991 bis November 1992 (Teil der HMO-Stichprobe: August 1993 bis Dezember 1993)
II Selbstgetragene Gesundheitskosten	<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 	Bonus-Vers.: 1000 Vers. mit höherer Jahresfranchise: 1000 Trad. Vers.: 1000 z.T. Panelstichproben, d.h. Befragte aus der 1. Welle	August 1993 bis Januar 1994
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 	HMO-Vers.: 1000 Trad. Vers.: 1000 z.T. Panelstichprobe	September 1993 bis Januar 1994
IV HMO-Aussteiger	<ul style="list-style-type: none"> • Gründe für den Austritt aus der HMO-Versicherung • Risikoselektion durch Austritte 	HMO-Aussteiger: 300	1. Welle November 1993 bis Januar 1994 2. Welle November 1994 bis Januar 1995
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 - soziodemogr. Struktur 	Versicherte, die erst 1994 eingetreten sind: HMO: 500 Bonus: 500	November 1994

- 1) Die HMO-Stichprobe wurde aufgestockt, um auch Versicherte der HMOs einzubeziehen, die erst im Herbst 1991 eröffnet hatten.

1.4 Berichte

Die Ergebnisse der Teiluntersuchungen sind in 8 Berichten dokumentiert, die in der Übersicht 1.4 kurz vorgestellt werden.

Einzelne Untersuchungen stehen für sich, andere liefern nur Teilmeldungen, die verknüpft werden müssen. Dies gilt in erster Linie für die Frage nach der Risikoselektion und deren Auswirkungen auf die Kosten. Hier sind Informationen aus den Administrativdaten und den Erhebungen zusammenzubringen. Der hiermit vorliegende **Synthesebericht** verknüpft die Ergebnisse der Teiluntersuchungen. Er ist wie folgt aufgebaut:

- Kapitel 2 gibt einen knappen Überblick über die Verbreitung der Versicherungsformen, die soziodemografische Struktur der Mitglieder und deren Gesundheitskosten.
- In Kapitel 3 werden die Ergebnisse der verschiedenen Ansätze dargestellt und diskutiert, mit denen die Auswirkungen unterschiedlicher Risikostrukturen bei den einzelnen Versicherungsformen ermittelt wurden. Ferner wird gefragt, welche wirtschaftlichen Konsequenzen sich für Krankenkassen und Versicherte ergeben.
- Kapitel 4 geht auf die Frage der Qualität der gesundheitlichen Versorgung in HMO-Praxen im Vergleich zum traditionellen System ein. Es beinhaltet eine Kurzfassung der entsprechenden Untersuchungen.
- Kapitel 5 ist eine Kurzfassung der Untersuchungen zur Struktur und Verfahrensweise der HMOs und deren Kosten- und Ertragssituation. Es beinhaltet auch einen kurzen Überblick über die Ergebnisse der Evaluation der Genfer HMO im Vergleich zu den HMOs in der deutschsprachigen Schweiz.

Der Synthesebericht soll in knapper Form die Evaluationsergebnisse darstellen. Das bringt es mit sich, dass keine ausführlichen Erläuterungen zu Vorgehensweisen, Analysen, Definitionen möglich sind. Dafür wird auf die einzelnen Teilberichte verwiesen.

Hinsichtlich der Administrativdaten bezieht sich der Synthesebericht auf den Untersuchungsbericht 7 des BSV: „Neue Formen der Krankenversicherung: Versicherte, Leistungen, Prämien und Kosten. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 1. Teil.“ Eine eigenständige Auswertung der Administrativdaten wurde von Prognos nur in der Zusammenführung mit den Befragungsdaten vorgenommen.

Übersicht 1.4: Berichte zu Teiluntersuchungen der Evaluation

Titel, Datum	Ergebnisse folgender Erhebungen / Befragungen
Untersuchungsbericht 1: Die Wahl der Versicherungsformen. März 1993 / Mai 1995 (Prognos)	<ul style="list-style-type: none"> • 1. Welle Versichertenbefragung und Nachbefragung MZH / HMO Basel • Struktur Neueintritte (Herbst 1994) • Promotion durch Krankenkassen
Untersuchungsbericht 2: Bewertung der ambulanten medizinischen Versorgung durch HMO-Versicherte und traditionell Versicherte. März 1995 (Prognos)	<ul style="list-style-type: none"> • HMO-Vergleichsbefragung "qualitative Aspekte" • HMO-Aussteigerbefragung
Untersuchungsbericht 3: Selbstgetragene Gesundheitskosten. April 1995 (Prognos)	Erhebung zu den selbstgetragenen Gesundheitskosten
Untersuchungsbericht 4: Struktur, Verfahren und Kosten der HMO-Praxen. Juli 1995 (Prognos)	Erhebungen bei den HMOs
Untersuchungsbericht 5: Hypertonie-Management. Ein Praxisvergleich zwischen traditionellen Praxen und HMOs. November 1996 (Prof. Conen / Prognos)	Aktenauswertung in ärztlichen Praxen
Berichte zu den Administrativdaten	
Untersuchungsbericht 6: Données administratives de l'assurance-maladie: analyse de qualité, statistique élémentaire et base pour les exploitations September 1997 (BSV)	von den Krankenkassen gelieferte Administrativdaten
Untersuchungsbericht 7: Neue Formen der Krankenversicherung: Versicherte, Leistungen, Prämien und Kosten. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 1. Teil September 1997 (BSV)	
Untersuchungsbericht 8: Neue Formen der Krankenversicherung: Alters- und Kostenverteilungen im Vergleich zur traditionellen Krankenversicherung, Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 2. Teil September 1997 (BSV)	

2. Versicherte und Kosten

2.1 Die Nutzer der „neuen“ Versicherungsformen

Von den drei geprüften alternativen Versicherungsformen hat die wählbare Jahresfranchise die weiteste Verbreitung, während die erst seit 1990 / 1991 angebotenen Bonus- und HMO-Versicherungen zwar eine starke Zunahme der Versicherten erlebten, aber auch Ende 1994 nur sehr kleine Minderheiten erreichten.

Übersicht 2.1: Anzahl Versicherter in den verschiedenen Formen

	Anzahl Versicherte		
	1991	1994	Zunahme 1991/1994 In % p.a.
Bonus-Versicherung	7.557	15.087	25,9
HMO-Versicherung	4.550	19.563	62,6
• in den 3 Pionier-HMO, jeweils Jahresende ¹⁾	6.168	16.513	38,9
Wählbare Jahresfranchise darunter ²⁾	205.419	365.804	21,2
• Stufe 1 (350.- Fr.)	102.950	187.031	22,0
• Stufe 2 (600.- Fr.)	68.617	106.911	15,9
• Stufe 3 (1200.- Fr.)	33.852	71.862	28,5
Krankenpflegeversicherte insgesamt, alle Kassen ³⁾	6,97 Mio	7,13 Mio	

1) Quelle: Erhebung bei HMOs; der Bestand am Jahresende 91 ist höher als die Versichertenzahl laut Administrativdaten, weil bei diesen Versicherungsmonate gezählt werden und z.B. eine Person, die der HMO Anfang Oktober 91 beigetreten ist, nur _ zählt.

2) Für Kinder andere Frankenbeträge, Aufteilung nach Stufen errechnet auf Basis Administrativdaten.

3) Statistik über die Krankenversicherung 1994/95.

Quelle: Administrativdaten, Untersuchungsbericht 7, eigene Berechnungen.

Da aufgrund von Datenmängeln nicht alle Daten, die von den Kassen an den BSV geliefert wurden, ausgewertet werden konnten, ist die in der Tabelle ausgewiesene Anzahl der Versicherten teilweise zu klein. Bei der WJF kommt hinzu, dass sich nicht alle Kassen, die die WJF anbieten, an der Evaluation beteiligten. Unter Bezug auf die in der Krankenversicherungsstatistik 1994/95 ausgewiesenen Zahlen ergibt sich 1994 für die Bonus-Versicherten ein Erfassungsgrad von nahe 100 % (96,5 %), für die Versicherung mit eingeschränkter Wahlfreiheit

freiheit von 79,8 %¹⁾ und für die Franchise-Versicherten von knapp 60 %. Bei den WJF-Versicherten sind auch kantonale Unterschiede im Erfassungsgrad anzunehmen.

Die Bonus-Versicherung wurde zum 1. Januar 1991 eingeführt; sie wurde 1992 von 10 Kassen mit insgesamt 3,6 Mio Mitgliedern offeriert. Von diesem Potential haben nur knapp 0,5 % eine Bonus-Versicherung abgeschlossen. Bei nur 2 Krankenkassen finden sich nahezu alle Bonus-Versicherten²⁾; bezieht man die Nutzerquote nur auf die Versicherten dieser beiden Kassen, liegt sie 1994 bei gut 1 %.

Die erste HMO wurde im Januar 1990 in Zürich gegründet, gefolgt von einer weiteren HMO in Zürich im August 1991 sowie einer HMO in Basel im Oktober 1991. Da eine HMO-Versicherung nur von Personen gewählt werden kann, die im Einzugsgebiet wohnen oder arbeiten, kann die Nutzerquote nicht unter Bezug auf die Mitglieder der Trägerkassen insgesamt ermittelt werden. Geschätzt beläuft sich die entsprechende regionalisierte Nutzerquote 1994 auf 5 - 6 %.

Die Versicherung mit wählbarer Jahresfranchise ist seit 1987 in der sozialen Krankenversicherung zugelassen. Sie wird von allen an der Evaluation teilnehmenden Kassen angeboten. Bezogen auf den Versichertenbestand dieser Kassen lag der Marktanteil der wählbaren Jahresfranchise 1994 bei mindestens 10 %.

1) Die 3 Pionier-HMO, auf die sich die Evaluation i.e.S. bezieht, sind jedoch vollständig erfasst.

2) 1992 waren 90 % aller Bonus-Versicherten bei nur zwei Krankenkassen.

2.2 Regionale Verteilung und Nutzerstruktur

2.2.1 HMO-Versicherte

Von den drei erstgegründeten HMOs haben zwei ihren Standort in Zürich, eine in Basel. Die Entwicklung der Versichertenzahlen zeigt Übersicht 2.2.

Übersicht 2.2: Entwicklung der Versichertenzahlen der 3 Pionier-HMO

	Mitgliederbestand			
	Zürich-Wiedikon	Zürich-Stadelhofen (MZH) ¹⁾	Basel	Total
Dezember 1990	1.265	–	–	1.265
Dezember 1991	3.863	1.236	1.069	6.168
Dezember 1992	4.577	1.996	2.665	9.238
Dezember 1993	5.792	2.992	5.052	13.836
Dezember 1994	6.891	3.327	6.295*	16.513

* darunter 550 Versicherte, die bei Ärzten des HMO-Netzwerkes eingeschrieben waren.

1) MZH = Medizinisches Zentrum Helvetia.

Quelle: HMO-Erhebungen, Untersuchungsbericht 4

Entsprechend den Standorten wohnen die meisten HMO-Versicherten in den Kantonen Zürich und Basel-Stadt (Übersicht 2.3).

Übersicht 2.3: Regionale Herkunft der HMO-Versicherten 1991 und 1994¹⁾

Kanton	1991		1994
	% ¹⁾		
Zürich	67		52
Basel-Stadt	29		25
Basel-Land	3		5
Luzern	–		14
Andere Kantone	1		4
Σ	100		100

1) Alle HMO-Versicherten.

Quelle: Administrativdaten, Untersuchungsbericht 7

In der kleinräumlichen Verteilung zeigt sich, dass von den HMO-Versicherten der Zürcher HMO 1993 85 % in der Stadt Zürich wohnten, 15 % in Umlandgemeinden; von den Versicherten der Basler HMO wohnten 80 % in der Stadt Basel, 20 % in Umlandgemeinden.

Das rasche Wachstum der HMO-Versicherten hat sicher auch damit zu tun, dass von den drei Versicherungsformen das HMO-Modell am intensivsten beworben wurde und die intensivste Verkaufsförderung erfahren hat. Für das neuartige und nicht leicht verständliche Produkt „HMO“ waren aber auch umfangreiche Werbe- und PR-Massnahmen und vor allem eine gute Mitarbeiterschulung erforderlich. Zwei der drei HMOs haben die Verkaufsförderung nicht nur den Trägerkassen überlassen, sondern sich selbst aktiv eingeschaltet und auch materielle Incentives für Agenturen oder Mitarbeiter der Krankenkassen ausgesetzt, während bei einer HMO die Verkaufsförderung ganz in der Hand der Trägerkasse lag. Hierin ist wohl eine Ursache für das unterschiedliche Mitgliederwachstum zu sehen.

Für eine HMO-Versicherung haben sich hauptsächlich 21 - 40-Jährige entschieden: 1991 gehörten 44 %, 1994 48 % dieser Altersgruppen an. Frauen sind etwas seltener HMO-Mitglieder als Männer (Übersicht 2.4).

Übersicht 2.4: Alters- und Geschlechtsstruktur der HMO-Versicherten in Zürich, Basel-Stadt und Basel-Land

Alter	Alle 3 Kantone		Kanton Zürich		Kantone Basel-Stadt
	1991	1994	1994	1994	1994
in %					
0-20	12	14	11	20	
21-40	44	48	47	51	
41-60	24	23	25	18	
61-80	17	13	15	10	
81 +	3	2	2	1	
Σ	100	100	100	100	
Geschlecht					
männlich	52	52	53	51	
weiblich	48	48	47	49	
Σ	100	100	100	100	

Quelle: Administrativdaten, Untersuchungsbericht 7

„Verjüngt“ haben sich zwischen 1992 und 1994 die HMO Zürich-Wiedikon und besonders ausgeprägt die Basler HMO, während die Mitgliederstruktur des MZH in etwa gleich geblieben ist. Die Basler HMO hat von Anfang an anteilig mehr Kinder und Jugendliche als Mitglieder gehabt und ist in diesem Segment weiter gewachsen. Das MZH hat von den drei HMO den höchsten Altersdurchschnitt der Mitglieder, insbesondere ist der Anteil der ab 41-Jährigen höher.

Vergleicht man die HMO-Versicherten und die Wohnbevölkerung der Stadt Zürich bzw. entsprechend des Kantons Basel-Stadt, zeigt sich folgendes Bild (Übersicht 2.5):

- Im Kanton Basel-Stadt sind unter den HMO-Versicherten die bis 20-Jährigen leicht, die 21-40 Jährigen stark überrepräsentiert; alle anderen Gruppen sind unterrepräsentiert.
- In der Stadt Zürich sind ebenfalls die 21-40-Jährigen überrepräsentiert, die Kinder und Jugendlichen und noch mehr die Hochbetagten deutlich unterrepräsentiert.
- Bei allen Unterschieden ist doch die Dominanz der 21-40-Jährigen unter den HMO-Versicherten und die sehr geringe Vertretung der höchsten Altersgruppe hervorzuheben.

Übersicht 2.5: Altersstruktur in der HMO-Versicherung im Vergleich zur Wohnbevölkerung, 1994

Altersgruppe	Faktor der Über-/Untervertretung ¹⁾	
	Stadt Zürich	Kanton Basel-Stadt
0-20	0.62	1.10
21-40	1.34	1.62
41-60	1.01	0.69
61-80	0.84	0.52
81 +	0.41	0.25

1) Ein Faktor von 1 bedeutet, dass der Anteil der Altersgruppe gleich wie in der Wohnbevölkerung ist. Eine Übervertretung liegt vor, wenn der Faktor einer Altersklasse grösser als eins ist. Umgekehrt ist bei einem Faktor kleiner eins eine Altersklasse untervertreten.

Quelle: Administrativdaten, Untersuchungsbericht 7

Nach der Versichertenbefragung unterscheiden sich die HMO-Versicherten von den traditionell Versicherten auch in folgenden Merkmalen (Übersicht 2.6):

- Deutlich überrepräsentiert sind unter den HMO-Versicherten die 1-Personen-Haushalte, deutlich unterrepräsentiert sind Haushalte mit 4 oder mehr Personen.
- HMO-versicherte Männer und Frauen haben häufiger eine höhere Schulbildung als die traditionell Versicherten.
- Im Einkommen bestehen keine statistisch signifikanten Unterschiede. Dass sich höhere Ausbildung nicht auch in höheren Einkommen manifestiert, mag daran liegen, dass die HMO-Versicherten jünger sind und somit oft noch nicht ihren Einkommenszenith erreicht haben.

Die Merkmale des Gesundheitszustandes weisen alle darauf hin, dass die HMO-Versicherten gesünder sind als ihre Vergleichsgruppe, dies gilt verstärkt in den höheren Altersgruppen.³⁾

3) Vgl. Untersuchungsbericht 1

Die Unterschiede zwischen den drei HMOs sind in den sozialen Schichtmerkmalen sowie in den Merkmalen des Gesundheitszustandes gering.

Übersicht 2.6: (Weitere) Strukturmerkmale von HMO-Versicherten im Vergleich zu traditionell Versicherten*

	HMO-Versicherte		Traditionell Versicherte in HMO-Regionen ¹⁾	
	Insgesamt	Männer 21-40 J.	Insgesamt	Männer 21-40 J.
Soziodem. Merkmale				
1-Personen-Haushalte %	34	35	21	24
Einfache Schul-/Ausbildung ²⁾ %	64	50	76	66
Äquivalentes Pro-Kopf-Einkommen ³⁾ - Franken	3.862	4.332	3.736	4.161
Gesundheitsmerkmale				
Subjektiver Gesundheitszustand „sehr gut“ %	42	56	33	49
Keine chronischen Krankheiten ⁴⁾ %	72	81	61	76
Keine Behinderung %	89	94	85	92
n ⁵⁾	1.265	355	803	143

* Fett gedruckte Zahlen: Der Unterschied zur Vergleichsgruppe traditionell Versicherter ist statistisch signifikant (mindestens 95 %-Niveau)

1) HMO-Regionen sind die Agglomerationen Basel und Zürich.

2) Bis einschl. Berufslehre bzw. Vollzeitberufsschule.

3) Nach der SKOS-Äquivalenzskala ermitteltes Pro-Kopf-Einkommen auf der Basis des erfragten Haushaltseinkommens.

4) In 12 Monaten nicht wegen chronischer Krankheiten in Behandlung.

5) Anzahl Befragte

Quelle: Versichertenbefragung 1991/1993, Untersuchungsbericht 1.

Die wesentlichen strukturellen Unterschiede bestätigen sich auch bei den Neueintritten der Jahre 1993/94, so dass man, abgesehen von der Verjüngung, von recht stabilen Verhältnissen ausgehen kann.

2.2.2 Bonus-Versicherte

Die Bonus-Versicherten sind regional sehr ungleich verteilt: 1991 wohnten 43 %, 1994 sogar 53 % in den Kantonen Bern und Zürich. Sehr schwach vertreten ist die Bonus-Versicherung in der Westschweiz.

Übersicht 2.7: Regionale Verteilung der Bonus-Versicherten

	1991	1994	Wohnbevölkerung 1994
	in %		
Kanton Bern	14	32	13
Kanton Zürich	29	21	17
übrige deutschspra- chige Kantone	48	39	41
Westschweiz	7	6	25
Tessin	2	2	4
Σ	100	100	100

Quelle: Administrativdaten, Untersuchungsbericht 7 / Statistisches Jahrbuch der Schweiz 1996

Diese Verteilung hat etwas zu tun mit den regionalen Schwerpunkten der beiden grossen Krankenkassen, die den Hauptanteil an Bonus-Versicherten aufweisen. Von dem gesamten Versichertenzuwachs zwischen 1991 und 1994 entfällt rund die Hälfte auf den Kanton Bern und der grösste Teil auf nur eine Krankenkasse.

Bonusversicherte sind in der Regel jung und männlich (Übersicht 2.8). 1991 waren zwei Drittel der Versicherten zwischen 21 und 40 Jahre alt. Diese Altersklasse hat zwischen 1991 und 1994 relativ an Bedeutung verloren. 1994 waren jedoch immer noch über die Hälfte aller Versicherten 21- bis 40-jährig. Im gleichen Zeitraum ist der Anteil der Altersklasse 41 - 60 auf über 25 % angestiegen (Übersicht 2.8). Im Vergleich zur Wohnbevölkerung war auch 1994 die Altersklasse 21 - 40 Jahre massiv übervertreten (Übersicht 2.9). Insgesamt waren sowohl 1991 wie auch 1994 rund 60 % der Versicherten männlich. Die Untervertretung der Frauen ist in der Altersklasse 21 - 40 am ausgeprägtesten (Übersicht 2.8).

Nach der Versichertenbefragung unterscheiden sich die Bonus-Versicherten des Jahres 1991 von den traditionell Versicherten auch in folgenden Merkmalen (vgl. Übersicht 2.10):

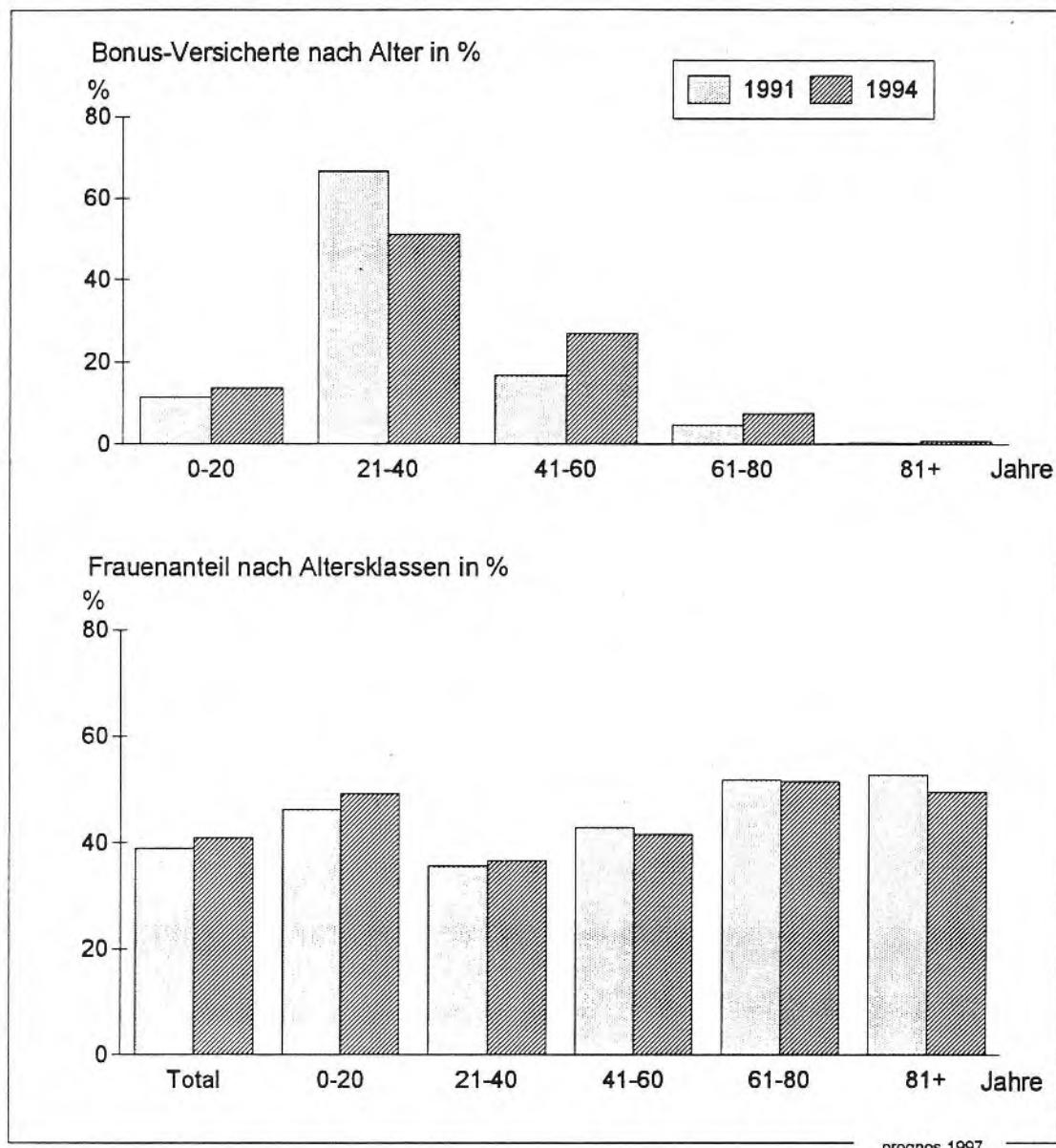
- Die 1-Personen-Haushalte sind überrepräsentiert, auch in den jüngeren Altersgruppen;
- Schulbildung und Einkommen deuten darauf hin, dass Bonus-Versicherte häufiger höheren Sozialstatusgruppen angehören als traditionell Versicherte.

Wie schon bei der HMO-Versicherung unterstützen auch bei der Bonus-Versicherung die Daten nicht die Hypothese, dass die Versicherungsform aus finanzieller Bedrängnis gewählt wurde (werden musste).

Die Bonus-Versicherten weisen in allen "Gesundheits"-Merkmals deutlich günstigere Werte auf als die traditionell Versicherten. Die Unterschiede bestätigen sich in der Aufteilung nach Geschlecht und nach Altersklassen: In allen Altersklassen sind die Bonus-Versicherten "gesünder" als die traditionell Versicherten. Der Abstand ist bei der jüngsten Altersgruppe am geringsten, da hier auch die traditionell Versicherten sehr gute Werte haben. Er ist am eklatantesten bei den älteren Jahrgängen: Während z.B. von den traditionell Versicherten in der

Altersklasse 66 plus nur 35 % im Laufe eines Jahres nicht wegen einer chronischen Krankheit in Behandlung waren, sind es bei den Bonus-Versicherten dieser Altersgruppe 78 %.⁴⁾

Übersicht 2.8: Bonus-Versicherte nach Alter und Frauenanteil nach Altersklassen, ganze Schweiz



Quelle: Administrativdaten, Untersuchungsbericht 7

4) Vgl. Untersuchungsbericht 1.

Übersicht 2.9: Altersstruktur in der Bonus-Versicherung im Vergleich zur Wohnbevölkerung, 1994

Altersgruppe	Faktor der Über-/Untervertretung, ganze Schweiz ¹⁾
0-20	0.55
21-40	1.63
41-60	1.05
61-80	0.50
81 +	0.25

1) Ein Faktor von 1 bedeutet, dass der Anteil der Altersgruppe gleich wie in der Wohnbevölkerung ist. Eine Übervertretung liegt vor, wenn der Faktor einer Altersklasse grösser als eins ist. Umgekehrt ist bei einem Faktor kleiner eins eine Altersklasse untervertreten.

Quelle: Administrativdaten, Untersuchungsbericht 7

Übersicht 2.10: (Weitere) Strukturmerkmale von Bonus-Versicherten im Vergleich zu traditionell Versicherten*

	Bonus-Versicherte		Traditionell Versicherte	
	Insgesamt	Männer 21-40 J.	Insgesamt	Männer 21-40 J.
Soziodemogr. Merkmale				
1-Personen-Haushalt %	25	29	19	18
Einfache Schul-/Ausbildung ¹⁾ %	67	59	76	68
Äquivalentes Pro-Kopf-Einkommen Ø Fr. pro Monat ²⁾	4.029	4.178	3.424	3.659
Gesundheitsmerkmale				
Subjektiver Gesundheitzzustand „sehr gut“ %	57	60	32	44
Keine chronischen Krankheiten ³⁾ %	86	87	60	74
Keine Behinderung %	96	97	87	93
n ⁴⁾	923	411	2642	521

* Fett gedruckte Zahlen: Der Unterschied zur Vergleichsgruppe traditionell Versicherter ist statistisch signifikant (mindestens 95 %-Niveau).

1) Bis einschl. Berufslehre bzw. Vollzeitberufsschule

2) Nach der SKOS-Äquivalenzskala ermitteltes Pro-Kopf-Einkommen auf der Basis des erfragten Haushaltseinkommens.

3) In 12 Monaten nicht wegen chronischer Krankheiten in Behandlung.

4) Anzahl Befragte

Quelle: Versichertenbefragung 1991/1992, Untersuchungsbericht 1.

1994 fand eine Befragung von Bonus-Versicherten statt, die erst 1993/94 diesem Versicherungszweig beigetreten waren.⁵⁾ Diese Befragung erbrachte überraschende Ergebnisse: Sie wies schon darauf hin, dass die Altersstruktur sich nach oben verschoben hatte und zeigte, dass die Abstände zu den traditionell Versicherten in den Gesundheitsmerkmalen im Vergleich zu 1991 stark geschrumpft waren. Vor allem aber zeigte sie, dass die Mehrzahl (60 %) der 1993/94 eingetretenen Bonus-Versicherten sich gar nicht bewusst war, eine Bonus-Versicherung zu haben.⁶⁾ Rückfragen ergaben, dass von der Krankenkasse, die 1993/94 den hauptsächlichen Zuwachs an Bonus-Versicherten hatte, in diesem Zeitraum in grossem Umfang Bonusversicherungs-Kollektivverträge abgeschlossen worden waren; die Versicherten selbst hatten davon offenkundig nur selten Kenntnis genommen.

Es besteht insofern eine neue Situation, als ein grosser Teil der später Eingetretenen keine individuelle und bewusste Entscheidung für die Bonus-Versicherung getroffen hat. Dies erklärt wohl zum grossen Teil die in den Administrativdaten und den Befragungen aufgetauchten auffälligen Abweichungen zwischen den Bonus-Versicherten 1991 und 1994. Dies ist vor allem zu beachten bei der Analyse der Kostenentwicklung (Kapitel 2.3).

Der beschriebene Sachverhalt weist schon darauf hin, dass die Verkaufsförderung durch die Krankenkassen bei der Verbreitung der Bonus-Versicherung von erheblicher Bedeutung ist. Die Befragung der Krankenkassen ergab, dass die Bonus-Versicherung nur durch eine Kasse intensiv durch Information, Werbung und Anreize für die Mitarbeiter gefördert wurde. Die anderen Versicherer haben über die allgemeine Information hinaus (z.B. in der Zeitschrift für Versicherte, durch Briefe an die Versicherten) kaum etwas getan. Explizit wurde dazu gesagt, dass, angesichts der schlechten Konditionen (insbesondere der 10 %-Malus im 1. Jahr und die 5-jährige Bindung) und des demzufolge nur marginalen Interesses, die Werbung auch bald nach Start ganz eingestellt wurde, weil sich der Aufwand nicht lohnte.

1994 war das erste Jahr, in dem ein Rabatt von 35 % (Bonusstufe 3) erreicht werden konnte. **Die Verteilung auf die Bonusstufen sah 1994 wie folgt aus:**⁷⁾

Bonus 0	28,3 %
Bonus 1	13,2 %
Bonus 2	16,0 %
Bonus 3	42,5 %
Bonus 4	–

Es lässt sich daraus errechnen, dass der grösste Teil (ca. 85 %) derer, die die Bonus-Versicherung 1991 abgeschlossen haben, planmäßig „vorgerückt“ ist und die bislang maximal erreichbare Stufe geschafft hat. Daher ist es auch nicht verwunderlich, dass die Struktur der Versicherten in der bislang höchsten Bonusstufe der Struktur der Bonuspopulation 1991

5) Befragung „Struktur der Neueintritte“, Untersuchungsbericht 1.

6) In der Basiserhebung 1991 hatten nur 13 % über ihren Versicherungszweig nicht Bescheid gewusst.

7) Quelle Administrativdaten, Untersuchungsbericht 7.

weitgehend entspricht. Die anderen Stufen sind für sich nicht sehr aussagefähig, da sie sich aus unterschiedlichen Kohorten zusammensetzen: Die Ausgangsstufe 0 im Jahr 1994 beispielsweise aus Personen, die seit 1991 dabei sind, aber wegen Krankheit nie einen Bonus realisierten konnten, ebenso wie aus Personen, die erst im Jahr 1994 beigetreten sind. Wegen dieser Mischung aus unterschiedlichen Kohorten wird auf weitere Aussagen zu den Bonusstufen verzichtet.⁸⁾

Generell zeigt das Beispiel der Bonus-Versicherung in extremem Masse, wie stark Sonderkonstellationen bei kleinen Versichertenzahlen und der Dominanz weniger Krankenkassen die Ergebnisse beeinflussen können. Da keine Garantie besteht, dass nicht auch in anderen Fällen Sonderkonstellationen existieren (z.B. eine einmalige, an bestimmte Versichertengruppen adressierte Werbeaktion einer Kasse), bemüht sich die Analyse um das Herausarbeiten allgemeiner Tendenzen und einen sehr vorsichtigen Umgang mit „Auffälligkeiten“.

2.2.3 Versicherte mit wählbarer Jahresfranchise

Von den Versicherten mit wählbarer Jahresfranchise sind nur knapp drei Fünftel in den an der Evaluation beteiligten Kassen versichert. Aus diesem Grunde sind insbesondere die Angaben zur regionalen Verteilung mit Vorsicht zu betrachten.

Übersicht 2.11: Regionale Verteilung der Versicherten mit wählbarer Jahresfranchise

	1994	
	WJF	Wohnbevölkerung in %
Kanton Waadt	27	7
Kanton Genf	11	6
übrige französischsprachige Kantone	12	12
Kanton Bern	22	13
Kanton Zürich	10	17
übrige deutschsprachige Kantone	16	41
Tessin	2	4
Σ	100	100

Quelle: Administrativedaten, Untersuchungsbericht 7

8) Eine noch ausstehende Kohortenanalyse der Administrativedaten wird genauere Informationen geben.

Im Verhältnis zur Wohnbevölkerung sind die Versicherten mit wählbarer Jahresfranchise in allen französischsprachigen Kantonen, mit Ausnahme des Wallis, relativ über-, in allen deutschsprachigen Kantonen, mit Ausnahme von Bern, relativ unterrepräsentiert. Die stärkere Verbreitung in der Westschweiz hängt sicher damit zusammen, dass vor Inkrafttreten des neuen KVG Kassen mit Hauptsitz in der Westschweiz unter dem Druck der Kosten die Promotion der wählbaren Jahresfranchise sehr viel aktiver betrieben haben als Kassen in der deutschen Schweiz. Bei einem Teil der Kassen in der Westschweiz hatte die Mehrzahl der Krankenversicherten eine erhöhte Franchise; diese Kassen boten die Versicherung mit höherer Jahresfranchise als Standardprodukt an, nur bei Insistieren konnte die normale Franchise gewählt werden.

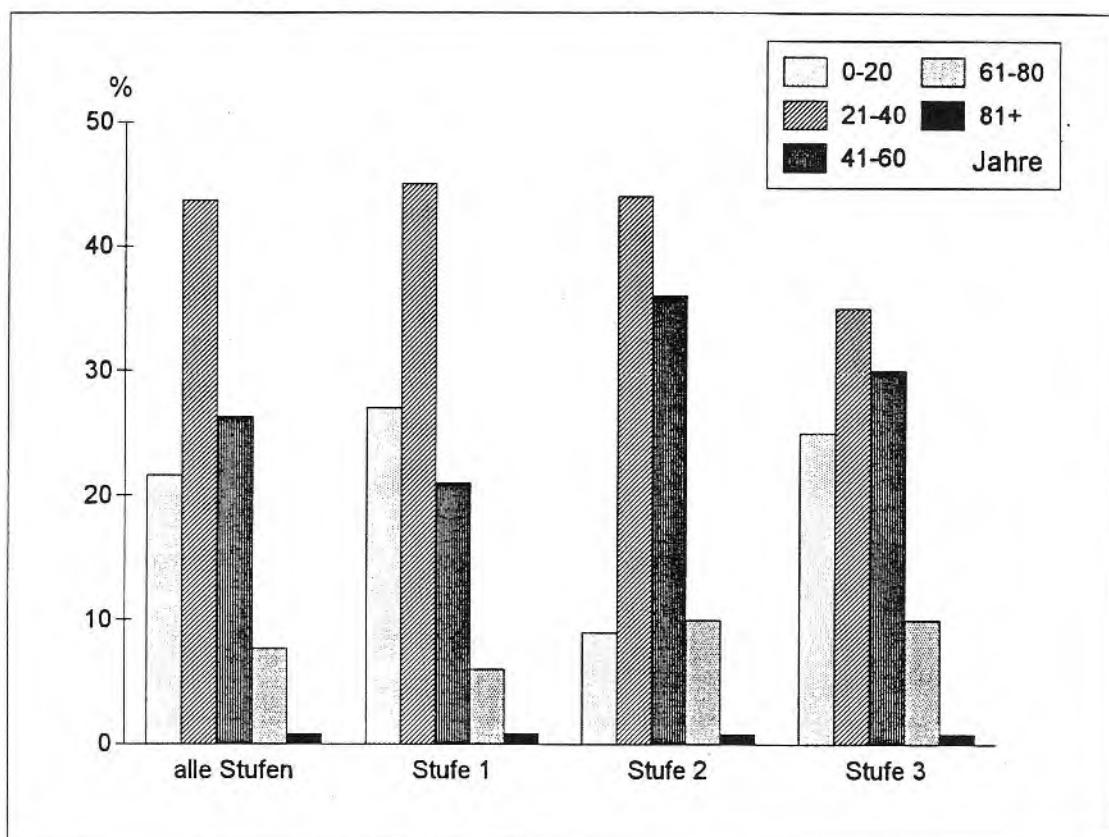
Generell ist die erhöhte Jahresfranchise mit sehr unterschiedlicher Intensität gefördert worden: Rund ein Drittel der Krankenkassen haben über eine allgemeine Information hinaus keine Verkaufsanstrengungen unternommen, ein weiteres Drittel hat zusätzlich durch Plakate, Medienwerbung, spezielles Informationsmaterial geworben. Das letzte Drittel hat alle Mittel eingesetzt, insbesondere auch (Zusatz-)Provisionen für den Abschluss von Verträgen mit erhöhter Franchise. Die Intensität der Verkaufsförderung schlägt sich sehr deutlich in den Anteilen der WJF-Versicherten je Kasse nieder.

Eine höhere Jahresfranchise wurde vor allem von den 21-40-Jährigen gewählt, gefolgt von den 41-60-Jährigen. Auch Kinder und Jugendliche stellen mit gut 20 % einen nennenswerten Anteil der Franchise-Versicherten, während die ab 60-Jährigen nur schwach vertreten sind. Mit der Höhe der Franchisestufe verschiebt sich die Altersstruktur: In Stufe 2 und 3 gewinnen die 41-60-Jährigen an Bedeutung und auch die 61-80-Jährigen haben einen deutlich höheren Anteil als in Stufe 1. Schliesslich ist überraschenderweise die höchste Franchisestufe auch sehr oft für Kinder und Jugendliche gewählt worden (Übersicht 2.12). Im Vergleich zur Wohnbevölkerung sind die 21-40-Jährigen in der Franchise-Versicherung erheblich über-, die ab 61-Jährigen erheblich unterrepräsentiert (Übersicht 2.13). Die Altersstruktur der Franchise-Versicherten weist keine beträchtlichen kantonalen Abweichungen auf.

Wie auch in den anderen neuen Versicherungsformen sind in der Franchise-Versicherung Frauen unterrepräsentiert und zwar umso ausgeprägter, je höher die Franchise-Stufe ist (Übersicht 2.13).

Zwischen 1991 und 1994 hat sich weder in der Alters- noch in der Geschlechtsstruktur eine nennenswerte Verschiebung ergeben. Mit dem starken Mitgliederzuwachs waren also keine Verschiebungen in der Nutzerstruktur verbunden.

Übersicht 2.12: Franchiseversicherte nach Alter und Stufen (in %), gesamte Schweiz, 1994



Quelle: Administrativdaten, Untersuchungsbericht 7

Übersicht 2.13: Alters- und Geschlechtsstruktur in der Franchise-Versicherung im Vergleich zur Wohnbevölkerung

Altersgruppe	alle Stufen	Faktor der Über-/Untervertretung der Gruppen, 1994, ganze Schweiz ¹⁾		
		1	2	3
0-20	0.87	1.12	0.35	1.02
21-40	1.36	1.45	1.39	1.12
41-60	1.05	0.80	1.43	1.14
61-80	0.53	0.40	0.63	0.68
81 +	0.22	0.17	0.26	0.29
Geschlecht				
Frauen	0.91	0.97	0.87	0.80

1) Faktor 1 bedeutet, dass in der Franchise-Versicherung der Anteil der jeweiligen Gruppe gerade gleich ist wie in der Wohnbevölkerung, ein Faktor > 1 bedeutet, dass die Gruppe übervertreten ist, ein Faktor < 1, dass sie untervertreten ist.

Quelle: Administrativdaten, Untersuchungsbericht 7.

Unter Beziehung der Versichertenbefragung ergeben sich wichtige Unterschiede (vgl. Übersicht 2.14):

- Versicherte mit erhöhter Jahresfranchise haben häufiger als traditionell Versicherte eine höhere Schulbildung und gehören mehr zu den oberen Einkommensgruppen. Dies gilt für Jung und Alt sowie für Männer und Frauen. Es ist offenkundig, dass die Entscheidung für das Risiko, jährlich einen nennenswerten Betrag der Gesundheitskosten aus eigener Tasche zahlen zu müssen, den Bessergestellten leichter fällt. Für die Bonus-Versicherung wurde Vergleichbares festgestellt. Angesichts dieses Befundes ist die Vermutung naheliegend, dass Arztkonsultationen nicht aus wirtschaftlicher Not vermieden werden.
- Anders als bei der HMO- und Bonus-Versicherung gibt es, berücksichtigt man die Altersstruktur, keine grossen Unterschiede in der Haushaltsgrösse.

In den Gesundheitsmerkmalen weisen die Franchise-Versicherten durchweg bessere Werte auf als die traditionell Versicherten, wenn auch die Abstände teilweise kleiner sind als bei den anderen beiden Versichertengruppen.

Die Unterschiede zwischen traditionell Versicherten und Versicherten mit erhöhter Jahresfranchise verstärken sich sehr deutlich in den Sozialstatus-Merkmalen, wenn man die Franchisehöhe berücksichtigt: Drei Viertel der traditionell Versicherten haben eine einfache Schul-/Ausbildung, aber weniger als die Hälfte der Versicherten in der höchsten Franchisestufe. Der Abstand im (äquivalenten) Pro-Kopf-Einkommen zwischen der höchsten Franchisestufe und traditionell Versicherten beträgt gut 1.200.- Fr. p.M.. In den Gesundheitsmerkmalen sind die Zusammenhänge weniger ausgeprägt. Einzelne Indikatoren weisen auf einen besseren Gesundheitszustand in den beiden oberen Franchisestufen hin.

Übersicht 2.14: (Weitere) Strukturmerkmale von Franchise-Versicherten im Vergleich zu traditionell Versicherten

	Alle Stufen	Franchise-Versicherte						Traditionell Versicherte ⁴⁾	
		insgesamt			Männer 21-40 J.			Insgesamt	Männer 21-40 J.
Soziodemogr. Merkmale	Alle Stufen	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Alle Stufen	Stufe 1	Stufe 2+3	Insgesamt	Männer 21-40 J.
1-Personen-Haushalte %	16	15	16	28	22	16	26	22	19
Einfache Schul-/Ausbildung ¹⁾ %	59	69	51	44	59	69	50	76	69
Äquivalentes Pro-Kopf-Einkommen ²⁾ - Franken	4.104	4.030	4.170	4.571	3.963	3.989	3.890	3.304	3.530
Gesundheitsmerkmale									
Subjektiver Gesundheitszustand „sehr gut“ %	38	35	40	31	45	53	41	30	39
Keine chronischen Krankheiten ³⁾ %	69	61	73	73	75	67	78	58	68
Keine Behinderung %	93	92	95	96	96	98	94	87	93
n ⁵⁾	772	277	222	78	143	55	68	2642	521

* Fett gedruckte Zahlen: Der Unterschied zur Vergleichsgruppe traditionell Versicherter ist statistisch signifikant (mindestens 95 %-Niveau).

1) Bis einschl. Berufslehre bzw. Vollzeitberufsschule

2) Nach der SKOS-Äquivalenzskala ermitteltes Pro-Kopf-Einkommen auf der Basis des erfragten Haushaltseinkommens.

3) In 12 Monaten nicht wegen chronischer Krankheiten in Behandlung.

4) Hier umgewichtet entsprechend der Verteilung der Franchise-Versicherten auf die Landestelle, um den Effekt der Überrepräsentanz der Franchise-Versicherten in der Westschweiz zu kontrollieren.

5) Anzahl Befragte, Summe von n nach Stufen kleiner als gesamtes n, weil nicht alle Versicherten über ihre Franchise-Stufe Bescheid wussten.

Quelle: Versichertenbefragung 1991/1992, Untersuchungsbericht 1.

2.3 Kosten und Inanspruchnahme

2.3.1 Gegenstand, Abgrenzungen

Es gibt sehr grosse Unterschiede in der Erkrankungshäufigkeit und den pro Jahr verursachten Kosten zwischen den verschiedenen Krankenversicherungsformen. Diese Unterschiede werden im folgenden kurz dargestellt. Dabei geht es um die ermittelten Kosten ohne jede Standardisierung nach Alter, Geschlecht oder anderen risikorelevanten Merkmalen. Auf die Frage, ob die festgestellten Kostenunterschiede mit der unterschiedlichen Risikostruktur zu tun haben, geht Kapitel 3 ein.

Es wurden folgende Falldefinitionen und Kennziffern verwendet:⁹⁾

Versicherte sind Personen, die bei einer der an der Evaluation beteiligten Kassen eine Grundversicherung abgeschlossen haben. Personen, die nur eine Zusatzversicherung hatten, wurden ausgeschieden.

Erkrankte sind Personen, die während eines Jahres mindestens eine Rechnung bei ihrer Krankenkasse eingereicht haben. Versicherte, die Rechnungen hatten, diese aber nicht einreichten, können nicht als erkrankt identifiziert werden.

Die **Erkrankungsziffer** oder die Erkrankungshäufigkeit ergibt sich, indem die Zahl der Erkrankten durch die Zahl der Versicherten dividiert wird.

Zur Analyse der Kosten in den einzelnen Versicherungszweigen und für Vergleiche zwischen Versicherungszweigen werden die **Kosten pro Versicherte/n** und **Kosten pro Erkrankte/n** berechnet. Diese Kennzahlen beziehen sich auf die Gesamtkosten aller Rechnungen, die die Kassen erfasst haben. Berücksichtigt werden die Krankenpflegekosten (inkl. obligatorisches Spitaltaggeld) zu Lasten der Grundversicherung. Dabei handelt es sich um die Kosten vor Abzug der Kostenbeteiligung.

Es werden nur die Kosten zu Lasten der Grundversicherung analysiert.

Wegen der regional ungleichen Verteilung der Versicherten in den neuen Formen in Verbindung mit sehr grossen Kostenunterschieden zwischen den Kantonen erfolgt die Kostenbetrachtung auf kantonaler Ebene.

Es gibt Besonderheiten der Ermittlung und der Aussagekraft je nach Versicherungsart:

9) Vgl. Untersuchungsbericht 7.

Grundsätzlich sind nur Kosten erfasst, die zu einer Rechnungsstellung bei den Krankenkassen geführt haben. Arztrechnungen und Medikamentenkosten, die nicht bei der Krankenkasse geltend gemacht wurden, sind nicht erfasst. Versicherte, die zwar Kosten haben, diese aber nicht bei der Krankenkasse zur Rückerstattung einschicken, können auch nicht als Erkrankte gezählt werden. Es ist zu vermuten, dass Kosten und Erkrankungshäufigkeit bei Versicherten mit höherer Jahresfranchise unterschätzt sind, da diese z.T. Kosten, die im ganzen Jahr unterhalb der Franchise blieben, nicht geltend machen werden. Ebenso ist zu vermuten, dass Bonus-Versicherte kleinere Beträge aus eigener Tasche zahlen, um den nächst höheren Bonus zu erreichen. Eine eigene Erhebung zu den selbstgetragenen Gesundheitskosten erlaubt es, dieses Phänomen zumindest einzuschränken (vgl. Kapitel 2.4).

Eine andere Situation besteht bei der HMO-Versicherung: Da den Patienten keine Einzelleistungen verrechnet werden, besteht auch nicht diese Möglichkeit der Kostenermittlung. Lediglich bezüglich der externen Leistungserbringer (Spitäler, Fachärzte, Labors) und der Medikamente sind die Kosten je Patient direkt und vergleichbar zu identifizieren. Bei den HMOs wurden die buchhalterischen Kosten ermittelt, das sind die Kosten, die durch den Betrieb der Einrichtung plus der Kosten für externe Leistungen entstehen (im einzelnen siehe Kapitel 5.4). Aus dem hier relevanten Blickwinkel "Was kostet ein Versicherter" wird in beiden Fällen identisches erfasst, mit einer Ausnahme: Die HMO-Praxen übernehmen Verwaltungsaufgaben und Verwaltungskosten, die sonst bei den Krankenkassen anfallen.

Der Nachteil der Kostenerfassung bei den HMOs liegt darin, dass die buchhalterischen Kosten nicht individualisiert, also der einzelnen Person, zugeordnet werden können und infolgedessen z.B. keine altersspezifischen Kosten ausgewiesen werden können.

Um diesen Nachteil zu vermeiden und eine exakt vergleichbare Kostenbetrachtung anstellen zu können, wurden die HMOs zu Beginn der Evaluation verpflichtet, eine **Schattenrechnung** zu führen, d.h. die selbsterbrachten medizinischen Leistungen wie in den herkömmlichen Praxen zu verbuchen. Diese Schattenrechnung wurde installiert, erbrachte jedoch Ergebnisse, die nicht eindeutig interpretierbar sind. Kernproblem ist,

- dass die auf dieser Basis ermittelten Kosten deutlich unter den buchhalterischen liegen (1994 bei den Zürcher HMOs 44 % tiefer),
- und dass allein schon die gut ausgewiesenen Kosten für externe Leistungserbringer rund 80 % der Gesamtkosten auf Basis der Schattenrechnung ausmachen, so dass für die HMO-eigenen Leistungen rechnerisch kaum mehr etwas übrig bleibt.

Grob gesprochen sind folgende Ursachen denkbar:

- Die HMOs "betreiben" eine Medizin, die in den Taxwerten nicht ausreichend honoriert wird, z.B. gesprächsintensiv, mit geringem Technikeinsatz, etc. Sie könnten damit im herkömmlichen System nicht überleben.
- Für die HMOs ist die Schattenrechnung ohne jegliche wirtschaftliche Bedeutung. Es gibt keinen Anreiz für eine Optimierung der (Schatten-)Leistungsabrechnung. Zudem

kommt die Mehrzahl der Ärzte aus dem klinischen Bereich und hat kaum oder keine Erfahrung mit dem Abrechnungswesen einer ambulanten Praxis.

Da es ohne zusätzliche Studien keine Möglichkeit gibt, das Gewicht des einen oder anderen Faktors auch nur näherungsweise einzuschätzen, lohnt sich auch eine weitere Spekulation nicht. Es wurde beschlossen, für diesen Bericht die HMO-Kostenseite auf der buchhalterischen Basis abzubilden. Erkrankungsziffern und Arzneimittelkosten dagegen, die obigen Einflüssen nicht ausgesetzt sind, werden aus der Schattenrechnung entnommen.

Von der Schattenrechnung wird im folgenden gesprochen, wenn es um Zahlen geht, die aus der individuellen Leistungsregistrierung stammen. Die folgende Übersicht zeigt den Inhalt der verwendeten Begriffe.

Übersicht 2.15: Die Kostenseite der HMO

Schattenrechnung	Buchhalterische Kosten (vgl. Kap. 5.4)
HMO-interne medizinische Leistungen = Schattenrechnung i.e.S. Externe Leistungen gegenüber den HMO in herkömmlicher Weise abgerechnet Medikamentenkosten	Externer Gesundheitsaufwand und Materialaufwand Gesundheit (Kosten externer Leistungserbringer, Medikamente etc.) Betriebsaufwand (Personal-, Sach-, Finanzierungskosten etc.)

In der Administrativdatenauswertung werden die beiden Betrachtungsweisen integriert: Die Kosten der HMO-Versicherten wurden anhand der Erhebung von Prognos und den Administrativdaten für das Jahr 1994 hochgerechnet. Für die Schätzung wurde angenommen, dass in der Schattenrechnung die Kosten in den einzelnen Altersklassen gleichermaßen unterschätzt werden. Aufgrund dieser Annahme wurden die Kosten aus der Erhebung von Prognos auf die einzelnen Altersklassen umgelegt und die Kosten pro Versicherte/n und Erkrankte/n ermittelt. Auf diese Weise werden individualisierte Daten erzielt.

Grundsätzlich gilt es für die Kostenseite aller neuen Versicherungsformen folgendes zu beachten: Es handelt sich um Versicherungszweige, die im Beobachtungszeitraum stark gewachsen sind. Die durchschnittlichen jährlichen Wachstumsraten liegen bei 21 % für die Franchise, 28 % für die Bonus- und 39 % für die HMO-Versicherung.¹⁰⁾ Neueintritte verursachen jedoch mindestens im 1. Jahr deutlich geringere Kosten als der bereits vorhandene

10) Nur bezogen auf die drei evaluierten HMO.

Bestand (Übersicht 2.16). Das gilt für alle Versicherungszweige mit Ausnahme der Sonder-situation 1993/94 in der Bonus-Versicherung im Kanton Bern.

Der sich daraus ergebende deutliche Kostenvorteil für wachsende Modelle (der möglicherweise auch noch über das erste Jahr hinausreicht) beeinträchtigt den Vergleich sowohl unstandardisierter als auch standardisierter Kosten in der reinen Querschnittsbetrachtung.

Übersicht 2.16: Kosten der Neueintritte¹⁾ im 1. Jahr in % der Kosten der Mitglieder, die schon länger als 1 Jahr in dem Zweig versichert sind. Nur 21-40-Jährige

	Neueintritte 1993 und 1994
Eintritte in HMO ²⁾	47,6 %
Eintritte in Bonus ³⁾	43,8 %
Eintritte in Franchise ⁴⁾	53,8 %

1) Vorher traditionell Versicherte in der gleichen Krankenkasse und Kassenwechsler zusammen; gewichtet mit der Anzahl der Fälle.

2) Hochrechnung der Kosten durch BSV

3) Nur Kanton Bern und Zürich, Kanton Bern ohne Eintritte 1994

4) Eintritte 93/94 Kantone Bern, Genf, Waadt

Quelle: Administrativdaten, Untersuchungsbericht 7, eigene Berechnungen

2.3.2 Die HMO-Versicherung

Die Wahrscheinlichkeit, dass die Versicherten im Laufe eines Jahres einen Arzt aufsuchen, ausgedrückt in der Erkrankungsquote, liegt bei den HMO-Versicherten 1994 bei gut 75 % und ist damit nur geringfügig tiefer als bei den traditionell Versicherten. Das zeigt, dass der Zugang zu Ärzten durch das HMO-Modell nicht prinzipiell tangiert wird (Übersicht 2.17).

Die buchhalterisch ermittelten Kosten je Versichertem liegen bei den HMO zu Beginn relativ hoch und sinken in dem Masse, wie eine Versichertenzahl erreicht wird, die dem vorhandenen Personal und der Infrastruktur entspricht. Die zwei grösseren der drei untersuchten HMOs haben den nötigen Auslastungsgrad erreicht, während die dritte nur ein vergleichsweise langsames Versichertenzahwachstum hatte und deshalb auch 1994 hohe Kosten je Versichertem ausweist¹¹⁾ (vgl. Übersicht 2.18).

11) Redimensionierungsmassnahmen im Laufe des Jahres 1994 haben auf das ganze Jahr gesehen die Kosten noch nicht entscheidend senken können.

Übersicht 2.17: Erkrankungsziffern, Arzneimittelkosten HMO 1994; Kantone Basel-Stadt und Zürich

	1994			
	HMO BS	Trad.Vers. BS	HMO ZH	Trad. Vers. ZH
Erkrankungsziffer %	78,9	86,3	74,3	78,9
Arzneimittelkosten p.Erkr. Fr.	163	578	156	358

Quelle: Administrativdaten, Untersuchungsbericht 7

Übersicht 2.18: (Buchhalterische) Kosten pro Versichertem in den HMOs, Franken¹⁾

HMO	1992	1993	1994
IGAK ZH Ø-Kosten Fr.	1446	1265	1334
MZH ZH Ø-Kosten Fr.	2441	2140	2106
IGAK BS Ø-Kosten Fr.	1647	1316	1351
Trad.Versicherte 1994 ²⁾			
Kanton Zürich			1684
Kanton Basel			2659
Kanton Basel-Land			1832

1) Quelle: HMO-Erhebungen

2) Quelle: Administrativdaten, Untersuchungsbericht 7

Die Arzneimittelkosten je erkranktem HMO-Mitglied sind 1994 mit rd. 160 Franken p.a. sehr viel tiefer als bei den traditionell Versicherten.

Die zeitliche Entwicklung der einzelnen Indikatoren wird in der Administrativdatenauswertung durch den Vergleich der Jahre 1991 und 1994 dargestellt. Da zwei der drei HMOs erst im Herbst 1991 eröffneten, scheint uns dieser Zeitbezug für die HMO problematisch. Auf Aussagen zur zeitlichen Entwicklung wird daher verzichtet.

2.3.3 Die Bonus-Versicherung

Die Bonus-Versicherten hatten 1991 sowohl eine sehr niedrige Erkrankungsziffer wie auch sehr niedrige Kosten. 1994 haben sich aber die Kosten gegenüber 1991 verdoppelt bis verdreifacht (Übersicht 2.19).

Übersicht 2.19: Erkrankungsziffern und Kosten bei Bonus-Versicherten, ganze Schweiz

	1991	1994
Erkrankungsziffer %	39,7	46,7
Kosten pro Versichertem Fr.	277	633
Kosten pro Erkranktem Fr.	698	1.355
Arzneimittelkosten pro Erkranktem Fr.	60	198

Quelle: Administrativdaten, Untersuchungsbericht 7

Betrachtet man nur die Kantone Bern und Zürich, in denen 1994 53 % aller Bonusversicherten wohnten, zeigen sich zunächst für das Ausgangsjahr 1991 recht ähnliche Verhältnisse in beiden Kantonen (Übersicht 2.20).

- Bonus-Versicherte sind nur etwa halb so oft erkrankt wie traditionell Versicherte;
- die Kosten pro Versichertem bei Bonus betragen nur rd. ein Viertel der Kosten der traditionell Versicherten; bei den Arzneimittelkosten je Erkrankten ist der Abstand ähnlich gross;
- wenn Bonus-Versicherte erkranken, dann offenkundig weniger schwer: die Kosten pro Erkrankten liegen bei rund der Hälfte derer der traditionell Versicherten.

1994 haben sich die Verhältnisse auseinander entwickelt. Im Kanton Zürich mit weniger Neuzugängen und einem höheren Anteil derer, die bereits die Bonusstufe 3 erreicht haben, hat sich der Abstand zu den traditionell Versicherten zwar etwas verringert, ist aber nach wie vor hoch. Festzustellen ist also, dass vier Jahre nach dem Startpunkt sich die Kostensituation und wohl auch die Gesundheitssituation der Bonus-Versicherten etwas verschlechtert hat, gegenüber den traditionell Versicherten aber nach wie vor exzellent ist.

Anders im Kanton Bern mit vielen Neuzugängen und einer andersartigen Population (Kollektiv-Versicherte): hier sind in allen Indikatoren die Abstände zu den traditionell Versicherten stark geschrumpft.

Eine eigentliche Kohortenanalyse ist für die Stichprobe der befragten Bonus-Versicherten möglich, da es sich hier um eine Gruppe handelt, die schon 1991 Bonus-versichert war und Neuzugänge nicht enthalten sind (Übersicht 2.21). Diese bestätigt die Aussagen für den Kanton Zürich.

Übersicht 2.20: Erkrankungsziffern in % und Kosten in Franken traditionell Versicherter und Bonus-Versicherter, Kantone Bern und Zürich

	Kanton Bern		Kanton Zürich	
	Trad. Versicherte	Bonus-Versicherte	Trad. Versicherte	Bonus-Versicherte
1991				
Erkrankungsziffer %	76,3%	33,2%	76,9%	41,4%
Kosten pro Versichertem, Fr.	1256	295	1287	305
Kosten pro Erkranktem, Fr.	1647	889	1674	736
Arzneimittelkosten pro Erkr., Fr.	327	70	268	59
1994				
Erkrankungsziffer %	78,6%	58,9%	78,9%	38,4%
Kosten pro Versichertem, Fr.	1699	907	1684	486
Kosten pro Erkranktem, Fr.	2161	1539	2133	1264
Arzneimittelkosten pro Erkr., Fr.	438	297	358	110

Quelle: Administrativdaten, Untersuchungsbericht 7.

Übersicht 2.21: Kostenentwicklung Bonus bei Stichproben-Kohorte - Bonus-/traditionell Versicherte ab 18 Jahren

	Kosten pro Versichertem	
	Bonus-Versicherte in Franken	in % traditionell Versicherter
1991	264	24
1992	289	24
1993	298	28
1994	450	29

Quelle: Administrativdaten, eigene Berechnungen.

2.3.4 Versicherte mit wählbarer Jahresfranchise

Gesamtschweizerisch sinken die Erkrankungsziffern mit der Höhe der Franchise, nicht jedoch in gleichem Masse die Kosten. Die Kosten je Versichertem und die Arzneimittelkosten je Erkranktem sind sowohl 1991 wie auch 1994 in Stufe 2 etwa gleich hoch wie in Stufe 1, die Kosten je Erkranktem sogar höher. Nur Stufe 3 weist in allen Merkmalen niedrigere Werte auf (Übersicht 2.22).

Übersicht 2.22: Erkrankungsziffern und Kosten bei Franchise-Versicherten, ganze Schweiz

	1991	1994
Erkrankungsziffer %		
Stufe 1	63,5	66,3
Stufe 2	52,6	54,8
Stufe 3	46,7	44,5
Kosten pro Versicherten Fr.		
Stufe 1	983	1003
Stufe 2	900	1010
Stufe 3	546	611
Kosten pro Erkrankten Fr.		
Stufe 1	1549	1513
Stufe 2	1712	1842
Stufe 3	1168	1374
Arzneimittelkosten pro Erkrankten Fr.		
Stufe 1	267	252
Stufe 2	243	302
Stufe 3	148	182

Quelle: Administrativdaten, Untersuchungsbericht 7.

In den Kantonen Waadt und Genf ist die Alters- und Geschlechtsstruktur der WJF-Versicherten vergleichbar. Sehr ähnlich sind auch die Kostenunterschiede zu den jeweiligen traditionell Versicherten, die sich für 1994 wie folgt zusammenfassen lassen (Übersicht 2.23):

- In allen WJF-Stufen liegen Erkrankungsziffern und Kosten unter denen der traditionell Versicherten. Die höchste Franchise-Stufe hat den grössten Abstand zu den traditionell Versicherten.
- In Stufe 1 liegt die Erkrankungsziffer recht nahe bei der der traditionell Versicherten. Auch Ergebnisse der Versichertenbefragung deuteten darauf hin, dass in Stufe 1 der Gang zum Arzt nicht wegen der höheren Franchise unterlassen wird.¹²⁾
- Die Kosten je Versichertem liegen bei Stufe 1 bei rd. 60 % der traditionell Versicherten, bei Stufe 2 bei rd. 50 % und bei Stufe 3 bei rd. 30 %.
- Die Kosten pro Erkranktem liegen bei rund 70 % der traditionell Versicherten in den Stufen 1 und 2, bei rund 50-60 % in Stufe 3.

Die Verhältnisse haben sich zwischen 1991 und 1994 in den Kantonen Waadt und Genf grosso modo nicht viel verändert. Unterschiede im einzelnen ergeben kein konsistentes Bild und sind nicht interpretierbar.

Im Kanton Bern entsprechen die Verhältnisse 1991 in etwa denen der Kantone Waadt und Genf. 1994 jedoch besteht eine neue Situation: Der Kostenabstand zu den traditionell Versicherten ist sehr viel grösser geworden, vermutlich als Auswirkung des enormen Wachstums der Franchise-Versicherten in diesem Kanton (+ 45 % p.a.).

12) Vgl. Untersuchungsbericht 1.

Übersicht 2.23: Erkrankungsziffern und Kosten traditionell und Franchise-Versicherte, Kantone Waadt, Genf, Bern

	Trad. Vers.	Kanton Waadt			Trad. Vers.	Kanton Genf			Trad. Vers.	Kanton Bern				
		Franchise-Versicherte				Franchise-Versicherte				Franchise-Versicherte				
		Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3		Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3		Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3		
1991														
	Erkrankungsziffer %	84,3	68,0	56,8	55,4	84,0	66,7	55,6	43,1	76,3	67,0	43,5		
	Kosten pro Versichertem Fr.	1983	1171	966	637	2099	1194	1182	702	1256	769	666		
	Kosten pro Erkranktem Fr.	2352	1721	1701	1150	2500	1792	2124	1629	1647	1148	1532		
	Arzneimittel-kosten pro Erkranktem Fr.	384	309	273	166	423	300	250	207	327	193	194		
1994														
37	Erkrankungsziffer %	85,5	71,4	58,9	47,4	80,8	69,7	56,0	43,3	78,6	68,1	47,5		
	Kosten pro Versichertem Fr.	2406	1491	1259	686	2629	1556	1254	751	1699	632	692		
	Kosten pro Erkranktem Fr.	2813	2086	2138	1446	3255	2233	2239	1735	2161	927	1459		
	Arzneimittelkosten pro Erkranktem Fr.	542	361	357	198	659	419	395	278	438	126	214		

Quelle: Administrativdaten, Untersuchungsbericht 7

2.4 Selbstgetragene Gesundheitskosten

Es herrschte weitgehend Unklarheit darüber, in welchem Masse die Vergleichbarkeit der Erkrankungsziffern und der Kosten zwischen den Testformen und der traditionellen Versicherung dadurch beeinträchtigt wird, dass ein unterschiedlich grosser Anteil der Kosten überhaupt bei den Krankenkassen sichtbar wird. Da die 1. Welle der Versichertenbefragung Indizien dafür erbrachte, dass Bonus- und WJF-Versicherte tatsächlich häufiger als traditionell Versicherte Rechnungen gar nicht bei den Krankenkassen einreichen, wurde eine Zusatzerhebung durchgeführt, um das Ausmass der Verzerrung wenigstens annähernd abschätzen zu können. Mit Hilfe von Journalen wurden die erhaltenen Rechnungen für Gesundheitsleistungen für ein ganzes Jahr (1993) erfasst und jeweils vermerkt, ob sie zur Erstattung eingereicht wurden (bzw. noch werden) oder nicht. Für selbstgekaufte Arzneimittel wurden, über das 2. Halbjahr 1993 verteilt, Monatsjournale geführt.¹³⁾

Ergebnis ist, dass bei Bonus-Versicherten und Versicherten der höchsten Franchisestufe ein statistisch signifikant höherer Anteil der Gesundheitskosten als bei traditionell Versicherten von vornherein ganz aus eigener Tasche bezahlt und gar nicht bei den Krankenkassen registriert wird. Es geht jedoch um vergleichsweise geringe Beiträge:

- Pro Versichertem 70 Franken mehr p.a. bei den Bonus-Versicherten im Vergleich zu den traditionell Versicherten;
- Pro Versichertem 100 Franken mehr p.a. bei den Versicherten der Franchise-Stufe 3.

Das heisst, dass die Informationen aus den Administrativdaten zwar etwas zu relativieren sind, aber nicht grundsätzlich in Frage gestellt werden. Für die übrigen Formen (HMO, WJF 350, WJF 600) wurden statistisch signifikante Abweichungen nicht festgestellt. Bezüglich der selbstgetragenen Arzneimittelkosten konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Versichertengruppen festgestellt werden. Es war beabsichtigt, auch mittels eines Vergleichs der Angaben zur Konsultationshäufigkeit in der Versichertenbefragung und in den Administrativdaten Informationen über die in den Krankenversicherungsdaten nicht erfassten Konsultationen zu erhalten. Dies liess sich jedoch wegen der Datenprobleme in den Administrativdaten nicht realisieren.

13) Vgl. Untersuchungsbericht 3.

3. Der Kostenunterschied: Folge von Risikoentmischung oder Verhalten?

3.1 Problematik und methodische Vorgehensweise

Die zentrale Frage ist, ob und ggf. in welchem Ausmass die festgestellten Kostenunterschiede zwischen den Testformen und der traditionellen Krankenversicherung Folgen der unterschiedlichen Risikostruktur sind oder ob die getesteten Versicherungsformen selbst einen sparsameren Verbrauch von Gesundheitsleistungen auslösen. Nun ist aus zahlreichen internationalen Untersuchungen bekannt, dass das Gesundheitsrisiko bzw. das Gesundheitskostenrisiko nur sehr beschränkt ermittelt werden kann. Der grösste Teil der individuellen Varianz in den Gesundheitskosten ist mit den heutigen theoretischen Konzepten und empirischen Messmethoden nicht erklärbar und vorhersehbar. Je nach einbezogenen Merkmalen können ca. 15 % bis 20 % der individuellen Varianz erklärt werden. Vor allem der Erklärungsgehalt von Alter und Geschlecht und auch anderer soziodemographischer Variablen ist gering; bessere Merkmale sind solche des objektiven und subjektiven Gesundheitszustandes und insbesondere die frühere Inanspruchnahme bzw. die früheren Kosten.¹⁾

Deshalb ist auch nicht zu erwarten, dass die Frage nach der Bedeutung von Risikostruktur oder Verhaltensänderungen für die Kostenunterschiede eindeutig beantwortet werden kann. Es geht mehr um die Suche nach Indizien als nach Beweisen. Drei Ansätze werden angewandt:

1. In der Auswertung der Administrativdaten werden die Einflüsse von unterschiedlicher Alters- und Geschlechtsstruktur dadurch eingegrenzt, dass im Vergleich von Inanspruchnahme und Kosten die Gruppe der 21-40-jährigen Männer betrachtet wurde. Mit diesem Bezug auf eine alters- und geschlechtshomogene Gruppe ergeben sich Hinweise darauf, ob Kostenunterschiede im wesentlichen auf unterschiedliche Alters- und Geschlechtsstruktur zurückgeführt werden können. Eine Standardisierung der Werte für Kosten und Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht wurde aber in der Administrativdaten-Auswertung nicht vorgenommen.
2. Für die Gruppe der 21-40-jährigen Versicherten wurde eine Wechsleranalyse durchgeführt. Sie zeigt die Kosten im Jahr vor dem Eintritt in eine neue Versicherungsform und im ersten Mitgliedsjahr im Vergleich zu den Kosten derer, die in ihrer alten (traditionellen) Versicherungsform geblieben sind und derer, die schon mehr als 1 Jahr

1) Van de Ven, W., Van Vliet, R.: How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market. In: Zweifel, P., Frech, H.E. (Hrsg.): Health Economics Worldwide, 1992.
Van Vliet, R., Van de Ven, W.: Towards a budget formula for competing health insurers. Paper presented at the second world congress on health economics, Zürich 1990.
Beck, K. u.a.: Die Solidarität im Wandel. Schriftenreihe der SGGP Nr. 48, 1995.

Mitglied der neuen Form sind. Für die hier vorliegende Fragestellung sind die Kosten vor dem Beitritt von Interesse. Wenn Personen, die den neuen Versicherungsformen beigetreten sind, schon im alten System sehr niedrige Kosten verursacht haben, weist dies darauf hin, dass nicht die Versicherungsform, sondern die Risikostruktur die Kostenunterschiede erklärt. Generell gelten die früher verursachten Kosten als guter Indikator für die aktuellen Gesundheitskosten. Der Ansatz ist allerdings mit den vorhandenen Daten nur eingeschränkt zu realisieren, da nur ein Jahr vorher einbezogen werden konnte. Der Bezug auf nur ein ex-ante-Jahr ist generell problematisch und im vorliegenden Fall noch besonders kritisch. Es geht ja nicht um eine Verlaufsbetrachtung für eine allgemeine Versichertenpopulation, sondern um solche Fälle, die ihre Versicherungsform gewechselt haben und entweder in eine für sie finanziell riskante Form übergegangen sind (Bonus, WJF) oder einen Arztwechsel und eine Einschränkung der freien Arztwahl in Kauf nehmen (HMO). Es ist naheliegend, dass aktuell kranke Personen zu einem solchen Schritt weit weniger neigen als Personen, die aktuell keine Leistungen des Gesundheitssystems benötigen. Dennoch gibt diese Analyse einen wichtigen zusätzlichen Einblick in die aktuelle (zumindest subjektive) Gesundheitssituation bei Eintritt in eine neue Versicherungsform. Zu beachten ist, dass die in der Wechsleranalyse ausgewiesenen Kosten die Gesamtkosten sind (Grund- und Zusatzversicherung).

3. Der dritte Ansatz basiert auf einer Kontrolle des Einflusses der Risikostruktur mittels einer Regressionsanalyse. Es handelt sich um eine Bereinigung der beobachteten Kostenunterschiede hinsichtlich Alters- und Geschlechtsstruktur sowie weiterer kostenrelevanter Merkmale. Der Regressionsansatz kann als Standardmethode in der Ökonometrie zur Untersuchung verwandter Fragestellungen angesehen werden.²⁾

Abhängige Variable in der Regression nach der Methode der kleinsten Quadrate sind die Grundversicherungskosten, die den Administrativdaten entnommen wurden. Folgende, in den Administrativdaten oder der Versichertenbefragung erhobenen Merkmale wurden als unabhängige Variable in die Analyse einbezogen:

- Alter
- Geschlecht
- chronische Krankheiten (ja/nein)
- Behinderung (ja/nein)
- subjektive Einschätzung ihres Gesundheitszustandes durch die Versicherten selbst (sehr gut/nicht sehr gut)
- Bildungsniveau (einfach/höher)
- Landesteil (Deutschschweiz/französische Schweiz)
- Agglomerationstyp (Grossagglomeration/nicht-Grossagglomeration).

2) Vgl. Howland et al., Adjusting capitation using chronic disease risk factors, *Health Care Financing Review*, Vol. 9, Nr.2 (1987). Weitere Beispiele für die Verwendung dieses Ansatzes finden sich in A. Franzen, Umweltbewusstsein und Verkehrsverhalten, Zürich 1997 und in A. Diekmann, Empirische Sozialforschung, Reinbek 1995.

Hinsichtlich Alter und Geschlecht erfolgte eine Einteilung in insgesamt 12 Gruppen:

- Männer: 18 bis 40, 41 bis 60, 61 bis 70, 71 bis 80 und über 80 Jahre
- Frauen: 18 bis 30, 31 bis 40, 41 bis 50, 51 bis 60, 61 bis 70, 71 bis 80 und über 80 Jahre.³⁾

Die unabhängigen Variablen gingen als sog. Indikatorvariablen in die Analyse ein. Die Auswahl der unabhängigen Variablen aus dem Satz der in der Versichertenbefragung erhobenen Merkmale und die Gruppeneinteilung erfolgte durch Regressionsanalysen mit Vorwärts- bzw. Rückwärtselimination nicht relevanter Merkmale.⁴⁾ Dabei werden die einzelnen Variablen sukzessive und bezogen auf die übrigen Variablen auf ihren Beitrag zur Erklärung der Kosten untersucht (Kriterium: F-Test). Eine weitere Differenzierung (z.B. Einteilung der männlichen Versicherten in ebenfalls 7 Gruppen oder Unterscheidung der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes nach sehr gut/mittel/schlecht) erwies dabei als nicht zielführend.

Sämtliche Analysen wurden jeweils für das gesamte Sample (5'297 Fälle) als auch für die Teilmenge der Erkrankten (Kosten > 0 Fr) durchgeführt. Es wurden jeweils die Kosten der Jahre 1991 bis 1994 einzeln analysiert. Inflationsbedingte Kostensteigerungen wurden nicht eliminiert, da ein geeigneter Preisindex nicht vorliegt.

Ferner erfolgte eine Regression über den Gesamtzeitraum 1991 bis 1994 mit den Durchschnittskosten der einzelnen Versicherten in diesem Zeitraum. Bei dieser Betrachtung sinkt der Anteil der Nicht-Erkrankten deutlich. Gleichzeitig erfolgt durch die Mittelwertbildung eine Verkleinerung der relativen Spannbreite zwischen Fällen mit extremen Kosten und dem Mittelwert. Gesamthaft führen beide Effekte gegenüber der jahresweisen Betrachtung zu einer höheren Güte der Regression (höheres R²) und zu kleineren Fehlerintervallen (95%-Vertrauensbereich).

Für den Vergleich von HMO-Versicherten mit traditionell Versicherten wurden nur traditionell Versicherte aus den HMO-Regionen Basel und Zürich herangezogen (siehe Kapitel 2.2.1).

Es erfolgte eine Gewichtung zum Ausgleich unterschiedlicher Alters- und Geschlechtsstruktur zwischen Grundgesamtheit (Gesamtheit der Versicherten) und Sample.

Die berechneten Regressionskoeffizienten geben die unter Berücksichtigung der übrigen Merkmale dem jeweils betrachteten Merkmal zuzuordnenden Kostenunterschiede wieder. Anders Ausgedrückt: Die beobachteten Kostenunterschiede lassen sich stati-

3) Es wurden nur Personen ab 18 Jahre in die Analysen einbezogen.

4) Variablen mit vielen fehlenden Werten (z.B. Einkommen) und solche, die nur aus der schriftlichen Befragung vorliegen (z.B. psychisches Wohlbefinden) wurden von vornherein nicht einbezogen, da dadurch die Fallzahlen weiter reduziert worden wären.

stisch (teilweise) durch die berücksichtigten Merkmale erklären, die Regressionskoeffizienten geben die Kostenbeiträge der einzelnen Merkmale an.

Die Strukturbereinigung der Grundversicherungskosten erfolgt schliesslich durch Addition des Regressionskoeffizienten der Versicherungsform zu den mittleren Kosten der traditionell Versicherten.

Beispiel: Im Gesamtzeitraum 1991 bis 1994 betragen die mittleren Kosten der traditionell Versicherten 1'320 Fr, die der Bonusversicherten 377 Fr. Der Regressionskoeffizient für die Bonus-Versicherung beträgt -390 Fr. Strukturbereinigt liegen die mittleren Kosten der Bonusversicherten demnach bei $1'320 \text{ Fr} - 390 \text{ Fr} = 930 \text{ Fr}$. Damit beträgt der Anteil der bereinigten Kosten der Bonusversicherten an den Kosten der traditionell Versicherten 70,5%. Die verbleibende Differenz zu den beobachteten Kosten der Bonusversicherten ($930 \text{ Fr} - 377 \text{ Fr} = 553 \text{ Fr}$) ist der Effekt der Bonus-Versicherung.

Ein grosser Teil der beobachteten individuellen Kostenunterschiede bleibt durch die Regression ungeklärt. Der erklärte Anteil wird durch das Bestimmtheitsmass R^2 angegeben. Es gibt demnach weitere Einflussgrössen, deren Einbeziehung in den Regression (sofern sie bekannt und datenmässig verfügbar wären) die Regressionskoeffizienten beeinflussen könnte.

Im Unterschied zu den Kosten auf Basis der Administrativdaten, die auf Querschnittsbetrachtungen basieren, handelt es sich bei den hier betrachteten Personen um Versicherte, die schon 1991 (bei HMO z.T. 92/93) in ihrer Versicherungsform waren. Spätere Eintritte können nicht enthalten sein, weil die Basis die Personen sind, die in den Stichproben für die Befragungen gezogen wurden und auch befragt werden konnten. Da somit nicht die Effekte von Neueintritten und "Altfällen" vermischt werden, entsteht ein klares Bild von der zeitlichen Kostenentwicklung. Wichtig ist auch zu beachten, dass es sich hier nur um ab 18-jährige handelt, Kinder und Jugendliche also nicht enthalten sind.

Das Handicap dieser Analyse liegt zum einen in der schon angesprochenen, nur mangelhaften Erfassbarkeit des Gesundheitsrisikos: Zwar sind die einbezogenen Gesundheitsmerkmale bessere Risikoindikatoren als nur Alter und Geschlecht, es bleibt aber dabei, dass der grösste Teil der individuellen Varianz nicht erklärt werden kann. Zum anderen sind Befragungsdaten nur auf Stichprobenbasis vorhanden und die Fallzahlen sind bei der Untergliederung nach Franchise-Stufen so gering, dass sehr grosse statistische Fehlerspannen resultieren.

Die **Erkrankungsziffer** (Anteil der Fälle mit Kosten > 0 Fr) liegt in den neuen Versicherungsformen oft unter denjenigen der traditionell Versicherten. Zur Bestimmung des strukturbereinigten Einflusses der Versicherungsform wurde zusätzlich zu den oben beschriebenen Analysen eine logistische Regression mit den gleichen unabhängigen Variablen wie zuvor durchgeführt. Abhängige Variable war dabei das dichotome Merkmal "erkrankt/nicht erkrankt" (d.h. Kosten > 0/Kosten = 0). Die Erklärungskraft

dieses Modells reicht jedoch nicht aus, um statistische gesicherte Aussagen über den Einfluss der Versicherungsform auf die Erkrankungshäufigkeit abzuleiten. Dieser Ansatz wurde daher nicht weiter verfolgt.

3.2 Ergebnisse für die Bonus-Versicherung

Bei der Bonus-Versicherung zeigt sich, dass auch in den alters- und geschlechtshomogenen Gruppen der 21-40-jährigen Männer die Kosten pro Versichertem und pro Erkranktem sehr viel tiefer liegen als in der jeweiligen Vergleichsgruppe (Übersicht 3.1). Eine Ausnahme besteht im Kanton Bern 1994, deren Hintergrund bereits erläutert wurde (Kapitel 2.3).

Übersicht 3.1: Kostenunterschied zwischen Bonus-Versicherten und traditionell Versicherten (in % der traditionell Versicherten)

	Kosten pro Versichertem (Bonus)		Kosten pro Erkranktem (Bonus)	
	in % der traditionell Versicherten der jeweiligen Bezugsgruppe und Region			
	alle Versicherten	Männer 21-40 Jahre	alle Versicherten	Männer 21-40 Jahre
1991				
Kanton Bern	23,5	22,7	54,0	61,5
Kanton Zürich	23,7	19,7	44,0	41,0
1994				
Kanton Bern	53,4	76,6	71,3	78,9
Kanton Zürich	28,9	29,7	59,1	57,4

Quelle: Administrativdaten, Untersuchungsbericht 7

Die **Wechsler** in die Bonus-Versicherung, hier also die 21-40-Jährigen, die 1993 bzw. 1994 aus der traditionellen Versicherung in die Bonus-Versicherung übertraten, hatten im Jahr vor dem Übertritt ausserordentlich geringe Gesundheitskosten je Versichertem. Für die Kohorten 1993 in den Kantonen Zürich und Bern und die Kohorte 1994 in Zürich lagen sie im (gewichteten) Durchschnitt bei 19 % der traditionell Versicherten.⁵⁾ Bei der Kohorte 1994 in Bern jedoch betragen die Kosten je (zukünftig) Bonus-Versichertem 83 % der Kosten der traditionell Versicherten, was noch einmal eindrücklich belegt, dass mit der geänderten

5) Wegen der z.T. sehr kleinen Versichertenzahlen werden möglichst zugesammengefasste Ergebnisse ausgewiesen.

traditionell Versicherten, was noch einmal eindrücklich belegt, dass mit der geänderten Rekrutierungsstrategie (Konzentration auf Kollektivverträge) eine gänzlich untypische Bonus-Population erreicht wurde. Von dieser Sondersituation abgesehen, erfolgt der Übertritt in eine Bonus-Versicherung offenkundig aus einem Zustand heraus, in dem man gewiss ist, dass praktisch kein Bedarf an Gesundheitsleistungen bestehen wird.

Die **Regressionsanalyse** zeigt, dass bei den Bonus-Versicherten, deren Kosten je Versichertem nur etwa _____ der Kosten der traditionell Versicherten ausmachen, mehr als die Hälfte des Unterschiedes auf die günstige Risikozusammensetzung zurückzuführen ist. Bei Kontrolle der Risikostruktur liegen die Kosten je Versichertem in den einzelnen Jahren bei 65-70 % der traditionell Versicherten (Übersicht 3.2).

Über alle Jahre zusammen betrachtet verursachen Bonus-Versicherte risikobereinigt Kosten, die zwischen 78 % und 63 % derer der traditionell Versicherten betragen. In dieser Bandbreite liegt der Effekt, der durch das Modell "Bonus" verursacht wird. Bedenkt man, mit welchen marginalen Vorjahreskosten der Übergang zu der Bonus-Versicherung erfolgt, liegt es nahe, den Einfluss der Risikostruktur eher noch höher, den des Modells eher noch geringer einzuschätzen. Dennoch kann die Hypothese aufrecht erhalten werden, dass mit der Wahl einer Bonus-Versicherung ein "sparsamer" Konsum medizinischer Leistungen einhergeht, wenn der Effekt auch bei weitem nicht so gross ist, wie es der Kostenunterschied zunächst suggeriert. Wenn die gegenüber traditionell Versicherten höheren Beträge gänzlich selbstbezahlter Kosten (70 Fr. p.a.), die gar nicht bei den Krankenkassen erscheinen, dazu addiert werden, verringert sich der Kostenvorteil um 5 Prozentpunkte, es bleibt aber bei Minderkosten der Bonus-Versicherten.

Übersicht 3.2: Regressionsanalyse: Verhältnis Bonus - traditionell Versicherte

	Beobachtetes Verhältnis	Verhältnis nach Regression			
		Mittelwert	Minimum*	Maximum*	R ²
Kosten je Versichertem in % der Kosten der traditionell Versicherten					
1991	24	65	74	55	21%
1992	24	70	79	60	22%
1993	28	67	77	57	19%
1994	29	66	77	55	18%
1991 - 1994	29	70	78	63	29%
Kosten je Erkranktem in % der Kosten der traditionell Versicherten					
1991	47	76	89	63	16%
1992	53	90	105	76	17%
1993	60	96	111	81	14%
1994	54	86	101	72	14%
1991 - 1994	39	76	85	68	26%

* 95 %-Vertrauensintervall

Ein geringerer Abstand zu den traditionell Versicherten besteht in den nach Risikostruktur kontrollierten Kosten je Erkranktem. Der Sachverhalt ist jedoch nicht eindeutig interpretierbar:

- Er kann darauf zurückzuführen sein, dass Bonus-Versicherte mit "Bagatellbeschwerden" nicht zum Arzt gehen und daher die sehr niedrigen Kostengruppen eher fehlen;
- er kann auch so erklärt werden, dass der Einfluss eines Versicherten mehr in der Entscheidung liegt, einen Arzt aufzusuchen oder nicht, als im Einfluss auf den Behandlungsumfang.

3.3 Ergebnisse für die Franchise-Versicherung

Bei den Versicherten mit erhöhter Jahresfranchise sind in den Franchise-Stufen 1 und 2 die Kostenunterschiede zu den traditionell Versicherten weit geringer als bei den Bonus-Versicherten; in Stufe 3 sind sie ähnlich gross. Wie bei der Bonus-Versicherung bestätigt sich aber, dass nicht ausschliesslich eine andere Alters- und Geschlechtszusammensetzung die Kostenunterschiede verursacht. Auch bei Bezug auf die Gruppe der 21-40-jährigen Männer bleiben die Kostenunterschiede bestehen, z.T. vergrössern sie sich sogar noch (Übersicht 3.3).

Übersicht 3.3: Kostenunterschied zwischen Franchise-Versicherten und traditionell Versicherten¹⁾ (in % der traditionell Versicherten)

	Kosten pro Versichertem 1994 in % der traditionell Versicherten der jeweiligen Bezugsgruppe und Region		Kosten pro Erkranktem 1994	
	alle Versicherten	Männer 21-40 Jahre	alle Versicherten	Männer 21-40 Jahre
Wählbare Jahresfranchise				
Stufe 1				
Kanton Waadt	61,9	60,2	74,2	79,4
Kanton Genf	59,2	67,6	68,6	79,8
Kanton Bern	37,2	41,1	42,9	53,3
Stufe 2				
Kanton Waadt	52,3	42,8	76,0	74,4
Kanton Genf	47,7	51,4	68,8	74,5
Kanton Bern	40,8	32,9	67,5	62,3
Stufe 3				
Kanton Waadt	28,5	24,8	51,4	57,8
Kanton Genf	28,6	33,7	53,2	71,6
Kanton Bern	27,8	22,1	55,9	54,6

1) Da die Verhältnisse 1991 sehr ähnlich sind, werden sie nicht ausgewiesen.

Quelle: Administrativdaten, Untersuchungsbericht 7.

Die **Wechsleranalyse** für die 21-40 Jährigen ist nicht nach Franchise-Stufen aufgegliedert. Sie zeigt aber recht deutlich, dass schon vor dem Wechsel des Versicherungszweigs niedrigere Kosten als bei den traditionell Versicherten vorlagen. Im Durchschnitt der Kantone Waadt, Genf und Bern und der Wechsler 1993 und 1994 lagen die Vorjahreskosten je (zukünftig) Franchise-Versichertem bei 58 % der nicht-wechselnden traditionell Versicherten.

Die Ergebnisse der **Regressionsanalyse** für die einzelnen Franchisestufen weisen wegen der kleinen Fallzahlen sehr grosse Fehlerspannen auf. In der Tendenz zeigen sie folgendes (Übersicht 3.4):

- Für die Versicherten der Stufe 1 (350.- Fr.) ergibt sich weder in den risikobereinigten Kosten je Versichertem noch je Erkranktem ein statistisch gesicherter Kostenvorsprung gegenüber den traditionell Versicherten.
- Bezuglich der 2. Stufe (Franchise 600.- Fr.) liegt der Kostenvorteil pro Versichertem über alle Jahre noch bei rund 20 %, kann aber auch fast Null sein im Rahmen der Fehlerspannen. Die Kosten je Erkranktem liegen risikobereinigt fast gleich hoch oder höher als die der traditionell Versicherten.
- In der höchsten Franchisestufe (1200.- Fr.) besteht auch bei Kontrolle von risikorelevanten Merkmalen ein erheblicher Kostenunterschied zu den traditionell Versicherten,

in der Größenordnung von etwa 40 %. Wegen sehr kleiner Fallzahlen und grosser Streuung ergeben sich zwar erhebliche Fehlerspannen, aber es bleibt immer bei Minderkosten gegenüber den traditionell Versicherten. Wenn man die gänzlich aus eigener Tasche getragenen Kosten (vgl. Kapitel 2.4) in Rechnung stellt, verringert sich der Abstand um rund 10 Prozentpunkte, wird aber nicht Null. Auch die Kosten je Erkranktem liegen über alle Jahre betrachtet tiefer als die der traditionell Versicherten, wenn auch mit geringem Abstand.

Übersicht 3.4: Regressionsanalyse: Verhältnis WJF-Versicherte / traditionell Versicherte¹⁾ (in % der traditionell Versicherten)

	Beobachtetes Verhältnis	WJF Stufe 1		
		Verhältnis nach Regression		
		Mittelwert	Minimum*	Maximum*
Kosten je Versichertem In % der Kosten der traditionell Versicherten				
1991	100	98	114	82
1992	107	104	120	88
1993	88	95	111	79
1994	71	73	90	55
1991 - 1994	90	91	102	79
Kosten je Erkranktem In % der Kosten der traditionell Versicherten				
1991	126	116	134	98
1992	117	110	128	92
1993	95	102	120	84
1994	74	71	91	51
1991 - 1994	97	93	106	80
WJF Stufe 2				
Kosten je Versichertem In % der Kosten der traditionell Versicherten				
1991	91	87	105	70
1992	88	80	98	61
1993	59	64	83	45
1994	90	91	111	71
1991 - 1994	79	82	95	69
Kosten je Erkranktem In % der Kosten der traditionell Versicherten				
1991	120	108	129	87
1992	126	108	132	85
1993	103	102	126	77
1994	129	122	148	96
1991 - 1994	100	94	109	80
WJF Stufe 3				
Kosten je Versichertem In % der Kosten der traditionell Versicherten				
1991	42	48	75	21
1992	52	57	81	33
1993	46	64	90	39
1994	44	59	85	32
1991 - 1994	50	62	79	45
Kosten je Erkranktem In % der Kosten der traditionell Versicherten				
1991	71	62	98	26
1992	85	89	122	56
1993	64	78	111	45
1994	123	135 ²⁾	177	92
1991 - 1994	67	72	92	51

1) R² siehe Tabelle 3.2.

2) Einige Fälle mit extrem hohen Kosten

* 95 % Vertrauensintervall

3.4 Ergebnisse für die HMO-Versicherten

Für die HMO-Versicherten sind, wie in Kapitel 2.3.1 beschrieben, individualisierte Daten nicht in vergleichbarer Form wie für die anderen Versicherungszweige verfügbar. Deshalb wird hier auf den Kostenvergleich bezüglich der 21-40-jährigen Männer verzichtet.

Die Wechsleranalyse zeigt, dass 21-40-Jährige, die 1993 bzw. 1994 in eine HMO eingetreten sind, im Jahr vor dem Eintritt im Durchschnitt nur 60 % der Kosten traditionell Versicherter in den Kantonen Basel-Stadt und Zürich verursacht hatten. Der Abstand ist also gleich gross wie bei den Franchise-Versicherten und weist darauf hin, dass auch die HMO-Versicherung eher von guten Risiken gewählt wird.

Für die Kontrolle risikorelevanter Strukturunterschiede bezüglich der Kosten der HMO-Versicherung wurden zwei Wege beschritten:

- Eine reine Alters- und Geschlechtsstandardisierung für ein regionales Vergleichskollektiv;
- eine Regressionsanalyse auf Basis der „hochgerechneten“ Schattenrechnung (hochgerechnet auf die buchhalterischen Kosten).

Der erste Weg wird hier vorgestellt, weil er sehr gut zeigt, welche Bedeutung ein entsprechend der tatsächlichen regionalen Herkunft der HMO-Versicherten abgegrenztes Vergleichskollektiv hat und weil die reine Alters- und Geschlechtsstandardisierung auch Basis anderer HMO-Kostenvergleiche ist.⁶⁾

Für die alters- und geschlechtsstandardisierte regionale Vergleichsgruppe wurde folgender Weg eingeschlagen:

- Es wurde zunächst eine regionale Vergleichsgruppe traditionell Versicherter abgegrenzt, die dem tatsächlichen Einzugsgebiet der HMOs 1993 entspricht.⁷⁾ Das bedeutet für Basel, dass 80 % aus der Stadt und 20 % aus (stadtnahen) Umlandgemeinden stammen; für Zürich ist die Relation 85 : 15. Es wurden solche Umlandgemeinden ausgewählt, aus denen auch HMO-Versicherte kommen. Datenbasis für die traditionell Versicherten sind die Administrativdaten.
- Diese regionale Vergleichsgruppe wurde in ihrer Alters- und Geschlechtsstruktur so umgewichtet, dass sie genau der Alters- und Geschlechtsstruktur der HMO-Versicherten entspricht.

6) Vgl. Huber-Stemich, F., Hess, K.: 6 Jahre HMO-Wiedikon, Manuskrift 1996.

7) 1994 hatten sich die Verhältnisse nur geringfügig verändert.

- Die Ergebnisse werden mit den buchhalterisch ermittelten HMO-Kosten verglichen. Dabei (und auch in der Altersstruktur) wurden nur die HMOs Zürich-Wiedikon und Basel berücksichtigt, weil das MZH, das die erforderliche Versichertenzahl im Beobachtungszeitraum noch nicht erreicht hatte, eine Sondersituation darstellt.

Übersicht 3.5 zeigt, dass die Kosten je Versichertem einer regionalen Vergleichsgruppe traditionell Versicherter 1993 und 1994 bei gut 2000 Franken lagen, bei Umrechnung auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der HMO-Versicherten aber nur bei rund 1700 Franken. Entsprechend verändern sich die Kostenunterschiede zwischen HMO- und traditionell Versicherten.

Übersicht 3.5: Regionale Vergleichskosten HMO-traditionell Versicherte

	Kosten pro Versichertem	
	1993	1994
Traditionell Versicherte¹⁾		
Kantone:		
Zürich		1684 Fr.
Basel-Stadt		2659 Fr.
Basel-Land		1832 Fr.
Regionale Vergleichsgruppe trad. Versicherter ¹⁾		
- ungewichtet	2078 Fr.	2129 Fr.
- gewichtet auf Alters- u. Ge- schlechtsstruktur HMO	1700 Fr.	1709 Fr.
Buchhalterische Kosten HMO ²⁾		
- in % der ungewichteten regionalen Vergleichsgruppe	1288 Fr. 62%	1342 Fr. 63%
- in % der gewichteten regionalen Vergleichsgruppe	76%	78%

1) Quelle: Administrativdaten, eigene Berechnungen

2) Quelle: HMO-Erhebungen, ohne MZH

In der **Regressionsanalyse** werden nun, wie bei den anderen Versicherungsformen auch, weitere Risikomerkmale (subjektiver Gesundheitszustand usw.) einbezogen. Im Unterschied zur obigen Berechnung ist aber noch einmal zu betonen, dass die Basis für die Regressionsanalyse nur die befragten Versicherten, d.h. nur ab 18-Jährige, sind.

Übersicht 3.6 zeigt, dass die mittels der Regressionsanalyse risikobereinigten Kosten der HMO-Versicherten im Mittel 1993 bei 74 %, 1994 bei 81 % der Kosten der traditionell Versicherten lagen. Die Abstände bewegen sich in einer Bandbreite zwischen 60 % und 93 %.

Ähnliche Verhältnisse ergeben sich bei den Kosten je Erkranktem. Das HMO-Ergebnis unterscheidet sich damit bezüglich der Kosten je Erkranktem von den Bonus- und Franchise-Ergebnissen, wo die Kosten je Erkranktem risikobereinigt jeweils deutlich näher bei denen

der traditionell Versicherten liegen als die Kosten je Versichertem. Zwei Interpretationen sind möglich:

- Bei den HMO-Versicherten liegen die Erkrankungsziffern höher als bei den anderen Testformen, deshalb muss der Unterschied zwischen Kosten pro Versichertem und pro Erkranktem kleiner ausfallen.
- Es kann aber auch sein, dass bei den HMOs die Behandlung selbst kostengünstiger ist, während die anderen Formen ihren Kostenvorteil hauptsächlich aus der Nichtinanspruchnahme ziehen.

Übersicht 3.6: Regressionsanalyse: Verhältnis HMO - traditionell Versicherte¹⁾ (in % der traditionell Versicherten)

	Beobachtetes Verhältnis	Verhältnis nach Regression			
		Mittelwert	Minimum*	Maximum*	R ²
Kosten je Versichertem in % der traditionell Versicherten					
1993	59	74	88	60	13%
1994	66	81	93	68	13%
Kosten je Erkranktem in % der traditionell Versicherten					
1993	67	79	94	64	11%
1994	66	77	90	64	10%

* 95 % Vertrauensintervall

1) Basis für HMO: buchhalterische Kosten, ohne MZH. Traditionell Versicherte in den Städten Basel und Zürich und Umlandgemeinden, aus denen HMO-Versicherte kommen.

Der errechnete risikobereinigte Kostenvorteil der HMO in der Grössenordnung 20 - 25 % Einsparung vergrössert sich unter Berücksichtigung der Tatsache, dass in den erfassten HMO-Kosten Bestandteile enthalten sind, die bei den anderen Gruppen teilweise fehlen.

- Die **Verwaltung** der Krankenversicherung ist bezüglich der HMO-Versicherten geteilt. Die Verwaltung des Versichertenbestandes (Mitgliederverwaltung) liegt bei den Trägerkassen, die Verwaltung der Kosten (Rechnungen) bei den HMOs selbst. Nach Einschätzung von HMOs und Trägerkassen tragen die HMO etwa die Hälfte der Verwaltungskosten selbst. Die ausgewiesenen Verwaltungskosten der Krankenkassen machen rund 8 % der Gesamtkosten aus; demzufolge müssten die HMO-Kosten um rund 4 % niedriger angesetzt werden.
- In der Grundversicherung waren bei den HMOs Leistungen integriert, die normalerweise in Zusatzversicherungen enthalten sind: Nichtärztliche Psychotherapie, Prävention und Komplementärmedizin, unbegrenzte Spitaldeckung, zusätzliche Leistungen im Bereich Kuren, Transport.

Die HMO-Wiedikon hat ermittelt, dass diese Zusatzleistungen ca. 10 % der gesamten Kosten ausmachen.⁸⁾ Grosse Trägerkassen haben 1994 für ein entsprechendes Leistungspaket Prämien verlangt, die zwischen 8 % und 13 % der Prämien der Grundversicherung betragen. Es hatte jedoch auch ein Teil der anderen Krankenkassen Zusatzleistungen in der Grundversicherung integriert, so dass sich der Betrag, der bei den HMO-Kosten abzuziehen wäre, nicht exakt beziffern lässt.⁹⁾ Zieht man für Verwaltungskosten 4 % und für die Zusatzleistungen 5 % ab, ergibt sich ein „echter“ Kostenvorteil der HMO gegenüber der traditionellen Krankenversicherung in der Grössenordnung von etwa 30 - 35 %. Zur Bewertung dieses Vorsprungs sind vor allem zwei Überlegungen wichtig:

- Einerseits sind auch die HMO-Kollektive im Beobachtungszeitraum stark gewachsen; die HMOs dürften also von den „Erstjahreseffekten“ profitiert haben (vgl. Kapitel 2.3).
- Andererseits sind die HMOs in den Aufbaujahren aber auch noch mit Kosten belastet, deren Gewicht später zurückgehen dürfte, insbesondere Zinsen für Investitionskredite und hohe Verwaltungskosten.

Wo genau die HMO den bisherigen Kostenvorteil erreichen, lässt sich mit den vorhandenen Daten nicht exakt ermitteln. Hinweise ergeben sich, wenn man für die einzelnen Positionen den Unterschied zu den traditionell Versicherten betrachtet.

- Der Kostenvorteil wird nicht dadurch erreicht, dass die HMO-Versicherten weniger erkranken, d.h. häufiger als die traditionell Versicherten überhaupt keinen Arzt aufzusuchen; eher war im Beobachtungszeitraum das Gegenteil der Fall, da keine Franchise und kein Selbstbehalt erhoben wurde.
- Ein sehr grosser Kostenunterschied besteht bei den Arzneimitteln; die Kosten betragen bei HMO-Versicherten nur rund 40 % derer der traditionell Versicherten. Es dürfte sich hierin sowohl eine arzneimittelkritische Einstellung der HMO-Versicherten als auch das Bemühen um den Einsatz kostengünstiger Medikamente (Generika) niederschlagen und ärztliche Zurückhaltung in der Medikamentenverordnung.

Nach amerikanischen Untersuchungen erreichen die dortigen HMOs ihren Kostenvorsprung im wesentlichen im **Spitalbereich** und zwar durch geringere Einweisungsquoten und kürzere Verweildauer.¹⁰⁾

Nun sind Hospitalisierungsquoten und Verweildauer aus den Administrativdaten nicht zuverlässig ermittelbar und wurden daher nicht verwendet. In den direkten Erhebungen bei den HMO wurden die Spiteleinweisungen und auch die Aufenthaltsdauer in Spitäler zusammen mit der ICD-Diagnose (des Spitalarztes) erfasst und mit der VESKA-Statistik verglichen. Ein

8) Huber-Stemich a.a.O.

9) Durch notrechtliche Massnahmen wurde 1992 in der traditionellen Versicherung der Leistungskatalog in der Grundversicherung eingeschränkt. Die danach in Zusatzversicherungen übergeführten Leistungsteile wurden der Vergleichbarkeit halber in der Administrativdatenauswertung zur Grundversicherung gezählt.

10) Sommer J.H.: Health Maintenance Organizations. Erwartungen und Erfahrungen in den USA. Chur, Zürich 1992.

Vergleich ist allerdings nur gesamtschweizerisch möglich, aber somit auch problematisch wegen sehr grosser kantonaler Unterschiede.¹¹⁾ Der Vergleich zeigt, dass in allen Altersgruppen und in den wichtigen Diagnosegruppen die Aufenthaltsdauer der HMO-Patienten niedriger ist (im Durchschnitt -21 %) als die der Patienten insgesamt, wobei offen bleiben muss, ob es sich bei den HMO-Patienten um weniger schwere Fälle handelt. Eine direkte Einflussnahme von HMOs auf die Dauer von Spitalaufenthalt ist nach Angaben der HMOs schwer möglich. Indirekt könnte von der konsequenten Anwendung von Kostengutsprachen ein gewisser Einfluss ausgehen.

Im Durchschnitt der Jahre 1992 bis 1994 kamen bei den HMOs 8 Spitalaufenthalte je 100 Versicherte vor (Erhebung bei HMOs). Die Statistik über die Krankenversicherung verzeichnet für die ganze Schweiz 1992 14,8, 1993 15,3 und 1994 16,2 Spitalaufenthalte auf 100 Versicherte.¹²⁾ Eine Standardisierung ist nicht möglich.¹³⁾

Auf der Basis einer anderen Quelle lassen sich alters- und geschlechtsstandardisierte Hospitalisierungsquoten ermitteln. In der 1993 durchgeföhrten Befragung zu qualitativen Aspekten wurde eine Stichprobe HMO-Versicherter und eine Stichprobe traditionell Versicherter in den Agglomerationen Zürich und Basel befragt. Erfragt wurde auch der letzte Spitalaufenthalt und die Aufenthaltsdauer.¹⁴⁾ Diese Erhebung wird für einen regionalen Vergleich herangezogen; es werden Spitalaufenthalte 1992 und 1993 zugrundegelegt. Die Hospitalisierungsquote bezieht sich auf einen Zeitraum von 20 - 23 Monaten.¹⁵⁾ Die Quote wurde nach Alter und Geschlecht standardisiert; sie bezieht sich nur auf die Versicherten ab 18 Jahren.

Übersicht 3.7: Spitalaufenthalte von HMO- und traditionell Versicherten¹⁾ (in %)

	HMO-Versicherte	Traditionell Versicherte in den Agglomerationen Zürich und Basel
Spitalaufenthalte 1992/93 in % der Versicherten	8,6	17,2
Alters- und geschlechtsstandardisierte Spitalaufenthalte 1992/93 in % der Versicherten ²⁾	9,0	16,8

1) Im Unterschied zur KV-Statistik sind Personen und nicht Aufenthalte gezählt.

2) Altersgruppe 18-40, 41-60, 61+.

Quelle: Versichertenbefragung 1993, Untersuchungsbericht 2

11) Die VESKA-Statistik für Zürich und Basel umfasst vor allem grosse Spitäler mit überregionalen Spezialversorgungsleistungen und ist als Vergleichsbasis regional nicht geeignet.

12) BSV: Statistik über die Krankenversicherung, verschiedene Jahrgänge.

13) Vgl. Untersuchungsbericht 4.

14) Wegen sehr kleiner Fallzahlen wird die Aufenthaltsdauer nicht ausgewertet, vgl. Untersuchungsbericht 2.

15) Die Befragung fand zwischen September und November 1993 statt. Gefragt wurde nach dem Jahr des letzten Spitalaufenthalts.

Es zeigt sich, dass auch bei Standardisierung von Alter und Geschlecht die Spitalaufenthalte der HMO-Versicherten deutlich niedriger liegen als die der traditionell Versicherten. Wenn auch mehrere Indizien darauf hindeuten, dass die HMOs weniger Spitalaufenthalte und eine geringere Verweildauer realisieren können, bleibt bei der gegebenen Datenbasis letztlich offen, wieweit dies auf eine günstigere Risikostruktur zurückzuführen ist.

Über andere denkbare Kosteneinsparungsmöglichkeiten, z.B. konsequente Vermeidung von Doppeluntersuchungen, sorgfältige Auswahl der externen Fachärzte, geben die vorliegenden Daten keine Auskunft. Wie die HMOs in diesem Bereich steuern, wird in Kapitel 5.3 beschrieben. Dass Einsparungen durch die schlichte Vermeidung von Facharztkonsultationen erzielt werden, ist nach den Informationen aus den Versichertenbefragungen unwahrscheinlich. Von allen Arztkonsultationen innerhalb von 3 Monaten entfielen bei den HMO-Versicherten 40 %, bei den traditionell Versicherten 42 % auf Spezialisten.¹⁶⁾

3.5 Zusammenfassende Übersicht

Die folgenden Übersichten 3.8 und 3.9 stellen die Ergebnisse der Wechsleranalyse und der Regressionsanalyse für die drei getesteten Versicherungsformen zusammen. Man sieht, dass die relativen Vorjahreskosten bei HMO- und Franchise-Versicherten etwa gleich lagen, während sie bei den Bonus-Versicherten extrem tief waren. Die Regressionsanalyse weist für die Franchise-Stufe 3 die grössten risikobereinigten Kosteneinsparungen je Versichertem auf, gefolgt von der Bonus-Versicherung und der HMO-Versicherung sowie der Franchise-Stufe 2.

Übersicht 3.8: Kosten vor Eintritt in die neue Versicherungsform: Vergleich für die drei Versicherungsformen (in % der traditionell Versicherten)

	Kosten im Jahr vor dem Versicherungswechsel in % der traditionell Versicherten, die nicht gewechselt haben. 21-40-Jährige 1993 und 1994
Wechsel von nach Traditionell - HMO	60%
Traditionell - Bonus (Kantone Bern und Zürich) ¹⁾	19%
Traditionell - Franchise (Kantone Genf, Waadt, Bern)	58%

1) ohne Wechsler 1994 im Kanton Bern.

16) 1. Welle Versichertenbefragung, Untersuchungsbericht 1.

Übersicht 3.9: Regressionsanalyse: Vergleich der Ergebnisse für die drei Versicherungsformen (in % der traditionell Versicherten)

	Risikobereinigte Kosten je Versichertem/Erkranktem in % der Kosten traditionell Versicherter¹⁾	
	Kosten je Versichertem	Kosten je Erkranktem
HMO 93	74	79
HMO 94	81	77
Bonus 91-94	70	76
Franchise 91-94		
Stufe 1	91	93
Stufe 2	82	94
Stufe 3	62	72

1) Mittelwert nach Regression

3.6 Risikoentmischung durch Austritt

Theoretisch ist es denkbar, dass die besonderen Versicherungsformen immer wieder nur günstige Risiken anziehen, vom "Eintrittseffekt" profitieren und Versicherte, die sich zum schlechten Risiko entwickelt haben, wieder an das herkömmliche System abgeben. Sehr naheliegend ist dies bei den Formen mit finanzieller Beteiligung - Bonus und Franchise: warum sollte ein Bonus-Versicherter, dem es wegen Erkrankungen nicht gelingt, eine höhere Bonus-Stufe zu erreichen, in der Bonus-Versicherung bleiben? Warum sollte ein Franchise-Versicherter, der kontinuierlich seine Franchise ausschöpfen muss, nicht ins herkömmliche System zurückwechseln?¹⁷⁾ Nicht ganz so klar liegen die Verhältnisse bei den HMOs: Durch den Wegfall von Franchise und Selbstbehalt (bis 1994) profitieren die Kranken. Ein rein finanzielles Kalkül würde also dafür sprechen, dass die Versicherten mit hohen Kosten, die am Selbstbehalt am meisten sparen, eher in der HMO bleiben als solche mit niedrigen Kosten. Ins genaue Gegenteil verweist eine andere Überlegung: wenn Unzufriedenheit mit der Versorgung ein Austrittsgrund ist, liegt es nahe, dass dies eher bei Personen vorkommt, die viele Leistungen brauchten als bei solchen, die kaum "Versorgung" in Anspruch nehmen.

Die Frage der Risikoselektion durch Austritt ist von grosser Bedeutung; die vorhandenen Daten können partielle Hinweise geben.

17) Es sei denn, die Prämienreduktion wäre so hoch, dass auch bei Ausschöpfung der Franchise ein Vorteil entsteht.

Bonus-Versicherte können die Versicherung frühestens nach 5-jähriger Mitgliedschaft beenden. Bei Eintritt 1991 ist also der früheste Kündigungstermin Ende 1995, ein Zeitpunkt, der durch die Beobachtungen nicht mehr gedeckt ist.¹⁸⁾

Für die beiden anderen Zweige gelten die gleichen Einschränkungen wie schon für die Analyse der Eintritte:

- Auch bei den Austritten kann nur das erste Jahr nach Austritt beobachtet werden, ein Zeitraum, bei dem "Nachholeffekte", die später verschwinden, überproportional zu Buche schlagen können.
- Es können nur die Versicherungszweigwechsel innerhalb einer Krankenkasse beobachtet werden. Wechsel in eine andere Kasse, z.B. in der Folge eines Wohnortwechsels bei HMO-Versicherten oder im Zuge eines Eintritts in eine Kollektivversicherung, sind nicht berücksichtigt.

Die **HMOs** weisen folgende Austrittsquoten auf (Austritte in Relation zum durchschnittlichen jährlichen Versichertenbestand):¹⁹⁾

1992	9,5 %
1993	5,3 %
1994	6,7 %

Von diesen Austritten erfolgten rd. 1/3 wegen Wohnortwechsel. Die aus diesem Grund Ausgetretenen sind überdurchschnittlich jung (75 % sind unter 36 Jahre im Gegensatz zu 35 % der Mitglieder), weisen aber sonst keine besonderen Merkmale auf.²⁰⁾ Mit den Wohnortwechslern verlassen also eher gute Risiken die HMOs.

Die anderen 2/3 haben die HMOs z.T. verlassen wegen mehr oder weniger ausgeprägter Unzufriedenheit, z.T. weil sie eine schlecht informierte Entscheidung getroffen hatten (vgl. Kapitel 4.3). Auch unter ihnen sind die Jungen überrepräsentiert, wenn auch lange nicht so stark wie bei den Wohnortwechslern, und es zeigt sich ein Frauenübergewicht. Tendenziell haben die wegen Unzufriedenheit Ausgetretenen in den Gesundheitsmerkmalen eine schlechtere Risikostruktur als der Durchschnitt der Mitglieder; insbesondere gilt dies für die über 35-Jährigen. Bezogen auf den Versichertenbestand sind diese risikoselektiven Austritte jedoch eine Marginalie.

In der Wechsler-Analyse der Administrativdaten dürften die Wohnortwechsler unterrepräsentiert sein, da sie vermutlich häufig auch Arbeitsplatzwechsler sind und in eine Kollektivversicherung eintreten. Für die Wechsler, die in ihrer Trägerkasse verblieben sind, bestätigt sich tendenziell, dass sie im ersten Jahr nach dem Wechsel "Konsum von Gesundheitsleistungen"

18) Ein vorzeitiges Ausscheiden ist allerdings bei Wechsel der Krankenkasse möglich.

19) Quelle: HMO-Erhebungen, Untersuchungsbericht 4.

20) Ergebnisse der Befragung von HMO-Austritten, Untersuchungsbericht 2.

nachholen: ihre Kosten liegen um rd. 1/3 höher als beim Durchschnitt der traditionell Versicherten. Diese Angaben basieren aber auf sehr kleinen Zahlen.

Überraschend sind die Ergebnisse für die **Franchise-Versicherten**: Die 21-40-Jährigen, die 1993 bzw. 1994 die höhere Franchise zugunsten der einfachen aufgegeben haben, hatten vor dem Übergang sogar leicht niedrigere Kosten als die Nicht-Wechsler und nach dem Übergang deutlich niedrigere als die vorher schon traditionell Versicherten, aber höhere als die in der Franchise verbliebenen. Das würde bedeuten, dass beim Austritt zwar keine Risikoselektion stattfindet, im Jahr nach dem Austritt aber doch Konsum nachgeholt wird, jedoch nicht in dem Ausmass, dass das Kostenniveau der "immer schon" traditionell Versicherten erreicht wird. Da jedoch noch der Selbstzahlereffekt zu berücksichtigen wäre und die gesamte Evaluation gelehrt hat, wie leicht bei kleinen Gruppen Sondereinflüsse zu Buche schlagen, scheint es sinnvoll, die Ergebnisse nicht überzubewerten.

3.7 Kosteneinsparungen und Krankenversicherungsprämien

Aus einem Vergleich zwischen den risikobereinigten Kosteneinsparungen gegenüber den traditionell Versicherten und den Prämienrabatten in den einzelnen Versicherungsformen lässt sich im Prinzip erkennen, ob die Prämienrabatte (zugunsten der Kassen) zu niedrig oder (zugunsten der Versicherten) zu hoch sind. Es geht hier um einen Versicherungszweig insgesamt, nicht um das individuelle Kalkül.

Maxime sollte sein:

- Die Versicherten sollen in dem Masse profitieren, in dem tatsächlich Kosten gespart werden;
- Die Krankenkassen sollen solche Prämien verlangen, wie es den echten Kosteneinsparungen entspricht. Sie sollen nicht die neuen Formen durch Quersubventionierung unterstützen und die subventionierten niedrigen Prämien zur Anlockung guter Risiken nutzen.

Bonus-Versicherte zahlen, sofern sie jeweils in die nächste Stufe aufrücken, in den ersten 5 Jahren p.a. im Durchschnitt 83,6 % der Prämie, die sie in der traditionellen Versicherung hätten (berechnet von der Ausgangsprämie 110 %). Da die „echten“, risikobereinigten

Kosteneinsparungen grösser sind, profitieren in den ersten Jahren eher die Krankenkassen (bzw. die anderen Versichertengruppen dieser Kassen) als die Bonus-Versicherten selbst.²¹⁾ Die Lücke verschärft sich, wenn man in Rechnung stellt, dass Bonus-Versicherte verschiedene Kosten aus eigener Tasche zahlen und ein Teil der Bonus-Versicherten die maximale Reduktion nicht realisieren kann. Erst wenn ein Bonus-Versicherter etwa 10 Jahre lang keine Gesundheitskosten anmeldet, beginnt die Waage sich zu seinen Gunsten zu neigen.

Franchise-Versicherte tragen einen grösseren Teil der ausgewiesenen Gesundheitskosten selbst als die traditionell Versicherten. Da die Höhe der tatsächlichen Differenz nicht bekannt ist, kann nur eingeschätzt werden, ob die Prämienreduktion angemessen ist.²²⁾

- Der maximale Prämienrabatt in Stufe 3 liegt bei 35 %. Dies ist etwas weniger als die mittlere risikobereinigte Kosteneinsparung. Unterstellt man, dass der Kostenerstattungsgrad der Krankenkassen niedriger ist als bei den traditionell Versicherten und dass zusätzliche Kosten von vornherein aus eigener Tasche getragen werden, ist die Franchisestufe 3 ein Vorteil für die Kassen, nicht für die Franchise-Versicherten.
- In Stufe 2 beträgt der maximale Prämienrabatt 22 %, was in etwa den tatsächlichen Kosteneinsparungen entsprechen könnte. Zum Nachteil der Versicherten wirkt sich aber wieder der geringere Kostenerstattungsgrad aus.
- Vergleichbares gilt für Stufe 1, wo der maximale Prämienrabatt 12 % beträgt und die mittlere risikobereinigte Kosteneinsparung 10 %.²³⁾

HMO-Versicherte haben einen Prämievorteil von 15 - 20 % gegenüber gleichaltrigen traditionell Versicherten ihrer Trägerkassen. Das ist weniger als der risikobereinigte Kostenunterschied beträgt. Da HMO-Versicherte jedoch keine Franchise und keinen Selbstbehalt hatten, könnte das Ergebnis in etwa ausgeglichen sein, allenfalls leicht zugunsten der Krankenkassen ausschlagen.²⁴⁾

21) Da die Kosten risikobereinigt sind, kann der Risikoausgleich, der alle Zweige gleichermaßen betrifft, unberücksichtigt bleiben.

22) Die in den Administrativdaten ausgewiesenen Kosten sind nicht nach Kostenträgerschaft untergliedert.

23) Es ist nicht bekannt, wieviele Kassen bei der Franchise-Versicherung tatsächlich den maximalen Prämienrabatt gewählt haben.

24) Etwa 10 % der von Kassen ausgewiesenen Gesundheitskosten müssen die Versicherten durch Franchise und Selbstbehalt tragen.

4. Qualitative Aspekte der HMO-Versicherung

4.1 Einleitung

Die HMOs standen und stehen unter dem starken Vorbehalt, zugunsten finanzieller Vorteile die Versorgung der Patienten schlechter zu gestalten als herkömmliche Praxen. Grundargument ist, dass der finanzielle Aspekt in der Gesundheitsversorgung überhaupt keine Rolle spielen dürfe, es gehe allein um das medizinisch Sinnvolle und Richtige. Dieses Argument verkennt allerdings, dass sich das medizinisch Sinnvolle und Richtige nicht so eindeutig festlegen lässt und es deshalb ein breites ärztliches Meinungsspektrum gibt. Es darf also nicht von vornherein verboten sein, innerhalb dieses Spektrums auch die Frage nach kostengünstigen Lösungen zu stellen. Gleichermassen notwendig und wichtig ist es natürlich, das HMO-Konzept daraufhin zu befragen, ob Anzeichen einer problematischen bzw. schlechteren Versorgungsqualität erkennbar sind.

Die Beurteilung der Versorgungsqualität gehört besonders im ambulanten Bereich zu den schwierigsten Fragen an neue Angebotsmodelle. Es existieren kaum konsensfähige standardisierte Indikatoren und Verfahren vergleichender Qualitätsbeobachtung und wenn, sind die Erhebungen so aufwendig, dass sie in der Praxis fast nie zur Anwendung kommen.

Im folgenden kurzen Überblick wird eine Einordnung der vorliegenden Untersuchungsergebnisse aus der HMO-Evaluation in die wichtigsten Fragestellungen zur Qualität vorgenommen. In der Literatur werden im allgemeinen folgende drei Dimensionen unterschieden:

- Struktur des Angebotes
- Prozessqualität
- Ergebnisqualität.¹⁾

Strukturmerkmale beziehen sich u.a. auf regionale Angebotsverteilung bzw. Zugänglichkeit, Ausbildungsniveau des medizinischen Personals und Ausstattungsmerkmale. Auch die einkommens- oder schichtspezifische Zugänglichkeit wird dazu gerechnet. Strukturmerkmale werden oft verwandt für Vergleiche nationaler Gesundheitssysteme oder regionale Vergleiche. Sie sind für eine differenzierte Betrachtung innerhalb eines hochentwickelten Gesundheitssystems wenig geeignet, weil ihr Qualitätsbezug nicht eindeutig ist.

In der HMO-Evaluation wurden im Rahmen der Erhebungen bei den HMOs Personal- und Ausstattungsmerkmale erfasst und - soweit sinnvoll - mit dem traditionellen System verglichen.

1) Hopkins, R.: Measuring the quality of medical care. London 1991
Zweifel, P., Pedroni, G.: Wie misst man Gesundheit? Studien zur Gesundheitsökonomie 14, Basel 1990.

Prozessqualität bezieht sich auf Untersuchungen und Behandlungen und fragt, ob das "adäquate" Vorgehen gewählt wurde. Erfassung der Prozessqualität setzt voraus, dass normative Standards der medizinischen Vorgehensweise festgelegt und auch in standardisierter Form dokumentiert sind. Diese Anforderungen sind im ambulanten Bereich sehr schwer zu erfüllen.

In der HMO-Evaluation wurden Aspekte der Prozessqualität mit der Erfassung von Präventionsmassnahmen im Rahmen der Versichertenbefragungen abgedeckt. Dafür existieren noch am ehesten erhebbare Standards.

Ergebnisqualität schliesslich fragt, ob das Resultat der medizinischen Intervention den Erwartungen entspricht bzw. ob in den relevanten Ergebnismerkmalen (z.B. Gesundheitszustand, Mortalität) Unterschiede zwischen den Patienten/Versicherten verschiedener (Angebots-)Systeme bestehen. Auch diesbezüglich bestehen gravierende Messprobleme, u.a. wegen

- hoher Multikollinearität der medizinischen und nicht-medizinischen Faktoren, die zu einer Gesundung führen;
- Unbeobachtbarkeit der nötigen Daten oder nur sehr langfristig beobachtbarer Effekte wie Heilungserfolg bzw. -misserfolg bei unterlassener Behandlung.

Im Rahmen der HMO-Evaluation ist die Hypertoniestudie "Hypertoniemanagement, ein Praxisvergleich" ein Instrument, um Ergebnisqualität zu messen.

Ausserdem wurden in der vorliegenden Untersuchung einige Gesundheitsindikatoren erhoben und deren Veränderungen im Zweijahres-Zeitraum analysiert.

In der Literatur wird die **Patientenzufriedenheit** teilweise als eigene (vierte) Qualitätsdimension betrachtet, teilweise wird sie unter "Ergebnisqualität" subsumiert. Patientenzufriedenheit gilt durchaus als eigenständiger Indikator, der z.B. einen wesentlichen Einfluss auf die compliance hat. Selbstverständlich ist Zufriedenheit alleine kein hinreichender Indikator für Qualität. Aber in einem System mit Wahlmöglichkeiten (Wahl der Versicherungsform, der Ärzte) entscheidet Zufriedenheit oder Unzufriedenheit mit über Verbleib oder Wechsel. Insofern ist es für die HMOs von grosser Bedeutung, zufriedene Versicherte/Patienten zu haben, weil mittelfristig allein der finanzielle Anreiz sicher nicht ausreicht.

Berichtet wird im folgenden:

- über Patientenzufriedenheit im Vergleich zwischen HMO-Praxen und traditionellen Hausarzt-Praxen;
- über die Gründe derer, die wieder aus einer HMO austreten;
- über Vorsorgemassnahmen im Vergleich;
- über vergleichende Ergebnisse medizinischer Intervention (Hypertonie-Studie).

4.2 Patientenzufriedenheit im Vergleich

Im Jahr 1993 wurde eine repräsentative Stichprobe HMO-Versicherter und traditionell Versicherter in einer Kombination aus telefonischer und schriftlicher Erhebung zur Zufriedenheit mit ihrer Gesundheitsversorgung durch die HMO bzw. den Hausarzt befragt.²⁾ Basis war im wesentlichen eine 41 Items umfassende Zufriedenheitsskala, die in den USA schon vielfach erprobt und angewandt und für schweizerische Verhältnisse leicht angepasst wurde.³⁾ Die einzelnen Statements, die auf einer 5er Skala ("stimmt voll und ganz" bis "stimmt gar nicht") eingestuft wurden, sind zu Subskalen zusammengefasst, die verschiedene Dimensionen der Zufriedenheit messen, nämlich

- allgemeine Zufriedenheit
- fachliche, technische Qualität
- zwischenmenschliche Beziehung
- Kommunikation
- Konsultationsdauer
- Zugang, Erreichbarkeit, Annehmlichkeit
- Kostenbewusstsein des Arztes.

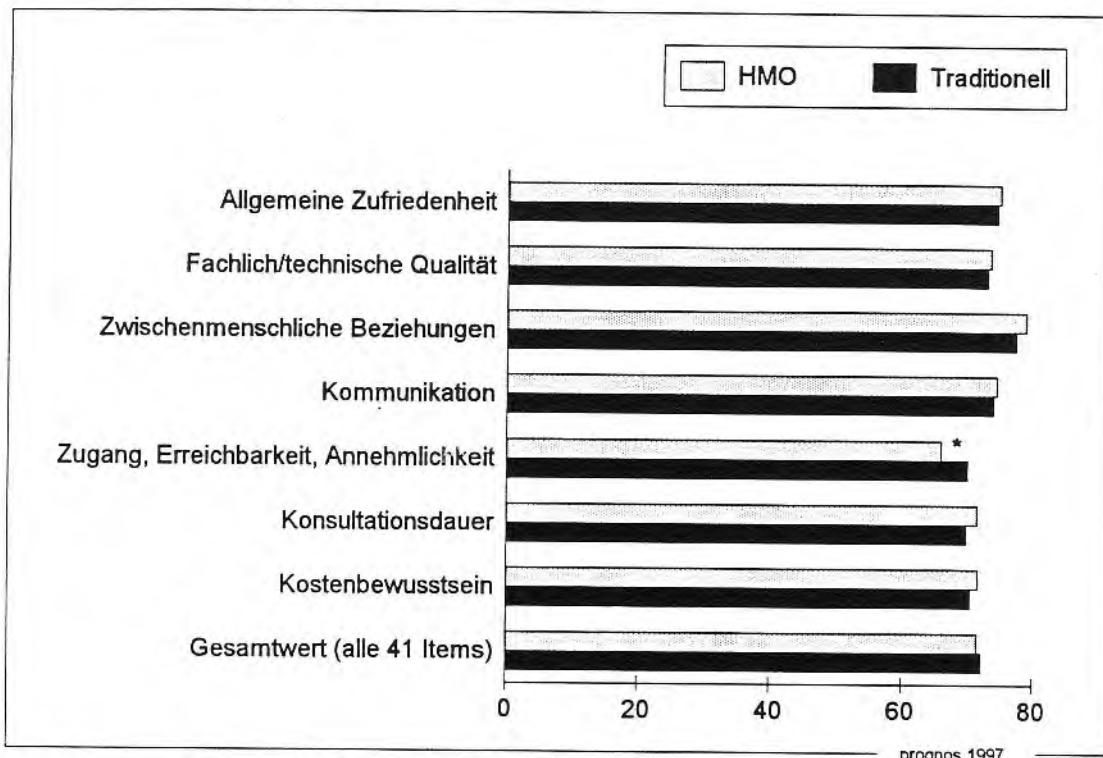
Als generelles Ergebnis lässt sich festhalten, dass die **Bewertungen überwiegend positiv** sind; offenkundig hat die Mehrzahl der Patienten ein gutes Verhältnis zu ihren Ärzten. Ferner ist hervorzuheben, dass die Bewertungsunterschiede zwischen HMO-Patienten und Patienten traditioneller Hausärzte marginal sind (Übersicht 4.1). Dies ist umso bemerkenswerter, als HMO-Versicherte ja nicht primär einen Arzt gewählt haben, sondern ein Versicherungsmodell. Eine Arztwahl findet für sie allenfalls unter den HMO-Ärzten statt. Offenkundig ist es den HMO-Ärzten aber gelungen, das Vertrauen der Patienten zu gewinnen. In sechs der sieben Subskalen besteht kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen der Beurteilung der HMO-Ärzte und der Beurteilung der herkömmlichen Hausärzte.⁴⁾ Auch in dem tendenziell kritischen Aspekt der Vermeidung von Kosten bzw. eventueller "übertriebener" Sparsamkeit sehen die HMO-Patienten keinen Engpass. In der Subskala ist die Bewertung bei den beiden Versichertengruppen praktisch gleich und auch in den Einzelitems gibt es nur geringe Unterschiede. Der Verdacht, dass die HMOs eine Billigmedizin betreiben könnten, lässt sich aus Patientensicht also nicht erhärten.

2) Traditionell Versicherte ohne Hausarzt (= 13 %) wurden zur Zufriedenheit mit Ärzten allgemein befragt.

3) Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ III), Ware 1987. In: Wilkin, D., Hallam, L., Doggett, M.A.: Measures of need and outcome for Primary Health Care. New York, Tokio 1992.

4) Bezieht man auch die traditionell Versicherten ein, die keinen Hausarzt haben und deshalb die Ärzte, mit denen sie in Kontakt kommen, allgemein bewertet haben, schneiden die HMO-Ärzte sogar besser ab als die Ärzte der traditionell Versicherten.

Übersicht 4.1: Zufriedenheit der Patienten mit verschiedenen Aspekten der ärztlichen Versorgung¹⁾



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

Quelle: Versichertenbefragung 1993

* = Unterschied statistisch signifikant (mindestens 95%-Niveau)

Der einzige Aspekt, in dem die HMOs schlechter abschneiden, ist **Zugang und Erreichbarkeit**:

- Der Zugang zur Praxis (räumlich und zeitlich) wird durchweg bei den HMOs (statistisch signifikant) schlechter bewertet als beim traditionellen Hausarzt, nämlich
 - die Möglichkeit, rasch einen Termin zu bekommen
 - der Zugang zu ärztlicher Hilfe im Notfall
 - die Sprechstundenhäufigkeit und -dauer
 - die räumliche Erreichbarkeit
- Umgekehrt aber werden die Wartezeiten in der Praxis bei HMOs günstiger bewertet als bei traditionellen Hausarztpraxen.
- Der grösste Unterschied im Rahmen der Subskala "Zugänglichkeit" besteht bei der Aussage "mein Arzt macht auch ohne weiteres Hausbesuche"; die Bewertung durch HMO-Patienten liegt viel tiefer als die der traditionellen Hausarzt-Patienten.
- Zwei weitere Items der Subskala "Zugänglichkeit" betreffen den Zugang zu Spezialisten. Da dies ein potentiell kritischer Punkt für HMO ist, überrascht besonders, dass es hier keine signifikanten Unterschiede gibt. HMO-Patienten fühlen sich nicht (oder jedenfalls nicht stärker als traditionell Versicherte) im Zugang zu Spezialärzten eingeschränkt.

Die Kritik in manchen Punkten der Zugänglichkeit ist oft nicht durch Erfahrung fundiert, sondern mehr allgemeine Meinung. So geben z.B. die wenigen Patienten, die den Notfalldienst in Anspruch nehmen mussten, genauso häufig wie traditionell Versicherte an, dass dies problemlos abgelaufen sei.

Weitere Hinweise auf die Zufriedenheit der HMO-Versicherten bringen die Antworten auf die Fragen, ob man voraussichtlich bei der HMO bleiben wird und ob man auch bleiben würde, wenn die Prämien woanders nicht höher wären. 90 % äusserten die generelle Absicht, bei der HMO zu bleiben, 78 % wollen auch dann bleiben, wenn der Kostenvorteil entfällt.

4.3 Austrittsgründe

Wie schon in Kapitel 3.4 gezeigt, haben 1993 5 % der Mitglieder die HMO wieder verlassen, 1992 waren es 10 %. Gut ein Drittel der Austritte ist durch einen Wohnortwechsel bedingt. Wer wegen Wohnortwechsel aus einer HMO-Versicherung ausscheidet, bewertet im Rückblick die gesundheitliche Versorgung in der HMO nahezu genauso positiv wie die verbleibenden Mitglieder. Die anderen jedoch (3-7 % bezogen auf den Mitgliederbestand) sind ausgetreten, weil sie nicht zufrieden waren mit der Versorgung/den Ärzten oder auch, weil sie beim Eintritt offenkundig nicht genau wussten, dass es sich hier um ein andersartiges System handelt.

- Die "Abwähler" beurteilen in allen Subskalen die HMO sehr viel schlechter als die Wohnortwechsler und als die HMO-Mitglieder.
- Das Urteil der Abwähler liegt in der Subskala "allgemeine Zufriedenheit" extrem tief. Diese Subskala umfasst Statements wie: "Bezüglich meiner medizinischen Versorgung in der HMO hätte manches besser sein können". In den Subskalen, die sich auf konkrete Aspekte beziehen, schwankt die Bewertung um den mittleren Wert, d.h. dass etwa gleich viel positive wie negative Urteile abgegeben wurden, bzw. das "Unentschieden" dominierte. Dies ist ein Hinweis darauf, dass sich viele Abwähler mit der ganz konkreten Kritik etwas zurückhalten, während das allgemeine Urteil eher vernichtend ist.

Rund ein Viertel der Abwähler (also derer, die nicht wegen Wohnortwechsel ausgeschieden sind) sind überhaupt nicht in der HMO zur Untersuchung oder Behandlung gewesen; von den übrigen waren rund 40 % nur 1-2 mal in der HMO, so dass insgesamt gut die Hälfte aller Ausgetretenen keine oder nur eine sehr geringe HMO-Erfahrung hatte. Offenkundig haben viele eine Austrittsentscheidung gefasst, ohne unmittelbar und häufiger eigene negative Erfahrungen gemacht zu haben. Möglicherweise war die Beitrittsentscheidung schlecht überlegt

und schlecht informiert getroffen worden, möglicherweise hat auch das Umfeld gegen die HMO argumentiert. Diese Vermutungen werden durch den Befund gestützt, dass der Austrittsgrund "keine freie Arztwahl" besonders häufig in der Gruppe genannt wird, die noch gar nicht bei HMO-Ärzten waren. Von allen Ausgetretenen haben nur 15 % diesen Aspekt als Wechselgrund angegeben.

4.4 Prävention

Informationen zur Prozessqualität wurden, soweit sie in einer Patientenbefragung erfassbar sind, eingeholt. Voraussetzung ist sowohl die Existenz von klaren Standards als auch die Befragbarkeit, d.h. dass der zu erhebende Sachverhalt auch für einen Laien klar erkennlich und gut erinnerbar sein muss. Beide Voraussetzungen treffen im ambulanten Bereich noch am ehesten auf bestimmte Vorsorgeuntersuchungen zu. In Abstimmung mit Präventivmedizinern wurden folgende Untersuchungen und Standards ausgewählt:

- Blutdruckmessungen: als Routineuntersuchung alle 1 - 3 Jahre;
- Cholesterinmessung: einmal als Erwachsener, dann differenzierte Strategie, je nach Ergebnissen;
- Krebsabstrich (Gebärmutterhals): jährlich ab Aufnahme der sexuellen Aktivität;
- Mammographie: alle 2 Jahre zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr;
- MMR-Impfung (Mumps, Masern, Röteln): Kinder unter 5 Jahren.

Neben den Vorsorgeuntersuchungen wird der Gesundheitsberatung grosse Bedeutung beigemessen. In der Erhebung wurde

- nach dem Besuch von Kursen, Seminaren, mehrstündigen Veranstaltungen (unabhängig davon, ob auf Eigeninitiative oder Empfehlung)
- sowie nach der Beratung durch einen Arzt oder andere Fachleute

zu verschiedenen Gesundheitsthemen gefragt.

Hinsichtlich der Blutdruckmessungen besteht kein signifikanter Unterschied zwischen HMO- und traditionell Versicherten. Deutlich häufiger als bei HMO-Versicherten wird bei traditionell Versicherten das Cholesterin getestet. Dies ist jedoch kein negatives Qualitätsmerkmal für die HMO, weil regelmässiger Cholesterintest nicht zum Standard gehört.

Hinsichtlich Krebsabstrich und Mammographie besteht kein signifikanter Unterschied zwischen HMO- und traditionell Versicherten, ebensowenig hinsichtlich sonstiger Brustuntersuchungen.

Auch bezüglich der Mumps-, Masern- und Röteln-Impfung für Kleinkinder besteht kein Unterschied. Die Bekanntheit dieser Impfungen scheint sehr gering zu sein.

Somit bleibt festzuhalten, dass es keine Hinweise gibt, dass bei den HMO-Versicherten Standards der Prävention verletzt würden. Dies gilt auch bei der Kontrolle von Risikofaktoren wie Übergewicht.

Im Rahmen der Prävention wird der Anleitung zu einer gesunden Lebensweise eine grosse Bedeutung beigemessen. Theoretisch hat die Gesundheitsvorsorge im HMO-Konzept sogar einen besonders hohen Stellenwert; alle HMOs bieten denn auch Kurse zu verschiedenen Themen der Gesundheitsvorsorge an. Auch die Beratung durch den Arzt oder andere Fachleute stellt einen wichtigen Baustein in der Gesundheitsvorsorge dar.

Betrachtet man, welcher Anteil der Versicherten überhaupt Kurse zur Gesundheitsvorsorge besucht hat oder beraten wurde, stehen mit knapp 50 % beide Versichertengruppen gleich da. Das Verhältnis Kurse/Beratung ist allerdings gerade umgekehrt: bei HMO-Versicherten dominieren die Kurse, bei traditionell Versicherten die Beratung. Wenn man einem mehrstündigen Kurs eine bessere Nachhaltigkeit unterstellt als einer - notwendig zeitlich beschränkten - Beratung, ergibt sich hier also ein "Vorteil" für die HMO-Versicherten. Jedoch liefern diese Befunde keinen eindeutigen Hinweis darauf, dass Prävention in den HMOs einen besonders herausragenden Stellenwert hätte; sie zeigen nur, dass in den HMOs gegenüber traditionellen Praxen keine Vernachlässigung der Prävention zu registrieren ist.

4.5 Hypertonie-Management⁵⁾

Mit der Untersuchung zum Hypertonie-Management wird ein Baustein zur Fragestellung möglicher Unterschiede in der Ergebnisqualität zwischen unterschiedlich finanzierten Praxistypen geliefert. Die Studie bezieht sich auf die ambulante Versorgung von Patienten mit essentieller arterieller Hypertonie. Die zentrale Untersuchungsfrage ist: **Ist die Qualität der Versorgung bei Patienten mit arterieller Hypertonie beeinflusst durch das Finanzierungsmodell der Praxis?** Verglichen werden HMO-Praxen und Praxen, die nach herkömm-

5) Die inhaltliche Leitung der Studie lag bei Prof. Dr. Conen, Kantonsspital Aarau.

lichem Muster finanziert werden und keine gatekeeper-Funktion im Rahmen einer HMO-Versicherung haben (im folgenden traditionelle Praxen genannt).

Eine Reihe von Gründen sprach dafür, beispielhaft die Hypertonie auszuwählen:

- Hypertonie ist eine wohldefinierte Krankheit, die objektiv einfach zu diagnostizieren ist und für die ein klares und gut messbares Behandlungsziel gegeben ist. D.h. sowohl das Bestehen der Krankheit als auch der Behandlungserfolg (Outcome) sind einfach zu messen.
- Hypertonie kommt in Hausarztpraxen (Praxen von Allgemeinmedizinern, allgemeinen Internisten) häufig vor.
- Für Ärzte gibt es gute Möglichkeiten, Hypertonie erfolgreich zu behandeln. Bei unkomplizierten Fällen besteht eine hohe Aussicht, die Blutdruckwerte im tolerablen Bereich zu halten.
- Die Behandlung von Hypertonie ist zugleich wichtig als präventivmedizinische Massnahme gegen Erkrankungen, die zu den häufigsten Todesursachen zählen: Renommierte Studien haben gezeigt, dass sich durch die Behandlung des überhöhten Blutdrucks die Zahl zerebrovaskulärer Insulte (Gehirnschlag) wie auch die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität (Herz-Kreislauf) deutlich senken lassen.

Die **Anlage der Untersuchung** ist wie folgt kurz zu beschreiben:

Design: Retrospektive Studie über eine 3-Jahres-Periode 1992-1994. Feststellung des Behandlungsergebnisses behandelter Hypertoniker.

Setting: 3 HMO-Praxen und 12 traditionelle (Hausarzt-)Praxen. Vertretene Fachgebiete in beiden Praxisgruppen: Allgemeinmediziner und Internisten.

Patienten: Alle in der Praxis behandelten Patienten mit chronischer, unkomplizierter, arterieller Hypertonie, einer Behandlungsdauer von > 6 Monaten und mindestens einer Konsultation nach dem 1.1.1993. In die Auswertung einbezogen wurden 388 HMO-Patienten und 876 Patienten traditioneller Hausarztpraxen.

Datenerfassung: Alle Konsultationen im Beobachtungszeitraum; bei weiter zurückliegenden Behandlungsbeginn Erfassung der Diagnosedaten auch bei früherem Zeitpunkt. Datenquellen: Krankengeschichten.⁶⁾

Qualitätsstandard: Kontrollierte Hypertonie: < 140/90 mmHg. Unkontrollierte Hypertonie: > = 160/95 mmHg. Dazwischen liegende Werte werden als „kritisch“, aber nicht behandlungsbedürftig eingestuft.

6) Für die Datenerfassung wurde eine Sonderbewilligung von der zuständigen „Expertenkommission für das Berufsheimnis in der medizinischen Forschung“ erteilt.

Ausgangswert: Durchschnittlicher Blutdruck in der 4-6 Wochen dauernden Diagnosephase.

Behandlungsergebnis: Der Durchschnitt aller erfassten systolischen bzw. diastolischen Blutdruckmessungen im Laufe der Behandlung. Ausgeschlossen wurden Messungen, die im ersten halben Jahr nach der Diagnose erfolgten, da die Ergebnisse in dieser Phase noch durch Einstellungsprobleme beeinflusst sein können.

An der Untersuchung beteiligten sich alle HMO-Ärzte. Als Vergleichsgruppe zu den HMOs waren Ärztinnen und Ärzte mit traditionellen Praxen in Zürich und Basel zu suchen. Es wurde angestrebt, den zum damaligen Zeitpunkt (Anfang 1992) 8 HMO-Ärztinnen und -Ärzten insgesamt 16 Ärztinnen und Ärzte in traditionellen Praxen gegenüberzustellen. Durch die kantonalen Ärztegesellschaften in Basel und Zürich wurde an alle in freier Praxis ausserhalb von Spitätern praktizierenden Allgemeinmediziner und Allgemeininternisten ein Schreiben geschickt, in dem über die Studie informiert und für eine Teilnahme geworben wurde. Von den insgesamt angeschriebenen 492 Ärzten haben 74 (= 15 %) geantwortet, 24 (= 5 %) erklärten die Bereitschaft zur Teilnahme. Es wurden schliesslich 14 Ärztinnen/Ärzte (in 12 Praxen) einzogen, die hinsichtlich Lebensalter und Praxiserfahrung den HMO-Ärzten am ähnlichsten waren.

Hinsichtlich der **Struktur der einbezogenen Patienten** lässt sich folgendes feststellen:

- Das **Durchschnittsalter** der erfassten Hypertonie-Patienten liegt in den HMO-Praxen mit 64 Jahren um 2,4 Jahre höher als bei den Patienten der traditionellen Praxen. Unter den HMO-Patienten sind deutlich mehr **Männer** als in der Vergleichsgruppe, was mit der generellen Überrepräsentation der Männer unter den HMO-Versicherten zu erklären ist.
- Die **mittleren Blutdruckwerte in der Diagnosephase** sind bei den neuen Fällen in beiden Gruppen gleich hoch. Beim wesentlichen Ausgangskriterium "Behandlungsbedürftigkeit" bestehen also keine Unterschiede zwischen den beobachteten Gruppen der HMO-Patienten und Patienten traditioneller Praxen. Auch in den erfassten **Risikofaktoren** (Diabetes, Alkohol, familiäre Vorbelastung) sind keine signifikanten Unterschiede vorhanden.
- Die erfasste **Therapiedauer** ist bei HMO-Patienten mit durchschnittlich 23 Monaten um rund 5 Monate kürzer als bei Patienten traditioneller Praxen.⁷⁾

7) Das erklärt sich aus der Tatsache, dass die HMO-Praxen zum Zeitpunkt der Erhebungen überhaupt erst 3 bis max. 4 Jahre existierten.

Im **Resultat der Behandlung** (systolischer und diastolischer Werte zusammengefasst) bestehen zwischen HMO-Patienten und Patienten traditioneller Praxen keine signifikanten Unterschiede: nur bei gut 10 % der Patienten ist der Blutdruck normal, bei rd. 50 % liegt er im kritischen Bereich und bei rd. 40 % ist er während der Behandlung im Mittel im unkontrollierten Bereich geblieben. Im Gegensatz zum Gesamtergebnis und zum Ergebnis beim systolischen Blutdruck stehen die HMOs beim Ergebnis der diastolischen Werte etwas schlechter da. Der diastolische Blutdruck ist in beiden Praxistypen weit häufiger im Normalbereich als der systolische.

Bedenkenswert ist, dass ein optimales Behandlungsergebnis in beiden Versicherungsformen nur selten erzielt wird, während jeweils über ein Drittel der Hypertoniker im unkontrollierten Bereich bleibt. Dies überrascht angesichts der bestehenden guten Behandlungsmöglichkeiten, deckt sich aber mit den Ergebnissen anderer Studien.

Übersicht 4.2: Ergebnis der Hypertonie-Behandlung

	HMOs	Trad. Praxen
Mittlerer Blutdruck in der Therapiephase (zusammengefasstes Ergebnis)		
– normal (< 140/90)	12 %	11 %
– kritisch	46 %	53 %
– unkontrolliert (>= 160/95)	42 %	36 %
	100 %	100 %
Mittlerer Blutdruckwert über die Therapiephase (mmHg)		
– systolisch (Std.abweichung)	152.5 (14.95)	152.0 (13.88)
– diastolisch (Std.abweichung)	89.2* (7.91)	87.9* (7.24)
n	388	876

* Unterschied zwischen den Praxistypen ist statistisch signifikant (mindestens 95 %-Niveau).

Die Strukturunterschiede zwischen den beiden Patientenkollektiven haben keinen Einfluss auf das Ergebnis.

In den **eingesetzten Ressourcen** weichen die beiden Praxistypen zum Teil voneinander ab:

- Beide Patientengruppen haben während der Therapiephase im Schnitt gut 5 **Konsultationen** pro Jahr; es lässt sich also nicht feststellen, dass HMO-Patienten eine geringere Konsultationshäufigkeit haben.
- Deutliche Unterschiede bestehen sowohl im Einsatz von **technischen Untersuchungen** und **Labortests** in der Diagnosephase als auch in der Therapiephase: Sie werden in HMO-Praxen zum grossen Teil seltener eingesetzt. Ein Grund dafür könnte sein, dass auf bereits vorliegende Ergebnisse aus den Eingangsuntersuchungen zurückgegriffen werden konnte, die in den HMO-Praxen bei neuen Patienten durchgeführt wer-

den. Wahrscheinlicher ist jedoch, dass sich in der Anzahl der Untersuchungen und Labortests die unterschiedlichen finanziellen Anreize je Praxistyp niederschlagen. Für eine Beurteilung fehlen aber allgemein anerkannte Standards.

- Hinsichtlich des **verordneten Medikamententyps** lässt sich bei HMO-Praxen eine Präferenz für Betablocker und Kalziumantagonisten feststellen, während traditionelle Praxen häufiger zu Diuretika greifen. Allerdings sind diese Unterschiede weit weniger ausgeprägt als bezüglich technischer Untersuchungen und Labortests.

Bei der **Würdigung der Ergebnisse** ist zu bedenken, dass die Untersuchungsanordnung möglicherweise nicht ohne Einfluss auf das Ergebnis ist:

- Die Auswahl der traditionellen Praxen erfolgte nicht zufällig, es wurden vielmehr Praxen untersucht, deren Inhaber zur Teilnahme bereit waren. Von den angeschriebenen Ärzten haben nur sehr wenige eine Bereitschaft zur Teilnahme bekundet. Es ist möglich, dass es sich eher um eine positive Auslese im Sinne der Selbsteinschätzung der Sorgfalt bei der Hypertoniekontrolle handelt. Wenn diese Annahme zutrifft, muss es korrekt heißen, dass HMO-Praxen mit besonders „guten“ traditionellen Praxen verglichen wurden.
- Auf der anderen Seite ist aber auch zu bedenken, dass die HMO-Praxen alle noch „jung“ sind, unter hohem Erwartungsdruck und besonderer öffentlicher Beobachtung bezüglich der Qualität stehen. Dies kann dazu führen, dass in der Pionierzeit positivere Ergebnisse entstehen als im „Normalbetrieb“.

Das Design der Hypertonie-Studie erlaubt nur eine Ausschnittsbetrachtung des gesamten Hypertonie-Managements, nämlich den Ausschnitt „Behandlung“. Eine umfassendere Betrachtung müsste auch fragen

- nach der Chance des Erkennens einer Hypertonie;
- nach der Chance, dass eine erkannte Hypertonie auch behandelt wird.

Zum ersten Punkt liegen Ergebnisse im Vergleich HMO-Praxen/traditionelle Praxen zur Häufigkeit von Blutdruckmessungen aus der repräsentativen Befragung von Versicherten vor. Danach ist die Wahrscheinlichkeit, in der richtigen Periodizität eine Blutdruckkontrolle zu haben, bei den HMO- und traditionell Versicherten gleich gross, so dass auch die Chance des Erkennens einer Hypertonie als gleich gross eingestuft werden kann (vgl. Kapitel 4.4).

5. Struktur und Funktionsweise der HMOs

5.1 Die HMO als neues Versicherungs- und Praxismodell

Die HMO ist eine neue Variante der Krankenversicherung und gleichzeitig ein neues Versorgungsmodell, in dem die Ärzte die Steuerung der gesamten medizinischen Versorgung ihrer Patienten übernehmen und eine ökonomische Gesamtverantwortung haben. Wie die drei evaluierten HMOs organisiert sind, wie sie steuern und wie ihre wirtschaftliche Situation aussieht, wird im folgenden kurz dargelegt. Es handelt sich um eine Beschreibung der Aufbaujahre, in denen noch viel Entwicklungsarbeit geleistet wird und manches noch im Fluss ist.

Die **HMO-Prämien** waren ursprünglich nach Altersgruppen, nicht aber nach Geschlecht gestuft: sie lagen 1994 im Mittel um ca. 15-25 % tiefer als die der Trägerkassen, bei einzelnen Kassen war die Reduktion auch niedriger oder höher. Zudem entfielen Jahresfranchise und Selbstbehalt.¹⁾ Eine Eigenbeteiligung gab es aber zu einzelnen Leistungen wie Kuren, Hilfsmittel, Psychotherapien.

Die HMO-Versicherung hat denselben **Pflichtleistungsumfang** wie die normale, gesetzlich definierte Grundversicherung, d.h. Krankenpflegeversicherung, Heil- und Hilfsmittel sowie Spitalaufenthalte in der allgemeinen Abteilung. Halbprivate oder private Spitalzusatzversicherungen werden auch angeboten, kostenerstattungspflichtig bleibt aber hier die Trägerkasse. Der durch die HMOs gebotene Leistungsumfang ist jedoch umfangreicher als der Pflichtleistungsbereich nach KUVG. Insbesondere unbegrenzte Spitaldeckung, umfassendere Spitex-Vergütung, gezielte Präventionsmassnahmen oder Leistungen der Alternativmedizin.

Die drei evaluierten HMO in Zürich und Basel haben jeweils eine zentral gelegene Praxis, in der alle Ärzte tätig sind. Die HMO Basel allerdings hat im November 1994 begonnen, einen zusätzlichen Zweig aufzubauen und mit niedergelassenen Ärzten Verträge zur Versorgung der HMO-Versicherten abgeschlossen. Mitte 1995 waren 23 in eigener Praxis tätige Basler Ärzte diesem Zweig (IPA, Netz-HMO) angeschlossen.²⁾

1) Seit 1995 erhebt die Basler HMO den Selbstbehalt von 10 %. Mittlerweile werden in allen HMO sowohl Selbstbehalt als auch Franchise erhoben.

2) In den weiteren Ausführungen und Zahlen sind diese Ärzte nicht berücksichtigt.

5.2 Personal und Angebote der HMOs

In den drei untersuchten HMOs waren Ende 1994 insgesamt 21 Ärztinnen und Ärzte tätig. Sie füllten am Jahresende 1994 insgesamt 14,5 Stellen aus, was einem durchschnittlichen Pensum von rund 70 % entspricht. Im Schnitt wurden im Jahr 1994 pro vollem ärztlichen Pensum 1.232 HMO-Versicherte versorgt. Zu Beginn des Beobachtungszeitraums lag dieser Wert um etwa 10 - 20% niedriger; danach haben alle HMOs ihre ärztlichen Kapazitäten in Relation zum Versichertenbestand verringert.

Tabelle 5.1: Medizinisches Personal der HMO-Praxen
- Stellen im Jahresschnitt 1994 (ohne Verwaltung) -

	Zürich-Stadelhofen	Zürich-Wiedikon	Basel*	Total
Ärztinnen und Ärzte - je 1.000 Versicherte	3.2 0.98	5.3 0.80	4.3 0.74	12.8 0.81
Übriges medizinisches Personal - je 1.000 Versicherte	2.1 0.64	1.7 0.26	2.0 0.34	5.8 0.37
Praxisassistentinnen - je 1.000 Versicherte	2.6 0.81	5.5 0.82	4.0 0.68	12.1 0.76
Total - je 1.000 Versicherte	7.9 2.43	12.5 1.87	10.3 1.75	30.7 1.94

* ohne angeschlossene IPA-Ärztinnen und -Ärzte und ohne IPA-Versicherte

Zwischen den drei HMOs gab es in der Ausstattung mit Arztstellen von Anfang an beträchtliche Unterschiede. Die HMO Zürich-Stadelhofen startete mit der grosszügigsten Ausstattung an Arztstellen. Trotz einer deutlichen (relativen) Verringerung kommt diese HMO auch im Jahr 1994 noch auf die höchste Zahl an Arztstellen je 1.000 Versicherte. Am knappsten bemessen ist die Arztkapazität dagegen bei der HMO Basel.

Die Verwaltung der HMOs übernimmt nicht nur für die beschäftigten Ärztinnen und Ärzte die übliche Praxisverwaltung wie etwa Buchhaltung und Gehaltsabrechnung. Da sie je nach HMO auch spezifische Aufgaben einer Krankenkasse übernimmt und bei der operativen Führung der HMO mitwirkt, hat sie in den HMOs eine eigenständige Rolle.³⁾ Sie ist daher mit der Verwaltung einer herkömmlichen Praxis nicht vergleichbar.

Bei den 21 HMO-Ärztinnen und -Ärzten dominieren die Facharzttitel für Allgemeinmedizin (10) und Innere Medizin (9). Spezialärzte anderer Fachrichtungen gibt es, abgesehen von einer Gynäkologin und einem Pädiater, bislang nicht. Die meisten Ärztinnen und Ärzte verfü-

3) Mit der Neuordnung der Trägerschaft wurde bei den HMOs auch die Verwaltung umstrukturiert.

gen über berufliche Vorerfahrungen aus eigener Praxis, Gruppenpraxis oder als Oberarzt. Als Zusatzqualifikationen gibt es z.B. internistische Subspezialisierungen (Tropenmedizin, Arbeitsmedizin), Gesprächstherapie, Ultraschall-Diagnostik oder „alternativ“ medizinische Techniken (manuelle Medizin/Chiropraxis, Homöopathie, Akupunktur).

Die Bezahlung des ärztlichen Personals orientiert sich in allen HMOs an den im Kanton üblichen Assistenz- bzw. Oberarztgehältern. Abstufungen gibt es nach Berufserfahrung, Dienstalter und nach Funktion. Ein relativ homogenes Gehaltsgefüge ist möglich, weil in den HMOs bislang keine Spezialärzte im engeren Sinne tätig sind. Anreizsysteme für die Ärzte neben dem regulären Gehalt, die in US-HMOs häufig als zusätzlicher Incentive für kostengünstige Behandlung eingesetzt werden, sind bei den untersuchten HMOs bislang nicht zum Tragen gekommen. Ausschlaggebend dafür waren Befürchtungen, dies könnte die Kritik an den HMOs in der Aufbauphase zusätzlich verstärken. Zudem sind für die Konstruktion solcher Anreizsysteme Erfahrungswerte erforderlich, die nicht direkt aus den USA übertragbar sind. Allerdings beabsichtigen die HMOs, in die Gehaltsfindung allmählich Anreizelemente einzubauen.

Alle drei HMOs beschäftigen Gesundheitsschwestern. Ihre Hauptaufgaben liegen bei der Gesundheitsberatung der Versicherten und bei der Begleitung des Gesundwerdens von ambulanten oder stationären Patienten. Sie halten Sprechstunden ab, übernehmen Haus- und Spitalbesuche, gestalten das Kursangebot der HMOs mit und verabreichen zum Teil auch Physiotherapie und Massagen. Damit unterstützen und ergänzen sie die ärztliche Tätigkeit, ohne dass eine externe Überweisung erforderlich wird. Die HMOs beschäftigen auch eigene Physiotherapeuten sowie in Basel einen Spezialisten für Behandlungen der Traditionellen Chinesischen Medizin. Zum medizinischen Bereich gehören auch die Praxisassistentinnen. Neben ihren "klassischen" Aufgaben beim Sprechstundenmanagement und im Labor übernehmen sie zum Teil auch z.B. Elektrotherapie oder Ultraschallbehandlungen.

Das breite Kursangebot der HMOs richtet sich in erster Linie an HMO-Versicherte, steht aber auch für Nicht-HMO-Versicherte offen. Im Vordergrund stehen Angebote zur Bewegung und Entspannung, während Themen wie Gesundheitsverhalten, Körperpflege, Ernährung oder Massage eine kleinere Rolle spielen.

5.3 Steuerung der Gesundheitsversorgung durch die HMOs

Zentrales Element des HMO-Ansatzes ist die individuelle und direkte Steuerung aller Strukturen und Abläufe bei der Gesundheitsversorgung der Versicherten. Die notwendigen Rahmenbedingungen und Anreize dafür werden durch die Grundstruktur einer HMO geschaffen.

Das Erfolgsgeheimnis besteht jedoch in der Umsetzung der Steuerungsanreize in geeignete, feine Steuerungsinstrumente im medizinischen und betriebswirtschaftlichen Bereich. Dies ist von der Anfangsphase an die wichtigste Aufgabe für die Führung einer HMO.

Steuerungsziel ist, eine qualitativ möglichst gute Gesundheitsversorgung zu möglichst günstigen Kosten zu erbringen. Die Instrumente, die die HMOs dafür einsetzen, sind nach ihrem Einsatz im HMO-internen Bereich oder bei HMO-extern erbrachten Leistungen zu unterscheiden. Bei den **internen Steuerungsansätzen** geht es vor allem um folgendes:

- **Gestaltung der internen Angebotsstruktur:** Eine wichtige Stellgröße ist, welche Leistungen die HMO selbst erbringen und welche sie extern „einkaufen“ will. Relevant ist vor allem, ob eigene Spezialärzte beschäftigt werden sollen. Bislang fehlen den drei untersuchten HMOs Erfahrungswerte, ob die Auslastung eigener Spezialärzte gesichert wäre und ob dies tatsächlich kostengünstiger ist. Die laufende Auswertung von Überweisungen soll allmählich eine Einschätzung dieser Frage ermöglichen.
- **Entwicklung von Behandlungsstandards:** In einzelnen HMOs wurde begonnen, Behandlungsblätter mit Empfehlungen für die Behandlung und Medikation bestimmter Krankheiten zu entwickeln. Dabei fließen auch Kosten-Nutzen-Aspekte ein. Die Erarbeitung ist sehr aufwendig. Zunächst wurde in Pionierarbeit mit Empfehlungen für einzelne Krankheiten begonnen, die nach und nach verfeinert und ergänzt werden sollen. Einen deutlichen Einspareffekt erwarten die HMOs von diesem Instrument zunächst nicht, eher eine Erweiterung der Qualitätssicherung.
- **Fallbesprechungen und Teamkooperation:** Grundsätzlich verstehen sich die HMO-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter als gemeinsam agierendes Team. Im Rahmen ihrer Kompetenzen wird den Teammitgliedern ein möglichst grosses Mass an Selbständigkeit belassen. In den HMO-Praxen ist eine Teambesprechung in zumindest wöchentlichem Abstand üblich. Sie dient dem Informations- und Erfahrungsaustausch und ermöglicht Absprachen in der Zusammenarbeit. Zugleich können Probleme oder schwierige Fälle sowie externe Überweisungen besprochen werden. Das Team bietet eine regelmässige Konsiliarmöglichkeit für das gesamte Praxispersonal.
- **Handhabung des Gatekeeper-Prinzips:** Innerhalb der HMO haben die Versicherten grundsätzlich freie Arztwahl, d.h. Arztwechsel innerhalb der HMO sind möglich. Einschränkungen der Kostenerstattung bei Inanspruchnahme nicht-autorisierter externer Leistungen wurden anfänglich kulant gehandhabt, später wurden strengere Massstäbe angelegt. Nach Angaben der HMOs kommen nicht-autorisierte externe Leistungen relativ selten vor.
- **Konsultationsanzahl je Arzt und -dauer** sind wesentliche Parameter für den Bedarf an HMO-Ärzten. Die Zahl der Konsultationen je HMO-Arztstelle liegt bei allen drei HMOs in der Größenordnung zwischen 3.000 und 3.500 pro Jahr. Dies entspricht rund zwei Konsultationen pro ärztlicher Arbeitsstunde. Die Konsultationshäufigkeit je Patient kann in gewissem Umfang gesteuert werden (Anzahl und Periodizität der Wiedereinbestellungen). Konsultationsverhinderungsstrategien (lange Wartezeiten für Termin-

vereinbarungen u.a.m.) wären jedoch nur auf Kosten der Patientenzufriedenheit möglich bzw. würden zu Abwanderungen führen.

- **Medikamente:** Die Steuerung des Medikamenten- und Materialaufwands (rund 10 % der Kosten), trägt auch zu einer kostengünstigen Gesundheitsversorgung bei. Die HMOs versuchen, systematisch Generika einzusetzen. Eine Optimierung des Medikamenteneinsatzes kann nur schrittweise für einzelne Krankheiten angegangen werden.
- **Qualitätssicherung:** Gerade weil ihnen oft unter dem Vorwurf der Billigmedizin Misstrauen entgegengebracht wird, waren die untersuchten HMOs mit der Entwicklung von Konzepten zur Qualitätssicherung befasst. Die definitive Ausformulierung und Implementation stand Ende 1994 noch aus. Daneben beteiligten sich alle HMOs an der Untersuchung „Hypertonie-Management - ein Praxisvergleich“.

Der Erfolg der HMOs hängt neben internen Ansatzpunkten stark von der **Beeinflussung der externen Kosten** für Spezialärzte und im stationären Bereich ab. Für die untersuchten HMOs bilden die Rechnungen der externen Leistungserbringer mit einem Anteil von 40 - 50% den grössten Kostenblock. Die Führung einer HMO erfordert das Geschick, hier geeignete Einflussmöglichkeiten zu finden. Anfangs waren die rechtlichen Rahmenbedingungen des alten KUVG für die HMOs in dieser Hinsicht sehr ungünstig. Erst mit dem neuen KVG hat sich der externe Steuerungsspielraum wesentlich erweitert. Grundsätzlich gibt es für eine Steuerung externer Leistungen die folgenden Ansatzpunkte bzw. Instrumente:

- Genaue Prüfung des Bedarfs bei externen Leistungen
- Auswahl der externen Leistungserbringer, ggf. feste Vertragspartnerschaften mit Sonderkonditionen
- Einfluss auf externe Behandlungen
- Kontrolle und Auswertung von externen Rechnungen

Hinsichtlich der verschiedenen **externen Leistungserbringer** ist folgendes hervorzuheben:

- **Ambulante Spezialärzte:** Die Notwendigkeit vorgesehener ambulanter Überweisungen wird von den untersuchten HMOs nicht in jedem Fall, aber immer wieder exemplarisch im Ärztteteam besprochen. Als Basis für die Auswahl der externen Leistungserbringer sammeln die untersuchten HMOs Erfahrungswerte. Allmählich entwickelt sich dadurch eine Reihe von Kooperationsbeziehungen, bei denen die Behandlungsqualität, die Art der Zusammenarbeit und die Kosten als gut bewertet wurden. Bei der Kooperation mit externen Spezialärzten werden Patienten mit einem klaren Leistungsauftrag, meist mit der Bitte um Diagnose und Therapievorschlag überwiesen. Bei weitergehenden Veranlassungen wird um Rücksprache gebeten bzw. die Begründetheit der Behandlung nachgefragt. In der Regel funktioniert nach Angaben der HMO die Zusammenarbeit in zufriedenstellender Weise. Kosten lassen sich dabei z.B. auch durch die sorgfältige Dokumentation der bereits in der HMO-Praxis erbrachten Leistungen (z.B. Röntgenbilder) vermeiden.
- **Erbringer nicht-ärztlicher Spezialleistungen:** Hier handelt es sich insbesondere um Psychotherapeuten sowie um Spitex-Organisationen. Als bislang einzige ist die HMO

Zürich-Stadelhofen mit insgesamt 11 nicht-ärztlichen Psychotherapeuten feste Vertragspartnerschaften eingegangen. Pro Behandlungsstunde erhalten die Therapeuten ein Honorar, das rund ein Drittel unter den üblichen Sätzen für ärztliche Psychotherapeuten liegt.

- **Spitäler:** Im Spitalbereich liegen Einsparmöglichkeiten der HMOs am ehesten in der Vermeidung von Spitalaufenthalten zugunsten anderweitiger Behandlung. Vorgesehene stationäre Überweisungen werden in den HMOs routinemässig im Ärzteteam besprochen und auf ihre Notwendigkeit geprüft. Ist eine stationäre Einweisung erforderlich, entscheidet sich die Auswahl des Spitals häufig schon aufgrund der erforderlichen Fachkompetenz und der Schwere des Falls. Kostenaspekte kommen selten zum Tragen. Ambulante Substitutionsmöglichkeiten werden von den HMOs grundsätzlich auch berücksichtigt. Sie sind allerdings in der Regel nicht kostengünstiger, da sie - im Gegensatz zu Spitalaufenthalten - voll finanziert werden müssen. Besondere Verträge mit Spitätern waren den HMOs aufgrund der geltenden Tarifregelungen bislang nicht möglich. Wichtig ist generell ein guter Kontakt zwischen HMO- und Spitalärzten. Die HMOs sind dabei, solche Kontakte aufzubauen und zu festigen. Auf die Aufenthaltsdauer in Spitätern haben die HMOs nach eigener Einschätzung kaum Einfluss. Zwar wird dies über differenzierte Kostengutsprachen versucht, jedoch wird angenommen, dass diese Information beim behandelnden Spitalarzt oft gar nicht ankommt.
- **Externe Notfallbehandlungen** sind von den HMOs kaum zu beeinflussen.⁴⁾ Sicherheitshalber werden dabei häufig sehr umfangreiche Untersuchungen durchgeführt; dementsprechend sind Notfälle relativ kostenträchtig. Trotz der Regel, dass der notfallbehandelnde oder -einweisende Arzt am nächsten Tag den Hausarzt des Patienten informiert, erhalten die HMOs nur selten Berichte über Notfallmassnahmen. Die Befürchtung, aufgrund der beschränkten Arztwahl könnten Notfälle ein Schlupfloch für die Versicherten darstellen, lässt sich aber nicht stützen. Verhindern wollen die HMOs externe Notfälle durch längere Bereitschaftszeiten.

Die Steuerung der HMOs beruht zu großen Teilen auf selbstentwickelten **internen Informationssystemen**, mit denen laufend Kennzahlen zusammengestellt werden. Der Aufbau dieser EDV-gestützten Informationssysteme ist sehr aufwendig und erfordert die Unterstützung aller HMO-Mitarbeiter. Inzwischen verfügen die HMOs über eine Menge interner Indikatoren und Kennzahlen. Jetzt geht es darum, dies auf möglichst wenige, für die operative Führung der HMO am meisten aussagekräftige Indikatoren zurückzuführen.

4) Notfälle autorisieren die Patienten, ohne Rücksprache mit der HMO ärztliche Leistungen in Anspruch zu nehmen.

5.4 Kostenstruktur und Wirtschaftlichkeit der HMOs

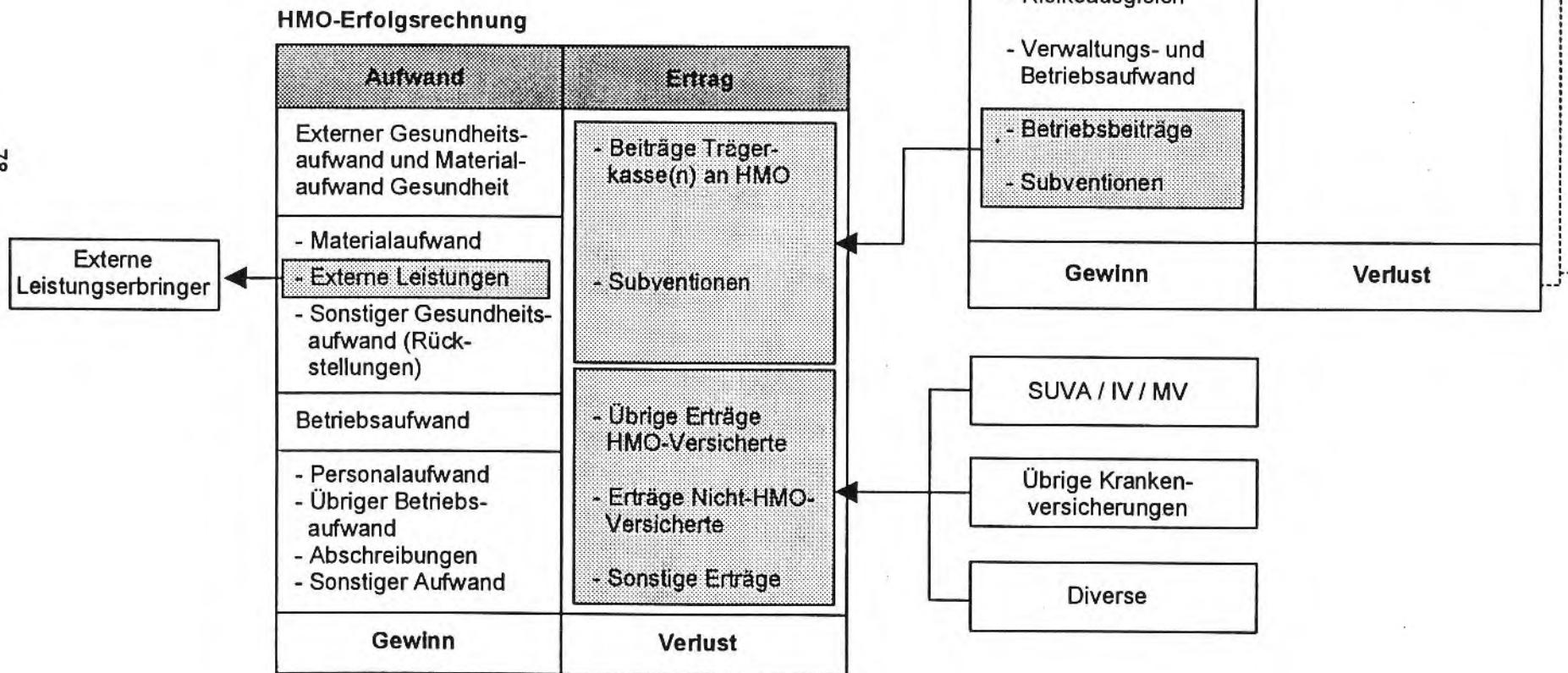
Die HMOs sind unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten als **Profit-Centers** zu bezeichnen, indem sie im Rahmen der Budgetvereinbarung mit den Trägerkassen sowohl über ihre Aufwendungen als auch ihre Erträge verhandeln und eine dementsprechende Verantwortung für die Zielerreichung übernehmen. Die **finanziellen Beziehungen** zwischen den HMOs und den Trägerkassen (bzw. die relevante Aufwands- und Ertragssystematik) sind dadurch gekennzeichnet, dass sich sowohl die internen und externen gesundheitsbezogenen Leistungen wie sämtliche administrativen Leistungen - mit Ausnahme des Prämieninkassos, das durch die Trägerkassen vorgenommen wird - als auch die Ertragsquellen direkt in der HMO-Erfolgsrechnung widerspiegeln. Die Trägerkassen führen einzig das Prämieninkasso durch und nehmen den Risikoausgleich sowie die Reservenbildung vor. Die HMOs haben somit die Funktion einer Gruppenpraxis und einer Krankenkasse.

In den **Risikoausgleich** sind die HMOs über die Trägerkassen einbezogen. Je nach Risikostruktur erhöht oder verringert sich dadurch der Betriebsbeitrag der Trägerkasse an die HMO. Insofern findet keine Entsolidarisierung bezüglich Alter und Geschlecht statt.

Übersicht 5.2 zeigt die finanziellen Beziehungen zwischen HMOs und Trägerkassen und die zugrundgelegte Aufwands- und Ertragssystematik.

Übersicht 5.2: Finanzielle Beziehungen der HMOs

87



Die folgende Übersicht 5.3 zeigt die Aufwands- und Ertragsstrukturen der untersuchten HMOs für die Jahre 1992, 1993 und 1994.

Übersicht 5.3: Aufwands- und Ertragsstrukturen der HMOs 1992, 1993 und 1994
(in % im Durchschnitt aller HMOs)

HMO	Ø insgesamt			Ø je Aufwands-/Ertragsgruppe		
	1992	1993	1994	1992	1993	1994
Aufwand-/Ertragsart						
Externer Gesundheitsaufwand und Materialaufwand Gesundheit	55,0	52,2	58,3	100,0 ¹⁾	100,0	100,0 ¹⁾
- Materialaufwand	8,0	10,5	-2)	14,6	20,0	19,4
- Externe Leistungen	35,7	37,7	-2)	65,0	72,1	76,6
- Sonstiger Gesundheitsaufwand (u.a. Rückstellungen)	11,3	4,0	-2)	20,4	7,9	4,0
Betriebsaufwand	45,0	47,8	41,7	100,0	100,0	100,0
- Personalaufwand	23,1	25,4	23,8	51,4	53,1	57,1
- Übriger Betriebsaufwand	11,7	11,4	8,1	26,1	23,9	19,4
- Abschreibungen	6,6	5,0	5,2	14,6	10,4	12,5
- Sonstiger Aufwand	3,6	6,0	4,6	7,9	12,6	11,0
Erträge	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
- Beiträge Trägerkasse(n) an HMO	78,3	80,8	97,0 ³⁾	78,3	80,8	97,0 ³⁾
- Bundes-/Kantons-Subventionen	17,1	16,1	-	17,1	16,1	-
- Übrige Erträge HMO-Versicherte	1,7	1,4	0,2	1,7	1,4	0,2
- Erträge Nicht-HMO-Versicherte	1,6	0,9	2,1	1,6	0,9	2,1
- Sonstige Erträge	1,3	0,8	0,7	1,3	0,8	0,7

1) HMOs Zürich-Wiedikon und Basel.

2) Keine Detailangaben für HMO Zürich-Stadelhofen verfügbar.

3) Beiträge Trägerkassen an HMO inkl. Bundes-/Kantonssubventionen.

Die Strukturentwicklung auf der Aufwandsseite weist bei allen drei HMOs grundsätzlich in die gleiche Richtung: Die externen Leistungen stellen innerhalb des gesamten Aufwandes den grössten Einzelposten dar. Er hat bei allen HMOs in den Untersuchungsjahren laufend zugenommen. Im Jahr 1994 lag er in den beiden HMOs, für die Zahlen vorliegen, bei rund 45%. Im Vergleich zu externen Leistungen und Materialaufwand Gesundheit nimmt der Anteil des (internen) Betriebsaufwandes mit zunehmenden Betriebsjahren ab. Dies hängt damit zusammen, dass sich die Auslastung der HMO-Gruppenpraxen mit zunehmenden Betriebsjahren verbessert. Der Personalaufwand ist die wichtigste Komponente des Betriebsaufwandes. Personelle, räumliche und weitere infrastrukturelle Investitionen belasten durch Abschreibungen und Kapitalaufwand die Erfolgsrechnungen von jungen HMOs sehr stark.

Auf der Ertragsseite werden die HMO-Erfolgsrechnungen zu rund 97% durch Beiträge der Trägerkassen aufgrund von Prämienzahlungen der HMO-Mitglieder sowie von anteiligen Bundes- und Kantonssubventionen gespiesen. Die übrigen Einnahmequellen spielen rein ertragsmässig gesehen eine untergeordnete Rolle.

Die beiden HMOs Zürich-Wiedikon und Basel erreichen seit 1993 positive Ergebnisse in der Erfolgsrechnung. Dies widerspiegelt den erfolgreichen Übergang von der Start- in die Konsolidierungsphase. Trotz der hohen Anfangsinvestitionen haben diese beiden HMOs bereits nach 2 - 4 Betriebsjahren und mit einem vergleichsweise niedrigen Versichertenbestand von rund 4.500/5.500 Mitgliedern positive Betriebsergebnisse erreicht. Diese sind ohne Quersubventionierungen durch die ordentlichen Versicherungssparten erzielt worden.

Aufgrund der wenigen vorliegenden Erfahrungen und der bis jetzt nur in einer geringen Anzahl betriebenen HMO-Modelle in der Schweiz können aber zum jetzigen Zeitpunkt noch keine allgemein gültigen Aussagen über die Anzahl der Jahre, die eine HMO bis zum Break-Even benötigt, gemacht werden. Deutlich wird jedoch, dass Staff-Model-HMOs aufgrund der systembedingten hohen Investitionen und den Unterauslastungen in der Startphase zunächst Verluste in der Erfolgsrechnung erwirtschaften. Diese sollten jedoch nicht durch überhöhte Prämien gleich zu Beginn abgefangen werden.

Nach erheblichen Anfangsschwierigkeiten aufgrund einer Unterauslastung zeigen jetzt auch die Korrekturmassnahmen der HMO Zürich-Stadelhofen Wirkung, indem sich die Strukturwerte der Erfolgsrechnung den Werten der anderen HMOs angleichen. Die Unterschiede in der Wirtschaftlichkeit der drei in die Evaluation einbezogenen HMOs lassen sich mithin **zum Teil** auf eine unterschiedliche Qualität des Managements zurückführen.

5.5 Exkurs: Die HMO der Universität Genf im Vergleich

Die im Oktober 1992 in Genf gegründete HMO der Universität Genf "Plan de santé" ist in wesentlichen Strukturmerkmalen mit den drei Erstgründungen in Zürich und Basel vergleichbar:

- Es besteht ein Gesamtbudget, aus dem die gesamte medizinische Versorgung finanziert wird.
- Die HMO-Praxis ist Erstversorger und die HMO-Ärzte sind gatekeeper bezüglich des Zugangs zu externen Leistungserbringern.

Andererseits stellt die Genfer HMO sowohl in der Entstehungsgeschichte als auch der Zielgruppe und der konkreten Ausgestaltung eine Besonderheit dar. Deshalb schien es sinnvoller, sie in einem Exkurs als ganzes kurz vorzustellen. Die folgenden Ausführungen stützen sich auf die Evaluation, die durch das ISMP⁵⁾ der Universität Genf durchgeführt wurde.⁶⁾ Instrumente der Evaluation waren die Analyse von Daten des Versicherungsträgers, Befragungen der Versicherten und Gespräche mit HMO-Verantwortlichen.

Entstehungsgeschichte: Für Studenten der Universität Genf, Assistenten und deren Familienangehörige bestand seit 1984 die Möglichkeit, sich in der Kollektivversicherung der Krankenkasse Avenir zu versichern. Da diese hohe Defizite aufwies, wurde nach einer anderen Lösung gesucht. In Abstimmung mit dem Universitätsrektorat wurde im Frühjahr 1992 beschlossen, die Kollektivversicherung in eine HMO umzuwandeln. Etwa einen Monat vor Start der HMO wurden die Versicherten über die Änderung informiert. Soweit sie nicht ihren Austritt erklärten, wurden sie ohne weitere Formalitäten in die neue Versicherungsform übernommen.

Struktur: Die HMO-Praxis wurde in den Räumen der Klinik de l'Arve in Carouge angesiedelt. Die HMO-Ärzte waren junge Ärzte ohne Erfahrung in ambulanter Praxis. Weiteres therapeutisches Personal gab es nicht, es wurden ggf. die Dienste der Klinik genutzt. Die Ärzte wurden bis Ende 1993 fest besoldet, seit Anfang 1994 rechnen sie wie im herkömmlichen System ab. Die Budget-Kontrolle lag nicht bei den HMO-Ärzten, sondern bei zwei externen Ärzten eines Gesundheitszentrums. 1994 fand eine Umwandlung in eine Netz-HMO statt, an der Mitte 1995 11 niedergelassene Ärzte teilnahmen. Auch die Beschränkung auf Studierende bzw. Universitätsangehörige wurde aufgehoben. Die Evaluation bezieht sich im wesentlichen auf die Jahre 1992 und 1993.

Versichertenstruktur: Von den rund 4.000 Mitgliedern der Kollektivversicherung haben 13,7 % die Umwandlung nicht akzeptiert und gekündigt. Dabei fand eine Selbstselektion statt, indem die schlechten Risiken häufiger ausgetreten sind als die guten. "Während der 12 Monate vor Gründung des Gesundheitsplans hatten die Personen, die bei der Umwandlung der Kasse ausgeschieden sind, 39 % Mehrausgaben verursacht als die Personen, die sich mit dem Transfer einverstanden erklärt haben."⁷⁾ Auch soziodemografische Variablen spielten bei der Entscheidung für Kündigung oder Beitritt eine Rolle: "Ausländer, Menschen, die erst seit kurzem in Genf wohnen, und Personen mit kleinem Einkommen waren eher dem Gesundheitsplan beigetreten."⁸⁾ Es könnte also sein, dass Einkommens- und Orientierungsprobleme eine Rolle gespielt haben und insofern die Entscheidung für die HMO nicht immer gänzlich aus freien Stücken gefällt wurde.

5) Institut für Sozial- und Präventivmedizin.

6) Perneger, Th., Etter, J.-F., Schaad, B.: Evaluation der HMO der Universität Genf. ISMP, Universität Genf, Studien und Forschungen 6/1995. Neben dieser Zusammenfassung liegen 9 einzelne Forschungsberichte vor.

7) Perneger et al., a.a.O. S. 12.

8) Perneger et al., a.a.O. S. 12.

Veränderungen von Inanspruchnahme und Kosten: Die Konsultationshäufigkeit insgesamt war im ersten Jahr der HMO-Mitgliedschaft gegenüber dem Vorjahr rückläufig und es fand eine Verlagerung statt: Die Sprechstundenzahl bei Allgemeinmedizinern (HMO-Ärzte) stieg, die bei Spezialisten, mit Ausnahme von Psychiatern, ging zurück.⁹⁾ Rückläufig war auch die Inanspruchnahme der Notfallstation des Krankenhauses und des Bereitschaftsdienstes. Im ersten Betriebsjahr der HMO lagen die Kosten je Versichertem um 23 % tiefer als im Vorjahr in der Kollektivversicherung.¹⁰⁾ Die grössten Kostenrückgänge gab es bei den "technischen" Leistungen: Medikamente, Röntgen, Physiotherapie, Labor. Die Arztkosten dagegen sind, trotz des Rückgangs der Konsultationshäufigkeit, leicht angestiegen, was nach Ansicht der Autoren auf die Intensivierung der Patientengespräche und die Verlagerung von ambulanten Behandlungen im Krankenhaus bzw. beim Bereitschaftsdienst auf die gatekeeper zurückzuführen ist. Keine Änderungen gab es im Anteil derer, die stationär behandelt wurden, und in den stationären Kosten.¹¹⁾ Im zweiten HMO-Jahr stiegen die Kosten gegenüber dem ersten um 12 %, wesentlich bedingt durch die Zunahme der Kosten für Psychotherapien. Aber auch im 2. Jahr lagen die HMO-Kosten unter denen des herkömmlichen Systems.

Behandlungsqualität: Ermittelt wurden Auswirkungen auf den Gesundheitszustand (mittels des Standardfragebogens SF-36) und die Versicherten- bzw. Patientenzufriedenheit. Im **Gesundheitszustand** lassen sich nach einem Jahr HMO-Mitgliedschaft keine Änderungen feststellen. Dieser Beobachtungszeitraum ist freilich auch sehr kurz. Die **Versichertenzufriedenheit** ist zwar insgesamt nicht schlecht, aber es ist zu erkennen, dass der recht abrupte Übergang auch Unzufriedenheit mit sich brachte:

- 45 % der Versicherten waren unzufrieden mit der Tatsache, dass sie den Arzt nicht mehr frei wählen können;
- 20 % waren der Meinung, dass sie vorher eine bessere medizinische Versorgung hatten;
- 21 % waren der Meinung, es seien ihnen um der Einsparung willen Leistungen vorenthalten worden.

Von den **Patienten** (also den Versicherten, die einen HMO-Arzt aufgesucht haben) hatten ebenfalls rund $\frac{1}{4}$ den Eindruck überbührlicher Sparsamkeit. Mehr als die Hälfte würde die Versicherung wechseln, wenn der Kostenvorteil nicht wäre. In späteren Umfragen (nach 1 bzw. $1\frac{1}{2}$ Jahren) war das Zufriedenheitsniveau angestiegen. Insgesamt bleibt die Zufriedenheit der durch HMO-Ärzte betreuten hinter der von Patienten zurück, die durch traditionelle niedergelassene Ärzte betreut werden.

9) Resultat von Befragungen, nicht von Auswertung von Krankenkassen-Daten.

10) Auswertung von Krankenkassendaten.

11) Bei dem sehr jungen Versichertenkollektiv kommen sowieso wenig stationäre Aufenthalte vor.

Im Vergleich mit den HMOs in Zürich und Basel gibt es Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Gemeinsam ist,

- dass eher gute Risiken der HMO beitreten,
- dass die HMOs Kosteneinsparungen realisieren können.

Der wesentliche **Unterschied** besteht in der Versicherten-/Patientenzufriedenheit: Im Gegensatz zu den HMO-Versicherten in Zürich und Basel ist bei den Genfer HMO-Versicherten festzustellen, dass ein nennenswerter Anteil mit dem System nicht besonders glücklich ist. Am deutlichsten wird dies in den Antworten auf die Frage, ob man das System wechseln würde, wenn die Kosten in einer anderen Versicherung nicht höher lägen: 55 % der Genfer würden dann wechseln, aber max. 22 % der Zürcher und Basler HMO-Versicherten.¹²⁾ Da Annahmen über unterschiedliche Qualität der HMOs spekulativ wären, ist vor allem auf folgenden Unterschied hinzuweisen: Die Personen, die in Basel oder Zürich einer HMO beigetreten sind, standen nicht unter Änderungzwang, während die Genfer Versicherten quasi eine Änderungskündigung erhielten; sie konnten nicht versichert bleiben wie bisher, sondern mussten sich (sehr kurzfristig) entscheiden, ob und bei wem sie sich individuell und mit höheren Kosten versichern wollten oder ob sie mit finanziellen Vorteilen der HMO beitreten wollten. Vermutlich ist eine derartige Zwangsscheidungssituation eine eher ungünstige Grundlage für den Aufbau des notwendigen Vertrauensverhältnisses zu den "neuen" Ärzten. Wer sich solcherart "genötigt" sieht, wird eher misstrauisch reagieren. Darauf lässt sich folgern, dass es von besonderer Wichtigkeit ist, dass Modelle, die das Arzt-Patienten-Verhältnis tangieren, wirklich frei gewählt werden können.

12) 11 % würden sicher wechseln, 11 % sind unentschieden.

Beiträge zur sozialen Sicherheit

In dieser Reihe veröffentlicht das Bundesamt für Sozialversicherung Forschungsberichte (fett gekennzeichnet) sowie weitere Beiträge aus seinem Fachgebiet. Bisher wurden publiziert:

	Bezugsquelle Bestellnummer
Forschungsbericht: Wolfram Fischer, Möglichkeiten der Leistungsmes- sung in Krankenhäusern: Überlegungen zur Neugestaltung der schweize- rischen Krankenhausstatistik. Nr. 1/94	EDMZ* 318.010.1/94 d
Rapport de recherche: André Bender, M. Philippe Favarger, Dr. Martin Hoesli: Evaluation des biens immobiliers dans les institutions de prévoyance. No 2/94	OCFIM* 318.010.2/94 f
Forschungsbericht: Hannes Wüest, Martin Hofer, Markus Schweizer: Wohneigentumsförderung – Bericht über die Auswirkungen der Wohn- eigentumsförderung mit den Mitteln der beruflichen Vorsorge. Nr. 3/94	EDMZ* 318.010.3/94 d
Forschungsbericht: Richard Cranovsky: Machbarkeitsstudie des Technologiebewertungsregister. Nr. 4/94	EDMZ* 318.010.4/94 d
Forschungsbericht: BRAINS: Spitex-Inventar. Nr. 5/94	EDMZ* 318.010.5/94 d
Forschungsbericht: Jacob van Dam, Hans Schmid: Insolvenzversicherung in der beruflichen Vorsorge. Nr. 1/95	EDMZ* 318.010.1/95 d
Forschungsbericht: BASS: Tobias Bauer. Literaturrecherche: Modelle zu einem garantierten Mindesteinkommen. Nr. 2/95	EDMZ* 318.010.2/95 d
Forschungsbericht: IPSO: Peter Farago. Verhütung und Bekämpfung der Armut: Möglichkeiten und Grenzen staatlicher Massnahmen. Nr. 3/95	EDMZ* 318.010.3/95 d
Bericht des Eidgenössischen Departementes des Innern zur heutigen Aus- gestaltung und Weiterentwicklung der schweizerischen 3-Säulen-Konze- ption der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge. Oktober 1995	EDMZ* 318.012.1/95 d/i
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil I	BSV** 96.217
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil II	BSV** 96.538
Interdepartamentale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen" (IDA FiSo 1): Bericht über die Finanzierungs- perspektiven der Sozialversicherungen (unter besonderer Berücksichti- gung der demographischen Entwicklung).	EDMZ* 318.012.1/96 d
Forschungsbericht: Laura Cardia-Vonèche et al.: Familien mit alleinerziehenden Eltern. Nr. 1/96	EDMZ* 318.010.1/96 d
Bericht der Arbeitsgruppe "Datenschutz und Analysenliste / Krankenversicherung". Nr. 2/96	BSV** 96.567

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne

** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

Beiträge zur sozialen Sicherheit

In dieser Reihe veröffentlicht das Bundesamt für Sozialversicherung Forschungsberichte (fett gekennzeichnet) sowie weitere Beiträge aus seinem Fachgebiet. Bisher wurden publiziert:

	Bezugsquelle Bestellnummer
Berufliche Vorsorge: Neue Rechnungslegungs- und Anlagevorschriften; Regelung des Einsatzes der derivativen Finanzinstrumente; Verordnungstext / Erläuterungen / Fachempfehlungen. Nr. 3/96	EDMZ* 318.010.3/96 d
Forschungsbericht: Martin Wechsler, Martin Savioz: Umverteilung zwischen den Generationen in der Sozialversicherung und im Gesundheitswesen. Nr. 4/96	EDMZ* 318.010.4/96 d
Forschungsbericht: Wolfram Fischer: Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich. Nr. 1/97	EDMZ* 318.010.1/97 d
Forschungsbericht: Infras: Festsetzung der Renten beim Altersrücktritt und ihre Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung. Überblick über die Regelungen in der EU. Nr. 2/97	EDMZ* 318.010.2/97 d
Forschungsbericht: Heinz Schmid: Prämien genehmigung in der Krankenversicherung. Expertenbericht. Nr. 3/97	EDMZ* 318.010.3/97 d
Forschungsbericht: Eine Zusammenarbeit zwischen IPSO und Infras: Perspektive der Erwerbs- und Lohnquote. Nr. 4/97	EDMZ* 318.010.4/97 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher, BASS: Auswirkungen von Regelungen des AHV-Rentenalters auf die Sozialversicherungen, den Staatshaushalt und die Wirtschaft. Nr. 5/97	EDMZ* 318.010.5/97 d
Forschungsbericht: Günther Latzel, Christoph Andermatt, Rudolf Walther, BRAINS: Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit. Band I und II. Nr. 6/97	EDMZ* 318.010.6/97 d
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (IDA FiSo) 2": Analyse der Leistungen der Sozialversicherungen; Konkretisierung möglicher Veränderungen für drei Finanzierungsszenarien.	EDMZ* 318.012.1/97 d

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne

** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

Beiträge zur sozialen Sicherheit

In dieser Reihe veröffentlicht das Bundesamt für Sozialversicherung Forschungsberichte (fett gekennzeichnet) sowie weitere Beiträge aus seinem Fachgebiet. Bisher wurden publiziert:

	Bezugsquelle Bestellnummer
Publikationen zur Untersuchung "Neue Formen der Krankenversicherung"	
Übersicht	
Forschungsbericht: Rita Baur, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpf, Johannes Stock (Prognos AG): Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. Synthesebericht. Nr. 1/98	EDMZ* 318.010.1/98 d
Materialienberichte / Befragungen	
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Die Wahl der Versicherungsformen. Untersuchungsbericht 1. Nr. 2/98	EDMZ* 318.010.2/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Bewertung der ambulanten medizinischen Versorgung durch HMO-Versicherte und traditionell Versicherte. Untersuchungsbericht 2. Nr. 3/98	EDMZ* 318.010.3/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Selbstgetragene Gesundheitskosten. Untersuchungsbericht 3. Nr. 4/98	EDMZ* 318.010.4/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Armin Ming, Johannes Stock, Peter Lang (Prognos AG): Struktur, Verfahren und Kosten der HMO-Praxen. Untersuchungsbericht 4. Nr. 5/98	EDMZ* 318.010.5/98 d
Forschungsbericht: Johannes Stock, Rita Baur, Peter Lang (Prognos AG); Prof. Dr. Dieter Conen: Hypertonie-Management. Ein Praxisvergleich zwischen traditionellen Praxen und HMOs. Nr. 6/98	EDMZ* 318.010.6/98 d
Materialienberichte / Administrativdatenuntersuchung	
Forschungsbericht: Stefan Schütz et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Versicherte, Leistungen, Prämien und Kosten. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 1. Teil. Nr. 7/98	EDMZ* 318.010.7/98 d
Forschungsbericht: Herbert Känzig et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Alters- und Kostenverteilungen im Vergleich zu der traditionellen Versicherung. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 2. Teil. Nr. 8/98	EDMZ* 318.010.8/98 d
Rapport de recherche: Gabriel Sottas et al.: Données administratives de l'assurance-maladie: Analyse de qualité, statistique élémentaire et base pour les exploitations. N° 9/98	EDMZ* 318.010.9/98 f
Die Fragebogen der Versichertensbefragung (5 Teile) sind erhältlich bei: Bundesamt für Sozialversicherung, Sektion Statistik, Hr. Herbert Känzig, 3003 Bern (Tel. 031 / 322 91 48)	

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne

** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne