

# HMO: für Gesunde oder für Kranke?

**Die HMO-Gesundheitszentren der SWICA erzielen klare Kostenvorteile im Vergleich zum traditionellen Modell. Dies ergab eine Studie, welche SWICA im Oktober 2001 veröffentlichte. Im Folgenden werden einige Ergebnisse der Studie zusammengefasst. Im anschliessenden Interview erläutert der SWICA-Generaldirektor, was die Ergebnisse für den Versicherer bedeuten.**

**P**eter Zweifel und Hansjörg Lehmann vom Sozialökonomischen Institut der Universität Zürich führten einen Kostenvergleich zwischen alternativen Versicherungsmodellen und traditioneller Grundversicherung der SWICA-Gesundheitsorganisation durch. Untersucht wurden die Kosten der über 52 000 HMO- und knapp 60 000 Hausarzt- und MEDICA-Versicherten (Modell mit Ärzteliste, früher LIGHT) sowie der traditionell Versicherten im Zeitraum 1997 bis 2000; einzelne Analysen wurden nur für das Jahr 2000 durchgeführt.

## Kostenunterschiede

Die Studie zeigt, dass HMO-Versicherte, die mindestens einmal im Jahr eine ärztliche Behandlung beanspruchten<sup>1</sup>, um durchschnittlich 30 Prozent (ca. 576 Fr.) tiefere Behandlungskosten aufwiesen als traditio-

nell Versicherte mit mindestens einer ärztlichen Behandlung pro Jahr. Im Hausarztmodell CASA waren die durchschnittlichen Behandlungskosten um 16 Prozent (ca. 307 Fr.) und im Modell MEDICA (Modell mit Ärzteliste) um 9 Prozent (ca. 173 Fr.) tiefer als in der traditionellen Versicherung.<sup>2</sup> Für den Kostenvergleich wurden die Auswirkungen der Risikoselektion soweit als möglich statistisch neutralisiert, wobei neben Alter, Geschlecht, Wohnort und gewählter Franchise auch der geschätzte Gesundheitszustand berücksichtigt wurde. Die Studienleiter führen die grosse Kostendifferenz zwischen HMO- und traditioneller Versicherung vor allem auf die unterschiedlichen Vertragsanreize der Ärzte zurück. In Bezug auf die Kostenstruktur falle auf, dass die Kosten im stationären Bereich in den Managed-Care-Versicherungen einen deutlich geringeren Anteil ausmachen als in der traditionellen Versicherung.

Der Rabatt der HMO-Versicherten beträgt bei SWICA derzeit je nach Kanton zwischen 15 und 25 Prozent (in Basel und Bern rund 25 Prozent, in Lausanne, Lugano, St. Gallen und Zürich zwischen 15 und 18 Prozent). Im Hausarztmodell und im Modell mit Ärzteliste beträgt der Prämienrabatt je nach Kanton zwischen 8 und 17 Prozent.

## Verhaltensänderungen bei Modellwechsel

Deutliche Resultate ergab auch eine Wechsler-Analyse: Beim Wechsel von der traditionellen zu einer Managed-Care-Versicherung sind die Leistungen durchschnittlich um 102 Franken weniger angestiegen als in-

nerhalb der traditionellen Versicherung. Hingegen war der Wechsel von einer Managed-Care- zur traditionellen Versicherung mit einer Leistungssteigerung verbunden, die um 353 Franken über dem Durchschnitt aller Versicherten (traditionelle Versicherung und Managed-Care-Modelle) lag.<sup>3</sup> Die Studienleiter führen die grossen Kostenunterschiede vor allem auf Verhaltensänderungen zurück, denn Versicherte weisen nach dem Wechsel in ein anderes Versicherungsmodell noch die gleichen Risikomerkmale auf, haben aber neue Vertragsanreize.

## Merkmale der Versicherten

Managed-Care-Versicherungen werden vor allem von Jungen gewählt; die Wahrscheinlichkeit, eine Managed-Care-Versicherung zu wählen, nimmt pro Jahr um durchschnittlich 0,25 Prozentpunkte ab. Dieser Effekt verstärkt sich bei den Frauen mit zunehmendem Alter, während er sich

<sup>1</sup> Der Anteil der Personen, die pro Jahr mindestens eine ärztliche Behandlung beanspruchten, war im HMO-Modell um 3,9 und im Modell mit Ärzteliste um 1,9 Prozentpunkte tiefer und im Hausarztmodell um 2,8 Prozentpunkte höher als in der traditionellen Versicherung. (Bereits im Jahr 1999 hatte das Sozialökonomische Institut der Universität Zürich einen Kostenvergleich zwischen HMO und traditioneller Grundversicherung durchgeführt [bezogen auf den Zeitraum 1996-1999]. Damals wurde der Unterschied in der Wahrscheinlichkeit, mindestens einmal pro Jahr einen Arzt aufzusuchen, auf 33 Prozent [bezogen auf die Wahrscheinlichkeit in der Grundversicherung] geschätzt. Nach Angaben der Studienleiter wurde die neuere Untersuchung mit einem grösseren und besseren Datensatz durchgeführt. Tendenziell sei davon auszugehen, dass die Veränderung nicht so gross sei, wie es die beiden Resultate suggerieren.)

<sup>2</sup> Der tatsächliche Unterschied (ohne Berücksichtigung der Risikostruktur) war weit grösser: Im Jahr 2000 betrug die durchschnittlichen Kosten im Standardmodell ca. 1920 Franken, im HMO-Modell 620 Franken, im Hausarztmodell 1155 Franken und im Modell mit Ärzteliste 820 Franken.

<sup>3</sup> Pro Jahr wechselten rund 1500 Personen von einem Managed-Care- zum traditionellen Modell. Die durchschnittliche Kostensteigerung von 353 Franken bezieht sich allerdings nur auf Versicherte mit der tiefsten Franchise.

Tabelle 1:

**Durchschnittliche Kosten im Jahr vor dem Wechsel (Vorjahreskosten)**

	1997	1999
Vorjahreskosten Hausarztmodell-Versicherte	1090 Fr.	950 Fr.
Vorjahreskosten HMO-Versicherte	560 Fr.	890 Fr.
Kosten traditionell Versicherte	1475 Fr.	1900 Fr.

Tabelle 2:

**Franchisen im HMO- und im traditionellen Modell im Jahr 2000**

Franchise	230 Fr.	400 Fr.	600 Fr.	1200 Fr.	1500 Fr.
Anteil im traditionellen Modell	79,7%	11,6%	3,9%	1,2%	3,6%
Anteil im HMO-Modell	55,1%	19,6%	9,4%	2,3%	13,5%

bei den Männern mit zunehmendem Alter abschwächt. Versicherte mit hohen Gesundheitsleistungen in den Vorjahren bevorzugen eher die traditionelle Versicherung (Tabelle 1). Die Wahl einer Managed-Care-Versicherung ist meist mit einer hohen Franchise gekoppelt (Tabelle 2). (rs)

*Quellen: Medienmitteilung der SWICA, November 2001; Management-Summary von Prof. Dr. oec. Peter Zweifel und lic. oec. publ. Hansjörg Lehmann, Sozialökonomisches Institut der Universität Zürich, zu Handen der SWICA, September 2001 sowie weiterführende Angaben der Studienleiter.*

**Interview mit Hans-Ueli Regius, Generaldirektor der SWICA-Gesundheitsorganisation**

*Managed Care: Der Kostenunterschied zwischen HMO- und Grundversicherung beträgt gemäss Studie 30 Prozent. Ohne Risikostrukturberreinigung beträgt er sogar über 60 Prozent. Die HMO-Modelle sind also einerseits geeignet, Kosten zu sparen, andererseits ziehen sie vor allem Gesunde an. Was heisst das für den Versicherten?*

**Hans-Ueli Regius:** Es gibt 2 Ebenen. Erstens ist eine HMO aus der Optik eines Versicherers interessant für die teuren Patienten. Wo am meisten Kosten entstehen, kann am meisten eingespart werden. Die zweite Zielgruppe sind die guten Risiken, die aufgrund ihres Gesundheitszustands tiefere Kosten verursachen und damit zu einem Risikoausgleich zwischen gesunden und kranken Versicherten beitragen.

Die obligatorische Krankenversicherung lebt ja vom Grundprinzip, dass es eine Risikogemeinschaft gibt, wo Gesunde für Kranke bezahlen, Junge für Alte, Männer für Frauen und so weiter. Das gilt für das HMO-System genauso wie für andere Systeme. Also braucht man in der HMO-Gemeinschaft auch gute Risiken, die ja Beiträge zur Deckung der Capitation leisten. Diesen Ausgleich braucht es, damit ein Gesundheitszentrum über-

haupt finanziert werden kann. Aber Kosten beeinflussen, also Managed Care betreiben, kann man bei Versicherten, die keine Leistungen beanspruchen, nicht.

*MC: Bei gesunden Versicherten verlieren Sie sogar Geld, wenn diese sonst die volle Prämie bezahlen würden.*

**Regius:** Grundsätzlich ja; zudem haben wir das Problem des Risikoausgleichs, der gleich hoch ausfällt, unabhängig davon, ob der Versicherte nun das traditionelle System oder eine Managed-Care-Versicherung mit entsprechend tieferen Prämien gewählt hat.

*MC: Sie versuchen, gesunde HMO-Kunden auch aus anderen Versicherungen anzuziehen.*

**Regius:** Da muss ich differenzieren. Wenn es darum geht, mit einem HMO-Produkt im Markt erfolgreich zu sein, sind für den Versicherer beide Zielgruppen interessant: die Gesunden und die Kranken – im Gegensatz zu einem traditionellen Produkt, bei dem nur die guten Risiken interessant sind. Deshalb macht es Sinn, HMO- und generell Managed-Care-Produkte zu fördern, weil man hier nicht nur Risikoselek-

tion betreiben kann, sondern viel bessere Voraussetzungen hat für eine echte Kostenlenkung.

Beim Eigenbestand – bei den Versicherten, die wir bereits für uns gewonnen haben – ist es kurzfristig nur interessant, jene zum Übertritt zu bewegen, welche Kosten generieren. Mittel- und langfristig werden aber natürlich alle Leute älter und kränker. Langfristig ist es also auch interessant, wenn Gesunde in die HMO wechseln.

Die Situation ist also komplex. Man kann nicht einfach sagen, Zielgruppe der HMO seien 20- bis 30-jährige gesunde Männer. Das würde der HMO-Philosophie gar nicht entsprechen.

*MC: Das ist schwierig zu kommunizieren ...*

**Regius:** Die HMO ist an sich schwierig zu kommunizieren. Deshalb muss man immer zuerst fragen, wer das Zielpublikum ist: Sind es Managed-Care-Fachleute oder Männer und Frauen von der Strasse?

*MC: ... und sind es Gesunde oder Kranke?*

**Regius:** Beim Marktauftritt, gegenüber den Versicherten oder Patienten, kann man nicht differenzieren. Das würden wir niemals tun. Sondern

dort geht es darum, die HMO als qualitativ hochstehendes Produkt zu kommunizieren: Der Patient beziehungsweise Konsument hat einen «Kümmerer». Im Gesundheitszentrum steht ihm ein Ärzteteam zur Verfügung, das sich gegenseitig ergänzt, das den Erfahrungsaustausch pflegt und Qualitätssicherung betreibt; man versucht herauszufinden, welches die am besten geeignete Behandlungsmethode ist; die Ärzte und die Therapeuten haben keine falschen Verhaltensanreize, denn sie werden nicht umsatzabhängig, sondern nutzenorientiert bezahlt.

**MC: Inwiefern sind HMO-Produkte schwierig zu kommunizieren?**

**Regius:** Hausarztssysteme sind generell viel komfortabler, weil sie dem Konsumenten praktisch keine Einschränkung kommunizieren. Auf der MEDICA-Liste hat der Konsument beispielsweise im Kanton Zürich statt 2200 einfach 1800 Ärzte, aus denen er auswählen kann. Das stört den Konsumenten nicht, denn das hat für ihn keine Konsequenzen, sofern sein Arzt auf der Liste ist.

Beim HMO-Produkt muss sich der Konsument fragen: Ist es für mich so viel billiger, dass ich bereit bin, mich einzuschränken? Bin ich bereit, mich, wenn ich krank bin, in der HMO behandeln zu lassen? Das ist ein klarer Stopper im Entscheid des Konsumenten. Sobald es aber einen solchen Stopper gibt, muss sich der Konsument viel stärker mit dem Produkt auseinandersetzen. Das ist – einmal abgesehen von Rahmenbedingungen wie Preis und Risikoausgleich – der Hauptgrund, warum sich das HMO-Produkt in der Schweiz quantitativ nicht durchsetzen kann.

**MC: Dieser Stopper wirkt bei kränkeren Leuten stärker?**

**Regius:** Er wirkt bei Kranken stärker als bei Gesunden. Zudem ist die Wahl der Jahresfranchise ein wichtiger Faktor. In den letzten drei Jahren haben vor allem Leute mit einer Franchise von 600, 1200 oder 1500 Franken, die vorher bei einer anderen Versicherung waren, bei SWICA eine HMO-Versicherung gewählt.

**MC: Wie lösen Sie das Problem des Stopper-Effektes der HMOs?**

**Regius:** Wir wollen nicht ein bestimmtes Produkt mit irgendwelchen zusätzlichen Massnahmen pushen, sondern eine Vielfalt bieten. Wenn sich das HMO-Produkt auf dem Markt nicht breit durchsetzen wird, dann besteht offenbar keine Nachfrage. Unsere Kunden sind es, die sich für das eine oder andere Produkt entscheiden. Und in der Schweiz ist die Realität so, dass die stark überwiegende Mehrheit zuerst über die Prämienhöhe jammert, aber letztlich doch das traditionelle Modell wählt, weil man sich – das ist unsere Interpretation, und auch die Umfragen bestätigen dies – sagt: «Ich nehme doch lieber das, was ich schon immer hatte. Dann kann ich weiterhin frei wählen.»

Was wir tun können, gemeinsam mit anderen Versicherern, ist, zu versuchen, die politischen Rahmenbedingungen so zu beeinflussen, dass die Alternativmodelle – und zwar im Sinn von Kostenlenkung, Managed Care, nicht von Risikoselektion – bessere Marktbedingungen erhalten. Aber dieser Prozess geht sehr langsam voran.

Heute können die HMOs, wie andere Alternativmodelle, preislich mit Billigangeboten von Mitbewerbern nicht konkurrenzieren, weil deren Marketingmassnahmen zu ungleich langen Spiessen führen. Deshalb sind für den Erfolg der Managed-Care-Modelle im Markt heute die Prämien und die damit verbundenen Risikoselektionseffekte viel relevanter als der Kostenlenkungseffekt – das ist frustrierend, wenn man versucht, in Kostenlenkung erfolgreich zu sein.

**MC: Diese Risikoselektion hat aber schon damit zu tun, wie man sich als Versicherer kommuniziert?**

**Regius:** Nein. Wir mussten die Erfahrung machen, dass für den Konsumenten die Preise drei Viertel der Entscheidungsgrundlage darstellen. Nur sehr wenige interessieren sich für den Inhalt des Produkts und weitere Hintergründe. Das hat zwar mit Kommunikation zu tun, aber nicht mit der Kommunikation von Seiten

der Versicherer. Sondern damit, dass die Medien und das BSV beziehungsweise Bundesrätin Dreifuss den Leuten einreden, es sei alles gleich: KVG – Eintopflosung – es haben ohnehin alle dasselbe. «Ihr müsst euch keine Sorgen machen, ob ihr nun bei der Versicherung A, B oder C seid. Ihr müsst nur die Prämien vergleichen, und ihr könnt ja jedes Jahr wechseln. Wir haben die Freizügigkeit. Wir haben das Obligatorium. Ihr habt keine Nachteile.» Das ist eine derart dominante übergeordnete Kommunikation, dass der Konsument, wenn er sich überhaupt für dieses Thema interessiert, nur den Preis vergleicht, und da stösst er auf Billigangebote. Er kommt so gar nie auf die Inhalte, über die wir jetzt gesprochen haben. Nur ein paar wenige Intellektuelle, einige besonders interessierte und einige kritische Leute wollen das noch ein bisschen genauer wissen. ■

**Interview:  
Rita Schnetzler**