

# Mobilität von Managed-Care-Versicherten – Eine Fallstudie

M. A. Ziegler

Für das Funktionieren eines marktwirtschaftlichen Systems ist die Mobilität der Nachfrager unerlässlich. Sie müssen zwischen verschiedenen Produkten aussuchen und bei Unzufriedenheit über das Preis-Leistungs-Verhältnis den Anbieter wechseln können. Dies gilt auch für das Gesundheitswesen, wobei hier idealtypisch die Konsumenten unter konkurrierenden Versicherungslösungen auswählen. So würde beispielsweise eine Konsumentin bei Unzufriedenheit mit der Leistung ihrer HMO in eine traditionelle Krankenversicherung oder in eine andere HMO wechseln. Obwohl das KVG die Freizügigkeit der Versicherten vorsieht, scheint in der Schweiz dieser Mechanismus nur ungenügend zu funktionieren. Eine Fallstudie aus Basel zeigt dieses Problem anhand von HMO-Patienten auf. Gerade für Managed-Care-Organisationen, welche ausnahmslos erst seit relativ kurzer Zeit am Markt agieren, sind geringe Wechselraten problematisch.

## Einleitung

Der Marktanteil von Managed-Care-Organisationen in der Schweiz ist klein. Nach anfänglich starken Wachstumsraten stagniert er heute bei rund 8% (HMOs bei etwa 4%) [1]. Dies trotz der stark gestiegenen Krankenkassenprämien und den doch beachtlichen Rabatten, welche mit dem Abschluss einer Managed-Care-Versicherung einhergehen (im Jahre 2003 betrug dieser in Basel für ÖKK-Versicherte beispielsweise Fr. 955.-). Im Widerspruch dazu steht die allgemeine Unzufriedenheit mit der Höhe der Prämien. Eine UNIVOX-Befragung [2] aus dem Jahre 2003 stellt diese Inkonsistenz gut dar. In einem für die schweizerische Bevölkerung repräsentativen Sample stufen 93% der befragten Personen die Prämien als hoch oder als sehr hoch ein, gleichzeitig geben 74% an, die Kasse noch nie gewechselt zu haben. Weiter erklären 64%, sie würden auch in Zukunft die Kasse für eine Prämiensparnis nicht wechseln. Offensichtlich hält die Mehrheit der Bevölkerung treu zu ihrer Krankenkasse (bzw. Versicherungsform), auch wenn man durch einen Wechsel eine substantielle Prämiensparnis erzielen könnte. In der ökonomischen Literatur wird dieses Verhalten als Status-Quo-Bias bezeichnet [3]. Vom klassischen ökonomischen Nutzenmaximieren wird insofern abgewichen, dass auch psychologische Transaktionskosten<sup>a</sup> eingeführt werden.

Im Vergleich zur Gesamtheit aller Versicherungspflichtigen in der Schweiz sollte für diejenigen in Managed-Care-Organisationen a priori

das Festhalten am bisherigen weniger stark ausgeprägt sein, haben diese Personen doch mindestens einmal die Versicherung(-sform) gewechselt. Darüber hinaus könnte man unterstellen, dass sich Managed-Care-Versicherungsnehmer stärker mit dem Gesundheitswesen beschäftigt haben. Anhand einer im Auftrag von HMO Gesundheitsplan sowie der ÖKK Basel durchgeführten Fallstudie konnten im Jahre 2003 diese und andere Hypothesen überprüft werden.

## Ausgangslage

Die Firma HMO Gesundheitsplan in Basel betreut ihre Patienten in der eigenen Gruppenpraxis sowie auch in einem Ärztenetzwerk. Dieses bestand im Jahre 2002 aus rund 70 Ärzten, welche über das ganze Kantonsgebiet verteilt praktizierten. Aus dem Netzwerk traten per Ende 2002 sechs Ärzte aus. Alle sechs waren in der Basler Vorortsgemeinde Riehen tätig, wo HMO Gesundheitsplan nach dem Austritt nur noch einen Netzwerkarzt unter Vertrag hatte. Vom Austritt waren insgesamt über 800 HMO-Mitglieder betroffen. Diese mussten sich bis Ende 2002 entscheiden, ob sie im Jahre 2003 der HMO Gesundheitsplan treu bleiben oder ob sie einen Austritt bevorzugen. Diese Ausgangslage bot die seltene Gelegenheit, die Art und die Intensität der Informationsbeschaffung durch die Versicherungspflichtigen und die Determinanten des Entscheids für oder gegen eine Versicherungsform und einen Versicherer in diesem spezifischen Kollektiv zu untersuchen. Mittels eines standardisierten Fragebogens und Daten der HMO wurde die Auswertung der Kundenseite vorgenommen. Um das Bild abzurunden, wurden die Ärzte in einem qualitativen Interview zu ihren Beweggründen und Erfahrungen befragt. Nachfolgend soll eine Übersicht über die Resultate der Untersuchung gegeben werden.

## Versicherungsnehmer

Für das Jahr 2003 haben sich 47% für einen Verbleib in der HMO entschieden, wobei Männer eher ihrer Versicherungsform treu blieben als die

a Unter Transaktionskosten versteht man grundsätzlich Kosten für die Informationsbeschaffung sowie Verhandlung und Durchsetzung von Verträgen.

Korrespondenz:  
lic. rer. pol. Markus A. Ziegler  
Wirtschaftswissenschaftliches  
Zentrum der Universität Basel  
Abteilung für Gesundheitsökonomie  
und Sozialpolitik  
Petersgraben 51  
CH-4003 Basel  
Tel. 061 267 0758  
Fax 061 267 1255

E-Mail: markus.ziegler@unibas.ch

Frauen. Mit einem Durchschnittsalter von 55 Jahren gegenüber 44 sind die Ausgetretenen deutlich älter als die Verbleiber, währenddessen die Dauer der Kundenbeziehung keine Rolle zu spielen scheint. Anders verhält es sich mit den Kosten, da diese tendenziell mit dem Alter korreliert sind. So kostete eine im Netzwerk verbleibende Person durchschnittlich rund 48% weniger als eine austretende. Aufgeteilt nach Ärzten ergaben sich ebenfalls markante Unterschiede. Die Spannweite des Anteils der Austretenden reicht von 35 bis 79%. Bezüglich der Zusatzversicherung kann festgestellt werden, dass die verbleibenden Kunden im Jahre 2002 eher keine Spitalzusatzversicherung abgeschlossen haben. Es zeigt sich aber, dass die Austretenden eher die Zusatzversicherung kündeten als die Verbleiber. Die im System Verbleibenden sind offenkundig preissensibler als die Austretenden. Der mit dem Austritt verbundenen Prämienmehrbelastung wurde von seiten der Versicherten, welche das HMO-System verliessen, offenbar mit einer Reduktion der Zusatzversicherung entgegengewirkt. Bei den Gründen für den Beitritt zum HMO-Modell geben die Befragten hauptsächlich die Prämienersparnis und die Tatsache an, den Hausarzt nicht wechseln zu müssen. Auch beim Austritt dominieren die beiden Aspekte Arzt und Prämieinsparung. Wobei in der Gruppe der Verbleiber wie in der Gruppe der Austretenden mit jeweils gut 90% die günstigere Prämie bzw. den Verbleib beim Arzt als Grund für ihren Entscheid angaben. Als letztes wurde nach der Informationsquelle für den Entscheid gefragt. Das doch etwas überraschende Resultat war, dass über 40% der Befragten angaben, sie hätten sich nicht informiert. Dieser Wert stellt in einer umfangreichen Liste von Informationsquellen die mit Abstand grösste Gruppe dar. Alle anderen Optionen erreichten Werte unter 20%. Weiter lässt sich auch kein Unterschied hinsichtlich des Entscheides ausmachen.

### Ärzte

Im Rahmen der Studie wurden die ausgetretenen Ärzte über ihre Erfahrungen mit dem Managed-Care-Modell sowie über die Beweggründe für den Austritt befragt.

Die Motivationen für den Beitritt der Ärzte unterscheiden sich relativ stark. Während gewisse von Beginn an skeptisch gegenüber dem HMO-Modell waren und nur aufgrund des Drängens der Kollegen eintraten, waren andere gegenüber neuen Versicherungsformen sehr aufgeschlossen. Da der Beitritt des Hausarztes den

Patienten Prämienreduktionen ermöglichten, ermunterten diese die Ärzte zusätzlich zum Beitritt. Die Ärzte sahen im Beitritt daher auch einen «Dienst am Kunden».

Sämtliche befragten Ärzte sprachen zwei Problemkreise an, welche sie während der Tätigkeit als IPA-Ärzte<sup>b</sup> beschäftigte und zugleich Grund für den Austritt aus dem Netzwerk war. Einerseits wurde der grosse administrative Aufwand moniert. Der zweite Grund war die Unzufriedenheit mit dem Qualitätszirkel, welcher für die IPA-Ärzte obligatorisch ist. Prinzipiell anerkennen zwar alle, wenn auch in unterschiedlichem Ausmass, den Nutzen dieser Institution; doch sei dieser zu aufwendig ausgestaltet. Gerade im Hinblick auf die zweite Problematik fühlten sich die Ärzte vom Vereinsvorstand<sup>c</sup> zunehmend schlechter vertreten.

Die Mehrheit der Ärzte gab an, mit der Gatekeeperfunktion keine grösseren Probleme zu haben. Eine Minderheit empfand den «andauernden Streit» mit den Patienten über die Leistungen als störend. Grundsätzlich stimmten die Befragten überein, dass die Patienten zu schlecht über die Spielregeln in einer HMO informiert seien und erachten die Aufklärung nicht als Aufgabe des Arztes, sondern als diejenige der HMO-Administration. Ein Arzt gab offen zu, um Diskussionen mit Patienten, welche ohne Zuweisung einen Spezialarzt aufgesucht haben, zu vermeiden, rückwirkend die Behandlungen verschrieben zu haben.

### Interpretation der Ergebnisse

Zusammenfassend zeigte die Untersuchung, dass das Alter und damit verbunden auch die Kosten einen hochsignifikanten positiven Einfluss auf die Austrittswahrscheinlichkeit hatten. Es fand also eine Risikoselektion statt. Die Ärzte konnten umsatzstarke Patienten an sich binden, während die HMO tendenziell die guten Risiken in ihrem Kollektiv halten konnte. Als weitere signifikant positive Einflussvariable entpuppt sich die vor Eintritt in das HMO-System bestehende Arzt-Patienten-Beziehung. Diese Einflussvariable bestätigt einmal mehr die zentrale Stellung des Arztes im Gesundheitssystem und den einleitend erwähnten starken Status-Quo-Bias im Gesundheitswesen. Interessant ist weiter der grosse Anteil an Versicherten, welcher sich trotz Entscheidungszwang nicht über mögliche Alternativen seiner Krankenversicherung informiert hat. Statistisch ist kein Unterschied im Entscheid der informierten und uninformierten Kunden festzustellen. Hier manifestiert sich offensichtlich

<sup>b</sup> Independent Practice Association: Netzwerk aus freipraktizierenden Ärzten, welche die Gatekeeperfunktion übernehmen.

<sup>c</sup> Der Vorstand setzt sich aus Ärzten des Netzwerks zusammen.

die allgemeine Trägheit der Versicherungsnehmer im schweizerischen Krankenversicherungsmarkt, welche in diesem Fall auch bei HMO-Versicherten durchgeschlagen hat.

### Schlussfolgerungen

Auch wenn aus einer Fallstudie nicht unbedingt auf das gesamte Krankenversicherungssystem geschlossen werden kann, verdeutlicht diese doch die für ein marktwirtschaftlich ausgerichtetes Gesundheitssystem zentrale Problematik der mangelnden Mobilität der Versicherten. Managed-Care-Organisationen können nur wachsen und damit Wettbewerbsdruck auf die traditionellen Versicherungsformen bzw. Krankenkassen ausüben, wenn die Versicherungsnehmer auf Preis- (und Qualitäts-)Unterschiede entsprechend reagieren. Die heutige staatliche Überregulierung hat jedoch zur Folge, dass das relative Preissignal der Prämien verzerrt ist und die Prämienunterschiede zu klein sind. Als Beispiel sei die tiefere Hospitalisierungsrate der HMOs gegenüber den traditionellen Krankenversicherungsformen erwähnt [4]. Ein grosser Teil dieses Kostenvorteils geht durch die staatliche Subventionierung der Spitäler verloren. Hinzu kommen die ständig ausgebauten Prämienzuschüsse auch an immer mehr Versicherungspflichtige mittleren Einkommens, die den Anreiz zum Kassenwechsel ebenfalls entspre-

chend verlieren. In einem Markt mit relativ grossen, vor allem psychologischen Transaktionskosten führt dies zu der beobachteten Immobilität der Versicherungsnehmer. Solange die Prämien nicht die volle Kostenwahrheit widerspiegeln, werden die HMOs nicht über ihre Marktnischen hinauswachsen können. Dazu kommt der dirigistische Kontrahierungszwang, welcher innovative Entwicklungen im Krankenversicherungsmarkt zusätzlich hemmt. Nur mit einer konsequenten Deregulierung (Einführung der monistischen Spitalfinanzierung, Aufhebung des Kontrahierungszwangs, marktgerechte Ausgestaltung der staatlichen Prämienzuschüssen) des Marktes, unter Berücksichtigung der Anreize für die Akteure im Gesundheitswesen, kann die Lage der HMOs in der Schweiz und die des gesamten Gesundheitssystems verbessert werden.

### Literatur

- 1 Für Managed Care: Schweizerische Sozialversicherungsstatistik 2003; für HMO: GfS-Forschungsinstitut (2003): UNIVOX-Studie 2002/2003; Teil II E: Sozialversicherung. Zürich.
- 2 UNIVOX-Studie 2002/2003.
- 3 Samuelson W, Zeckhauser R. Status Quo Bias in Decision Making. *J Risk Uncertainty* 1988;1:7-59.
- 4 Bauer R. Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. In: Beiträge zur sozialen Sicherheit. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung; 1997.