

# Kosteneindämmung durch Förderung von alternativen Krankenversicherungsmodellen

Autor(en): **Buillard, Nicole**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Fisio active**

Band (Jahr): **42 (2006)**

Heft 4

PDF erstellt am: **30.06.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-929720>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

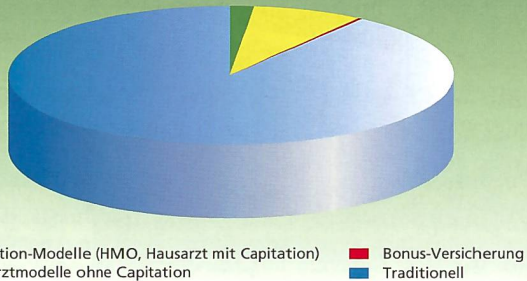
## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

## Kosteneindämmung durch Förderung von alternativen Kranken

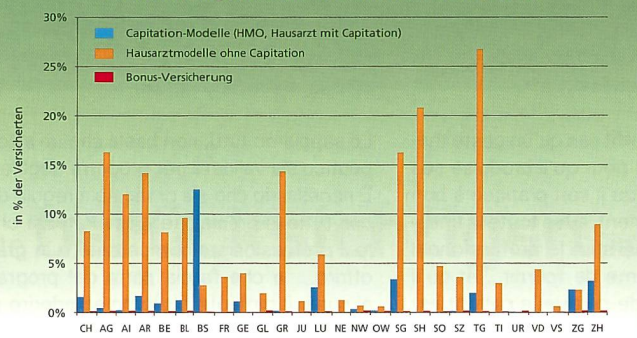
Nicole Buillard, santésuisse

**Grafik 1: Von den Versicherten im Jahr 2005 gewählte Versicherungsmodelle (in % der Versicherten)**



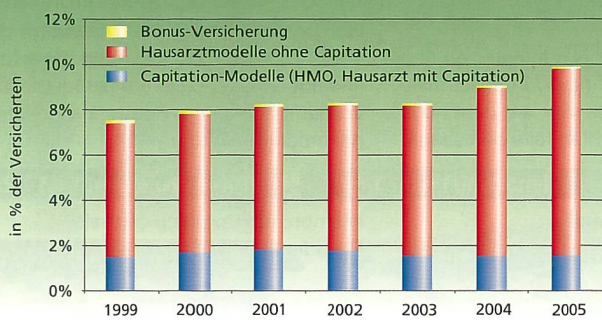
Trotz der erfreulichen Zunahme des Hausarztmodells in den vergangenen Jahren muss man sich vor Augen halten, dass der Gesamtanteil der Versicherten mit alternativem Versicherungsmodell erst 10 Prozent beträgt.

**Grafik 2: Von den Versicherten gewählte alternative Versicherungsmodelle in den Kantonen (2005)**



Die Wahl fällt vor allem in den Ostschweizer Kantonen auf alternative Versicherungsmodelle, während sie in der Westschweiz, im Tessin und in der Zentralschweiz nur geringe Versichertenanteile aufweisen.

**Grafik 3: Von den Versicherten gewählte alternative Versicherungsmodelle (1999–2005)**



Rund 10 Prozent der Versicherten haben sich bereits für ein alternatives Krankenversicherungsmodell entschieden. Die Modelle verzeichnen im Jahr 2006 einen starken Zulauf.

Alternative Krankenversicherungsmodelle werden (noch) wenig genutzt. Und dies, obwohl sie eine bessere Organisation der medizinischen Versorgung ermöglichen und die Versicherten von vorteilhaften Bedingungen profitieren können. Die aktuell laufende KVG-Revision soll zusätzliche Anreize zum Ausbau von Hausarzt- und HMO-Modellen schaffen.

55 Prozent der Versicherten entscheiden sich zwar für eine Wahlfranchise, um die Prämien tiefer zu halten, aber ein wesentlich geringerer Anteil wählt zu diesem Zweck ein alternatives Krankenversicherungsmodell. Die meisten Versicherten zeigen sich gegenüber Angebotseinschränkungen zurückhaltend. Sie verpflichten sich dabei, bei einem gesundheitlichen Problem zuerst immer zum gleichen, selbst gewählten Hausarzt zu gehen. Die Wahl eines alternativen Versicherungsmodells hängt nicht zuletzt auch vom Angebot ab. HMO-Zentren zum Beispiel sind nur in den grösseren Städten zu finden. Auf das Jahr 2006 hin haben sich viele Versicherte neu in einem alternativen Modell eingeschrieben: Einzelne Kassen meldeten Zuwachsraten von über 100 Prozent.

### Grosse kantonale Unterschiede

Der Anteil der Versicherten, die ein alternatives Versicherungsmodell wählen, variiert je nach Kanton erheblich. So verzeichnet der Kanton Thurgau mit 28,8 Prozent den höchsten Anteil an Alternativversicherten, gefolgt von Schaffhausen mit 20 Prozent. Allgemein lässt sich feststellen, dass die Anteile in der Ostschweiz ziemlich hoch liegen, verglichen mit der Westschweiz und dem Tessin, wo sich nur sehr wenige Versicherte für ein Managed-Care-Modell entscheiden. Den geringsten Anteil weisen die Zentralschweizer Kantone auf. In allen Kantonen wählen nur sehr wenige Versicherte ein Bonussystem, während sich bei der Wahl für ein Hausarzt- oder HMO-Modell erhebliche Unterschiede zeigen. So ist das Hausarztmodell die häufigste Wahl, vor allem im Kanton Thurgau, wo über 25 Prozent der Versicherten nach diesem Modell versichert sind. Auch die Kantone Bern und Basel sowie die Ostschweizer Kantone verzeichnen für dieses Modell einen hohen Anteil. Das HMO-Modell ist weniger vertreten. Ihm kommt hauptsächlich in der Deutschschweiz und in den grossen Städten Bedeutung zu,



vor allem in Basel, wo der Anteil dieses Modells das Hausarztmodell übertrifft (siehe Grafik 2).

### Zunahme beim Hausarztmodell

Die Entwicklung über die vergangenen sechs Jahre zeigt eine Zunahme der alternativen Versicherungsmodelle. Der Anteil der HMO-Modelle und Bonussysteme hat allerdings stagniert. Die alternativen Versicherungsformen mit weniger starken Auflagen für die Versicherten und die Leistungserbringer, wie Hausarztmodelle, Telmed-Modelle oder Ärztelisten, verzeichnen eine Zunahme. Dies zeigt, dass nun nach einer Stagnationsphase von einer eigentlichen Renaissance der alternativen Versicherungsmodelle gesprochen werden kann (siehe Grafik 3).

### Effizientere Kosteneindämmung

Die im Gesetz enthaltenen Vorgaben begünstigen eine Ausweitung des Angebots an alternativen Versicherungsmodellen. Allerdings sind diese Anreize offenbar zu wenig überzeugungskräftig, um eine grössere Anzahl Versicherter dafür zu gewinnen. Die Managed-Care-Modelle sollten also weiter gefördert werden, denn sie ermöglichen ein effizienteres Kostenmanagement und ein

qualitativ besseres Angebot. Dies bedingt aber, dass solche Modelle nicht nur im Gesetz explizit erwähnt werden, sondern auch, dass günstige Voraussetzungen für deren Entwicklung geschaffen werden. Die Aufhebung des Vertragszwangs würde ideale Bedingungen für eine Ausweitung von Managed Care bieten. Denn dann hätten die Leistungserbringer plötzlich ein Interesse, sich gegenseitig zu vernetzen und nach alternativen Formen der Entschädigung mit den Krankenversicherern zu verhandeln. Es braucht daher eine Gesetzesänderung, damit die entsprechenden Voraussetzungen für den Ausbau von Managed-Care-Modellen geschaffen werden können. Die gesetzlichen Bestimmungen müssten dennoch einen ausreichenden Handlungsspielraum lassen. Es gilt, die Zusammenarbeit zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern sowie zwischen Versicherungsnehmern und Versicherern vertraglich und nicht gesetzlich zu regeln. Aufgabe des Gesetzgebers ist es daher, vor allem, günstige Rahmenbedingungen für die Versicherten und die Leistungserbringer zu schaffen.

### Erstpublikation:

Zahlen und Fakten santésuisse Nr. 1 / April 2006

## Krankenversicherungsmodelle

### Hausarztmodell

Bei dieser Versicherungsmöglichkeit wählt man aus einer Liste von Ärzten einen Hausarzt. Der Patient verpflichtet sich, bei gesundheitlichen Problemen immer zuerst diesen Hausarzt aufzusuchen (mit gewissen Ausnahmen). Falls es notwendig ist, nimmt der Hausarzt eine Überweisung an einen Spezialisten oder an ein Spital vor. Entscheiden sich die Versicherten für dieses Modell, erhalten sie eine Prämienreduktion.

### HMO-Modell

Versicherte, die sich für dieses Modell entscheiden, müssen sich ausser im Notfall immer an die HMO wenden. Die HMOs werden über Kopfpauschalen finanziert. Die Versicherten wählen einen Arzt als Ansprechpartner und werden gegebenenfalls an einen Spezialisten oder einen anderen Arzt verwiesen. Die Begrenzung des Angebots gibt Anspruch auf eine Prämienreduktion.

### Bonussystem

Die Versicherten können sich einem Versicherungsmodell anschliessen, bei dem eine Prämienreduktion erfolgt, wenn man ein Jahr lang keine Leistung beansprucht hat. Von dieser Versicherung sind allerdings Leistungen in Zusammenhang mit Mutterschaft und Vorsorgeuntersuchungen ausgenommen.

### Telefonische Erstanlaufstelle

Versicherte nach diesem Versicherungsmodell nehmen zuerst telefonisch mit einer Zentrale Kontakt auf, bevor sie sich an einen Arzt wenden. Das medizinisch geschulte Personal der Zentrale macht eine erste Diagnose und informiert vorab über den weiteren Verlauf bzw. die weitere Behandlung. Damit können unnötige Konsultationen bei Bagatellfällen vermieden werden. Die Versicherten erhalten eine Prämienreduktion oder eine Rückvergütung, wenn sie dieses Modell wählen.



Die Managed-Care-Modelle sollen weiter gefördert werden.

Bild zvg