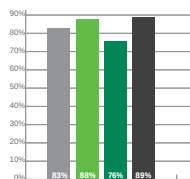


KONSUMENTENSTIMME

FAKTEN, ZAHLEN UND HINTERGRÜNDE ZU KONSUMENTENTHEMEN VON **COMPARIS.CH**


2 Managed Care

Jean-François Steiert
im Gespräch >



4 Krankenkasse

Zufrieden mit
Wechsel >



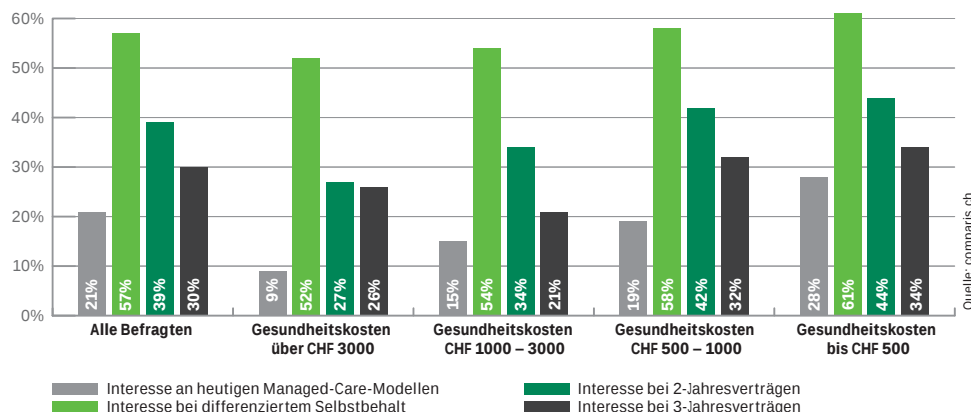
4 Telecom

Preissenkung
erwünscht >

DIFFERENZIIERTER SELBSTBEHALT JA, KNEBELVERTRÄGE NEIN

21 Prozent der Schweizerinnen und Schweizer können sich vorstellen, bei der Krankenversicherung Einschränkungen in Kauf zu nehmen und so zur Dämpfung des Kostenwachstums im Gesundheitswesen beizutragen. Für die Hälfte der Schweizer wird Managed Care mit differenziertem Selbstbehalt attraktiv, sogar für Personen mit hohen Gesundheitskosten.

Gabi Lämmli



Interesse der Versicherten an Managed Care

43 Prozent der Schweizerinnen und Schweizer haben den Begriff «Managed Care» schon einmal gehört. In der Deutschschweiz mit 45 Prozent häufiger als in der Westschweiz (41%) und in der italienischen Schweiz (37%). Den älteren Befragten ist der Begriff «Managed Care» häufiger bekannt als den jüngeren. Dies sind die Resultate einer repräsentativen Umfrage von comparis.ch.

1202 Personen in allen Landesteilen wurden telefonisch befragt. Die Umfrage durchgeführt hat das Marktforschungsinstitut Demoscope im Auftrag von comparis.ch. Die aktuelle Versicherungssituation der Umfrageteilnehmer sieht gemäss eigenen Angaben so aus: 54 Prozent sind in der Grundversicherung im Standardmodell versichert und 41 Prozent haben sich für ein alternatives Versicherungsmodell entschieden (36% Hausarzt, 3% HMO, 2% Telmed).

Managed Care in seiner heutigen Form (z.B. HMO- und Hausarzt-Modell) stösst bei 21 Prozent der Befragten auf Interesse. Diese 21 Prozent setzen sich zusammen aus Befragten, die bereits in einem Managed-Care-Modell versichert sind und sich weiterhin dafür interessieren; aus Befragten, die sich für Managed Care interessieren und bereit wären, ihren Hausarzt zu wechseln und aus allen ohne festen Hausarzt, die sich für Managed Care interessieren.

Tieferer Selbstbehalt vergrössert Interesse

In der aktuellen politischen Diskussion wird die Möglichkeit eines differenzierten Selbstbehalts diskutiert, um die Attraktivität von Managed-Care-Modellen bei den Versicherten zu steigern. Wer in einem Managed-Care-Modell versichert ist, soll künftig weniger Selbstbehalt (10%) bezahlen als Versicherte,

die keinem Managed-Care-Modell angehören (20% Selbstbehalt). Mit dieser Unterscheidung, die sich direkt im Portemonnaie der Versicherten bemerkbar machen würde, steigt das Interesse an Managed Care sprunghaft an: 57 Prozent der Befragten sind nun daran interessiert.

Der differenzierte Selbstbehalt rüttelt vor allem die Deutschschweizer auf: 62 Prozent bekunden hier Interesse an Managed Care mit differenziertem Selbstbehalt. In der Westschweiz liegt die Zustimmung bei 53 Prozent, in der italienischen Schweiz sogar nur bei 43 Prozent.

Auch bei den Altersgruppen zeigen sich Unterschiede. Während Managed Care mit differenziertem Selbstbehalt bei 69 Prozent der 18- bis 35-Jährigen Zustimmung erhält, sind es bei den 36- bis 55-Jährigen noch 63 Prozent und bei den über 56-Jährigen nur noch 48 Prozent. Ältere Versicherte stehen Managed Care generell kritischer gegenüber und auch der differenzierte Selbstbehalt bringt weniger ältere Befragte dazu, Interesse an Managed Care zu bekunden.

Die Möglichkeit, dass künftig Managed-Care-Versicherungsmodelle an Mehrjahresverträge geknüpft werden können, lässt die Zustimmung zu einem solchen Versicherungsmodell wieder merklich sinken. Die Werte liegen mit 39 Prozent bei 2-Jahresverträgen und 30 Prozent bei 3-Jahresverträgen erwartungsgemäss deutlich tiefer als bei der Zustimmung mit differenziertem Selbstbehalt (57%).

Fortsetzung auf Seite 2 >

> Fortsetzung von Seite 1

Die Versicherten wollen sich nicht mit Knebelverträgen binden lassen, das ist in allen Sprachregionen und allen Altersgruppen so.

Hohe Gesundheitskosten, tiefes Interesse

Wie stehen Versicherte mit hohen Ausgaben für Arzt, Spital und Medikamente Managed Care gegenüber? Bei solchen Versicherten könnten nach einem Wechsel in ein Managed-Care-Modell Kosten gespart werden. Zwar haben mit 53 Prozent deutlich mehr Befragte mit hohen Gesundheitskosten (über CHF 3000/Jahr) den Begriff «Managed Care» schon einmal gehört. Das Interesse an Managed Care in seiner heutigen Form ist mit 9 Prozent allerdings sehr tief. Dagegen bekunden Personen mit tiefen Gesundheitskosten (weniger als CHF 3000/Jahr) mit 23 Prozent ein leicht überdurchschnittliches Interesse.

Mit dem differenzierten Selbstbehalt hingegen steigt die Zustimmung zu Managed Care bei Personen mit hohen Gesundheitskosten sprunghaft von 9 auf 52 Prozent an. Mehrjährige Laufzeiten bei den Verträgen sind bei Personen mit hohen Gesundheitskosten gar nicht erwünscht. Mit dem differenzierten Selbstbehalt liessen sich auch Personen mit hohen Gesundheitskosten von Managed Care überzeugen, Mehrjahresverträge allerdings zerstören diesen Effekt wieder (siehe Grafik). •

Pro- und Contra-Gründe

Der wichtigste Grund für einen Wechsel in ein Managed-Care-Modell ist klar. Fast die Hälfte befürwortet Managed Care aus finanziellen Gründen: 30 Prozent sind für Managed Care, weil sie dann weniger Krankenkassenprämien bezahlen müssten und 15 Prozent, weil sie durch den tieferen Selbstbehalt weniger aus der eigenen Tasche bezahlen müssten. 21 Prozent der Befragten befürworteten Managed Care, weil sie dadurch einen persönlichen Beitrag gegen die stetig steigenden Gesundheitskosten leisten könnten. 18 Prozent finden es gut, dass sie für die Koordination der Behandlung nur noch eine Ansprechperson hätten. Wer in einem Managed-Care-Modell versichert ist, verpflichtet sich schon heute zu Gunsten tieferer Prämien immer zuerst seinen Hausarzt aufzusuchen. Der Verzicht auf die freie Arztwahl ist denn auch der am häufigsten genannte Grund, warum die Befragten Managed Care gegenüber negativ eingestellt sind: 49 Prozent der Befragten, die Managed Care ablehnen, wollen nicht auf ihren Hausarzt verzichten und 27 Prozent wollen sich auch weiterhin selbst beim Spezialisten anmelden können. •

«WER VERSPRICHT, DASS SEIN NEUES REZ GESUNDHEITSSYSTEM PRÄMIEN SENKT, I

Dank differenziertem Selbstbehalt sollen die Versicherten zu Managed Care wechseln.

Nationalrat Jean-François Steiert setzte sich gegen die verabschiedete Lösung ein.

Die Konsumentenstimme sprach mit ihm über die Schwächen der jetzigen Lösung und die Chancen eines Referendums.

Interview: Jonas Grossniklaus



Foto: Alexander Egger

Nationalrat Jean-François Steiert findet, dass Versicherte, die sich für Managed Care entscheiden, belohnt werden sollen.

Herr Steiert, wo sehen Sie bei der Managed-Care-Reform noch Stolpersteine?

Jean-François Steiert: Einen ersten Stolperstein sehe ich im finanziellen Aspekt des differenzierten Selbstbehalts. Zweitens sehe ich ein paar offene Fragen: Damit sich Patienten für ein Managed-Care-Modell entscheiden, muss in gut erreichbarer Distanz ein Angebot existieren. Das ist heute noch nicht überall so. Die umstrittene Verpflichtung für die Versicherer, Managed Care anzubieten, ist hingegen vermutlich wenig zielführend. Ein Versicherer

Grundsätzlich sind aber alle Probleme mit gutem Willen lösbar, denn keines ritzt am Prinzip der Einführung von Managed Care.

Wo orten Sie Probleme beim differenzierten Selbstbehalt?

Im Idealfall bräuchte es keine finanziellen Anreize, da die Qualität so gut sein sollte, dass sich die Patienten deswegen für Managed Care entscheiden. Ich wende mich aber nicht kategorisch gegen finanzielle Anreize. Vor allem Gesunde werden wohl wegen dieser Anreize zu Managed Care wechseln, die bes-

«Dank finanziellen Anreizen wechseln die Patienten von morgen bereits heute in ein qualitativ besseres Modell»

hat kaum die Möglichkeit, gegen den Willen der Leistungserbringer ein Managed-Care-Angebot aufzubauen – da werden eher die Kantone gefragt sein. Ein weiterer Punkt ist, dass mit der jetzigen Formulierung der Zugang zu Managed Care vom Angebot des Versicherers abhängt. Will man zu einem Ärztenetz, das keine Zusammenarbeit mit der eigenen Versicherung hat, muss man den Versicherer wechseln. Ansonsten zahlt man wegen des differenzierten Selbstbehalts mehr. Ein Kassenwechsel ist zwar formell immer machbar, jedoch nicht für alle zumutbar, beispielsweise für ältere Versicherte mit Zusatzversicherung.

sere Qualität interessiert sie kaum. Aber sie werden bei Managed Care bleiben, wenn sie einmal krank werden sollten. Mich stört der negative Anreiz: Man bestraft die Versicherten, die sich gegen Managed Care entscheiden, anstatt die Versicherten zu belohnen, die sich dafür entscheiden. Hier müsste die Botschaft doch sein: Wir sorgen primär für Qualität, ökonomische Aspekte sind ein willkommener Nebeneffekt.

Die Comparis-Umfrage zeigt, dass dank differenziertem Selbstbehalt die Bereitschaft zu einem Wechsel zu Managed Care steigt. Die gewünschte Wirkung wird also damit erzielt.

EPT FÜR DAS ST EIN SCHARLATAN»

Ich habe hier leichte Zweifel: Nicht an der Erhebung, aber viele Menschen neigen dazu, nicht das Gleiche zu antworten, je nachdem ob sie in einer theoretischen Situation befragt werden oder in einer individuellen Lebenssituation einen Entscheid fällen müssen. Die Praxiserfahrung zeigt, dass Kranke kaum die Behandlung wechseln. Einzige Ausnahme ist eine nicht erfolgreiche Therapie. So ist bei einer Kassenwechselberatung die erste Frage zu Listenmodellen oft, ob der eigene Arzt dabei ist.

Ist die Frage, 5/15 Prozent oder 10/20 Prozent beim differenzierten Selbstbehalt entscheidend oder vielmehr die maximale Höhe, also 500/1000 oder 700/1400 Franken?

10 oder 20 Prozent sind wenig relevant, die maximale Höhe ist zentral. Also die Frage, ob jemand maximal 500 oder 1000 Franken beziehungsweise 700 oder 1400 Franken Selbstbehalt zahlen muss. Schwer chronisch Kranke erreichen unabhängig vom Prozentsatz die maximale Höhe. Bei meinem Vorschlag mit einer maximalen Höhe von 500 und 1000 Franken ist die Mehrbelastung für die, die in einem traditionellen Versicherungsmodell verbleiben wollen, deutlich kleiner – dafür würde für viele Leute mit Managed Care der Selbstbehalt leicht gesenkt. Damit würde ein positives Zeichen gesetzt, was auch die Chancen der Reform erhöhen könnte.

Hat ein höherer Selbstbehalt nicht einfach eine dämpfende Wirkung auf die Krankenkassenprämien?

Auf die Prämien schon, aber dafür belastet er im selben Ausmass das Portemonnaie der Kranken. Diese Mehrbelastung der Kranken um ca. 300 Mio. Franken jährlich in einem Land, wo die Versicherten schon heute europaweit den höchsten Anteil der Gesundheitskosten aus dem eigenen Portemonnaie bezahlen, ist aus Patientensicht inakzeptabel.

Damit Managed Care greift, müssen ja auch die Kranken dahin wechseln. Denn bei Gesunden kann man wenig «managen». Welche Möglichkeiten sehen Sie da?

Diese Überlegung ist nicht ganz richtig: Die Gesunden von heute sind die Kranken von morgen. Man muss langfristig denken. Darum sind finanzielle Anreize überhaupt vertretbar:

Dank diesen wechseln die Patienten von morgen bereits heute in ein qualitativ besseres Modell.

Dann ist die Wirkung von Managed Care aber eher langfristig?

Ja sicher. Wer verspricht, dass sein neues Rezept für das Gesundheitssystem morgen Prämien senkt, ist ein Scharlatan. Bei den Medikamentenpreisen lassen sich vielleicht rasche Effekte erzielen, aber auch das hat Grenzen. Neue Systeme wie Managed Care wirken nicht von heute auf morgen. Da ist Aufbauarbeit nötig, sei es auf der Vertrauensebene, aber auch bei der Förderung von Versorgungsnetzen.

Wie wichtig ist die Qualität als Anreiz für einen Wechsel zu Managed Care?

Integrierte Versorgungssysteme können ein Plus an Qualität bringen. Anstatt als Einzelkämpfer zu agieren, vernetzen sich Ärzte und diskutieren miteinander. Was in dieser Hinsicht weniger beachtet wird, ist die Budgetmitverantwortung: Das Gesetz ermöglicht in einem Netz auf Kosten der Pauschale Leistungen ausserhalb des Leistungskatalogs, wenn dies qualitativ gesichert ist und einem therapeutischen Mehrwert verspricht. Das ergibt Möglichkeiten zur Individualisierung der Therapie. Der Arzt kann so mit etwas mehr Spielraum nach seinem Wissen und Gewissen die beste Therapie für den Patienten wählen. Dieser Aspekt könnte stärker hervor gestrichen werden, weil er die Qualität betont. Je mehr Versicherte wegen der Qualität wechseln, desto besser für das System.

Gesundheitsökonom Harry Telser sagte in der Konsumentenstimme, dass bei Managed Care mit der Rabattfestlegung eine Überregulierung drohe. Man solle dies den Krankenkassen überlassen, damit diese entsprechend der Einsparmöglichkeiten den Rabatt festsetzen können. Wie sehen Sie das?

Wir haben im jetzigen System ein Ungleichgewicht der verschiedenen Steuerkräfte. Wer heute den mächtigsten Akteuren, den Versicherern, noch mehr Steuerkompetenzen im Gesundheitssystem verleihen will, setzt deshalb völlig unnötig die davon betroffene Reform aufs Spiel. Zudem glaube ich nicht daran, dass ein Patient wegen geringer finanzieller Unterschiede den Arzt wechseln wird.

Im Gesetz ist auch die Möglichkeit von Mehrjahresverträgen vorgesehen. Drohen diese Austrittsbarrieren zu Eintrittsbarrieren zu werden?

Ich finde es richtig, dass man nach dem Wechsel zu Managed Care nicht ohne Folgen gleich beim ersten Gelenkschmerz zurück in ein traditionelles Modell wechseln kann. Ich verstehe aber nicht, wieso man das vom Versicherer abhängig macht. Auch wenn man bei Managed Care bleiben muss, soll man den Versicherer wechseln können. Diese Knebelbestimmungen entsprechen nicht dem Gedanken der freien Wahl. In einem allfälligen Abstimmungskampf werden die Versicherten kaum akzeptieren, dass ein Versicherer relativ willkürlich die Prämie anheben kann und ein Wechsel nicht möglich ist. Die Knebelverträge sind ein versicherungstechnischer Aspekt, der nur Zusatzballast für die ganze Vorlage bildet und diese gefährdet.

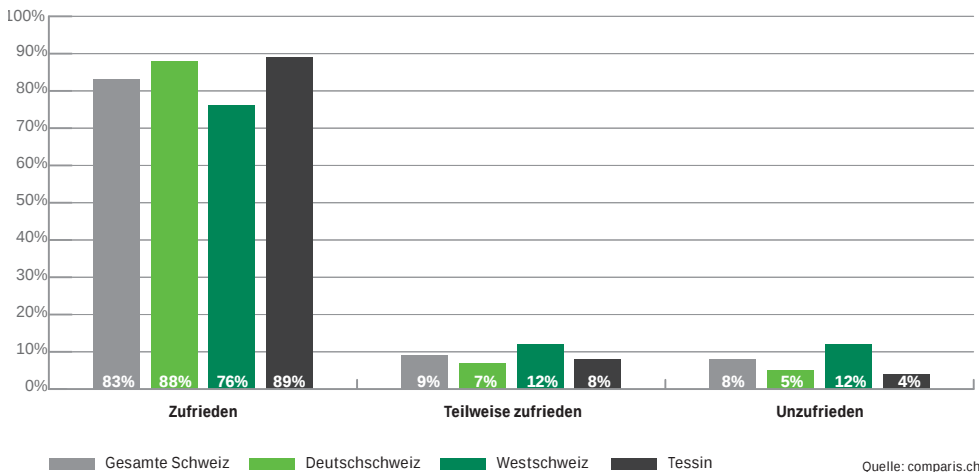
Ein Referendum wurde ja bereits von einer Ärztegruppe angekündigt. Wie schätzen sie dessen Chancen ein?

Wer das Referendum lanciert, wird die Unterschriften zusammen bekommen. Und ein Abstimmungskampf ist aus Sicht von Managed Care nur mit einer sehr breiten, glaubwürdigen Koalition zu gewinnen. Dafür braucht es aber noch Korrekturen: Für mich ist da die Finanzneutralität des differenzierten Selbstbehalts zentral. Wenn die Vorlage aus Patientensicht nicht gut ist, wird eine bunt zusammengewürfelte Opposition nicht nur die Unterschriften zusammen bekommen, sondern auch die Referendumsabstimmung gewinnen. Ich hätte aber lieber eine gute, ausgewogene Vorlage als einen Referendumssieg, der das System auch nicht weiter bringt. •

Zur Person

Jean-François Steiert vertritt seit 2007 für die Sozialdemokratische Partei den Kanton Freiburg im Nationalrat. Beruflich ist er Delegierter für interkantonale Angelegenheiten der Waadtländer Erziehungsdirektion. Steiert ist unter anderem Vizepräsident des Dachverbands Schweizerischer Patientensstellen und Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik. •

ZUFRIEDEN MIT WECHSEL



Zufriedenheit mit Krankenkassenwechsel

Vor Jahresfrist haben 1,2 Millionen Versicherte die Krankenkasse gewechselt. Dies ist ein Rekord. Wie zufrieden sind die Versicherten mit ihrem Wechsel? Hat sich der Wechsel finanziell gelohnt? comparis.ch ermittelte die Antworten zu diesen Fragen mittels einer repräsentativen Umfrage. 3445 Personen wurden vom Marktforschungsinstitut Demoscope im Auftrag von comparis.ch telefonisch befragt.

83 Prozent aller Krankenkassenwechsler sind mit ihrem Entscheid grundsätzlich zufrieden, 9 Prozent sind immerhin noch teilweise zufrieden. Unterschiede zeigen sich in den Sprachregionen: Während in der Westschweiz 12 Prozent mit dem Wechsel nicht zufrieden sind, sind es in der deutschen Schweiz nur

5 Prozent und in der italienischen Schweiz sogar nur 4 Prozent.

Die Gründe für den Krankenkassenwechsel sind eindeutig: 73 Prozent der Wechsler gaben an, so Prämien zu sparen. Im Schnitt sind es 450 Franken, die die Wechsler nach eigenen Angaben gespart haben. 15 Prozent haben die Kasse gewechselt, weil der Service bei der neuen Kasse besser sei. Auch bei den Versicherten, die nur das Versicherungsmodell gewechselt haben, ist die Zufriedenheit über die Neuorientierung gross: 85 Prozent sind damit zufrieden. (läm)

Weitere Informationen:
www.comparis.ch/konsumentenstimme

Tiefere Terminierungsgebühren bringen Konsumenten nichts

Per 1. Oktober haben die Mobilfunkanbieter Swisscom, Sunrise und Orange ihre Terminierungsgebühren gesenkt. Terminierungsgebühren sind die Preise, die den Kunden für Anrufe auf das Mobilnetz eines anderen Anbieters verrechnet werden. Neu verlangt Swisscom 8 statt 14 Rappen pro Minute. Sunrise und Orange verlangen je 10 statt 17 Rappen. Eine weitere Senkung um rund 1 Rappen steht am 1. Januar 2011 bevor. Bis anhin haben die Anbieter die Tarifsenkung jedoch kaum an die Kunden weitergegeben und gemäss Einschätzung von Telecom-Experte Ralf Beyeler wird dies auch nicht in grossem Stil passieren: «Bis anhin haben die Anbieter ihre hohen Preise mit den hohen Terminierungsgebühren gerechtfertigt. Eine Preissenkung für die Kunden wäre somit angebracht.» (läm)

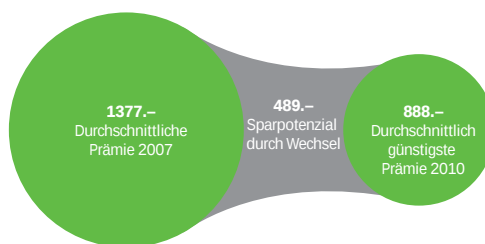
Run auf lange Laufzeiten

Die Hypothekarzinsen haben im dritten Quartal 2010 einen neuen Tiefststand erreicht. Festhypotheken mit einer Laufzeit von 5 Jahren kosteten im Durchschnitt 2,1 Prozent, 10-jährige Laufzeiten 2,8 Prozent. Im Vergleich zu den Vorquartalen ist dies ein erneuter Preisnachlass. Nicht weiter erstaunlich ist, dass sich die Wohneigentümer hauptsächlich für Festhypotheken mit langen Laufzeiten interessieren, so dass sie möglichst lange von den historisch tiefen Zinsen profitieren können. 55 Prozent der Interessenten der Hypotheken-Börse von comparis.ch fragten nach einer Festhypothek mit 10 Jahren Laufzeit. Die Nachfrage nach Liborhypotheken hat im Vergleich zum zweiten Quartal merklich nachgelassen. Sowohl die höhere Nachfrage nach Festhypotheken als auch die gesunkene Attraktivität der Liborhypotheken zeigen, dass ein Zinsanstieg erwartet wird. (läm)

TREUE KUNDEN AUSGEBREMST

Wer seine Autoversicherungspolice schon lange beim gleichen Anbieter hat, zahlt zu viel. Treue wird nicht belohnt, wie eine Analyse von comparis.ch bei 250'000 Autoversicherungsvergleichen im ersten Halbjahr 2007 und im ersten Halbjahr 2010 zeigt. Wer 2007 seine Autoversicherung bei einer preislich im Mittelfeld gelegenen Versicherung abgeschlossen hat, zahlt im Schnitt 500 Franken oder 55 Prozent mehr als wenn er heute bei der günstigsten Versicherung wäre.

Aus diesem Grund lohnt es sich, keine langjährigen Policen abzuschliessen. Mit einjährigen Verträgen oder Verträgen mit einem jährlichen Kündigungsrecht bleiben die Konsumenten flexibel und können von den tieferen Prämien für Neukunden profitieren. Der Preisrutsch zeigt, dass der Wettbewerb unter



Quelle: comparis.ch

Autoversicherungsprämien 2007 und 2010

den Anbietern funktioniert. Diese haben in letzter Zeit nämlich neue, preisgünstige Online-Produkte auf den Markt gebracht, mit denen sie um neue Kunden buhlen. (läm)

Weitere Informationen:
www.comparis.ch/konsumentenstimme

Impressum

Herausgeber
 comparis.ch
 Stampfenbachstrasse 48
 CH-8006 Zürich
 © 2010 comparis.ch

Redaktion
 Jonas Grossniklaus, Gabi Lämmli,
 Christian Schmelter

Telefon: +41 (0)44 360 52 62
 Telefax: +41 (0)44 360 52 72
www.comparis.ch/konsumentenstimme
redaktion@comparis.ch