



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

***Bewertung der ambulanten
medizinischen Versorgung durch
HMO – Versicherte
und traditionell Versicherte***

***Neue Formen der Krankenversicherung
Untersuchungsbericht 2***

Forschungsbericht Nr. 3/98

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

Autoren: Prognos AG, Rita Baur, Doris Eyett
Durchführung der Befragung: LINK Institut

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: 318.010.3/98 d 1.98 300

***Bewertung der ambulanten
medizinischen Versorgung durch
HMO-Versicherte
und traditionell Versicherte***

***Neue Formen der Krankenversicherung
Untersuchungsbericht 2***

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

Inhaltsverzeichnis	Seite
1. Einleitung	1
2. Anlage und Durchführung der Untersuchungen	5
2.1 Vergleichsuntersuchung zu qualitativen Aspekten	5
2.2 Austrittsuntersuchung	10
2.3 Auswertungsmethode, statistische Prüfverfahren	15
3. Vergleichsuntersuchung zu qualitativen Aspekten	17
3.1 Zufriedenheit der Versicherten mit ihrer medizinischen Versorgung	17
3.1.1 Überblick	17
3.1.2 Die Patienten-Zufriedenheits-Skala	19
3.1.2.1 Vorgehensweise	19
3.1.2.2 Die Zufriedenheit mit den einzelnen Aspekten	22
3.1.2.3 Zufriedenheit in Abhängigkeit von Merkmalen der Praxis / des Arztes	30
3.1.2.4 Zufriedenheit in Abhängigkeit von soziodemographischen Merkmalen, Gesundheitszustand und Konsultationshäufigkeit)	32
3.1.3 Weitere Informationen zur Zufriedenheit der Patienten	37
3.1.4 Beziehungen zu anderen Teilen der medizinischen Versorgung	42
3.1.5 Neigung zu Naturheilverfahren, Alternativmedizin	47
3.2 Prävention	50
3.2.1 Überblick	50
3.2.2 Vorsorgeuntersuchungen	51
3.2.3 Beratung und Kurse zur gesunden Lebensweise	58
3.3 Veränderungen in Merkmalen des Gesundheitszustandes	61
4. Befragung der aus einer HMO Ausgetretenen	63
4.1 Einleitung	63
4.2 Austrittsgründe und Struktur der Austritte	64
4.2.1 Austrittsgründe	64
4.2.2 Dauer der HMO-Mitgliedschaft und Häufigkeit der Kontakte	66
4.2.3 Soziodemographische Struktur der Ausgetretenen und Gesundheitsmerkmale	68

4.3	Beurteilung der HMO durch ehemalige Mitglieder	75
4.3.1	Die Patienten-Zufriedenheits-Skala	75
4.3.2	Weitere Informationen zur Zufriedenheit	77
Anhang 1	Struktur der Stichprobe und der Befragten	
Anhang 2	Ergänzende Auswertungstabellen	
Anhang 3	Items im PSQ III und in der HMO-Untersuchung	

Tabellenverzeichnis	Seite	
2.1	Stichprobe und Ausschöpfung der Vergleichsuntersuchung	8
2.2	Für die Auswertung relevante Anzahlen von Befragten in der Vergleichsuntersuchung	9
2.3	Austrittszeitpunkte der Befragten	11
2.4	Verteilung von Stichprobe und Gesamtaustritten auf die 3 HMOs	11
2.5	Stichprobe und Ausschöpfung bei der Untersuchung der Austritte	13
2.6	Für die Auswertung relevante Anzahlen von Befragten bei Ausgetretenen	14
3.1	Dauer der HMO-Versicherung und der Hausarzt-Beziehung	18
3.2	Zufriedenheit der Versicherten mit verschiedenen Aspekten der ärztlichen Versorgung	23
3.3	Ergebnisse für Einzelstatements und Subskalen	26-29
3.4	Bewertung der drei HMO-Praxen	30
3.5	Zusammensetzung der HMO- und Hausärzte nach Angaben der Befragten	31
3.6	Zusammenhang zwischen Patientenmerkmalen und Zufriedenheit: Ergebnisse der Regressionsanalyse	35
3.7	Allgemeine Zufriedenheit mit HMO-/Hausarzt-Praxen	37
3.8	Kritik von HMO-Patienten an die HMO-Praxis (offene Frage)	38
3.9	Kritik von traditionell Versicherten an der Hausarzt-Praxis (offene Frage)	39
3.10	Absicht, bei der HMO zu bleiben	40
3.11	Beurteilung der Prämie	41
3.12	Das Aufsuchen von Spezialisten und die Zufriedenheit	44
3.13	Ärztliche Notfallhilfe	45
3.14	Spitalaufenthalte, Anlässe, Verweildauer	46
3.15	Einschätzung und Anwendung von alternativen Heilverfahren	48
3.16	Übereinstimmung der Einschätzung von alternativer Medizin zwischen Patienten und Ärzten	49
3.17	Vorsorgeuntersuchungen	53-55
3.18	Risikofaktoren bei den beiden Versichertengruppen	56
3.19	Risikofaktoren und Vorsorgeuntersuchungen	57
3.20	Gesundheitsvorsorge: Besuch von Kursen und Beratungen	59
3.21	Gesundheitsberatung nach soziodemografischen Gruppen	60
3.22	Vergleich von Merkmalen des Gesundheitszustandes 1991/92 mit 1993	62

4.1	Dauer der HMO-Mitgliedschaft und HMO-Besuche	67
4.2	Soziodemographische Struktur der Ausgetretenen und der Mitglieder	69-70
4.3	Merkmale des Gesundheitszustandes bei Ausgetretenen und Mitgliedern	73-74
4.4	Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der ärztlichen Versorgung bei Aussteigern und Mitgliedern	76
4.5	Allgemeine Zufriedenheit bei Aussteigern und Mitgliedern	78
4.6	Beurteilung der jetzigen Prämie und der HMO-Prämie durch Aussteiger	79
A1	Paneladressen und neu gezogene Adressen in der Vergleichsstudie	
A2	Versicherten-Stichprobe und Befragtenanteil der 3 HMOs	
A3	Zusammensetzung der Stichprobe und der Befragten in der Vergleichsstudie	
A4	Zusammensetzung der Stichprobe und der Befragten bei HMO-Aussteigern	
A5	Ergebnisse für Einzelstatements in der Vergleichsuntersuchung	
A6	Beurteilung von HMO- und Hausarztpraxen nach verschiedenen Merkmalen der Befragten	
A7	Ergebnisse für Einzelstatements in der Austrittsuntersuchung	

1. Einleitung

In diesem Bericht werden die Ergebnisse von zwei Teiluntersuchungen der HMO-Evaluation dargelegt, die sich mit qualitativen Aspekten der neuen Versicherungsform HMO befassen.

Die erste Untersuchung besteht aus einer repräsentativen **Befragung von HMO-Versicherten und einer Vergleichsgruppe traditionell Versicherter**, die im Raum Zürich oder Basel wohnen. Im Zentrum dieser Befragung steht die **Patientenzufriedenheit**, d.h. die Beurteilung der verschiedenen Aspekte der ambulanten Versorgung durch die Patienten resp. Versicherten selbst. Zusätzlich werden weitere Qualitätsindikatoren untersucht. Die zweite Untersuchung befasst sich mit Personen, die aus einer HMO wieder ausgetreten sind; sie wurden befragt nach ihren **Austrittsgründen** und nach ihren Erfahrungen mit der HMO.

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 Untersuchungen sowie andere Teiluntersuchungen 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. Zugängigkeit, Ausbildungsniveau des medizinischen Personals, 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 werden 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 vorliegenden Untersuchung wurden Aspekte der Prozessqualität mit der Erfassung von Präventionsmassnahmen abgedeckt. Für diese existieren noch am ehesten erhebbare Standards (vgl. Kap. 3.2).

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.²⁾

Ausserdem wurden in der vorliegenden Untersuchung einige Gesundheitsindikatoren erhoben und deren Veränderungen im Zweijahres-Zeitraum analysiert (vgl. Kapitel 3.3).

In der Literatur wird die **Patientenzufriedenheit** teilweise als eigene (vierte) Qualitätsdimension betrachtet, teilweise wird sie unter "Ergebnisqualität" subsumiert. "However, evidence has accumulated that care which is less satisfactory to the patient is also less effective, because dissatisfaction is associated with non-compliance with treatment instructions, delay in seeking further care, and poor understanding and retention of medical information. It has also been shown that patients' reported levels of satisfaction do reflect doctors' technical competence as judged by independent, professional assessors. Satisfaction or dissatisfaction is thus an intermediate outcome which may reflect a failure to answer patients' needs, meet their expectations, or provide an acceptable standard of service"³⁾. Selbstverständlich ist Zufriedenheit alleine kein hinreichender Indikator für Qualität. "However, it must be remembered that one can have a satisfied patient who has had inappropriate investigation,

2) Vgl. Untersuchungsbericht 5.

3) Hopkins, A.: Measuring the quality of medical care. London 1986, S. 55.

incorrect diagnosis, inappropriate thereby and a less favourable outcome than could have occurred with treatment of better quality"⁴⁾ .

Schliesslich entscheidet in einem System mit Wahlmöglichkeiten (Wahl der Versicherungsform, der Ärzte) 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.

4) Wilkin, D., Hallam, L. Doggett, M.A.: Measures of Need and outcome for Primary Health Care. New York, Tokio 1992, S. 230.

2. Anlage und Durchführung der Untersuchungen

2.1 Vergleichsuntersuchung zu qualitativen Aspekten

Die Untersuchung bezieht sich auf HMO-Versicherte der drei ersten in der deutschen Schweiz bestehenden HMOs und eine Vergleichsgruppe traditionell Versicherter aus den HMO-Regionen (Basel/Zürich).

Stichprobe:HMO-Versicherte ab 18 Jahren 1040;

davon ¹⁾	IGAK Zürich	530
	IGAK Basel	260
	MZH	250
Traditionell Versicherte ab 18 Jahren 1000;		
davon	Zürich	660
	Basel	340

Rund die Hälfte der Stichprobe sowohl der HMO- als auch der traditionell Versicherten waren Panel-Personen, also solche, die schon in der 1. Welle der Versichertenbefragung (1991/92) befragt wurden (vgl. Tab. A1). Die Panelstichprobe der HMO-Versicherten bezieht sich ausschliesslich auf die IGAK HMO Zürich, da die Versicherten der beiden anderen HMOs erst 1993 zum erstenmal befragt wurden.

Gemessen am durchschnittlichen Mitgliederbestand 1993 ist die IGAK HMO in Zürich in der Stichprobe überrepräsentiert, die in Basel unterrepräsentiert (vgl. Tab. A2). Ausschlaggebend dafür war der Wunsch, einerseits eine genügend grosse Panel-Stichprobe zu haben, andererseits auch die kleinste HMO, das MZH, so zu vertreten, dass ggf. Aussagen je HMO möglich sein würden. Die schon in der 1. Welle der Versichertenbefragung festgestellten nur kleinen Unterschiede zwischen den Versicherten der drei HMOs rechtfertigten diese Vorgehensweise.

Die Stichproben, sowohl der Panel-Adressen als auch der ergänzenden Adressen aus der Grundgesamtheit, wurden als einfache Zufallsstichprobe gezogen. Die Stichprobenziehung aus der Grundgesamtheit der jeweiligen Versicherten erfolgte durch das BSV.

1) Die Untersuchung fand zu einem Zeitpunkt statt, als die IGAK noch existierte; es werden daher die alten Bezeichnungen beibehalten. MZH= Medizinisches Zentrum Helvetia.

Erhebungsteile:

Die Erhebung bestand aus drei Teilen:

- **Telefonisches Interview** zum Start;
- **Schriftlicher Fragebogen "Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung"**
- **Medikamentenjournal**, für einen Monat begleitend auszufüllen (nur HMO-Versicherte; für traditionell Versicherte im Rahmen der Untersuchung zu den selbstgetragenen Kosten). Die Auswertung des Medikamentenjournals erfolgt im Rahmen der Analyse der selbstgetragenen Gesundheitskosten.

Zeitraum der Erhebung:

Die telefonische Befragung fand zwischen dem 9. September 1993 und dem 20. November 1993 statt. Die gesamte Stichprobe wurde in 3 (Monats-)Stichproben unterteilt. Im Anschluss an das telefonische Interview wurden jeweils auf den Beginn des Folgemonats der schriftliche Fragebogen "Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung" und das Medikamentenjournal (nur HMO-Versicherte) versandt.

Die Mahnaktion zur Einholung der schriftlichen Erhebungsteile umfasste den Zeitraum zwischen dem 21. November 1993 und dem 19. Januar 1994.

Ausschöpfung:

Tabelle 2.1 zeigt die Ausschöpfung für die verschiedenen Erhebungsteile. Mit 74 % bezogen auf die effektive Stichprobe und 82 % bezogen auf die bereinigte Stichprobe konnte bei den telefonischen Interviews eine sehr gute Ausschöpfung erzielt werden. Auch die schriftlichen Erhebungsteile haben sehr hohe Beteiligungsquoten erreicht²⁾.

Bei den HMO-Versicherten war die Ausschöpfung, wie auch schon in der 1. Welle Versichertenbefragung, deutlich besser als bei den traditionell Versicherten.

2) Dass die Ausschöpfung insgesamt höher ist als bei der 1. Welle Versichertenbefragung liegt am "Panel-Effekt".

Zusammensetzung der Befragten, Ungewichtung:

Bei den HMO-Versicherten entspricht die Struktur der Befragten nach Alter und Geschlecht sehr gut der Stichprobe, es ist also keine gravierende selektive Beteiligung festzustellen. Bei den traditionell Versicherten haben sich wiederum, wie auch in der 1. Welle, die ab 65-Jährigen und insbesondere die ab 75-Jährigen schlechter beteiligt als die Jüngeren. Hier fand eine Ungewichtung statt, um eine repräsentative Altersstruktur wiederherzustellen (vgl. Anhang 1, Tab. A3).

Zuordnung zur Versicherungsart, relevante Untergruppen:

Von den HMO-Versicherten lt. Stichprobe haben wenige (8) angegeben, nie bei einer HMO Mitglied gewesen zu sein, 22 gaben an, ausgetreten zu sein.

Die Beurteilung der diversen Aspekte der HMO-Praxen sowohl im telefonischen Interview als auch im schriftlichen Fragebogen konnte nur bei Personen erfragt werden, die bereits in der HMO-Praxis zur Behandlung oder Untersuchung waren. Dadurch vermindert sich die Probandenzahl. Bei den traditionell Versicherten beziehen sich eine Reihe von Fragen nur auf solche, die einen Hausarzt haben. Die folgende Tabelle 2.2 gibt Auskunft über die jeweils relevanten Befragtenzahlen.

Im folgenden werden HMO-Versicherte, die schon zur Konsultation in der HMO-Praxis waren, als **HMO-Patienten** bezeichnet, während für die Gesamtheit der Begriff "Versicherte" steht.

Tabelle 2.1: Stichprobe und Ausschöpfung der Vergleichsuntersuchung

	Insgesamt	HMO-Versicherte ¹⁾	Traditionell Versicherte
Effektive Stichprobe = erhaltene Adressen ²⁾	2011	1030	981
Falsche Adressen, Tel. Nr. nicht ermittelbar, nicht erreichbar	182	70	112
Bereinigte Stichprobe	1829	960	869
Durchgeführte Telefoninterviews	1492	832	660
– in % der effektiven Stichprobe	74,2	80,8	67,3
– in % der bereinigten Stichprobe	81,6	86,7	75,9
Schriftlicher Fragebogen "Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung"	1274	707	567
– in % der bereinigten Stichprobe	69,7	73,6	65,2
– in % der telefonischen Interviews	85,4	85,0	85,9
Medikamentenjournal³⁾		750	
– in % der bereinigten Stichprobe		78,1	
– in % der telefonischen Interviews		90,1	

1) Entsprechend Zuordnung in der Stichprobe.

2) von Krankenkassen gelieferte Adressen.

3) Die Rücksendung des Medikamentenjournals erfolgte unabhängig von der Rücksendung des schriftlichen Fragebogens zur Zufriedenheit; deshalb konnte es zu unterschiedlichen Ausschöpfungsquoten kommen.

Tabelle 2.2: Für die Auswertung relevante Anzahlen von Befragten in der Vergleichsuntersuchung

	HMO-Versicherte	Traditionell Versicherte
Telefonisches Interview	832	660
HMO-Versicherung		
– bestätigt	802	
– ausgetreten	22	
– nicht bestätigt	8	
Verbleibende Gruppe	802	
– davon noch nicht in HMO-Praxis gewesen	115	
Es haben		
– einen Hausarzt		564
– keinen Hausarzt		96
Schriftlicher Fragebogen "Zufriedenheit"	707	567
HMO-Versicherung		
– bestätigt	685	
– ausgetreten/nicht bestätigt	22	
Verbleibende Gruppe	685	
davon noch nicht in HMO-Praxen gewesen	100	
Verbleibende Gruppe für Auswertung "Zufriedenheitsskala" schriftlicher Fragebogen	585	567
Es haben		
– einen Hausarzt		491
– keinen Hausarzt		76

2.2 Austrittsuntersuchung

Die Untersuchung bezieht sich auf Personen, die bei einer der drei ersten in der deutschen Schweiz entstandenen HMOs versichert waren und aus der HMO-Versicherung wieder ausgetreten sind. Die Austrittsquote (Anzahl der Austritte in % des durchschnittlichen jährlichen Versichertenbestandes), lag 1992 bei 11 %, 1993 bei 5 %; Angaben für 1994 liegen noch nicht vor.³⁾ Die Untersuchung fand zu zwei **Zeitpunkten** statt:

- Ende 1993 bezogen auf Austritte Mitte '92 - Mitte '93
- Ende 1994 bezogen auf Austritte Mitte '93 - '94.

Stichprobe

Insgesamt wurde eine Stichprobe von 326 Personen ab 18 Jahren gezogen, 150 für die Erhebung 1993, 176 für die Erhebung 1994. Vorgesehen war ursprünglich eine Stichprobe von 300; die zweite Stichprobe wurde aufgestockt wegen festgestellter Adressprobleme.

Das ursprüngliche Untersuchungsdesign sah vor:

- Eine Unterrepräsentanz derer, die aus Gründen des Wohnortwechsels ausgeschieden sind. Aus diesem Grund traten rund 35 % aus; in der Stichprobe sollten sie mit 25 % vertreten sein.
- Es sollten nur Austritte einbezogen werden, die maximal ein Jahr zurückliegen.

Beides liess sich nicht (gänzlich) realisieren. Der Austrittsgrund "Wohnortwechsel" war nur bei der HMO-Basel auf dem Adressfile vermerkt; eine genaue Angabe des Austrittszeitpunktes war nicht vermerkt.

Faktisch sind jetzt unter den Befragten (für die Stichprobe ist das Merkmal nicht bekannt) 34 %, die wegen eines Wohnortwechsels ausgetreten sind. Die Austrittszeitpunkte verteilen sich nach Angaben der Befragten wie folgt (Tab. 2.3):

3) Die Austrittsquote 1993 für die einzelnen HMOs betrug: IGAK HMO Zürich: 7,3 %, MZH: 3,7 %, IGAK HMO Basel: 3,6 %.

Tabelle 2.3: Austrittszeitpunkte der Befragten

	Befragung Ende 1993	Befragung Ende 1994
1991 bis Juni 1992	28 %	
Juli 1992 - Dez. 1992	38 %	
Jan. 1993 - Sept. 1993	34 %	
Okt. 1993 - Juni 1994		49 %
ab Juli 1994		51 %

Die Stichprobe verteilt sich wie folgt auf die 3 HMOs:

Tabelle 2.4: Verteilung von Stichprobe und Gesamtaustritten auf die 3 HMOs

	Stichprobe	zum Vergleich: Anteil der Austritte 1993
IGAK Zürich	47 %	61 %
MZH	24 %	15 %
IGAK Basel	29 %	24 %

Eine Zusammensetzung der Stichprobe entsprechend der Zusammensetzung der Austritte liess sich nicht realisieren, weil die Adressfiles zu unterschiedlichen Zeitpunkten geliefert wurden, z.T. nicht klar war, ob überhaupt von allen 3 HMOs Adressen von Ausgetretenen geliefert würden und die Stichproben daher sukzessive gezogen werden mussten. Die Stichproben wurden, als einfache Zufallsstichproben, direkt durch LINK gezogen.

Das ursprüngliche Design musste also den Realitäten angepasst werden, um die Untersuchung überhaupt im vorgegebenen Zeitrahmen durchführen zu können.

Erhebungsteile:

Die Erhebung bestand aus zwei Teilen:

- Telefonisches Interview
- Anschliessend Versand eines schriftlichen Fragebogens "Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung und Erfahrungen mit dem Gesundheitsplan HMO/MZH".

Soweit in der Sache sinnvoll, wurden die gleichen Fragen gestellt wie in der Vergleichsuntersuchung zu qualitativen Aspekten, um jeweils die Ausgetretenen mit den Mitgliedern vergleichen zu können.

Zeitraum der Erhebungen:

Für die Befragung 1993 fanden die telefonischen Interviews zwischen dem 26. November und dem 9. Dezember statt. Die telefonische Mahnung der im Anschluss an das Interview versandten schriftlichen Fragebögen erfolgte zwischen dem 14. und 19. Januar 1994.

Die telefonischen Interviews der 2. Befragungswelle wurden zwischen dem 29. November 1994 und dem 7. Januar 1995 realisiert. Die telefonische Mahnung erfolgte zwischen dem 18. und 23. Januar 1995.

Ausschöpfung:

Sowohl im telefonischen wie auch im postalischen Erhebungsteil lag die Ausschöpfung tiefer als in den anderen Teilstudien. Der Grund liegt zum einen in der hohen Zahl von Adressproblemen, zum anderen darin, dass das Interesse an der Untersuchung geringer war; dies verwundert nicht weiter, handelt es sich beim Thema HMO doch um ein für die angesprochenen Personen "abgeschlossenes" Kapitel.

Tabelle 2.5 zeigt die Ausschöpfungsquoten.

Tabelle 2.5 Stichprobe und Ausschöpfung bei der Untersuchung der Austritte

Stichprobe	326
Falsche Adressen, Tel.Nr. nicht ermittelbar, nicht erreichbar	60
Bereinigte Stichprobe	266
Durchgeführte Telefoninterviews	191
– in % der Stichprobe	58,6%
– in % der bereinigten Stichprobe	71,8%
Schriftlicher Fragebogen "Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung"	144
in % der bereinigten Stichprobe	54,1%
in % der telefonischen Interviews	72,4%

Zusammensetzung der Befragten, Umgewichtung:

Die Zusammensetzung der Befragten nach Alter und Geschlecht weicht von der der Stichprobe nicht gravierend ab (Tab. A4). Die älteren Jahrgänge haben sich etwas schlechter beteiligt als die mittleren; Frauen waren etwas häufiger als Männer zu einem telefonischen Interview bereit. Angesichts der nur kleinen (innerhalb des Stichprobenfehlers $\sigma = 5\%$ schwankenden) Abweichungen wurde auf eine Umgewichtung verzichtet.

Korrekturen der Stichprobe durch die Befragung, relevante Untergruppen:

Von den 191 befragten Personen haben 163 bestätigt, dass sie in einer HMO Mitglied waren und ausgetreten sind, 5 gaben an, noch Mitglied zu sein, aber gekündigt zu haben. Auf diese 168 Fälle stützt sich die Analyse. 12 Befragte sagten, sie seien ungekündigtes Mitglied einer HMO, 11, sie seien nie Mitglied gewesen. Dass in 12 % der (kontrollierbaren) Fälle die Stichprobenzuordnung nicht stimmte, zeigt, dass das Adressmaterial nicht von erster Qualität war.

Den verschiedenen Auswertungen liegen unterschiedliche Befragtenzahlen zugrunde; die Beurteilung der HMO-Praxen im schriftlichen Fragebogen konnte z.B. nur von Personen eingeholt werden, die schon in HMOs zur Behandlung oder Untersuchung waren. Die folgende Tab. 2.6 gibt Auskunft über die jeweils relevanten Befragtenzahlen, auch in der Untergliederung nach den Austrittsgründen.

Die telefonisch Befragten, die die Kündigung bestätigt haben, verteilen sich wie folgt auf die drei HMOs:

IGAK Zürich	78
MZH	42
IGAK Basel	48

Tabelle 2.6: Für die Auswertung relevante Anzahlen von Befragten bei Ausgetretenen

	Insgesamt	Austrittsgrund	
		Wohnort- wechsel	Sonstige Gründe
Telefon-Interview	191		
HMO-Austritt			
bestätigt	163		
nicht bestätigt	} 168	57	111
– noch Mitglied, aber gekündigt	5		
– Mitglied, nicht gekündigt	12		
– war nie Mitglied	11		
Zur Konsultation/Behandlung in HMO gewesen	125	42	83
Schriftlicher Fragebogen	144		
HMO-Austritt bzw. Kündigung bestätigt	130	44	86
Zufriedenheitsskala ausgefüllt (weil schon in HMO gewesen)	101	35	66

2.3 Auswertungsmethode, statistische Prüfverfahren

Die Auswertung basiert im wesentlichen auf Kreuztabellen und Mittelwerten. Für die Prüfung der statistischen Signifikanz, d.h. der Frage, ob Unterschiede zwischen Gruppen als nicht zufällig zu betrachten sind, werden folgende Masse angewandt:

- Chiquadrat-Test für Kreuztabellen
- t-test für den Vergleich von Mittelwerten für 2 Gruppen
- F-test (mittels Varianzanalyse) für den Vergleich der Mittelwerte von 3 oder mehr Gruppen.

Es werden nur Unterschiede kommentiert und interpretiert, die mindestens auf dem 95 %-Niveau signifikant sind, d.h. dass die Wahrscheinlichkeit, dass die Unterschiede **nicht** zufällig sind, 95 % oder mehr beträgt. Dies ist das üblicherweise angelegte Signifikanzniveau.

Die statistische Signifikanz hängt u.a. sehr stark von der Anzahl Befragter ab; bei sehr hoher Befragtenzahl, bzw. bei der Annäherung an eine Totalerhebung, werden auch Unterschiede von nur 1 % statistisch signifikant. Das zeigt, dass statistische Signifikanz nicht gleichzusetzen ist mit einem **bedeutsamen Ergebnis**.

Die statistische Signifikanzprüfung stellt mehr ein methodisches Sicherheitsnetz dar (oder sollte es darstellen), das verhindert, dass alles und jedes interpretiert wird. Wenn mehrere Ergebnisse die gleiche markante Tendenz aufweisen, aber vielleicht nicht statistisch signifikant sind, weil die Fallzahlen sehr klein sind, kann man es trotzdem vertreten, sie zu interpretieren; auf solche Ausnahmen wird hingewiesen.

In den Tabellen ist immer n angegeben, das ist die Anzahl der Befragten in den jeweiligen Gruppen.⁴⁾ Es ist jeweils das ungewichtete n angegeben. Die Anzahl variiert je nachdem, welche Befragung (telefonisch, schriftlich) ausgewertet wird; bei Kombination der beiden Befragungen kann es auch für (scheinbar) gleiche Gruppierungen Unterschiede in n geben. Wenn z.B. einmal eine Frage aus dem telefonischen Interview kombiniert wird mit der Frage, wie oft man in der HMO war, ein andermal diese Kombination auf der Basis des schriftlichen Fragebogens erfolgt, gibt es unterschiedliche n und auch Abweichungen in der Randverteilung. Weiterhin ergibt die Summe der n für Subgruppen nicht immer das gesamte n, wenn z.B. diejenigen, die zu einer Frage keine Angabe gemacht haben, nicht als extra Subgruppe ausgewiesen werden. Rundungsdifferenzen können dazu führen, dass die Summe der Prozentwerte bei 99 oder 101 liegt.

4) Lediglich in wenigen Fällen, wo es die Lesbarkeit zu stark beeinträchtigen würde, ist kein n angegeben.

3. Vergleichsuntersuchung zu qualitativen Aspekten

3.1 Zufriedenheit der Versicherten mit ihrer medizinischen Versorgung

3.1.1 Überblick

Für die Ermittlung der Zufriedenheit der HMO-Versicherten und einer Vergleichsgruppe traditionell Versicherter mit ihrer ambulanten medizinischen Versorgung wurde als zentrales Instrument eine 41 Items umfassende **Zufriedenheitsskala** eingesetzt. Vor allem in den USA wurden solche Skalen entwickelt, getestet und eingesetzt, um die Patientenbewertung für (unterschiedliche) medizinische Versorgungssysteme zu erfassen.

Der Vorzug solcher Skalen liegt darin, dass die verschiedenen Dimensionen der Zufriedenheit jeweils mit mehreren Items abgecheckt werden und dass dadurch die Aussagezuverlässigkeit erhöht wird.

Eine der bekanntesten und oft eingesetzten Skalen ist der Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ) von Ware et. al. Die Version III des PSQ (1987) wurde, leicht modifiziert, für diese Untersuchung verwendet. Der PSQ ist ein über einen Zeitraum von mehr als 10 Jahren entwickeltes Instrument, das auf Zuverlässigkeit (Reliabilität, d.h. Verlässlichkeit der Messung) und Gültigkeit (Validität, d.h. dass das Instrument misst, was es messen soll) getestet wurde.

Ergänzend wurde im telefonischen Interview eine offene Frage zu etwaigen Anlässen für Ärger oder Unwillen gestellt. Damit sollte auf ganz konkrete Situationen abgehoben werden.

Weiter wurden im telefonischen Interview die Erfahrungen zu einigen Aspekten erfragt, die die Beziehungen zum sonstigen medizinischen System betreffen, nämlich

- die Vorgehensweise beim Aufsuchen von Spezialisten
- Erfahrungen mit Notfällen
- die Beurteilung der Verweildauer bei Spitalaufenthalten.

Die erste Welle der Versichertenbefragung hatte erbracht, dass bei der Entscheidung einer HMO-Versicherung beizutreten, auch Erwartungen an die stärkere Berücksichtigung von Alternativer Medizin eine Rolle spielen. Deshalb wurde dieser Aspekt noch einmal aufgegriffen.

Schliesslich wurde bei Hypertonie-Patienten nach den Erfahrungen mit der Behandlung gefragt. Dies dient der Ergänzung der Hypertonie-Studie um die subjektive Patientensicht.¹⁾

Zum Zeitpunkt der Erhebung im Herbst/Winter 1993 waren die meisten befragten HMO-Versicherten schon mehr als 2 Jahre in der HMO versichert, konnten also schon Erfahrungen gesammelt haben; 86 % waren schon in der HMO zur Untersuchung oder Behandlung. Die traditionell Versicherten (mit Hausarzt) hatten ihren Hausarzt meist schon länger als 5 Jahre (Tab. 3.1).

Tabelle 3.1: Dauer der HMO-Versicherung und der Hausarzt-Beziehung

	HMO-Versicherte	Traditionell Versicherte mit Hausarzt
in der HMO seit		
- 1993	5 %	
- 1992	14 %	
- 1991	39 %	
- 1990	42 %	
Σ	100 %	
Zur Konsultation in der HMO waren	86 %	
Den jetzigen Hausarzt haben		
- weniger als 1 Jahr		4 %
- 1 - 2 Jahre		10 %
- 3 - 5 Jahre		17 %
- länger		69 %
Σ		100 %
n	802	564
einen Hausarzt haben		86 %

1) Vgl. Untersuchungsbericht 5.

3.1.2 Die Patienten-Zufriedenheits-Skala

3.1.2.1 Vorgehensweise

Basis für die Ermittlung der Patientenzufriedenheit war der PSQ III von Ware. Die Version III umfasst 51 Aussagen, zu denen die Befragten auf einer 5-Punkte-Skala angeben sollen, ob sie mit der Aussage voll und ganz übereinstimmen oder gar nicht.²⁾

Beispiel:

	Stimmt voll und ganz	Stimmt	unentschieden	stimmt nicht	stimmt gar nicht
Es ist schwierig, bei meinem Arzt sofort einen Termin zu bekommen	<input type="checkbox"/>				

Die 51 Items sind zu 7 Subskalen zusammengefasst, nämlich

- general satisfaction / allgemeine Zufriedenheit
- technical quality / fachlich, technische Qualität
- interpersonal aspects / zwischenmenschliche Beziehung
- communication / Kommunikation
- time spent with doctor / Konsultationsdauer
- financial aspects / finanzielle Aspekte
- access, availability, convenience / Zugang, Erreichbarkeit, Annehmlichkeit.

Die Statements zum finanziellen Aspekt wurden in die Befragung nicht aufgenommen, da sie überwiegend nur auf amerikanische Verhältnisse passen. Einzelne andere Statements wurden ersetzt durch einige HMO-spezifische, und es wurden zwei Statements aus PSQ II aufgenommen. Insgesamt wurden 41 Statements vorgelegt. Eine vollständige Übersicht und Gegenüberstellung findet sich im Anhang 3.

2) Wilkin et al., a.a.O.

Es wurde eine zusätzliche Subskala "Kostenbewusstsein" gebildet aus drei Items, die sich auf die "Sparsamkeit" der Ärzte beziehen. Diese Subskala ist jedoch ad hoc gebildet worden und nicht weiter getestet.

Bei HMO-Versicherten wurde um eine Beurteilung der HMO-Ärzte gebeten, bei traditionell Versicherten primär um die Beurteilung des Hausarztes.³⁾

Fragen:

HMO-Versicherte:

Es steht hier eine Reihe von Aussagen, die man über seine medizinische Versorgung machen kann. Bitte kreuzen Sie bei jeder an, was am ehesten Ihrer Meinung entspricht. Denken Sie dabei bitte an Ihren jetzigen Arzt oder Ärztin in der HMO bzw. dem MZH. Bitte beantworten Sie die Frage auch dann, wenn Sie erst wenige Male in der HMO/MZH-Praxis waren.

Traditionell Versicherte:

Es steht hier eine Reihe von Aussagen, die man über seine medizinische Versorgung machen kann. Bitte kreuzen Sie bei jeder an, was am ehesten Ihrer Meinung entspricht.

Denken Sie dabei bitte an Ihren jetzigen Hausarzt. Falls Sie keinen Hausarzt haben, denken Sie bitte allgemein an Ihre Erfahrungen mit Ärzten.

Die 5-stufige Einstufungsskala für die Einzelitems wurde mit Werten von 0 (ganz negativ) bis 4 (ganz positiv) versehen.

Skalen dieser Art bestehen immer aus einer Mischung von positiv und negativ formulierten Items, um bei der Beantwortung höhere Aufmerksamkeit zu erzielen und Ankreuzroutine zu vermeiden. Für die **Auswertung** wurden die Itemwerte so umgepolt, dass **durchgängig hohe Werte grosse Zufriedenheit** kennzeichnen. Bei negativ formulierten Statements bedeutet also ein hoher Wert, dass das Statement deutlich zurückgewiesen wurde ("stimmt nicht", "stimmt gar nicht"), bei positiv formulierten, dass es deutlich bestätigt wurde. Diese Art der Normierung entspricht internationalem Standard.

3) Bei HMO-Versicherten nur solche, die überhaupt schon einmal in der Praxis waren.

Beispiel:

	Stimmt voll und ganz	Stimmt	unentschie- den	stimmt nicht	stimmt gar nicht
Es ist schwierig, bei meinem Arzt sofort einen Termin zu bekommen	0	1	2	3	4
Ich kann mit meinem Arzt über alles reden, was mir am Herzen liegt.	4	3	2	1	0

Die Statements wurden entsprechend PSQ III zu Subskalen zusammengefasst, ergänzt um die Subskala "Kostenbewusstsein"; zusätzliche Einzelstatements bleiben als solche stehen.

Es sei darauf hingewiesen, dass die Subskalen, die die einzelnen Bewertungsdimensionen angeben, die zentrale Aussageebene sind, nicht die Einzelstatements. Deshalb wird im folgenden auch hauptsächlich auf die Subskalen abgestellt, nur in Ausnahmefällen werden Ergebnisse einzelner Items kommentiert.

Für die Auswertung wird üblicherweise folgendes Verfahren angewandt:

Die Ergebnisse der zu einer Subskala gehörenden Einzelstatements werden addiert und als Prozentsatz des maximal erreichbaren Wertes ausgewiesen. Dadurch wird ein einheitlicher Massstab für alle Subskalen (die unterschiedliche Anzahlen von Items umfassen) erreicht.

Beispiel: Die Subskala "zwischenmenschliche Beziehung" umfasst 6 Items. Ein Befragter, der für 3 Items den höchsten Wert (4) und für 3 den mittleren (2) vergeben hätte, hätte eine Bewertungssumme von 18 Punkten, also 75 % der maximal erreichbaren Punktezahl ($6 \times 4 = 24$).

Die so ermittelte Bewertungsskala reicht von 0 % bis 100 %. Werte über 50 % besagen, dass die Beurteilung im Durchschnitt eher positiv als negativ war.

Bei dieser Auswertungsart werden alle Einstufungen herangezogen. Gelegentlich wird auch eine andere Auswertung vorgenommen, bei der nur die sehr positiven oder die positiven und sehr positiven Einstufungen gezählt werden. Das bietet evtl. einen unmittelbareren Eindruck von der Zufriedenheit. Eine solche Auswertung wurde ebenfalls vorgenommen und zwar mit zwei Varianten:

- Anzahl der sehr positiv bewerteten Items innerhalb einer Subskala als Prozentsatz der Anzahl Items in der Subskala (wenn bei einer 6 Items umfassenden Subskala 3 mal der höchste Wert vergeben wurde, beträgt der Skalenwert also 50 %).

- Anzahl der sehr positiv oder positiv bewerteten Items innerhalb einer Subskala als Prozentsatz der Anzahl Items in einer Subskala.

Letztlich muss man sich bei jeder Auswertungsart darüber klar sein, dass es sich um "technische" Skalenwerte handelt. Die zentrale Bedeutung liegt im Vergleich, hier vor allem zwischen HMO-Praxen und herkömmlichen Praxen und nicht in der Aussage über den **absoluten** Grad der Zufriedenheit.

3.1.2.2 Die Zufriedenheit mit den einzelnen Aspekten

In der folgenden Tabelle 3.2 sind nach den drei verschiedenen Auswertungsmethoden für die einzelnen Subskalen die erreichten Werte für folgende Gruppen ausgewiesen:

- HMO-Patienten, d.h. Versicherte, die schon zur Konsultation in der HMO waren,
- traditionell Versicherte mit Hausarzt,
- alle traditionell Versicherten.

Als generelles Ergebnis lässt sich festhalten, dass die Bewertungen überwiegend positiv sind. Ferner ist hervorzuheben, dass die Bewertungsunterschiede zwischen HMO-Patienten und traditionell Versicherten gering sind. 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.

Schliesslich ist festzustellen, dass die drei verschiedenen Auswertungsmethoden kaum differenzieren, also bezogen auf die Unterschiede zwischen den Versichertengruppen letztlich nahezu zum selben Ergebnis führen. Im folgenden werden daher nur die Ergebnisse der ersten (auch von den Autoren empfohlenen) Auswertungsmethode benutzt, bei der **alle** Werte je Item addiert und als Prozentsatz der maximal erreichbaren Summe ausgedrückt werden. Es würde auch kaum zur Verständlichkeit beitragen, verschiedene Auswertungsmethoden durchgängig zu dokumentieren.

Tabelle 3.2: Zufriedenheit der Versicherten mit verschiedenen Aspekten der ärztlichen Versorgung

	Ø in % des maximal erreichbaren Wertes insgesamt			Ø Anteil "sehr positiv" in % der Anzahl Items je Subskala			Ø Anteil "sehr positiv" oder "positiv" in % der Anzahl Items je Subskala		
	HMO ¹⁾	Traditionell		HMO	Traditionell		HMO	Traditionell	
		mit Hausarzt	alle		mit Hausarzt	alle		mit Hausarzt	alle
Subskalen									
– Allgemeine Zufriedenheit	74,9	74,4	73,2	25,7	26,8	25,2	81,3	79,3	77,1
– Fachlich/technische Qualität	73,5	72,9	71,9	22,8	24,4	23,0	76,7	75,4	73,3
– Zwischenmenschliche Beziehungen	78,8	77,4	76,2	33,0	33,5	31,1	86,7	83,3	81,5
– Kommunikation	74,5	74,0	72,8	23,6	25,7	23,9	80,3	79,4	77,0
– Zugang, Erreichbarkeit, Annehmlichkeit	65,9	70,0	68,2	16,0	22,8	20,7	61,8	71,6	68,2
– Konsultationsdauer	71,5	69,8	68,0	22,3	20,1	18,1	72,3	68,5	65,2
– Kostenbewusstsein	71,6	70,5	70,0	20,9	20,8	19,9	74,5	72,4	71,0
Gesamtwert (alle 41 Items)	71,5	72,1	70,8	22,2	24,1	22,5	71,9	73,3	70,8
n	585	491	567						

Fett gedruckte Zahlen: Unterschied zu HMO-Patienten ist signifikant.

1) Nur HMO-Versicherte, die schon in der HMO-Praxis waren.

Vergleicht man die HMO-Patienten mit **allen** traditionell Versicherten, bestehen folgende statistisch signifikante Unterschiede:

- signifikant **besser** beurteilen die HMO-Patienten
 - * die zwischenmenschliche Beziehung
 - * die Konsultationsdauer

- signifikant **schlechter** beurteilen die HMO-Patienten
 - * Zugang, Erreichbarkeit, Annehmlichkeit.

Die Unterschiede bleiben aber in jedem Fall gering.

Im Vergleich **HMO-Patienten/traditionell Versicherten mit Hausarzt** nähern sich die Bewertungen weiter. Es bleibt nur noch ein signifikanter Unterschied bestehen:

- * HMO-Patienten beurteilen Zugang und Erreichbarkeit signifikant schlechter als (traditionelle) Hausarzt-Patienten.

Traditionell Versicherte **ohne Hausarzt** (= 14 % aller traditionell Versicherten) beurteilen ihre ärztliche Versorgung fast durchweg schlechter als traditionell Versicherte mit Hausarzt. Das hat vermutlich weniger mit schlechten Erfahrungen mit der medizinischen Versorgung zu tun als mit mangelnder Erfahrung überhaupt, denn Befragte ohne Hausarzt haben viel häufiger "unentschieden" angekreuzt.

Im folgenden vergleichen wir durchweg die HMO-Patienten mit den traditionell Versicherten mit Hausarzt. Dies scheint uns auch vom HMO-Konzept her die angemessene Vergleichsbasis zu sein.

Zugang, Erreichbarkeit als HMO-Schwachpunkte:

Der Zugang und die Erreichbarkeit sind also der für die HMO etwas kritische Aspekt. Wenn man die einzelnen Statements dieser Subskala betrachtet, so ergibt sich folgendes (vgl. Tabelle 3.3):

- 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 -länge,
 - * die räumliche Erreichbarkeit.

- Umgekehrt aber werden die **Wartezeiten in der Praxis** bei HMO 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. HMO-Patienten haben sehr häufig "unentschieden" angekreuzt, was vielleicht auch auf zu geringe Erfahrung hindeutet. Der Bewertungsunterschied bleibt aber bestehen, auch wenn man die Unentschiedenen nicht berücksichtigt.⁴⁾

	"Mein Arzt macht ohne weiteres auch Hausbesuche" - % -					Σ
	Stimmt voll und ganz	Stimmt	unentschieden	stimmt nicht	stimmt gar nicht	
HMO-Patienten	6	18	47	18	11	100
Traditionell Versicherte mit Hausarzt	20	41	21	13	5	100

- 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.

Was die **Vermeidung von Kosten** bzw. eventuelle "**übertriebene**" **Sparsamkeit** angeht, sehen die HMO-Patienten keinen Engpass (vgl. Tab. 3.2, 3.3). 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.

Die Ergebnisse für die 4 zusätzlichen Einzelstatements, mit denen auf (weitere) etwaige Besonderheiten der HMO eingegangen werden sollte, sehen wie folgt aus:

In der **Verschreibungspraxis für Medikamente** sehen die Patienten keine Schwachstelle der HMOs. Eher im Gegenteil:

- Patienten von traditionellen Praxen finden etwas häufiger als HMO-Patienten, dass der Arzt manchmal zu schnell nach dem Rezeptblock greift.

4) Die mittlere Position "unentschieden" ist insofern problematisch, als sie sowohl "weiss nicht" bedeuten kann als auch "teils, teils". Sie gänzlich (oder für einzelne Statements) aus der Auswertung auszuschliessen, würde jedoch auch eine Verfälschung bedeuten. Sie wird auch von den Autoren des PSQ nicht differenziert behandelt.

Tabelle 3.3: Ergebnisse für Einzelstatements und Subskalen^{1)*}

Einzelstatements ³⁾ und Subskalen	HMO-Patienten ²⁾	Traditionell Versicherte ⁴⁾ mit Hausarzt alle	
	– Ø in % des maximal erreichbaren Wertes –		
Bezüglich meiner medizinischen Versorgung könnte manches besser sein –	75,4	71,5	70,5
Mit einigen Dingen bin ich hinsichtlich meiner Behandlung nicht zufrieden –	71,2	71,6	70,2
Alles in allem bin ich mit einer ärztlichen Versorgung sehr zufrieden +	78,1	80,1	78,9
Allgemeine Zufriedenheit insgesamt	74,9	74,4	73,2
Ich bin überzeugt, dass mein Arzt auf dem neuesten Wissensstand ist +	71,0	71,4	70,6
Ich glaube, die Arztpraxis ist für medizinische Untersuchungen und Tests hervorragend ausgestattet +	74,6	70,4	70,0
Mein Arzt sollte bei Behandlungen und Untersuchungen etwas gründlicher sein –	74,0	68,6	67,6
Der Arzt und das Personal sind bei Behandlungen und Untersuchungen sehr gewissenhaft +	76,9	77,9	77,4
Manchmal frage ich mich schon, ob die Diagnose des Arztes richtig ist –	67,9	67,1	65,9
Der Arzt hat zu wenig Erfahrung mit meiner Art von Krankheit –	73,3	77,0	76,1
Mein Arzt ist sehr kompetent und gut ausgebildet +	74,1	76,8	76,2
Mir sind schon Zweifel an den Fähigkeiten meines Arztes gekommen –	79,8	80,0	78,6
Mein Arzt setzt mich nie unnötigen Risiken aus +	72,8	76,3	79,4
Ratschläge zur Gesundheitsvorsorge und Vermeidung von Krankheiten kommen bei meinem Arzt eher zu kurz –	69,3	64,4	62,9
Fachlich-technische Qualität insgesamt	73,5	72,9	71,9

1) Die Einzelergebnisse für alle Items, einschliesslich der fehlenden Werte, sind im Anhang 2 ausgewiesen.

2) Nur HMO-Versicherte, die schon in der HMO-Praxis waren.

3) + = positive, – = negative Statements.

4) Fett gedruckt: Unterschied zu HMO ist signifikant.

*) Als Lesehilfe sei noch einmal darauf hingewiesen, dass hohe Werte hohe Zufriedenheit bedeuten. Bei dem negativ formulierten Item „Mein Arzt sollte bei Behandlungen und Untersuchungen etwas gründlicher sein“, bedeutet also ein Wert von 70 %, dass die meisten Patienten mit der Gründlichkeit zufrieden sind.

Tabelle 3.3: Ergebnisse für Einzelstatements und Subskalen^{1)*} (Fortsetzung 1)

Einzelstatements ³⁾ und Subskalen	HMO-Patienten ²⁾	Traditionell Versicherte ⁴⁾ mit Hausarzt alle	
	– Ø in % des maximal erreichbaren Wertes –		
Der Arzt ist manchmal zu geschäftsmässig und unpersönlich –	78,1	76,2	74,6
Der Arzt tut sein Bestes, dem Patienten Ängste zu nehmen +	74,0	73,8	72,9
Man spürt, dass sich der Arzt für den Menschen interessiert und nicht nur für die Krankheit +	71,1	69,9	68,7
Der Arzt gibt sich manchmal sehr überheblich –	85,8	83,6	82,3
Der Arzt ist immer sehr freundlich und höflich zu mir +	82,4	84,0	83,2
Manchmal habe ich das Gefühl, dass mich der Arzt nicht ganz ernst nimmt –	80,4	76,5	74,8
Zwischenmenschliche Beziehung insgesamt	78,8	77,4	76,2
Der Arzt erklärt mir in verständlicher Weise den Grund für einen medizinischen Test +	75,4	76,4	75,2
Manchmal verwendet der Arzt medizinische Fachausdrücke, ohne sie zu erklären –	77,9	76,1	74,2
Ich kann mit meinem Arzt über alles reden, was mir am Herzen liegt +	70,3	72,5	71,2
Es kommt vor, dass der Arzt Dinge unbeachtet lässt, die ich ihm sage –	71,4	69,4	68,4
Mein Arzt hört mir immer sehr genau zu +	77,2	77,0	75,6
Kommunikation insgesamt	74,5	74,0	72,8

1) Die Einzelergebnisse für alle Items, einschliesslich der fehlenden Werte, sind im Anhang 2 ausgewiesen.

2) Nur HMO-Versicherte, die schon in der HMO-Praxis waren.

3) + = positive, – = negative Statements.

4) Fett gedruckt: Unterschied zu HMO ist signifikant

*) Als Lesehilfe sei noch einmal darauf hingewiesen, dass hohe Werte hohe Zufriedenheit bedeuten. Bei dem negativ formulierten Item „Mein Arzt sollte bei Behandlungen und Untersuchungen etwas gründlicher sein“, bedeutet also ein Wert von 70 %, dass die meisten Patienten mit der Gründlichkeit zufrieden sind.

Tabelle 3.3: Ergebnisse für Einzelstatements und Subskalen¹⁾* (Fortsetzung 2)

Einzelstatements ³⁾ und Subskalen	HMO-Patienten ²⁾	Traditionell Versicherte ⁴⁾ mit Hausarzt alle	
	– Ø in % des maximal erreichbaren Wertes –		
Es ist schwierig, bei meinem Arzt sofort einen Termin zu bekommen –	72,2	75,3	72,6
Im Notfall kann ich leicht ärztliche Hilfe bekommen +	69,4	72,8	71,1
Mein Arzt sollte mehr Sprechstunden halten –	68,1	71,7	69,9
Die Arztpraxis ist für mich gut zu erreichen +	73,2	80,1	78,8
Die Sprechstunden der Praxis sind günstig für mich +	71,9	75,1	73,6
Ich muss in der Praxis oft lange warten –	69,4	60,8	59,1
Immer, wenn mein Arzt unsicher ist, was mit mir nicht stimmt, zieht er einen Spezialisten zu Rate +	59,8	62,4	61,6
Manchmal wünsche ich, der Arzt würde mich schneller an einen Spezialisten überweisen –	68,5	68,8	67,4
Mein Arzt macht auch ohne weiteres Hausbesuche +	47,5	64,7	61,2
Zugang, Erreichbarkeit, Annehmlichkeit insgesamt	65,9	70,0	68,2
Mein Arzt nimmt sich normalerweise viel Zeit für mich (Konsultationsdauer)	71,5	69,8	68,0
Der Arzt verordnet nur Untersuchungen und Tests, die wirklich nötig sind +	78,6	74,1	73,0
Mein Arzt verordnet mir immer das, was er für das Beste hält, unabhängig von den Kosten +	67,3	71,3	70,7
Ich habe den Eindruck, dass der Arzt bei Untersuchungen und Behandlungen spart, um die Kosten niedrig zu halten –	69,5	66,3	66,0
Kostenbewusstsein insgesamt	71,6	70,5	70,0

1) Die Einzelergebnisse für alle Items, einschliesslich der fehlenden Werte, sind im Anhang 2 ausgewiesen.

2) Nur HMO-Versicherte, die schon in der HMO-Praxis waren.

3) + = positive, – = negative Statements.

4) Fett gedruckt: Unterschied zu HMO ist signifikant.

*) Als Lesehilfe sei noch einmal darauf hingewiesen, dass hohe Werte hohe Zufriedenheit bedeuten. Bei dem negativ formulierten Item „Mein Arzt sollte bei Behandlungen und Untersuchungen etwas gründlicher sein“, bedeutet also ein Wert von 70 %, dass die meisten Patienten mit der Gründlichkeit zufrieden sind.

Tabelle 3.3: Ergebnisse für Einzelstatements und Subskalen^{1)*} (Fortsetzung 3)

Zusätzliche Einzelstatements:	HMO-Patienten ²⁾	Traditionell Versicherte ³⁾ mit Hausarzt alle	
	– Ø in % des maximal erreichbaren Wertes –		
Manchmal habe ich das Gefühl, der Arzt schiebt die Verantwortung für die Gesundheit an den Patienten ab –	73,3	73,4	72,4
Der Arzt richtet sich bei Medikamenten auch nach meinen Wünschen +	65,1	62,9	62,1
Der Arzt greift manchmal zu schnell nach dem Rezeptblock und überlegt zu wenig, ob es auch ohne Medikament geht –	75,1	69,5	68,0
Wenn man wegen einer Krankheit zu mehreren Ärzten muss, werden unnötige Doppeluntersuchungen und Tests gemacht –	62,0	51,4	50,4
n	585	491	567

1) Die Einzelergebnisse für alle Items, einschliesslich der fehlenden Werte, sind im Anhang 2 ausgewiesen.

2) Nur HMO-Versicherte, die schon in der HMO-Praxis waren.

3) Fett gedruckt: Unterschied zu HMO ist signifikant.

*) Als Lesehilfe sei noch einmal darauf hingewiesen, dass hohe Werte hohe Zufriedenheit bedeuten. Bei dem negativ formulierten Item „Mein Arzt sollte bei Behandlungen und Untersuchungen etwas gründlicher sein“, bedeutet also ein Wert von 70 %, dass die meisten Patienten mit der Gründlichkeit zufrieden sind.

- Beide Gruppen kommunizieren mit dem Arzt über die Medikamente und sagen gleich häufig, dass die Patientenwünsche mitberücksichtigt werden.

Deutlich häufiger als HMO-Patienten bemängeln die Patienten im traditionellen System, dass **unnötige Doppeluntersuchungen** erfolgen, wenn man wegen eines Leidens zu mehreren Ärzten muss.

Dass der Arzt die **Verantwortung für die Gesundheit** an den Patienten abschiebt, wird schliesslich von beiden Gruppen **nicht** bestätigt.

3.1.2.3 Zufriedenheit in Abhängigkeit von Merkmalen der Praxis / des Arztes

Die wichtigste Frage hier ist zunächst, ob es Unterschiede in der **Beurteilung der 3 HMO-Praxen** gibt. Wenn erhebliche Unterschiede bestünden, würde dies den Vergleich zwischen HMO (insgesamt) und dem traditionellen System in Frage stellen.

Tabelle 3.4 zeigt die Bewertung für die 3 Praxen. Die Bewertungsunterschiede sind sehr gering. Sie sind zwar z.T. statistisch signifikant (z.B. in der Subskala "Kommunikation"). Es soll hier jedoch nicht weiter darauf eingegangen werden, weil die Zielsetzung dieser Untersuchung nicht ein Vergleich zwischen den verschiedenen HMOs ist.

Tabelle 3.4: Bewertung der drei HMO-Praxen

	MZH	IGAK Zürich	IGAK Basel
	– Ø in % des max. erreichbaren Wertes –		
Subskalen			
allgemeine Zufriedenheit	76,3	74,6	74,1
Fachl./techn. Qualität	75,5	72,6	73,2
Zwischenmenschl. Beziehungen	80,5	78,5	77,2
Kommunikation	77,1	73,7	73,5
Zugang, Erreichbarkeit, Annehmlichkeit	66,5	64,9	67,7
Konsultationsdauer	75,8	69,9	71,3
Kostenbewusstsein	72,1	71,8	70,7
insgesamt (alle 41 Items)	73,1	71,0	71,0
n	134	328	123

Alter und Geschlecht der Ärzte:

Weitere zur Verfügung stehende Merkmale sind Alter und Geschlecht der Ärzte sowie die fachliche Grundausrichtung bei Hausärzten. Alter und Geschlecht wurden aufgenommen, um etwaige Unterschiede in der Bewertung von HMO und traditionellen Praxen diesbezüglich kontrollieren zu können, da die HMO-Ärzte durchweg zu den jüngeren Altersgruppen gehören und häufiger als im traditionellen System Frauen sind (Tabelle 3.5).

Tabelle 3.5: Zusammensetzung der HMO- und Hausärzte nach Angaben der Befragten

	HMO	traditionell Versicherte mit Hausarzt
	– % –	
Der (feste) Arzt/Hausarzt ist		
– unter 50	95	63
– über 50	4	35
– k.A.	1	2
Σ	100	100
– Frau	39	9
– Mann	61	91
Σ	100	100
– Allgemeinmediziner	1)	80
– Innere Medizin		16
– Sonstiges		4
– weiss nicht		–
Σ	100	100
n	585	491

1) Bei HMO-Versicherten nicht erfragt.

Bei den Hausärzten bestehen in **keiner** Subskala Bewertungsunterschiede zwischen den jüngeren und älteren Ärzten. Zieht man für den Praxisvergleich HMO-/traditionelle Praxen nur die unter 50-jährigen Hausärzte heran, bleibt es bei den im vorherigen Kapitel beschriebenen Verhältnissen. Vergleichbares gilt, wenn man die Auswertung nur auf die männlichen Ärzte bezieht. Das bedeutet, dass die unterschiedliche Zusammensetzung der Ärzte in HMO-Praxen und in traditionellen Praxen, soweit sie hier erfasst werden konnte, ohne Einfluss auf die Bewertung ist.

3.1.2.4 Zufriedenheit in Abhängigkeit von soziodemographischen Merkmalen, Gesundheitszustand und Konsultationshäufigkeit⁵⁾

Alter:

Tendenziell beurteilen die Jungen (bis 35 Jahre) sowohl die HMO- als auch die Hausarztpraxen leicht kritischer als die Alten (ab 65 Jahre), während die mittleren Altersgruppen auch in der Bewertung eine Mittelposition einnehmen. Zu berücksichtigen ist aber auch, dass die Jungen weniger Erfahrung haben und daher häufiger "unentschieden" ankreuzten. Signifikante Unterschiede finden sich überhaupt nur zwischen Jungen und Alten, nicht zwischen Jungen und Mittelalten oder Mittelalten und Alten.

Die Unterschiede betreffen bei der **HMO**

- Kommunikation
- Erreichbarkeit, Zugänglichkeit
- Konsultationsdauer.

Bei den **traditionellen Praxen** betreffen sie etwas ausgeprägter

- allgemeine Bewertung
- fachlich/technische Qualität
- zwischenmenschliche Beziehung
- Erreichbarkeit, Zugänglichkeit.

Im Vergleich der beiden Versichertengruppen bleibt es innerhalb jeder Altersgruppe dabei, dass nur der Aspekt "Zugänglichkeit, Erreichbarkeit" unterschiedlich bewertet wird.

5) Zur Dokumentation vgl. Tabelle A6 im Anhang 2.

Geschlecht:

Bezüglich der HMOs sind die Frauen leicht zufriedener als die Männer. Statistisch signifikant sind die Unterschiede bei

- fachlich/technischer Qualität
- zwischenmenschlicher Beziehung
- Erreichbarkeit/Zugänglichkeit.

Bei den Patienten der traditionellen Praxen bestehen solche Unterschiede nicht.

Im Quervergleich der beiden Praxistypen differenziert wiederum nur die Zugänglichkeit.

Schulbildung:

Betrachtet man schliesslich die Schulbildung als Merkmal des Sozialstatus, so ergibt sich, dass lediglich in zwei Aspekten die Patienten mit Universitäts- oder HTL-Abschluss etwas kritischer sind als diejenigen mit Primarabschluss bzw. Berufslehre, nämlich

- fachlich/technische Qualität
- Erreichbarkeit, Zugänglichkeit.

Dies gilt für HMO- und traditionelle Hausarztpatienten gleichermassen. In den Aspekten, in denen ein Effekt der Sozialschicht eigentlich vermutet werden könnte - Kommunikation, zwischenmenschliche Beziehung - bestehen keine Bewertungsunterschiede.

Konsultationshäufigkeit und Gesundheitszustand:

Es besteht in fast allen Aspekten eine leicht höhere Zufriedenheit bei Patienten, die häufiger in die Praxis kommen als bei solchen, die im ersten Dreivierteljahr 1993 gar nicht in der HMO- oder Hausarztpraxis waren. Jedenfalls ist die Aussage zulässig, dass häufige Inanspruchnahme nicht zur Ausbildung einer kritischen Sichtweise führt, sondern dass eher das Gegenteil eintritt.

Von einiger Bedeutung für die Zufriedenheit mit den Ärzten ist der subjektive Gesundheitszustand:

Wer sich sehr gesund fühlt ist in fast allen Aspekten zufriedener mit der ärztlichen Versorgung als wer sich nur "gut" oder sogar "eher schlecht" fühlt. Dies gilt für HMO-Patienten noch ausgeprägter als für Patienten von Hausarztpraxen. Nur in den Subskalen "Kostenbewusstsein" und "Zugang, Erreichbarkeit" ist kein Einfluss des Gesundheitszustandes feststellbar.

Die Unterschiede sind nicht durchweg statistisch signifikant, was aber mit der geringen Fallzahl derer mit mässigem oder schlechtem Gesundheitszustand begründet ist (vgl. Tab. A6).

Man kann aber nicht generell sagen, dass Kranke mit den Ärzten unzufriedener sind als Gesunde. Wenn man nämlich statt des subjektiven Gesundheitszustandes das Merkmal "chronische Krankheiten" heranzieht, das angibt, ob der Befragte innerhalb eines Jahres wegen chronischer bzw. zur Chronifizierung tendierender Krankheit in Behandlung war, sieht es anders aus: nur vereinzelt besteht zwischen diesem Merkmal und der Bewertung der einzelnen Dimensionen der gesundheitlichen Versorgung ein Zusammenhang.

Einfluss der verschiedenen Patientenmerkmale auf die Beurteilung der medizinischen Versorgung:

Die beschriebenen Merkmale hängen teilweise relativ eng zusammen: Alter mit Gesundheitszustand / Häufigkeit der Inanspruchnahme mit Alter und Gesundheitszustand, etc. Um diese Korrelationen zu berücksichtigen und zu prüfen, welche Merkmale letztlich von Einfluss auf die Höhe der Bewertung sind, wurde je Versicherungstyp eine Regressionsanalyse durchgeführt. Mit ihrer Hilfe kann ermittelt werden, in welcher Grössenordnung die Bewertung überhaupt von den einzelnen einbezogenen Merkmalen abhängt und welche Merkmale entscheidend sind. Die folgende Tabelle 3.6 zeigt die Ergebnisse für die einzelnen Subskalen. Insgesamt wurden 6 Merkmale in der Regressionsgleichung angegeben; zusätzlich zu den in der Tabelle aufgeführten noch die Schulbildung, die jedoch in keinem Fall einen (zusätzlichen) Einfluss hatte. In der Tabelle ist mit x gekennzeichnet, welche Merkmale bei der jeweiligen Subskala einen Einfluss auf die Bewertungshöhe haben.⁶⁾ Die Spalte R² gibt das Bestimmtheitsmass an und somit, wie hoch der Anteil der erklärten Varianz durch die gekennzeichneten Merkmale insgesamt ist.

6) Angesichts des insgesamt sehr geringen Einflusses wurde auf Angabe der konkreten Werte für R² je Merkmal verzichtet.

Tabelle 3.6: Zusammenhang zwischen Patientenmerkmalen und Zufriedenheit: Ergebnisse der Regressionsanalyse³⁾

Subskala	HMO-Patienten					R ² 2)	(traditionelle) Hausarzt-Patienten					R ² 2)
	Konsultationshäufigkeit ¹⁾	Subjektiver Gesundheitszustand	Chronische Erkrankungen in 12 Monaten	Alter	Geschlecht		Konsultationshäufigkeit ¹⁾	Subjektiver Gesundheitszustand	Chronische Erkrankungen in 12 Monaten	Alter	Geschlecht	
Allgemeine Bewertung	x	x				0,028	x	x			x	0,058
fachliche, technische Qualität	x	x			x	0,030	x	x	x		x	0,056
zwischenmenschliche Beziehung	x	x				0,029	x	x				0,027
Kommunikation	x	x				0,032	x	x				0,038
Zugang, Erreichbarkeit, Annehmlichkeit		x				0,018	x	x			x	0,091
Konsultationsdauer					x	0,008	x	x				0,023
Kostenbewusstsein	x				x	0,033	x	x			x	0,036

1) Anzahl Besuche 1993

2) Erklärte Varianz durch die in die Regression einbezogenen Merkmale (x). Ein R² von 0.028 bedeutet, dass mit den gekennzeichneten Merkmalen insgesamt 2,8 % der Varianz der abhängigen Variablen erklärt wird.

3) Multiple lineare Regression, Methode 'stepwise'. Ausgangspunkt bei der Methode Stepwise ist, dass keine unabhängigen Variablen im Regressionsmodell sind. Es wird jene Variable als erstes in die Regression aufgenommen, die für das Regressionsmodell am meisten beiträgt. D.h. jenes Merkmal, das das höchste Bestimmtheitsmass R² (quadrierter multipler Korrelationskoeffizient) und damit den höchsten Anteil der Varianz der zu erklärenden abhängigen Variablen hat. Danach werden stufenweise weitere Variablen in das Modell aufgenommen, gleichzeitig könnten aber auch (bei einer starken Korrelation zwischen Variablen), bereits aufgenommene Merkmale wieder eliminiert werden, ohne dass sich das Regressionsmodell dadurch verschlechtert.

Es ist offenkundig (und auch schon an den Ergebnissen der schlichten Kreuztabellierungen zu erkennen), dass die soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Patientenmerkmale nicht viel zur "Erklärung" der Bewertungen beitragen. Insbesondere bei den HMO-Patienten, aber auch bei den Hausarzt-Patienten, bestimmen offensichtlich andere Faktoren darüber, ob die Ärzte ein hervorragendes "Zeugnis" durch ihre Patienten erhalten oder nur ein mittelmässiges. Am häufigsten, d.h. bei den meisten Subskalen, ist ein Einfluss des Gesundheitszustandes und der Konsultationshäufigkeit festzustellen. Bei Hausarzt-Patienten ist noch das Alter von Bedeutung, bei HMO-Patienten das Geschlecht.

Am zufriedensten mit ihrer ambulanten medizinischen Versorgung sind Patienten mit subjektiv "ausgezeichnetem" Gesundheitszustand, die eher häufig ihren HMO-/Hausarzt aufgesucht haben. Es kann sein, dass sie ihren ausgezeichneten Gesundheitszustand ihrem Arzt zu verdanken meinen, es kann auch sein, dass sie eher grundsätzlich eine vertrauensvolle Beziehung zu Ärzten besitzen.

Zwischen den HMO-Versicherten und den traditionell Versicherten bestehen strukturelle Unterschiede, die sich auf die Bewertung der beiden Praxistypen auswirken könnten: Die HMO-Versicherten sind durchschnittlich etwas jünger und "gesünder" als die traditionell Versicherten, haben einen höheren Männeranteil, häufiger eine Universität oder Hochschule besucht.⁷⁾ Um festzustellen, ob solche Unterschiede sich in der Summe auf die Bewertung auswirken, wurde eine multivariate Varianzanalyse durchgeführt. Mit dieser Analyse wurden "adjusted means" errechnet, d.h. Bewertungsmittelwerte für die beiden Versichertengruppen, die sich ergeben würden, wenn alle in der Analyse einbezogenen Einflussfaktoren (Co-Varianten) gleich wären.⁸⁾ Auch bei dieser Methode zeigt das Ergebnis deutlich, dass die Bewertung der beiden Praxistypen nicht von strukturellen Unterschieden zwischen den beiden Versichertengruppen beeinflusst wird. Auch bei den korrigierten Mittelwerten ist lediglich in der Subskala "Zugang, Erreichbarkeit" ein statistisch signifikanter Unterschied in der Bewertung festzustellen.

7) Vgl. Untersuchungsbericht Nr. I.

8) Statistik procedure MANOVA in SPSS.

3.1.3 Weitere Informationen zur Zufriedenheit der Patienten

Im telefonischen Interview wurde eine allgemeine Frage zur Zufriedenheit mit der HMO-/Hausarztpraxis gestellt und im Anschluss daran offen gefragt, was nicht gefällt bzw. ob man sich an etwas erinnert, was einem schon einmal gestört oder geärgert hat.⁹⁾

Tabelle 3.7 zeigt zunächst das Ergebnis der allgemeinen Zufriedenheitsfrage.¹⁰⁾ Man sieht, dass auch bei dieser Frage keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen existieren.

Tabelle 3.7: Allgemeine Zufriedenheit mit HMO-/Hausarzt-Praxen

	HMO-Patienten	traditionell Versicherte mit Hausarzt
	- % -	
Zufriedenheit		
sehr zufrieden	66	67
ziemlich zufrieden	29	29
eher unzufrieden	4	3
weiss nicht, k.A.	1	1
Σ	100	100
n	687	564

Auf die offene Frage, was einen stört oder ggf. schon einmal gestört hat, wird insgesamt sehr wenig Kritik laut.¹¹⁾ Wenn überhaupt werden sowohl von HMO- als auch von traditionell Versicherten am ehesten einmal aufgetretene Zweifel an der Kompetenz des Arztes und Kritik an der Massenabfertigung, der Zeitnot der Ärzte geäußert, allerdings von weniger als 10 % (Tabellen 3.8 und 3.9). Dies sind auch die beiden Punkte, die von den eher Unzufriedenen besonders betont wurden. Bei den eher Unzufriedenen unter den traditionell Versicherten kommt noch Kritik an der Medikamentenverschreibung (zu viele Medikamente) hinzu.

Auch die Antworten auf die offene Frage belegen, dass der Verzicht auf die freie Arztwahl bei den HMO-Versicherten kein eigentliches Thema ist; nur wenige haben Probleme damit erwähnt.

-
- 9) Die Fragen waren unterschiedlich formuliert, je nachdem, ob man sich in der Vorfrage als zufrieden oder eher unzufrieden erklärt hat.
- 10) Es wurden auch zwei Fragen zum Kontakt mit Gesundheitsschwestern und nicht ärztlichen Therapeuten und deren Beurteilung gestellt. Wegen eines Fehlers in der Filterführung liegen leider keine verwertbaren Informationen vor.
- 11) Offene Fragen in ansonsten strukturierten Interviews sind im allgemeinen wenig ergiebig. Wirklich wichtige Kritikpunkte würden aber zum Vorschein kommen.

Tabelle 3.8 Kritik von HMO-Patienten an die HMO-Praxis (offene Frage)*

Kritikpunkte ¹⁾	insgesamt	Befragte, die angegeben haben, sie seien		
		sehr zufrieden	zufrieden	eher unzufrieden
		- % -		
Zweifel an der Kompetenz des Arztes, an der Richtigkeit der Behandlung	8	3	15	30
Massenabfertigung/Ärzte haben zu wenig Zeit	6	1	11	44
lange Wartezeiten	5	3	10	11
keine freie Arztwahl	4	2	7	4
Praxis schlecht erreichbar	3	4	2	–
Wechselnde Ärzte, Teilzeitarbeit	3	3	3	4
ungenügende Administration	2	2	2	11
nicht alle Leistungen werden übernommen	2	2	3	4
unfreundliches Personal	2	2	2	11
zu wenig Spezialisten in der Praxis	2	1	3	4
kein direkter Zugang zu Spezialärzten	1	–	4	4
keine Hausbesuche	1	1	2	–
anderes	4	2	4	–
nichts stört / hat gestört	25	31	16	–
weiss nicht, keine Angabe	36	45	22	15
$\Sigma^2)$	104	102	106	142
n ³⁾	680	453	200	27

1) nur solche, auf die mindestens 1 % der Nennungen entfielen.

2) Mehrfachangaben.

3) ohne "weiss nicht".

* Lesebeispiel: 3 % der HMO-Patienten, die insgesamt sehr zufrieden sind, gaben an, schon einmal Zweifel an der Richtigkeit der Behandlung gehabt zu haben; bei denen, die insgesamt eher unzufrieden sind, sind dies 30 %.

Tabelle 3.9: Kritik von traditionell Versicherten an der Hausarzt-Praxis (offene Frage)*

Kritikpunkte ¹⁾	insgesamt	Befragte, die angegeben haben, sie seien		
		sehr zufrieden	zufrieden	eher unzufrieden
		- % -		
Zweifel an der Kompetenz des Arztes, an der Richtigkeit der Behandlung	6	2	14	52
Massenabfertigung/Ärzte haben zu wenig Zeit	7	2	15	56
lange Wartezeiten	7	8	7	–
keine Hausbesuche	1	–	2	7
Arzt verschreibt zuviele Medikamente	5	2	9	29
Ungenügende oder unverständliche Information	2	1	2	15
anderes	5	5	4	–
nichts stört/hat gestört	29	32	20	–
weiss nicht, keine Angabe	44	48	35	–
Σ ²⁾	106	102	108	159
n ³⁾	558	379	165	14

1) nur solche, auf die mindestens 1 % der Nennungen entfielen.

2) Mehrfachangaben.

3) ohne "weiss nicht".

* Lesebeispiel: 2% der Hausarzt-Patienten, die insgesamt sehr zufrieden sind, gaben an, schon einmal Zweifel an der Richtigkeit der Behandlung gehabt zu haben; bei denen, die insgesamt eher unzufrieden sind, sind dies 52 %.

Weitere Hinweise auf die Zufriedenheit der HMO-Versicherten bringen die Antworten auf die Fragen, ob man voraussichtlich bei der HMC bleiben wird und ob man auch bleiben würde, wenn die Prämien woanders nicht höher wären (Tab. 3.10).

Tabelle 3.10: Absicht, bei der HMO zu bleiben

	HMO-Versicherte insgesamt	HMO-Patienten		
		sehr zufrieden	zufrieden	eher unzufrieden
		- % -		
Es wollen bei der HMO				
– bleiben	93	97	91	37
– nicht bleiben	4	1	4	59
– weiss nicht, k.A.	3	2	5	4
Σ	100	100	100	100
n	802	453	200	27
Falls "bleiben" oder "weiss nicht": Wenn die Prämien (einschliesslich Selbstbehalt) woanders nicht höher wären, würden				
– bleiben	78	86	63	36
– nicht bleiben	11	6	22	46
– weiss nicht, k.A.	11	8	15	18
Σ	100	100	100	100
n	770	449	193	11

Die weit überwiegende Mehrheit der HMO-Versicherten hat also die Absicht, bei der HMO zu bleiben und würde dies selbst dann tun, wenn der Kostenvorteil entfallen würde. Allerdings dürfen solche Angaben nicht überbewertet werden. "Was würden Sie tun wenn ...Fragen" eignen sich kaum als prognostisches Instrument, sie geben vielmehr momentane Einstellungen und Präferenzen wieder.¹²⁾ Insofern bestätigt sich nur der auch ansonsten gewonnene Befund der Zufriedenheit der HMO-Versicherten mit ihrem Modell.

Schliesslich ist noch zu vermerken, dass nur ganz wenige HMO-Patienten die Meinung vertreten, ihre gesundheitliche Versorgung sei vor dem HMO-Beitritt besser gewesen:

12) Deshalb scheint auch eine weitergehende Analyse, z.B. im Hinblick auf potentielle zukünftige Risikoselektion, nicht sinnvoll.

- 62 % geben an, die gesundheitliche Versorgung sei vorher etwa gleich gewesen
- 31 % halten ihre jetzige Versorgung für besser
- 7 % meinen, sie habe sich verschlechtert.

Beurteilung der Prämien:

HMO-Versicherte beurteilen die Prämie im Verhältnis zu den Leistungen deutlich günstiger als traditionell Versicherte. Von den HMO-Versicherten halten 81 % die Prämie für günstig oder angemessen, von den traditionell Versicherten nur 56 % (Tab. 3.11).

Tabelle 3.11: Beurteilung der Prämie

	HMO-Versicherte	traditionell Versicherte
	- % -	
Prämie ist im Verhältnis zu den Leistungen		
- günstig	37	11
- angemessen	44	45
- eher zu hoch	11	29
- viel zu hoch	4	10
- kein Urteil	4	5
Σ	100	100
n	802	660

3.1.4 Beziehungen zu anderen Teilen der medizinischen Versorgung

Das HMO-System beinhaltet eine Veränderung der Beziehungen zu den übrigen medizinischen Leistungserbringern:

- Der Weg zu Fachärzten führt über die HMO (gate-keeper); evtl. trifft die HMO auch innerhalb der Fachärztesgruppe eine Auswahl.
- Die HMO kann, anders als i.d.R. der Hausarzt, ein Interesse haben an geringen Spitalquoten und geringer Spitalverweildauer.
- Für die HMO hat die notärztliche Versorgung, da sie ausserhalb ihrer Steuerungsmöglichkeiten liegt, eine besondere Bedeutung.

Der Zugang zu Fachärzten wurde, über die Thematisierung im Rahmen der Zufriedenheitsskala hinaus, in der Befragung ein zweites Mal aufgegriffen, in Hinblick auf

- die Praxis des Zugangs
- und auf die Bewertung der Facharztkonsultation.

Zur notärztlichen Versorgung wurde nach dem Vorkommen von Notfällen und der Bewertung der Versorgung im konkreten Fall gefragt.

Bei Spitalaufenthalten wurde nach der Bewertung der Dauer des Spitalaufenthaltes gefragt, um zu prüfen, ob die tatsächlich niedrige Verweildauer der HMO-Patienten von diesen negativ aufgenommen wird.¹³⁾

Fachärzte

Je knapp 50 % der HMO- und der Hausarzt-Patienten geben an, innerhalb der letzten 12 Monate vor der Befragung ausserhalb der HMO- oder Hausarztpraxis bei einem Facharzt (nicht Frauenarzt) gewesen zu sein.¹⁴⁾¹⁵⁾

13) Vgl. Untersuchungsbericht 4.

14) Das Aufsuchen von Frauenärzten sollte nicht untersucht werden, da es z.T. auch für HMO-Versicherte frei ist. Im Befragungsablauf wurde daher zuerst nach Frauenärzten gefragt und anschliessend nach anderen Spezialisten. Es ist jedoch nicht sicher, ob das Ausklammern der Frauenärzte immer funktioniert hat.

15) Die Fragen zu den Spezialisten wurden nur an HMO-Versicherte gestellt, die schon in der HMO waren bzw. an traditionell Versicherte mit Hausarzt, da das Überweisungsgeschehen interessierte.

Im Zugang zu Spezialisten ausserhalb der HMO- oder Hausarztpraxis sind die Unterschiede zwischen den beiden Versichertengruppen weit geringer, als es vom System her zu erwarten gewesen wäre: fast 40 % der HMO-Patienten, die innerhalb von 12 Monaten bei einem Spezialisten waren, geben an, beim letzten Spezialarztbesuch ganz von sich aus, also ohne Überweisung, hingegangen zu sein. Das sind zwar weniger als unter den traditionellen Hausarztpatienten, dafür haben die HMO-Patienten häufiger ihrem Arzt gesagt, wohin sie überwiesen werden wollen (Tab. 3.12). Kombiniert man die Frage nach der Überweisung und der Präferenz für einen bestimmten Arzt, ergibt sich, dass knapp die Hälfte der HMO-Patienten den Spezialarzt (bezogen auf den letzten Besuch) selbst gewählt haben; bei den traditionell Versicherten sind es gut 60 %. Zumindest im subjektiven Empfinden dürfte demnach der Unterschied zwischen den beiden Versichertengruppen nicht allzu gross sein. Möglicherweise erklärt sich damit auch, dass das Fehlen der "freien Arztwahl" so wenig Anlass für Kritik bietet.

Es ist möglich, dass subjektives Empfinden und tatsächliche Verhältnisse etwas auseinanderklaffen. Nach Aussagen der HMO ist das eigenständige Aufsuchen anderer Ärzte, das am Anfang noch eine erhebliche Rolle gespielt hat, stark zurückgegangen. Verbreitete Praxis ist aber, dass es in vielen Fällen (z.B. wenn der Spezialist früher schon aufgesucht wurde) es ausreicht, telefonisch eine "Überweisung" einzuholen. Ein solcher Vorgang kann subjektiv so empfunden werden, als ob man den Spezialisten "ganz von sich aus" aufgesucht hätte.

In der Zufriedenheit mit dem letzten Besuch bei einem Spezialisten unterscheiden sich die HMO-Patienten nicht signifikant von den Hausarzt-Patienten. Die Zufriedenheit hängt nicht davon ab, ob eine Überweisung vorlag, von wem der Vorschlag kam oder ob der Patient den Spezialisten von sich aus aufgesucht hat.

Notfälle

Je 6 % der HMO-Versicherten und der traditionell Versicherten geben an, innerhalb von 12 Monaten ausserhalb der üblichen Praxisstunden, also abends, nachts oder am Wochenende, unerwartet einen Arzt gebraucht zu haben. Die Vermutung, dass HMO-Versicherte häufiger Notfall-Assistenz anfordern, um zu einer Konsultation durch HMO-fremde Ärzte zu gelangen, lässt sich also nicht bestätigen. Ebenso wenig gibt es Unterschiede im Zugang zur Notfallhilfe, z.B. weil HMO-Ärzte evtl. ausserhalb der Praxiszeiten schlechter erreichbar sein könnten als Hausärzte. Bei beiden Versichertengruppen sagen gut 4 von 5 Personen, dass sie problemlos ärztliche Notfallhilfe erhalten haben (Tab. 3.13).

Tabelle 3.12: Das Aufsuchen von Spezialisten und die Zufriedenheit

	HMO- Versicherte	traditionelle Hausarzt- Versicherte
	- % -	
In den letzten 12 Monaten bei einem Spezialisten gewesen (nicht Frauenarzt)	48	49
Beim letzten Spezialistenbesuch		
– vom Arzt überwiesen	37	27
– vom Arzt empfohlen	14	10
– ganz von mir aus	38	60
– weiss nicht, k.A.	11	3
Σ	100	100
Falls überwiesen: Spezialist wurde		
– vom Patienten benannt	22	7
– vom Arzt benannt	77	93
– k.A.	1	--
Σ	100	100
Zugang zusammengefasst:		
– vom Arzt überwiesen, vom Arzt benannt	29	25
– Empfehlung des Arztes	14	10
– vom Arzt überwiesen, vom Patienten benannt	8	2
– vom Patienten von sich aus aufgesucht	38	60
– weiss nicht, k.A.	11	3
Σ	100	100
Zufriedenheit mit letztem Besuch beim Spezialarzt		
– sehr zufrieden	63	69
– ziemlich zufrieden	19	19
– eher unzufrieden	7	4
– unzufrieden	3	4
– keine Angabe	8	4
Σ	100	100
n ¹⁾	330	277

1) Personen, die bei einem Spezialisten waren

Tabelle 3.13: Ärztliche Notfallhilfe

	HMO-Versicherte	traditionell Versicherte
	- % -	
Innerhalb von 12 Monaten am Wochenende oder nachts einen Arzt gebraucht		
– Wochenende	3	3
– nachts	2	2
– in der Nacht am Wochenende	1	1
– nein	94	94
Σ	100	100
n	802	660
Notfallhilfe war		
– problemlos zu erhalten	5	6
– es gab Probleme	1	1

Spitalaufenthalte und Verweildauer in Spitälern

29 % der traditionell Versicherten und 17 % der HMO-Versicherten waren zwischen Anfang 1991 und Herbst/Winter 1993 (mindestens) einmal stationär im Spital (Tab. 3.14).

Die Struktur der Anlässe für den Spitalaufenthalt ist bei beiden Gruppen gleich: am häufigsten waren Operationen der Anlass. In beiden Gruppen handelte es sich in gut einem Drittel der Fälle um Notfalleinweisungen. Wiederum also lässt sich die Vermutung, dass HMO-Versicherte dazu tendieren, auf Notfälle "auszuweichen", nicht bestätigen.

Die Verweildauer beim letzten Spitalaufenthalt war bei HMO-Versicherten nicht signifikant kürzer als bei traditionell Versicherten.¹⁶⁾ In beiden Gruppen findet die Mehrzahl, dass die Dauer des Spitalaufenthaltes wohl gerade richtig war. Als **zu kurz** bezeichnen die traditionell Versicherten den Spitalaufenthalt signifikant häufiger (10 %) als die HMO-Versicherten (2 %). Damit kann jedenfalls verneint werden, dass die HMO-Versicherten unter einem etwaigen Drängen der HMO-Ärzte auf kurze Spitalaufenthalte litten.

16) Hier sind aber die kleinen Fallzahlen zu bedenken.

Tabelle 3.14: Spitalaufenthalte, Anlässe, Verweildauer

	HMO- Versicherte	traditionell Versicherte
	- % -	
je im Spital gewesen		
– ja	70	79
– nein	30	21
Σ	100	100
letzter Spitalaufenthalt		
– 1993	7	12
– 1992	6	10
– 1991	4	7
– länger her, weiss nicht mehr	83	71
Σ	100	100
Falls letzter Spitalaufenthalt 1991 - 1993		
Anlass		
– Beobachtung	10	12
– Operation	67	64
– sonstige Behandlung	10	12
– Geburt	13	11
– k.A.	–	1
Σ	100	100
Notfalleinweisung		
– ja	37	36
– nein, weiss nicht	63	64
Σ	100	100
Verweildauer		
– bis 6 Tage	53	43
– 7 bis 13 Tage	26	35
– länger	18	20
– k.A.	3	2
Σ	100	100
Durchschnittliche Anzahl Tage	9,1	10,9
Beurteilung der Verweildauer		
– gerade richtig	84	77
– länger als nötig	11	11
– zu kurz	2	10
– weiss nicht	3	2
Σ	100	100
n ¹⁾	99	149

1) Letzter Spitalaufenthalt nach 1990.

3.1.5 Neigung zu Naturheilverfahren, Alternativmedizin

Angesichts der erheblichen Wertschätzung von Naturheilverfahren und der sogenannten "Alternativmedizin" bei der Bevölkerung und angesichts der Tatsache, dass HMO-Beitritte auch mit Erwartungen an mehr "Ganzheitlichkeit" und "Natürlichkeit" verknüpft waren, wurde geprüft, ob unter den HMO-Versicherten tatsächlich mehr Anhänger alternativer Heilverfahren sind als unter traditionell Versicherten und ob sie unter ihren HMO-Ärzten entsprechende Partner gefunden haben.

Die Neigung zu alternativen Heilverfahren ist bei HMO-Versicherten tatsächlich etwas grösser als bei traditionell Versicherten. Dies zeigt sich sowohl in der allgemeinen Einschätzung als auch in der Anwendung (Tab. 3.15).

Nach Einschätzung der traditionell Versicherten haben ihre Hausärzte mehrheitlich keine Affinität zur Alternativmedizin oder lassen sie nicht erkennen. Dagegen glauben fast 70 % der HMO-Patienten, dass die HMO-Ärzte etwas von Naturheilverfahren und Alternativmedizin halten (Tab. 3.16). Das bedeutet wohl, dass HMO-Patienten eine grössere Chance haben, mit ihren Ärzten über nicht-schulmedizinische Verfahren zu kommunizieren als Patienten in traditionellen Hausarztpraxen. Andererseits könnte es theoretisch auch zu Dissonanzen kommen, in den Fällen, in denen HMO-Patienten die Alternativmedizin eher ablehnen, den Arzt aber für einen Anhänger halten (Tab. 3.16). Das Befragungsmaterial gibt dafür allerdings keine Anhaltspunkte.

Tabelle 3.15: Einschätzung und Anwendung von alternativen Heilverfahren

	HMO- Versicherte	traditionell Versicherte
	- % -	
Von Naturheilverfahren oder alternativer Medizin halten		
– sehr viel	38	31
– ziemlich viel	39	38
– nicht besonders viel	13	19
– gar nichts	2	4
– kommt darauf an	7	5
– weiss nicht	1	3
Σ	100	100
n ¹⁾	788	624
Häufiger oder ab und zu wenden selbst an: ²⁾		
– Homöopathie, homöopathische Mittel	30	25
– Kräuterheilmittel, Kräutertees	49	42
– Fussreflexzonenmassage	11	9
– Akupunktur, Akupressur	6	6
– Bachblütentherapie	9	6
– Heilfasten	4	2
– etwas anderes	6	4
Σ	115	94
n ³⁾	685	567

1) Telefonische Befragung, ohne wenige Fälle, die noch nie von Naturheilverfahren gehört haben.

2) Schriftliche Befragung, die Methoden/Mittel waren vorgegeben.

3) Schriftliche Befragung.

Tabelle 3.16: Übereinstimmung der Einschätzung von alternativer Medizin zwischen Patienten und Ärzten

	Einstellung der HMO- oder Hausärzte zur alternativen Medizin nach Meinung der Befragten				
	positiv	negativ	nicht bekannt, k.A.	Σ	n ¹⁾
	HMO-Patienten - % -				
insgesamt eigene Einstellung	69	4	27	100	676
– (sehr) positiv	74	3	23	100	522
– (eher) negativ	48	5	47	100	98
– unentschieden	49	3	48	100	56
	traditionelle Hausarztpatienten - % -				
insgesamt eigene Einstellung	38	19	43	100	531
– (sehr) positiv	49	15	36	100	360
– (eher) negativ	12	31	57	100	130
– unentschieden	22	7	71	100	41

1) Befragte, die schon in HMO-Praxis waren/die einen Hausarzt haben, ohne wenige Fälle, die noch nie von Alternativmedizin gehört haben.

3.2 Prävention

3.2.1 Überblick

Wie in der Einleitung dargelegt, wurden Informationen zur Prozessqualität, soweit sie in einer Patientenbefragung erfassbar sind, eingeholt. Voraussetzung ist sowohl die Existenz von klaren Standards als auch der Befragbarkeit, d.h. dass der zu erhebende Sachverhalt auch für einen Laien klar erkenntlich und gut erinnerbar sein muss. Beide Voraussetzungen treffen im ambulanten Bereich noch am ehesten auf bestimmte Vorsorgeuntersuchungen zu. Die ausgewählten Untersuchungen und Standards sind:¹⁷⁾

- 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;
- Selbstuntersuchung: Anleitung zur Selbstuntersuchung der Brust zwar weit verbreitet, aber kein Standard, eher Risiken;
- Prostata-Palpation: die Empfehlungen variieren erheblich, so dass man kaum von Standards sprechen kann. Da die Effizienz umstritten ist, wird dieses Merkmal, obwohl erhoben, nicht ausgewiesen;
- 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

17) vgl. Bucher, H., Gutzwiller, F.: Checkliste Gesundheitsberatung und Prävention. Stuttgart, New York 1993. Arbeitsgruppe Lipide: Lipide und die Prävention der koronaren Herzkrankheiten: Diagnostik und Massnahmen. In: Schweizerische Ärztezeitung 42, Oktober 1992 sowie weitere Informationen durch Prof. Felix Gutzwiller.

zu verschiedenen Gesundheitsthemen gefragt, z.B. "gesunde Ernährung", "Rückenschulung".¹⁸⁾

"Beratung durch einen Arzt oder andere Fachleute" dürfte allerdings ein eher schwaches Merkmal sein, da es von der Wahrnehmung des Patienten abhängt, ob etwas als Beratung empfunden wird oder nicht.

In der Befragung wurden ferner zwei (leicht erhebbare) Risikofaktoren erfragt:

- Übergewicht: Körpergrösse und Gewicht zusammengefasst zum KMI (Körper - Masse - Index). Als mässiges Übergewicht gilt ein KMI ab 25, als starkes Übergewicht ein KMI ab 30.
- Raucher: Als Raucher wurden alle eingestuft, die überhaupt rauchen, egal wie häufig und wieviel; leichte Raucher: 1 - 9 Zigaretten bzw. halbsoviel Pfeifen oder Zigarren pro Tag; mittlere und starke Raucher: 10 oder mehr Zigaretten bzw. 5 oder mehr Zigarren/Pfeifen.

3.2.2 Vorsorgeuntersuchungen

In Tabelle 3.17, die die Häufigkeit der einschlägigen Vorsorgeuntersuchungen zeigt, ist zunächst ausgewiesen, ob 1993, also im Jahr der Befragung, überhaupt Ärzte besucht wurden. Die zeitliche Periode ist zwar kürzer als sie für die Vorsorgeuntersuchungen ausgewiesen sind, gibt aber doch einen statistischen Hinweis auf die "Chance", dass überhaupt Vorsorgeuntersuchungen vorgenommen werden können. Es besteht in diesem Merkmal kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Versichertengruppen.

Bei den diversen Vorsorgeuntersuchungen konnte i.d.R. nicht exakt der Zeitraum abgegrenzt werden, der in den Standards angegeben ist, weil es problematisch ist, den genauen Zeitpunkt für länger zurückliegende Ereignisse zu erfragen. Insofern haben die Angaben nur Hinweischarakter.

18) Ebenfalls wurde erhoben, ob man zu den vorgegebenen Themen etwas gelesen oder im Radio/Fernsehen gehört hat. Diese Vorgabe wurde jedoch nur aus befragungspsychologischen Gründen aufgenommen, und wird nicht weiter ausgewertet.

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; einzige Ausnahmen bilden die Selbstuntersuchungen bei den älteren Frauen, die bei traditionell Versicherten gebräuchlicher sind.

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 klinischen Prävention verletzt würden.

Tabelle 3.17: Vorsorgeuntersuchungen

	HMO-Versicherte			Traditionell Versicherte		
	insgesamt	unter 50 Jahren	50 Jahre u.m.	insgesamt	unter 50 Jahren	50 Jahre u.m.
	- % -					
Arztbesuche						
1993 bei einem Arzt gewesen	78	78	77	83	82	84
1993 bei HMO-Arzt/Hausarzt gewesen	78	78	78	70	64	76
1993 bei Frauenarzt gewesen (nur Frauen)	47	60	27	45	59	29
überhaupt schon in HMO gewesen	86	84	89	--	--	--
Blutdruckmessung						
1993/1992	78	75	85	83	80	86
länger her	21	24	14	16	19	14
weiss nicht/nie	1	1	1	1	1	--
Σ	100	100	100	100	100	100
Cholesterintest						
1993/1992	35	27	50	50	42	60
länger her	26	26	24	22	22	21
nie	22	27	14	16	22	8
weiss nicht	17	20	12	12	14	11
Σ	100	100	100	100	100	100
n	802	511	291	660	362	298
Nur Frauen						
Krebsabstrich						
1993/1992	63	75	44	56	72	38
länger her	22	14	36	27	15	41
nie	10	8	15	11	8	14
weiss nicht	5	3	5	6	5	7
Σ	100	100	100	100	100	100

Tabelle 3.17: Vorsorgeuntersuchungen (Forts. 1)

	HMO-Versicherte			Traditionell Versicherte		
	insgesamt	unter 50 Jahren	50 Jahre u.m.	insgesamt	unter 50 Jahren	50 Jahre u.m.
	- % -					
Mammographie						
1993/1992/1991	12	8	18	13	11	15
länger her	16	14	20	15	11	19
nie	66	72	56	62	69	55
weiss nicht	6	6	6	10	9	11
Σ	100	100	100	100	100	100
Sonstige Brust-Vorsorgeuntersuchung						
1993/1992/1991	37	47	21	41	50	31
länger her	12	9	16	8	5	11
nie	47	40	58	41	38	45
weiss nicht	4	4	5	10	7	13
Σ	100	100	100	100	100	100
Selbstuntersuchung der Brüste						
- wurde von Arzt/Fachpersonal gezeigt	72	75	68	68	71	64
- nur Information/Prospektmaterial erhalten	17	17	16	16	16	17
- nein, keine Info	8	6	10	12	10	15
- weiss nicht	3	2	6	4	3	4
Σ	100	100	100	100	100	100

Tabelle 3.17: Vorsorgeuntersuchungen (Forts. 2)

	HMO-Versicherte			Traditionell Versicherte		
	insgesamt	unter 50 Jahren	50 Jahre u.m.	insgesamt	unter 50 Jahren	50 Jahre u.m.
	- % -					
Selbstuntersuchung der Brüste						
- mindestens 1 x pro Monat	29	26	34	35	31	40
- alle 2 - 3 Monate	31	34	27	24	23	24
- seltener	25	26	24	25	34	15
- nie/k.A.	15	14	15	16	12	21
Σ	100	100	100	100	100	100
MMI-Impfung für Kleinkinder (Familien mit Kindern bis 5 Jahre)						
- ja	22	-	-	26	-	-
- nein	9	-	-	6	-	-
- weiss nicht	69	-	-	68	-	-
Σ	100	-	-	100	-	-
n (alle) ¹⁾	685	439	246	567	302	265
n (Frauen) ²⁾	344	208	136	308	165	143

- 1) n = mit Ausnahme von Frauenarzt/Arzt überhaupt = telefonisches Interview
 2) schriftliche Erhebung

Risikofaktoren und Vorsorgeuntersuchungen

Der Risikofaktor "Übergewicht" kommt unter den HMO-Versicherten sowohl bei Männern als auch bei Frauen deutlich seltener vor als unter traditionell Versicherten (Tab. 3.18). Der Unterschied bleibt auch bestehen, wenn man zusätzlich das Alter kontrolliert. Beim Risikofaktor "Rauchen" scheiden nur die traditionell versicherten Frauen etwas schlechter ab als die HMO-Frauen.

Hinsichtlich der Blutdruckmessungen gibt es in beiden Praxistypen keinen Zusammenhang mit den Risikofaktoren (Tab. 3.19).¹⁹⁾ Ein Cholesterintest kommt bei den Versicherten beider Praxistypen bei Übergewichtigen eher vor als bei Normalgewichtigen, die Quote bleibt aber bei den HMO-Versicherten durchgängig hinter der der traditionell Versicherten zurück.

Tabelle 3.18: Risikofaktoren bei den beiden Versichertengruppen

	HMO-Versicherte			Traditionell Versicherte		
	insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen
	- % -					
Gewicht						
Normalgewicht	76	70	82	64	57	70
mässiges Übergewicht	20	26	15	29	36	24
starkes Übergewicht	4	4	3	7	7	6
Σ	100	100	100	100	100	100
Rauchen						
Nichtraucher	70	63	77	66	61	70
Schwachraucher ¹⁾	14	15	14	13	14	12
mittlere bis starke Raucher	16	22	9	21	25	18
Σ	100	100	100	100	100	100
n	685	341	344	567	259	308

1) bis 9 Zigaretten bzw. bis 4 Zigarren/Pfeifen pro Tag.

19) Die Unterschiede bei den stark Übergewichtigen sind wegen kleinerem n statistisch nicht signifikant.

Tabelle 3.19: Risikofaktoren und Vorsorgeuntersuchungen

	Blutdruckmessung				Cholesterintest				n
	1992/1993	länger her	nie, k.A.	Σ	1992/1993	länger her	nie, k.A.	Σ	
- % -									
HMO-Versicherte									
Gewicht									
- normal	78	21	1	100	32	24	44	100	520
- mässiges Übergewicht	83	15	2	100	44	26	30	100	137
- starkes Übergewicht	75	25	--	100	35	35	30	100	28
Raucher									
- Nichtraucher	79	20	1	100					479
- Schwachraucher	84	14	2	100					99
- mittel- bis starke Raucher	71	27	2	100					107
Traditionell Versicherte									
Gewicht									
- normal	84	16	--	100	46	24	30	100	363
- mässiges Übergewicht	83	16	1	100	60	21	19	100	164
- starkes Übergewicht	95	5	--	100	77	8	15	100	40
Raucher									
- Nichtraucher	86	14	--	100					371
- Schwachraucher	84	16	--	100					73
- mittel- bis starke Raucher	79	20	1	100					123

3.2.3 Beratung und Kurse zur gesunden Lebensweise

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 zunächst, welcher Anteil der Versicherten überhaupt 1993 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 (Tab. 3.20). 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.

Bei beiden Versichertengruppen besteht folgende Reihenfolge:

- Den ersten Platz nehmen Kurse und Beratung zur Entspannung, Haltung, Bewegung ein,
- an zweiter Stelle stehen Fragen der Ernährung sowie Massagetechniken.

Frauen sind offenkundig für Gesundheitsvorsorge aufgeschlossener als Männer und zwar in beiden Versichertengruppen; insbesondere besuchen sie signifikant häufiger Kurse, werden aber auch mehr beraten, obwohl sie in den erfassten Risikofaktoren günstigen dastehen. Im Kursbesuch sind auch die älteren Versicherten deutlich zurückhaltender als die jüngeren, während bei der Beratung der Abstand geringer ist (Tab. 3.21).

Kombiniert man die hier untersuchte Gesundheitsvorsorge mit den Risikofaktoren, so ergibt sich folgendes Bild:

- Die Raucher werden von den HMO-Ärzten oder dem Kursangebot kaum angesprochen. Nur 4 % der Raucher unter den HMO-Versicherten haben einen Kurs zur Raucherentwöhnung besucht oder sind beraten worden, bei den traditionell Versicherten sind es immerhin 12 %.
- Übergewichtige dagegen wurden in beiden Versichertengruppen gleichermassen angesprochen: je 18 % haben 1993 entweder Kurse zur vernünftigen Ernährung besucht oder sind beraten worden.

Unabhängig von der Versicherungsart drängt sich jedoch die Feststellung auf, dass in der ärztlichen Praxis die Risikothemen "Rauchen" und "Übergewicht" bei weitem nicht die Bedeutung haben wie in der präventivmedizinischen Diskussion und dass insofern Standards der Prävention nicht eingehalten werden.

Tabelle 3.20: Gesundheitsvorsorge: Besuch von Kursen und Beratungen

Themen	HMO-Versicherte			Traditionell Versicherte		
	Kurs	Beratung	Kurs und/oder Beratung	Kurs	Beratung	Kurs und/oder Beratung
	Anteil der Versicherten, die 1993 einen Kurs besucht, eine Beratung erhalten haben in %					
Gesunde Ernährung, Diät, Gewichtsreduktion	4	8	11	2	11	12
Raucherentwöhnung	--	1	1	--	5	5
Entspannung (z.B. autogenes Training)	16	8	22	12	6	17
Haltung, Rückenschulung	11	14	24	9	15	23
Massagetechnik	6	6	12	4	5	11
Gedächtnistraining	4	1	5	4	2	6
Bewegung	16	7	22	12	11	22
insgesamt (alle Themen)	33	25	47	23	33	48
n			685			567

Tabelle 3.21: Gesundheitsberatung nach soziodemografischen Gruppen

	zu einem oder mehreren Themen			n
	Kurs besucht	Beratung erhalten	Kurs besucht und/oder Beratung erhalten	
	- % -			
HMO-Versicherte				
Männer	21	21	36	341
Frauen	44	29	58	344
unter 50-Jährige	36	27	51	439
50-Jährige und älter	26	23	39	246
Traditionell Versicherte				
Männer	18	30	41	259
Frauen	28	36	54	308
unter 50-Jährige	29	30	50	302
50-Jährige und älter	17	37	45	265

3.3 Veränderungen in Merkmalen des Gesundheitszustandes

Die Veränderungen des Gesundheitszustandes bei den Mitgliedern verschiedener Versicherungstypen im Zeitablauf wäre theoretisch ein klassischer "outcome-Indikator". In der Praxis spielt er, wie schon in der Einleitung ausgeführt, nur eine geringe Rolle. Die Anwendbarkeit in Befragungen von **Versicherten** ist besonders begrenzt, da hier noch der Filter der subjektiven Wahrnehmung dazwischen liegt. Auch ist eine Repräsentativbefragung, wegen der geringen Prävalenz einzelner Leiden, wenig geeignet, symptomspezifische Veränderungen aufzuzeigen. Eher unspezifisch, den Gesundheitszustand insgesamt erfassende Messinstrumente, wie z.B. SF-36 (MOS Short-Form-Health Survey²⁰) "messen" aber auch nur schwach und sind daher besonders für einen kurzen Beobachtungszeitraum wenig geeignet.²¹

Der ergebnisorientierte Qualitätsvergleich wird im Rahmen der HMO-Evaluation denn auch im wesentlichen abgedeckt durch die Hypertoniestudie und die Patienten-Zufriedenheits-Skala.

Die Tatsache, dass es sich bei einer Teilstichprobe für die Untersuchung um eine Panelbefragung handelte, also um eine Befragung von Personen, die schon in der 1. Welle zwischen Herbst 91 und Herbst 92 befragt wurden, erlaubt aber immerhin Vergleiche bezüglich Veränderungen des subjektiven Gesundheitszustandes, der Häufigkeit chronisch Erkrankter sowie von Behinderungen. Die Hypothese lautet, dass sich gravierende Qualitätsdefizite in der medizinischen Versorgung von HMO-Versicherten auch nach 1 - 2 Jahren schon mindestens in einer Verschlechterung des subjektiven Gesundheitszustandes andeuten müssten. Dass eine solche Verschlechterung sehr unplausibel ist, lässt sich aus den Ergebnissen der Zufriedenheitsskala leicht ableiten.

Tatsächlich zeigt sich, dass die Veränderungen in der Einstufung des subjektiven Gesundheitszustandes in beiden Versicherungsgruppen praktisch gleich sind (Tab. 3.22):

- Je rd. 60 % geben 1993 die gleiche Bewertung ab wie 1991/92;
- Je rd. 20 % stufen 1993 ihren Gesundheitszustand besser ein als 1991/92;
- je rd. 20 % geben 1993 eine niedrigere Stufe an als 1991/92.

Die Randverteilungen sind je Gruppe praktisch gleich geblieben. Auch eine Aufgliederung nach dem Alter ergibt keine zusätzlichen Erkenntnisse.

20) Ware, J.E. et al.: The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF 36). In: Medical Care, Bd. 30, Nr. 6, 1992.

21) Hinzu kommt, dass es bei der HMO-Evaluation keine Vorher-Untersuchung gab.

Ebensowenig wie im Merkmal "subjektiver Gesundheitszustand" finden sich im Merkmal "chronische Erkrankungen" (versicherten-)gruppenspezifische Veränderungen (Tab. 3.22). Sowohl bei den HMO- als auch bei den traditionell Versicherten haben sich aber mehr Personen verbessert als verschlechtert. Das mag ein Phänomen der selektiven "Panelsterblichkeit" sein, d.h. dass sich vermutlich (ernsthaft) kranke Personen an der 2. Welle seltener beteiligt haben.

Insgesamt bieten die Ergebnisse, ebensowenig wie die in den vorhergehenden Kapiteln dargelegten, irgendwelche Hinweise auf eine Zunahme gesundheitlicher Probleme bei HMO-Versicherten.

Tabelle 3.22: Vergleich von Merkmalen des Gesundheitszustandes 1991/92 mit 1993¹⁾

Vergleich 1991/92 mit 1993	HMO-Versicherte			Traditionell Versicherte		
	ins- gesamt	<50 Jahre	50 u.m. Jahre ²⁾	ins- gesamt	<50 Jahre	50 u.m. Jahre ²⁾
	- % -					
Subjektiver Gesundheitszustand						
Gleich:						
- ausgezeichnet/ausgezeichnet	27	29	22	22	30	12
- gut/gut	32	31	37	34	28	42
- nicht besonders gut/nicht besonders gut bzw. schlecht/schlecht	2	1	3	4	2	7
konstant insgesamt	61	61	62	60	60	61
verbessert ³⁾	20	18	21	20	21	19
verschlechtert ⁴⁾	19	21	17	20	19	20
Σ	100	100	100	100	100	100
Chronische Erkrankungen						
Gleich:						
- keine/keine	63	67	56	53	61	41
- eine/eine	5	4	7	8	7	8
- zwei/zwei	2	2	3	8	3	15
konstant insgesamt	70	73	66	69	71	64
verbessert ⁵⁾	20	18	21	20	16	23
verschlechtert ⁶⁾	10	9	13	11	13	13
Σ	100	100	100	100	100	100
n	449	283	166	346	203	143

- 1) Panel, intrapersoneller Vergleich
- 2) Alter 1991
- 3) höhere Einstufung 1993 z.B. gut ⇒ ausgezeichnet
- 4) niedrigere Einstufung 1993 z.B. gut ⇒ nicht besonders gut
- 5) höhere Einstufung 1993 z.B. 1 chronische Krankheit ⇒ keine
- 6) niedrigere Einstufung 1993 z.B. keine chronische Krankheit ⇒ eine oder mehrere

4. Befragung der aus einer HMO Ausgetretenen

4.1 Einleitung

Eine Untersuchung der Struktur der Ausgetretenen, der Austrittsgründe und der Beurteilung der HMO durch wieder Ausgetretene hat zwei Hauptfunktionen:

- Sie ergänzt die Analyse der Zufriedenheit der Mitglieder um einen wichtigen Aspekt. Bei im Prinzip freier Versicherungswahl werden ja ernsthaft Unzufriedene nicht auf Dauer bei einer Versicherung bleiben. So kann im Extremfall nur eine Befragung von Ausgetretenen Auskunft geben über die subjektiv empfundenen Schwächen und Probleme.
- Austritte sind aber auch unter der Fragestellung der Risikoselektion zu analysieren.

Für beide Fragestellungen ist eine Unterscheidung der Austritte nach dem prinzipiellen Grad der Freiwilligkeit von Bedeutung. Austritte, die in der Folge eines Wohnortwechsels vorkommen, können quasi als "qualitätsneutral" gewertet werden, jedenfalls solange, wie es kein flächendeckendes HMO-Netz gibt. Von eigentlichem Interesse sind die Austritte, die nicht durch Wohnortwechsel erzwungen sind. Wir bezeichnen diese Gruppe im folgenden als "Abwähler".

Die "Abwahl" ist jedoch, wie noch zu zeigen sein wird, nicht notwendig immer Folge einer Unzufriedenheit, sondern kann auch andere Gründe haben.

Bei der Planung der Untersuchung wurde überlegt, die Wohnortwechsler, soweit sie sich identifizieren lassen, evtl. gar nicht in die Befragung einzubeziehen. Diese Überlegung wurde jedoch wieder verworfen, weil die Wohnortwechsler quasi als neutrale Beurteiler gelten können. Nach aller Erfahrung besteht eine Tendenz zu einer eher positiven Bewertung von Situationen, für die man sich entschieden hat und in denen man sich befindet. Ehemalige HMO-Mitglieder, die aus "neutralen" Gründen ausgeschieden sind, unterliegen jedoch diesem bias nicht mehr. Sie sind insofern eine hervorragende Kontrollgruppe für die Bewertungen durch die aktuellen Mitglieder.

Die Befragung der Ausgetretenen fand statt, als die HMOs 3-4 Jahre alt waren, kann also auch noch Anfangsschwierigkeiten und Anfangsirrtümer reflektieren. Vor allem kann sie nicht zeigen, welche Struktur und Motivation der Austritte sich einstellen wird, wenn die HMOs und ihre Mitglieder älter werden. Darüber können nur kontinuierliche Erhebungen Aufschluss geben.

4.2 Austrittsgründe und Struktur der Austritte

4.2.1 Austrittsgründe

Bezogen auf den durchschnittlichen jährlichen Mitgliederbestand sind 1992 11 %, 1993 5 % und 1994 7 % HMO-Austritte vorgekommen.¹⁾ Von diesen waren 5 % durch Tod bedingt. Die **Austrittsgründe** wurden mit einer offenen Frage erfasst.

- Rund 35 % geben die HMO-Versicherung auf, weil sie den **Wohnort wechseln**²⁾, die Wohnortwechsler nannten nur ganz selten noch andere Gründe;
- rund 20 % waren mit der **ärztlichen Behandlung und Betreuung unzufrieden**;
- rund 15 % geben an, dass sie der Verzicht auf die **freie Arztwahl** gestört hat;
- knapp 10 % nennen Probleme mit der **Patienten-Administration**, z.B. den Terminvereinbarungen;
- rund 5 % störten sich daran, dass in den HMOs zuwenig (keine) **Spezialärzte** sind;
- rund 5 % beklagen, dass keine **Hausbesuche** gemacht würden und/oder keine nächtliche **Notfallbereitschaft** der HMO-Ärzte organisiert sei;
- für ebenfalls rund 5 % erwies sich die **HMO-Praxis** als zu **ungünstig gelegen**, zu weit weg vom eigenen Wohn- oder Arbeitsort, bzw. schlecht erreichbar;
- neben diesen Hauptgruppen gab es eine Reihe von weiteren Gründen, die jedoch jeweils nur von 1 oder 2 Personen genannt wurden;
- knappe 10 % gaben ihre Gründe nicht an.

Einige Beispiele mögen zur Veranschaulichung beitragen.

Die Ausgetretenen, die mit der **ärztlichen Behandlung und Betreuung** unzufrieden waren, gaben z.B. an:

- Fehlendes Vertrauen in den Arzt, der Arzt hatte zu wenig Erfahrung;
- man wurde belehrt statt behandelt;

1) Vgl. Untersuchungsbericht 4.

2) 34 % laut Befragung, 35 % laut Statistik der beiden JGAK-HMOs. Für das MZH liegen entsprechende Angaben nicht vor.

- man "konnte" mit dem Arzt nicht reden, wollte wieder einen Vertrauensarzt mit persönlicher Beziehung;
- man verschreibt nur die billigen Medikamente, erst wenn sie nicht helfen, die teureren;
- "lebenswichtige" Medikamente nicht erhalten, für täglich notwendige Spritze musste der ehemalige Hausarzt kommen;
- Tests wurden verweigert.

Befragte, die das Fehlen der **freien Arztwahl** genannt haben, gaben nur ganz selten konkrete Schilderungen, wie z.B.

- dass sie den vertrauten Frauenarzt oder einen anderen vertrauten Spezialisten nicht mehr aufsuchen durften;
- dass ihnen keine Auswahl angeboten wurde;

Man gewinnt den Eindruck, dass kaum konkrete Verärgerungen vorlagen, sondern es ums Prinzip geht (s. dazu auch weiter unten).

Mängel in der **Patienten-Administration** bezogen sich u.a. auf:

- lange Wartezeiten bis zum Termin;
- viele Anrufe nötig, um überhaupt einen Termin zu erhalten;
- Operationstermin wurde nicht mitgeteilt, musste 4 mal anrufen, um ihn zu erfahren;
- zu wenig Ordnung, Chaos in der Terminführung, der Führung der Unterlagen.

Wer das **Fehlen von Spezialärzten** in der HMO beklagte, hatte offenkundig in der HMO eine Rundum-Versorgung erwartet. Vermisst wurden u.a. Kinderärzte, Frauenärzte, Psychotherapeuten.

Hausbesuche und Notfallbereitschaft wurden am ehesten von älteren Menschen vermisst:

- "Der HMO ist nichts für alte Leute, bis jemand kommt, kann man schon tot sein";
- "ich bin gehbehindert und musste jedes Mal ein Taxi nehmen, der Arzt war nicht bereit, nach Hause zu kommen";
- wenn ein nächtlicher Notfall eintritt, muss man den Notarzt rufen, der den Patienten nicht kennt.

Weitere nur vereinzelte Nennungen bezogen sich auf:

- die HMO wird von anderen Ärzten und im Spital nicht akzeptiert;
- es wird zuviel Wert auf Alternativmethoden gelegt;
- häufiger Arzt- und Personalwechsel;
- Kosten wurden nicht übernommen, Akupunktur nicht bezahlt.

Interessant ist, dass Probleme mit der Kostenübernahme nur vereinzelt angesprochen wurden, ebenso wie auch nur vereinzelt der Verdacht, dass eine "Billigmedizin" betrieben würde, als Austrittsgrund benannt wurde.

4.2.2 Dauer der HMO-Mitgliedschaft und Häufigkeit der Kontakte

Die Mehrzahl, nämlich 3/4 der Ausgetretenen war nur bis zu 2 Jahre lang HMO-Mitglied. Untergliedert nach den Austrittsgründen, zeigt sich noch deutlicher, dass in den ersten 2 Jahren Weichen gestellt werden: Von den Wohnortwechslern waren 61 % nur bis zu 2 Jahre bei der HMO, von den Abwählern, also den Aussteigern aus sonstigen Gründen, aber 82 % (Tabelle 4.1). Das heisst selbstverständlich nur, dass in den ersten zwei Jahren **eine** Weiche liegt; die HMOs sind noch zu jung, um eine Aussage treffen zu können, ob es noch andere Weichen gibt (z.B. mit dem Älterwerden oder der Verschlechterung des Gesundheitszustandes).³⁾

Rund ein Viertel der Ausgetretenen 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 (Tabelle 4.1).⁴⁾

Besonders überraschend ist, dass auch unter den Abwählern so viele nicht mit der HMO in Berührung kamen; offenkundig haben sie eine Austrittsentscheidung gefasst, ohne unmittelbar 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

3) Um dies feststellen zu können, müsste die Aussteigerbefragung in Abständen wiederholt werden.

4) In irgendeiner Form kamen allerdings rund 90 % mit der HMO in direkte Berührung, möglicherweise bei der Anmeldung für die Versicherung, oder sie haben sich in der Praxis umgeschaut.

Befund gestützt, dass der Austrittsgrund "keine freie Arztwahl" besonders häufig in der Gruppe genannt wird, die noch gar nicht bei HMO-Ärzten waren. Es scheint, dass mehr ein Prinzip bemängelt wird, als dass konkrete Probleme vorgelegen hätten.

Tabelle 4.1: Dauer der HMO-Mitgliedschaft und HMO-Besuche

	Ausgetretene				
	insgesamt	Wohnort- wechsler	Abwähler		
			insgesamt	< 35 Jahre	35 + Jahre
	- % -				
Dauer der HMO-Mitgliedschaft					
weniger als 1 Jahr	23	17	26	34	20
1 - 2 Jahre	52	44	56	51	60
länger als 2 Jahre	24	39	16	15	17
keine Angaben	1	-	2	-	3
Σ	100	100	100	100	100
Überhaupt in der HMO zur Konsultation					
gewesen	74	74	75	72	77
nicht gewesen	26	26	25	28	23
Σ	100	100	100	100	100
n	168	57	111	47	64
Häufigkeit der Konsultationen					
1 - 2 Mal	39	41	39	32	43
3 - 5 Mal	30	38	26	21	31
6 - 10 Mal	19	7	24	35	16
öfter	12	14	11	12	10
Σ	100	100	100	100	100
n	125	42	83	34	49

4.2.3 Soziodemographische Struktur der Ausgetretenen und Gesundheitsmerkmale

Unter den Ausgetretenen sind die **Frauen** mit 55 % in der Mehrzahl⁵⁾; da sie unter den Mitgliedern (schwach) in der Minderheit sind, besagt dies, dass Frauen deutlich häufiger als Männer die HMO wieder verlassen. Da beim "neutralen" Austrittsgrund "Wohnortwechsel" die Männer in der Mehrzahl sind, wird das Frauenübergewicht bei den **Abwählern** mit 65 % noch stärker (Tabelle 4.2). Frauen haben offenkundig weniger Neigung, einer HMO beizutreten und treten auch eher wieder aus, weil bzw. wenn ihnen etwas nicht gefällt. Andererseits hat sich bei der Analyse der Zufriedenheit der HMO-Patienten ergeben, dass Frauen sogar höhere Zufriedenheit aufweisen als Männer (vgl. Kapitel 3.1).

Deutlich überrepräsentiert sind unter den Ausgetretenen im Vergleich zur Mitgliederstruktur auch die **Jungen** und zwar vor allem unter den Wohnortwechslern, schwächer auch in der Gruppe derer, die nicht wegen Wohnortwechsel ausgeschieden ist (Tab. 4.2). Da für HMO-Versicherte jeden Alters die Rückkehr in die herkömmliche Versicherung ihrer Krankenkasse zu den alten Bedingungen möglich ist, können Wechselprobleme nicht der Grund sein für die höhere HMO-Treue der älteren Mitglieder.

25 % der Abwähler sind junge (unter 35-jährige) Frauen, aber nur 15 % der Mitglieder. Eine Erklärung für dieses Phänomen konnte aus den Befragungsdaten nicht direkt gefunden werden.

Ein gewisser Hinweis ergibt sich aus der **Haushaltsstruktur** und dem **Familienstand**; unter den jungen Abwählern gibt es erheblich weniger 1-Personen-Haushalte und erheblich mehr **Verheiratete** als unter den jungen Mitgliedern. Möglich ist, dass Frauen sich z.B. im Zuge von Familiengründungen der Krankenkasse ihres Mannes anschliessen.

Schliesslich fällt noch auf, dass unter den jungen Ausgetretenen der Ausländeranteil mit 23 % weit über dem Durchschnitt liegt; hierfür findet sich keine direkte Erklärung. Es könnte aber sein, dass unter den Ausländern „irrtümliche“ Eintritte besonders häufig vorkommen.

Unterschiede nach dem **Schulabschluss** zwischen den HMO-Mitgliedern und den Abwählern bestehen nicht.

5) 55 % laut Stichprobe, unter den Befragten sind es 57 %, unter den "korrigierten" Befragten (also ohne fehlerhafte Stichprobenangaben) 58 %.

Tabelle 4.2: Soziodemographische Struktur der Ausgetretenen und der Mitglieder

	Ausgetretene					Mitglieder ¹⁾		
	insgesamt	Wohnort- wechsler	Abwähler			insgesamt	< 35 Jahre	35 + Jahre
			insgesamt	< 35 Jahre	35 + Jahre			
- % -								
Geschlecht								
Männer	42	54	35	40	30	51	51	51
Frauen	58	46	65	60	70	49	49	49
Σ	100	100	100	100	100	100	100	100
Jahrgang								
bis 1917	10	4	13			16		
1918 - 1957	36	23	43			49		
1958 +	54	73	44			35		
Σ	100	100	100			100		
Haushaltsgrösse								
1 Person	28	23	31	19	39	32	30	33
2 Personen	44	42	45	47	44	38	38	39
3 Personen	14	18	12	13	11	14	18	11
4 oder mehr Personen	14	17	12	21	6	16	14	17
Σ	100	100	100	100	100	100	100	100
Familienstand								
ledig	34	39	32	49	20	33	61	21
verheiratet	51	52	51	49	52	49	35	55
geschieden/getrennt	11	9	12	2	19	11	4	14
verwitwet	4	-	5	-	9	7	-	10
Σ	100	100	100	100	100	100	100	100

1) Quelle: Vergleichsuntersuchung „qualitative Aspekte“.

Tabelle 4.2: Fortsetzung

	Ausgetretene					Mitglieder		
	insgesamt	Wohnort- wechsler	Abwähler			insgesamt	< 35 Jahre	35 + Jahre
			insgesamt	< 35 Jahre	35 + Jahre			
- % -								
Kinder								
Haushalt								
- mit Kindern unter 10 Jahre	21	30	28	28	28	16	23	13
- ohne Kinder unter 10 Jahre	79	70	72	72	72	84	77	87
Σ	100	100	100	100	100	100	100	100
Schulabschluss								
Bis Berufsschule	59	51	62	64	69	64	53	69
Mittlerer Abschluss ¹⁾	27	32	25	17	13	17	26	13
Höherer Abschluss ¹⁾	14	17	13	19	18	19	21	18
Σ	100	100	100	100	100	100	100	100
Nationalität								
Schweizer	86	90	85	77	91	92	90	93
Ausländer	14	10	15	23	9	8	10	7
Σ	100	100	100	100	100	100	100	100
n	168	57	111	47	64	802	250	552

1) Mittlerer Abschluss= Diplommittelschule, Maturitätsschule, Meisterschule, etc.; Höherer Abschluss = HTL, HWV etc. und Universität.

Als Indikatoren für den **Gesundheitszustand** wurden erfragt

- der subjektive Gesundheitszustand;
- (innerhalb von 12 Monaten behandelte) chronische Erkrankungen⁶⁾
- Behinderungen;
- Spitalaufenthalte.

Da der aktuelle Stand erfragt wurde und bei zurückliegenden Ereignissen nicht differenziert werden kann, ob sie noch innerhalb der HMO-Zeit lagen oder nicht, sind die Indikatoren nicht sehr genau.⁷⁾

Erwartungsgemäss gibt es in den Indikatoren für den Gesundheitszustand bei den **Wohnortwechslern** keinen Unterschied zu den (ihnen in der Altersgruppe weitgehend entsprechenden) Mitgliedern unter 35 Jahren. Auch die Veränderungen des subjektiven Gesundheitszustandes innerhalb eines Jahres unterscheiden sich nicht. Auch die unter 35-jährigen **Abwähler** unterscheiden sich in den erfassten Merkmalen des Gesundheitszustandes nicht wesentlich von den gleichaltrigen Mitgliedern.

Anders sieht es bei den ab **35-jährigen Abwählern** aus: In dieser Gruppe weisen die Merkmale (statistisch signifikant) darauf hin, dass eher "Kranke" die HMO verlassen haben (Tab. 4.3).

- Der subjektive Gesundheitszustand ist bei 24 % der älteren Abwähler nicht besonders gut oder schlecht, aber nur bei 7 % der älteren Mitglieder;
- 36 % der älteren Abwähler geben an, eine Behinderung zu haben gegenüber 11 % der entsprechenden Mitglieder; ähnlich sind die Unterschiede hinsichtlich des Merkmals "chronische Krankheiten";
- häufiger als die Mitglieder waren die Abwähler auch innerhalb von 3 Jahren vor der Befragung stationär in einem Spital; dies kann aber mit dem höheren Frauenanteil zusammenhängen.

Wenn man dies als Indikatoren für Risikoselektion durch Austritte werten will, muss allerdings auch darauf hingewiesen werden, dass es sich - bezogen auf die Mitglieder - um sehr kleine Gruppen handelt. Wenn im Durchschnitt etwa 7 %⁸⁾ austreten, davon 1/3 wegen Wegzug, wenn von den restlichen Austretenden 42 % unter 35 Jahren sind, bleiben gerade noch 2 -

6) Skala aus 14 chronischen Krankheiten.

7) Es hätte die Befragten zweifellos überfordert nach den genauen Daten für die Behandlung chronischer Krankheiten oder dem genauen Datum eines Spitalaufenthaltes zu fragen. Andererseits waren bei den geringen Fallzahlen Grobzuordnungen in der Auswertung auch nicht vertretbar. Genaue Informationen können die Administrationsdaten liefern, z.B. in der Häufigkeit von Arztkonsultationen.

8) im Jahr 1993; vorher war der Anteil höher, spiegelte aber auch spezifische Anfangsprobleme wider.

3 % Austritte bezogen auf die Mitglieder, bei denen tendenziell eher die schlechteren Risiken abwandern. Insgesamt wandern mit den bis 35-Jährigen eher gute Risiken ab.

Tabelle 4.3: Merkmale des Gesundheitszustandes bei Ausgetretenen und Mitgliedern

	Ausgetretene					Mitglieder		
	insgesamt	Wohnort- wechsler	Abwähler			insgesamt	< 35 Jahre	35 + Jahre
			insgesamt	< 35 Jahre	35 + Jahre			
- % -								
Subjektiver Gesundheitszustand								
ausgezeichnet	33	40	29	45	17	41	48	38
gut	57	56	57	55	59	53	48	55
nicht besonders gut	8	2	11	-	19	6	4	6
schlecht	2	2	3	-	5	-	-	1
Σ	100	100	100	100	100	100	100	100
Chronische Erkrankungen innerhalb von 12 Monaten								
keine	59	67	55	66	47	74	76	73
1 oder mehr	41	33	45	34	53	26	24	27
Σ	100	100	100	100	100	100	100	100
Behinderung vorhanden								
ja	19	7	25	11	36	10	5	11
nein	81	93	75	89	64	90	95	89
Σ	100	100	100	100	100	100	100	100
Spitalaufenthalt seit 1991								
ja	19	20	19	19	19	12	9	13
nein	81	80	81	81	81	88	91	87
Σ	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabelle 4.3: Fortsetzung

	Ausgetretene					Mitglieder		
	insgesamt	Wohnort- wechsler	Abwähler			insgesamt	< 35 Jahre	35 + Jahre
			insgesamt	< 35 Jahre	35 + Jahre			
- % -								
Subjektiver Gesundheitszustand im Vergleich zu vor einem Jahr								
heute:								
viel besser	10	10	9	6	11	3	3	3
etwas besser	16	12	18	26	13	12	12	12
etwa gleich	66	74	62	66	59	78	79	78
etwas schlechter	6	2	8	2	12	6	6	6
viel schlechter	2	2	3	-	5	1	-	1
Σ	100	100	100	100	100	100	100	100
n	168	57	111	47	64	802	250	552

Die Abwähler geben signifikant häufiger als die Mitglieder an, dass ihr momentaner Gesundheitszustand besser ist als vor einem Jahr; die Mehrzahl auch der Abwähler berichtet aber von gleich gebliebenem Gesundheitszustand (Tab. 4.3).

4.3 Beurteilung der HMO durch ehemalige Mitglieder

4.3.1 Die Patienten-Zufriedenheits-Skala

Den ehemaligen HMO-Versicherten wurde in der schriftlichen Erhebung die gleiche 41 Items umfassende Skala vorgelegt wie den Mitgliedern.⁹⁾ Die Frage lautete bei ihnen:

"Es steht hier eine Reihe von Aussagen, die man über seine medizinische Versorgung machen kann. Bitte kreuzen Sie bei jeder an, was am ehesten Ihrer Meinung entspricht. Denken Sie dabei bitte an Ihren Arzt oder Ihre Ärztin in der HMO bzw. dem MZH zurück. Bitte beantworten Sie die Frage auch dann, wenn Sie nur wenige Male in der HMO/MZH-Praxis waren."

Die Items waren entsprechend umformuliert. Beispiel:

- bei Mitgliedern: Die Sprechstundenzeiten der Praxis sind günstig für mich
- bei Ausgetretenen: Die Sprechstundenzeiten der HMO-Praxis waren günstig für mich

Es wurde das gleiche Auswertungsverfahren wie bei den Mitgliedern angewandt.

Das Ergebnis lässt sich in wenigen Punkten zusammenfassen (Tabelle 4.4):

- Die **Abwähler** beurteilen in allen Subskalen die HMO sehr viel schlechter (statistisch durchweg hochsignifikant, d.h. mit einer Wahrscheinlichkeit von 99 %) 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

9) nur ehemaligen Mitgliedern, die überhaupt in der HMO zur Untersuchung oder Behandlung waren.

etwa gleich viel positive wie negative Urteile abgegeben wurden, bzw. das "Unentschieden" dominierte. Dies ist noch einmal ein Hinweis darauf, dass sich viele Abwähler mit der ganz konkreten Kritik etwas zurückhalten, während das allgemeine Urteil eher vernichtend ist.

- Diejenigen, die wegen **Wohnortwechsels** aus einer HMO ausgetreten sind, haben fast durchweg leicht geringere Zufriedenheitswerte als die Mitglieder. Die Unterschiede sind in keinem Fall statistisch signifikant, was aber durch die kleinen Befragtenzahlen verursacht sein kann. Es wäre durchaus plausibel, wenn die Wohnortwechsler in der Beurteilung etwas tiefer lägen als die Mitglieder, weil aktuelle Mitgliedschaft bzw. Teilhabe immer zu einer eher positiven Beurteilung verführt (Problem der kognitiven Dissonanzreduktion)¹⁰⁾. Wichtig ist, dass die Wohnortwechsler, die ja keinen Anlass mehr haben, positiv zur HMO eingestellt zu sein, allenfalls geringfügig negativer urteilen als die Mitglieder. Das ist ein guter Beleg für die Gültigkeit der Skala bzw. der Ergebnisse, nämlich dass tatsächlich "Zufriedenheit" gemessen wurde.

Tabelle 4.4: Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der ärztlichen Versorgung bei Aussteigern und Mitgliedern¹¹⁾

	Aussteiger			HMO-Versicherte insgesamt
	insgesamt	Wohnortwechsler	Abwähler	
	Ø in % des maximal erreichbaren Wertes insgesamt			
Subskalen				
– Allgemeine Zufriedenheit	43,2	69,4	28,7	74,9
– Fachlich/technische Qualität	57,2	70,5	49,0	73,5
– Zwischenmenschliche Beziehungen	60,8	76,2	52,0	78,8
– Kommunikation	59,6	72,2	52,2	74,5
– Zugang, Erreichbarkeit, Annehmlichkeit	52,7	61,4	48,5	65,9
– Konsultationsdauer	56,3	71,3	48,0	71,5
– Kostenbewusstsein	57,7	65,9	52,6	71,6
n	101	35	66	585

Skalenwert über alle 41 Items zusammen nicht ausgewiesen, weil wegen kumulierter fehlender Werte Basis problematisch.

fett: Unterschied zwischen Abwählern und Wohnortwechslern bzw. Mitgliedern signifikant.

10) Das Phänomen würde man auch vorfinden, wenn man z.B. Wohnortwechsler nach der Beurteilung ihres früheren Hausarztes fragen würde.

11) Ergebnisse für Einzelitems s. Tab. A7.

4.3.2 Weitere Informationen zur Zufriedenheit

Im telefonischen Interview wurde den Ausgetretenen eine allgemeine Frage zur Zufriedenheit mit der HMO gestellt und anschliessend daran offen nach positiven (was hat Ihnen gefallen, gibt es überhaupt etwas, was Ihnen gefallen hat) und negativen Erfahrungen gefragt.

Die Antworten auf die allgemeine Zufriedenheitsfrage belegen noch einmal, dass die grosse Mehrzahl der Abwähler (rund 3/4) tatsächlich aus Unzufriedenheit ausgetreten ist, während bei etwa einem Viertel Gründe ausschlaggebend gewesen sein dürften, die nicht primär mit der HMO zusammenhängen. Die Antworten der Wohnortwechsler zeigen noch einmal, dass sie mehrheitlich mit der HMO einverstanden waren (Tab.4.5). Auch auf die direkte Frage, ob sie sich, unabhängig vom Wohnortwechsel, auch sonst überlegt haben, evtl. auszutreten, antworten nur 17 % mit ja.

Nach den etwaigen positiven Seiten der HMO gefragt, sagen von den Abwählern rund 30 % definitiv, es habe ihnen gar nichts gefallen. Die häufigeren positiven Aussagen sind folgende:

- Den Kostenvorteil wegen niedrigerer Prämie bzw. Wegfall von Selbstbehalt und Franchise erwähnen etwa 20 %.
- Je rund 10 % bezogen sich auf "das interessante System, gute Konzept", auf die "Gruppenpraxis, Teamarbeit der Ärzte", die "gute Atmosphäre, das nette Personal" sowie auf "Alternativmedizin, Chiropraktik u.ä."
- Weitere mehrfach erwähnte positive Erfahrungen (je rund 5 %) waren:
 - gute Ärzte
 - schnelle und unkomplizierte administrative Bearbeitung
 - Ärzte sind sorgfältig und nehmen sich Zeit, der Patient steht im Mittelpunkt
 - das Angebot von Kursen.

Nicht überraschend ist, dass die Wohnortwechsler erheblich häufiger positive Punkte genannt haben. In der Reihenfolge bleibt es ungefähr bei der genannten, nur die Sorgfalt, Patientenorientierung und der Zeiteinsatz der Ärzte erhalten einen deutlich höheren Rang.

Die Antworten auf die Frage, was einem nicht gefallen, was einen gestört oder geärgert hat, wiederholen im Grunde noch einmal die Ausstiegsgründe. Es lohnt daher nicht, weiter darauf einzugehen.

Tabelle 4.5: Allgemeine Zufriedenheit bei Aussteigern und Mitgliedern

	Aussteiger			Mitglieder
	insgesamt	Wohnort- wechsler	Abwähler	
	- % -			
Mit der HMO				
sehr zufrieden	24	49	12	
zufrieden	19	32	12	
eher unzufrieden	49	10	69	*
keine Erfahrung, bin nie dort gewesen	8	9	7	
Σ	100	100	100	
n	168	57	111	
Nur Aussteiger/Mitglieder, die zur Konsultation in HMO waren¹⁾				
sehr zufrieden	26	55	11	66
zufrieden	21	33	14	29
eher unzufrieden	53	12	75	4
weiss nicht, k.A.	-	-	-	1
Σ	100	100	100	100
n	125	42	83	687

1) Rund 25 % der Aussteiger waren nicht zur Konsultation in der HMO. Die Differenz zu obiger "keine Erfahrung" bezieht sich vermutlich auf Personen, die zu anderen Zwecken mal in der HMO waren.

* Die Frage wurde nur HMO-Versicherten gestellt, die schon zur Konsultation in der HMO waren.

Den **Prämienvorteil** bei der HMO bestätigen auch die Abwähler: Rund 40 % finden, dass die Prämie im Verhältnis zu den Leistungen günstig war, 19 % fanden sie zu hoch. Ihre jetzige Prämie - in 3 von 4 Fällen höher als die HMO Prämie - finden dagegen nur 10 % günstig, 33 % zu hoch (Tabelle 4.6). Der finanzielle Aspekt dürfte also allenfalls bei wenigen für einen Austritt gesprochen haben, bei den meisten aber dagegen.

Schliesslich sei noch erwähnt, dass hinsichtlich der persönlichen Neigung zu Naturheilverfahren und Alternativmedizin keine Unterschiede bestehen zwischen Abwählern, Wohnortwechslern und den Mitgliedern und ebenfalls keine in der Einschätzung der Neigung der HMO-Ärzte. Ein potentieller Konfliktpunkt ist hier also nicht erkennbar.

Ihre jetzige Gesundheitsversorgung beurteilen fast 50 % der Abwähler als besser als die zu HMO-Zeiten, rund 40 % sehen keinen Unterschied. Unter den Wohnortwechslern meinen je rund 10 % sie hätten sich verbessert oder verschlechtert, die Mehrzahl sieht keinen Unterschied. Dabei ist zu bedenken, dass die Gruppe der Wohnortwechsler sehr jung ist und sicher nicht gerade zu den Vielnutzern der gesundheitlichen Dienste gehört.

Tabelle 4.6: Beurteilung der jetzigen Prämie und der HMO-Prämie durch Aussteiger

	Aussteiger			HMO-Mitglieder
	insgesamt	Wohnort-wechsler	Abwähler	
	in %			
Im Verhältnis zu den Leistungen ist jetzige KV-Prämie:				
günstig	10	10	10	
angemessen	51	47	52	
etwas zu hoch	25	28	23	
viel zu hoch	10	11	10	
kein Urteil	4	4	5	
Σ	100	100	100	
Prämie bei HMO war/ist:				
günstig	43	51	39	37
angemessen	40	44	39	44
etwas zu hoch	9	2	13	11
viel zu hoch	3	–	4	4
kein Urteil	5	3	5	4
Σ	100	100	100	100
Jetzige Prämie ist im Vergleich zur HMO-Prämie				
höher	79	86	76	
gleich	7	7	7	
niedriger	8	3	10	
weiss nicht	6	4	7	
Σ	100	100	100	
n	168	57	111	

Anhang 1

Struktur der Stichprobe und der Befragten

Tabelle A1: Paneladressen und neu gezogene Adressen in der Vergleichsstudie

	Traditionell Versicherte		HMO-Versicherte ¹⁾	
	Stichprobe ²⁾	Befragte	Stichprobe ²⁾	Befragte ³⁾
Panel	443	346	530	449
neu gezogen	538	314	500	383
Σ	981	660	1030	832

1) laut Stichprobe, also ohne Korrektur.

2) Effektiv an Link gelieferte Adressen.

3) Beteiligung HMO in Befragung.

Tabelle A2: Versicherten-Stichprobe und Befragtenanteil der 3 HMOs

	Versicherte ¹⁾		Stichprobe		Tel.-Befragte ²⁾	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%
IGAK Zürich	5.379	43,9	530	51,0	434	54,1
IGAK Basel	4.339	35,4	260	25,0	188	23,5
MZH	2.546	20,7	250	24,0	180	22,4
Σ	12.264	100,0	1.040	100	802	100

1) Durchschnittlicher Versichertenbestand 1993, vgl. Prognos: HMO-Evaluation, Zwischenbericht 1994.

2) Nur tatsächlich HMO-Versicherte, ohne fehlerhafte Zuordnung.

Tabelle A3: Zusammensetzung der Stichprobe und der Befragten in der Vergleichsstudie

	Stichprobe	bereinigte Stichprobe	Befragte	
			Telefon-interview	schriftlicher Fragebogen
- % -				
Traditionell Versicherte				
Jahrgang				
bis 1917	9,3	8,0	5,8	5,1
1918 bis 1927	12,9	12,8	13,8	14,6
1928 bis 1936	15,7	15,4	16,4	17,6
1937 bis 1946	17,9	18,0	19,4	19,4
1947 bis 1956	17,0	17,2	17,4	16,9
1957 bis 1966	18,7	19,7	19,4	19,6
1967 und jünger	8,0	8,9	7,9	6,7
Σ	99,4	100	100,1	99,9
Geschlecht				
Männer	43,2	45,8	46,1	49,9
Frauen	56,8	54,2	53,9	50,1
Σ	100	100	100	100
HMO-Versicherte				
Jahrgang				
bis 1917	4,9	5,1	4,8	4,8
1918 bis 1927	10,9	10,7	10,9	11,0
1928 bis 1936	12,5	12,7	13,5	13,3
1937 bis 1946	15,0	14,1	14,2	14,3
1947 bis 1956	21,8	22,1	22,4	22,6
1957 bis 1966	29,9	29,9	29,3	29,6
1967 und jünger	5,1	5,4	4,9	4,4
Σ	100,1	100	101	100
Geschlecht				
Männer	51,3	51,9	51,3	49,9
Frauen	48,7	48,1	48,7	50,1
Σ	100	100	100	100

Umgewichtung: Bei traditionell Versicherten wurde die Altersstruktur der telefonisch Befragten so umgewichtet, dass sie der Struktur der Stichprobe entspricht.

Galt: Anteil der Altersgruppen in der Stichprobe
Anteil der Altersgruppen bei den Befragten

Tabelle A4: Zusammensetzung der Stichprobe und der Befragten bei HMO-Aussteigern

	Stichprobe	bereinigte Stichprobe	Befragte	
			Telefon- interview	schriftlicher Fragebogen
- % -				
Jahrgang				
bis 1927	11	8	9	6
1928 bis 1947	18	17	19	19
1948 bis 1967	56	59	58	63
1968 +	15	16	14	11
Σ	100	100	100	99
Geschlecht				
Männer	45	47	43	46
Frauen	55	53	57	54
Σ	100	100	100	100

Anhang 2

Ergänzende Auswertungstabellen

Tabelle A5: Ergebnisse für Einzelstatements in der Vergleichsuntersuchung

	HMO-Versicherte							Traditionell Versicherte						
	stimmt voll u. ganz	stimmt	unent-schieden	stimmt nicht	stimmt gar nicht	k.A.	Σ	stimmt voll u. ganz	stimmt	unent-schieden	stimmt nicht	stimmt gar nicht	k.A.	Σ
%														
Allgemeine Zufriedenheit:														
- Bezüglich meiner medizinischen Versorgung könnte manches besser sein	-	4	15	51	27	3	100	1	8	16	51	22	2	100
- Mit einigen Dingen bin ich hinsichtlich meiner Behandlung nicht zufrieden	1	10	12	52	21	4	100	1	11	12	49	24	3	100
- Alles in allem bin ich mit meiner ärztlichen Versorgung sehr zufrieden	27	59	7	3	1	3	100	33	54	9	2	-	2	100
Fachlich/technische Qualität:														
- Ich bin überzeugt, dass mein Arzt auf dem neuesten Wissensstand ist	16	52	26	2	1	3	100	18	51	25	3	1	2	100
- Ich glaube, die Arztpraxis ist für medizinische Untersuchungen und Tests hervorragend ausgestattet	23	52	19	2	-	4	100	18	50	25	4	1	2	100
- Mein Arzt sollte bei Behandlungen und Untersuchungen etwas gründlicher sein	2	9	11	45	31	2	100	4	12	14	42	26	2	100
- Der Arzt und das Personal sind bei Behandlungen und Untersuchungen sehr gewissenhaft	21	63	11	1	-	4	100	25	61	10	1	1	2	100
- Manchmal frage ich mich schon, ob die Diagnose des Arztes richtig ist	2	11	19	46	18	4	100	-	15	17	48	17	3	100
- Der Arzt hat zu wenig Erfahrung mit meiner Art von Krankheit	1	5	19	46	26	3	100	-	4	15	48	30	3	100
- Der Arzt ist sehr kompetent und gut ausgebildet	19	56	20	1	-	4	100	25	56	17	-	-	2	100
- Mir sind schon Zweifel an den Fähigkeiten meines Arztes gekommen	1	4	8	48	37	2	100	-	6	10	39	43	2	100
- Mein Arzt setzt mich nie unnötigen Risiken aus	15	61	17	2	1	4	100	24	57	13	2	1	3	100
- Ratschläge zur Gesundheitsvorsorge und Vermeidung von Krankheiten kommen bei meinem Arzt eher zu kurz	1	8	18	52	16	5	100	2	14	22	44	14	4	100

Tabelle A5: Ergebnisse für Einzelstatements in der Vergleichsuntersuchung (Forts. 1)

	HMO-Versicherte							Traditionell Versicherte						
	stimmt voll u. ganz	stimmt	unentschieden	stimmt nicht	stimmt gar nicht	k.A.	Σ	stimmt voll u. ganz	stimmt	unentschieden	stimmt nicht	stimmt gar nicht	k.A.	Σ
	%													
Zwischenmenschliche Beziehung:														
- Der Arzt ist manchmal zu geschäftsmässig und unpersönlich	1	3	7	56	29	4	100	2	5	11	49	31	2	100
- Der Arzt tut sein Bestes, dem Patienten Ängste zu nehmen	20	60	14	3	1	2	100	23	56	14	4	2	1	100
- Man spürt, dass sich der Arzt für den Menschen interessiert und nicht nur für die Krankheit	20	51	18	5	2	4	100	21	48	19	7	3	2	100
- Der Arzt gibt sich manchmal sehr überheblich	-	1	4	42	50	3	100	-	3	6	42	46	3	100
- Der Arzt ist immer sehr freundlich und höflich zu mir	35	58	2	1	1	3	100	41	54	4	-	-	1	100
- Manchmal habe ich das Gefühl, dass mich der Arzt nicht ganz ernst nimmt	1	5	8	42	42	2	100	1	8	10	44	36	1	100
Kommunikation:														
- Der Arzt erklärt mir in verständlicher Weise den Grund für einen medizinischen Test	19	62	11	2	-	6	100	25	60	8	4	1	2	100
- Manchmal verwendet der Arzt medizinische Fachausdrücke, ohne sie zu erklären	1	3	10	52	31	3	100	1	7	9	52	30	1	100
- Ich kann mit meinem Arzt über alles reden, was mir am Herzen liegt	23	43	25	6	1	2	100	26	45	19	7	1	2	100
- Es kommt vor, dass der Arzt Dinge unbeachtet lässt, die ich ihm sage	1	6	15	58	16	4	100	1	11	14	54	17	3	100
- Mein Arzt hört mir immer sehr genau zu	29	56	10	3	1	1	100	30	53	12	3	1	1	100
Zugang, Erreichbarkeit, Annehmlichkeit:														
- Es ist schwierig, bei meinem Arzt sofort einen Termin zu bekommen	2	8	16	44	27	3	100	2	9	10	44	34	1	100
- Im Notfall kann ich leicht ärztliche Hilfe bekommen	18	46	24	5	2	5	100	27	47	17	5	3	1	100
- Mein Arzt sollte mehr Sprechstunden halten	2	5	30	42	17	4	100	1	5	21	50	21	2	100
- Die Arztpraxis ist für mich gut zu erreichen	27	51	11	8	2	1	100	32	59	4	3	1	1	100
- Die Sprechstunden der Praxis sind günstig für mich	15	61	14	5	1	4	100	22	61	10	4	1	2	100
- Ich muss in der Praxis oft lange warten	2	9	17	51	19	2	100	5	18	21	38	17	1	100
- Immer, wenn mein Arzt unsicher ist, was mit mir nicht stimmt, zieht er einen Spezialisten zu Rate	8	33	37	10	2	10	100	11	42	26	14	2	5	100
- Manchmal wünsche ich, der Arzt würde mich schneller an einen Spezialisten überweisen	2	6	24	47	17	4	100	3	9	15	52	17	4	100

Tabelle A5: Ergebnisse für Einzelstatements in der Vergleichsuntersuchung (Forts. 2)

	HMO-Versicherte							Traditionell Versicherte						
	stimmt voll u. ganz	stimmt	unentschieden	stimmt nicht	stimmt gar nicht	k.A.	Σ	stimmt voll u. ganz	stimmt	unentschieden	stimmt nicht	stimmt gar nicht	k.A.	Σ
%														
Zugang, Erreichbarkeit, Annehmlichkeit:														
- Mein Arzt macht auch ohne weiteres Hausbesuche	5	15	40	15	9	16	100	20	40	20	13	4	3	100
Konsultationsdauer														
- Mein Arzt nimmt sich normalerweise viel Zeit für mich	22	49	20	5	2	2	100	20	48	23	7	1	1	100
Kostenbewusstsein:														
- Der Arzt verordnet nur Untersuchungen und Tests, die wirklich nötig sind	29	57	10	1	1	2	100	23	58	14	4	1	-	100
- Mein Arzt verordnet mir immer das, was er für das Beste hält, unabhängig von den Kosten	15	48	24	7	2	4	100	22	49	19	7	1	2	100
- Ich habe den Eindruck, dass der Arzt bei Untersuchungen und Behandlungen spart, um die Kosten niedrig zu halten	1	9	18	50	18	4	100	1	13	20	46	17	3	100
Zusätzliche Einzelstatements:														
- Manchmal habe ich das Gefühl, der Arzt schiebt die Verantwortung für die Gesundheit an den Patienten ab	1	6	14	53	22	4	100	1	7	13	52	24	3	100
- Der Arzt richtet sich bei Medikamenten auch nach meinen Wünschen	9	43	34	5	1	8	100	9	48	26	12	2	3	100
- Der Arzt greift manchmal zu schnell nach dem Rezeptblock und überlegt zu wenig, ob es auch ohne Medikament geht	1	2	15	56	22	4	100	2	9	17	49	20	3	100
- Wenn man wegen einer Krankheit zu mehreren Ärzten muss, werden unnötige Doppeluntersuchungen und Tests gemacht	3	8	35	32	13	9	100	7	24	28	28	8	5	100

Tabelle A6: Beurteilung von HMO- und Hausarztpraxen nach verschiedenen Merkmalen der Befragten

	PSQ-Subskalen																	
	Allgemeine Bewertung		Fachl./techn. Qualität		Zwischenmenschl. Beziehung		Kommunikation		Zugang, Erreichbarkeit/Annehmlichkeit		Konsultationsdauer		Kostenbewusstsein		Alle 41 Items		n ²⁾	
	HMO ¹⁾	Trad. ¹⁾	HMO	Trad.	HMO	Trad.	HMO	Trad.	HMO	Trad.	HMO	Trad.	HMO	Trad.	HMO	Trad.	HMO	Trad.
	- Ø Anteil in % des maximal erreichbaren Skalenwertes																	
Geschlecht	74,0	75,1	71,9	73,4	77,3	77,9	73,4	74,4	64,5	69,2	69,4	70,0	69,5	69,0	70,1	72,3	275	230
Männer	75,7	73,9	74,7	72,5	79,9	77,0	75,3	73,8	67,1	70,9	73,4	69,6	73,6	72,0	72,6	71,9	310	261
Frauen																		
Alter																		
bis 35 Jahre	74,4	70,8	72,8	70,1	78,0	75,5	73,4	72,1	65,1	66,1	70,7	67,2	71,6	68,8	70,7	69,6	194	116
36 - 64 Jahre	74,5	74,9	73,1	73,4	78,5	77,6	74,1	75,1	65,6	69,7	70,4	70,4	70,7	69,4	71,3	72,3	298	273
65 + Jahre	77,6	77,2	75,8	75,0	80,8	79,3	77,9	74,0	69,0	75,1	77,0	70,9	75,4	71,1	74,5	74,5	93	102
Schulbildung³⁾																		
bis Berufsschule	75,9	75,0	74,3	73,6	79,3	77,9	75,3	74,9	66,3	70,9	71,8	70,5	72,6	71,1	72,1	72,6	367	363
mittlere	73,0	73,0	71,8	71,8	76,6	76,2	71,4	71,1	66,7	68,0	70,6	67,4	69,1	69,4	70,4	71,4	107	81
höhere	73,6	72,7	72,1	69,9	78,8	75,9	74,4	73,4	63,9	67,5	71,1	68,3	70,9	69,2	70,5	69,7	111	47
Subj. Gesundheitszust.																		
sehr gut	77,0	77,2	74,3	74,4	79,6	78,6	75,5	75,8	65,6	71,5	72,5	72,1	71,8	70,8	72,0	73,8	239	170
gut	74,3	73,6	73,5	72,7	78,6	77,1	74,1	73,4	66,2	69,3	71,7	68,6	71,5	70,6	71,5	71,6	312	267
es geht/schlecht	64,8	70,0	66,1	69,3	73,1	75,7	69,8	72,5	64,0	69,4	62,5	68,2	72,4	70,0	66,6	69,2	34	54
Chron. Krankheiten																		
keine	75,3	74,6	73,2	73,1	78,9	77,0	74,4	73,8	65,2	69,3	71,1	68,4	71,1	69,7	71,2	71,7	413	286
eine oder mehr	74,0	74,2	73,7	72,7	78,2	78,1	74,4	74,6	67,3	71,2	72,5	71,6	72,9	71,9	72,0	72,6	172	205
Besuch HMO-/Hausarztprax. in 3/4 Jahr⁴⁾																		
keinmal/ca.	74,3	73,1	72,4	71,4	76,9	75,5	72,7	70,8	65,2	67,9	72,9	66,6	72,0	69,3	71,0	70,4	1134	153
1 - 2 mal	74,4	74,2	72,7	73,1	77,8	77,5	73,4	75,6	64,1	69,2	70,1	70,7	69,5	69,5	69,8	71,8	249	185
häufiger	76,0	76,0	75,1	74,3	81,0	79,3	77,1	75,4	68,5	73,2	73,1	71,4	74,1	72,9	73,9	74,3	202	153

1) HMO-Versicherte, die schon in der HMO-Praxis waren, traditionell Versicherte mit Hausarzt

2) Befragtenzahl der jeweiligen Gruppen, tatsächliches n je Subskala um bis zu 16 % kleiner wegen (unterschiedlicher) Anzahl fehlender Angaben

3) Bis Berufsschule = Primar-/Sekundarschule, Berufslehre, Vollzeitberufsschule / mittlere = Maturitätsschule, höhere Fachausbildung / höhere = HTL, Hochschule, Universität

4) Gefragt wurde nach Besuchen der HMO-/Hausarztpraxis seit Anfang 1993. Die Befragung fand zwischen September und November 1993 statt.

Tabelle A7: Ergebnisse für Einzelstatements in der Austrittsuntersuchung

	Abwähler							Wohnortwechsler						
	stimmt voll u. ganz	stimmt	unentschieden	stimmt nicht	stimmt gar nicht	k.A.	Σ	stimmt voll u. ganz	stimmt	unentschieden	stimmt nicht	stimmt gar nicht	k.A.	Σ
%														
Allgemeine Zufriedenheit:														
- Bezüglich meiner medizinischen Versorgung in der HMO hätte manches besser sein können	30	36	14	17	2	1	100	9	6	17	31	34	3	100
- Mit einigen Dingen bin ich hinsichtlich meiner Behandlung in der HMO nicht zufrieden gewesen	37	45	5	5	5	3	100	6	26	8	31	26	3	100
- Alles in allem war ich mit meiner ärztlichen Versorgung in der HMO sehr zufrieden	6	11	14	36	28	5	100	43	34	8	6	6	3	100
Fachlich/technische Qualität:														
- Ich bin überzeugt, dass mein Arzt auf dem neuesten Wissensstand war	3	22	39	19	9	8	100	20	31	40	6	-	3	100
- Die HMO-Praxis war für medizinische Untersuchungen und Tests hervorragend ausgestattet	5	33	45	8	3	6	100	11	40	43	3	-	3	100
- Der HMO-Arzt hätte bei Behandlungen und Untersuchungen etwas gründlicher sein sollen	27	27	17	16	12	1	100	3	17	11	43	26	-	100
- Der Arzt und sein Personal waren bei Behandlungen und Untersuchungen sehr gewissenhaft	3	24	45	14	8	6	100	34	40	14	6	-	6	100
- Manchmal habe ich mich schon gefragt, ob die Diagnose des Arztes richtig ist	17	31	14	24	6	8	100	9	8	23	34	23	3	100
- Der Arzt hatte zu wenig Erfahrung mit meiner Art von Krankheit	19	28	25	14	5	9	100	3	3	26	31	34	3	100
- Mein HMO-Arzt war sehr kompetent und gut ausgebildet	9	16	42	24	3	6	100	20	37	40	-	-	3	100
- Mir sind damals schon Zweifel an den Fähigkeiten meines Arztes gekommen	9	31	8	39	8	5	100	-	11	11	29	46	3	100
- Mein Arzt hat mich nie unnötigen Risiken ausgesetzt	6	39	27	10	9	9	100	26	46	25	-	-	3	100
- Ratschläge zur Gesundheitsvorsorge und Vermeidung von Krankheiten sind bei meinem Arzt eher zu kurz gekommen	1	28	36	25	5	5	100	3	14	31	32	17	3	100

Tabelle A7: Ergebnisse für Einzelstatements in der Austrittsuntersuchung (Forts. 1)

	Abwähler							Wohnortwechsler						
	stimmt voll u. ganz	stimmt	unentschieden	stimmt nicht	stimmt gar nicht	k.A.	Σ	stimmt voll u. ganz	stimmt	unentschieden	stimmt nicht	stimmt gar nicht	k.A.	Σ
%														
Zwischenmenschliche Beziehung:														
- Der Arzt war manchmal zu geschäftsmässig und unpersönlich	10	20	20	41	3	6	100	3	6	14	37	37	3	100
- Der Arzt hat sein Bestes getan, dem Patienten Ängste zu nehmen	5	23	41	9	11	11	100	23	51	9	8	-	9	100
- Man hat gespürt, dass sich der Arzt für den Menschen interessiert und nicht nur für die Krankheit	3	22	44	16	9	6	100	23	43	23	5	-	6	100
- Der Arzt hat sich manchmal sehr überheblich gegeben	14	12	14	36	19	5	100	3	3	20	31	43	-	100
- Der Arzt war immer sehr freundlich und höflich zu mir	6	62	10	10	6	6	100	46	40	8	3	-	3	100
- Manchmal hatte ich das Gefühl, dass mich der Arzt nicht ganz ernst nimmt	17	33	6	31	8	5	100	8	3	3	43	43	-	100
Kommunikation:														
- Der Arzt hat mir in verständlicher Weise den Grund für medizinische Tests erklärt	6	34	24	22	5	9	100	20	43	26	8	-	3	100
- Manchmal hat der Arzt medizinische Fachausdrücke verwendet, ohne sie zu erklären	1	19	14	47	14	5	100	3	-	14	40	40	3	100
- Ich konnte mit meinem Arzt über alles reden, was mir am Herzen lag	2	23	39	25	8	3	100	34	23	31	3	6	3	100
- Es ist vorgekommen, dass der Arzt Dinge unbeachtet gelassen hat, die ich ihm gesagt habe	14	36	19	23	2	6	100	5	6	17	43	26	3	100
- Mein HMO-Arzt hat mir immer sehr genau zugehört	9	36	28	20	3	3	100	28	43	17	6	3	3	100
Zugang, Erreichbarkeit, Annehmlichkeit:														
- Es war schwierig, beim HMO-Arzt sofort einen Termin zu bekommen	17	14	5	34	27	3	100	3	8	6	34	49	-	100
- Im Notfall konnte ich leicht ärztliche Hilfe bekommen	5	20	30	16	17	12	100	11	37	26	-	6	20	100
- Mein Arzt hätte mehr Sprechstunden halten sollen	9	13	41	23	5	9	100	3	9	34	28	23	3	100
- Die Arztpraxis war für mich gut zu erreichen	22	42	8	17	8	3	100	31	37	12	11	3	6	100
- Die Sprechstunden der Praxis waren günstig für mich	8	44	22	17	1	8	100	14	51	26	6	-	3	100
- Ich musste in der Praxis oft lange warten	14	16	22	39	8	2	100	3	20	9	48	20	-	100
- Immer, wenn mein Arzt unsicher war, was mit mir nicht stimmte, hat er einen Spezialisten zu Rate gezogen	2	13	20	42	12	11	100	-	17	54	9	8	11	100
- Manchmal habe ich gedacht, der Arzt sollte mich schneller an einen Spezialisten überweisen	25	30	15	14	8	8	100	8	9	17	40	26	-	100

Tabelle A7: Ergebnisse für Einzelstatements in der Austrittsuntersuchung (Forts. 2)

	Abwähler							Wohnortwechsler						
	stimmt voll u. ganz	stimmt	unentschieden	stimmt nicht	stimmt gar nicht	k.A.	Σ	stimmt voll u. ganz	stimmt	unentschieden	stimmt nicht	stimmt gar nicht	k.A.	Σ
%														
Zugang, Erreichbarkeit, Annehmlichkeit:														
- Mein Arzt hat ohne weiteres auch Hausbesuche gemacht	2	-	48	8	22	20	100	3	6	51	8	3	29	100
Konsultationsdauer														
- Der Arzt hat sich normalerweise viel Zeit für mich genommen	3	30	25	31	6	5	100	29	34	26	8	-	3	100
Kostenbewusstsein:														
- Der Arzt hat nur Untersuchungen und Tests verordnet, die wirklich nötig waren	17	41	16	6	8	12	100	20	51	26	-	-	3	100
- Mein HMO-Arzt hat mir immer das verordnet, was er für das Beste hält, unabhängig von den Kosten	5	28	30	23	8	6	100	11	51	23	9	-	6	100
- Ich hatte den Eindruck, dass der Arzt bei Untersuchungen und Behandlungen spart, um die Kosten niedrig zu halten	11	34	15	30	3	6	100	3	23	20	40	11	3	100
Zusätzliche Einzelstatements:														
- Manchmal hatte ich das Gefühl, der Arzt schiebt die Verantwortung für die Gesundheit an den Patienten ab	6	16	28	36	6	8	100	6	8	20	43	20	3	100
- Der Arzt hat sich bei Medikamenten auch nach meinen Wünschen gerichtet	3	19	36	25	12	5	100	11	29	37	14	-	9	100
- Der Arzt hat manchmal zu schnell nach dem Rezeptblock gegriffen und zu wenig überlegt, ob es auch ohne Medikament geht	3	9	33	33	14	8	100	-	6	26	37	28	3	100
- Wenn man wegen einer Krankheit zu mehreren Ärzten muss, werden unnötige Doppeluntersuchungen und Tests gemacht	9	24	33	22	6	6	100	14	11	43	20	3	9	100

Anhang 3

Items im PSQ III und in der HMO-Untersuchung

**Patient Satisfaction
Questionnaire
(PSQ III, 1987)**

HMO-Untersuchung

General satisfaction

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 3 I am very satisfied with the medical care I receive | - |
| 33 There are some things about the medical care I receive that could be better | 1i Bezüglich meiner medizinischen Versorgung könnte manches besser sein |
| 42 All things considered, the medical care I receive is excellent | 15p Alles in allem bin ich mit meiner ärztlichen Versorgung sehr zufrieden |
| 21 There are things about the medical system I receive my care from that need to be improved | - |
| 11 The medical care I have been receiving is just about perfect | - |
| 49 I am dissatisfied with some things about the medical care I receive | 15e Mit einigen Dingen bin ich hinsichtlich meiner Behandlung nicht zufrieden |

Technical quality

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15 When I go for medical care, they are careful to check everything when treating and examining me | 15r Der Arzt und sein Personal sind bei Behandlungen und Untersuchungen sehr gewissenhaft |
| 2 Doctors need to be more thorough in treating and examining me | 1a Mein Arzt sollte bei Behandlungen und Untersuchungen etwas gründlicher sein |
| 8 I think my doctor's office has everything needed to provide complete medical care | 15i Ich glaube, die Arztpraxis ist für medizinische Untersuchungen und Tests hervorragend ausgestattet |

- 12 Sometimes doctors make me wonder if their diagnostics is correct
- 23 The medical staff that treats me knows about the latest medical developments
- 36 Some of the doctors I have seen lack experience with my medical problems
- 50 My doctors are very competent and well trained
- 45 I have some doubts about the ability of the doctors who treat me
- 31 Doctors never expose me to unnecessary risk
- 41 Doctors rarely give me advice about ways to avoid illness and stay healthy

- 15k Manchmal frage ich mich schon, ob die Diagnose des Arztes richtig ist
- 15m Ich bin überzeugt, dass mein Arzt auf dem neuesten Wissensstand ist
- 10 Der Arzt hat zu wenig Erfahrung mit meiner Art von Krankheit
- 15n Mein Arzt ist sehr kompetent und gut ausgebildet
- 1m Mir sind schon Zweifel an den Fähigkeiten meines Arztes gekommen
- 15o Mein Arzt setzt mich nie unnötigen Risiken aus
- 15u Ratschläge zur Gesundheitsvorsorge und Vermeidung von Krankheiten kommen bei meinem Arzt eher zu kurz

Interpersonal aspects

- 29 Doctors act too businesslike and impersonal toward me
- 47 Doctors always do their best to keep me from worrying
- 39 When I am receiving medical care, they should pay more attention to my privacy
- 17 The doctors who treat me have a genuine interest in me as a person
- 26 Sometimes doctors make me feel foolish
- 34 My doctors treat me in a very friendly and courteous manner
- 9 The doctors who treat me should give me more respect

- 15l Der Arzt war manchmal zu geschäftsmässig und unpersönlich
- 1p Der Arzt tut sein Bestes, dem Patienten Ängste zu nehmen
-
- 15d Man spürt, dass sich der Arzt für den Menschen interessiert und nicht nur für die Krankheit
- 1b Manchmal habe ich das Gefühl, dass mich der Arzt nicht ganz ernst nimmt
- 15t Der Arzt ist immer sehr freundlich und höflich zu mir
- 15c Der Arzt gibt sich manchmal sehr überheblich

Communication

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 6 Doctors are good about explaining the reason for medical tests | 15g Der Arzt erklärt mir in verständlicher Weise den Grund für einen medizinischen Test |
| 18 Sometimes doctors use medical terms without explaining what they mean | 1n Manchmal verwendet der Arzt medizinische Fachausdrücke, ohne sie zu erklären |
| 13 During my medical visits, I am always allowed to say everything that I think is important | 1k Ich kann mit meinem Arzt über alles reden, was mir am Herzen liegt |
| 38 Doctors sometimes ignore what I tell them | 15q Es kommt vor, dass der Arzt Dinge unbeachtet lässt, die ich ihm sage |
| 43 Doctors listen carefully to what I have to say | 1f Mein Arzt hört mir immer sehr genau zu |

Time spent with doctor

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 46 Doctors usually spend plenty of time with me | 1g Mein Arzt nimmt sich normalerweise viel Zeit für mich |
| 35 Those who provide my medical care sometimes hurry too much when they treat me | - |

Access/availability/convenience

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 1 If I need hospital care, I can get admitted without any trouble | - |
| 16 It's hard for me to get medical care on short notice | - |
| 5 It is easy for me to get medical care in an emergency | 1d Im Notfall kann ich leicht ärztliche Hilfe bekommen |
| 22 The office where I get medical care should be open for more hours than it is | 1r Mein Arzt sollte mehr Sprechstunden halten |
| 37 Places where I can get medical care are very conveniently located | 1h Die Arztpraxis ist für mich gut zu erreichen |
| 28 Where I get medical care, people have to wait too long for emergency treatment | - |

- 40 If I have a medical question, I can reach a doctor for help without any problem
- 48 I find it hard to get an appointment for medical care right away
- 20 The office hours when I can get medical care are convenient (good) for me
- 7 I am usually kept waiting for a long time when I am at the doctors's office
- 25 I have easy access to the medical specialists I need
- 51 I am able to get medical care whenever I need it

When doctors are unsure of what's wrong with you, they always call in a specialist (PSQ II)

Just about all doctors make house calls (PSQ II)

-

- 1c Es ist schwierig, bei meinem Arzt sofort einen Termin zu bekommen
- 15v Die Sprechstundenzeiten der Praxis sind günstig für mich
- 1e Ich muss in der Praxis oft lange warten

-

-

- 15s Immer, wenn mein Arzt unsicher ist, was mit mir nicht stimmt, zieht er einen Spezialisten zu Rate
- 1l Mein Arzt macht auch ohne weiteres Hausbesuche
- 15b Manchmal wünsche ich, der Arzt würde mich schneller an einen Spezialisten überweisen

Zusätzlich

- 1q Der Arzt verordnet nur Untersuchungen und Tests, die wirklich nötig sind
- 15a Mein Arzt verordnet mir immer das, was er für das Beste hält, unabhängig von den Kosten
- 15f Manchmal habe ich das Gefühl, der Arzt schiebt die Verantwortung für die Gesundheit an den Patienten ab
- 15h Ich habe den Eindruck, dass der Arzt bei Untersuchungen und Behandlungen spart, um die Kosten niedrig zu halten
- 15w Der Arzt richtet sich bei den Medikamenten auch nach meinen Wünschen

15x Der Arzt greift manchmal zu schnell nach dem Rezeptblock und überlegt zu wenig, ob es auch ohne Medikamente geht

15y Wenn man wegen einer Krankheit zu mehreren Ärzten muss, werden unnötige Doppeluntersuchungen und Tests gemacht

Financial aspects

- 4 I worry sometimes about having to pay large medical bills
- 10 Sometimes it is a problem to cover my share of the cost for a medical care visit
- 14 I feel confident that I can get the medical care I need without being set back financially
- 19 Sometimes I go without the medical care I need because it is too expensive
- 24 I have to pay for more of my medical care than I can afford
- 27 Regardless of the health problems I have now or develop later, I feel protected from financial hardship
- 32 The amount I have to pay to cover or insure my medical care needs is reasonable
- 44 I feel insured and protected financially against all possible medical problems

In den Subskalen "fachlich, technische Qualität", "zwischenmenschliche Beziehungen" und "Kommunikation" wurden (mit einer Ausnahme) alle Items aus PSQ III übernommen. In den Subskalen "allgemeine Zufriedenheit" und "Zugang, Erreichbarkeit, Annehmlichkeit" wurden einige Items gestrichen, weil diese Komplexe auch noch anderweitig in der telefonischen Erhebung erfragt wurden und eine Kürzung wünschenswert war, um die Akzeptanz zu erhöhen.

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 Leistungsmessung in Krankenhäusern: Überlegungen zur Neugestaltung der schweizerischen 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. N° 2/94	OCFIM* 318.010.2/94 f
Forschungsbericht: Hannes Wüest, Martin Hofer, Markus Schweizer: Wohneigentumsförderung – Bericht über die Auswirkungen der Wohneigentumsförderung 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 Ausgestaltung und Weiterentwicklung der schweizerischen 3-Säulen-Konzeption 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
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen" (IDA FiSo 1): Bericht über die Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (unter besonderer Berücksichtigung 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: Infrac: 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: Prämiengenehmigung in der Krankenversicherung. Expertenbericht. Nr. 3/97	EDMZ* 318.010.3/97 d
Forschungsbericht: Eine Zusammenarbeit zwischen IPSO und Infrac: 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 Versichertenbefragung (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