



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

Materialienbericht

***Die Wahl
der Versicherungsformen***

***Neue Formen der Krankenversicherung
Untersuchungsbericht 1***

Forschungsbericht Nr. 2/98

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: 318.010.2/98 d 3.00 100

Die Wahl der Versicherungsformen

Neue Formen der Krankenversicherung Untersuchungsbericht 1

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

Inhaltsverzeichnis

Seite

1.	Einleitung	1
1.1	Der Auftrag	1
1.2	Überblick über die Versichertenbefragungen und Gegenstand dieses Berichts	2
2.	Fragestellungen, Durchführung der ersten Welle Versichertenbefragung	7
2.1	Überblick über die Untersuchungsanlage	7
2.2	Inhaltliche Konzeption der Befragung (Kurzfassung)	8
2.3	Stichprobe, Ausschöpfung, non-response-Analysen, Zuordnungsprobleme	10
2.4	Auswertungsmethode, statistische Prüfverfahren	16
3.	Ergebnisse der 1. Welle Versichertenbefragung	19
3.0	Überblick: Die Profile der einzelnen Versichertengruppen	19
3.1	Bonus	21
3.1.1	Soziodemographische Struktur und Gesundheit	21
3.1.1.1	Soziodemographische Struktur	21
3.1.1.2	Gesundheitszustand	25
3.1.1.3	Verhaltensweisen und Einstellungen zur Gesundheit	28
3.1.1.4	Die Bedeutung der verschiedenen Merkmale für die Wahl der Bonus-Versicherung	30
3.1.2	Inanspruchnahme medizinischer Leistungen	31
3.1.3.1	Vergleich Bonus- / traditionell Versicherte	34
3.1.3.2	Beurteilung der Bonus-Versicherung durch Bonus-Versicherte	38
3.1.4	Bonus-Sympathien bei traditionell Versicherten	39
3.1.4.1	Bekanntheit der Bonus-Versicherung	39
3.1.4.2	Interesse an der Bonus-Versicherung	41
3.2	HMO	47
3.2.1	Soziodemographische Struktur und Gesundheit	47
3.2.1.1	Soziodemographische Struktur	47
3.2.1.2	Gesundheitszustand	55
3.2.1.3	Verhaltensweisen und Einstellungen zur Gesundheit	57
3.3	Wählbare Jahresfranchise	84
3.3.1	Soziodemographische Struktur und Gesundheit	84
3.3.1.1	Soziodemographische Struktur	84

3.3.1.2	Wohnregion	90
3.3.1.3	Gesundheitszustand und Einstellungen zur Gesundheit	91
3.3.1.4	Die Bedeutung der verschiedenen Merkmale für die Wahl einer höheren Jahresfranchise	95
3.3.2	Inanspruchnahme medizinischer Leistungen	97
3.3.3	Unterschiede nach der Franchisehöhe	98
3.3.4	Vergleich Franchise- / traditionell Versicherte	101
3.3.5	Die Franchise-Sympathisanten	108
3.3.5.1	Bekanntheit der höheren Jahresfranchise	108
3.3.5.2	Interesse an der höheren Jahresfranchise	109
3.4	Gesundheitspolitische Bewertung der neuen Versicherungsformen durch die Versicherten	114
3.5	Die privat getragenen Gesundheitskosten	117
3.6	Traditionell Versicherte und ihre Krankenversicherung	124
3.6.1	Vorbemerkungen	124
3.6.2	Versicherungsarten, Prämien und deren Beurteilung	124
3.6.3	Krankenkassentreue	125
3.6.4	Allgemeine Krankenversicherungs-Präferenzen	132
4.	Neueintritte in HMO- und Bonus-Versicherung	137
4.1	Anlage, Durchführung der Untersuchung	137
4.2	Die Neueintritte bei HMO	141
4.2.1	Soziodemographische Struktur und Gesundheit	141
4.2.2	Krankenversicherung, Prämien, Beurteilung	146
4.2.3	Gründe für den HMO-Eintritt, Beurteilung	148
4.3	Neueintritte in die Bonusversicherung	150
4.3.1	Zur Problematik der Erhebung	150
4.3.2	Soziodemografische Struktur und Gesundheit	151
5.	Förderung der neuen Versicherungsformen durch die Krankenkassen	155
5.1	Fragestellung und Vorgehensweise	155
5.2	Allgemeiner Überblick	156
5.3	Förderung der HMO-Versicherung	157
5.4	Förderung der Bonus-Versicherung	159
5.5	Die Förderung der wählbaren Jahresfranchise	159

1. Einleitung

1.1 Der Auftrag

Der Bundesrat hatte 1989 die gesetzlichen Grundlagen für die versuchsweise Zulassung von Versicherungen nach dem HMO-Modell und von Bonusversicherungen geschaffen. Die Auswirkungen dieser neuen Versicherungsformen sind durch eine wissenschaftliche Untersuchung abzuklären. Die wissenschaftliche Untersuchung hat den Einfluss der besonderen Versicherungsformen auf das Verhalten der Versicherten und der Leistungserbringer sowie die Auswirkungen auf die finanzielle Entwicklung der Kassen zum Gegenstand. Auf Antrag der Krankenkassen wurde die wählbare Jahresfranchise als zusätzlicher Versicherungszweig in die Untersuchung einbezogen.

Die Evaluation basiert auf drei Instrumenten bzw. Datengruppen:

- Versichertenbefragungen zu Beginn und in der zweiten Hälfte des Versuchszeitraums,
- Daten der Krankenkassen (Administrativdaten),
- Einer HMO-Untersuchung i.e.S.

Die **zentralen Fragestellungen** der Evaluation sind in der Ausschreibung wie folgt beschrieben:

- Findet bei der Wahl der Versicherungsform eine Risikoselektion statt? Welches sind die Risikofaktoren, die berücksichtigt werden müssen (z.B. Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten etc.).
- Wie beeinflussen die Risikofaktoren die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und die Ausgaben für Gesundheit?
- Wie beeinflusst die Versicherungsform die Inanspruchnahme und die Ausgaben?
- Wie weit ist die unterschiedliche Inanspruchnahme und Ausgabenhöhe auf die gewählte Versicherungsform bzw. auf die Risikoselektion zurückzuführen?

Die Beantwortung dieser Fragen erfolgt in Kombination der drei Instrumente.

Im Zuge der konzeptionellen Weiterentwicklung und Differenzierung wurde der Qualitätsvergleich zwischen HMO-Praxen und traditionellen Praxen als weitere Fragestellung explizit berücksichtigt.

1.2 Überblick über die Versichertenbefragungen und Gegenstand dieses Berichts

Die folgende Übersicht 1 zeigt, welche Versichertenbefragungen zwischen 1991 und 1994 durchgeführt wurden. Fett gedruckt sind die Teile, die Gegenstand des vorliegenden Berichts sind.

Übersicht 1: Versichertenbefragungen

Teilstudie	Hauptfragestellungen	Befragte Versichertengruppen	Befragungszeit	Bericht
I 1. Welle Versichertenbefragung	<ul style="list-style-type: none"> • Risikoselektion • (Sonstige) Gründe für Versicherungswahl • Beurteilung der verschiedenen Versicherungsformen • Indizien für selbstgetragene Gesundheitskosten 	HMO-Versicherte Bonus-Versicherte Vers. mit höherer Jahresfranchise Trad. Versicherte	Oktober 1991 bis November 1992 (Teil der HMO-Stichprobe: August 1993 bis Dezember 1993)	Untersuchungsbericht 1: Die Wahl der Versicherungsformen
II Selbstgetragene Gesundheitskosten	<ul style="list-style-type: none"> • Höhe der von den Versicherten gänzlich aus eigener Tasche bezahlten Gesundheitskosten für <ul style="list-style-type: none"> - Ärzte, Spitäler - Medikamente - paramedizinische Gesundheitsleistungen • Veränderungen des subjektiven Gesundheitszustandes 	Bonus-Versicherte Versicherte mit höherer Jahresfranchise Trad. Versicherte	August 1993 bis Januar 1994	Untersuchungsbericht 3: Selbstgetragene Gesundheitskosten

Fortsetzung Übersicht 1

Teilstudie	Hauptfragestellungen	Befragte Versichertengruppen	Befragungszeit	Bericht
III Qualitative Aspekte HMO	<ul style="list-style-type: none"> • Subjektive Zufriedenheit mit den HMO-Praxen im Vergleich zu traditionellen Praxen • Weitere Qualitätsindikatoren • Selbstgetragene Gesundheitskosten bei HMO-Versicherten 	HMO-Vers.: 1000 Trad. Vers.: 1000 z.T. Panelstichprobe	September 1993 bis Januar 1994	Untersuchungsbericht 2: Bewertung der ambulanten medizinischen Versorgung durch HMO-Versicherte und traditionell Versicherte
IV HMO-Aussteiger	<ul style="list-style-type: none"> • Gründe für den Austritt aus der HMO-Versicherung • Risikoselektion durch Austritte 	HMO-Aussteiger	1. Welle Nov. 1993 bis Jan. 1994 2. Welle Nov. 1994 bis Jan. 1995	
V Vergleich der Struktur der Neueintritte	<ul style="list-style-type: none"> • Unterschiede zwischen Pioniergeneration und den später Hinzukommenden - Risikoselektion - soziodemogr. Struktur 	Versicherte, die erst 1994 eingetreten sind: - HMO-Versicherte - Bonus-Versicherte	November/Dezember 1994	Untersuchungsbericht 1: Die Wahl der Versicherungsformen

Die Versichertenbefragung zu Beginn des Versuchszeitraums (Welle 1) hatte vor allem folgende Aufgaben:

- Einen Beitrag zur Analyse der Risikoselektion zu liefern, d.h. die Verteilung von Risikoindikatoren in den verschiedenen Versichertengruppen zu untersuchen,
- zu untersuchen, welche (sonstigen) Gründe zur Wahl einer Versicherungsform beitragen und wie die verschiedenen Versicherungsformen bewertet wurden,
- die Frage aufzugreifen, ob mit den neuen Versicherungsformen eine Verlagerung der Kosten für Gesundheitsleistungen von den Versicherungen zu den privaten Haushalten verbunden ist.

Die 1. Welle der Versichertenbefragung ist keine ex-ante-Erhebung (vor der Wahl neuer Versicherungsformen) sondern bezieht sich auf Versicherte, die i.d.R. schon ein Jahr oder länger in der neuen Versicherungsform waren.

Die Teilbefragung V "Vergleich der Struktur der Neueintritte" bezieht sich auf erst 1994 in die HMO- oder Bonus-Versicherung eingetretene Versicherte und ist ebenfalls auf den Fragen der Risikoselektion bzw. allgemein der Gründe für die Wahl dieser Versicherungsformen konzentriert. Damit soll geprüft werden, ob die Ergebnisse zu Beginn des Versuchszeitraumes stabil sind, oder ob sie ggf. Besonderheiten einer Pioniergeneration, also derer, die von Beginn an beitraten, aufweisen. Versicherte mit wählbarer Jahresfranchise wurden in diese Untersuchung nicht einbezogen, weil es sich hier nicht um eine neue Versicherungsform handelt und demzufolge sich die Frage der etwaigen Besonderheiten der Pioniergeneration nicht stellte.

Die hier vorgelegten Analysen **zur Struktur der Versicherten und zur Risikoselektion** beziehen sich **ausschliesslich auf die Versichertenbefragung**. Das beinhaltet zwei wesentliche Einschränkungen:

- Informationen zu wichtigen Merkmalen, insbesondere Alter, Geschlecht, regionale Verteilung, werden zu einem späteren Zeitpunkt **genauer** vorliegen, wenn die **Administrativdaten** diesbezüglich ausgewertet sind. Dann beziehen sich diese Informationen auf das Total der Versicherten der jeweiligen Gruppen, während jetzt nur Stichprobeninformationen vorliegen.¹⁾
- Ausserdem ist zur Analyse der Risikoselektion eine Verknüpfung mit den (früheren) Kosten aus den Administrativdaten erforderlich.

Die Zusammenführung und Verknüpfung von Informationen aus den Administrativdaten und den Befragungen erfolgt im **integrierten Abschlussbericht**.

Der vorliegende Bericht mit den Auswertungen der beiden Befragungsteile ist insofern als Materialsammlung zu verstehen. In der Verknüpfung mit den Administrativdaten werden evtl. weitere Auswertungen (mit anderen Merkmalsabgrenzungen etc.) der Befragungen erforderlich sein.

Im Zusammenhang mit der Wahl der Versicherungsformen spielt die **Werbung** und insbesondere die **Promotion der verschiedenen Formen durch die Krankenkassen** sicher eine gewichtige Rolle. Deshalb wurde in Ergänzung zu den Versichertenbefragungen bei den beteiligten Krankenkassen erfragt, welche Werbung sie betrieben und welche **Massnahmen zur Promotion** sie ergriffen haben.

¹⁾ Eine Auswertung der Administrativdaten erfolgte nur in sehr groben Merkmalskategorien als Basis für die Stichprobenzählung.

Der vorliegende Bericht gliedert sich in drei Teile:

- Der erste Teil, die Kapitel 2 und 3, berichtet über Anlage und Ergebnisse der ersten Welle der Versichertenbefragung.
- Der zweite Teil, Kapitel 4, bezieht sich auf die Struktur der Neueintritte 1994.
- Der dritte Teil, Kapitel 5, berichtet über die Werbung durch die Krankenkassen.

2. Fragestellungen, Durchführung der ersten Welle Versichertenbefragung

2.1 Überblick über die Untersuchungsanlage

Untersuchungsgruppen und Stichproben

Testgruppen

HMO-Versicherte: 1.779
Bonus-Versicherte: 1.230

Versicherte mit frei gewählter höherer
Jahresfranchise (obligatorische Kassen): 610

Versicherte mit frei gewählter höherer
Jahresfranchise (freiwillige Kassen): 610

Vergleichsgruppen

Traditionell Versicherte (oblig. Kassen)
- in Agglomerationen mit HMO: 1.117
- in sonstigen Regionen: 2.883

Traditionell Versicherte
(freiwillige Kassen): 610

Anlage der Befragung

Telefonische computergesteuerte Interviews von ca. 25-minütiger Dauer an Hand eines strukturierten Fragebogens.

Anschliessende schriftliche Befragung des gleichen Personenkreises.

Ablauf der Befragung

Beginn der Befragung: 14. Oktober 1991. Ende der Befragung: 25. November 1992.
Verteilung der Interviews über 52 Wochenstichproben.

Nachbefragung bei Versicherten der HMO-Basel und des MZH (die erst im Spätherbst '90 eröffnet hatten) September 1993 - Dezember 1993.

Ausschöpfung (einschl. Nachbefragung)

Hauptbefragung (telefon. Interviews)¹⁾ 68,1 % der Ausgangsstichproben²⁾
74,6 % der bereinigten Stichproben³⁾

Durchgeführte Interviews: 5.941

Schriftliche Zusatzbefragung: 85,1 % der Hauptbefragung
63,5 % der bereinigten Ausgangsstichprobe

Ausgefüllte Fragebögen: 5.054.

2.2 Inhaltliche Konzeption der Befragung (Kurzfassung)⁴⁾

Auf der Basis von Literaturanalysen und Expertengesprächen wurden die wesentlichen zu erhebenden **Indikatoren für Risikoselektion** ausgewählt. Zusätzlich zur vergangenen Inanspruchnahme (= Administrativdaten) sind dies:

- subjektiver Gesundheitszustand
- chronische Krankheiten
- Behinderungen.

Aufgrund von Hypothesen zu weiteren Einflussfaktoren wurden zusätzlich aufgenommen

- psychisches Wohlbefinden
- 4 Skalen zu Gesundheitseinstellungen und -verhaltensweisen (interne Kontrollorientierung Gesundheit, Gesundheitsautonomie, Tendenz zur Selbstmedikation, gesunde Lebensweise).

Ausserdem können soziodemographische Merkmale und Regionentyp (= Indikator für Ärztedichte) in die Analysen einbezogen werden.

1) Einschliesslich 112 schriftlicher Befragungen bei Haushalten ohne Telefon.

2) Bezogen auf die von den Versicherungen bereitgestellten Adressen.

3) Stichprobe ohne qualitätsneutrale Ausfälle, d.h. falsche Adressen, Zielperson grundsätzlich nicht erreichbar.

4) Eine ausführliche Darstellung findet sich in Kapitel A1.

In der (noch nicht erfolgten) **Verknüpfung mit den Administrativdaten** werden zwei Aspekte von Bedeutung sein:

- Eine ex-post-Analyse der Indikatorenqualität der erhobenen Merkmale.
- Die Einbeziehung des Merkmals "vergangene Inanspruchnahme" in die Analysen der Risikoselektion bei der Wahl der Versicherungsform.

Die Indikatorenqualität wurde, unter Bezug auf die in der Befragung erhobene Konsultationshäufigkeit, einem vorläufigen Test unterzogen. Dieser bestätigt die Bedeutung der genannten Merkmale des Gesundheitszustandes. Einen schwachen "Erklärungswert" haben ausserdem: Geschlecht, Alter, psychisches Wohlbefinden und die "Gesundheitsautonomie" (vgl. Kap. A 1).

Als (sonstige) **Einflussfaktoren auf die Wahl der Versicherungsformen**, wurden erhoben

- finanzielle Aspekte (Haushaltseinkommen, Prämienbelastung)
- Sozialstatus und Haushaltgrössen
- Krankenversicherungsart, Auseinandersetzung mit Krankenversicherungsfragen, Präferenzen
- Bedeutung einzelner Aspekte bei HMO.

Zu den neuen Versicherungsformen wurden Kenntnis und Beurteilungen erfragt.

Zu den **privat getragenen Gesundheitskosten** wurden in der 1. Welle der Versichertenbefragung **nur Indizien** für Unterschiede zwischen den Versichertengruppen erhoben. Dies sind

- Medikamentenkonsum in den letzten 14 Tagen und Anteil selbstbezahlter Medikamente.
- Inanspruchnahme paramedizinischer Dienstleistungen und Anteil selbstbezahlter Dienste.
- Wurde die letzte Arztrechnung aus eigener Tasche bezahlt?
- Häufigkeit von Arztkonsultationen in den letzten 3 Monaten (erst im Vergleich mit den Administrativdaten aussagefähig).

Eine spezielle Untersuchung der selbstgetragenen Gesundheitskosten fand 1993 statt (vgl. Untersuchungsbericht 3).

Für verschiedene Fragestellungen wurden Skalen verwendet, zum (grösseren) Teil aus anderen Untersuchungen, zum Teil im Rahmen der vorliegenden Untersuchung entwickelte. Sie sind in Anhang 1 erläutert.

2.3 Stichprobe, Ausschöpfung, non-response-Analysen, Zuordnungsprobleme

Die **Stichprobe** wurde durch das BSV aus dem Mitgliederrecord der Administrativdaten in drei Etappen gezogen: Mai 1991 und Oktober 1991 (Nachstichprobe aus im Mai noch nicht vorhandenen Mitgliederdateien), sowie August 1993 für die HMO-Basel und das MZH.

Die Stichprobe umfasste 8.839 Personen, von den Krankenkassen wurden 8.725 Adressen an LINK geliefert.⁵⁾ In rd. 3 % der Fälle wurde von den Kassen die Zuordnung zur Versicherungsart korrigiert.

In Tab. 2.1 sind für die einzelnen Untersuchungsgruppen die Informationen zu Stichprobe und **Ausschöpfung** zusammengestellt.

Mit rd. 68 % bezogen auf die effektive Stichprobe und 75 % bezogen auf die bereinigte Stichprobe, konnte eine gute Ausschöpfung erzielt werden. Eine sehr hohe Response-Quote wurde vor allem bei Bonus- und HMO-Versicherten erreicht.

Besonders hervorzuheben ist die sehr hohe Beteiligung an der schriftlichen Zusatzbefragung, die ein Zeichen für die hohe Akzeptanz der Erhebung ist.

In den **non-response-Analysen** wurden die Struktur der Stichproben und der Befragten verglichen und die Repräsentativität der Befragten geprüft (vgl. Anhang 3). Dies geschah bezüglich der Merkmale

- Alter
- Geschlecht
- Wohnregion

5) Differenz = Krankenkassenwechsel, verstorben.

Tabelle 2.1: Stichprobe und Ausschöpfung '1. Welle Versichertenbefragung'

	insgesamt	Obligatorische Kasse				Freiwillige Kassen	
		Traditionell	HMO	Bonus	Franchise	Traditionell	Franchise
Effektive Stichprobe¹⁾	8.725	4.077	1.747	1.153	541	599	608
falsche Adressen, Tel.-Nr., nicht erreichbar	765	338	172	89	47	60	59
Bereinigte Stichprobe	7.960	3.739	1.575	1.064	494	539	549
Durchgeführte Hauptinterviews²⁾	5.941	2.642 ³⁾	1.265	923	367	339	405
in % der effektiven Stichprobe	68,1	64,8	72,4	80,0	67,8	56,6	66,6
in % der bereinigten Stichprobe	74,6	70,7	80,3	86,7	74,3	62,9	73,8
schriftliche Zusatzinterviews	5.054	2.164 ⁴⁾	1.134	854	309	268	325
in % der bereinigten Stichprobe	63,5	57,9	72,0	80,3	62,6	49,7	59,2
in % der Hauptinterviews	85,1	81,9	89,6	92,5	84,2	79,1	80,2

1) Von Krankenkassen an LINK gelieferte Adressen

2) Telefonische Interviews oder schriftliche bei Haushalten ohne Telefon (= 112)

3) Davon 803 in Regionen mit HMO (Zürich, Basel)

4) davon 662 in Regionen mit HMO (Zürich, Basel)

für die schriftliche Zusatzbefragung wurden ausserdem einbezogen die Merkmale

- Gesundheitszustand
- Schulbildung
- Haushaltgrösse
- Haushaltseinkommen.

Hinsichtlich Geschlecht und Regionentyp bestehen keine oder nur sehr geringe Unterschiede zwischen Befragten und Stichprobe. Unterrepräsentiert sind aber in der Befragung die älteren Menschen, insbesondere die ab 75-Jährigen; von diesen waren in den meisten Stichprobengruppen weniger als 50 % zu einem Interview bereit.

In der Struktur der Befragten der Hauptbefragung und der Zusatzbefragung bestehen in allen einbezogenen Merkmalen keine oder nur geringfügige Unterschiede.

Durchgängig, d.h. bei allen Versichertengruppen, wurde in der Suisse Romande eine geringere Ausschöpfung erreicht als in den anderen Landesteilen. Dies entspricht den Erfahrungen in anderen Untersuchungen. Die Beteiligung liegt bei den obligatorischen Kassen in der Suisse Romande um 8 bis 12 Prozentpunkte niedriger als in den übrigen Landesteilen, bei den freiwilligen Kassen um rd. 20 Prozentpunkte.

Umgewichtung

Umgewichtungen, zur Erreichung einer repräsentativen Struktur der befragten Gruppen, wurden in folgenden Fällen vorgenommen (vgl. Anhang 3):

– Disproportionale Stichprobe

- * Traditionell Versicherte in Grossagglomerationen mit HMO waren in der Stichprobe überrepräsentiert, um eine ausreichende Vergleichsgruppe i.e.S. zu HMO-Versicherten zu erzielen. Für eine Vergleichsgruppe "traditionell Versicherte" zu Bonus und Franchise wurde die HMO-Region auf ihren tatsächlichen Anteil heruntergewichtet.
- * In einigen Stichproben wurden die ab 66-Jährigen absichtlich überrepräsentiert, um eine breitere Datenbasis zu erreichen. Auch hier wurde für Gesamtaussagen umgewichtet.

– Struktur Befragte/Stichprobe

- * Abweichungen in der Altersstruktur wurden bereinigt.⁶⁾

Nicht bereinigt wurde die Unterrepräsentanz der Suisse Romande, da sie in allen Vergleichsgruppen gleichermassen vorkommt.

6) Bei den Umgewichtungen wurde die Zahl der Befragten einer Versichertengruppe (n) konstant gehalten. In den Ergebnistabellen ist das ungewichtete n ausgewiesen, da sich darauf Signifikanzberechnungen beziehen.

Zuordnungsprobleme

Die Angaben der Befragten über ihre Versicherungsart stimmen nicht in allen Fällen mit der Stichprobenzuordnung überein. Die geringste Zuordnungsdifferenz besteht bei HMO-Versicherten, die grösste bei Versicherten mit wählbarer Franchise: Sowohl bei den obligatorischen als auch bei den freiwilligen Kassen haben nur drei Viertel der Befragten, die lt. Stichprobe eine höhere Jahresfranchise haben, dies bestätigt. Die Diskrepanzen konnten durch Fragen nach kürzlich erfolgtem Wechsel der Versicherungsart nicht aufgeklärt werden. Eine Überprüfung bei den Krankenkassen konnte erst nach Abschluss der Auswertung durchgeführt werden; Ergebnis war, dass in der grossen Mehrzahl der Fälle die Zuordnung lt. Stichprobe korrekt war, der Irrtum also bei den Befragten lag (vgl. Anhang 4).

Einzelne Fragen konnten nur an Versicherte gestellt werden, die die Versicherungsform bestätigt haben (z.B. Fragen zur persönlichen Bewertung der Bonus-Versicherung nur an Bonus-Versicherte, die wussten, dass sie eine Bonus-Versicherung haben). Das führt bei bestimmten Fragen zur Verminderung der Fallzahlen (Tabelle 2.2).

Tabelle 2.2: Fallzahlen für die Auswertung telef. Interview¹⁾

	Zuordnung lt. Stichprobe	Zuordnung durch Befragte bestätigt
traditionell Versicherte (oblig. Kassen)	2.642	X
Bonus-Versicherte	923	800
HMO-Versicherte	1.265	1.182
Franchise-Versicherte oblig. Kassen	367	270
Franchise-Versicherte freiwillige Kassen	405	307
trad. Versicherte freiw. Kassen	339	X

1) Für die Auswertung der schriftlichen Fragebogen nicht relevant, die hier durchweg die Zuordnung lt. Stichprobe zugrundegelegt werden konnte.

X bei traditionell Versicherten irrelevant, da keine Fragen gestellt wurden, die eine persönliche Bestätigung der traditionellen Versicherung erfordert hätten.

Für die Auswertung wurde die Versicherungsform lt. Stichprobe zugrundegelegt.

Nachbefragung bei HMO-Versicherten

Die Stichprobe für die 1. Welle Versichertenbefragung wurde im Mai und Oktober 1991 gezogen. Zu diesem Zeitpunkt war nur die IGAK-HMO in Zürich in Betrieb; das MZH und die Basler HMO eröffneten ihre Praxis erst im Spätherbst 1991. Deshalb wurde zunächst die gesamte HMO-Stichprobe (ursprünglich vorgesehen: 1.200) aus den Versicherten der IGAK-HMO in Zürich gezogen; diese Stichprobenfälle sollten ab April 1992 partiell ersetzt werden durch Versicherte der beiden anderen HMOs.⁷⁾ Das liess sich aus Gründen der Datenverfügbarkeit nur ganz begrenzt realisieren, so dass in der 1. Welle nahezu ausschliesslich (96 %) Versicherte der IGAK-HMO Zürich befragt wurden.

Da es sich bei den HMOs in der Schweiz um ein völlig neues Modell handelt, war gänzlich offen, ob eine HMO für den Typ "HMO" stehen konnte, jedenfalls wäre die Aussagekraft der Ergebnisse stark eingeschränkt gewesen. Deshalb wurde beschlossen, eine Nacherhebung bei Versicherten des MZH und der Basler HMO durchzuführen; diese fand in zwei Wellen zwischen dem 17.9.93 und dem 18.12.93 statt. Vorgehensweise und Fragebögen waren mit der 1. Erhebung identisch. Die endgültige Verteilung der Stichproben und der Befragten auf die 3 HMOs zeigt Tabelle 2.3.

Tabelle 2.3: Stichprobe und Befragte für die einzelnen HMOs

	Stichprobe	Befragte
IGAK Zürich	1.147	822
MZH	300	217
IGAK Basel	300	226
Σ	1.747	1.265

Die Zusammensetzung der HMO-Befragten entspricht in etwa der Grösse der drei HMOs Ende 1991 (Tabelle 2.4).

7) Vorgesehen war folgende Aufteilung: IGAK Zürich 600, MZH 300, IGAK Basel 300.

Tabelle 2.4: Verteilung von HMO-Versicherten und Befragten auf die 3 HMOs

	Versicherte				Befragte	
	Ende 1991		Juni 1993			
IGAK Zürich	3.863	63%	5.385	45%	822	65%
MZH	1.236	20%	2.511	21%	217	17%
IGAK Basel	1.069	17%	4.060	34%	226	18%
Σ	6.168	100%	11.956	100%	1.265	100%

Bezogen auf die Versichertenzahl 1993 ist damit die IGAK-HMO in Zürich erheblich über-, die IGAK-HMO in Basel erheblich unterrepräsentiert. Angesichts der Tatsache jedoch, dass die Versicherten aller drei HMOs sich sehr ähnlich sind, wie im folgenden dargelegt, spielt die Frage des Gewichts, mit dem die einzelne HMO in die Gesamtergebnisse eingeht, keine grosse Rolle.

Da die Nachbefragung bei HMO-Versicherten keinen neuen inhaltlichen Befragungszweig darstellt sondern lediglich „technisch“bedingt war, wird sie im folgenden auch nicht gesondert behandelt. Die Aussagen zu den HMO-Versicherten beziehen sich immer auf die 1991/92 und 1993 Befragten.

Obligatorische Kassen und freiwillige Kassen

Obligatorische Kassen sind solche, die die HMO- oder Bonus-Versicherung anbieten und daher zur Beteiligung an der Evaluation verpflichtet sind. Freiwillige Kassen sind solche, die die wählbare Jahresfranchise anbieten und sich freiwillig an der Evaluation beteiligen. Nach der Untersuchungsplanung des BSV müssen diese Kassen (bzw. deren Versicherte) getrennt behandelt werden, da nur für die obligatorischen Kassen eine Totalerfassung vorliegt, während sich nicht alle Kassen, die nur die wählbare Jahresfranchise anbieten, am Versuch beteiligen. Die Unterscheidung betrifft also ausschliesslich die wählbare Jahresfranchise. Hier werden zwei Gruppierungen analysiert:

- Die WJF-Versicherten der obligatorischen Kassen und eine Vergleichsgruppe traditionell Versicherter.
- Die WJF-Versicherten der freiwilligen Kassen und eine Vergleichsgruppe traditionell Versicherter aus diesen Kassen.

2.4 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.⁸⁾ 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. 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.

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

Logistische Regression zur Unterscheidung der Versicherungsformen

Um zu untersuchen, **welche** (kombinierten) **Merkmale** die Wahl der **Versicherungsform** (bzw. die Sympathieen für eine Versicherungsform) **beeinflussen**, wurde eine Regressionsanalyse durchgeführt. Mittels Regressionsanalyse kann festgestellt werden, welche Variablen einen signifikanten Beitrag zur Unterscheidung der Versicherten der jeweiligen Testformen von den traditionell Versicherten liefern.

Da es sich bei der zu erklärenden Variable, der Versicherungsform, um eine **dichotome Variable**⁹⁾ handelt, wurde der **logistische Regressionsansatz**¹⁰⁾ gewählt. Dieses Modell entspricht methodisch der Diskriminanzanalyse und hat den Vorteil, dass man auf einen Blick erkennt, wie viel besser die Anpassung der errechneten Daten an die beobachteten geworden ist. Darüber hinaus werden nominale Merkmale, wie Geschlecht, Zivilstand etc., durch die Angabe einer Option korrekt verarbeitet.

Das Statistikprogramm-Paket SPSS^X errechnet mit Hilfe einer logarithmischen Regressionsfunktion die Wahrscheinlichkeit, dass das zu erklärende Ereignis eintritt, d.h., dass der Befragte beispielsweise die Versicherungsform "Bonus" gewählt hat (Werte zwischen 0 und 1). Ist die Wahrscheinlichkeit grösser als ein Halb, so ist das Ereignis eingetreten und es wird auf die erste Versicherungsform ("Bonus") entschieden, ansonsten auf die zweite ("Nicht-Bonus").

Mit dem Ansatz, die Versicherungsgruppen gemäss ihrer Verteilung in der Grundgesamtheit zu gewichten, kann nicht herausgefunden werden, welche Variablen die beiden Versicherungstypen unterscheiden, da die Gruppen extrem ungleich gross sind (z.B.: 99 % traditionell Versicherte, 1 % Bonus). In diesem Fall würden alle Fälle der grösseren Versicherungsform zugeordnet und man könnte die wenigen Fälle der Alternativ-Versicherung aufgrund der geringen Fallzahlen nicht von der traditionellen Versicherungsform unterscheiden. Da es aber das Ziel ist, Variablen zu finden, welche die beiden Versicherungstypen am besten unterscheiden, müssen die **Gruppen** entsprechend gewichtet werden, um sie **exakt gleich gross** zu machen. Auf diese Weise kann es nicht passieren, dass wichtige trennscharfe Variablen einer Versicherungsform aufgrund der sehr deutlichen Überrepräsentanz des anderen Versicherungstyps "verschluckt" werden.

Es wurden vier Gruppen von Variablen gebildet, die nacheinander in das Regressionsmodell aufgenommen wurden: Die erste Gruppe bilden vier Gesundheitsmerkmale (subjektiver Gesundheitszustand, chronische Krankheiten, Wohlbefinden und Behinderung), die zweite Gruppe die soziodemographischen Merkmale Alter, Geschlecht und Region, die dritte Gruppe setzt sich aus der Haushaltsgrösse, Schulbildung und Haushaltseinkommen zusammen und die vierte Gruppe sind Einstellungsmerkmale (Selbstmedikation,

9) Die Variable "Versicherungsform" hat jeweils nur zwei Ausprägungen, beispielsweise "Bonus" und "Nicht-Bonus" - d.h. "traditionell (oblig. Kassen)".

10) vgl. SPSS/PC + Advanced StatisticsTM 4.0 for the IBM PC/XT/AT and PS/2, Marija J. Norusis/SPSS Inc.

Gesundheitsautonomie, interne Kontrollorientierung Gesundheit und gesundheitsorientierte Lebensweise).

Anfänglich werden alle Datensätze **einer** Versicherungsform zugeordnet, was bedeutet, dass in der Summe 50 % der Sätze richtig zugeordnet werden. Liefert eine Variable einen signifikanten Beitrag zur Unterscheidung der beiden Versicherungsformen, wird angegeben, wie viele Sätze mit Hilfe der neuen Regressionsfunktion richtig zugeordnet werden können. Liegt dieser Wert beispielsweise bei 55 %, so wurde durch die Aufnahme dieser Variable eine Verbesserung um insgesamt 10 % erreicht. Die Variablen werden schrittweise (METHOD FSTEP) aufgenommen - in Reihenfolge ihrer Signifikanzniveaus.

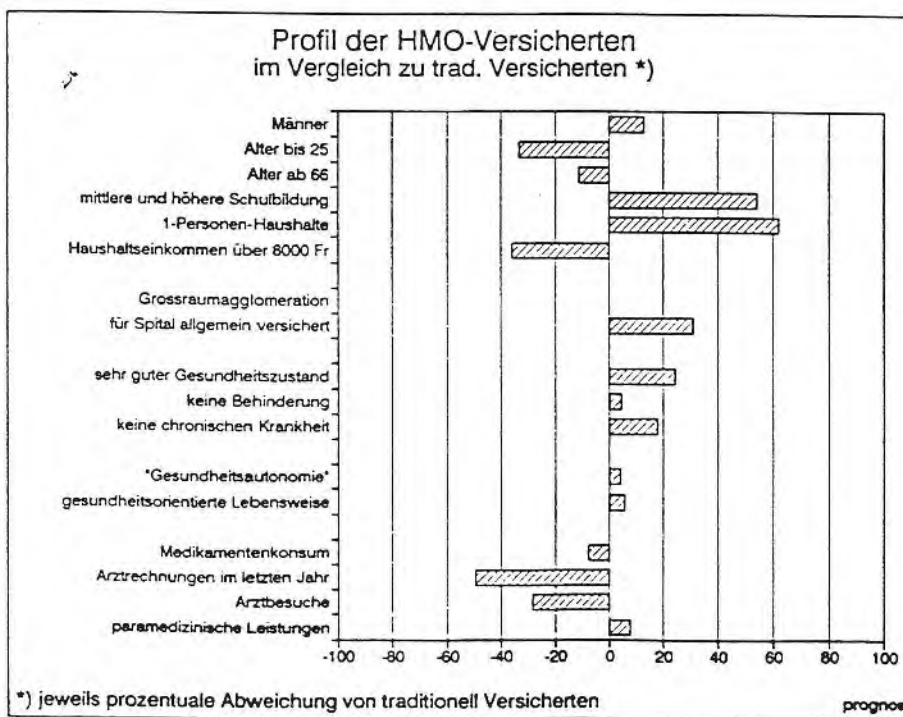
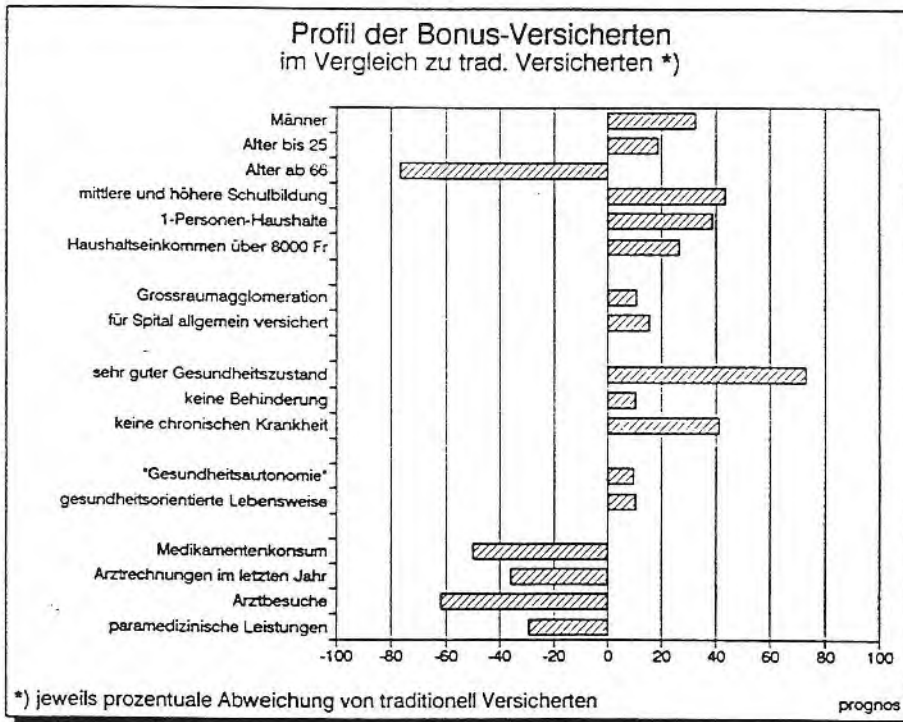
In vielen Fällen liefern Variablen allein betrachtet einen erheblichen Beitrag zur Differenzierung der beiden untersuchten Gruppen. Tatsächlich ist es aber so, dass viele Variablen miteinander **korrelieren** und deshalb der Einfluss einer Variablen wieder verschwinden kann, wenn eine andere hinzukommt.

Nicht-lineare Zusammenhänge werden mit dieser Methode nicht sichtbar. Wird beispielsweise das Alter nicht in das Regressionsmodell aufgenommen, so kann das daran liegen, dass sowohl junge als auch alte Menschen zu wenig vertreten sind, diese Variable dadurch keine "Trennkraft" hat und die beiden Versicherungsformen nicht zu unterscheiden vermag.

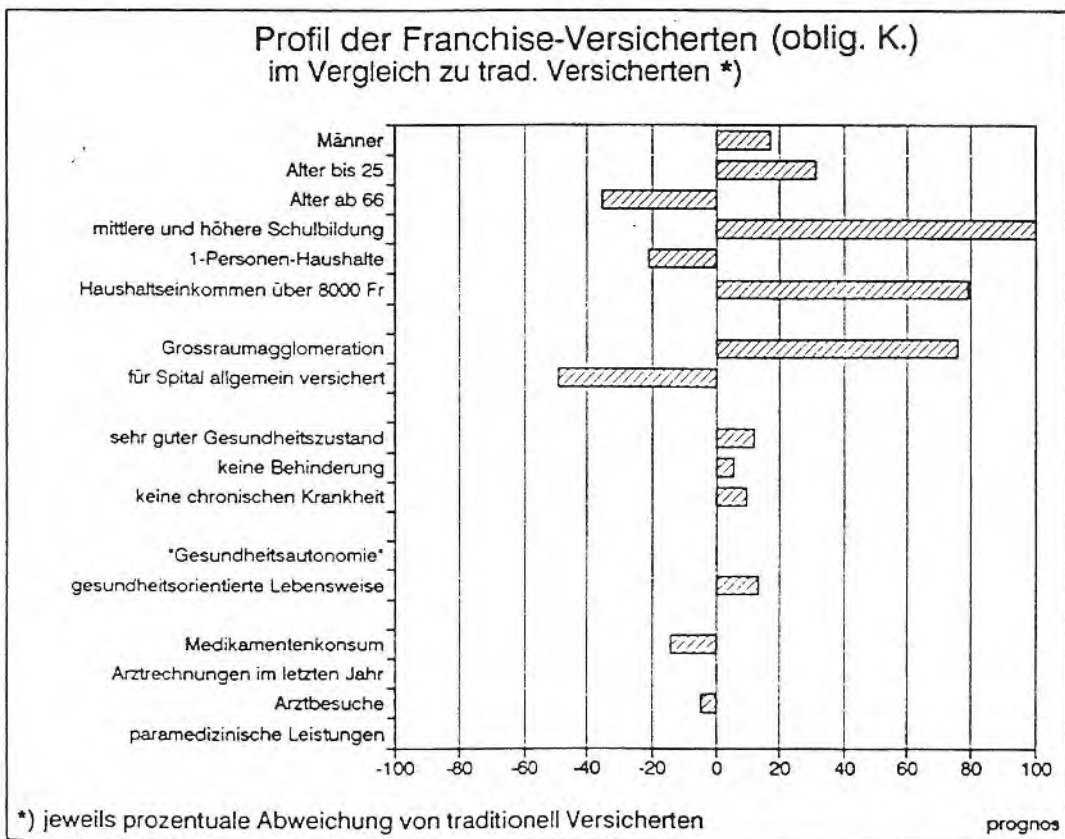
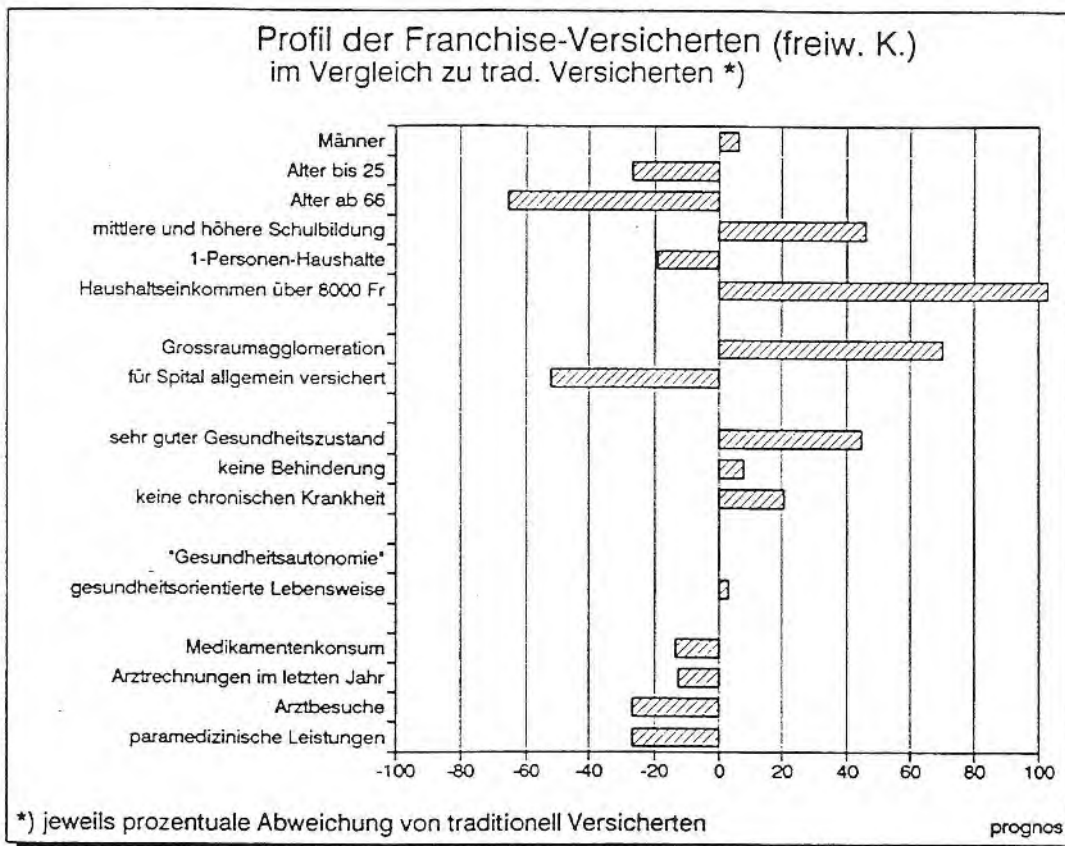
3. Ergebnisse der 1. Welle Versichertenbefragung

3.0 Überblick: Die Profile der einzelnen Versichertengruppen

Abbildungen 3.1



Fortsetzung Abbildungen 3.1



3.1 Bonus

3.1.1 Soziodemographische Struktur und Gesundheit

3.1.1.1 Soziodemographische Struktur

Für die Bonus-Versicherten haben sich vorwiegend **junge Versicherte** entschieden: 67 % der Bonus-Versicherten sind zwischen 18 und 35 Jahren, aber nur 37 % der traditionell Versicherten. Am stärksten überrepräsentiert unter den Bonus-Versicherten sind die 26- bis 35-Jährigen, am stärksten unterrepräsentiert die ab 66-Jährigen. Bei den jüngeren Altersgruppen sind lediglich die bis 20-Jährigen in der Bonus-Versicherung (wie auch in den anderen neuen Versicherungsformen) schwächer vertreten als unter den traditionell Versicherten. Diese Altersgruppe trifft oft noch keine eigenen Versicherungsentscheidungen.

Männer haben sich häufiger für die Bonus-Versicherung entschieden als **Frauen**. Am stärksten ausgeprägt ist das Übergewicht der Männer bei den 26- bis 45-Jährigen, vermutlich sind Frauen "in der Familienphase" Versicherungsexperimenten weniger zugeneigt (Tab. 3.1).

1-Personen-Haushalte und ledige Personen sind unter den Bonus-Versicherten überrepräsentiert. Diese Selektion spielt sich stärker bei den Männern als bei den Frauen ab und hängt auch mit der Altersgruppe zusammen. Tendenziell lässt sich jedoch feststellen, dass familiär ungebundene Personen stärker der Bonus-Versicherung zuneigen als familiär gebundene (Tab. 3.2).

Entsprechend der Alters- und Geschlechtsstruktur finden sich unter den Bonus-Versicherten erheblich mehr **Erwerbstätige** (Voll- und Teilzeit-Erwerbstätige) als unter den traditionell Versicherten und weniger Rentner und Hausfrauen/-männer. Schaltet man aber den Einfluss von Alter und Geschlecht aus, besteht kein signifikanter Unterschied mehr.

Schulbildung, berufliche Stellung und Einkommen deuten darauf hin, dass Bonus-Versicherte häufiger höheren **Sozialstatusgruppen** angehören als traditionell Versicherte. Die Unterschiede sind bei Männern ausgeprägter als bei Frauen bzw. finden sich überhaupt nur bei Männern (Tab. 3.3 und 3.4).

Bonus-Versicherte leben geringfügig häufiger als traditionell Versicherte in **Grosszentren** und deren Agglomeration (28 % / 25 %).¹⁾

¹⁾ Bonus-Versicherte sind in der Suisse Romande unterrepräsentiert: 8,5 % der Bonus-Versicherten leben in den französischsprachigen Kantonen, 18 % der traditionell Versicherten der obligatorischen Kassen. Dies kann jedoch am Verbreitungsgebiet der Bonus-Kassen liegen.

Abbildung 3.2

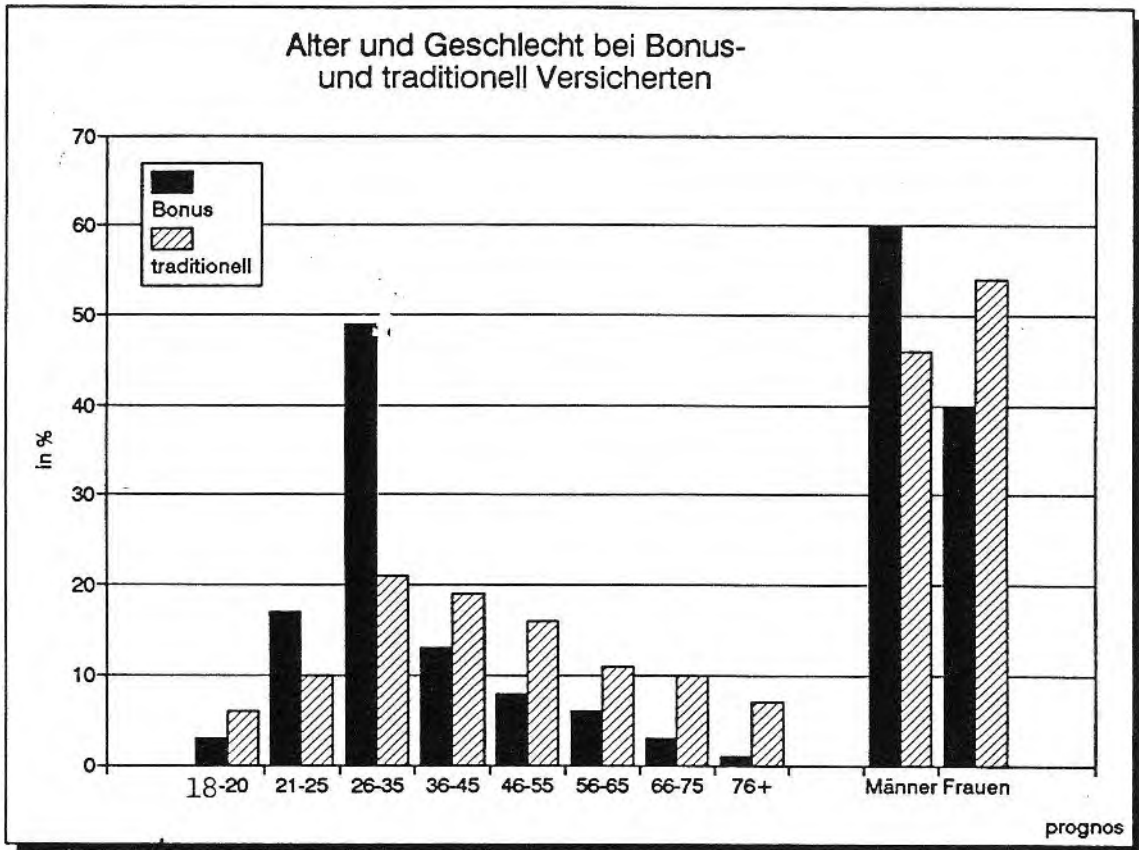


Tabelle 3.1: Bonus- und traditionell Versicherte nach Alter und Geschlecht

	Geschlechtsverteilung nach Altersgruppen in %		Gesamtstruktur in %	
	Bonus	Traditionell	Bonus	Traditionell
18 bis 25 Jahre				
Männer	59	52	11	8
Frauen	41	48	8	8
Σ	100	100		
26 bis 35 Jahre				
Männer	63	48	30	10
Frauen	37	52	18	11
Σ	100	100		
36 bis 45 Jahre				
Männer	62	50	9	9
Frauen	38	50	6	10
Σ	100	100		
46 bis 65 Jahre				
Männer	55	45	8	12
Frauen	45	55	6	15
Σ	100	100		
66 Jahre und älter				
Männer	52	33	2	6
Frauen	48	67	2	11
Σ	100	100	100	100
n	923	2642	923	2642

Tabelle 3.2: Haushaltsgrosse bei Bonus- und traditionell Versicherten

	Bonus (%)	Traditionell (%)
1-Personen-Haushalte	25	18
2-Personen-Haushalte	32	31
3-Personen-Haushalte	16	18
4+-Personen-Haushalte	27	33
Σ	100	100
n	923	2642
	Anteil 1-Personen-Haushalte (%)	
bis 35 Jahre		
Männer	28	18
Frauen	19	15
36-65 Jahre		
Männer	22	11
Frauen	25	13

Tabelle 3.3: Schulbildung und Berufsstatus bei Bonus- und traditionell Versicherten

	Bonus			Traditionell		
	insgesamt	Männer	Frauen	insgesamt	Männer	Frauen
	- % -					
Schulbildung¹⁾						
bis Berufsschule	66	59	78	76	68	82
mittlere	22	25	17	16	19	14
höhere	11	16	4	7	13	3
KA	1	--	1	1	-	1
Σ	100	100	100	100	100	100
n	923	557	366	2642	1223	1419
Berufl. Stellung (nur Vollerwerbs- tätige)						
gehobene ²⁾	36	43	20	31	36	18
sonstige	64	57	80	69	64	82
Σ	100	100	100	100	100	100
n	625	479	146	1391	979	412

1) Bis Berufsschule = Primar-/Sekundarschule, Berufslehre, Vollzeitberufsschule / Mittlere = Diplommittelschule, Maturitätsschule, höhere Fachausbildung / höhere = HTL, Hochschule, Universität.

2) Freie Berufe, Industrielle, leitende Angestellte

Tabelle 3.4: Einkommen bei Bonus- und traditionell Versicherten

	Bonus (in %)	Traditionell (in %)
Haushaltseinkommen		
bis 4000 Fr.	18	28
4000 bis 6000 Fr.	33	27
6000 bis 8000 Fr.	20	19
8000 Fr. und mehr	24	19
keine Angabe	5	7
Σ	100	100
n	923	2642
Äquivalentes Pro-Kopf-Einkommen Ø Fr. pro Monat ¹⁾	4029	3424

1) Nach der SKOS-Äquivalenzskala ermitteltes Pro-Kopf-Einkommen auf der Basis des erfragten Haushaltseinkommens.

3.1.1.2 Gesundheitszustand

Die Bonus-Versicherten weisen in allen "Gesundheits"-Merkmalen deutlich günstigere Werte auf als die traditionell Versicherten. Unter den Bonus-Versicherten finden sich fast keine "Kranken" (Abb. 3.3).

Die Unterschiede bestätigen sich in der Aufteilung nach Geschlecht und nach Altersklassen: In allen Altersklassen sind die Bonus-Versicherten "gesünder" als die traditionell Versicherten. Der Abstand ist bei der jüngsten Altersgruppe am geringsten, da hier auch die traditionell Versicherten sehr gute Werte haben. Er ist am eklatantesten bei den älteren Jahrgängen: Während z.B. von den traditionell Versicherten im Alter von 66 Jahren und mehr nur 35 % im Laufe eines Jahres nicht wegen einer chronischen Krankheit in Behandlung waren, sind es bei den Bonus-Versicherten dieser Altersgruppe 78 % (Tab. 3.5).

Abbildung 3.3

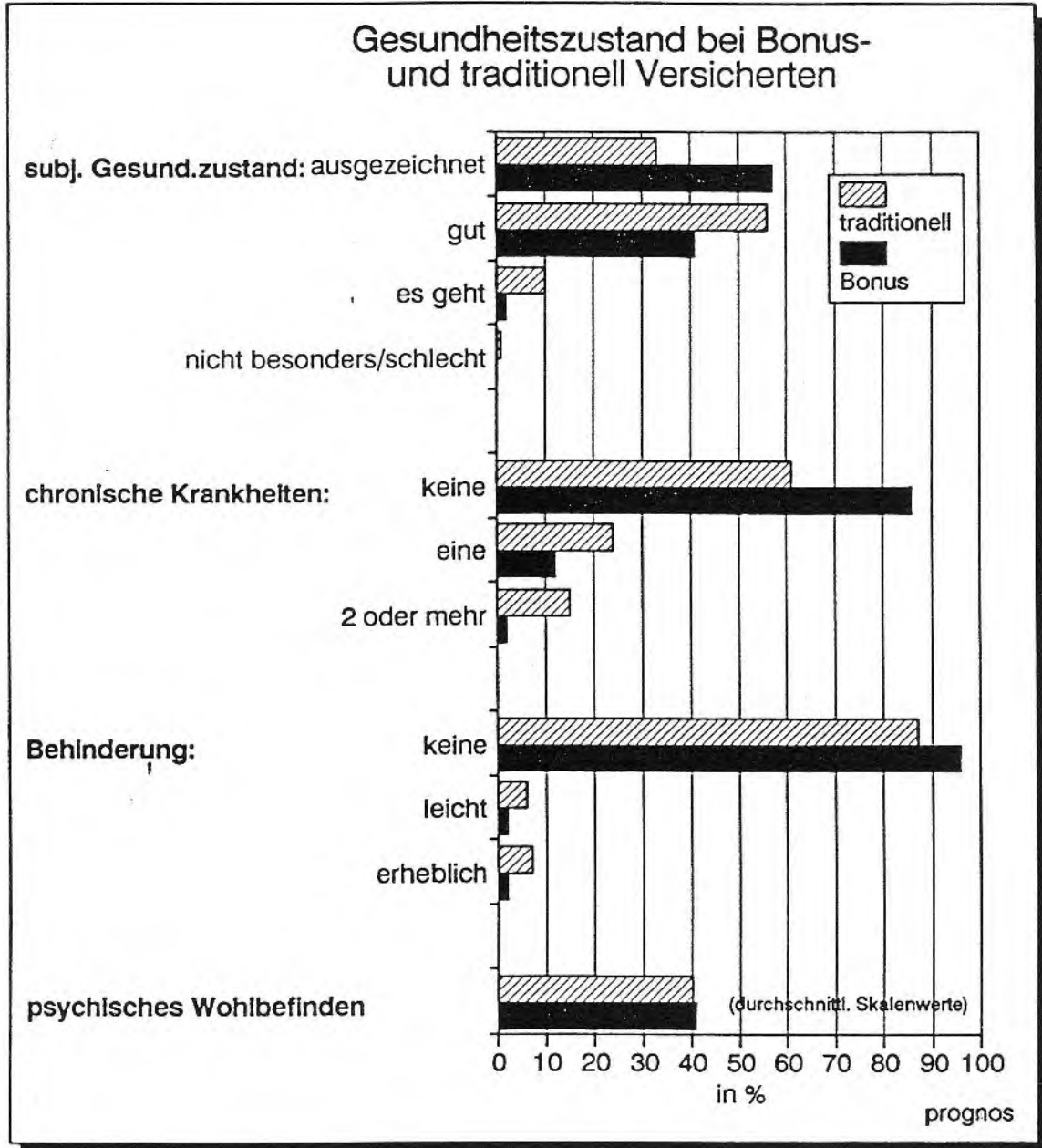


Tabelle 3.5: Gesundheitsmerkmale für Bonus- und traditionell Versicherte

	-25 J.		26-35 J.		36-65 J.		66 J. u. älter		Männer		Frauen	
	Bonus	Trad.	Bonus	Trad.	Bonus	Trad.	Bonus	Trad.	Bonus	Trad.	Bonus	Trad.
Subjektiver Gesundheitszustand												
- ausgezeichnet	58	51	61	44	54	30	35	17	59	39	54	31
- gut	40	44	37	52	44	60	65	61	40	54	42	57
- es geht/schlecht	2	5	2	4	2	10	-	21	1	7	4	12
Σ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Chronische Krankheiten												
- keine	84	74	89	75	86	58	78	35	88	64	86	58
- eine	13	17	9	20	11	24	16	36	10	23	12	25
- zwei oder mehr	3	8	2	5	3	18	6	29	2	14	2	17
Σ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Behinderung												
- keine	95	94	97	94	95	86	88	73	96	87	96	87
- leicht od. erheblich	5	6	3	6	5	14	12	27	4	13	4	13
Σ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Psychisches Wohlbefinden												
Ø-Wert	40,9	40,5	40,8	39,7	41,5	40,1	42,0	41,0	40,4	39,8	42,0	40,6
n	163	422	438	540	264	1332	58	348	557	1223	366	1419

3.1.1.3 Verhaltensweisen und Einstellungen zur Gesundheit

Bonus-Versicherte unterscheiden sich auch in Verhaltensweisen und Einstellungen zur Gesundheit von herkömmlich Versicherten. Bonus-Versicherte

- neigen häufiger zu einer gesundheitsbewussten Lebensweise,
- betonen stärker die Eigenverantwortung für die Gesundheit
- und sind weniger geneigt, Gesundheitskompetenz an den Arzt zu delegieren.

In der Bedeutung, die den verschiedenen Aspekten einer gesunden Lebensweise für die Gesundheit beigemessen wird, unterscheiden sich die Bonus-Versicherten zwar nicht oder kaum von den traditionell Versicherten, wohl aber in den Aussagen darüber, ob man sich selbst jeweils ausreichend an die Maxime hält (Tab. 3.6).

Die stärkere Betrachtung der Maximen einer gesunden Lebensweise bei Bonus-Versicherten ist - grosso modo - unabhängig von Geschlecht und Alter.

Anders sieht es mit der klinischen Gesundheitsvorsorge aus: Wenn man Geschlecht und Alter konstant hält, bestehen bei den bis 35-Jährigen keine Unterschiede zwischen den beiden Versicherungsgruppen, unter den ab 36-Jährigen nehmen die Bonus-Versicherten die Vorsorge weniger in Anspruch als die herkömmlich Versicherten (Tab. 3.7).

Mit den Skalen "Interne Kontrollorientierung Gesundheit" und "Gesundheitsautonomie" sollten zwei Aspekte der Selbstverantwortung für Gesundheit erfasst werden. In beiden Skalen weisen die Bonus-Versicherten signifikant höhere Werte auf als die herkömmlich Versicherten, und zwar weitgehend unabhängig von Alter, Geschlecht und (subjektivem) Gesundheitszustand (Tab. 3.8).

Eine weitere Skala erfasst die "Tendenz zur medikamentösen Selbstbehandlung". Hier besteht weder insgesamt noch in der Aufgliederung nach Geschlecht und Alter ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Versichertengruppen.

Tabelle 3.6: "Gesunde Lebensweise" bei Bonus- und Traditionell-Versicherten

	Der Aspekt ist sehr wichtig/wichtig		Sollte mehr dafür tun	
	Bonus (%)	Traditionell (%)	Bonus (%)	Traditionell (%)
Sich gesund ernähren	76	78	51	57
Sport treiben	68	72	53	64
Körperliche Bewegung (Spaziergehen, etc.)	96	96	38	48
Mässiger Konsum von Alkohol	76	77	22	20
Ausreichend schlafen	87	92	43	44
Verzicht auf Zigaretten, Tabak	87	85	23	29
Auf das Gewicht achten	81	84	34	46
n	854	2164		

Tabelle 3.7: (Klinische) Vorsorgeorientierung bei Bonus- und traditionell Versicherten

	Bonus		Traditionell	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
	Ø-Skalenwerte		Ø-Skalenwerte	
insgesamt	2.5	3.7	3.0	4.0
- 35 Jahre	2.4	4.0	2.6	4.1
- 36 - 65 Jahre	2.6	3.3	3.3	4.2
- 66 Jahre u.mehr	2.8	2.7	3.7	3.5

Tabelle 3.8: Selbstverantwortung für die Gesundheit bei Bonus- und traditionell Versicherten

	Gesundheitsautonomie		Interne Kontrollorientierung Gesundheit	
	Bonus	Traditionell	Bonus	Traditionell
	Ø-Skalenwerte		Ø-Skalenwerte	
insgesamt	15,7	14,3	11,1	10,6
Männer	15,9	14,5	11,3	11,0
Frauen	15,5	14,1	10,8	10,3
Alter				
– 35 Jahre	15,7	14,6	10,9	10,3
– 35 - 65 Jahre	16,0	14,2	11,5	10,7
– 66 Jahre u. älter	15,2	14,1	12,2	11,3
Subjektiver Gesundheitszustand				
– ausgezeichnet	16,0	14,9	11,3	10,9
– gut	15,4	14,1	11,0	10,6
– es geht/schlecht	--	13,3	--	10,0

3.1.1.4 Die Bedeutung der verschiedenen Merkmale für die Wahl der Bonus-Versicherung

Die Bonus-Versicherten haben das klarste Profil und unterscheiden sich am markantesten von den traditionell Versicherten. Hauptsächliches Ergebnis der Regressionsanalyse ist, dass die wesentlichen Indikatoren für **Risikoselektion** am meisten zur Unterscheidung zwischen Bonus-Versicherten und traditionell Versicherten beitragen, nämlich

- die Merkmale des Gesundheitszustandes
- Alter
- Selbstverantwortung für die Gesundheit.

Unter den sonstigen Variablen bestätigt sich die Haushaltsgrösse als wichtiges Unterscheidungskriterium zwischen den beiden Vergleichsgruppen (Tab. 3.9).

Tabelle 3.9: Unterscheidungskriterien - Bonus- / traditionell Versicherte

	Verbesserung durch die Variable (in %)	Aufnahme einzelner Variablen in das Regressionsmodell			
		I	II	III	IV
I					
Subjektiver Gesundheitszustand	21,2	X	X	X	X
chronische Krankheiten	23,7	XX	XX	XX	XX
Wohlbefinden	5,0			(X)	
Behinderung	8,7	X			
II					
Alter	27,7		XX	XX	XX
Geschlecht	11,7		X	X	(X)
Region ¹⁾	—		(X)		
III					
Haushaltsgrösse	8,4			XX	XX
Schulbildung	5,4				
Haushaltseinkommen	—				
IV					
Selbstmedikation	—				
Gesundheitsautonomie	17,6				XX
interne Kontrollorient. Gesundh.	7,3				X
gesundheitsorient. Lebensweise	6,7				(X)
Verbesserung der Zuordnung insgesamt (in %)		24,8	32,1	33,3	37,2

- XX Wichtige Variablen, die in ihrer jeweiligen Gruppe als erste in die Regression aufgenommen werden und daher einen grossen Beitrag zur Verbesserung der Zuordnung leisten.
- X Variablen, die noch einen bedeutenden Beitrag leisten.
- (X) Unwichtige Variablen, die nicht mehr viel zur Verbesserung des Ergebnisses beitragen und deshalb zuletzt aufgenommen werden.
- 1) Region bedeutet hier und im folgenden immer Regionentyp, mit der Untergliederung: Grosszentren und Agglomeration / Mittelzentren und Agglomeration / sonstige Regionen.

3.1.2 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

Die Informationen zur Inanspruchnahme aus der Befragung werden hier nur vorläufig und hilfswise eingeführt; sie werden später durch Daten aus dem Schadensrecord ersetzt.

Die in der Befragung erfassten Merkmale der Inanspruchnahme, nämlich

- Arztkonsultationen in den letzten 3 Monaten,
- Inanspruchnahme paramedizinischer Dienstleistungen in den letzten 3 Monaten,
- Medikamentenkonsum in den letzten 14 Tagen,

beziehen sich auf Zeiträume **nach** der Wahl der (neuen) Versicherungsform, können also schon durch die Versicherungsform beeinflusst sein. Über die ex-ante-Inanspruchnahme gibt der Kostenrecord der Administrativdaten Auskunft, der für die Auswertung noch nicht zur Verfügung steht.

In der Anzahl der Arztkonsultationen und im Medikamentenkonsum bestehen gravierende Unterschiede zwischen den beiden Versichertengruppen, in der - insgesamt selteneren - Inanspruchnahme paramedizinischer Leistungen nicht (Tabelle 3.10).

Tabelle 3.10: Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen und Medikamentenkonsum (Bonus)

	Bonus	Trad.
Arztkonsultationen in 3 Monaten		
- keine	74%	48%
- Ø Anzahl	0,5	1,3
Medikamentenkonsum in 14 Tagen ¹⁾		
- keine	54%	39%
- Ø Anzahl	0,7	1,4
Paramedizinische Dienstleistungen in 3 Monaten		
- keine	85%	80%
- Ø Anzahl	0,2	0,2
n	854	2.164

1) Gefragt wurde nach der Einnahme von 12 Medikamenten (= Gruppen) in 14 Tagen. Andere Medikamente konnten zusätzlich angegeben werden. Auf diese Medikamentengruppen (+ der zusätzlich angegebenen) bezieht sich die Ø Anzahl.

Der Abstand in der Inanspruchnahme zwischen den beiden Versichertengruppen ist bei Frauen und Männern etwa gleich gross. Der Abstand ist bis zu den mittleren Jahrgängen (bis 45 Jahre) geringer als bei den älteren.

Bei ausgezeichnetem subjektivem Gesundheitszustand ist die Inanspruchnahme auch bei traditionell Versicherten niedrig, bei nur "gutem" Gesundheitszustand beginnt die Differenzierung, d.h. die Inanspruchnahme (Ärzte und Medikamente) liegt dann bei traditionell Versicherten deutlich höher als bei Bonus-Versicherten (Tab. 3.11). Dies ist

zumindest ein Hinweis auf einen zusätzlichen Einfluss von Einstellungen und/oder auf Auswirkungen der Versicherungsform.

Tabelle 3.11: Inanspruchnahme bei Bonus- und traditionell Versicherten nach verschiedenen Merkmalen

	Aerzte ¹⁾		Medikamente ²⁾	
	Bonus	Traditionell	Bonus	Traditionell
insgesamt	0,5	1,3	0,7	1,4
Männer	0,4	1,0	0,6	1,2
Frauen	0,7	1,5	1,0	1,6
Altersgruppen				
– 25 Jahre	0,5	1,0	0,6	0,7
– 26 - 35 Jahre	0,5	0,9	0,6	0,8
– 36 - 45 Jahre	0,5	1,0	0,7	1,1
– 46 - 65 Jahre	0,4	1,5	1,0	1,5
– 66 Jahre u. älter	0,7	2,1	1,5	2,9
Gesundheitszustand				
– ausgezeichnet	0,4	0,6	0,6	0,7
– gut	0,6	1,4	0,9	1,5
– es geht/schlecht	--	3,1	--	2,8
Gesundheitszustand und Alter				
– ausgezeichnet				
bis 35 Jahre	0,4	0,5	0,6	0,6
36 - 65 Jahre	0,4	0,6	0,7	0,7
– gut				
bis 35 Jahre	0,7	1,2	0,7	0,9
36 - 65 Jahre	0,4	1,4	1,0	1,4

1) Ø Anzahl Konsultationen innerhalb von 3 Monaten

2) Ø Konsum innerhalb von 14 Tagen - Abfrage von 12 Medikamentengruppen und ggf. zusätzlich genannte.

3.1.3 Versicherte Leistungen, Prämien, Beurteilung

3.1.3.1 Vergleich Bonus- / traditionell Versicherte

In diesem Abschnitt soll geprüft werden, ob die Bonus-Versicherten einen anderen "Versicherungshintergrund" haben als die traditionell Versicherten. Untersucht werden

- die "Versicherungstreue" unter der Fragestellung, ob Bonus-Versicherte häufiger Versicherungswechsler sind
- die versicherten Leistungen, unter der Fragestellung, ob Bonus-Versicherte häufiger nur die Billigvariante "Grundversicherung" haben
- die Prämienhöhe und deren Beurteilung unter der Fragestellung, ob bei Bonus-Versicherten ein stärkerer ökonomischer Zwang zur Prämienverbilligung zu vermuten ist

In der "**Versicherungstreue**", also der Zeitdauer, die man schon bei der jetzigen Krankenversicherung ist, unterscheiden sich die Bonus-Versicherten nur insofern von traditionell Versicherten, als sie häufiger "seit Geburt" bei ihrer Versicherung sind - eine Folge des Übergewichts der Jüngeren.

Tabelle 3.12: Versicherungsdauer bei der jetzigen Krankenkasse

	Bonus	Trad.
	- % -	
Bei der jetzigen Krankenkasse seit:		
- bis 2 Jahre	6	6
- 2-10 Jahre	13	14
- länger	32	48
- seit Geburt	49	32
Σ	100	100
n	923	2.642

Es dürfte also auch kaum vorgekommen sein, dass Bonus-Versicherte ihre Krankenversicherung gewechselt haben, **um** eine Bonus-Versicherung abschliessen zu können.

Als Gründe für einen kürzlichen Versicherungswechsel (in den vergangenen 2 Jahren) werden bei beiden Gruppen am häufigsten die zu hohen Prämien genannt (je knapp ein

Drittel), der Arbeitsplatzwechsel (je knapp 20 %) und bei den traditionell Versicherten der Übertritt in eine Kollektivversicherung (22 %).

Bonus-Versicherte sind häufiger nur für die **allgemeine Abteilung** im Spital versichert; dies ist jedoch bedingt durch die Altersstruktur. In den vergleichbaren Altersgruppen ist die Versicherungsstruktur nicht signifikant verschieden (Tab. 3.13).

Tabelle 3.13: Versicherungsart und Prämienhöhe (Bonus)

	Bonus (in %)	Traditionell (in %)
Fürs Spital versichert:		
– allgemeine Abteilung	59	51
– halbprivat	28	34
– privat	12	13
– weiss nicht	1	2
– Σ	100	100
Anteil fürs Spital allgemein Versicherte:		
– 25 Jahre	71	65
– 26 - 35 Jahre	63	58
– 36 - 45 Jahre	45	46
– 46 Jahre und älter	49	43
	Ø Monatsprämie in Fr.	
Allgemein Versicherte		
– 25 Jahre	94	89
– 26 - 35 Jahre	112	114
– 36 - 45 Jahre	126	133
– 46 Jahre und älter	147	147
Halb-/privat Versicherte		
– 35 Jahre	175	163
– 36 Jahre und älter	234	231
Anteil Kollektivversicherte	10 %	18 %

In der Prämienhöhe - aufgliedert nach Altersgruppen - gleichen sich die beiden Versicherungsgruppen weitgehend. Die verschiedenen Faktoren, die Prämienunterschiede zur Folge haben können, heben sich offenbar auf.²⁾

Auch in den Prämien für den gesamten Haushalt bestehen bei vergleichbaren Alters- und Haushaltsgrossengruppen keine signifikanten Unterschiede.

²⁾ Bonus = höherer Männeranteil, aber 10 % Aufschlag; traditionell = mehr Kollektivversicherte.

Bonus- und traditionell Versicherte sind sich auch weitgehend einig in der **Beurteilung der Prämien im Verhältnis zu den Leistungen**: Je knapp die Hälfte der Versicherten hält die Prämie für angemessen, die andere Hälfte beurteilt die Prämie als etwas oder viel zu hoch (Tab. 3.14).

Auch im **Verhältnis zum Einkommen** wird die Prämie ziemlich kritisch beurteilt. In den verschiedenen Alters- und Haushaltsgruppen liegt der Anteil derer, die sagen, die Prämie sei "gut zu zahlen" meist erheblich unter einem Drittel (nur die jüngeren 1-Personen-Haushalte bilden eine Ausnahme). Bonus-Versicherte beurteilen die Prämienbelastung günstiger als traditionell Versicherte; dies ist teilweise Folge der Altersstruktur (effektiv niedrigere Prämien), teilweise Folge des höheren Einkommens (Tab. 3.15).

Insgesamt findet sich in den Prämienfragen kein Hinweis darauf, dass die Bonus-Versicherung tendenziell aus einer besonderen finanziellen Notlage heraus gewählt wurde.

Tabelle 3.14: Beurteilung der Prämie im Verhältnis zu den Leistungen (Bonus)

	Bonus	– % –	Traditionell
Prämie ist			
– günstig	6		7
– angemessen	39		42
– etwas zu hoch	35		33
– viel zu hoch	12		13
– kein Urteil	8		5
Σ	100		100
n	923		2.642
Anteil "Prämie ist günstig oder angemessen"			
– 25 Jahre	50		45
– 26-35 Jahre	43		48
– 36-45 Jahre	51		47
– 46 Jahre und älter	41		50

Tabelle 3.15: Beurteilung der Prämie im Verhältnis zum Einkommen (bei Mehrpersonen-Haushalten bezogen auf die Prämien für den gesamten Haushalt) - Bonus

	1-Personen-Haushalt		Mehrpersonen-Haushalt	
	Bonus	Traditionell	Bonus	Traditionell
	- % -			
Prämie ist				
- gut zu tragen	40	29	27	18
- es geht	31	31	37	33
- gerade noch zu tragen	18	22	18	25
- eigentlich zu hoch	11	17	15	21
- keine Angaben	-	1	3	3
Σ	100	100	100	100
n	237	460	686	2.182
Anteil "Prämie" ist gut zu tragen oder es geht ¹⁾				
- 25 Jahre	71	66	69	55
- 26 - 35 Jahre	75	74	64	58
- 36 - 45 Jahre	80	77	72	56
- 46 Jahre und älter	52	49	62	50

1) Prozentuiert auf Personen mit Angaben

Bei Bonus- und bei traditionell Versicherten ist etwa gleich häufig die ganze Familie in **derselben Krankenkasse** (ca. 2/3 der Mehrpersonen-Haushalte). Jedoch ist die Wahl einer Bonus-Variante selbst häufiger die Entscheidung eines einzelnen Haushaltsmitgliedes: in 62 % der Mehrpersonen-Haushalte hat nur ein Haushaltsmitglied eine Bonus-Versicherung gewählt, in 34 % ist auch der Ehepartner (oder sonstige erwachsene Personen) in der Bonus-Versicherung, in 13 % auch Kinder.

3.1.3.2 Beurteilung der Bonus-Versicherung durch Bonus-Versicherte³⁾

Im Gegensatz zur eher kritischen Einstellung zum generellen Prämien-/Leistungsverhältnis sind die Bonus-Versicherten mit den speziellen Konditionen einer Bonus-Versicherung überwiegend einverstanden:

- 83 % halten die Prämienreduktion für angemessen
- 15 % halten sie für zu niedrig
- 2 % haben kein Urteil.

Die meisten glauben auch, dass sich die Bonus-Versicherung für sie persönlich lohnt; die älteren Versicherten und die Frauen sind etwas skeptischer als die jüngeren (Tab. 3.16). Auch Bonus-Versicherte, die in den letzten 3 Monaten einen Arzt konsultiert haben oder in den letzten 12 Monaten eine Arztrechnung erhalten haben, sind in grosser Mehrzahl davon überzeugt, dass sich die Bonus-Versicherung für sie lohnt.

Gut die Hälfte der Bonus-Versicherten gibt an, bei der Entscheidung die Wahl zwischen Bonus-Versicherung und höherer Jahresfranchise gehabt zu haben. Alle wurden gefragt, wie sie sich heute entscheiden würden: Für Bonus, für Franchise oder für keines der beiden Modelle. Fast 90 % würden sich auch heute für eine der beiden Möglichkeiten, Prämien zu sparen, entscheiden. Es gäbe allerdings eine gewisse Verschiebung hin zur Franchise, vor allem bei den ab 36-Jährigen. Das weist noch einmal auf die Bonus-Versicherung als Modell für die Jungen hin.

³⁾ Allgemeine Beurteilungen (Entsolidarisierung etc.) wurden gemeinsam für Bonus- und Franchise-Versicherung erfragt und werden in Kap. 3.4 dargestellt.

Tabelle 3.16: Beurteilung der Bonus-Versicherung durch Bonus-Versicherte

	insges.	Altersgruppen				Geschlecht	
		- 25 J.	26-35 J.	36-65 J.	66 J. +	M	F
- % -							
Die Bonus-Versicherung							
- lohnt sich	86	89	88	76	69	88	83
- lohnt sich nicht	10	6	10	18	25	8	12
- weiss nicht	4	5	2	6	6	4	5
Σ	100	100	100	100	100	100	100
Bei heutiger Wahl zwischen Bonus und Franchise würde man sich entscheiden für							
- Bonus	73	76	76	57	67	76	69
- Franchise	14	11	15	24	25	13	15
- weder noch	7	7	4	10	7	5	9
- weiss nicht/k.A.	6	6	6	9	—	6	7
Σ	100	100	100	100	100	100	100
n ¹⁾	800	125	389	241	45	482	318

1) n reduziert, weil die Fragen nur an die gestellt wurden, die ihre Bonus-Versicherung bestätigt haben.

3.1.4 Bonus-Sympathien bei traditionell Versicherten

3.1.4.1 Bekanntheit der Bonus-Versicherung

Die Bonus-Versicherung ist dem Hörensagen nach der Mehrzahl der traditionell Versicherten bekannt, bei Nachfragen allerdings sagen nur rd. 30 %, dass sie ungefähr wissen, wie die Bonus-Versicherung funktioniert.

Von Bonus Versicherung

- sicher schon gehört 43 %
- wahrscheinlich gehört 15 %
- wusste, wie sie funktioniert 30 %
- nichts gehört 42 %.

Der Bekanntheitsgrad ist unterschiedlich in den Altersgruppen. Sicher oder wahrscheinlich von der Bonus-Versicherung gehört, haben von den traditionell Versicherten

- bis 25 Jahre 37 %
- zwischen 26 und 35 Jahren 65 %
- zwischen 36 und 45 Jahren 61 %
- zwischen 46 und 65 Jahren 63 %
- zwischen 66 und 75 Jahren 57 %
- ab 76 Jahren 50 %.

Bei Männern ist die Bonus-Versicherung häufiger bekannt (62 %) als bei Frauen (53 %).

Die Mehrzahl weiss nichts davon, ob die eigene Krankenkasse eine Bonus-Versicherung anbietet. Ausserdem sind Fehlinformationen eher die Regel als die Ausnahme, wie die folgende Aufgliederung zeigt (Tabelle 3.17).

Tabelle 3.17: Information über die Bonus-Versicherung

	Traditionell Versicherte in Kassen	
	mit Bonus-Versicherung (in %)	ohne Bonus-Versicherung (in %)
Nach Meinung der Versicherten:		
Kasse bietet Bonus an	28	17
Kasse bietet Bonus nicht an	5	10
weiss nicht	27	29
Bonus-Versicherung nicht bekannt	40	44
Σ	100	100
n	1.136	1.506

Dass nur 30 % der Versicherten von Kassen, die die Bonus-Versicherung anbieten, davon Kenntnis haben, belegt die geringe Beschäftigung mit diesen Fragen und/oder die geringe Werbung für die Bonus-Versicherung.

Etwa 40 % derer, die der Ansicht sind, ihre Kasse biete die Bonus-Versicherung an, sind durch einen Brief der Krankenkassen oder durch die allgemeine Krankenkasseninfo darauf aufmerksam gemacht worden. Nur ganz wenige haben sich (zusätzlich) selbst um Informationen bemüht.

3.1.4.2 Interesse an der Bonus-Versicherung

Der Sympathisantenkreis für die Bonus-Versicherung ist um ein Vielfaches höher als der Kreis derer, die sich für eine Bonus-Versicherung entschieden haben. Auf die Frage, ob man selbst evtl. Interesse an einer Bonus-Versicherung hätte, sagen von den traditionell Versicherten:

– sehr interessiert	11 %
– ziemlich interessiert	20 %
– nicht besonders interessiert	16 %
– gar nicht interessiert	45 %
– kommt darauf an	5 %
– kein Urteil	3 %.

Die mit der Bonus-Versicherung verbundene **Prämien-Reduktion** wird von der Mehrzahl als angemessen empfunden, und zwar auch von der Mehrzahl derer, die nicht an der Bonus-Versicherung interessiert sind (Tab. 3.18). Schon daran zeigt sich, dass es sich bei dem erfragten Interesse an der Bonus-Versicherung eher um grundsätzliche Sympathien oder Antipathien für eine solche Versicherungsform handelt, die konkrete Ausgestaltung spielt zunächst eine untergeordnete Rolle. Dies wird auch dadurch belegt, dass sich der Anteil der Interessenten bei sehr viel günstigerer Ausgestaltung nur um ca. 10 Prozentpunkte erhöht.

Insgesamt entsteht in der Diskussion der Prämienreduktion und der verschiedenen Varianten folgendes Bild des Anteils der maximal Interessierten:

– An der Bonus-Versicherung interessiert und mit Prämienreduktion einverstanden	27 %
– An der Bonus-Versicherung interessiert bei Prämienreduktion 70 % nach 5 Jahren	36 %
– An der Bonus-Versicherung interessiert bei 45 % Reduktion nach 3 Jahren	38 %
– An der Bonus-Versicherung interessiert, wenn kein Aufschlag zu Beginn erfolgt.	35 %

Im grossen und ganzen bekunden die Versichertengruppen überdurchschnittlich häufig ein Interesse an der Bonus-Versicherung, die auch unter den Bonus-Versicherten selbst überrepräsentiert sind. Dies verleiht den Interessenbekundungen auch eine erhebliche Glaubwürdigkeit.

Interesse an der Bonus-Versicherung haben vor allem die jüngeren **Altersgruppen** (bis 45), danach bricht das Interesse stark ab, von den Personen ab 75 Jahren wären nur noch 5 % evtl. an einer Bonus-Versicherung interessiert.

Männer sind deutlich häufiger interessiert als **Frauen** und zwar in allen Altersgruppen mit Ausnahme der ab 75-Jährigen (Tab. 3.19).

Tabelle 3.18: Beurteilung der Prämien-Reduktion in der Bonus-Versicherung

	Interessierte (%)	nicht besonders Interessierte (%)	insgesamt (%)
Prämienreduktion ist			
– zu hoch	3	6	5
– angemessen	83	64	70
– zu niedrig	10	14	13
– weiss nicht	4	16	12
Summe	100	100	100
n	808	1754	2562 ¹⁾

1) Ohne "kein Urteil"

Tabelle 3.19: Interesse an der Bonus-Versicherung nach Alter und Geschlecht
Traditionell Versicherte

	Interesse	kein Interesse "kein Urteil"	Σ	n
	- % -			
Alter				
- 25 Jahre	44	56	100	422
- 26 - 35 Jahre	40	60	100	540
- 36 - 45 Jahre	40	60	100	531
- 46 - 65 Jahre	25	75	100	801
- 66 - 75 Jahre	12	88	100	250
- 76 Jahre und älter	5	95	100	98
Geschlecht				
- Männer	37	63	100	1223
- Frauen	26	74	100	1419
Geschlecht und Alter				
Männer				
- bis 25 Jahre	47	53	100	212
- 26 - 35 Jahre	48	52	100	257
- 36 - 45 Jahre	43	57	100	260
- 46 - 65 Jahre	31	69	100	369
- 66 - 75 Jahre	17	83	100	89
- 76 Jahre und älter	6	94	100	36
Frauen				
- bis 25 Jahre	40	60	100	210
- 26 - 35 Jahre	34	66	100	283
- 36 - 45 Jahre	37	63	100	271
- 46 - 65 Jahre	19	81	100	432
- 66 - 75 Jahre	9	91	100	161
- 76 Jahre und älter	5	95	100	62

Auch Haushaltsgrösse, Schulbildung und Einkommen weisen im Vergleich Sympathisanten/Nicht-Sympathisanten in die gleiche Richtung wie im Vergleich Bonus-/traditionell Versicherte.

Es hängt sehr stark vom **Gesundheitszustand** ab, ob man an einer Bonus-Versicherung interessiert ist oder nicht. Von den Personen mit (subjektiv) ausgezeichnetem Gesundheitszustand sind 43 % Bonus-Sympathisanten, von denjenigen mit "nur" gutem, nur 28 %. Der Zusammenhang besteht auch in den einzelnen Altersgruppen (Tabelle 3.20).

Tabelle 3.20: Anteil der Bonus-Sympathisanten nach verschiedenen Gesundheitsmerkmalen

	Anteil Sympathisanten			
	insgesamt	nach Altersgruppen ¹⁾²⁾		
		bis 35 J.	36-45 J.	46-65 J.
- % -				
Subjektiver Gesundheitszustand				
- ausgezeichnet	43	48	49	37
- gut	28	38	35	24
- es geht/schlecht	10	20	24	10
Chronische Krankheiten				
- keine	39	45	44	34
- 1 oder mehr	19	32	31	15

- 1) Ab 66-Jährige nicht ausgewiesen, da zuwenig Bonus-Sympathisanten
- 2) Beispiel zum Lesen der Tabelle: 48 % der bis 35-Jährigen mit ausgezeichnetem Gesundheitszustand sind Bonus-Sympathisanten.

Im Wohlbefinden und in den Einstellungen zur Gesundheit sind die Unterschiede eher gering. Die Tabelle 3.21 zeigt das Ergebnis der logistischen Regression bezüglich Sympathisanten - nicht Sympathisanten. Die Trennschärfe ist zwar etwas geringer als im Vergleich Bonus-/ traditionell Versicherte, es sind jedoch im wesentlichen dieselben Merkmale, die bestmöglich zwischen den Gruppen differenzieren.

Tabelle 3.21: Unterscheidungskriterien Bonus-Sympathisanten (traditionell Versicherte)

	Verbesserung durch die Variable (in %)	Aufnahme einzelner Variablengruppen in das Regressionsmodell			
		I	II	III	IV
I					
Subjektiver Gesundheitszustand	16,9	X	X	X	X
chronische Krankheiten	19,8	XX	XX	XX	XX
Wohlbefinden	1,6				
Behinderung	6,7				
II					
Alter	18,7		XX	XX	XX
Geschlecht	10,5		X	X	X
Region	—				
III					
Haushaltsgrösse	10,9			(X)	(X)
Schulbildung	9,6				
Haushaltseinkommen	7,3				
IV					
Selbstmedikation	—				
Gesundheitsautonomie	—				
interne kontrollorient. Gesundh.	—				
gesundheitsorient. Lebensweise	—				
Verbesserung der Zuordnung insgesamt (in %)		22,0	27,4	27,2	27,2

- XX Wichtige Variablen, die in ihrer jeweiligen Gruppe als erste in die Regression aufgenommen werden und daher einen grossen Beitrag zur Verbesserung der Zuordnung leisten.
- X Variablen, die noch einen bedeutenden Beitrag leisten.
- (X) Unwichtige Variablen, die nicht mehr viel zur Verbesserung des Ergebnisses beitragen und deshalb zuletzt aufgenommen werden.

Resümierend lässt sich feststellen, dass Bonus-Sympathisanten in den meisten Merkmalen, die auf Risikoselektion hinweisen, eine grosse Ähnlichkeit mit Bonus-Versicherten haben. Wenn die Bonus-Sympathisanten ihre Sympathie in eine Versicherungsentscheidung umwandeln würden, wäre damit eine Risikoselektion in quantitativ beträchtlichem Umfang verbunden.

Auch in der **Inanspruchnahme** bestehen grosse Unterschiede: Bonus-Sympathisanten haben wesentlich seltener in den letzten 3 Monaten einen Arzt aufgesucht und auch der Medikamentenkonsument ist deutlich niedriger (Tab. 3.22). Das bestätigt sich auch in der Aufgliederung nach dem Gesundheitszustand.

Tabelle 3.22: Inanspruchnahme bei Bonus-Sympathisanten und -Nicht-Sympathisanten – traditionell Versicherte

	Sympathisanten	Nicht-Sympathisanten
	Ø-Inanspruchnahme	
Arztbesuch in den letzten 3 Monaten		
insgesamt	0,8	1,6
– bis 35 Jahre	0,6	1,2
– 36 - 45 Jahre	0,7	1,2
– 46 - 65 Jahre	1,1	1,7
– Männer	0,6	1,3
– Frauen	1,0	1,7
bei Gesundheitszustand		
– ausgezeichnet	0,5	0,7
– gut	1,0	1,5
– es geht/schlecht	--	3,2
Medikamentenkonsument in 14 Tagen¹⁾		
insgesamt	0,9	1,6
– bis 35 Jahre	0,8	0,8
– 36 - 45 Jahre	1,2	0,9
– 46 - 65 Jahre	0,8	1,4
– 66 + Jahre	1,5	3,1
– Männer	0,8	1,4
– Frauen	1,1	1,8
bei Gesundheitszustand		
– ausgezeichnet	0,7	0,8
– gut	1,0	1,7
– es geht/schlecht	--	2,9

1) Abfrage von 12 Medikamentengruppen und ggf. zusätzlich genannte.

3.2 HMO

Die HMO-Versicherten werden verglichen mit traditionell Versicherten in Grosszentren und Agglomeration mit HMO-Angebot, d.h. Zürich und Basel.

3.2.1 Soziodemographische Struktur und Gesundheit

3.2.1.1 Soziodemographische Struktur

Die HMO-Versicherten sind im Durchschnitt um 2,5 Jahre jünger als die traditionell Versicherten. Es besteht aber keine lineare Beziehung zwischen Alter und Versichertengruppen:

- Die grösste Attraktivität hat die HMO-Versicherung für die 26-35-Jährigen, auch die 36-45-Jährigen sind noch leicht überrepräsentiert.
- Am stärksten unterrepräsentiert sind die 18-20-Jährigen, die, mit einer einzigen Ausnahme, generell in den neuen Versicherungsformen nur schwach vertreten sind.
- Die 46-65-Jährigen sind ebenfalls unterrepräsentiert, während die 66-75-Jährigen etwa gleich stark vertreten sind wie in der Vergleichsgruppe.
- Die Hochbetagten (ab 76 Jahre) konnten sich wiederum nur unterdurchschnittlich für die HMO entscheiden (vgl. Abb. 3.4).

Männer haben sich häufiger als Frauen für eine HMO-Versicherung entschieden. Vor allem in den Altersgruppen ab 36 Jahren sind die Männer in der HMO-Versicherung im Vergleich zur traditionellen Versicherung überrepräsentiert (Tab. 3.23).

Deutlich überrepräsentiert sind unter den HMO-Versicherten die **1-Personen-Haushalte**, stark unterrepräsentiert sind die Haushalte mit 4 oder mehr Personen. Dies ist nicht auf das starke Gewicht der 26-35-Jährigen zurückzuführen, sondern bestätigt sich in den verschiedenen Altersgruppen. Wie bei der Bonus-Versicherung besteht also auch bei HMO eine stärkere Anziehungskraft auf familiär ungebundene Personen und zwar sowohl bei Männern als auch bei Frauen (Tab. 3.24).

Abbildung 3.4

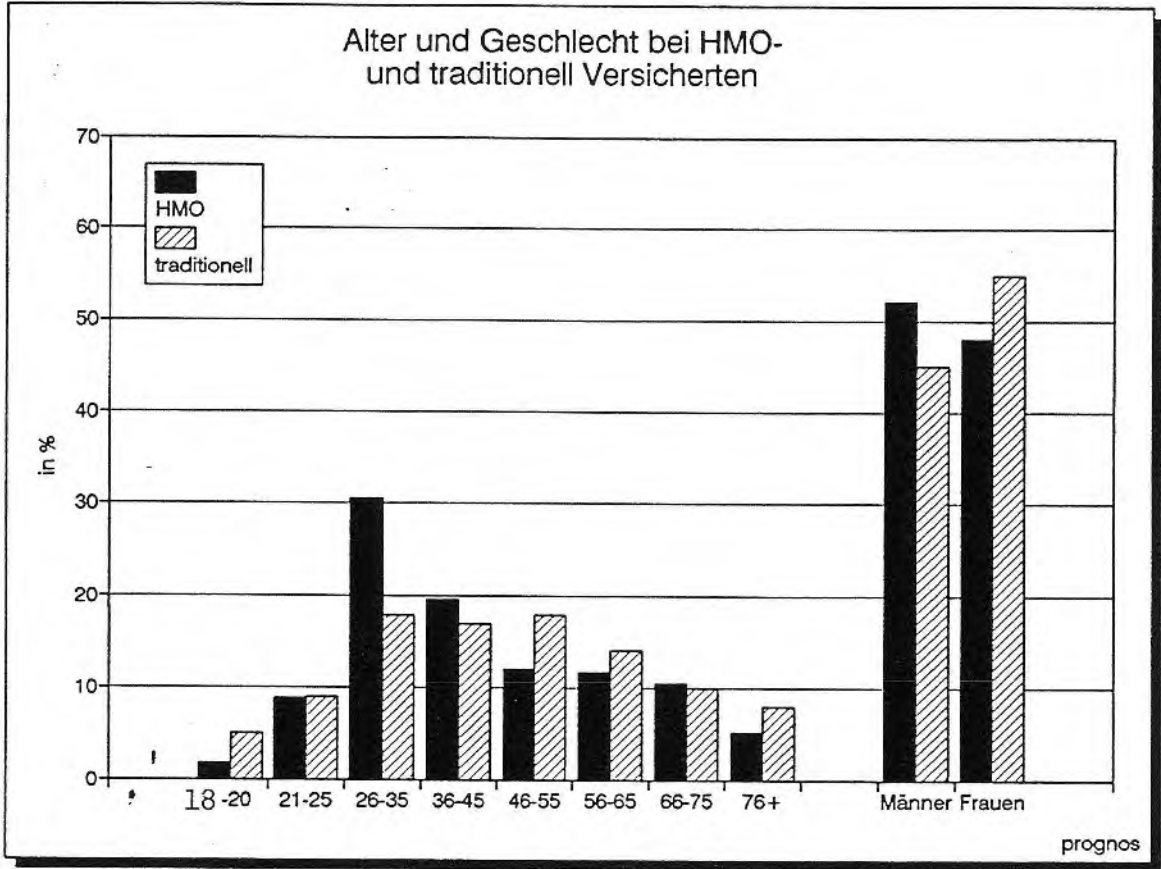


Tabelle 3.23: HMO- und traditionell Versicherte nach Alter und Geschlecht

	Geschlechtsunterteilung nach Altersgruppen in %		Gesamtstruktur in %	
	HMO	Traditionell	HMO	Traditionell
18 bis 25 Jahre				
Männer	51	46	5	7
Frauen	49	54	5	8
Σ	100	100		
26 bis 35 Jahre				
Männer	52	53	16	10
Frauen	48	47	15	8
Σ	100	100		
36 bis 45 Jahre				
Männer	57	48	11	8
Frauen	43	52	8	9
Σ	100	100		
46 bis 65 Jahre				
Männer	50	44	12	14
Frauen	50	56	12	18
Σ	100	100		
66 Jahre u. älter				
Männer	48	37	8	7
Frauen	52	63	8	11
Σ	100	100		
n	1265	803	1.265	803
Σ			100	100

Tabelle 3.24: Haushaltsgrösse bei HMO- und traditionell Versicherten

	HMO	- % -	Traditionell
1-Personen-Haushalte	34		21
2-Personen-Haushalte	38		34
3-Personen-Haushalte	14		17
4 + -Personen-Haushalte	14		28
Σ	100		100
n	1.265		803
Ø Personenzahl	2,1		2,7
	Anteil 1-Personen-Haushalte		
bis 35 Jahre			
Männer	35		18
Frauen	29		22
36 Jahre und älter			
Männer	31		15
Frauen	41		27

Kein Unterschied besteht in der **Erwerbsquote** (Voll- und Teilzeiterwerbstätige), wenn man den Einfluss von Alter und Geschlecht ausschaltet.

In Bezug auf den **Sozialstatus** sind die Zusammenhänge nicht eindeutig:

- HMO-versicherte Männer und Frauen haben häufiger eine höhere **Schulbildung** als die traditionell Versicherten.
- In der **beruflichen Stellung** gibt es keine signifikanten Unterschiede (Tab. 3.25).
- Im **Einkommen** bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen HMO- und traditionell Versicherten, wenn man die Haushaltsgrösse berücksichtigt (Tabelle 3.26).

Tabelle 3.25: Schulbildung und Berufsstatus bei HMO- und traditionell Versicherten

	HMO			Traditionell		
	insges.	M	F	insges.	M	F
	- % -					
Schulbildung¹⁾						
bis Berufsschule	63	56	71	76	68	82
mittlere	19	19	18	15	16	13
höhere	18	25	11	9	16	4
KA	-	-	-	-	-	1
Σ	100	100	100	100	100	100
n	1.265	660	605	803	370	433
Berufli. Stellung (nur Voll- erwerbstätige)						
gehobene ²⁾	32	37	23	34	41	19
sonstige	68	63	77	66	59	81
Σ	100	100	100	100	100	100
n	676	460	216	414	281	133

- 1) Bis Berufsschule = Primar-/Sekundarschule, Berufslehre, Vollzeitberufsschule / Mittlere = Diplommittelschule, Maturitätsschule, höhere Fachausbildung / höhere = HTL, Hochschule, Universität.
 2) freie Berufe, Industrielle, leitende Angestellte

Tabelle 3.26: Einkommen bei HMO- und traditionell Versicherten

	HMO	Traditionell
	– % –	
Haushaltseinkommen		
bis 4000 Fr.	30	23
4000 bis 6000 Fr.	30	27
6000 bis 8000 Fr.	18	19
8000 Fr. und mehr	16	25
keine Angabe	6	6
Σ	100	100
n	1.265	803
Äquivalentes Pro-Kopf-Einkommen p.M. - Franken ¹⁾	3.862	3.736

1) Nach der SKOS-Äquivalenzskala ermitteltes Pro-Kopf-Einkommen auf der Basis des erfragten Haushaltseinkommens.

Die wesentlichen soziodemographischen Unterschiede zwischen HMO-Versicherten und traditionell Versicherten bestätigen sich auch für **jede einzelne HMO**: Überrepräsentanz der jüngeren Altersjahrgänge, der Männer, der 1-Personen-Haushalte, der Personen mit höherem Schulabschluss. Die in der Befragung ermittelten Unterschiede zwischen den drei HMOs sind statistisch nicht signifikant (Tab. 3.28).

In der Altersstruktur bestehen gewisse Unterschiede zwischen den drei HMOs. Vergleicht man die Altersstruktur auf der Basis der Angaben der HMOs zu ihren Versicherten Ende 1992 (also im Total und nicht auf Stichprobenbasis) so erweist sich die Basler HMO als etwas "jünger" als die beiden Züricher HMOs: die 26-35-Jährigen sind noch stärker vertreten und gleichzeitig finden sich unter den Versicherten auch etwas häufiger Kinder und Jugendliche als bei den beiden anderen HMOs (Tab. 3.27).

Tabelle 3.27: Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten der drei HMOs Ende 1992¹⁾

	IGAK Zürich	MZH	IGAK Basel	IGAK Zürich	MZH	IGAK Basel	Traditionell Versicherte ²⁾
	- % -			- % -			
Alter				prozentuiert auf ab 21-Jährige			
0 - 15 Jahre	9	9	12				
16 - 20 Jahre	3	3	3				
21 - 25 Jahre	6	7	6	7	8	8	9
26 - 35 Jahre	29	24	31	33	27	36	19
36 - 45 Jahre	19	16	16	21	19	19	18
46 - 55 Jahre	12	15	10	14	17	12	19
56 - 65 Jahre	9	15	9	11	17	11	15
66 - 75 Jahre	8	8	8	9	9	9	10
76 Jahre und älter	5	3	5	5	3	5	10
Σ	100	100	100	100	100	100	100
Ø-Alter Jahre	40,5	41,1	37,8	44,7	45,0	43,4	49,7
	- % -						- % -
Geschlecht							
Männer	53	51	52				45
Frauen	47	49	48				55
Versichertenbestand	4577	1996	2665				

1) Basis: Angaben der HMOs zum Versichertenbestand Ende '92

2) Basis: effektive Stichprobe

Tabelle 3.28: Haushalts- und Sozialstruktur der Versicherten der 3 HMOs

	IGAK Zürich	MZH	IGAK Basel	Traditionell Versicherte
	%			
Haushaltsgrösse				
1 Person	35	37	30	21
2 Personen	37	38	42	34
3 Personen	14	14	14	17
4 oder mehr Personen	14	11	14	28
Σ	100	100	100	100
Ø Personenzahl	2,1	2,0	2,2	2,7
Schulbildung¹⁾				
bis Berufsschule	64	63	61	76
mittlere	18	21	20	15
höhere	18	16	19	9
Σ	100	100	100	100
Beruf. Stellung²⁾ (nur Vollerwerbstätige)				
gehobene	31	33	36	34
sonstige	69	67	64	66
Σ	100	100	100	100
Äquivalentes Pro-Kopf- Einkommen p.M. - Franken ³⁾	3950	3758	3638	3734
n	822	217	226	803

1) Bis Berufsschule = Primar-/Sekundarschule, Berufslehre, Vollzeitberufsschule / Mittlere = Diplommittelschule, Maturitätsschule, höhere Fachausbildung / höhere = HTL, Hochschule, Universität.

2) freie Berufe, Industrielle, leitende Angestellte

3) Nach der SKOS-Äquivalenzskala ermitteltes Pro-Kopf-Einkommen auf der Basis des erfragten Haushaltseinkommens.

3.2.1.2 Gesundheitszustand

Im subjektiven Gesundheitszustand und im Vorhandensein chronischer Erkrankungen zeigen sich die HMO-Versicherten "gesünder" als die traditionell Versicherten (Abb. 3.5). Die Unterschiede sind allerdings bei weitem nicht so ausgeprägt wie bei den Bonus-Versicherten.

In den jüngeren Altersjahrgängen (bis 35 Jahre) sind beide Versichertengruppen etwa gleich "gesund", erst bei den mittleren und höheren Altersgruppen haben die HMO-Versicherten seltener einen nur mässigen (subjektiven) Gesundheitszustand und seltener chronische Krankheiten als die traditionell Versicherten (Tab. 3.29).

Im psychischen Wohlbefinden besteht zunächst kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Versichertengruppen.

Die Versicherten der drei HMOs unterscheiden sich nicht (signifikant) im Gesundheitszustand (Tab. 3.30).

Abbildung 3.5

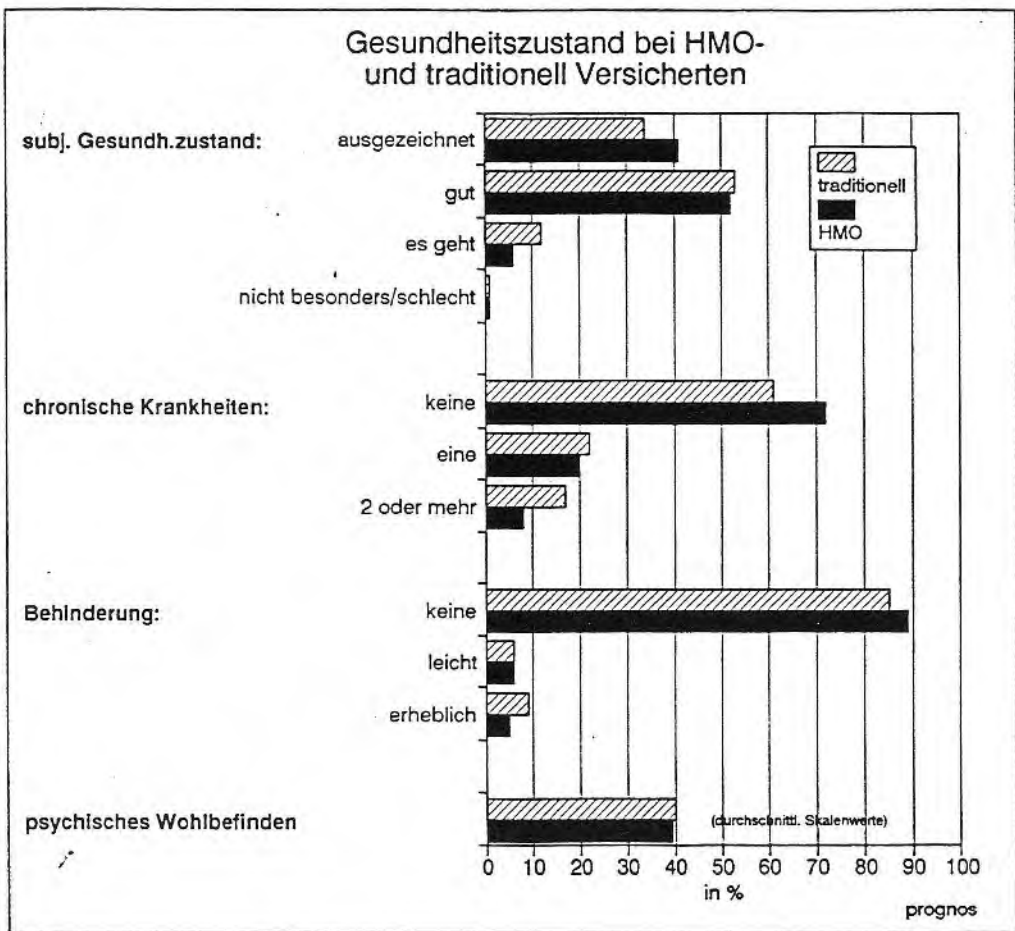


Tabelle 3.29: Gesundheitsmerkmale für HMO- und traditionell Versicherte nach Alter und Geschlecht

	18 bis 25 Jahre		26-35 Jahre		36-65 Jahre		66 Jahre u. älter		Männer		Frauen	
	HMO	Trad.	HMO	Trad.	HMO	Trad.	HMO	Trad.	HMO	Trad.	HMO	Trad.
	- % -											
Subjektiver Gesundheitszustand												
- ausgezeichnet	54	50	51	44	40	32	21	14	46	38	38	30
- gut	41	41	45	52	56	55	63	62	49	53	55	54
- es geht/schlecht	5	9	4	4	4	13	16	24	5	9	7	16
Σ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Chronische Krankheiten												
- keine	81	76	76	69	74	62	53	40	74	62	70	60
- eine	15	18	19	24	19	21	28	28	20	24	20	21
- zwei oder mehr	4	6	5	7	7	18	19	32	6	14	10	19
Σ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Behinderung												
- keine	95	95	96	91	88	85	73	71	89	85	89	85
- leicht od. erheblich	5	5	4	9	12	15	27	29	11	15	11	15
Σ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Psychisches Wohlbefinden												
Ø-Wert	38.1	39.8	39.1	39.6	39.9	40.2	39.9	41.0	39.3	39.8	39.6	40.4
n	111	126	378	147	582	418	194	112	660	370	605	433

Tabelle 3.30: Gesundheitsmerkmale bei den Versicherten der drei HMOs

	IGAK Zürich	MZH %	IGAK Basel	Traditionell Versicherte
	- % -			
Subjektiver Gesundheitszustand				
- ausgezeichnet	41	39	47	33
- gut	52	56	47	54
- es geht/schlecht	7	5	6	13
Σ	100	100	100	100
Chronische Krankheiten				
- keine	73	71	70	61
- eine	20	19	20	22
- zwei oder mehr	7	10	10	17
Σ	100	100	100	100
Behinderung				
- keine	88	90	92	85
- leicht oder erheblich	12	10	8	15
Σ	100	100	100	100
Psychisches Wohlbefinden				
Ø-Wert	39,5	38,6	40,0	40,1
n	822	217	226	803

3.2.1.3 Verhaltensweisen und Einstellungen zur Gesundheit

HMO-Versicherte betonen stärker die **Selbstverantwortung** für die Gesundheit als traditionell Versicherte und zwar fast durchgängig in allen Altersgruppen (Tab. 3.31).

Dies findet allerdings kaum eine Entsprechung in einer besonders **gesundheitsbewussten Lebensweise**. Lediglich in sportlichen Betätigungen und in der Gewichtskontrolle geben sich die HMO-Versicherten ein etwas besseres Zeugnis als die traditionell Versicherten (Tab. 3.32).

In der Inanspruchnahme der **klinischen Gesundheitsvorsorge** verhalten sich die Frauen in beiden Versichertengruppen in etwa gleich. Traditionell versicherte Männer jedoch nehmen die Gesundheitsvorsorge häufiger in Anspruch als HMO-versicherte Männer (Tab. 3.33).⁴⁾

Beide Gruppen unterscheiden sich nicht in der Tendenz medikamentöser Selbstbehandlung.

Zwischen den Versicherten der drei HMOs bestehen in diesen Aspekten keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 3.31: Selbstverantwortung für die Gesundheit bei HMO- und traditionell Versicherten

	Gesundheitsautonomie		Interne Kontrollorientierung Gesundheit	
	HMO	Traditionell	HMO	Traditionell
	Ø-Skalenwerte			
insgesamt	15,2	14,6	11,1	10,5
Männer	15,3	15,0	11,3	10,9
Frauen	15,2	14,3	10,8	10,1
Alter				
- 35 Jahre	15,5	15,0	10,7	10,3
- 36 - 65 Jahre	15,2	14,4	11,1	10,4
- 66 Jahre u. älter	14,6	14,6	11,9	11,1
subj. Gesundheitszustand				
- ausgezeichnet	15,4	15,0	11,2	10,7
- gut	15,2	14,5	11,0	10,3
- es geht/schlecht	14,5	14,2	10,5	10,1
IGAK Zürich	15,4		11,3	
MZH	14,9		11,0	
IGAK Basel	14,5		10,5	

4) Es kann sich auch um terminologisch bedingte Unterschiede handeln. Der Aspekt wird in der 2. Welle differenzierter aufgegriffen.

Tabelle 3.32: "Gesunde Lebensweise" bei HMO- und traditionell Versicherten

	Der Aspekt ist sehr wichtig/wichtig		Sollte mehr dafür tun	
	HMO	- % - Traditionell	HMO	- % - Traditionell
Sich gesund ernähren	98	98	53	56
Sport treiben	63	63	54	63
Körperliche Bewegung (Spaziergehen)	96	96	45	49
Mässiger Konsum von Alkohol	79	78	23	23
Ausreichend schlafen	90	89	38	43
Verzicht auf Zigaretten, Tabak	82	82	28	30
Auf das Gewicht achten	80	79	36	46
n	1.134	662	1.134	662

Tabelle 3.33 (Klinische) Vorsorgeorientierung bei HMO- und traditionell Versicherten

	HMO		Traditionell	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
	Ø-Skalenwerte		Ø-Skalenwerte	
insgesamt	2,8	3,9	3,1	3,9
- 35 Jahre	2,5	4,0	2,4	3,8
- 36-65 Jahre	2,9	3,9	3,3	4,1
- 66 Jahre u. älter	3,4	3,2	3,9	3,6
IGAK Zürich	2,7	3,8		
MZH	3,0	4,0		
IGAK Basel	2,8	3,9		

3.2.1.4 Die Bedeutung der verschiedenen Merkmale für die Wahl der HMO-Versicherung

Zur Unterscheidung zwischen HMO-Versicherten und der Vergleichsgruppe der traditionell Versicherten tragen Merkmale des Gesundheitszustandes - insbesondere das Vorhandensein chronischer Krankheiten - bei. Neben Indikatoren für Risikoselektion, deren "Unterscheidungskraft" allerdings weit schwächer ist als bei der Bonus-Gruppe, kennzeichnen vor allem die Haushaltsgrösse und, schwächer, die Schulbildung und das Haushaltseinkommen die Gruppen. Dies sind Merkmale, die, nach bisherigem Kenntnisstand, nicht auf Risikoselektion hindeuten (Tab. 3.34).

Tabelle 3.34: Unterscheidungskriterien - HMO

Variable	Verbesserung durch die Variable (in %)	Aufnahme einzelner Variablengruppen in das Regressionsmodell			
		I	II	III	IV
I					
subjektiver Gesundheitszustand	6,7				
chronische Krankheiten	12,7	XX	XX	XX	XX
Wohlbefinden	-				
Behinderung	5,3	X	X		
II					
Alter	10,7			X	X
Geschlecht	-				
III					
Haushaltsgrösse	15,9			XX	XX
Schulbildung	9,2			X	X
Haushaltseinkommen	8,7			X	X
IV					
Selbstmedikation	-				
Gesundheitsautonomie	8,8				X
interne kontrollort. Gesundh.	7,0				(X)
gesundheitsorient. Lebensweise	-				
Verbesserung der Zuordnung insgesamt (in %)		13,2	13,2	26,4	27,7

XX Wichtige Variablen, die in ihrer jeweiligen Gruppe als erste in die Regression aufgenommen werden und daher einen grossen Beitrag zur Verbesserung der Zuordnung leisten.

X Variablen, die noch einen bedeutenden Beitrag leisten.

(X) Unwichtige Variablen, die nicht mehr viel zur Verbesserung des Ergebnisses beitragen und deshalb zuletzt aufgenommen werden.

3.2.2 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

Etwa gleich viel HMO-Versicherte wie traditionell Versicherte haben im 3-Monats-Zeitraum mindestens einmal einen **Arzt** konsultiert, die durchschnittliche Häufigkeit von Arztkonsultationen liegt aber um gut ein Viertel tiefer. Wegen der speziellen HMO-Bedingungen wurde auch geprüft, ob die geringere Inanspruchnahme generell oder nur für Spezialärzte gilt. Ergebnis ist, dass sowohl Allgemeinärzte und allgemeine Internisten als auch (sonstige) Spezialärzte im Durchschnitt von HMO-Versicherten signifikant seltener konsultiert wurden.

Tabelle 3.35: Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen und Medikamentenkonsum (HMO)

	HMO gesamt	Trad.	IGAK Zürich	MZH	IGAK Basel
Arztkonsultationen in 3 Monaten					
– keine	54%	52%	56%	53%	48%
– Ø Anzahl	1,0	1,4	0,9	1,1	1,3
darunter:					
Allgemeinärzte, allgem. Internisten					
– keine	66%	63%	68%	66%	60%
– Ø Anzahl	0,6	0,8	0,5	0,6	0,8
Spezialisten					
– keine	77%	71%	79%	71%	74%
– Ø Anzahl	0,4	0,6	0,4	0,5	0,5
Medikamentenkonsum ¹⁾ in 14 Tagen					
– keine	39%	39%	40%	40%	35%
– Ø Anzahl	1,2	1,3	1,2	1,2	1,3
Paramedizinische Dienst- leistungen in 3 Monaten					
– keine	77%	78%	78%	75%	73%
– Ø Anzahl	0,27	0,25	0,27	0,26	0,30
n	1.134	662	741	194	199

1) Abfrage von 12 vorgegebenen Medikamentengruppen und ggf. zusätzlich Genannte.

Im **Medikamentenkonsum** bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Versichertengruppen, ebensowenig in der Inanspruchnahme der **paramedizinischen Dienstleistungen**.

Die Versicherten der HMO Basel haben etwas häufiger einen Arzt aufgesucht als Versicherte der anderen HMOs. Ob dieses Ergebnis zuverlässig ist, werden die Administrativdaten zeigen.

Signifikante Unterschiede in der Häufigkeit von Arztkonsultationen zwischen HMO- und traditionell Versicherten bestehen nur bei den Altersgruppen ab 36 Jahren. Da in den mittleren und höheren Altersgruppen auch der Gesundheitszustand der HMO-Versicherten besser ist als der der traditionell Versicherten, stellt sich die Frage, ob dies Grund für die geringere Inanspruchnahme sein kann. Ähnlich wie bei der Bonus-Gruppe ist die Inanspruchnahme bei ausgezeichnetem (subjektivem) Gesundheitszustand in beiden Gruppen gleich niedrig, bei nur gutem Gesundheitszustand aber beginnt die Differenzierung: HMO-Versicherte der mittleren und höheren Altersgruppen sind dann signifikant seltener beim Arzt gewesen als traditionell Versicherte (Tab. 3.36).

Tabelle 3.36: Inanspruchnahme bei HMO- und traditionell Versicherten

	Ärzte ¹⁾		Medikamente ²⁾	
	HMO	Traditionell	HMO	Traditionell
insgesamt	1,0	1,4	1,2	1,3
Männer	0,8	1,1	1,0	1,2
Frauen	1,2	1,6	1,4	1,4
Altersgruppen				
- 25 Jahre	1,1	0,9	0,8	0,7
- 26-35 Jahre	0,9	0,9	1,0	0,8
- 36-45 Jahre	0,8	1,1	0,9	1,0
- 46 -65 Jahre	1,0	1,6	1,3	1,5
- 66 Jahre u. älter	1,6	2,2	2,4	2,5
Gesundheitszustand				
- ausgezeichnet	0,7	0,7	0,9	0,9
- gut	1,1	1,4	1,3	1,4
- es geht/schlecht	2,8	3,2	3,0	2,3
Gesundheitszustand und Alter				
- ausgezeichnet ³⁾				
bis 35 Jahre	0,7	0,7	0,8	0,7
36-65 Jahre	0,6	0,7	0,9	0,9
- gut				
bis 35 Jahre	1,0	1,1	1,0	0,8
36-65 Jahre	0,9	1,4	1,1	1,3
66 + Jahre	1,6	2,0	2,3	2,5

1) ø Arztkonsultationen innerhalb von 3 Monaten.

2) ø Konsum innerhalb von 14 Tagen, 12 vorgegebene Medikamentengruppen und ggf. zusätzlich genannte.

3) 66+ Jahre nicht ausgewiesen, weil zu wenig Fälle mit ausgezeichnetem Gesundheitszustand.

3.2.3 Versicherte Leistungen, Prämien, Beurteilung

Die HMO-Versicherten weisen eine etwas geringere "Krankenkassentreue" auf als die traditionell Versicherten. Die Tatsache, dass 14 % der HMO-Versicherten erst bis zu 2 Jahren bei ihrer jetzigen Krankenkasse sind, aber nur 6 % der traditionell Versicherten, kann ein Hinweis darauf sein, dass Versicherte **wegen** HMO die Kassen gewechselt haben.

Tabelle 3.37: Versichertendauer bei der jetzigen Krankenkasse

	HMO	Trad.	IGAK Zürich	MZH	IGAK Basel
	- % -				
bei der jetzigen Krankenkasse seit:					
- bis 2 Jahre	14	6	13	14	15
- 2 - 10 Jahre	13	11	15	5	15
- länger	41	54	41	42	41
- seit Geburt	32	29	31	39	29
Summe	100	100	100	100	100
n	1.265	803	822	217	226

HMO-Versicherte haben - in allen Altersgruppen - häufiger die kostengünstige Spitalvariante "**Allgemeine Abteilung**" gewählt. Dies gilt auch in der Aufteilung nach dem Geschlecht (Tab. 3.38).

Die **Prämien** der HMO-Versicherten liegen rd. 15 % niedriger als die der traditionell Versicherten und zwar sowohl bei den halbprivat/privat Versicherten als auch bei den Allgemeinversicherten. Ein Abstand besteht in allen Altersgruppen, am grössten ist er bei den ab 66-Jährigen (Tab. 3.38).

Auch die **Gesamtprämien für den Haushalt** sind bei HMO-Versicherten niedriger. Gründe dafür können sein:

- In den HMO-Haushalten sind auch die anderen Haushaltsmitglieder überdurchschnittlich oft nur für die allgemeine Abteilung versichert.
- Andere Haushaltsmitglieder sind ebenfalls HMO-Versicherte.

Tatsächlich sind in gut 50 % der Mehrpersonen-Haushalte auch andere Haushaltsmitglieder bei der HMO; in 39 % der Fälle handelt es sich um den Partner, in 18 % (auch) um die Kinder.

Tabelle 3.38: Versicherungsart und Prämienhöhe (HMO)

	HMO	- % - Traditionell
Fürs Spital versichert:		
- allgemeine Abteilung	63	48
- halbprivat	22	32
- privat	12	19
- weiss nicht	3	1
Σ	100	100
Anteil fürs Spital allgemein Versicherte:		
- 35 Jahre	71	58
- 36-65 Jahre	56	40
- 66 Jahre u. älter	63	54
Männer	66	50
Frauen	61	47
	Ø Monatsprämie, ¹⁾ Fr	
Allgemein Versicherte insgesamt	104	122
- 35 Jahre	93	103
- 36-65 Jahre	109	128
- 66 Jahre u. älter-	119	146
Halb-/privat Versicherte insgesamt	154	181
- 35 Jahre	127	139
- 36-65 Jahre	166	187
- 66 Jahre u. älter	173	226
	Ø Monatsprämie gesamter Haushalt, Fr	
2-Personen-Haushalt	269	327
3-Personen-Haushalt	294	372
4- oder mehr Personen-Haushalt	358	398

1) Für HMO sind hier nur die Ergebnisse der 1. Befragung 1991/92 ausgewiesen, da die Nachbefragung erst 1993 stattfand und deshalb ein Prämien-durchschnitt nicht sinnvoll ist.

Prämienunterschiede werden von den HMO-Versicherten mit **positiven Urteilen** über die Prämien honoriert:

- Nur 7 % der traditionell Versicherten halten die Prämie im Verhältnis zu den Leistungen für günstig, aber 29 % der HMO-Versicherten.
- Insgesamt knapp die Hälfte der traditionell Versicherten hält das Prämien-Leistungs-Verhältnis für in Ordnung (günstig, angemessen), die andere Hälfte findet es

unausgewogen. Bei den HMO-Versicherten sind fast drei Viertel mit dem Prämien-Leistungs-Verhältnis einverstanden (Tab. 3.39).

Tabelle 3.39: Beurteilung der Prämie im Verhältnis zu den Leistungen (HMO)

	HMO	- % -	Traditionell
Prämie ist			
- günstig	29		7
- angemessen	44		41
- etwas zu hoch	17		30
- viel zu hoch	6		17
- kein Urteil	4		5
Σ	100		100
n	1265		803
Anteil "Prämie ist günstig oder angemessen"			
- 35 Jahre	76		46
- 36-65 Jahre	71		48
- 66 Jahre u. älter	72		49

Auch im **Verhältnis Prämie/Einkommen** urteilen die HMO-Versicherten positiver. Fast die Hälfte der traditionell Versicherten hält die Prämie im Verhältnis zum Einkommen für kritisch, aber nur rd. ein Drittel der HMO-Versicherten.

In beiden Versichertengruppen beklagen die älteren Haushalte am häufigsten die Prämienlast (Tab. 3.40).

Sowohl in der Versicherungsart als auch in der Beurteilung der Prämien gibt es nur geringfügige Unterschiede zwischen den Versicherten der drei HMOs. Die Versicherten der Basler HMO beurteilen das Preis-/Leistungsverhältnis signifikant besser als die der IGAK-HMO Zürich (Tab. 3.41).

Tabelle 3.40: Beurteilung der Prämie im Verhältnis zum Einkommen (bei Mehrpersonen-Haushalten bezogen auf die Prämien für den gesamten Haushalt) - HMO

	1-Personen-Haushalt		Mehrpersonen-Haushalt	
	HMO	- % - Traditionell	HMO	- % - Traditionell
Prämie ist				
- gut zu tragen	41	26	31	20
- es geht	30	30	35	32
- gerade noch zu tragen	16	19	17	22
- eigentlich zu hoch	13	25	16	22
- keine Angaben	-	-	1	4
Σ	100	100	100	100
n	431	158	834	645
Anteil "Prämie ist gut zu tragen oder es geht" ¹⁾				
- 35 Jahre	78	67	79	47
- 36-65 Jahre	73	61	85	58
- 66 Jahre u. älter	56	30	58	34

1) Prozentuiert auf Personen mit Angaben

Tabelle 3.41: Versicherungsart und Prämien für die drei HMOs

	IGAK Zürich	MZH	IGAK Basel
	%		
- allgemeine Abteilung	63	62	64
- halbprivat	21	19	29
- privat	13	17	5
- weiss nicht	3	2	2
Σ	100	100	100
	Ø Monatsprämie ³⁾ - Franken		
Allgemein Versicherte	102 ¹⁾	120 ²⁾	130 ²⁾
halbprivat/privat Versicherte	152	202 ²⁾	176 ²⁾
	- % -		
Prämie ist im Verhältnis zu Leistungen			
- günstig	26	32	37
- angemessen	45	43	40
- etwas zu hoch	18	14	16
- viel zu hoch	8	6	3
- kein Urteil	3	5	4
Σ	100	100	100
n	822	217	226

1) = 1991/92

2) = 1993

3) Die HMO-Prämien für die Grundversicherung bei Eintrittsalter 25-30 Jahre betragen 1993: IGAK Zürich: 105, MZH: 108, IGAK Basel: 116. Da die Versicherten z.T. ein höheres Eintrittsalter haben, scheinen die genannten Prämien durchaus plausibel.

Tabelle 3.42: Beurteilung der Prämie im Verhältnis zum Einkommen für die drei HMOs

	1-Personen-Haushalt		Mehrpersonen-Haushalt ¹⁾			
	IGAK Zürich	MZH	IGAK Basel	IGAK Zürich	MZH	IGAK Basel
	-% -					
Prämie ist						
- gut zu tragen	45	44	49	30	30	36
- es geht	28	28	31	36	34	35
- gerade noch zu tragen	15	10	11	17	17	13
- zu hoch	12	18	7	16	17	14
- keine Angabe	-	-	2	1	2	2
Σ	100	100	100	100	100	100
n	387	113	105	435	104	121

1) Bei Mehrpersonen-Haushalten: Beurteilung der Prämien für den gesamten Haushalt im

Verhältnis zum Haushaltseinkommen

3.2.4 Beurteilung der HMO-Versicherung und Gründe für die Wahl

3.2.4.1 Zufriedenheit mit der HMO

Eine differenzierte Beurteilung der HMO-Praxen ist in der 2. Welle der Versichertenbefragung erhoben worden. In der 1. Welle wurde pauschal nach der Zufriedenheit und den Erfahrungen gefragt. Die meisten HMO-Versicherten waren zum Zeitpunkt der Befragung schon länger als 1 Jahr bei der HMO und hatten auch die Praxis schon aufgesucht (Tab. 3.43).

Tabelle 3.43: Versichertendauer bei der HMO zum Zeitpunkt der Befragung und Konsultationserfahrung¹⁾

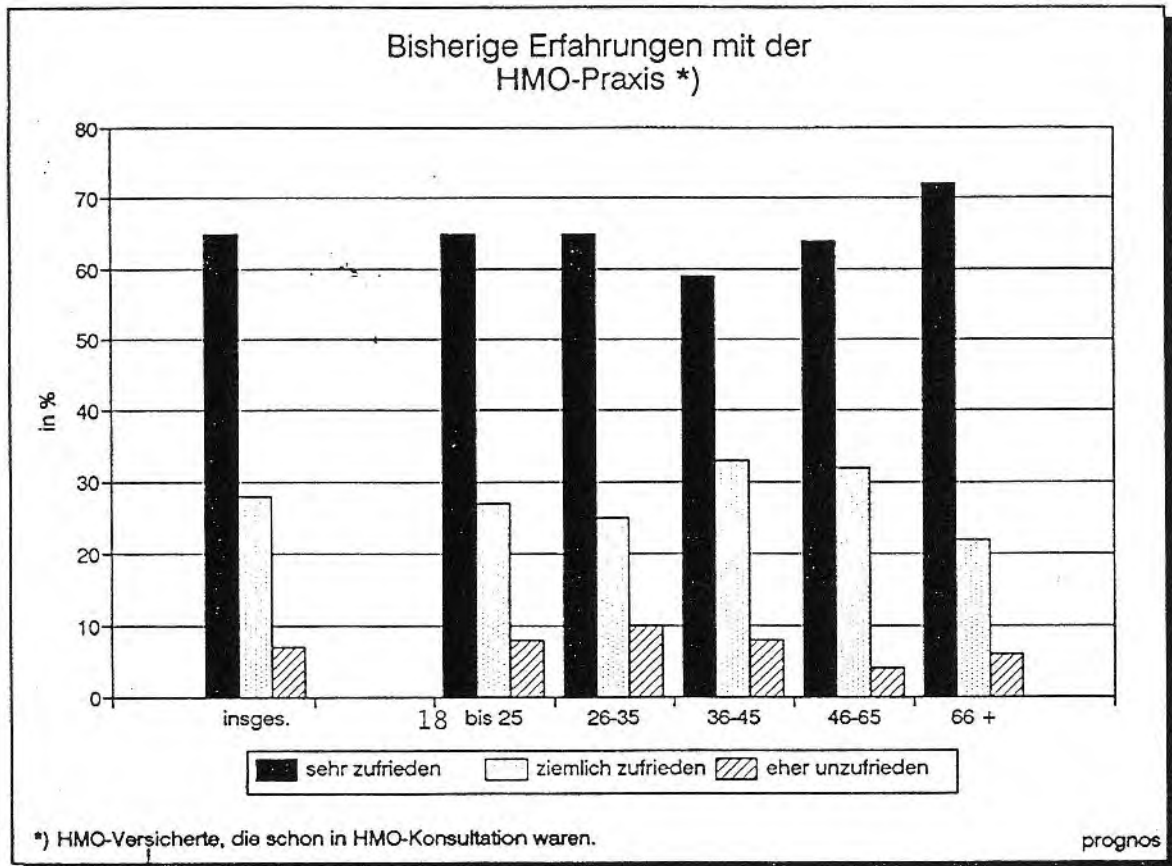
	HMOs insgesamt	IGAK Zürich	MZH	IGAK Basel
In der HMO seit				
– bis 1/2 Jahr	5%	6%	1%	4%
– 1/2 bis 1 Jahr	21%	23%	8%	28%
– länger als 1 Jahr	74%	71%	91%	68%
Σ	100%	100%	100%	100%
In der HMO				
– schon zur Untersuchung/Behandlung gewesen	78%	76%	83%	77%
– noch nicht gewesen	22%	24%	17%	23%
Σ	100%	100%	100%	100%
n ²⁾	1.182	758	205	219

1) Die Angabe zur Versichertendauer dient nur als Hintergrundinformation für die folgenden Bewertungsfragen.

2) n reduziert, weil diese Fragen nur an HMO-Versicherte gestellt wurden, die die Versicherungsform bestätigt haben.

Die Erfahrungen derer, die die Praxis schon aufgesucht hatten, waren überwiegend positiv (Abb. 3.6). 65 % zeigten sich sehr zufrieden, weniger als 10 % eher unzufrieden. In allen Altersgruppen waren mehr als 50 % zufrieden.

Abbildung 3.6



Von den einzelnen HMOs schneidet die IGAK-HMO in Zürich signifikant unterdurchschnittlich ab, was möglicherweise mit der schwierigen Startphase zusammenhängt (s. auch Tab. 3.45).⁷⁾

Tabelle 3.44: Zufriedenheit mit der HMO (Versicherte, die schon in der Praxis waren)

	IGAK Zürich	MZH	IGAK Basel
Bisherige Erfahrungen mit der HMO-Praxis			
– sehr zufrieden	59%	70%	78%
– zufrieden	31%	25%	19%
– eher unzufrieden	9%	4%	2%
– keine Angabe	1%	1%	1%
Σ	100%	100%	100%
n	574	171	169

5) Etwa 1 Jahr nach Gründung fand ein kompletter Wechsel des ärztlichen Personals statt.

Auf die offene Frage, was einem evtl. nicht gefallen hat, was einen gestört hat, fällt 64 % der Befragten nichts Negatives ein. Vor allem die Versicherten der HMO Basel nennen nur wenig Kritikpunkte. Es ist im übrigen klar erkennbar, dass Unzufriedenheit sich am ehesten auf die Behandlung und das Verhalten des Arztes bezieht, nur selten auf konkrete Bedingungen und Probleme (Tab. 3.45).

Tabelle 3.45: Kritik an der HMO-Praxis (HMO-Versicherte)

	insgesamt ¹⁾ - % -	IGAK Zürich	MZH - % -	IGAK Basel	bisherige Erfahrung		
					sehr zufrieden	zufrieden - % -	eher unzufrieden
gestört hat:							
Behandlung, Verhalten des Arztes	15	17	14	11	3	27	74
häufiger Arztwechsel	8	11	2	2	4	17	8
administrative (Anfangs-)Schwierigkeiten	5	5	7	2	3	9	11
kein (guter) Frauenarzt	4	5	3	1	2	5	16
Wartezeiten	3	3	5	4	2	7	8
Weiter Weg	3	4	3	2	2	4	9
Problem bei Notfällen	2	2	2	1	2	2	5
HMO zahlt nicht alle Leistungen	1	1	1	1	--	2	5
Sonstiges	7	5	14	9	6	8	17
nichts / keine Angaben	64	61	62	75	80	40	8
$\Sigma^2)$	112	114	113	108	104	121	161
n	914	574	171	169	594	254	60

1) Nur HMO-Versicherte, die schon in der HMO-Praxis zur Behandlung/Untersuchung waren.

2) > 100 wegen Mehrfachnennungen

3.2.4.2 Gründe für die Wahl einer HMO-Versicherung

Für die meisten HMO-Versicherten waren sowohl die **niedrigen Prämien** und der Wegfall der **Selbstbeteiligung** (Selbstbehalt, Franchise) als auch die **Art des Angebotes** wichtig bei der Entscheidung für die HMO. Aus den Antworten lässt sich schliessen, dass die Argumente "Alternativmedizin, Naturheilverfahren", "Gesundheitsvorsorge" und "Ganzheitlichkeit" alle auf hohe Akzeptanz gestossen sind (Tab. 3.46).

Tabelle 3.46: Bedeutung einzelner Aspekte des HMO-Modells für die HMO-Entscheidung (geschlossene Fragen) - HMO-Versicherte

	sehr wichtig	ziemlich wichtig	nicht	Σ	Anteil	
			besond. wichtig		"sehr wichtig"	Frauen
			- % -		- % -	
Niedrigere Prämie	70	22	8	100	67	73
Naturheilverfahren/ Alternativmedizin	66	21	14	100	59	73
Gesundheitsvorsorge (Kurse/Beratung)	64	23	13	100	57	72
Ganzheitliche Betreuung Information in einer Hand	67	25	8	100	62	72
keine Selbstbeteiligung an Kosten	65	23	12	100	59	72
Feste Entschädigung für Ärzte	57	26	17	100	57	58
gute Erreichbarkeit	54	31	15	100	52	57

Die Antworten auf eine zusätzliche offene Frage, was sonst noch alles eine Rolle bei der HMO-Entscheidung gespielt habe, bringen eine Gewichtung: die Frage wurde in der Regel im Sinne einer Rekapitulation der Argumente beantwortet. Bei der offenen Frage steht die Prämienreduktion mit Abstand an der Spitze der Gründe für die HMO-Wahl. Man kann daraus wohl schliessen, dass die Angebotselemente und die ideellen Elemente für die meisten ein Plus waren, aber ohne finanzielle Incentives nicht ausgereicht hätten.

Bei der HMO-Entscheidung hat (sonst noch) eine Rolle gespielt (offene Frage):

- günstigere Prämie 44 %
- kein Selbstbehalt/Franchise 24 %
- Idee: ganzheitlich, sozial, neues System 25 %
- Naturmedizin/Alternativmedizin 13 %
- keine unnötigen Behandlungen/Medikamente 11 %
- hatte keinen Hausarzt (mehr) 11 %
- Gesundheitsvorsorge, Kurse 7 %
- bessere Kontrolle über Ärzte 5 %
- nichts (zusätzlich), weiss nicht 19 %.

Als kritischer Aspekt bei der HMO-Entscheidung wurde explizit die Frage der **freien Arztwahl** angesprochen. Mit dem Verzicht auf die freie Arztwahl

- hatten 27 % der HMO-Versicherten Schwierigkeiten
- und 73 % hat dies keine Probleme bereitet.⁶⁾

Es wurde auch nach dem früheren **Hausarzt** gefragt, um zu prüfen, ob vorwiegend Personen ohne festen Hausarzt zur HMO gehen. Gut die Hälfte der HMO-Versicherten hatte vorher einen festen Hausarzt; das sind deutlich weniger als bei den traditionell Versicherten einen festen Hausarzt haben (Tab. 3.47).

Tabelle 3.47: Hausarzt und Frauenarzt/ärztin bei HMO- und traditionell Versicherten

	Es hatten/bzw. haben einen Hausarzt		von den Frauen haben eine(n) feste(n) Frauenarzt/ärztin	
	HMO	% - traditionell	HMO	% - traditionell
insgesamt	55	89	44	62
- 35 Jahre	47	84	59	78
- 36-65 Jahre	54	90	40	66
- 66 Jahre u. älter	75	94	20	31

6) Zu bedenken ist allerdings, dass nach vollzogener Entscheidung kritische Gedanken leicht zurückgedrängt werden.

HMO-versicherte Frauen haben auch erheblich seltener einen festen Frauenarzt/eine feste Frauenärztin als die traditionell versicherten Frauen.

Die Problematik der freien Arztwahl geht jedoch über die Hausarztfrage hinaus: Egal ob man einen Hausarzt hatte oder nicht und egal, wie lange man schon bei seinem Hausarzt war: immer haben sich rd. 30 % am Wegfall der freien Arztwahl gestört und rd. 70 % nicht gestört. Es geht also mehr ums Prinzip als um die konkrete Bindung an einen Arzt.⁷⁾

In der **Bedeutung der verschiedenen Aspekte** der HMO-Versicherung gibt es einige Unterschiede zwischen Männern und Frauen und den verschiedenen Altersgruppen.

Frauen fühlten sich stärker als Männer durch den Wegfall der Kostenbeteiligung angesprochen. Auch die Perspektiven der Naturheil- und Alternativmedizin, der Gesundheitsvorsorge und der Ganzheitlichkeit der Betreuung haben bei Frauen häufiger Resonanz gefunden als bei Männern. Andererseits hatten Frauen aber auch deutlich häufiger als Männer Probleme mit dem Wegfall der freien Arztwahl (32 %/23 %).

Bei den **älteren Versicherten** (ab 46 Jahren) war der Wegfall der Kostenbeteiligung entschieden gewichtiger als bei den jüngeren Altersgruppen. Auch die gute Erreichbarkeit stand mehr im Vordergrund. Das heisst aber nicht, dass für die Älteren die Angebotsfragen unbedeutend gewesen wären.

Die **jüngste Altersgruppe** (bis 25 Jahre) war an der Ganzheitlichkeit, der Frage des Entschädigungssystems und der Erreichbarkeit am seltensten interessiert. Am häufigsten von allen Altersgruppen hat sie gestört, den Arzt nicht mehr frei wählen zu können.

Eine Untergliederung nach Einkommens- und Schulbildungsgruppen erbringt zwar (wie zu erwarten) ein stärkeres Gewicht der finanziellen Argumente bei den unteren Einkommens- und Bildungsgruppen, ansonsten jedoch kein klares Profil. Jedenfalls lässt sich kein höheres Gewicht einzelner Angebotsargumente bei den höheren Einkommens- oder Schulbildungsgruppen feststellen.

7) Natürlich lässt sich umgekehrt vermuten, dass bei gegebener starker Bindung ein HMO-Beitritt nicht in Frage kam

3.2.5 Beurteilung der HMO durch traditionell Versicherte

3.2.5.1 Bekanntheit der HMO

Die HMO-Versicherung hat bisher einen geringen Bekanntheitsgrad. Nur rd. 20 % der traditionell Versicherten haben von dem HMO-Modell schon gehört; auch in Grossagglomerationen mit HMO ist der Bekanntheitsgrad mit 31 % relativ gering (Tab. 3.48). Eine ungefähre Vorstellung über die Funktionsweise einer HMO hatten noch weniger Personen.

Tabelle 3.48: Bekanntheit der HMO bei traditionell Versicherten (oblig. Kassen)

von HMO	insgesamt	Regionen		Regionen mit HMO	
		mit HMO	ohne HMO	Kr.Kassen mit HMO	Kr.Kassen ohne HMO
	- % -		- % -		
- sicher schon gehört	16	24	12	26	17
- wahrscheinlich gehört	6	7	6	6	10
- nicht gehört	80	69	82	68	73
Σ	100	100	100	100	100
n	2.642	803	1.839	700	103

Auch die Zielgruppe i.e.S., Versicherte in HMO-Regionen und in Krankenkassen, die an HMO beteiligt sind, zeichnet sich nicht durch einen hohen Informationsstand aus.

Wer vom HMO-Modell schon gehört hatte, wurde gefragt, ob die eigene Krankenkasse HMO anbietet und ob es im Wohnkanton eine HMO gebe. Die Information über die Existenz einer HMO im Wohnkanton ist wesentlich besser als die Information über das Angebot der eigenen Krankenkasse (Tab. 3.49). Es scheint, dass die HMO-Kennntnis mehr aus allgemeinen Quellen kommt (Zeitungen etc.) als aus spezifischen Kasseninformationen.

Tabelle 3.49: Information über HMO-Angebot, traditionell Versicherte (oblig. Kassen)

	Versicherte, denen das HMO-Modell bekannt ist, in Regionen mit HMO	
	Kassen mit HMO	Kassen ohne HMO
	- % -	
Eigene Krankenkasse		
- bietet HMO an	44	4
- bietet HMO nicht an	10	26
- weiss nicht	46	70
Σ	100	100
Im Wohnkanton		
- gibt es HMO	75	64
- gibt es keine HMO	3	7
- weiss nicht	22	29
Σ	100	100
n	224	28

3.2.5.2 Interesse an HMO

Das HMO-Modell hat von allen drei untersuchten Versicherungsformen den weitaus grössten Sympathisantenkreis: mehr als die Hälfte der traditionell Versicherten sind sehr oder ziemlich an HMO interessiert (Tabelle 3.50).

Tabelle 3.50: Interesse an HMO, traditionell Versicherte (obligatorische Kassen)

	Regionen mit HMO		Regionen ohne HMO
	insgesamt	Versicherte in Kassen mit HMO	
An einer HMO-Versicherung sind			
- sehr interessiert	21	22	23
- ziemlich interessiert	33	32	35
- nicht besonders interessiert	15	16	14
- gar nicht interessiert	25	25	22
- kommt darauf an	4	4	4
- weiss nicht/kein Urteil	2	1	2
Σ	100	100	100
n	803	700	1.839

Das Interesse an einer HMO-Versicherung wird im folgenden für traditionell Versicherte (oblig. Kassen) insgesamt analysiert, unabhängig davon, in welchen Regionen sie wohnen und ob ihre Kasse HMO anbietet oder nicht.

Von den 15 %, die **nicht besonders** interessiert sind, würden sich rd. 40 % bei sehr hoher Prämienreduktion (genannt wurden 40 %) die Sache noch einmal überlegen. Die 25 % gar nicht Interessierten wären auch durch einen sehr hohen Prämienanreiz meist nicht für eine HMO zu begeistern. Das heisst, dass sich der Sympathisantenkreis bei (noch) viel günstigeren Konditionen nicht mehr wesentlich erweitern würde.

Es sei darauf hingewiesen, dass das HMO-Modell im Rahmen einer kurzen Befragung noch schwieriger durch die Versicherten zu beurteilen ist als die anderen Modelle, da es nicht nur finanzielle Implikationen hat. Das bekundete Interesse hat daher wohl etwas mit grundsätzlicher Sympathie für diese Versicherungsform zu tun, ist aber wenig geeignet für Potentialabschätzungen.

Das **Alter** spielt beim Interesse an HMO eine erhebliche Rolle: Am meisten Interessenten gibt es mit rd. zwei Dritteln unter den bis 45-Jährigen. Danach sinkt das Interesse, ist aber selbst in der Altersgruppe der 66-75-Jährigen mit 46 % noch erstaunlich hoch; erst bei den ab 76-Jährigen bricht es stark ab (Tab. 3.51).

Frauen und **Männer** sind etwa gleich interessiert. Unterschiede nach Schulbildungs- und Einkommensgruppen bestehen praktisch nicht. Im Widerspruch zur Struktur der HMO-Versicherten steigt das Interesse mit **wachsender Haushaltsgrösse**.

Tabelle 3.51: Interesse an der HMO-Versicherung nach Alter und Geschlecht
(Traditionell Versicherte, obligatorische Kassen)

	Interesse	kein Interesse (oder KA)	Σ	n
Alter				
- 25 Jahre	66	34	100	422
- 26-35 Jahre	69	31	100	540
- 36-45 Jahre	65	35	100	531
- 46-65 Jahre	54	46	100	801
- 66-75 Jahre	46	54	100	250
- 76 Jahre u. älter	16	84	100	98
Geschlecht				
- Männer	59	41	100	1.223
- Frauen	56	44	100	1.419
Geschlecht + Alter				
Männer				
- bis 25 Jahre	64	36	100	212
- 26-35 Jahre	69	31	100	257
- 36-45 Jahre	64	36	100	260
- 46-65 Jahre	55	45	100	369
- 66-75 Jahre	50	50	100	89
- 76 Jahre u. älter	21	79	100	36
Frauen				
- bis 25 Jahre	67	33	100	210
- 26-35 Jahre	69	31	100	283
- 36-45 Jahre	66	34	100	271
- 46-65 Jahre	54	46	100	432
- 66-75 Jahre	43	57	100	161
- 76 Jahre u. älter	14	86	100	62

Die **gesundheitlichen Merkmale** stehen nur bei den Älteren (ab 66 Jahre) in Zusammenhang mit der HMO-Sympathie: die älteren Menschen mit chronischen Krankheiten oder einem nicht ganz exzellenten (subjektivem) Gesundheitszustand sind deutlich weniger am HMO-Modell interessiert als die anderen. In allen anderen Altersgruppen stehen die gesundheitlichen Merkmale nicht im Zusammenhang mit dem Interesse am HMO-Modell.

Auch in Einstellungen und gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen zeigen sich keine Unterschiede zwischen Sympathisanten und Nicht-Sympathisanten.

Das Interesse in allen Regionentypen und Landesteilen ist etwa gleich gross; lediglich im Ostmittelland¹⁰⁾ sinkt der Anteil der Interessenten etwas ab (54 %).

Das Ergebnis der logistischen Regression zeigt zusammenfassend, dass das Alter, Haushaltsgrösse und psychisches Wohlbefinden am meisten zur Unterscheidung zwischen HMO-Sympathisanten und Nicht-Sympathisanten beitragen (Tab. 3.52).

Tabelle 3.52: Unterscheidungskriterien HMO-Sympathisanten

Variable	Verbesserung durch die Variable (in %)	Aufnahme einzelner Variablengruppen in das Regressionsmodell			
		I	II	III	IV
I					
subjektiver Gesundheitszustand	6,8	(X)			
chronische Krankheiten	6,4	X			
Wohlbefinden	9,3	X	X	X	X
Behinderung	-				
II					
Alter	17,7		XX	XX	XX
Geschlecht	-				
Region	-				
III					
Haushaltsgrösse	14,5			X	X
Schulbildung	-				
Haushaltseinkommen	-				
IV					
Selbstmedikation	-				
Gesundheitsautonomie	-				
interne Kontrollorient. Gesundh.	-				
gesundheitsorient. Lebensweise	-				
Verbesserung der Zuordnung insgesamt (in %)		13,9	19,3	20,5	20,5

XX Wichtige Variablen, die als erste in die Regression aufgenommen werden und daher einen grossen Beitrag zur Verbesserung der Zuordnung leisten.

X Variablen, die noch einen bedeutenden Beitrag leisten.

(X) Unwichtige Variablen, die nicht mehr viel zur Verbesserung des Ergebnisses beitragen und deshalb zuletzt aufgenommen werden.

Auch in der **Häufigkeit** von **Arztkonsultationen** und im **Medikamentenkonsum** gibt es nur bei den Rentnern Unterschiede zwischen Sympathisanten und Nicht-Sympathisanten.

Insgesamt ist demnach die **potentielle** Risikoselektion allenfalls schwach ausgeprägt, jedenfalls sehr viel schwächer als im Bonus-Fall.

10) WEMF-Regionen.

3.2.5.3 Vor- und Nachteile der HMO

Für die **Beurteilung der HMO** durch **Sympathisanten** und **Nicht-Sympathisanten** stehen zwei Informationen zur Verfügung:

- für einzelne Aspekte wurde explizit gefragt, ob sie für einen persönlich von Interesse wären oder nicht. Es sind dies: Naturheilverfahren/Alternativmedizin, Gesundheitsvorsorge, ganzheitliche Betreuung, Ärztehonorierung.⁹⁾
- Ausserdem wurden zwei offene Fragen gestellt zu den Vorteilen und den Nachteilen, die man für sich persönlich bei einer HMO sehen würde.

Die Sympathisanten fühlen sich besonders angesprochen durch das Angebot an Naturheilverfahren und Alternativmedizin und die "Betreuung aus einer Hand", etwas weniger durch die Gesundheitsvorsorge. Alle drei Aspekte sind für die Nicht-Sympathisanten von deutlich geringerem Interesse (Tabelle 3.53).

Tabelle 3.53: Bedeutung einzelner HMO-Aspekte für traditionell Versicherte

	Traditionell Versicherte (oblig. Kassen)		
	insgesamt	HMO-Sympath.	Nicht-Sympath. ¹⁾
Der Aspekt ist sehr oder ziemlich interessant			
– % –			
Naturheilverfahren/Alternativmedizin	72	84	55
Gesundheitsvorsorge/Beratung/Kurse	60	73	42
Ganzheitliche Betreuung/alle Informationen an einer Stelle	69	85	46
Feste Entschädigung für die Ärzte, keine Einzelleistungsabrechnung	84	91	74
n	2.589	1.549	1.040

1) Ohne 'KA'

9) Die Fragen dienten gleichzeitig der Information.

Überaus grosse Zustimmung bei den Sympathisanten, aber auch noch grosse bei den Nicht-Sympathisanten findet die Art der Ärztehonourierung. Bei den HMO-Versicherten selbst hat dieser Aspekt allerdings am wenigsten Bedeutung gehabt.

Bei den Antworten auf die offene Frage nach den potentiellen persönlichen **Vorteilen** aus einer HMO-Mitgliedschaft steht die Prämienreduktion bei den Sympathisanten mit Abstand an der Spitze. Auch die Naturheil-/Alternativmedizin, das Vorhandensein mehrerer Ärzte unter einem Dach und der Wegfall der Selbstbeteiligung wurden noch häufig genannt (Tabelle 3.54).

Als persönlich empfundenen **Nachteil** fallen Sympathisanten und Nicht-Sympathisanten fast nur der Verzicht auf die freie Arztwahl ein. Rd. 40 % der Sympathisanten und 60 % der Nicht-Sympathisanten haben dies als Nachteil benannt.

Tabelle 3.54: Vor- und Nachteile der HMO in den Augen der traditionell Versicherten
- offene Frage -

	insgesamt	Tradit. Versicherte (oblig.Kassen)	
		HMO-Sympath.	Nicht-Sympath. ²⁾
- % -			
Vorteile			
- geringere Prämie	44	53	32
- mehr Ärzte/Spezialisten unter einem Dach	29	38	14
- Naturheilmedizin/Alternativmedizin	23	31	13
- keine Kostenbeteiligung	22	29	13
- besseres Leistungs-/Kostenverhältnis	21	27	13
- Gesundheitsvorsorge	14	19	6
- besseres Arzt-Patienten-Verhältnis	6	9	2
- Sonstiges	5	5	4
- keine Vorteile	10	-	22
- weiss nicht	9	5	16
$\Sigma^{1)}$	183	216	135
Nachteile			
- keine freie Arztwahl	48	41	58
- schlechteres Arzt-Patienten-Verhältnis	9	8	10
- es gibt zu wenig HMO	5	6	4
- Wartezeiten	4	3	4
- Sonstiges	6	4	8
- keine Nachteile	20	28	9
- weiss nicht	13	13	13
$\Sigma^{1)}$	105	103	106
n	2.589	1.549	1.040

1) > 100 wegen Mehrfachnennungen

2) ohne KA

Als Erklärung für ein Desinteresse an einer HMO-Versicherung sind häufig die Bindungen an **Hausärzte** vermutet worden. Nach den Befragungsdaten scheint dieser Aspekt eher überschätzt. Zwar geben über 80 % der Befragten in allen Altersgruppen an, einen Hausarzt zu haben, und die grosse Mehrzahl ist auch schon länger als 5 Jahre bei diesem Arzt, aber die Bindung scheint oft nicht besonders eng zu sein. Nur gut 40 % der Versicherten mit Hausarzt geben an, dass es ihnen schwer fallen würde, den Hausarzt zu wechseln (Tabelle 3.55).

Versicherte, die einen Hausarzt haben, sind etwas seltener am HMO-Modell interessiert als Versicherte, die keinen Hausarzt haben, und Versicherte, die eine Bindung an den Hausarzt haben, seltener als Versicherte ohne Bindung. Aber auch in der Hausarzt-Gruppe und in der Gruppe mit Hausarzt-Bindung sind rd. die Hälfte oder mehr HMO-Sympathisanten.

Die Frauenarzt-Frage (haben Sie einen festen Frauenarzt, würde Ihnen der Wechsel schwer fallen) steht überhaupt nicht im Zusammenhang mit der HMO-Sympathie, ebensowenig die Existenz eines festen Kinderarztes.

Tabelle 3.55: Hausarzt und HMO-Sympathie

	Struktur - % -	Traditionell Versicherte (oblig. Kassen)		
		HMO- Sympath.	Nicht- Sympath.	Σ
- % -				
Hausarzt				
- ja	88	57	43	100
- nein	12	68	32	100
Σ	100			
Falls 'Hausarzt':				
Hausarztwechsel würde				
- sehr schwer fallen	18	46	54	100
- zieml. schwer fallen	25	56	44	100
- nicht bes. schwer fallen	35	60	40	100
- gar nicht schwer fallen	22	62	38	100
Σ	100			

3.3 Wählbare Jahresfranchise¹¹⁾

Im folgenden wird, entsprechend dem Grundkonzept des BSV für die Untersuchung, zwischen den Versicherten der obligatorischen und der freiwilligen Kassen unterschieden (vgl. Kapitel 2.3). Zur besseren Würdigung der Ergebnisse sei aber darauf hingewiesen, dass **82 %** aller Versicherten mit einer erhöhten Jahresfranchise Mitglieder der **freiwilligen Kassen** sind; deren Struktur ist also letztlich ausschlaggebend für das Gesamtbild der Versicherten mit erhöhter Jahresfranchise.

3.3.1 Soziodemographische Struktur und Gesundheit

3.3.1.1 Soziodemographische Struktur

Obligatorische Kassen

Im Vergleich der **Altersstruktur** ist vor allem der überdurchschnittliche Anteil der 18 bis 20-Jährigen bei den Franchise-Versicherten auffällig.¹²⁾ Die 21- bis 25-Jährigen sind dagegen unterrepräsentiert, ebenso wie die ab 75-Jährigen. Sieht man von dieser Besonderheit ab, besteht bei den Franchise-Versicherten ein recht gleichmässiges Altersprofil: die 26-75-Jährigen sind gut repräsentiert (Abb. 3.8).

Männer sind unter den Franchise-Versicherten nur in einzelnen Altersgruppen überrepräsentiert (Tab. 3.56).

In der **Haushaltsgrösse** bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Versichertengruppen (Tab. 3.57).

Die **Erwerbstätigenquote** (Voll- und Teilzeit-Erwerbstätige) der Männer und der Frauen ist in den aktiven Altersjahrgängen in beiden Versicherungsgruppen gleich hoch.

11) Im folgenden als "Franchise" bzw. "Franchise-Versicherte" bezeichnet.

12) Die 18-bis 20-Jährigen haben allerdings von sich gesagt, dass sie keine höhere Jahresfranchise haben (vgl. Kap. A 3).

Abbildung 3.8

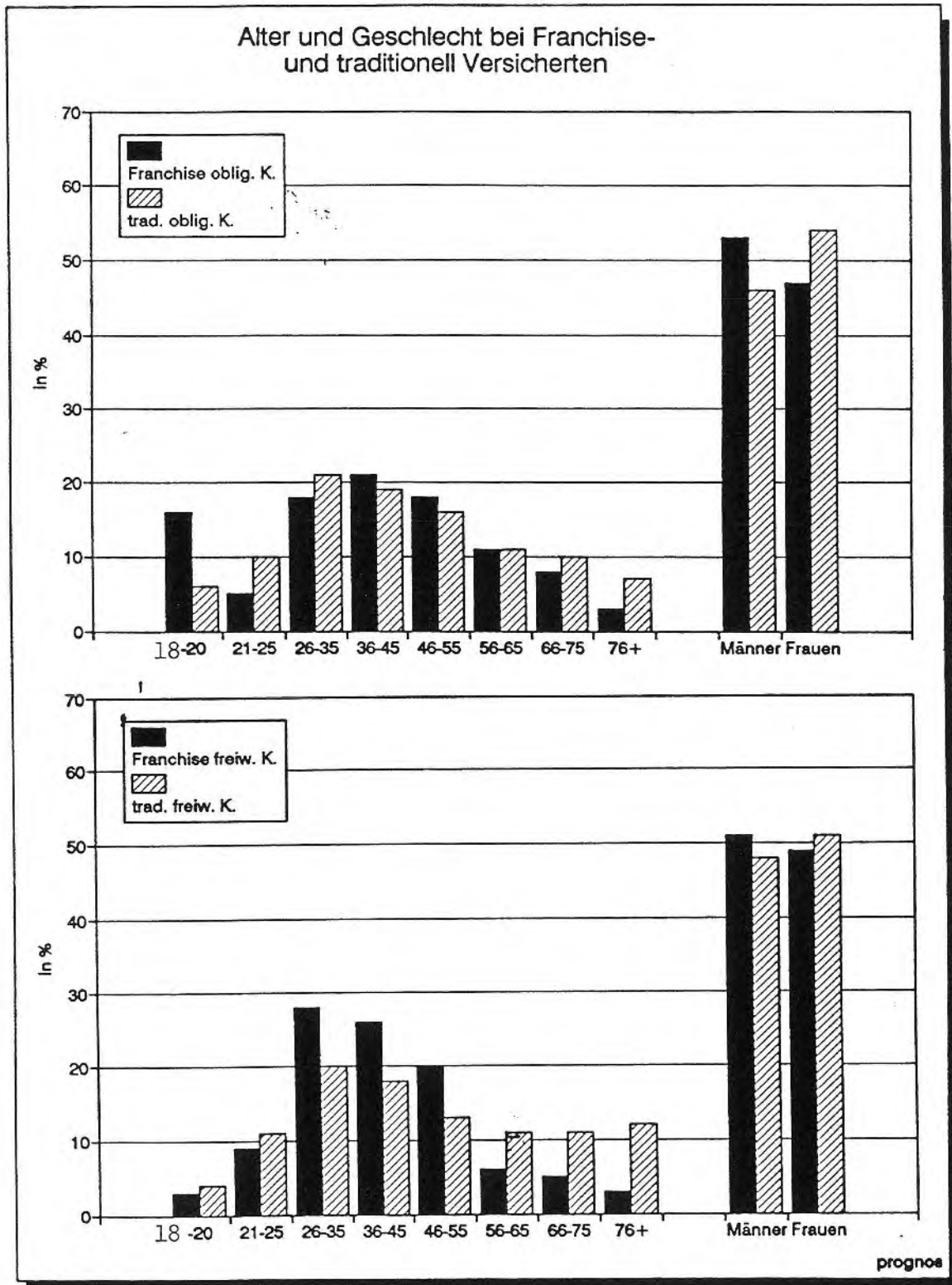


Tabelle 3.56: Franchise- und traditionell Versicherte nach Alter und Geschlecht

	Obligatorische Kassen				Freiwillige Kassen			
	Geschlecht n. Altersgruppen		Gesamtstruktur		Geschlecht n. Altersgruppen		Gesamtstruktur	
	Franchise	Traditionell	Franchise	Traditionell	Franchise	Traditionell	Franchise	Traditionell
	- % -		- % -		- % -		- % -	
18 bis 25 Jahre								
Männer	52	52	11	8	54	46	6	7
Frauen	<u>48</u>	<u>48</u>	10	8	<u>46</u>	<u>54</u>	5	8
	100	100			100	100		
26 bis 35 Jahre								
Männer	68	48	13	10	54	53	15	11
Frauen	<u>31</u>	<u>52</u>	6	11	<u>46</u>	<u>47</u>	13	9
	100	100			100	100		
36 bis 45 Jahre								
Männer	52	50	11	9	45	51	12	9
Frauen	<u>48</u>	<u>50</u>	10	10	<u>55</u>	<u>49</u>	14	9
	100	100			100	100		
46 bis 65 Jahre								
Männer	46	45	13	12	55	46	15	11
Frauen	<u>54</u>	<u>55</u>	15	15	<u>45</u>	<u>54</u>	12	13
	100	100			100	100		
66 Jahre und älter								
Männer	54	33	6	6	41	44	3	10
Frauen	<u>46</u>	<u>67</u>	<u>5</u>	<u>11</u>	<u>59</u>	<u>56</u>	<u>5</u>	<u>13</u>
	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabelle 3.57: Haushaltgrösse bei Franchise- und traditionell Versicherten

	Obligatorische Kassen		Freiwillige Kassen	
	Franchise	Traditionell	Franchise	Traditionell
	– % –			
Haushaltsgrösse				
1 Person	15	19	17	21
2 Personen	28	31	32	35
3 Personen	19	18	17	21
4 oder mehr Personen	38	32	34	23
Σ	100	100	100	100
n	367	2.642	405	339
	Anteil 1-Personen-Haushalte – % –			
– 35 Jahre	11	16	25	22
– 36-65 Jahre	15	12	9	13
– 66 Jahre u. älter	28	42	34	35

Sehr ausgeprägt sind die Unterschiede zwischen den beiden Versicherungsgruppen in den **Sozialstatusmerkmalen**:

- Von den traditionell Versicherten haben 76 % ihre Ausbildung mit einer Berufslehre oder der Vollzeitberufsschule abgeschlossen, von den Franchise-Versicherten nur 54 %. Der Unterschied besteht gleichermassen bei Männern und Frauen (Tab. 3.58).
- Franchise-versicherte Männer haben häufiger eine gehobene berufliche Position inne als traditionell versicherte Männer (Tab. 3.58).
- Es bestehen erhebliche Einkommensunterschiede: Das Äquivalenzeinkommen der Franchise-Versicherten liegt bei rd. 4.255 Franken, das der traditionell Versicherten bei rd. 3.466 Franken (Tab. 3.59).

Freiwillige Kassen

Die Franchise-Versicherung bei den freiwilligen Kassen ist im wesentlichen eine Angelegenheit der 25- bis 55-Jährigen. Diese **Altersgruppen** stellen 74 % der Franchise-Versicherten, aber nur 51 % der traditionell Versicherten. Die Jungen (bis 25 Jahre) sind in beiden Versichertengruppen etwa gleich stark vertreten, die Älteren (ab 55 Jahre) sind bei der Franchise erheblich unterrepräsentiert, am stärksten die ab 75-Jährigen (vgl. Abb. 3.7).

Männer sind in der Franchise-Versicherung in einzelnen Altersgruppen etwas stärker vertreten als in der herkömmlichen Versicherung, ein konsistentes Bild besteht nicht.

Die grösseren **Haushalte** (4 und mehr Personen) sind unter den Franchise-Versicherten stärker vertreten als unter den herkömmlich Versicherten, es ist dies aber im wesentlichen eine Folge der Altersstruktur (Tab. 3.57).

Kein Unterschied besteht zwischen den beiden Versicherungsformen in der Erwerbstätigenquote.

Deutlich unterscheiden sich auch bei den freiwilligen Kassen die beiden Versichertengruppen in den **Sozialstatus-Merkmalen**:

- Franchise-Versicherte haben erheblich häufiger eine mittlere oder höhere Schulbildung als traditionell Versicherte; dies gilt für Männer und Frauen.
- Franchise-versicherte Männer haben häufiger eine gehobene berufliche Stellung als traditionell versicherte Männer.
- Das Äquivalenzeinkommen der Franchise-Versicherten ist um gut ein Viertel höher als das der traditionell Versicherten.

Tabelle 3.58: Schulbildung und Berufsstatus bei Franchise- und traditionell Versicherten

	Obligatorische Kassen						Freiwillige Kassen					
	Franchise		F	Traditionell		F	Franchise		F	Traditionell		F
	insges.	M		insges.	M		insges.	M		insges.	M	
	- % -						- % -					
Schulbildung¹⁾												
bis Berufsschule	54	46	62	76	68	82	63	55	70	76	70	81
mittlere	25	26	22	16	19	14	18	19	18	14	15	13
höhere	21	28	14	7	13	3	17	25	9	10	13	6
KA	-	-	2	1	-	1	2	1	3	-	1	-
Σ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
n	367	192	175	2.642	1.223	1.419	405	199	206	339	169	170
Beruf. Stellung (nur Vollerwerbs- tätige)												
gehobene ²⁾	41	48	23	31	36	18	36	45	15	31	37	15
sonstige	59	52	77	69	64	82	64	55	85	69	63	85
Σ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
n	164	120	44	1.391	979	412	232	169	63	168	124	44

1) Bis Berufsschule = Primar-/Sekundarschule, Berufslehre, Vollzeitberufsschule / Mittlere = Diplommittelschule, Maturitätsschule, höhere Fachausbildung / höhere = HTL, Hochschule, Universität.

2) Freie Berufe, Industrielle, leitende Angestellte

Tabelle 3.59: Einkommen bei Franchise- und traditionell Versicherten

	Oblig. Kassen		freiwillige Kassen	
	Franchise	Traditionell	Franchise	Traditionell
	- % -			
Haushaltseinkommen				
bis 4000 Fr.	11	28	17	38
4000 bis 6000 Fr.	24	27	27	23
6000 bis 8000 Fr.	17	19	21	16
8000 Fr. und mehr	34	19	27	12
keine Angabe	14	7	8	11
Σ	100	100	100	100
n	367	2.642	405	339
Aequivalentes Pro-Kopf-Einkommen p.M. in Fr. ¹⁾	4.255	3.466	3.977	3.148

1) Nach der SKOS-Aequivalenzskala ermitteltes Pro-Kopf-Einkommen auf der Basis des erfragten Haushaltseinkommens.

3.3.1.2 Wohnregion

Sowohl in den obligatorischen als auch den freiwilligen Kassen leben die Franchise-Versicherten weit überdurchschnittlich häufig in Grossagglomerationen.

Bei den obligatorischen Kassen findet sich zudem eine starke Konzentration der Franchise-Versicherten in den französischsprachigen Landesteilen. In den freiwilligen Kassen sind beide Versichertengruppen stark in der Suisse Romande vertreten (Tab. 3.60).

Ob die Bevölkerung der Suisse Romande für die höhere Franchise aufgeschlossener ist als die deutsche Schweiz oder ob Vertretungsgebiete und/oder spezielles Werbeverhalten der Kassen dahintersteht, muss vorläufig offen bleiben.

Tabelle 3.60: Wohnregion bei Franchise- und traditionell Versicherten

	Obligatorische Kassen		Freiwillige Kassen	
	Franchise	Traditionell	Franchise	Traditionell
	- % -			
Regionentyp¹⁾				
Grossagglomeration	44	25	51	30
Mittelzentren u. Agglomeration	30	44	24	29
Sonstige	26	31	25	41
Σ	100	100	100	100
Landesteil²⁾				
Suisse Romande	44	18	43	37
deutsche Schweiz	54	77	55	61
Tessin	2	5	2	2
Σ	100	100	100	100
n	541	4.077	608	599

1) Basis = Grundgesamtheit

2) Basis = effektive Stichprobe

3.3.1.3 Gesundheitszustand und Einstellungen zur Gesundheit

Obligatorische Kassen

Die Franchise-Versicherten haben in den Gesundheitsmerkmalen z.T. bessere Werte als die traditionell Versicherten (Abb. 3.9). Die Unterschiede bezüglich subjektivem Gesundheitszustand, Vorhandensein chronischer Krankheiten oder einer Behinderung sind aber ausschliesslich alterstrukturbedingt (höherer Anteil der ab 76-Jährigen bei den traditionell Versicherten): nur auf die Gruppe der 18- bis 75-Jährigen bezogen zeigen sich die Franchise-Versicherten nicht signifikant "gesünder" als die traditionell Versicherten.

Die beiden Versichertengruppen unterscheiden sich auch nicht in ihren gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen und Einstellungen (Tab. 3.61).

Abbildung 3.9 A

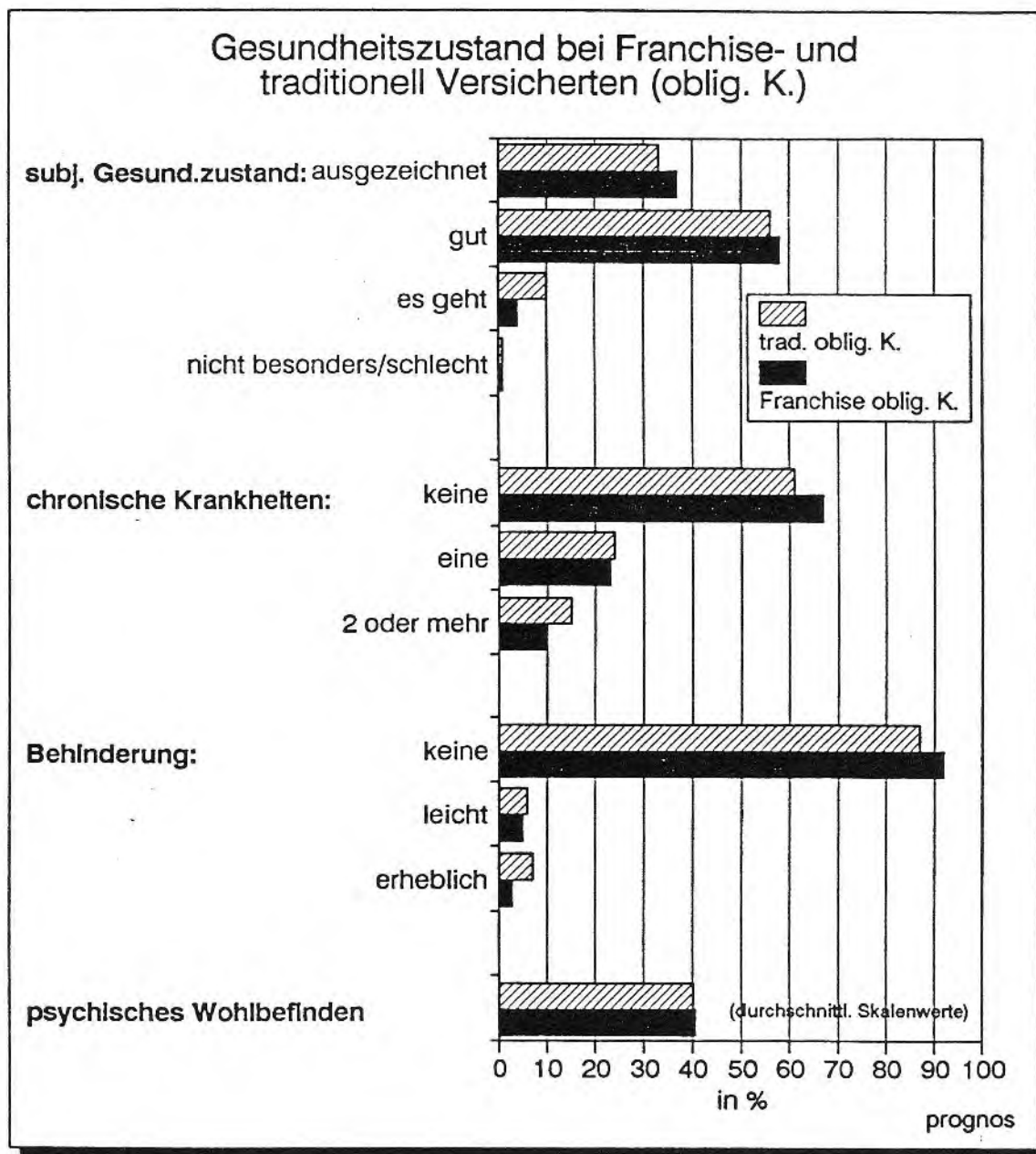


Abbildung 3.9 B

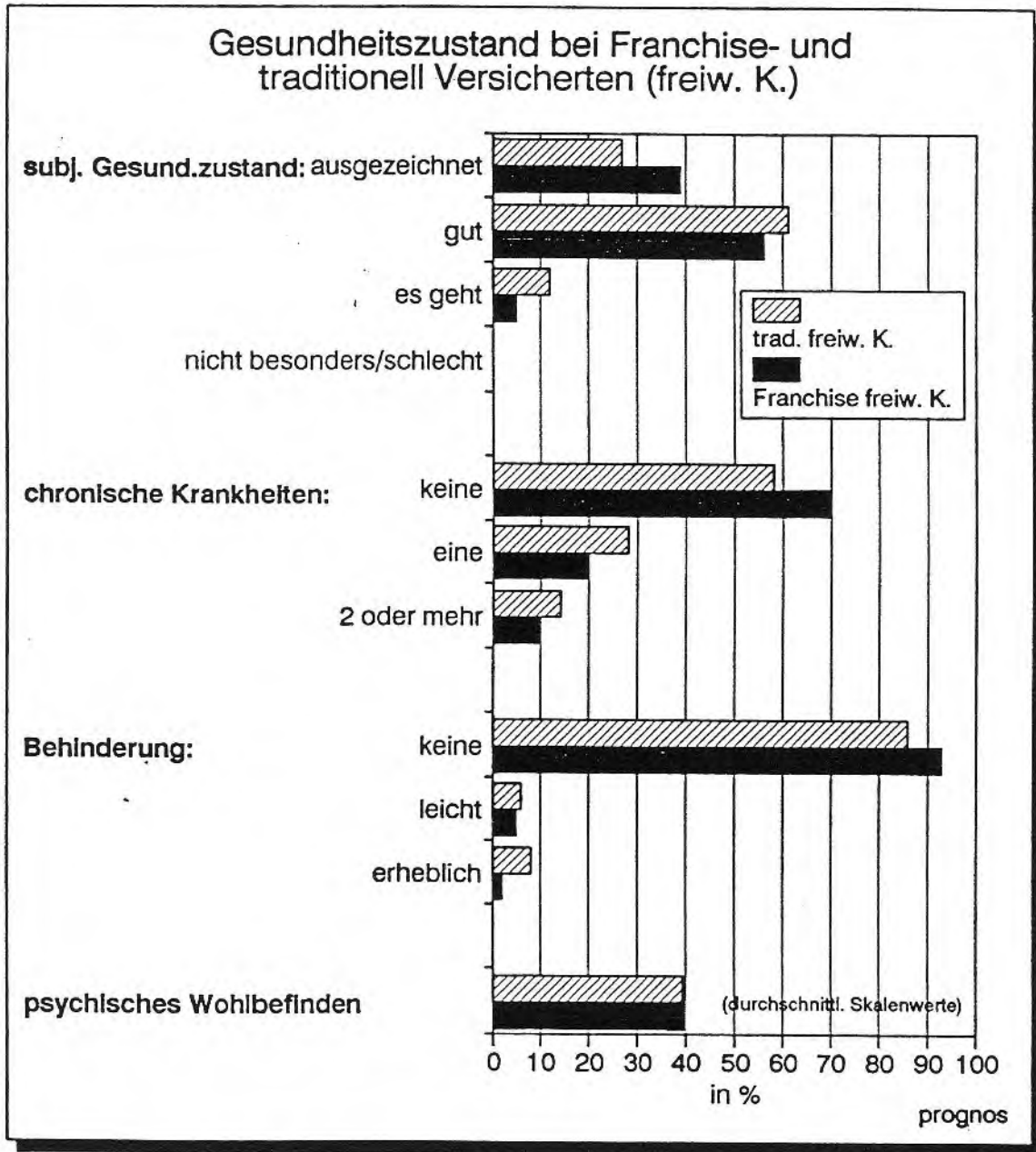


Tabelle 3.61: Gesundheitseinstellungen und -verhaltensweisen bei Franchise- und traditionell Versicherten

	Obligatorische Kassen		Freiwillige Kassen	
	Franchise	Traditionell	Franchise	Traditionell
	Ø - Skalenwerte			
Interne Kontrollorientierung Gesundheit	10,9	10,6	10,6	10,3
Behandlungsautonomie	14,3	14,3	14,1	14,1
Selbstmedikation	1,2	0,9	1,3	1,0
Psychisches Wohlbefinden	40,6	40,2	39,9	39,7
Gesundheitsvorsorge				
Männer	3,1	3,0	3,1	3,2
Frauen	4,3	4,0	4,3	4,1
n	309	2164	325	268

Freiwillige Kassen

Bei den freiwilligen Kassen ist der Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Versicherungsform etwas ausgeprägter als bei den obligatorischen Kassen. Franchise-Versicherte erfreuen sich häufiger als traditionell Versicherte eines (subjektiv) ausgezeichneten Gesundheitszustandes, haben seltener eine chronische Krankheit oder eine Behinderung. Anders als bei den obligatorischen Kassen zeigen sich die Unterschiede in den Gesundheitsindikatoren auch bei den bis 65-Jährigen.

Weder im psychischen Wohlbefinden noch in den gesundheitsrelevanten Einstellungen lassen sich Unterschiede zwischen den beiden Versichertengruppen feststellen.

3.3.1.4 Die Bedeutung der verschiedenen Merkmale für die Wahl einer höheren Jahresfranchise

Bei den Versicherten der obligatorischen Kassen ist die Trennschärfe der einbezogenen Merkmale am schwächsten von allen Untersuchungspaaren; d.h., dass sich die Franchise- und traditionell Versicherten sehr ähnlich sind. Kein einziger Indikator für Risikoselektion trägt etwas zur Unterscheidung zwischen den beiden Gruppen bei. Haushaltseinkommen, Schulbildung und die Wohnregion haben die höchste Unterscheidungskraft (Tab. 3.62).

Auch bei den freiwilligen Kassen haben Region und Haushaltseinkommen die höchste Unterscheidungskraft; es wurden aber auch Variablen in die Regression aufgenommen, die Indikatoren für Risikoselektion sind (Tab. 3.63).

Tabelle 3.62: Unterscheidungskriterien - Franchise (oblig. Kassen)

Variable	Verbesserung durch die Variable (in %)	Aufnahme einzelner Variablengruppen in das Regressionsmodell			
		I	II	III	IV
I					
subjektiver Gesundheitszustand	–				
chronische Krankheiten	–				
Wohlbefinden	–				
Behinderung	–				
II					
Alter	–				
Geschlecht	–				
Region	11,6		XX	X	X
III					
Haushaltsgrösse	–				
Schulbildung	18,7			XX	XX
Haushaltseinkommen	15,6			XX	XX
IV					
Selbstmedikation	9,8				X
Gesundheitsautonomie	–				
interne Kontrollorient. Gesundh.	–				
gesundheitsorient. Lebensweise	9,8				
Verbesserung der Zuordnung insgesamt (in %)		–	11,6	25,8	26,2

XX Wichtige Variablen, die in ihrer jeweiligen Gruppe als erste in die Regression aufgenommen werden und daher einen grossen Beitrag zur Verbesserung der Zuordnung leisten.

X Variablen, die noch einen bedeutenden Beitrag leisten.

Tabelle 3.63: Unterscheidungskriterien - Franchise (freiw. Kassen)

Variable	Verbesserung durch die Variable (in %)	Aufnahme einzelner Variablengruppen in das Regressionsmodell			
		I	II	III	IV
I					
subjektiver Gesundheitszustand	–				
chronische Krankheiten	9,6				
Wohlbefinden	–				
Behinderung	7,6	X	X	X	X
II					
Alter	9,6		XX	X	X
Geschlecht	–				
Region	17,0		XX	XX	XX
III					
Haushaltsgrösse	–				
Schulbildung	14,1				
Haushaltseinkommen	16,2			XX	XX
IV					
Selbstmedikation	8,4				(X)
Gesundheitsautonomie	–				
interne Kontrollorient. Gesundh.	–				
gesundheitsorient. Lebensweise	–				
Verbesserung der Zuordnung insgesamt (in %)		7,6	21,7	24,7	34,3

XX Wichtige Variablen, die in ihrer jeweiligen Gruppe als erste in die Regression aufgenommen werden und daher einen grossen Beitrag zur Verbesserung der Zuordnung leisten.

X Variablen, die noch einen bedeutenden Beitrag leisten.

(X) Unwichtige Variablen, die nicht mehr viel zur Verbesserung des Ergebnisses beitragen und deshalb zuletzt aufgenommen werden.

3.3.2 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

Obligatorische Kassen

In der Häufigkeit von Arztkonsultationen, im Medikamentenkonsum und in der Inanspruchnahme paramedizinischer Dienstleistungen besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Versichertengruppen (Tab. 3.64).

Freiwillige Kassen

Die Franchise-Versicherten haben seltener einen Arzt aufgesucht als die traditionell Versicherten. Bei vergleichbarem Gesundheitszustand verschwinden jedoch die Unterschiede völlig.

Aus den vorhandenen Daten deutet bisher nichts darauf hin, dass die Franchise das Inanspruchnahme-Verhalten beeinflusst.

Tabelle 3.64: Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen und Medikamentenkonsum - Franchise

	Obligatorische Kassen		Freiwillige Kassen	
	Franchise	Traditionell	Franchise	Traditionell
Arztkonsultationen in 3 Mo.				
- keine	52 %	48 %	53 %	43 %
- Ø Anzahl	1,2	1,3	1,1	1,5
Medikamentenkonsum in 14 Tagen ¹⁾				
- keine	38 %	39 %	39 %	38 %
- Ø Anzahl	1,2	1,4	1,3	1,5
Paramedizinische Dienstleistungen in 3 Monaten				
- keine	80 %	80 %	85 %	81 %
- Ø Anzahl	0,2	0,2	0,2	0,2

1) Gefragt wurde nach der Einnahme 12 Medikamenten (= Gruppen) in 14 Tagen. Andere Medikamente konnten zusätzlich angegeben werden. Auf diese Medikamentengruppen (+ der zusätzlich angegebenen) bezieht sich die Ø Anzahl.

3.3.3 Unterschiede nach der Franchisehöhe

Von den Franchise-Versicherten (die in der Befragung die höhere Jahresfranchise bestätigt haben) wurden folgende Franchisehöhen genannt:

Tabelle 3.65: Franchise-Stufen der Versicherten mit höherer Jahresfranchise¹³⁾

	Obligatorische Kassen	Freiwillige Kassen
200 bis 400 Franken	42 %	53 %
400 bis 800 Franken	36 %	41 %
800 Franken und höher	22 %	6 %
Σ	100	100
n	270	307

Im folgenden soll geprüft werden, ob es in den Strukturen und Verhaltensweisen Unterschiede gibt, je nachdem, für welche Franchisestufe man sich entschieden hat. Die Versicherten der freiwilligen Kassen und der obligatorischen Kassen wurden zusammengefasst, da die Basis sehr schmal ist. Von der Stichprobenanlage her wäre dies im Prinzip nicht zulässig. Um eine vertretbare Basis zu erhalten, wurden die Franchise-Versicherten in den obligatorischen und den freiwilligen Kassen entsprechend ihrem tatsächlichen Gewicht umgewichtet, so dass in der Auswertung die Mitglieder der freiwilligen Kassen 82 % aller Franchise-Versicherten repräsentieren.

Generell können nur Tendenzen angegeben werden. Die Unterschiede sind, wegen der sehr kleinen Besetzung der höchsten Franchise-Stufe, nur ganz vereinzelt statistisch signifikant.

Tabelle 3.65a fasst die wesentlichen Merkmale zusammen.

Soziodemographische Struktur

Männer sind in allen drei erhöhten Franchisestufen überrepräsentiert, weitaus am stärksten bei der höchsten Stufe. Unterrepräsentiert sind in allen drei Stufen die Jungen (18 bis 25 Jahre) und die Alten (ab 66 Jahren); einschränkend ist anzumerken, dass gerade die Jungen oft nicht wussten, dass sie Franchiseversicherte sind. 1-Personen-Haushalte sind in der höchsten Franchise-Stufe überrepräsentiert.

13) Die Befragung fand z.T. noch in der Übergangszeit der Franchise-Regelung statt. Deshalb mussten die Stufen in Bandbreiten erfasst werden. Für Jugendliche entsprechend angepasste Stufen.

Schulbildungsniveau und Einkommen steigen mit der Franchise-Stufe.

Tabelle 3.65a: Merkmale von Versicherten mit WJF nach der Franchisestufe^{1)*}

	WJF-Stufe			Traditionell Versicherte
	1 (200-400 Fr.)	2 (400-800 Fr.)	3 (höher als 800 Fr.)	
	in %			
Männer	53	52	74	46
18-25 Jährige	12	7	4	16
66+ Jährige	7	9	11	18
1-Personen-Haushalte	16	17	25	19
Mittlere und höhere Schul- bildung ²⁾	28	48	55	23
Aequivalentes Pro-Kopf-Ein- kommen p.M.-Fr. ³⁾	3912	4087	4587	3424
Für Spital allgemein ver- sichert	26	26	27	51
Subjektiver Gesundheits- zustand „sehr gut“	37	41	37	32
Keine chronischen Krank- heiten	61	76	84	60
Keine Behinderungen	91	95	97	87
∅ Anzahl Arztbesuche in 3 Monaten	1,3	1,0	0,5	1,3
n	277	222	78	2564

1) Obligatorische und freiwillige Kassen zusammen, ungewichtet entsprechend ihrem tatsächlichen Gewicht.

2) Diplommittelschule, höhere Fach- und Berufsausbildung, HTL, Universität.

3) Nach der SKOS-Äquivalenzskala ermitteltes Pro-Kopf-Einkommen.

* Die Tabelle bezieht sich nur auf Befragte, die bestätigt haben, eine höhere als die obligatorische Franchise zu haben und die auch die Stufe benennen konnten. Das sind knapp 75 % aller laut Stichprobe Franchise-Versicherten.

Gesundheit und Inanspruchnahme

Versicherte der beiden oberen Franchise-Stufen haben seltener chronische Krankheiten und Behinderungen. Die Versicherten mit der niedrigsten Stufe gleichen in den Gesundheitsmerkmalen den traditionell Versicherten. Die Häufigkeit der Arztkonsultationen ist vor allem in der höchsten Franchise-Stufe sehr niedrig.

Tendenziell zeigt sich also, dass die beiden obersten Franchisestufen eher von gesunden und wohlhabenden Menschen gewählt werden, während für die unterste Stufe die Indizien nur schwach sind.

3.3.4 Versicherte Leistungen, Prämien, Beurteilung

3.3.4.1 Vergleich Franchise- / traditionell Versicherte

Obligatorische Kassen

Die "Krankenkassentreue" ist bei Franchise-Versicherten deutlich weniger ausgeprägt als bei traditionell Versicherten (Tab. 3.66). Als Gründe für einen Krankenkassenwechsel in den letzten 2 Jahren wurden von den Franchise-Versicherten überdurchschnittlich oft die zu hohen Prämien genannt.

Tabelle 3.66: Krankenkassentreue bei Franchise- und traditionell Versicherten

	Obligatorische Kassen		Freiwillige Kassen	
	Franchise	Traditionell	Franchise	Traditionell
	- % -			
Bei der jetzigen Krankenkasse seit:				
- bis 2 Jahre	12	5	13	9
- 2 - 10 Jahren	25	15	31	19
- länger	41	49	42	50
- seit Geburt	22	31	14	22
Summe	100	100	100	100
n	367	2642	405	339

Die Franchise-Versicherten sind etwa dreimal so häufig für die **Privatabteilung** der Spitäler versichert als die traditionell Versicherten.¹⁴⁾ Entsprechend zahlen sie deutlich höhere **Krankenkassenprämien**. Bei Versicherten in der allgemeinen Abteilung sind die Prämien aber vergleichbar hoch; das bedeutet, dass die Prämienreduktion in Folge der höheren Jahresfranchise im Prämienvergleich nicht sichtbar wird (Tab. 3.67).

Auch die Prämien für den gesamten Haushalt liegen bei Franchise-Versicherten über denen der traditionell Versicherten.

In der **Beurteilung der Prämien**, sowohl im Verhältnis zu den Leistungen der Kassen als auch im Verhältnis zum Einkommen, gleichen sich die beiden Versichertengruppen:

- je knapp die Hälfte hält die Prämie im Verhältnis zu den Leistungen für angemessen (Tab. 3.68)

14) Das gilt für alle Stufen (vgl. Abbildung 3.10).

- je rd. die Hälfte der Mehrpersonen-Haushalte und je rd. 60 % der Einpersonenhaushalte hält die Prämie im Verhältnis zum Einkommen für akzeptabel ("gut zu tragen", "es geht") (Tab. 3.69).

Tabelle 3.67: Versicherungsart und Prämienhöhe

	Obligatorische Kassen			
	Franchise	Traditionell	Franchise	Traditionell
	- % -			
Fürs Spital versichert:				
- allgemeine Abteilung	26	51	24	50
- halbprivat	26	34	41	34
- privat	44	13	34	13
- weiss nicht	4	2	1	3
Σ	100	100	100	100
Anteil fürs Spital allgemein Versicherte:				
- bis 35 Jahre	38	61	30	54
- 36-65 Jahre	17	43	19	44
- 66 Jahre u. älter	28	52	36	56
	Ø Monatsprämie, Fr.			
Allgemein Versicherte insgesamt:	132	131	136	174
bis 35 Jahre	98	103	111	121
36-65 Jahre	158	140	132	161
66 Jahre u. älter	x	176	x	248
Halb-/privat Versicherte insgesamt:	213	185	168	204
bis 35 Jahre	152	150	140	136
36-65 Jahre	223	189	178	203
66 Jahre u. älter	x	233	x	x
	Ø Monatsprämie gesamter Haushalt, Fr. ¹⁾			
2-Personen-Haushalt	434	334	387	394
3-Personen-Haushalt	461	363	391	382
4- oder mehr Personen-Haushalt	466	401	441	408

x) zu wenig Fälle

1) In rd. 60 % der Mehrpersonen-Haushalte mit Franchise-Versicherten haben auch andere Haushaltsmitglieder eine höhere Franchise; meist ist es der Ehepartner.

Tabelle 3.68: Beurteilung der Prämie im Verhältnis zu den Leistungen

	Obligatorische Kassen		Freiwillige Kassen	
	Franchise	Traditionell	Franchise	Traditionell
	- % -			
Prämie ist				
- günstig	6	7	11	9
- angemessen	39	42	37	37
- etwas zu hoch	29	33	33	34
- viel zu hoch	18	13	13	16
- kein Urteil	8	5	6	4
Σ	100	100	100	100
Anteil „Prämie ist günstig oder angemessen“				
- bis 35 Jahr	51	45	44	55
- 36 bis 65 Jahre	42	48	45	41
- 66 Jahre und älter	42	47	32	34

Tabelle 3.69: Beurteilung der Prämie im Verhältnis zum Einkommen (bei Mehrpersonen-Haushalten bezogen auf die Prämien für den gesamten Haushalt)

	Obligatorische Kassen				Freiwillige Kassen			
	1-Personen-Haushalt		Mehrpersonen-Haushalt		1-Personen-Haushalt		Mehrpersonen-Haushalt	
	Franchise	Traditionell	Franchise	Traditionell	Franchise	Traditionell	Franchise	Traditionell
	- % -				- % -			
Prämie ist								
- gut zu tragen	24	29	21	18	31	19	16	14
- es geht	41	31	32	33	38	36	36	32
- gerade noch zu tragen	16	22	25	25	16	23	28	28
- eigentlich zu hoch	13	17	18	21	14	22	18	24
- keine Angaben	6	1	4	3	1	-	2	2
Σ	100	100	100	100	100	100	100	100
n	61	460	306	2.182	71	64	334	275

Freiwillige Kassen

Die Krankenkassentreue der Franchise-Versicherten ist auch bei den freiwilligen Kassen weniger ausgeprägt als die der traditionell Versicherten.

Die Franchise-Versicherten sind "besser" versichert, als die traditionell Versicherten: Doppelt so viele in der Franchise-Gruppe sind privat oder halbprivat versichert wie in der traditionellen Gruppe.

Bei den freiwilligen Kassen bestehen zwischen den beiden Versichertengruppen deutliche **Prämienunterschiede**. Sowohl in der Grund- als auch in der Halbprivat- oder Privatversicherung zahlt die Franchise-Gruppe etwa 20 % niedrigere Prämien als die traditionelle Gruppe. Hier kommt - im Gegensatz zu den obligatorischen Kassen - die Prämienreduktion bei einer höheren Jahresfranchise also zum Ausdruck.

In der **Beurteilung der Prämien** im Verhältnis zu den Leistungen gleichen sich Franchise- und traditionell Versicherte in etwa. Im Verhältnis zum Einkommen beurteilen die Franchise-Versicherten die Prämien etwas günstiger.

3.3.4.2 Beurteilung der höheren Jahresfranchise durch Franchise-Versicherte

Die mit der höheren Franchise verbundene Prämienreduktion wird von rd. einem Drittel der Franchise-Versicherten für zu niedrig gehalten (Tab. 3.70). Das sind deutlich mehr kritische Stimmen als bei der Bonus-Versicherung.

Tabelle 3.70: Beurteilung der Prämienreduktion durch Franchise-Versicherte

	Franchise-Versicherte	
	obligatorische Kassen	freiwillige Kassen
	- % -	
Prämienreduktion ist		
- zu hoch	2	1
- angemessen	52	52
- zu niedrig	34	33
- kein Urteil	12	14
Σ	100	100
n ¹⁾	270	307

1) Reduziertes n, weil Frage nur an diejenigen gestellt wurde, die die erhöhte Franchise bestätigt haben.

Auch die Überzeugung, dass sich diese Versicherungsart für einen persönlich lohnt, ist weniger verbreitet als bei den Bonus-Versicherten. Immerhin 25 % bzw. 30 % der Versicherten mit höherer Jahresfranchise sind sich nicht sicher, ob dies eine ökonomisch unvernünftige Wahl war; vor allem die Frauen zweifeln oft daran (Tab. 3.71).

20 % der Franchise-Versicherten in den obligatorischen Kassen und 7 % in den freiwilligen Kassen glauben, dass sie zum Zeitpunkt der Entscheidung auch das Angebot einer Bonus-Versicherung gehabt haben. Bei einer heutigen Wahl würden sich viele lieber für die Bonus-Versicherung entscheiden. Besonders hoch ist der Anteil derer, die der Bonus-Versicherung den Vorzug geben, bei den Franchise-Versicherten der freiwilligen Kassen (Tab. 3.71).

Tabelle 3.71: Beurteilung der Franchise-Versicherung durch Franchise-Versicherte

	Obligatorische Kassen					Freiwillige Kassen				
	insgesamt	Altersgruppen		Geschlecht		insgesamt	Altersgruppen		Geschlecht	
		bis 35 Jahre	36 Jahre u. älter	M	F		bis 35 Jahre	36 Jahre u. älter	M	F
	- % -	- % -		- % -		- % -	- % -		- % -	
Die Franchise-Versicherung										
- lohnt sich	76	81	72	81	68	71	72	70	78	63
- lohnt sich nicht	16	13	19	12	23	22	25	20	17	28
- weiss nicht	8	6	9	7	9	7	3	10	5	9
Σ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Bei heutiger Wahl zwischen Bonus und Franchise würde man sich entscheiden für										
- Franchise	57	56	57	60	54	42	40	43	48	35
- Bonus	26	29	25	25	25	37	37	37	36	39
- weder noch	5	6	5	6	5	9	10	9	5	13
- weiss nicht / kA	12	9	13	9	16	12	13	11	11	13
Σ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
n	270	75	195	157	113	307	122	185	161	146

3.3.5 Die Franchise-Sympathisanten

3.3.5.1 Bekanntheit der höheren Jahresfranchise

Die Möglichkeit, freiwillig eine höhere Jahresfranchise zu wählen und dafür eine Prämienreduktion zu erhalten, ist rund der Hälfte der traditionell Versicherten bekannt. Die Versicherten der freiwilligen Kassen kennen diese Möglichkeit etwas häufiger als die Versicherten der obligatorischen Kassen. Der Bekanntheitsgrad ist in den mittleren Jahrgängen am höchsten (Tab. 3.72).

Männern ist die Franchise-Variante etwas häufiger bekannt als Frauen.

60 % derer, denen die höhere Franchise bekannt ist, glauben, dass die eigene Krankenversicherung sie anbietet.

Tabelle 3.72: Bekanntheit der höheren Jahresfranchise

	Franchise-Versicherte	
	obligatorische Kassen	freiwillige Kassen
	- % -	
Von höheren Jahresfranchisen		
- sicher schon gehört	35	44
- wahrscheinlich gehört	8	9
- nicht gehört	57	47
Σ	100	100
n	2642	339
Anteil „sicher oder wahrscheinlich schon gehört“		
- bis 25 Jahre	30	45
- 26 - 35 Jahre	50	59
- 36 - 45 Jahre	46	61
- 46 - 65 Jahre	48	56
- 66 Jahre und älter	40	42

3.3.5.2 Interesse an der höheren Jahresfranchise

Die höhere Jahresfranchise hat von allen drei Versicherungsformen den kleinsten Sympathisantenkreis.

Tabelle 3.73: Interesse an höherer Jahresfranchise bei traditionell Versicherten

	traditionell Versicherte	
	obligatorische Kassen	freiwillige Kassen
	- % -	
An der Möglichkeit, eine höhere Jahresfranchise zu wählen, sind:		
- sehr interessiert	6	7
- ziemlich interessiert	13	13
- nicht besonders interessiert	23	23
- gar nicht interessiert	52	49
- kommt darauf an	3	5
- weiss nicht/kein Urteil	3	3
Σ	100	100
n	2.642	339
Falls interessiert: Welche Stufe?	- % -	
350 Fr.	39	35
600 Fr.	37	34
1.200 Fr.	11	15
weiss nicht	13	16
Σ	100	100

Bemerkenswert ist das identische Interesse bei Versicherten der obligatorischen Kassen und der freiwilligen Kassen, obwohl doch die freiwilligen Kassen das Potential schon viel besser ausgeschöpft haben.

Die grundsätzlich Interessierten (sehr, bzw. ziemlich interessiert) wurden gefragt, welche Franchisen-Höhe sie wählen würden:

Auf alle traditionell Versicherten bezogen, bedeutet das Ergebnis, dass je etwa 7 bis 8 % an einer Franchise von 350 Fr bzw. 600 Fr evtl. interessiert wären und 2-3 % an einer Franchise von 1.200 Fr.

Bei der Franchise sind die traditionell Versicherten auch hinsichtlich der **Prämienreduktion** kritischer als bei der Bonus-Versicherung. Sowohl von den grundsätzlich Interessierten als auch von den Nicht-Interessierten halten rd. 40 % die Prämienreduktion für zu niedrig (Tab. 3.74).

Diese Befunde zeigen noch einmal in aller Deutlichkeit, dass Interessebekundungen nicht mit tatsächlichem Marktpotential gleichgesetzt werden dürfen; dass die Bonus-Versicherung soviel besser abschneidet als die WJF-Versicherung, hat wohl viel mit der geringen Vertrautheit mit dem Bonus-System im Vergleich zum Franchise System zu tun.

Es muß also auch hier wieder darauf hingewiesen werden, dass es sich um Spontanreaktionen handelt, die eher eine grundsätzliche Skepsis gegenüber der höheren Franchise unterstreichen als dass sie zum Nennwert zu nehmen wären.

Tabelle 3.74: Beurteilung der Prämienreduktion bei der höheren Jahresfranchise (traditionell Versicherte)

	Obligatorische Kassen					Freiwillige Kassen				
	Prämienreduktion ist									
	ange- messen	zu niedrig	weiss nicht	Σ	n	ange- messen	zu niedrig	weiss nicht	Σ	n
	- % -					- % -				
Traditionell Versicherte										
mit Interesse	57	41	2	100	517	56	40	4	100	72
davon ¹⁾ 350 Fr.	56	43	1	100	202	56	44	-	100	25
600 Fr.	58	39	3	100	191	57	34	9	100	25
1200 Fr.	56	41	3	100	54	x	x	x		
ohne Interesse	48	38	14	100	1902	43	47	10	100	241

x = zu wenig Fälle

1) ohne „KA“ zu Stufe

Die **Franchise-Sympathisanten** haben ein **ähnliches Profil** wie die Franchise-Versicherten. Die Gruppen, die bei den Franchise-Versicherten überrepräsentiert sind, haben meist auch ein überdurchschnittliches Interesse an einer höheren Franchise.

- **Alter:** Am wenigsten interessiert sind die ab 66-Jährigen. Das grösste Interesse besteht bei den 25-45-Jährigen (Tab. 3.75).
- **Geschlecht:** Männer sind häufiger interessiert als Frauen.

- **Sozialstatus:** Das Interesse steigt bei Personen mit höherer Schulbildung und/oder höherem Einkommen.
- **Haushaltsgrösse:** Grössere Haushalte haben eher Interesse an einer höheren Franchise als kleine.
- **Region:** Anders als bei den Franchise-Versicherten, die sehr stark in Grossagglomerationen konzentriert sind, ist das Interesse an der höheren Franchise in den verschiedenen Regionen etwa gleich ausgeprägt. Auch die Unterschiede zwischen den Landesteilen sind gering: Die Versicherten in der Suisse Romande sind **nicht** überdurchschnittlich häufig interessiert.

Tabelle 3.75: Interesse an der Franchise-Versicherung bei traditionell Versicherten nach Alter und Geschlecht

	Obligatorische Kassen				Freiwillige Kassen			
	Interesse	kein Interesse ¹⁾	Σ	n	Interesse	kein Interesse ¹⁾	Σ	n
	- % -							
Alter								
- bis 25 Jahre	17	83	100	422	23	77	100	48
- 26 - 35 Jahre	24	76	100	540	26	74	100	73
- 36 - 45 Jahre	25	75	100	531	33	67	100	70
- 46 - 65 Jahre	20	80	100	801	14	86	100	91
- 66 - 75 Jahre	11	89	100	250	11	89	100	37
- 76 Jahre +	5	95	100	98	10	90	100	20
Geschlecht								
- Männer	23	77	100	1223	25	75	100	169
- Frauen	16	84	100	1419	16	84	100	170
Geschlecht + Alter								
Männer								
- bis 35 Jahre	24	76	100	469	33	67	100	61
- 36 - 65 Jahre	26	74	100	629	27	73	100	77
- 66 Jahre +	10	90	100	125	10	90	100	31
Frauen								
- bis 35 Jahre	18	82	100	493	17	83	100	60
- 36 - 65 Jahre	18	82	100	709	18	82	100	84
- 66 Jahre +	7	93	100	223	11	89	100	26

1) einschl. KA

Subjektiver **Gesundheitszustand**, chronische Krankheiten und Behinderungen beeinflussen allenfalls geringfügig das Interesse an einer höheren Jahresfranchise.

Das Ergebnis der logistischen Regression zeigt, dass bei den obligatorischen Kassen die einbezogenen Merkmale nur schwach zwischen Sympathisanten und Nicht-Sympathisanten zu unterscheiden vermögen. Bei den freiwilligen Kassen ist die Unterscheidungsmöglichkeit zwar grösser, bezieht sich aber fast ausschliesslich auf soziodemographische Merkmale (Tab. 3.76, 3.77).

Tabelle 3.76: Unterscheidungskriterien Franchise-Sympathisanten (oblig. Kassen)

Variable	Verbesserung durch die Variable (in %)	Aufnahme einzelner Variablengruppen in das Regressionsmodell			
		I	II	III	IV
I					
subjektiver Gesundheitszustand	10,8	XX	XX	X	X
chronische Krankheiten	8,4				
Wohlbefinden	–				
Behinderung	–				
II					
Alter	–				
Geschlecht	10,6		X		
Region	–				
III					
Haushaltsgrösse	–				
Schulbildung	13,9			XX	XX
Haushaltseinkommen	9,1			X	X
IV					
Selbstmedikation	–				
Gesundheitsautonomie	11,7				X
interne Kontrollorient. Gesundh.	–				
gesundheitsorient. Lebensweise	–				
Verbesserung der Zuordnung insgesamt (in %)		10,8	13,4	17,1	17,8

XX Wichtige Variablen, die als erste in die Regression aufgenommen werden und daher einen grossen Beitrag zur Verbesserung der Zuordnung leisten.

X Variablen, die noch einen bedeutenden Beitrag leisten.

(X) Unwichtige Variablen, die nicht mehr viel zur Verbesserung des Ergebnisses beitragen und deshalb zuletzt aufgenommen werden.

Tabelle 3.77: Unterscheidungskriterien Franchise-Sympathisanten (freiw. Kassen)

Variable	Verbesserung durch die Variable (in %)	Aufnahme einzelner Variablengruppen in das Regressionsmodell			
		I	II	III	IV
I					
subjektiver Gesundheitszustand	–				
chronische Krankheiten	–				
Wohlbefinden	–				
Behinderung	14,3	X			
II					
Alter	28,6		XX	XX	XX
Geschlecht	–		X	X	X
Region	–				
III					
Haushaltsgrösse	28,6			XX	XX
Schulbildung	–				
Haushaltseinkommen	–				
IV					
Selbstmedikation	–				
Gesundheitsautonomie	–				
interne Kontrollorient. Gesundh.	–				
gesundheitsorient. Lebensweise	–				
Verbesserung der Zuordnung insgesamt (in %)		14,3	28,6	28,6	28,6

XX Wichtige Variablen, die als erste in die Regression aufgenommen werden und daher einen grossen Beitrag zur Verbesserung der Zuordnung leisten.

X Variablen, die noch einen bedeutenden Beitrag leisten.

(X) Unwichtige Variablen, die nicht mehr viel zur Verbesserung des Ergebnisses beitragen und deshalb zuletzt aufgenommen werden.

In der Anzahl der Arztkonsultationen und dem Medikamentenkonsum besteht kein signifikanter Unterschied zwischen Franchise-Sympathisanten und Nicht-Sympathisanten.

Insgesamt ist somit festzustellen, dass die Franchise auch bei Gruppen mit nur geringem Erkrankungsrisiko nicht sonderlich beliebt ist. Über die Ursachen dafür - und insbesondere über das viel höhere Interesse an einer Bonus-Versicherung - geben die Daten keine Auskunft. Für die Erfassung der Gründe wäre wohl eine qualitativ orientierte Untersuchung angemessen. Vermutet werden kann lediglich, dass die Erfahrungen mit der obligatorischen Franchise das Urteil mitbestimmen. Ganz neue Modelle, wie Bonus oder HMO, sind demgegenüber im Vorteil, weil das Interesse noch nicht durch Erfahrung beeinflusst wird.