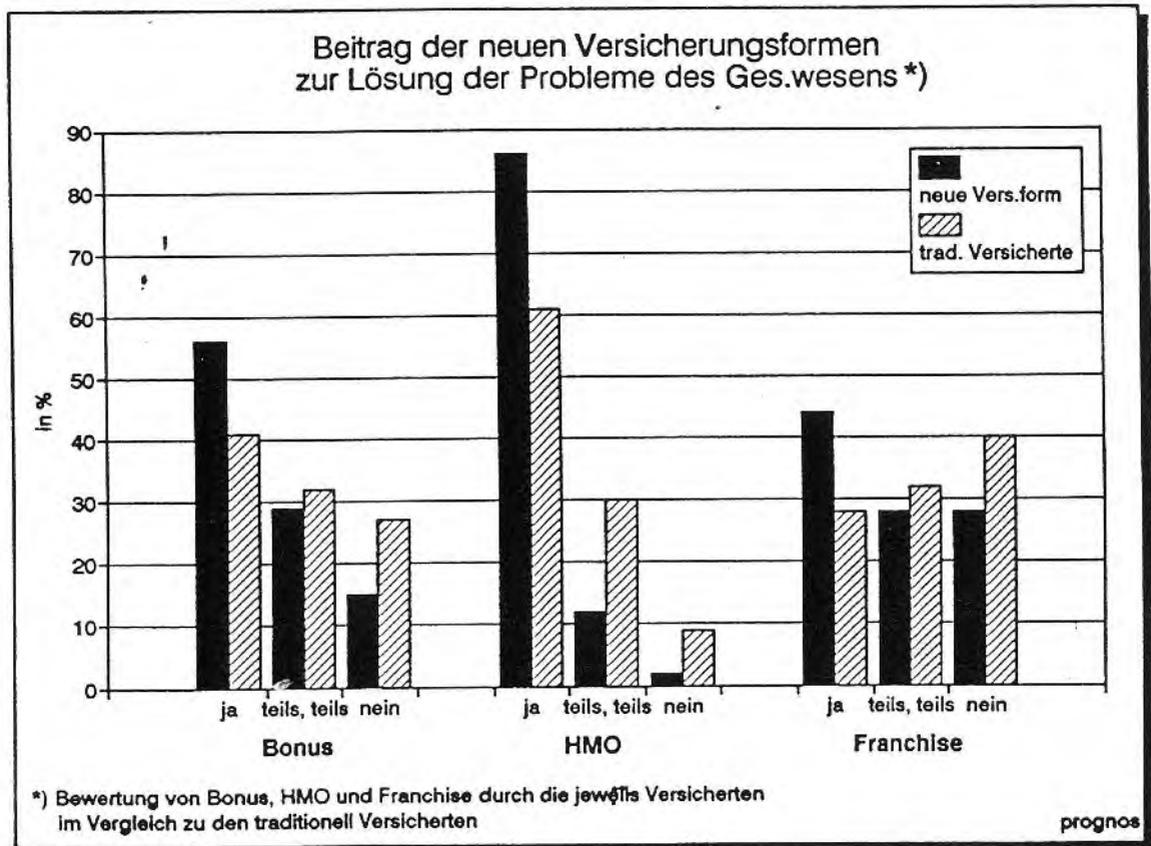


3.4 Gesundheitspolitische Bewertung der neuen Versicherungsformen durch die Versicherten

Neben den persönlichen Bewertungen von und Interessen an den neuen Versicherungsformen wurden auch gesundheitspolitische Bewertungen erfragt. Zu HMO, Bonus und Franchise wurde gefragt, ob sie einen Beitrag zur Lösung der Probleme des Gesundheitswesens und der Krankenkassen leisten oder nicht.

Am häufigsten wird von HMO ein Beitrag zur Problemlösung erwartet, am seltensten von der höheren Jahresfranchise (Abb. 3.11).

Abbildung 3.11



Es spiegelt sich in dieser allgemeinen Bewertung also auch das persönliche Interesse wieder. Bezüglich der Franchise sind nicht einmal die Franchise-Versicherten besonders überzeugt, während die HMO-Versicherten ihr Modell mit überwältigender Mehrheit zur Problemlösung empfehlen.

Nur bezüglich Bonus und Franchise wurde das Urteil zu einigen speziellen Aspekten der Desolidarisierung und der gesundheitlichen Auswirkungen eingeholt.¹⁵⁾

Bonus- und Franchise-Versicherte selbst stimmen häufiger den positiven Aspekten bzw. Vorteilen zu als traditionell Versicherte und seltener den negativen Aspekten bzw. Nachteilen. Ein wichtigeres Ergebnis ist jedoch, dass auch die traditionell Versicherten eher die Vorteile als die Nachteile sehen: Mehr als die Hälfte findet es voll und ganz richtig, dass gesunde Lebensweise (und sparsame Inanspruchnahme) mit niedrigeren Prämien belohnt wird und ist überzeugt, dass diese Versicherungsformen zur Vermeidung unnötiger Arztbesuche beitragen. Nur rd. ein Drittel sieht damit klare Gefahren für die Gesundheit verbunden oder beklagt die Desolidarisierung zwischen Gesunden und Kranken (Tab. 3.78).

15) Die Fragen waren für Bonus und Franchise gemeinsam formuliert. Das ist aus jetziger Sicht, angesichts der erheblichen Unterschiede, die die Versicherten zwischen Bonus und Franchise machen, vermutlich nicht angemessen gewesen.

Tabelle 3.78: Gesundheitspolitische Bewertung von Bonus und Franchise

	Traditionell	Versicherte Bonus - % -	Franchise ¹⁾
Zustimmung zu: Bonus u. Franchise tragen dazu bei, dass weniger Leute unnötig zum Arzt gehen			
- voll und ganz	53	73	66
- teilweise	28	18	20
- stimmen nicht zu	16	8	12
- kein Urteil	3	1	2
Σ	100	100	100
Wer auf seine Gesundheit achtet und gesund lebt, soll dafür auch mit einer niedrigen Prämie belohnt werden			
- voll und ganz	57	68	56
- teilweise	23	21	23
- stimmen nicht zu	17	10	19
- kein Urteil	3	1	2
Σ	100	100	100
In einer sozialen Krankenversicherung sol- len die Gesunden für die Kranken mitzahlen. Darum ist es nicht richtig, wenn durch Bonus und Franchise die Gesunden eine nie- drigere Prämie zahlen			
- voll und ganz	34	18	22
- teilweise	33	42	34
- stimmen nicht zu	29	39	40
- kein Urteil	4	1	4
Σ	100	100	100
Bonus und Franchise nützen hauptsächlich den besser Gestellten. Die können eine Arztrechnung notfalls auch einmal aus eigenem Sack zahlen			
- voll und ganz	40	27	33
- teilweise	30	35	29
- stimmen nicht zu	26	36	34
- kein Urteil	4	2	4
Σ	100	100	100
Bonus und Franchise sind gefährlich für die Gesundheit. Vor allem die Ärmeren gehen dann weniger zum Arzt und Krankheiten wer- den verschleppt			
- voll und ganz	32	14	20
- teilweise	31	34	28
- stimmen nicht zu	34	51	48
- kein Urteil	3	1	4
Σ	100	100	100

1) Obligatorische und freiwillige Kassen zusammen.

3.5 Die privat getragenen Gesundheitskosten

Absicht der diesbezüglichen Ermittlung war, wie dargelegt, Indizien dafür zu erhalten, ob in den neuen Versicherungsformen in höherem Masse Gesundheitskosten selbst getragen werden als bei den traditionell Versicherten. Geprüft wird

- für in den letzten 14 Tagen eingenommene Medikamente, ob sie aus eigener Tasche bezahlt wurden;
- für paramedizinische Dienste (letzte 3 Monate), ob sie selbst bezahlt wurden;
- ob die letzte Arztrechnung bei der Versicherung eingereicht wurde oder wird oder nicht.

Medikamente

Am Beispiel der traditionell Versicherten werden zunächst kurz die Struktur des Medikamentenkonsums, der Verschreibungs- und der Selbstzahleranteil gezeigt.

Wie Tabelle 3.79 zeigt, hat etwa jeder Fünfte traditionell Versicherte (obligatorische Kassen) in den 14 Tagen vor der Befragung **Schmerzmittel** oder **Vitaminpräparate** eingenommen. Relativ hoch ist auch der Konsum an Mitteln gegen **Erkältung/Husten**, **Stärkungs-/Aufbaumitteln** und **Blutdruckmedikamenten**. In allen Fällen haben mehr als 10 % der Befragten mindestens eines dieser Medikamente zu sich genommen.

Dieser Befragungsteil sollte die Entscheidung über die Durchführung einer separaten Erhebung zu den selbstgetragenen Gesundheitskosten fundieren. Da diese Erhebung dann durchgeführt wurde, ist die folgende Auswertung im Grunde überholt und dient nur noch der Dokumentation.¹⁶⁾

16) Vgl. Untersuchungsbericht 3.

Tabelle 3.79: Einnahme von Heilmitteln und Medikamenten in den letzten 14 Tagen - traditionell Versicherte (obligatorische Kassen)

Medikamente	insgesamt	Männer	Frauen	Altersgruppen						Gesundheitszustand		
				bis 25	26 bis 35	36 bis 45	46 bis 65	66 bis 75	75 +	sehr gut	gut	nicht gut
Schmerzmittel	20,9	16,3	24,7	13,5	18,3	18,7	22,4	27,9	37,0	10,9	22,5	46,1
Vitaminpräparat	19,0	15,7	21,8	15,7	16,0	17,9	18,3	23,8	36,1	15,2	19,6	29,1
Mittel gegen Erkältung/Husten	17,3	16,1	18,3	17,9	15,0	17,4	15,5	22,7	23,5	11,8	20,1	20,3
Stärkungs-/Aufbaumittel	13,1	10,4	15,4	5,7	7,4	10,8	14,3	21,5	38,7	7,7	14,2	25,5
Blutdruckmittel	10,7	9,3	11,9	0,9	1,3	3,7	14,7	35,5	31,6	4,2	11,6	27,7
Rheumamittel	8,9	7,2	10,4	1,8	0,8	3,4	12,6	20,4	36,1	2,3	10,2	24,8
Herz-/Kreislaufmittel	8,9	7,2	10,3	0,4	1,0	4,1	10,5	31,4	28,6	2,0	9,5	28,9
Mittel gegen Verstopfung	7,6	5,3	9,5	3,1	3,7	6,6	6,7	19,5	20,2	5,1	7,9	14,8
Schlafmittel	7,5	4,9	9,6	0,7	2,2	2,4	7,5	19,5	37,8	2,5	7,9	21,7
Beruhigungsm.	6,8	6,3	7,1	2,2	2,7	6,0	8,8	16,0	10,9	2,8	7,2	18,3
Mittel gegen Magen-/Gallenbeschwerden	5,0	5,0	5,0	1,1	3,2	4,9	6,4	11,0	5,9	2,5	6,3	6,7
Anregungsmittel	2,6	2,7	2,6	0,7	1,2	2,5	2,4	4,7	10,1	1,3	2,8	6,2

Die vier Medikamente, die am häufigsten eingenommen wurden (Schmerzmittel, Vitaminpräparate, Mittel gegen Erkältung/Husten sowie Stärkungs-/Aufbaumittel), wurden auch oftmals **selbst bezahlt** (vgl. Tab. 3.80).

Am häufigsten wurden von den **Ärzten** Schmerzmittel, Blutdruckmedikamente, Herz-/Kreislaufmittel sowie Rheumamittel **verschrieben**. Jeweils über 5 % der Befragten haben in den letzten 14 Tagen eines dieser **vom Arzt verschriebenen Medikamente** eingenommen.

Tabelle 3.80: Heilmittel und Medikamente - traditionell Versicherte
(obligatorische Kassen)

	in den letzten 14 Tagen eingenommen	vom Arzt verschrieben	aus eigener Tasche bezahlt
	- % -		
Schmerzmittel	20,9	9,4	11,7
Vitaminpräparat	19,0	5,5	14,7
Mittel gegen Erkältung/Husten	17,3	5,1	12,8
Stärkungs-/Aufbaumittel	13,1	4,6	9,4
Blutdruckmittel	10,7	9,3	0,6
Rheumamittel	8,9	6,8	2,0
Herz-/Kreislaufmittel	8,9	7,3	1,2
Mittel gegen Verstopfung	7,6	3,1	5,3
Schlafmittel	7,5	5,5	1,6
Beruhigungsmittel	6,8	5,0	2,0
Mittel gegen Magen-/Gallenbeschwerden	5,0	2,5	2,2
Anregungsmittel	2,6	0,8	0,9

Um Unterschiede zwischen den Versichertengruppen schärfer herausarbeiten zu können, werden die Heilmittel in zwei Gruppen eingeteilt:

- Medikamente, die häufig **selbst bezahlt** werden (Vitaminpräparate, Stärkungs-/Aufbaumittel, Mittel gegen Verstopfung sowie gegen Erkältung/Husten und Schmerzmittel) und die häufig rezeptfrei sind.
- Die übrigen Medikamente sind in der Regel rezeptpflichtig und werden ärztlich verordnet. Sie werden daher auch meistens **nicht selbst bezahlt**.

Die Konsumunterschiede zwischen den Versichertengruppen werden vor allem bei der 2. Gruppe deutlich, während sie bei den "Allerweltsmitteln" gering sind.

Der Anteil der **Medikamente**, die von den Patienten **selbst bezahlt** werden, ist bei Bonus-, Franchise- und HMO-Versicherten jeweils höher als bei traditionell Versicherten (vgl. Tabelle 3.81). Da sich die beiden Franchise-Versicherungen bezüglich des Medikamentenkonsums kaum voneinander unterscheiden, wurden sie zu einer Gruppe zusammengefasst.

Den höchsten "Selbstzahlungsanteil" weisen Bonus-Versicherte auf: Sie bezahlen etwa 90 % ihrer Medikamente selbst. Dieser Anteil ist bei den traditionell Versicherten mit rd. 63 % am geringsten.

Bei traditionell Versicherten (obligatorische Kassen) werden auch von den häufig **selbst bezahlten Heilmitteln** 20 % von der Versicherung bezahlt. Bei Bonus- und HMO-Versicherten liegt dieser Anteil nur bei rd. 10 %.

Bonus-Versicherte bezahlen etwa 84 % der ansonsten **eher selten selbst gezahlten Medikamente** aus eigener Tasche. Bei den traditionell Versicherten ist dieser Anteil mit 34 % am geringsten. Franchise und HMO-Versicherte tragen in jeweils mehr als der Hälfte der Fälle die Kosten selbst (Tab. 3.81).

Tabelle 3.81: Medikamentenkonsument und Selbstbezahlung nach Versicherungsformen

	alle Medikamente ¹⁾		häufig selbst bezahlte Medik. ²⁾		seltener selbst bezahlte Medik. ³⁾	
	durchschnittl. Konsum ⁴⁾	selbst bezahlter Anteil	durchschnittl. Konsum ⁴⁾	selbst bezahlter Anteil	durchschnittl. Konsum ⁴⁾	selbst bezahlter Anteil
traditionell (oblig. K.)	1,40	63	0,78	80	0,62	34
Bonus	0,74	90	0,56	93	0,18	83
Franchise	1,25	73	0,76	83	0,49	51
traditionelle Vergleichsgruppe HMO	1,32	64	0,73	82	0,59	36
HMO	1,22	78	0,80	88	0,42	51

- 1) Alle 12 vorgegebenen Medikamente (vgl. Tabelle 2) und zusätzliche Heilmittel (es wurden maximal 2 aufgezählt), die allerdings sehr selten genannt wurden.
- 2) Vitaminpräparate, Stärkungs-/Aufbaumittel, Mittel gegen Verstopfung sowie gegen Erkältung/Husten und Schmerzmittel.
- 3) Alle nicht unter 2) aufgezählten Medikamente inklusive der von den Befragten zusätzlich genannten.
- 4) In 14 Tagen.

Paramedizinische Dienstleistungen

Die Versicherten wurden auch hinsichtlich der **Inanspruchnahme** von Leistungen **ausserhalb von Arztpraxis oder Krankenhaus** innerhalb der letzten 3 Monate befragt. Hierzu zählen Behandlungen von¹⁷⁾

- Optikern (8,1 %)
- Physiotherapeuten (4,9 %)
- Heilpraktikern/Naturheilern (4,8 %)
- Psychotherapeuten/Psychologen (2,6 %)
- Hebammen, Wochenpflegerinnen (0,6 %)
- Diätassistenten (0,5 %)
- Gemeindeschwestern (0,5 %)
- Ergotherapeuten (0,4 %)
- Logopäden, Sprachtherapeuten (0,3 %)

17) In Klammern ist der jeweilige Anteil der Inanspruchnahme dieser Personen innerhalb von 3 Monaten über alle Versicherungstypen aufgeführt.

Da diese Dienste aber eher selten in Anspruch genommen werden und Unterschiede zwischen den einzelnen Versicherungstypen statistisch meist nicht nachweisbar, also zufällig sind, wird auf eine weitergehende Darstellung verzichtet.

In den meisten Fällen werden diese Leistungen aus **eigener Tasche bezahlt**, wobei sich diesbezüglich **keine Unterschiede** zwischen den einzelnen Versichertengruppen ergeben.

Letzte Arztrechnung

Im folgenden wird untersucht, wann die Befragten ihre letzte Arztrechnung (ausgenommen Zahnarztrechnungen) bekommen haben, ob sie diese bei der Krankenversicherung eingereicht haben und wenn nein, ob sie das noch vorhaben. Bei diesem Fragenkomplex werden nur Versicherte einbezogen, die schon **mindestens ein Jahr** in der jetzigen Versicherungsform sind, um die Ergebnisse nicht zu verzerren.

Rd. 70 % der traditionell Versicherten haben im Laufe von 12 Monaten eine Arztrechnung erhalten. Bei den Franchise-Versicherten der obligatorischen Kassen ist der Anteil ebenso hoch, bei denen der freiwilligen Kassen liegt er signifikant niedriger. Von den Bonus-Versicherten haben nur 43 % eine Arztrechnung erhalten; am geringsten ist der Anteil - systembedingt - bei den HMO-Versicherten.

Bei den traditionell Versicherten sowie bei HMO-Versicherten liegt der Anteil der schon an die Krankenversicherung **eingereichten Arztrechnungen** bei **über 80 %**. **Bonus-** und **Franchise-**Versicherte reichen signifikant seltener eine erhaltene Rechnung ein.

Zählt man zu den bereits eingereichten Rechnungen jene dazu, die nach Angaben der Befragten noch an die Versicherung weitergegeben werden, dann bleiben diese Unterschiede bestehen (vgl. Tabelle 3.82). 85-90 % der **traditionell Versicherten** und der **HMO-Versicherten** haben oder werden ihre jeweils letzte Arztrechnung bei der Versicherung **einreichen**. Bei **Bonus-**Versicherten ist dieser Anteil mit rd. 56 % am **geringsten**.

Tabelle 3.82: Arztrechnungen (ohne Zahnarztrechnungen) und deren Bezahlung

	Anteil der Versicherten, die innerhalb der letzten 12 Monate eine Arztrechnung erhalten haben.	Anteil der Rechnungen, die schon bei der Versicherung zur Erstattung eingereicht wurden.	Anteil der Rechnungen, die schon eingereicht wurden oder noch eingereicht werden.
traditionell (oblig.K.)	68	82	89
Bonus	43	51	56
Franchise (oblig. K.)	68	49	68
traditionell (freiwill. K.)	73	82	92
Franchise (freiwill. K.)	64	55	75
Vergleichsgruppe HMO	65	84	90
HMO	33	84	86

Bonus- und **HMO-Versicherte** haben im vergangenen Jahr nicht nur am seltensten **Rechnungen** erhalten, sondern bei ihnen sind auch **seltener Rechnungen**, die einen Betrag von **100 Fr überschreiten**, angefallen (vgl. Tab. 3.83). Franchise-Versicherte (beide Kassentypen) unterscheiden sich in der Rechnungshöhe nicht signifikant von der jeweiligen Vergleichsgruppe.

Tabelle 3.83: Arztrechnungen gegliedert nach Rechnungsbeträgen (in Fr)

Haben die Befragten im Laufe des letzten Jahres eine Arztrechnung erhalten?	nein	ja, und zwar in Höhe von				Betrag nicht bekannt	Summe (%)
		bis 100	101 bis 200	201 bis 500	über 500		
Traditionell (obligat. Kassen)	32,4	10,9	19,5	19,4	10,3	7,5	100,0
Bonus	56,7	11,3	13,5	10,7	4,4	3,3	100,0
Franchise (obligat. Kassen)	32,3	16,1	16,6	18,0	10,1	6,9	100,0
Traditionell (freiwill. Kassen)	26,8	9,0	20,4	25,1	13,9	4,9	100,0
Franchise (freiwill. Kassen)	36,0	9,5	18,9	20,9	9,6	5,1	100,0
Vergleichsgruppe HMO	34,9	10,4	16,8	20,2	11,1	6,5	100,0
HMO	68,5	6,4	7,9	5,1	5,2	6,5	100,0

In der Regel werden **niedrigere Arztrechnungen eher selbst bezahlt** als hohe. Beträge über 1000 Fr werden fast ausschliesslich bei den Krankenversicherungen eingereicht.

Allgemein reichen **Bonus-** und **Franchise-Versicherte** bis zu einem Betrag von 500 Fr. deutlich **seltener die Rechnungen** ein als Versicherte der Vergleichsgruppe.

Die Gruppe der **HMO**-Versicherten unterscheidet sich bezüglich der anfallenden Arztrechnungen nicht signifikant von ihrer Vergleichsgruppe, d.h. sie reicht die Rechnung in allen Grössenklassen ebenfalls überwiegend zur Erstattung ein.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass damit die Vermutung eines höheren Anteils selbstgetragener Gesundheitskosten bei den Versicherten in den Testformen erhärtet wurde.

3.6 Traditionell Versicherte und ihre Krankenversicherung

3.6.1 Vorbemerkungen

Im folgenden werden für die traditionell Versicherten (der obligatorischen Kassen) Informationen zu ihrer Krankenversicherung im Zusammenhang dargestellt und zwar zu folgenden Punkten:

- Versicherungsart, Prämienhöhe und Beurteilung der Prämien
- Krankenkassentreue
- Welche Anlässe gibt es für einen Versicherungswechsel? Wer setzt sich mit Fragen der Krankenversicherung auseinander?
- Welche allgemeinen Präferenzen für Krankenversicherungsvarianten lassen sich erkennen?

Zum Teil werden damit Ergebnisse dargestellt, die schon in den Gegenüberstellungen in den Kapiteln 3.1 bis 3.3 enthalten sind. Es scheint jedoch sinnvoll, die Informationen für die traditionell Versicherten, die ja mit über 95 % (noch) den überwältigenden Teil aller Krankenversicherten stellen, im Zusammenhang aufzugreifen.

3.6.2 Versicherungsarten, Prämien und deren Beurteilung

Die Mehrzahl der Krankenversicherten ist für die allgemeine Abteilung im Spital versichert; in den mittleren Jahrgängen hat man am ehesten die Halbprivat- oder Privat-Variante (Tab. 3.85). Rund 20 % der Versicherten im aktiven Alter sind einer Kollektivversicherung angeschlossen.

Die durchschnittlichen monatlichen Prämien steigen - trotz hoher Versicherungstreue - mit dem Alter stark an; sie sind bei den ab 66-Jährigen doppelt so hoch wie bei den bis 25-Jährigen.

Die durchschnittliche Prämie für den gesamten Haushalt beläuft sich bei Mehrpersonen-Haushalten auf 367 Franken im Monat. Pro Haushaltsmitglied (Kinder und Erwachsene) liegt sie bei knapp 130 Franken. Die durchschnittliche Pro-Kopf-Prämie sinkt mit wachsender Haushaltsgrösse, weil die Kinder (mit niedriger Prämie) stärker zu Buche schlagen (Tab. 3.86).

Die **Beurteilung der Prämie im Verhältnis zu den Leistungen** ist ziemlich kritisch: Nur rd. die Hälfte der Versicherten findet die Prämie im Verhältnis zu den Leistungen günstig oder angemessen, die andere Hälfte findet sie etwas oder viel zu hoch.¹⁸⁾ Dabei war die Befragung schon vor den Beitragserhöhungen Anfang 1993 abgeschlossen (Tab. 3.87).

Auch im **Verhältnis zum Einkommen** wird die Prämie häufig als an der Grenze des Erträglichen liegend eingestuft. Nur 20 % der Versicherten beurteilen die Prämie als "gut zu tragen", ebensoviele sagen, sie sei im Verhältnis zum Einkommen zu hoch (Tab. 3.88).

Vor allem die Rentner-Haushalte klagen über die Prämienbelastung, ebenso die unteren Einkommensgruppen.

3.6.3 Krankenkassentreue

Trotz offenkundig verbreiteter Unzufriedenheit ist die **Versichertenmobilität** gering und eine Auseinandersetzung mit Fragen der Krankenversicherung eher selten. Dies ist sicher zum erheblichen Teil auf die Schwierigkeit eines Krankenkassenwechsels im mittleren und höheren Alter zurückzuführen. Die Anzahl Jahre, die man schon bei der jetzigen Krankenversicherung ist, deutet jedenfalls darauf hin, dass Krankenkassenwechsel am ehesten bei den jüngeren Versicherten vorkommt, obwohl auch unter ihnen ein erstaunlich hoher Anteil seit Geburt oder seit mehr als 10 Jahren bei der jetzigen Kasse ist (Tab. 3.89). Auch die Antworten auf die Frage, ob man in letzter Zeit darüber nachgedacht hat, die Krankenkasse zu wechseln oder sich anders zu versichern, zeigen, dass die Beschäftigung mit Fragen der Krankenversicherung stark altersabhängig ist: immerhin zwischen einem Viertel und fast 40 % der jüngeren Altersgruppen haben sich mit dem Thema beschäftigt, aber weniger als 10 % der Rentner (Tab. 3.89).

18) Dies ist ein erstaunlich hoher Anteil kritischer Stimmen, wie er in Beurteilungen eigener Lebensumstände selten vorkommt. Bei einer Mieterumfrage Ende 1991 - also nach den Hypothekarzinsrunden - fanden z.B. 82 % die Miete im Verhältnis zur Wohnungsgrösse und -qualität günstig oder angemessen. Vgl. Forschungsbericht Bundesamt für Wohnungswesen: Die Hypothekarzinsrunden und die Wohnungsmieten. Bern 1993.

Tabelle 3.85: Krankenversicherung bei traditionell Versicherten

	insges.	Altersgruppen						Geschlecht	
		bis 25 Jahre	25-35 Jahre	36-45 Jahre	46-65 Jahre	66-75 Jahre	76 J. +	M	F
- % -									
Spitalvers.									
allgem. Abteilung	51	65	57	46	42	49	57	54	49
halbprivat	34	25	29	39	38	39	29	30	37
privat	13	5	12	14	19	11	12	14	13
weiss nicht	2	5	2	1	1	1	2	2	1
Σ	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Kollektiv- versicherung									
ja	18	21	19	22	19	7	6	23	13
nein	82	76	81	78	81	93	94	77	86
weiss nicht	-	3	-	-	-	-	-	-	1
Σ	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Unfall- versicherung									
inkl.	61	50	56	58	63	78	86	48	73
nein	34	41	38	38	33	17	12	46	22
weiss nicht	5	9	6	4	4	5	2	6	5
Σ	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Ø Monatsprämie									
- Franken -	156	101	133	153	176	200	206	148	164
allgem. Abteilung	131	90	114	132	145	176		127	134
halbpriv. Abteil.	174	124	156	168	180	222		160	184
priv. Abteilung	212							205	219
n	2642	422	540	531	801	348		1223	1419

*) Überwiegend zu geringe Besetzung

Tabelle 3.86: Krankenkassenprämien des gesamten Haushalts (nur Mehrpersonen-Haushalte)

	Ø Monatsprämien	Ø pro-Kopf-Prämie
	- Franken -	
Insgesamt	367	127
Anzahl der Haushaltsmitglieder ¹⁾		
- 2 Personen	334	167
- 3 Personen	363	121
- 4 Personen	401	100
- 5 oder mehr Personen	401	76

1) Einschliesslich der (wenigen) Personen ausserhalb des Haushalts, für die die Prämien mitbezahlt werden.

Die häufigsten Anlässe für einen Krankenkassenwechsel (in den letzten 2 Jahren) waren:

- zu hohe, steigende Prämien 35 %
- Übertritt in eine Kollektivversicherung 17 %
- Arbeitsplatzwechsel 17 %
- bessere/mehr Leistungen 13 %.

Neben der hohen Krankenkassentreue ist auch die Neigung bemerkenswert, die ganze Familie bei der gleichen Krankenversicherung zu versichern. In fast zwei Dritteln aller Mehrpersonen-Haushalte sind alle Haushaltsmitglieder bei der gleichen Krankenkasse, in 30 % hat der Ehemann/die Ehefrau eine andere Kasse, in 10 % (auch) das Kind/die Kinder.

Tabelle 3.87: Beurteilung der Krankenkassenprämie im Verhältnis zu den Leistungen - traditionell Versicherte (obligatorische Kassen)

	insgesamt	Altersgruppen					
		bis 25 Jahre	26-35 Jahre	36-45 Jahre	46-65 Jahre	66-75 Jahre	76 Jahre u. älter
- % -							
Prämie ist							
- günstig	7	9	4	4	6	5	18
- angemessen	41	39	42	43	41	41	36
- etwas zu hoch	32	28	37	35	34	28	18
- viel zu hoch	14	9	14	13	15	22	19
- kein Urteil	6	15	3	5	4	4	9
Σ	100	100	100	100	100	100	100
n	2.642	422	540	531	801	250	98

Tabelle 3.88a: Beurteilung der Krankenkassenprämie im Verhältnis zum Einkommen¹⁾ - traditionell Versicherte (obligatorische Kassen), nach Altersgruppen

	insgesamt	1-Personen-Haushalte			Mehrpersonen-Haushalte		
		-35 Jahre	36-65 Jahre	66 Jahre u.ä.	-35 Jahre	36-65 Jahre	66 Jahre u.ä.
		- % -					
Prämist ist							
- gut zu tragen	20	32	26	16	18	18	15
- es geht	32	35	34	22	33	34	26
- gerade noch zu tragen	24	21	20	26	25	26	18
- zu hoch	21	9	20	34	16	21	41
- weiss nicht, keine Angaben	3	3	-	2	8	1	-
Σ	100	100	100	100	100	100	100
n	2.642	160	165	135	801	1.168	213

Tabelle 3.88b: Beurteilung der Krankenkassenprämie im Verhältnis zum Einkommen nach Einkommensgruppen - traditionell Versicherte (obligatorische Kassen)¹⁾

	Monatliches Haushaltseinkommen				
	bis 2000 Fr.	2000 bis 4000 Fr.	4000 bis 6000 Fr.	6000 bis 8000 Fr.	8000 Fr. und mehr
	- % -				
Prämie ist					
- gut zu zahlen	6	12	17	23	27
- es geht	18	27	35	41	34
- gerade noch zu tragen	31	28	29	19	15
- zu hoch	43	31	18	15	11
- weiss nicht, keine Angaben	2	2	1	12	3
Σ	100	100	100	100	100
n ²⁾	138	498	703	514	511

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

2) ohne „KA“ zum Einkommen

Tabelle 3.89: Verweildauer bei jetziger Krankenkasse / über Wechsel nachgedacht¹⁾ - traditionell Versicherte (obligatorische Kassen)

	insgesamt	Altersgruppen					
		bis 25 Jahre	26-35 Jahre	36-45 Jahre	46-65 Jahre	66-75 Jahre	76 Jahre u. älter
		- % -					
Bei jetziger Krankenkasse							
- bis 2 Jahre	5	9	10	5	2	1	2
- 2-5 Jahre	6	11	11	5	3	4	4
- 5-10 Jahre	9	6	13	10	7	4	3
- länger als 10 Jahre	49	11	19	48	70	87	89
- seit Geburt	31	61	47	32	18	4	2
- weiss nicht	-	2	-	-	-	-	-
Σ	100	100	100	100	100	100	100
n	2.642	422	540	531	801	250	98
Versicherte, die länger als 2 Jahre bei ihrer Kasse sind:							
- über Wechsel nachgedacht	24	27	39	31	19	9	5
- nein	76	73	61	69	81	91	95
Σ	100	100	100	100	100	100	100

1) Wechsel von Kasse und/oder Versicherungsform

3.6.4 Allgemeine Krankenversicherungs-Präferenzen

Es wurde im schriftlichen Fragebogen versucht, allgemeine Krankenversicherungs-Präferenzen zu erfassen, und zwar mit zwei Fragen:

- Was würde man tun, wenn man mehr Geld (rd. 50 Fr. mehr) für die Krankenversicherung zur Verfügung hätte?
- Was würde man tun, wenn man an der Prämie sparen müsste?

Die Vorgaben enthalten jeweils sowohl rein finanzielle Varianten (Franchise, Selbstbehalt) als auch Leistungsvarianten. Nur ein Teil der Vorgaben bezieht sich auf heute tatsächlich bestehende Wahlmöglichkeiten. Absicht war, aus einem anderem Blickwinkel noch einmal die Einstellungen zur Selbstbeteiligung und die Leistungsansprüche zu testen, ohne Bezug auf neue Versicherungsformen.

Bei **höherer Zahlungsfähigkeit** würden sich je gut 20 % der Versicherten von der Franchise oder dem Selbstbehalt "freikaufen". Insgesamt 38 % würden die eine oder andere Befreiungsmöglichkeit wählen, der Rest würde **nur** höhere Leistungen einkaufen. An der Spitze der Wünsche steht die Bezahlung der Zahnbehandlung (die allerdings mit den genannten 50,-- Fr. kaum finanzierbar wäre), gefolgt von der Bezahlung von Naturheilverfahren/Alternativmedizin und der freien Wahl von Spezialisten in der ganzen Schweiz. Eine höhere Spitalklasse ist erstaunlich selten gewählt worden, nämlich nur knapp halb so oft wie die freie Wahl von Spezialisten und die Bezahlung von Naturheilverfahren (Tab. 3.90).

Die Rentner würden sich am häufigsten von der Franchise freikaufen, ferner wünschten sie sich überdurchschnittlich häufig mehr Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit. Umgekehrt hat die Bezahlung der Zahnbehandlung bei ihnen keine grosse Bedeutung; sie wird vor allem von den mittleren und jüngeren Jahrgängen gewünscht.

Bei der **Notwendigkeit** einer **Prämienreduktion** wurde vor allem eine niedrigere Spitalklasse anvisiert (sieht man von dem finanziell weniger gewichtigen Verzicht auf Brillen und andere Hilfsmittel ab). Eine höhere Jahresfranchise oder ein höherer Selbstbehalt käme für 20 % bzw. 16 % in Frage; insgesamt haben sich gut 30 % für die eine oder andere Variante einer stärkeren Selbstbeteiligung entschieden. 70 % haben **nur** Leistungsverzichts-Vorgaben (oder gar nichts) gewählt. Einschränkungen bei der Leistungsauswahl (Verzicht auf freie Arztwahl, Beschränkung auf die preiswertesten Medikamente) haben je etwas weniger als 20 % angekreuzt (Tab. 3.91).

Die älteren Versicherten wären wiederum deutlich seltener zu einer der Formen der höheren Selbstbeteiligung bereit; das korrespondiert mit ihrer grösseren Neigung, sich von der Selbstbeteiligung freizukaufen. Seltener könnten sie sich auch zum Verzicht auf die freie Arztwahl entscheiden.

Insgesamt ist die innere Konsistenz in der Beantwortung dieser Fragen nicht sehr hoch; das mag auch an der künstlichen Wahlsituation bei einem Thema liegen, mit dem man sich nur wenig beschäftigt hat.

Tabelle 3.90: Allgemeine Versicherungspräferenzen, traditionell Versicherte
(obligatorische Kassen)

Frage: Angenommen, Sie hätten Fr. 50.-- mehr im Monat für die Krankenversicherung zur Verfügung und könnten sich entscheiden, ob Sie dafür bessere Leistungen wählen würden oder ob der Selbstbehalt oder die Jahresfranchise wegfallen sollten. Was würden Sie tun? Bitte kreuzen Sie die zwei Dinge an, die Sie am ehesten wählen würden.						
	insgesamt	Altersgruppe - % -				
		bis 25 Jahre	26 bis 35 J.	36 bis 45 J.	46 bis 65 J.	66 + Jahre
Wegfall der Jahresfranchise	22	19	18	21	21	31
Wegfall des Selbstbehaltes für die einzelnen Leistungen	22	25	22	17	22	25
Höhere Spitalklasse	10	11	9	8	10	11
Freie Wahl von Spezialisten in der ganzen Schweiz	21	21	18	22	21	22
Volle Bezahlung von Kontrolluntersuchungen (check-up)	15	14	16	19	14	8
Volle Bezahlung von Brillen, Kontaktlinsen und anderen Hilfsmitteln	14	18	13	12	17	10
Bezahlung der Haushaltshilfe bei Pflegebedürftigkeit	14	8	13	13	13	22
Bezahlung von Naturheilverfahren und alternativen Heilanwendungen	22	19	24	26	23	16
Volle oder teilweise Bezahlung der Zahnarztbehandlung	33	40	43	38	20	8
Beiträge an Zahnersatz	5	5	3	6	6	6
Nichts davon	5	5	5	4	5	7
n ¹⁾	2.090	311	437	441	665	236

1) ohne Fälle, die die gesamte Frage nicht beantwortet haben.

Tabelle 3.91: Allgemeine Versicherungspräferenzen, traditionell Versicherte (obligatorische Kassen)

Frage: Umgekehrt angenommen, Sie müssten jetzt bei der Prämie sparen und hätten dafür auch wieder verschiedene Möglichkeiten. Was würden Sie tun? Bitte kreuzen Sie zwei Dinge an, die Sie am ehesten wählen würden.						
	ins- gesamt	Altersgruppen - % -				
		- 25 Jahre	26-35 Jahre	36-45 Jahre	46-65 Jahre	66 + Jahre
- % -						
Höhere Jahresfranchise	20	19	22	27	19	10
Höheren Selbstbehalt für die einzelnen Leistungen	16	16	16	17	20	11
Niedrigere Spitalklasse	26	24	26	27	30	21
Verzicht auf völligfreie Arztwahl	18	21	23	21	13	13
Keine Bezahlung von Kontroll- und Vorsorgeuntersuchungen	13	15	13	12	14	12
Kein Beitrag zu Brillen, Kontaktlinsen und anderen Hilfsmitteln	29	23	29	26	33	28
Keine Bezahlung der Hauspflege	11	20	11	8	9	8
Kasse zahlt jeweils nur die preiswertesten Medikamente	15	10	16	14	18	15
Nichts davon	17	19	15	19	13	26
n ¹⁾	2090	311	437	441	665	236

1) ohne Fälle, die die gesamte Frage nicht beantwortet haben.

4. Neueintritte in HMO- und Bonus-Versicherung

4.1 Anlage, Durchführung der Untersuchung

Ziel dieses Erhebungsteils war, wie in der Einleitung dargelegt, zu prüfen, ob nach einer gewissen Zeit des Bestehens neuer Versicherungsformen, sich die Struktur der Beitretenden ändert. Hintergrund ist die Hypothese, dass die von Beginn an Beitretenden Merkmale einer 'Pioniergeneration' aufweisen (Risikofreude, Aufgeschlossenheit für Neues etc.) und sich dies evtl. auch in den risikorelevanten Strukturmerkmalen niederschlägt.

Es wäre aber sicher verfehlt, die Struktur der neu Beigetretenen nun als die dauerhafte (zukünftige) Struktur der Versicherten der neuen Modelle anzusehen. Die Verhältnisse sind noch viel zu sehr im Fluss und die Zahlen sind viel zu klein, als dass schon stabile Verhältnisse erwartet werden können. Insofern sollte der Vergleich der Neueintritte mit der 'Pioniergeneration' hauptsächlich zur Sensibilisierung dienen und zeigen, dass erst vorsichtige Schlüsse möglich sind.

Zielgruppe der Untersuchung waren Versicherte, die im Jahr 1994 der **HMO- oder Bonus-Versicherung** beigetreten sind. Es wurde eine **ausschliesslich telefonische Befragung** durchgeführt. Im Fragebogen wurden die wesentlichen soziodemographischen, gesundheitsbezogenen und die Krankenversicherung betreffenden Fragen aus der 1. Welle wieder aufgenommen.

Stichprobe

Die Grundgesamtheit der Zielpersonen, also die seit Anfang 1994 neu in die HMO- oder Bonus-Versicherung eingetretenen, war zum Zeitpunkt der geplanten Stichprobenziehung im September/Oktober 1994 nicht bekannt. Es musste ein pragmatisches Vorgehen gewählt werden.

Bezüglich der Bonus-Versicherten wurden die drei Krankenkassen, die zusammen 97 % aller Bonus-Versicherten stellen¹⁾ gebeten, Adressfiles aller 1994 beigetretenen Bonus-Versicherten bereitzustellen.

Für die HMO-Beigetretenen war ein unterschiedliches Vorgehen nötig. Die HMO-Basel konnte direkt ein File der Eingetretenen liefern, bezüglich des MZH kamen die Adressen von

1) Stand 1992.

Helvetia, während für die IGAK-HMO Zürich die Stichprobe aus dem Adressfile der Krankenkasse gezogen wurde, die über die Hälfte der Mitglieder stellt.²⁾

Die gelieferten Versichertenadressen und die daraus (durch LINK) gezogene Stichprobe zeigt Tab. 4.1.

Tabelle 4.1: 1994 neu beigetretene Versicherte und Stichprobe

Krankenkasse	An LINK gelieferte Versichertenadressen		Bei LINK gebildete Stichprobe	
	HMO	Bonus	HMO	Bonus
I	1.345	34	238	19
II	505	69	96	36
III	–	1.041	–	460
HMO	1.503	–	187	–
Total	3.353	1.144	521	515

Bezüglich der 3 HMOs wurden folgende Stichproben gezogen:

IGAK Zürich	160	31 %
MZH	96	18 %
IGAK Basel	265	51 %

Dies entspricht der Verteilung der Eintritte 1993³⁾; nach vorläufigen Informationen zum Zeitpunkt der Stichprobenziehung war für 1994 in etwa von ähnlicher Zuwachsdynamik bei den einzelnen HMOs auszugehen.

2) Dieses File enthielt auch neue Mitglieder der HMO-Basel und einer neu gegründeten HMO; entsprechend den Postleitzahlen wurde eine Sortierung vorgenommen.

3) Vgl. HMO-Evaluation, Zwischenbericht 1994.

Erhebungsablauf

Aufgrund grösserer Verzögerungen bei der Adresslieferung von einer der beteiligten Krankenkassen musste das Feld für die zwei Versicherungsformen getrennt gestartet werden:

- HMO-Befragung: am 21. November 1994
- Bonus-Befragung: am 12. Dezember 1994

Beendet wurde der telefonische Erhebungsteil am 14. Januar 1995.

Insgesamt arbeiteten 21 Interviewerinnen und Interviewer an der Studie.

Im Durchschnitt dauerte ein Telefoninterview 12 Minuten. Zu dessen Realisierung waren im Schnitt 5,3 Kontaktversuche notwendig. Bei Nicht-Erreichten wurden in der Regel 30 Kontaktversuche durchgeführt.

Ausschöpfung

Im telefonischen Befragungsteil konnte bei 70 % der gezogenen Ausgangsadressen ein Interview realisiert werden. Dies entspricht einer Ausschöpfung von 79 %, bezogen auf die bereinigte Bruttostichprobe (ohne sogenannte "neutrale" Ausfälle: Adressprobleme, nicht erreichbare Zielpersonen im Erhebungszeitraum).

Tabelle 4.2 zeigt die Ausschöpfung.

Tabelle 4.2: Stichprobe und Ausschöpfung

	HMO	Bonus
Effektive Stichprobe	521	515
Falsche Adressen, Tel.-Nr., nicht erreichbar	64	48
Bereinigte Stichprobe	457	467
Durchgeführte Interviews	377	353
in % der effektiven Stichprobe	72,4	68,5
in % der bereinigten Stichprobe	82,5	75,6

Die HMO-Befragten verteilen sich wie folgt auf die 3 HMOs:

IGAK Zürich	118	=	31 %
MZH	76	=	20 %
IGAK Basel	183	=	49 %

Die Zusammensetzung der Stichprobe und der Befragten nach Alter und Geschlecht decken sich so gut, dass eine Umgewichtung nicht erforderlich war (Tab. 4.3).

Tabelle 4.3: Vergleich der Struktur von Stichprobe und Befragung

	HMO			Bonus		
	Stichprobe	bereinigte Stichprobe	Response	Stichprobe	bereinigte Stichprobe	Response
	- % -					
Alter						
- 25 Jahre	13	13	13	20	20	21
26 - 35 Jahre	49	50	50	24	23	23
36 - 45 Jahre	18	16	17	13	13	13
46 - 55 Jahre	8	9	8	16	16	17
56 - 65 Jahre	6	6	6	15	16	16
66 - 75 Jahre	5	5	5	7	8	6
76 Jahre und älter	1	1	1	5	4	4
Σ	100	100	100	100	100	100
Geschlecht						
Männer	54	54	56	54	53	54
Frauen	46	46	44	46	47	46
Σ	100	100	100	100	100	100

4.2 Die Neueintritte bei HMO

Im folgenden werden die Eintritte in der Anfangszeit der HMOs (1990/91 für IGAK-HMO Zürich, 1991/92 für MZH und HMO-Base) mit den späteren Eintritten verglichen. Der besseren Verständlichkeit halber werden die Befragten aus der 1. Welle Versichertenbefragung als **Ersteintritte**, die aus der Befragung 1994 als **Eintritte 93/94** bzw. als spätere Eintritte bezeichnet.

4.2.1 Soziodemographische Struktur und Gesundheit

Es hat eine deutliche Verschiebung in der **Altersstruktur** stattgefunden: Waren von den Ersteintritten 41 % bis 55 Jahre alt, sind es bei den Eintritten 93/94 62 %; der Anteil der ab 66-Jährigen ist von 16 % auf 6 % geschrumpft (Tab. 4.4). Die Jüngeren sind damit fast doppelt so stark vertreten wie bei den traditionell Versicherten, der Anteil der Älteren ist nur ein Drittel so hoch wie bei den traditionell Versicherten. Vor allem die 26 - 35 -Jährigen, von Anfang an die mit Abstand am stärksten besetzte Altengruppe unter den HMO-Versicherten, ist noch einmal kräftig angewachsen.

Es kann sein, dass sich auch der **Männeranteil** weiter erhöht hat; auf der Basis unserer Stichproben ist die Verschiebung statistisch nicht signifikant.

Die **Haushaltsgrössenstruktur** hat sich **nicht** verändert; der Anteil der 1-Personen-Haushalte ist weiterhin überdurchschnittlich hoch (Tab. 4.5).

Tabelle 4.4: Alter und Geschlecht bei Ersteintritten und späteren Eintritten - HMO

	HMO		Traditionell Versicherte 91/92
	Ersteintritte	Eintritte 93/94	
	- % -		
Alter			
18 - 25 Jahre	10	13	15
26 - 35 Jahre	31	49	18
36 - 45 Jahre	19	18	17
46 - 65 Jahre	24	14	32
66 - 75 Jahre	11	5	10
76 Jahre und älter	5	1	8
Σ	100	100	100
Geschlecht			
Männer	52	54	46
Frauen	48	46	54
Σ	100	100	100
n	1.265	377	803

Bezüglich des **Schulbildungsniveaus** hat sich die schon bei den Ersteintritten beobachtete besondere Attraktivität der HMO für Personen mit mittlerer und höherer Schulbildung weiter verstärkt (Tab. 4.6). Im **Einkommensniveau** sind keine statistisch signifikanten Verschiebungen feststellbar.

Unter den **Gesundheitsmerkmalen** finden sich bei zweien - trotz der "Verjüngung" - **keine** Unterschiede zwischen Ersteintritten und späteren Eintritten, nämlich beim subjektiven Gesundheitszustand und den Behinderungen. Anders sieht es beim Merkmal '**chronische Krankheiten**' aus: unter den Neueintritten sind anteilmässig noch mehr Personen, die in den zurückliegenden 12 Monaten **nicht** wegen chronischer Krankheiten in Behandlung waren; der Abstand zu den traditionell Versicherten hat sich auf gut 20 Prozentpunkte vergrössert (Tab. 4.8). Dies ist **nicht** Folge der Altenstruktur, sondern bleibt in der Tendenz auch bestehen, wenn man nach Altersgruppen aufgliedert (Tab. 4.9).

Auch wenn nicht alle Merkmale in die gleiche Richtung weisen, ist doch die **Tendenz einer verstärkten Risikoselektion** festzustellen.

Tabelle 4.5: Haushaltgrösse und Familienstand bei Ersteintritten und Eintritten 93/94-HMO

	Ersteintritte	Eintritte 94
	- % -	
1-Personen-Haushalte	34	31
2-Personen-Haushalte	38	37
3-Personen-Haushalte	14	18
4 +-Personen-Haushalte	14	14
Σ	100	100

Tabelle 4.6: Schulbildung bei Ersteintritten und Eintritten 93/94-HMO

	Ersteintritte			Eintritte 93/94		
	insges.	M	F	insges.	M	F
	- % -					
Schulbildung¹⁾						
bis Berufsschule	63	56	71	51	44	59
mittlere	19	19	18	24	25	24
höhere	18	25	11	23	30	15
KA	-	-	-	-	1	2
Σ	100	100	100	100	100	100
n	1.265	660	605	377	211	166

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

Tabelle 4.7: Einkommen bei Ersteintritten und Eintritten 93/94-HMO

	Ersteintritte	Eintritte 93/94
Aequivalentes Pro-Kopf-Einkommen p.M. in Franken ¹⁾	3.862	3.715

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

Tabelle 4.8: Gesundheitsmerkmale für Ersteintritte und Eintritte 93/94-HMO

	HMO		Traditionell Versicherte
	Ersteintritte	Eintritte 93/94	91/92
	- % -		
Subjektiver Gesundheitszustand			
- ausgezeichnet	42	42	34
- gut	51	50	53
- es geht	6	7	12
- schlecht	1	1	1
Σ	100	100	100
Chronische Krankheiten			
- keine	72	83	61
- eine	20	13	22
- zwei oder mehr	8	4	17
Σ	100	100	100
Behinderung			
- keine	89	88	85
- leicht	6	6	9
- erheblich	5	6	6
Σ	100	100	100
n	1.265	377	803

Die genannten Verschiebungen, insbesondere die Verjüngung, finden sich bei allen drei einbezogenen HMOs. 60-66 % der Neueintritte bei jeder HMO sind 18-35 Jahre alt.

Tabelle 4.9: Gesundheitsmerkmale für Ersteintritte und Eintritte 93/94 nach Alter und Geschlecht - HMO

	-25 J.		26-35 J.		36-65 J.		66 J. u. älter		Männer		Frauen	
	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b
	- % -											
Subjektiver Gesundheitszustand												
- ausgezeichnet	54	48	51	45	40	38	21	35	46	43	38	41
- gut	41	46	45	50	56	51	63	56	49	52	55	49
- es geht/schlecht	5	6	4	5	4	11	16	9	5	5	7	10
Σ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Chronische Krankheiten												
- keine	81	87	76	82	74	82	53	76	74	85	70	80
- eine	15	13	19	14	19	11	28	17	20	12	20	14
- zwei oder mehr	4	-	5	4	7	7	19	7	6	3	10	6
Σ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Behinderung												
- keine	95	90	96	93	88	80	73	74	89	86	89	89
- leicht od. erheblich	5	10	4	7	12	20	27	26	11	14	11	11
Σ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
n	111	50	378	189	582	115	194	23	660	211	605	166

a Ersteintritte
b Eintritte 93/94

4.2.2 Krankenversicherung, Prämien, Beurteilung

Die neu einer HMO beigetretenen Mitglieder sind häufiger als die Erstmitglieder erst seit max. 2 Jahren bei ihrer jetzigen Krankenkasse versichert. Das spricht dafür, dass vermehrt **Krankenkassenwechsel** zum Zwecke des HMO-Beitritts stattgefunden haben (Tab. 4.10). Dies gilt allerdings nur für die beiden IGAK-HMOs.

Wie die Ersteintritte sind auch die Neueintritte insofern kostenbewusst, als sie überdurchschnittlich häufig nur für die allgemeine Abteilung in Spitälern versichert sind (Tab. 4.10).

Die **Beurteilung der Prämie** im Verhältnis zu den Leistungen ist bei den Neueingetretenen ähnlich positiv wie bei den Ersteingetretenen: Rd. drei Viertel finden die Prämie günstig oder angemessen (Tab. 4.10).

Tabelle 4.10: Versicherungsverhältnisse bei Ersteintritten und Eintritten 93/94-HMO

	Ersteintritte	Eintritte 93/94
	- % -	
bei der jetzigen Krankenkasse seit:		
- bis 2 Jahre	14	24
- 2 - 10 Jahre	13	13
- länger	41	21
- seit Geburt	32	42
Σ	100	100
Fürs Spital versichert:		
- allgemeine Abteilung	63	64
- halbprivat	22	25
- privat	12	8
- weiss nicht	3	3
Σ	100	100
Anteil fürs Spital allgemein Versicherte:		
- 35 Jahre	71	70
- 36 - 65 Jahre	56	53
- 66 Jahre u. älter	63	57
- Männer	66	70
- Frauen	61	56
	Ø Monatsprämie, ¹⁾ Fr.	
Allgemein Versicherte	104	121
Halb-/privat Versicherte	154	183
	- % -	
Prämie ist im Verhältnis zu den Leistungen		
- günstig	29	31
- angemessen	44	45
- etwas zu hoch	17	13
- viel zu hoch	6	4
- kein Urteil	4	7
Σ	100	100
n	1.265	377

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

4.2.3 Gründe für den HMO-Eintritt, Beurteilung

Wie in der 1. Welle wurden auch die später Eingetretenen gefragt, wie wichtig einzelne Aspekte für ihre Entscheidung waren. Die Antworten deuten darauf hin, dass bei den später Eingetretenen der Prämienvorteil (noch) stärker zu Buche schlug, während die Angebots- und Systemaspekte eher etwas zurücktraten (Tab. 4.11). Das Angebot von Naturheilverfahren sowie die Ganzheitlichkeit waren zwar immer noch für die Mehrzahl 'sehr wichtig', der Anteil ist aber kleiner als bei den Ersteintritten. Am stärksten reduziert hat sich die Fraktion derer, für die es sehr wichtig war, dass die Ärzte kein Einzelleistungshonorar, sondern eine feste Entschädigung beziehen.

Der Verzicht auf die freie Arztwahl hat den neu Eingetretenen etwa gleich häufig Probleme bereitet (30 %) wie den Ersteintritten.

Es hatten auch etwa gleich viele (bzw. gleich wenige im Vergleich zu den traditionell Versicherten) vorher einen festen Hausarzt.

Tabelle 4.11: Bedeutung einzelner Aspekte des HMO-Modells für die HMO-Entscheidung (geschlossene Fragen)

		sehr wichtig	ziemlich wichtig	nicht be- sond.wichtig	Σ
		- % -			
Niedrigere Prämie	a	70	22	8	100
	b	78	19	3	100
Naturheilverfahren/ Alternativmedizin	a	66	21	14	100
	b	60	25	15	100
Gesundheitsvorsorge (Kurse/Beratung)	a	64	23	13	100
	b	61	26	13	100
Ganzheitliche Betreuung, Informat. in einer Hand	a	67	25	8	100
	b	59	28	13	100
keine Kostenbeteiligung	a	65	23	12	100
	b	65	21	14	100
Feste Entschädigung für Ärzte	a	57	26	17	100
	b	45	33	22	100
gute Erreichbarkeit	a	54	31	15	100
	b	48	35	17	100

a) Ersteintritte

b) Eintritte 93/94

Von den neu Eingetretenen hatten zum Zeitpunkt der Befragung rd. 40 % noch keine konkrete Erfahrung mit der HMO-Praxis. Diejenigen unter ihnen, die schon zur Konsultation in ihrer HMO waren, sind etwas zurückhaltender in ihrer Beurteilung als die Ersteintritte; sie sind seltener 'sehr zufrieden' und häufiger nur 'zufrieden' (Tab. 4.12). Ein Teil dieser Differenz erklärt sich allerdings durch die Verschiebung in der Altersstruktur (zurückgegangener Anteil der meist 'sehr zufriedenen' ab 66-Jährigen).

Tabelle 4.12: Zufriedenheit mit der HMO bei Ersteintritten und späteren Eintritten¹⁾

	Ersteintritte	Eintritte 93/94
	- % -	
Bisherige Erfahrungen mit der HMO-Praxis		
- sehr zufrieden	65	53
- zufrieden	28	39
- eher unzufrieden	6	6
- keine Angabe	1	2
Σ	100	100
n	914	224

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

4.3 Neueintritte in die Bonusversicherung

4.3.1 Zur Problematik der Erhebung

Die Befragung von Neueintritten in die Bonusversicherung ist mit Besonderheiten und Problemen behaftet, die hier zum besseren Verständnis vorangestellt werden sollen.

1. Verschiebung zwischen den Krankenkassen

Die Bonusversicherten waren von Anfang an auf zwei Krankenkassen konzentriert. 1991/92 hatten diese zwei Krankenkassen über 90 % aller Bonusversicherten. Spätere Beitritte zur Bonusversicherung (1993/94) kamen in grossem Umfang offenkundig nur noch bei einer Krankenkasse vor.

2. Vermehrt Kollektivversicherte in der Bonusversicherung

In der 1. Welle Versichertenbefragung gaben 10 % der Bonusversicherten an, in einer Kollektivversicherung zu sein, unter den Neueintritten sind es 72 %.

3. Unkenntnis über die eigene Versicherungsform

In der 1. Wellte Versichertenbefragung hatten 87 % der laut Stichprobe Bonusversicherten bestätigt, eine Bonusversicherung zu haben, **bei der Befragung der Neueingetretenen bestätigten nur noch 40 % die Bonusversicherung.** Rückfragen bei der Krankenkasse ergaben, dass mit verschiedenen Betrieben Bonus-Kollektivverträge abgeschlossen worden waren, wovon z.T. jedoch offenkundig das Personal nicht informiert war. Von den Kollektivversicherten haben tatsächlich nur 34 % die Bonusversicherung bestätigt, von den übrigen immerhin 57 % (Tab. 4.13).

Tabelle 4.13: Bestätigung der Bonusversicherung durch Bonus-Versicherte laut Stichprobe

	Insgesamt		Kollektivversicherte		Nicht-Kollektivversicherte	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%
Ja, habe Bonusversicherung	143	40	87	34	56	57
Nein, keine Bonusversicherung	210	60	167	66	43	43
Total	353	100	254	10	99	100

Angesichts dieser Verhältnisse ist der Aussagewert der Befragung von Bonus-Neueintritten sehr kritisch zu beurteilen:

- Unter den Kollektivversicherten wird i.d.R. keine individuelle Entscheidung für oder gegen die Bonusversicherung getroffen worden sein und zwar unabhängig davon, ob sie ihren (Bonus-)Status kennen oder nicht. Man kann also das vor allem interessierende Phänomen der Risikoselektion nicht sinnvoll auf der individuellen Entscheidungsebene betrachten.
- Auch unter den nicht Kollektivversicherten ist von vielen eine bewusste (und informierte) Entscheidung für die Bonusversicherung offenkundig nicht getroffen worden, sonst müssten sie jedenfalls wissen, dass sie eine Bonus-Versicherung haben.

Die Fallzahlen sind zu klein, um die verschiedenen Konstellationen einzeln analysieren zu können. Im folgenden werden die Ergebnisse für die laut Stichprobe Bonusversicherten ausgewiesen und es wird geprüft, wieweit diese Ergebnisse variieren, je nachdem, ob es sich um Kollektivversicherte handelt oder nicht und ob die Befragten sich ihrer Bonusversicherung bewusst sind oder nicht.

Angesichts der geschilderten Probleme kann man u.E. nicht von repräsentativen Ergebnissen sprechen. Eher können sie einer gewissen Sensibilisierung dafür dienen, wie vorsichtig temporäre Resultate insbesondere bei (noch) kleinen Versichertengruppen zu werten sind.

4.3.2 Soziodemografische Struktur und Gesundheit

Die Neueintritte 1993/94 in die Bonusversicherung (Bonusversicherung laut Krankenkassen) unterscheiden sich in risikorelevanten Merkmalen recht erheblich von den Ersteintritten:

- Sie sind **älter**: nur 44 % sind jünger als 36 Jahre gegenüber 66 % bei den Ersteintritten.
- Das Männerübergewicht hat sich verringert.
- In den drei erfragten Merkmalen des Gesundheitszustandes zeigen sich „Verschlechterungen“ gegenüber den Ersteintritten.

Fast durchweg ist auch bei den Bonus-Eintritten 1993/94 die Ausprägung der risikorelevanten Merkmale günstiger als bei den traditionell Versicherten; der Abstand hat sich jedoch erheblich verringert (Tab. 4.14).

Tabelle 4.14: Risikorelevante Merkmale bei Ersteintritten und Eintritten 1993/94 - Bonus-Versicherte laut Stichprobe

	Bonus-Versicherte		Traditionell Versicherte
	Ersteintritte 1991	Neueintritte 1993/94	
- % -			
Alter			
18 - 25 Jahre	19	20	16
26 - 35 Jahre	49	24	21
36 - 45 Jahre	14	13	19
46 - 65 Jahre	14	31	27
66 - 75 Jahre	3	7	10
76 Jahre und älter	1	5	7
Total	100	100	100
Geschlecht			
Männer	60	54	45
Frauen	40	46	55
Total	100	100	100
Subjekt. Gesundheitszustand			
- ausgezeichnet	57	38	33
- gut	41	51	56
- es geht	2	10	10
Total	100	100	100
Chronische Krankheiten			
- keine	87	75	61
- eine	11	15	24
- zwei oder mehr	2	10	15
- schlecht	-	1	1
Total	100	100	100
Behinderung			
- keine	96	92	87
- leicht	2	3	6
- erheblich	2	5	7
Total	100	100	100
n	923	353	2.642

Diese „Normalisierung“ ist teilweise darauf zurückzuführen, dass oft keine bewusste Entscheidung für eine Bonusversicherung gefällt wurde. Tab. 4.14 weist aus, dass Bonus-Kollektivversicherte in den meisten Merkmalen eine weniger günstige Risikostruktur haben als Nicht-Kollektivversicherte. Ebenso ist die Risikostruktur derer, die gar nicht wussten, dass sie Bonusversicherte sind, ungünstiger als die derjenigen, die sich ihres Versicherungszweiges bewusst waren. Wenn man nur die Neueintritte betrachtet, die ihren Versicherungszweig bestätigt haben oder die nicht kollektivversichert sind, verringert sich der Abstand zu den Ersteintritten zwar, wird aber nicht aufgehoben. Für weitere Analysen ist jedoch die Anzahl der Befragten zu klein.

Alles in allem zeigt sich also, dass die ungünstigere Risikostruktur der in den Jahren 1993/94 neu eingetretenen Bonusversicherten im Vergleich zu den Ersteintritten mindestens teilweise mit Besonderheiten bei den späteren Eintritten zusammenhängt. Schlussfolgerungen für zukünftige Entwicklungen können daraus nicht gezogen werden.

Tabelle 4.15: Risikorelevante Merkmale von Neueintritten in Bonus-Versicherung in Abhängigkeit von der Entscheidungssituation

	Bonus-Neueintritte 1993/94 (Bonus-Versicherte laut Stichprobe)				Ersteintritte
	Kollektivversicherung ¹⁾		Bonus-Versicherung ²⁾		
	ja	nein	nicht bestätigt	bestätigt	
	- % -				
bis 35 Jahre	42	53	42	49	66
Männer	52	60	48	63	60
Subjektiver Gesundheitszustand „sehr gut“	39	35	34	43	57
Keine chronischen Krankheiten	57	79	58	72	87
Keine Behinderung	88	91	87	92	96
n	254	99	210	143	923

1) laut Angabe der Befragten.

2) Aussagen der Befragten, ob sie eine Bonus-Versicherung haben.

5. Förderung der neuen Versicherungsformen durch die Krankenkassen

5.1 Fragestellung und Vorgehensweise

Bei der Entscheidung für neue Versicherungsformen durch die Krankenversicherten spielt, neben ihrer eigenen Disposition, sicher eine erhebliche Rolle, wie der Anbieter, also die Krankenkassen die Verbreitung fördern. Die sehr unterschiedlichen Anteile, die die einzelnen im Test befindlichen Versicherungsformen (HMO, Bonus, WJF) bei den verschiedenen Krankenkassen haben, weisen schon darauf hin, dass auch unterschiedliche Nachdrücklichkeit von Werbung und Promotion dahinter stehen.

Um diesbezüglich Einblick zu gewinnen, wurde bei den am Versuch beteiligten Krankenkassen eine Befragung durchgeführt und zwar

- eine schriftliche Befragung bei allen beteiligten Krankenkassen
- (telefonische) Gespräche zur weiteren Information und Vertiefung einzelner Aspekte in insgesamt 8 Fällen.

Die Befragung bezog sich auf folgende Themen:

- Information und Werbung: welche Werbe- und Informationsmaßnahmen wurden vorgenommen und wie oft?
- Schulung der Mitarbeiter mit Kundenkontakt
- Incentives für Mitarbeiter bzw. Agenturen/Geschäftsstellen
- Anweisung für Mitarbeiter, auf die speziellen Versicherungsformen hinzuweisen.

Ferner wurde gefragt nach der Resonanz bei den Versicherten und dem Interesse der Krankenkasse selbst an der Verbreitung der neuen Formen.

Die Krankenkassen erhielten Fragebögen zur HMO-, Bonus- oder WJF-Förderung, je nachdem, welche Form(en) sie anbieten.

Erfasst wurden Massnahmen der Zentrale, nicht erfasst werden konnten Massnahmen der regionalen Geschäftsstellen, die z.T. eigenständig agieren. So ist das Bild sicher nicht vollständig, kann aber doch einen Eindruck vermitteln von der unterschiedlichen Intensität, mit der die neuen Versicherungsformen gefördert werden.

Angeschrieben wurden im Februar 1995 auf der Basis von Informationen durch das BSV (bezogen auf das Jahr 1992) 23 am Versuch beteiligte Krankenkassen. Drei waren zwischenzeitlich in Zusammenschlüssen aufgegangen und konnten sich nicht mehr beteiligen. Von den verbleibenden 20 Krankenkassen haben 15 die Fragebögen ausgefüllt, und zwar für folgende Versicherungsformen:

- bezogen auf die HMO-Versicherung haben alle beteiligten Krankenkassen geantwortet,
- bezogen auf die Bonus-Versicherung haben 4 von 5 Krankenkassen geantwortet,
- bezogen auf die WJF haben 15 von 20 Krankenkassen geantwortet. Es fehlen hier vor allem einige Krankenkassen aus der französischen Schweiz.

Mit den HMOs selbst wurden zusätzliche Gespräche geführt, da sie selbst auch Werbung und Promotion betreiben.

5.2 Allgemeiner Überblick

Die Werbe- und Informationsmassnahmen für die drei Testformen lassen sich in eine gewisse Hierarchie bringen nach der Häufigkeit des Vorkommens. Praktisch immer fand eine Information der Versicherten durch **Artikel in der Zeitschrift** für die Versicherten und durch **Briefe an die Versicherten** bzw. Hinweise auf die neuen Formen in Briefen (z.B. zur Prämienanpassung) statt.

Eine spezielle Werbung für die Versicherungsformen durch **spezielle Prospekte** oder Werbeplakate und anderes Material in den Geschäftsstellen kam auch häufig vor, ist aber schon nicht mehr allgemein üblich.

Die **Öffentlichkeit** über den Kreis der eigenen Versicherten hinaus wurde am häufigsten durch Plakatwerbung angesprochen, während Werbung in Publikumszeitungen und -zeitschriften oder in Radio/Fernsehen selten vorkam.

Interaktive Formen von Information und Werbung, wie Informationsstände an Messen, Durchführung von Informationsveranstaltungen, Vorhalten eines speziellen Informationstelefon, wurden in sehr unterschiedlichem Ausmass eingesetzt, am ehesten als zeitlich befristete Promotionsmassnahme.

Die **Mitarbeiterschulung** fand fast immer als (mündliche) Direktschulung statt, nur in wenigen Fällen begnügte man sich damit, die Mitarbeiter mit Kundenkontakten mit schriftlichem Informationsmaterial zu versorgen.

Incentives können gesetzt werden in Form **spezieller Provisionen** oder sonstiger Vergünstigungen für die Mitarbeiter/Agenten oder Agenturen/Geschäftsstellen. Sie können für die Gewinnung neuer Versicherter für eine der Versicherungsformen oder für die Umwandlung von Verträgen gelten. Solche Incentives sind wohl eine der wirksamsten Möglichkeiten der Förderung neuer Versicherungsformen. Das Produkt "Krankenversicherung" bzw. deren verschiedene Formen sind ja in hohem Masse erklärungsbedürftig und damit stark abhängig von Können und Einsatz derer, die das Produkt unmittelbar "verkaufen". Weniger als die Hälfte der befragten Krankenkassen hat zur Förderung der untersuchten Versicherungsformen materielle Incentives für die Mitarbeiter oder Agenturen gesetzt.

5.3 Förderung der HMO-Versicherung¹⁾

Von den drei untersuchten Formen wurde die HMO-Versicherung am intensivsten beworben. Die Mehrzahl der Krankenkassen, die die HMO-Versicherung anbieten, hat über die allgemeine Versicherteninformation (Hauszeitschrift, Briefe) hinaus durch spezielle Informations- und Werbematerialien auf die HMO aufmerksam gemacht, Öffentlichkeitswerbung betrieben (vor allem Plakate) und interaktive Formen eingesetzt (Informationsveranstaltungen, spezielles Informationstelefon, Stände auf Messen/Ausstellungen). Die Massnahmen liefen i.d.R. wiederholt bzw. über einen längeren Zeitraum.

Zur besseren Vergleichbarkeit wurden die Werbe- und Informationsmassnahmen (gewichtet danach, ob sie nur einmal oder mehrmals zur Anwendung kamen) zu einer einfachen Skala addiert. Von der maximal möglichen Punktzahl von 16,5 wurde für die HMO-Werbung im Durchschnitt aller beteiligten Krankenkassen 12 Punkte erreicht. 4 Krankenkassen lagen über dem Durchschnitt, 2 darunter, eine genau im Durchschnitt.

Hinzu kommen die Werbemassnahmen durch die HMOs selbst, vor allem Informationstelefon, Plakatwerbung, Werbung in öffentlichen Verkehrsmitteln, sowie PR-Massnahmen, wie Gespräche mit Journalisten. Nur für das MZH lag die Werbung ganz in der Hand der Trägerkasse.

¹⁾ Die Aussagen beziehen sich nur auf die 3 untersuchten HMO, die neuen HMOs waren ausdrücklich ausgeklammert.

Die **Mitarberschulung** erfolgte immer mündlich und fast immer wiederholt. Eine erhebliche Rolle haben dabei die HMOs selbst gespielt, die wiederholt die Mitarbeiter über das HMO-Modell informiert haben, z.T. auch in den eigenen Räumlichkeiten. Gerade bezüglich des HMO-Modells war eine intensive Schulung der Mitarbeiter besonders wichtig.

Materielle Incentives für Mitarbeiter oder die Agenturen haben 2 der befragten HMO-Kassen selbst ausgesetzt. Hauptsächlich aber wurden diese Incentives von den HMOs selbst gesetzt (von 2 der 3 HMOs), in einem Fall gingen die Provisionen an die Krankenkassen, denen es überlassen blieb, ob sie sie an die Mitarbeiter/Agenturen weitergaben.

Die 1. Welle Versichertenbefragung hat gezeigt, dass die allgemeine Information über die Existenz von HMOs besser ist als die Kenntnis des HMO-Angebotes durch die eigene Krankenkasse (vgl. Kap. 3.2.5). Dass dies trotz der umfangreichen Werbung der Fall ist, belegt, wie schwierig es ist, die Versicherten gezielt mit Informationen zu erreichen. Es ist anzunehmen, dass eine eher vage HMO-Vorstellung hauptsächlich durch die Berichterstattung in Zeitungen und Zeitschriften gefördert wurde. Das Interesse der Versicherten an HMO-Informationen stuften 3 von 7 Kassen als sehr oder ziemlich gross ein, 4 als mässig oder gering.

Ihr **eigenes Interesse an der HMO**, also das Interesse der **Krankenkassen**, gaben 5 als sehr gross an, eine als ziemlich gross und für eine Krankenkasse ist die HMO-Versicherung "ein Angebot unter vielen", ohne grosses Interesse.

Bei den Zielsetzungen, die mit dem Angebot der HMO-Versicherung verbunden sind, ergibt sich folgende Reihenfolge:

- immer oder fast immer wurden genannt
 - Senkung der Kosten durch geringere Inanspruchnahme
 - Gewinnung neuer Mitglieder/Vermeidung von Abwanderung
 - mehr Transparenz über Kosten und Leistungen
 - generell: Innovation in der Krankenversicherung
- seltener wurde die Senkung der Verwaltungskosten genannt.

Erreicht sind die Ziele nach Einschränkung der Krankenkassen bisher allenfalls zum Teil bzw. es ist noch zu früh für ein Urteil.

Nur mit einer einzigen Ausnahme sind auch für 1995 Massnahmen zur Förderung der HMO-Versicherung vorgesehen, die sich allerdings - bedingt durch die Veränderungen der Trägerstruktur - nur noch teilweise auf die drei untersuchten HMOs beziehen.

5.4 Förderung der Bonus-Versicherung

Die Bonus-Versicherung, von vornherein nur von wenigen Krankenkassen überhaupt angeboten, ist nur von einer Krankenkasse intensiv durch Information und Werbung gefördert worden. Die anderen Krankenkassen haben über die allgemeinen Informationen hinaus (in der Zeitschrift für Versicherte, Briefe an Versicherte) kaum etwas getan. Explizit wurde dazu gesagt, dass, angesichts der schlechten Konditionen und des demzufolge nur marginalen Interesses, die Werbung bald nach Start eingestellt wurde, weil sich der Aufwand nicht lohnte.

Von der maximal möglichen Punktzahl der "Werbeskala" von 16,5 wurden im Durchschnitt 7 erreicht, nur eine Kasse liegt über dem Durchschnitt, die anderen darunter.

Eine direkte **Mitarbeiterschulung** fand zwar bei allen Krankenkassen statt, **materielle Incentives** in Form einer erhöhte Provision für den Abschluß einer (der Umwandlung in eine) Bonus-Versicherung wurden aber nur von einer Krankenkasse gesetzt. Nur eine Krankenkasse sieht auch 1995 Massnahmen zur Förderung der Bonus-Versicherung vor.

5.5 Die Förderung der wählbaren Jahresfranchise

Die wählbare Jahresfranchise wird zwar von allen am Versuch beteiligten Kassen angeboten, ist jedoch, von einzelnen Ausnahmen abgesehen, eine Domäne der Krankenkassen, die in der französischen Schweiz ihren Hauptsitz haben. Bei diesen Kassen haben teilweise nahezu 100 % der Krankenversicherten eine erhöhte Franchise, während bei den Krankenkassen mit Hauptsitz in der deutschen Schweiz der Anteil fast immer weit unter 10 % liegt.²⁾

Eine sehr hohe Quote der WJF-Versicherten wird bei den Krankenkassen erreicht, die die **Krankenversicherung mit höherer Jahresfranchise als Standardversicherung** anbieten und nur bei Insistieren auf die normale Franchise heruntergehen. Zum Teil wird dieses Verfahren bezüglich aller Versicherten praktiziert, z.T. nur für eine Gruppe, z.B. die unter 30-Jährigen.

²⁾ Stand 1992, Information des BSV.

Es handelt sich hierbei um eine **Massnahme der Produktgestaltung**, nicht der Werbung, die aber hier vorangestellt wurde, weil sie zweifellos von zentralem Einfluss ist.

Bezüglich der Information und Werbung für die WJF lässt sich für 5 der 15 befragten Krankenkassen feststellen, dass sie fast nur das Minimum betrieben haben, nämlich die Information in der Mitgliederzeitschrift und der Hinweis in Briefen an die Mitglieder. Rund ein Drittel hat zusätzlich durch Plakate oder Werbung in (öffentlichen) Medien bzw. durch spezielles Informationsmaterial oder durch Aktionen geworben. Das letzte Drittel schliesslich hat alle oder so gut wie alle Massnahmen ergriffen. Im Durchschnitt werden für das WJF auf der 16,5-Punkte-Werbeskala 8,5 Punkte erreicht mit der geschilderten breiten Streuung.

In allen Fällen mit sehr intensiver Werbung wurden auch (Zusatz-) **Provisionen** ausgerichtet für den Abschluss von Verträgen mit höherer Jahresfranchise, während dies bei Krankenkassen mit mittlerer oder geringerer Werbeintensität nur ausnahmsweise vorkommt.

Mit intensiver Werbung verbunden mit einer Provision, erreichen auch Krankenkassen einen hohen Anteil an WJF-Versicherten, die die WJF-Versicherung **nicht** als ihr Standardprodukt anbieten.

Das **Interesse der Versicherten** an Informationen über die WJF wird von den Krankenkassen deutlich öfter als gut eingestuft als bezüglich der Bonus-Versicherung: 11 Krankenkassen stufen das Interesse als gross oder mittel ein, nur 4 als mässig oder schlecht.

Das **eigene Interesse als Krankenkassen** an der WJF wurde mehrheitlich als gross oder ziemlich gross eingestuft, nur drei Krankenkassen bekundeten, dass die WJF nur "ein Angebot unter anderen" sei und kein besonderes Interesse an dieser Form bestehe.

Das grosse Interesse überrascht etwas, weil es nicht immer erkennbar auch mit Förderungsbemühungen verbunden ist. Erklärt wird dies in den Gesprächen teilweise damit, dass man sich noch zurückhalte bzw. zurückgehalten habe, weil die Konditionen zu unattraktiv seien und für die Zukunft bessere Konditionen erhofft werden.

Mit der WJF sind durchweg verbunden Erwartungen zur Kostensenkung durch mehr Selbstverantwortung der Versicherten und geringere Inanspruchnahme. Mehrheitlich wird das Interesse der Krankenkassen an der WJF auch begründet mit der Chance der Gewinnung neuer Mitglieder bzw. Vermeidung von Abwanderungen und der Senkung der Verwaltungskosten.

In der Einschätzung der Zielerreichung sind die Krankenkassen mit nur geringem Anteil an WJF-Versicherten eher unentschieden oder skeptisch, während die anderen überwiegend meinen, die Ziele ganz oder doch zum Teil erreicht zu haben.

Ein Drittel der befragten Krankenkassen will 1995 keine speziellen Massnahmen zur Förderung der WJF durchführen, eine davon allerdings mit der Begründung, dass jetzt fast alle Versicherten eine erhöhte Franchise haben und damit das Ziel erreicht sei.

A 1
Inhaltliche Konzeption der Befragung,
Fragebogenentwicklung

A 1.1 Inhaltliche Konzeption und Operationalisierung

Zur Konkretisierung der Erhebungsinhalte für die drei zentralen Fragestellungen,

- Risikoselektion
- (sonstige) Gründe für die Versicherungswahl
- privat getragene Gesundheitskosten

wurden eine Literaturanalyse und eine Reihe von Expertengesprächen geführt.

Zur Risikoselektion

Risikoselektion wird im Rahmen der Untersuchung in bezug auf das Merkmal "Inanspruchnahme medizinischer Leistungen" bzw. "Kosten" betrachtet. Inanspruchnahme lässt sich erklären

- aus den eigentlichen Bedarfsfaktoren, nämlich der Gesundheit
- aus Faktoren der Lebenslage wie Alter, Geschlecht, soziale Schichtzugehörigkeit
- aus anderen intermittierenden Faktoren wie Wertvorstellungen zur Gesundheit und Krankheit, Wissen, Autonomie, Verantwortlichkeit
- aus Zugangsfaktoren wie Wohnstandort, Ärztedichte, Versicherung etc.

Es kam darauf an, die Merkmale auszuwählen und in die Untersuchung aufzunehmen, die den grössten (statistischen) Erklärungsgehalt für "Inanspruchnahme" haben. Es ging **nicht** darum, die gesundheitlichen **Risikofaktoren** zu erfassen, sondern Indikatoren für Risikoselektion.

Als Ergebnis der Literaturanalysen lässt sich zunächst folgendes festhalten:¹⁾

- Der grösste Teil der individuellen Varianz in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bzw. in der Verursachung von Gesundheitskosten ist nicht vorhersagbar.
- Je nach zugrundegelegten Merkmalen können 15 % bis max. ca. 20 % der Varianz erklärt werden.

Bezüglich des Erklärungswertes der einzelnen Merkmale kommt van de Ven zu folgendem Schluss:

"An important conclusion from the above mentioned studies is that prior utilization, prior expenditure and the several measures of health status are relatively good predictors of future individual expenditures; sociodemographic factors such as age, gender, region, income and education appear to be relatively poor predictors." (S. 23).

Den weitaus grössten statistischen Erklärungswert hat nach der Literatur die **frühere Inanspruchnahme** bzw. die **früheren Kosten** (die aus Administrativdaten zur Verfügung stehen). Der Erklärungswert wird noch verbessert, wenn nach Kosten im ambulanten und stationären Bereich unterschieden wird und nach Diagnosen. Die Hinzunahme verschiedener "Gesundheitsmerkmale" erhöht die erklärte Varianz um einige Prozentpunkte.

Unter den in Befragungen erhebbaren Gesundheitsmerkmalen haben sich folgende als beste "predictors" erwiesen:

- die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes
- Indikatoren für chronische Krankheiten
- Invalidität und funktionelle Behinderungen.²⁾

Damit war ein sehr gutes Fundament gelegt für die **Auswahl der Indikatoren für Risikoselektion**:

- Aus den **Administrativdaten** stehen die frühere Inanspruchnahme/die früheren Kosten sowie das Merkmal "Invalidität" zur Verfügung

¹⁾ Vgl. W.P. van de Ven et al., "How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market?" Paper to be presented at the Second World Congress on Health Economics, September 1990, Zurich. Dieses Papier enthält einen umfassenden Überblick über Studien zur Messung von Risikoselektion.

²⁾ Bezüglich der funktionellen Behinderungen haben sich globale Indikatoren (gibt es in irgendeiner Form eine Einschränkung der Aktivitäten und der Mobilität) als besser geeignet erwiesen als die Abfrage spezifischer Beeinträchtigungen.

- In der **Befragung** wurden zusätzlich erhoben: subjektiver Gesundheitszustand, chronische Krankheiten, Behinderung.

Die Tatsache, dass frühere Inanspruchnahme, die verschiedenen Gesundheitsindikatoren und soziodemographische Merkmale die individuelle Inanspruchnahme nur zu einem geringen Teil erklären bzw. vorhersagen können, führt immer wieder zu der Suche nach zusätzlichen Erklärungen, die sich mehr auf die **psychosoziale Befindlichkeit** und den Bereich der **Krankheits-Attitüden** beziehen. Dazu gibt es nur Hypothesen und Deskriptionen, keinen statistischen Nachweis eines Zusammenhangs mit der Inanspruchnahme. Dennoch - und dies ist auch ein Ergebnis der Expertengespräche - sollte die "psychosoziale Disposition zur Inanspruchnahme" einbezogen werden.

Expertengespräche und Literaturanalysen führen zu folgender Auswahl:

- Psychisches Wohl-/Unwohlbefinden: der oft nachgewiesene hohe Anteil an Praxisbesuchern mit eher psychischen als somatischen Problemen legt es nahe, diesen Aspekt einzubeziehen. Unter der Vielzahl von Skalen in diesem Bereich haben wir eine ausgewählt, die mehr das "well-being" misst als psychische Erkrankungssymptome.
- Die Einstellung zur Gesundheit und die "Verantwortlichkeit" für Gesundheit: Hier geht es im Kern darum, ob Krankheit und Gesundheit als (auch) selbstverantwortet erlebt werden oder ob das Schicksal/die Gesellschaft etc. verantwortlich gemacht werden.
- Aspekte des Gesundheitsverhaltens: Ausgewählt wurden hier die Bereiche "Tendenz medikamentöser Selbstbehandlung", "klinische Vorsorgeorientierung" und "gesunde Lebensweise".³⁾

Ebenfalls nicht eindeutig nachgewiesen (jedenfalls nicht für westeuropäische Verhältnisse) ist die Bedeutung der Zugänglichkeitsfaktoren, wie Art der Versicherung, Ärztedichte, Entfernung zum Arzt, Zeitverfügbarkeit. Über die Wohnregion (Ärztedichte), die Versicherungsart und die Erwerbstätigkeit, als Indikator für Zeitverfügbarkeit, ist dieser Bereich abgedeckt.

Der vorliegende Ergebnisbericht bezieht nur die in der Befragung erhobenen potentiellen Risikoindikatoren in die Analyse ein. Die **Verknüpfung mit den Administrativdaten** (frühere Inanspruchnahme) ist noch nicht erfolgt. Diese Verknüpfung wird unter zwei Fragestellungen geschehen:

- Ex-post-Analysen der Indikatorenqualität der in der Befragung erfassten Risikomerkmale.

³⁾ Die verwendeten Skalen sind in A 1.3 zusammengestellt.

- Einbeziehung des Merkmals "Vergangene Inanspruchnahme" in der Analyse der Risikoselektion bei der Versicherungswahl.

Die **Indikatorenqualität** wurde für die traditionell Versicherten einem vorläufigen Test unterzogen, um wenigstens einen gewissen Anhaltspunkt dafür zu haben, ob die in der (internationalen) Literatur genannten Indikatoren für Risikoselektion auch in schweizerischen Verhältnissen Gültigkeit haben. Als (abhängige) Inanspruchnahmevariante wurde die (in der schriftlichen Befragung) erhobene Häufigkeit von Arztkonsultationen in den letzten 3 Monaten eingesetzt. Das Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse deckt sich sehr gut mit den oben referierten Erkenntnissen:

- Subjektiver Gesundheitszustand und chronische Krankheiten sind die mit weitem Abstand besten Einzelindikatoren. Zusammen mit den (weniger einflussreichen) Behinderungen erklären sie knapp 15 % der Varianz.
- Unter den soziodemographischen Merkmalen kommen nur dem Alter und dem Geschlecht eine gewisse (zusätzliche) Bedeutung zu.
- Von den Gesundheitseinstellungs- und -verhaltensindikatoren bringt nur die Skala "Gesundheitsautonomie" noch einen gewissen Beitrag zur Erklärung der Inanspruchnahme.

Zur Versicherungswahl, Beurteilung der neuen Versicherungsformen

Die Möglichkeit der Prämienreduzierung bei geringerem Inanspruchnahmerisiko ist an sich ein Motiv für die Wahl der bzw. die Präferenzen für die neuen Versicherungsformen. Als sonstige Einflussfaktoren wurden vor allem untersucht:

- **Finanzielle Aspekte:**
 - * Haushaltseinkommen: Wächst mit höherem Haushaltseinkommen die Bereitschaft, einen Teil der Gesundheitskosten ggf. selbst zu bezahlen (Risikofähigkeit, Selbstverantwortung)?
 - * Prämienhöhe und Belastung durch die Prämie: Veranlasst eine überdurchschnittliche Prämienbelastung die Wahl neuer Versicherungsformen (bzw. begünstigt die Präferenzen)?
- **Sozialstatus:**
 - * Begünstigt ein höherer Sozialstatus die Präferenzen für neue Versicherungsformen (bessere Information etc.)?

– **Familienstatus:**

- * Sind familiär ungebundene Versicherte experimentier- bzw. risikofreudiger als familiär gebundene?
- * Besteht eine Tendenz, alle Familienmitglieder bei der gleichen Krankenversicherung in der gleichen Form zu versichern, was möglicherweise die Mobilität behindert?

– **Alter:**

- * Über die Frage der Risikoselektion hinaus ist das Alter wahrscheinlich aus verschiedenen Gründen von Bedeutung für die Versicherungswahl und die Präferenzen für neue Formen, u.a. wegen
 - zunehmendem Sicherheitsbedürfnis
 - abnehmender Auseinandersetzung mit KV-Fragen (weil der Wechsel sowieso erschwert ist).

– **Allgemeine Präferenzen für Krankenversicherungsformen:**

- * Gibt es allgemeine Präferenzen, z.B. grösstmögliche Risikoabdeckung, First-class-Ansprüche, die die Wahl von bzw. Sympathie für neue Versicherungsformen beeinflussen?
- * Steht die gewählte Versicherungsform (Spitalversicherung) im Zusammenhang mit den Präferenzen für neue Formen?
- * Welche Bedeutung haben für die Versicherten die Aspekte, die die neuen Formen charakterisieren: Selbstbeteiligung/freie Arztwahl?

Tabelle A 1: Erklärung der Häufigkeit von Arztbesuchen bei traditionell Versicherten (oblig. Kassen)

Variable	erklärte Varianz nach Aufnahme der Variablen (100 R ²)	Aufnahme einzelner Variablengruppen in das Regressionsmodell ¹⁾			
subjektiver Gesundheitszustand	10,8	XX	XX	XX	XX
chronische Krankheiten	12,4	XX	XX	XX	XX
Wohlbefinden	1,3		(X)	(X)	(X)
Behinderung	3,9	X	X	X	(X)
Alter	3,9	(X)	(X)	(X)	
Geschlecht	2,0	X	X	X	
Region	0,2				
Haushaltsgrösse	0,8				
Schulbildung	0,5				
Haushaltseinkommen	0,9				
Selbstmedikation	–				
Gesundheitsautonomie	3,9				
interne Kontrollorient. Gesundh.	0,8				
gesundheitsorient. Lebensweise	0,3				
erklärte Varianz insgesamt (100 R ²)		14,8	16,1	16,3	17,2

- 1) 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.

Aus den Pretests hat sich vor allem ergeben, dass Fragen der Krankenversicherung nicht besonders präsent sind:

- Eine Versicherungswahl im engeren Sinne findet oft gar nicht statt: bei einer bestimmten Krankenkasse ist man (oft von Geburt) und für eine konkrete Versicherungsform hat man sich einmal entschieden, ohne diese Entscheidung von Zeit zu Zeit zu überprüfen.
- Die Kenntnisse über die Versicherung sind eher gering: es fehlt oft sogar das aktive Wissen über die eigene Versicherungsform.
- Das Werbe- und Informationsverhalten der Versicherungen selbst dürfte eine grosse Rolle spielen, ebenso wie Zufälligkeiten, etwa Informationen aus dem Bekanntenkreis etc.

Um solche Aspekte einzubeziehen, wurde nach der Verweildauer bei der jetzigen Krankenkasse gefragt, nach der Auseinandersetzung mit Fragen der Krankenversicherung und nach dem aktiven und passiven Informationsverhalten.

Spezielle Aspekte der neuen Versicherungsformen waren hauptsächlich für **HMO** zu erfragen, da HMO mehr als nur die finanzielle Seite tangiert. Als potentielle Gründe für oder gegen HMO wurden erfasst:

- Die Bedeutung inhaltlicher und formaler Angebotsaspekte: Alternativmedizin, Gesundheitsvorsorge, Ganzheitlichkeit, Arzthonorierung.
- Die Bedeutung der Einschränkung der freien Arztwahl, der Bindungen an Hausarzt/Frauenarzt/Kinderarzt.

Bezüglich **Bonus** und **Franchise** wurde das sozialpolitische Für und Wider getestet:

- Entsolidarisierung Gesunde - Kranke
- Entsolidarisierung Arme - Reiche
- Gefahren für die Gesundheit versus Selbstverantwortung.

Nicht über die Versicherung abgerechnete Leistungen/Kosten

Ziel ist, die Kosten für medizinische Leistungen, die die Versicherten gänzlich selbst tragen, zu erfassen. Geprüft werden soll damit, ob bei den neuen Versicherungsformen (insbesondere Bonus und Franchise) eine Kostenverlagerung in den privaten Bereich stattfindet.

In der 1. Welle der Versichertenbefragung wurde **nicht** versucht, die privat getragenen Gesundheitskosten zu erfassen, sondern nur Indizien für diesbezügliche Unterschiede zwischen den Versicherten in den verschiedenen Versicherungsformen zu erhalten. Gründe dafür waren:

- Für eine halbwegs zuverlässige Erfassung der Ausgaben sind vermutlich laufende Aufzeichnungen (Monatsbücher) unerlässlich. Monatsbücher sind schon in ihren traditionellen Einsatzfeldern ein schwieriges Instrument, bei der Erfassung der Gesundheitsausgaben entstehen zusätzliche Probleme. Getestete Instrumente gibt es nicht.
- Versicherte in den neuen Versicherungsformen werden sich erst nach einer gewissen Anlaufzeit auf die neue Situation eingestellt haben. Das sprach eher für eine differenzierte Erfassung in der 2. Welle.

Die 1. Welle sollte also Hinweise darauf erbringen, ob bei unterschiedlichen Versicherungsformen die Inanspruchnahme von nicht über Versicherungen abgerechneten Leistungen variiert. Dies geschieht für drei Gruppen:

- Medikamentenkonsument und Anteil selbst bezahlter Medikamente;
- Inanspruchnahme pflegerischer/paramedizinischer Dienste und Anteil selbst bezahlter Dienste;
- Inanspruchnahme von Ärzten.

Die erfragte Anzahl der Arztkonsultationen soll mit den Administrativdaten verglichen werden: Wenn das Niveau der Konsultationshäufigkeit bei über Versicherung abgerechneter Inanspruchnahme (Administrativdaten) grössere Unterschiede zwischen den Versichertengruppen aufweist als sich in der Befragung ergeben, ist dies ein Indiz für selbst finanzierte Inanspruchnahme.

Zusätzlich wurde für Arztbesuche nach der **letzten Rechnung** gefragt und wie sie gehandhabt wurde.

A 1.2 Entwicklung der Fragebögen

Zur Vorbereitung der Fragebogenentwicklung wurden an Hand eines Leitfadens 20 Gespräche mit Versicherten geführt, um einen Einblick in den Umgang mit Fragen der Krankenversicherung generell und in Kenntnisse und Meinungen zu den neuen Versicherungsformen zu gewinnen. Danach wurden erste strukturierte Fragebogenentwürfe erstellt.

Die Aufteilung auf telefonische und schriftliche Befragung erfolgte nach 3 Kriterien:

- Welche Fragenkomplexe "passen" nur in den telefonischen oder schriftlichen Fragebogen: Nach diesem Kriterium wurden die Fragen zur Inanspruchnahme und Abrechnung der diversen medizinischen Leistungen in den schriftlichen Fragebogen übernommen, da sie teilweise Nachdenken oder gar Nachschauen erfordern. Auch Skalen mit eher komplexen Antwortvorgaben können im telefonischen Interview nicht abgefragt werden. Alle Fragen zu den Testformen der Versicherungen wurden in den telefonischen Fragebogen übernommen, da sie z.T. Rückfragen und Erläuterungen erfordern und im schriftlichen Teil wegen der zahlreichen notwendigen Filter zu kompliziert wären. Befragungslogisch (-psychologisch) ergänzt wurden sie durch die allgemeinen Fragen zur eigenen Versicherung.
- Welche Fragenkomplexe sollten wegen ihrer (nachgewiesenen) Bedeutung als Indikatoren für Risikoselektion in das telefonische Interview aufgenommen werden, das eine höhere Responsequote hat als das schriftliche: Dies sind die Fragen nach dem subjektiven Gesundheitszustand, den chronischen Krankheiten und der Behinderung.
- Die soziodemographischen Merkmale schliesslich mussten notwendig in das telefonische Interview, weil sie Basismerkmale für die Analyse sind.

Die ersten strukturierten Fragebogenentwürfe wurden bei Link einem Pretest unterzogen (22 telefonische, 16 schriftliche Interviews) und parallel auch von Prognos getestet (mündliche Interviews).

Die Pretest-Fragebögen wurden anschliessend überarbeitet und in neuer Fassung dem BSV und den Mitgliedern der Begleitgruppe zugestellt.

Anfang September 1991 erfolgte ein sogenannter "1:1-Test" in allen drei Sprachen (insgesamt 87 Interviews), in dem alle Befragungsabläufe durchgespielt und abschliessend überprüft wurden. Im Anschluss daran wurden die letzten Modifikationen vorgenommen.

A 1.3 Definition der Skalen

Wohlbefinden

Die Skala ist als Summe der Itempunktwerte (1 = sehr unzufrieden bis 7 = sehr zufrieden) gebildet worden (Minimum 7, Maximum 49 Punkte):

Wie zufrieden sind Sie ...

- mit Ihrer Arbeitssituation bzw. Ihrer Hauptbeschäftigung?
- mit Ihrer Wohnsituation?
- mit Ihrer finanziellen Lage?
- mit Ihrer Freizeit?
- mit Ihrer Gesundheit?
- mit Ihrer familiären Situation?
- mit Ihren Beziehungen zu Freunden, Nachbarn, Bekannten?

Chronische Krankheiten⁴⁾

Die Skala ist als ungewichtete Summe der Itempunktwerte (Krankheiten, wegen denen die Befragten in den letzten 12 Monaten in ärztlicher Behandlung gewesen sind) gebildet worden (Minimum 0, Maximum 14 Punkte):

- Diabetes
- Rheumatismus
- Asthma
- Chronische Bronchitis, Emphysem
- Hoher Blutdruck
- Herzinfarkt (Herzschlag)
- Schlaganfall ("Schlägli")
- Gallensteine
- Nierenkrankheit, Nierensteine
- Krebs, Geschwulst
- Heuschnupfen oder andere Allergien
- Nervenzusammenbruch, Depression

⁴⁾ Gruet F., Bisig B., Noack H., Spuhler T., Weiss W., Enquête auprès de la population "La santé et la promotion de la santé", Rapport final 2ème partie, Etude intercantonale sur les indicateurs de santé (IGIP-PROMES), Septembre 1990, p. 4

- Magengeschwür
- Rückenschmerzen

Behinderung⁵⁾

Es werden drei Grade von Behinderungen unterschieden:

- 1 keine Behinderung, die im alltäglichen Leben oder bei den Aufgaben im Haushalt/Beruf einschränkt
- 2 eine Behinderung, die nicht besonders einschränkt
- 3 eine Behinderung, die sehr oder ziemlich einschränkt

Gesundheitsvorsorge

Die Skala ist als Summe von zwei einzelnen Skalen gebildet worden. Da Männer sehr selten zu einer Früherkennungsuntersuchung wegen Krebs gehen, musste die erste Skala geschlechtsspezifisch entwickelt werden:

Früherkennungsuntersuchung wegen Krebs - Skala I (Gruppe = Gewicht)

- Frauen:
 - 1 Frauen, die eigentlich nie regelmässig zu einer Vorsorgeuntersuchung gehen.
 - 2 Frauen, die unregelmässig oder bei Bedarf zum Frauenarzt gehen.
 - 3 Frauen, die regelmässig zur Vorsorgeuntersuchung gehen.

⁵⁾ Weiss W., Spuhler T., Gruet F., Guindani D., Noack H., Enquête auprès de la population "La santé et la promotion de la santé", Rapport final 1ère partie, Etude intercantonale sur les indicateurs de santé (IGIP-PROMES), Mars 1990, p. 78

– Männer:

- 1 Männer, die eigentlich nie regelmässig zu einer Vorsorgeuntersuchung wegen Krebs gehen.
- 2 Männer, die regelmässig, unregelmässig oder bei Bedarf zur Früherkennungsuntersuchung wegen Krebs gehen, wenn dies länger als 2 Jahre her ist.
- 3 Männer, die regelmässig, unregelmässig oder bei Bedarf zur Vorsorgeuntersuchung gehen und die letzte Untersuchung innerhalb der letzten 2 Jahre war.

Geschlechtsunabhängige allgemeine Gesundheitsvorsorge - Skala II (Gruppe = Gewicht)

- 1 Personen, die eigentlich nie regelmässig zu einer allgemeinen Vorsorgeuntersuchung (check-up) zum praktischen Arzt gehen oder wenn die letzte Untersuchung mindestens 2 Jahre her ist.
- 2 Personen, die unregelmässig oder bei Bedarf eine allgemeine Vorsorgeuntersuchung machen lassen (innerhalb der letzten zwei Jahre).
- 3 Personen, die regelmässig zu einem allgemeinen check-up gehen.

Die Summe der beiden Skalen ergibt die Gesamtskala "Gesundheitsvorsorge" (Minimum 2, Maximum 6 Punkte).

Selbstmedikation (Dominanz medikamentöser Selbstbehandlung)⁶⁾

Der Index ist als ungewichtete Summe der Itempunktwerte ("Mit Medikamenten selbst behandeln" = 1, alle anderen Antworten = 0) gebildet worden (Minimum 0, Maximum 10 Punkte):

- Wenn Sie seit einigen Monaten allmählich zunehmende Kopfschmerzen und leichten Schwindel haben.
- Zweimal mässiger Durchfall innerhalb der letzten zehn Stunden.
- Müdigkeit seit einer Woche ohne ersichtlichen Grund.
- Seit drei Wochen Heiserkeit ohne Schmerzen.
- Seit zwei Tagen vermehrter Harndrang, muss alle zwei Stunden Wasser lösen.
- Jeweils beim Treppenaufsteigen Schmerzen hinter dem Brustbein.

⁶⁾ Schär M., Hornung R., Gutscher H., May U., Selbstmedikation, Ergebnisse einer Repräsentativerhebung im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms Nr. 8: Zweiter Forschungsbericht, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, Zürich 1985, Tabelle 10

- Starker Schnupfen ohne Fieber, und Sie möchten übermorgen einen Ausflug machen.
- Schwierigkeiten mit dem Einschlafen seit etwa einer Woche.
- Seit gestern abend Temperatur 38-39°, Glieder- und Kopfschmerzen, Schluckbeschwerden, etwas Schnupfen.
- Eine Geschwulst am Hals, die langsam grösser wird, jedoch nicht weh tut.

Gesundheitsautonomie (zugeschriebene Behandlungsautonomie)⁷⁾

Die Skala ist als Summe der Itempunktwerte (1 = stimmt nicht bis 5 = stimmt sehr) gebildet worden (Minimum 4, Maximum 20 Punkte):

- (+) Wenn es um Gesundheit und Krankheit geht, ist es häufig besser, sich auf den eigenen gesunden Menschenverstand zu verlassen, als immer sofort einen Arzt zu fragen.
- (-) Wenn man krank wird, sollte man lieber sofort zum Arzt gehen, statt zu versuchen, sich selbst zu kurieren.
- (+) Ausser bei ernsthaften Erkrankungen sollte man versuchen, sich selbst zu kurieren.
- (-) Wenn man bei einer leichten Erkrankung zum Arzt geht, wird man schneller wieder gesund, als wenn man sich selbst pflegt.

Interne Kontrollorientierung Gesundheit⁸⁾

Die Skala ist als Summe der Itempunktwerte (1 = stimmt nicht bis 5 = stimmt sehr) gebildet worden (Minimum 3, Maximum 15 Punkte):

- Wenn man aufpasst und sich entsprechend verhält, kann man viele Krankheiten vermeiden.
- Probleme mit der Gesundheit sind häufig die Folgen von Nachlässigkeiten.
- Wenn Leute Probleme mit der Gesundheit haben, liegt es häufig daran, dass sie sich zuwenig gesundheitsbewusst verhalten haben.

⁷⁾ Schär M., a.a.O., Tabelle 3

⁸⁾ Schär M., a.a.O., Tabelle 2

Gesunde Lebensweise

Die Skala ist als ungewichtete Summe der Itempunktwerte (Dinge für die Gesundheit, die als sehr wichtig eingestuft wurden und bei denen die Befragten angaben, darauf genug zu achten) gebildet worden (Minimum 0, Maximum 7 Punkte):

- Sich gesund ernähren
- Sport treiben
- Körperliche Bewegung (Spaziergehen, Wandern, Velofahren, Schwimmen)
- Mässiger Konsum von Alkohol
- Ausreichend schlafen
- Verzicht auf Zigaretten, Tabak
- Auf das Gewicht achten

Anhang 2
Durchführung der Befragung

Die telefonische Befragung

Die Befragung sollte grundsätzlich mittels Telefoninterviews und schriftlicher Zusatzbefragung durchgeführt werden.

Gemäss den Anforderungen des BSV wurde die telefonische Erhebung mittels computergestützter Telefoninterviews (C.A.T.I.) aus den zentralen Telefonstudios von LINK in Luzern durchgeführt. Beim Telefoninterview war in der Regel die in der Stichprobe bezeichnete Person (Name, Alter, Geschlecht) des Haushaltes zu befragen. Der Befragungsablauf wurde durch geeignete Filterfragen gesteuert. Die erhaltenen Antworten waren während des Interviews zu plausibilisieren. Die Zieladressen wurden aufgrund des beigefügten Sprachcodes Interviewerinnen der entsprechenden Sprache zugewiesen. Sprach die Zielperson trotzdem eine andere Landessprache als die angegebene, musste ein Sprachwechsel stattfinden, d.h. dass die Zieladresse einer Interviewerin der betreffenden Landessprache weitergegeben wurde.

Um jahreszeitliche Schwankungen beim Gesundheitszustand und den medizinischen Kosten zu berücksichtigen, wurde die Stichprobe über das Jahr gestreut. Jede Adresse wurde einer Woche des Jahres zugewiesen. In dieser Woche sollten mindestens sechs Kontaktversuche an verschiedenen Wochentagen und Tageszeiten mit den Befragten realisiert werden. Kam kein Kontakt mit dem Haushalt zustande, so wurde die Adresse nach drei Wochen (und - wenn dies ohne Erfolg war - auch nach sechs Wochen) wieder in die Stichprobe aufgenommen und es wurden nochmals je mindestens vier Kontaktversuche unternommen. Der Proband hatte die Möglichkeit, das Interview auf eine ihm passende Zeit zu vereinbaren.

Für die informatisierte Adress- und Kontaktverwaltung und die Führung des Kontaktprotokolls für jede Adresse wurde das im Institut entwickelte Programm CASO (Computer Assisted Sample Organizer) eingesetzt.

Die zu befragenden Zielpersonen waren eine Woche vor dem Interview durch einen von LINK versandten Brief des BSV über das Interview zu informieren. Zudem stellte LINK während des gesamten Erhebungszeitraumes ein Auskunftstelefon bereit, das zu den normalen Büro-Öffnungszeiten dreisprachig zu besetzen war. Das BSV veröffentlichte vor Befragungsstart eine Pressemitteilung.

Schriftliche Ersatzbefragung, Proxy-Interview und Non-Response-Erhebung

Bei Versicherten, die durch kein Telefon erreichbar waren, wurde die gesamte Erhebung schriftlich durchgeführt. Schwierig ansprechbare Ältere und Behinderte sollten, soweit möglich, mittels Proxy-Interviews befragt werden.

LINK Institut

Eine Non-Response-Erhebung sollte zusätzliche Informationen über Zielpersonen erbringen, die nicht befragt werden konnten, sei es, weil sie nicht erreicht wurden, weil sie das Interview verweigert haben oder aus anderen Gründen.

Schriftliche Zusatz-Erhebung

Einzelne Fragen zu den Gesundheitsausgaben und zur Versicherungswahl lassen sich anhand schriftlicher Unterlagen kompetenter beantworten als am Telefon (mehr Zeit für Überlegungen, um Dokumente nachzuschlagen u.ä.). Im Anschluss an das Telefon wurde daher den Befragten (die damit einverstanden waren) ein schriftlicher Zusatzfragebogen gestellt.

Zur Unterstützung der Responsequote bei der schriftlichen Erhebung wurden eingesetzt:

- Ein kleines Geschenk (Strassenkarte der Schweiz), das zusammen mit dem Fragebogen verschickt wurde,
- eine telefonische Mahnung, wenn nach 14 Tagen der Fragebogen nicht zurückkam,
- ggf. ein zweiter Versand des Fragebogens.

Feldphase

Das Feld umfasste 52 Wochenstichproben (Woche 42 1991 bis Woche 41 1992) und dauerte vom 14. Oktober 1991 bis zum 25. November 1992, inkl. Erfassung der gemahnten schriftlichen Fragebogen.

- Die Instruktion der Interviewerinnen und Interviewer erfolgte mündlich vor dem eigentlichen Feldstart. Zudem erfolgten periodisch mündliche Nachinstruktionen, unterstützt durch schriftliche Merkblätter. Unter dem Jahr ausgetretene Interviewerinnen wurden durch neu eingeführte ersetzt. Neben einer kontinuierlichen Kontrolle der Interviewerinnen und Interviewer durch Supervisoren und Projektleiter besuchten uns Frau Dr. Baur und Herr Stock (Prognos) zum Zwecke punktueller Feldkontrollen.

Als zusätzlichen Bestandteil der Feldkontrolle führte LINK ca. einmal pro Monat eine detaillierte Ausschöpfungsanalyse durch, um bei einem allfälligen Rückgang der Antwortquote möglichst rasch reagieren zu können.

Insgesamt arbeiteten 48 Interviewerinnen und Interviewer (teils zweisprachig) an der Studie:

LINK Institut

- 38 deutschsprachig
 - 9 französischsprachig
 - 6 italienischsprachig
- Die Krankenkassen hatten bei der Adressübermittlung insbesondere während der ersten zwei Teillieferungen mit einigen internen Schwierigkeiten zu kämpfen (teilweise falsche Bandspezifikationen, verspätete Lieferungen aufgrund von Ferienabwesenheiten und Zeitknappheit). Zudem war durch das BSV kurzfristig die Stichprobe (zeitlich verzögerter Einbezug bei den HMOs) nochmals zu überarbeiten. Durch einen etwas grosszügigeren Lieferungsterminplan für die restliche Feldphase konnte weiteren nennenswerten Problemen aus dem Weg gegangen werden. Einige Krankenkassen lieferten allerdings über den ganzen Erhebungszeitraum hinweg bis zu über 100 Adressen pro Welle auf Papierlisten, was zu unvorhergesehenen Mehrarbeiten im Institut führte. Durch eine frühzeitige Vorbereitung und durch Rücksprachen des BSV mit den Krankenkassen dürften diese Schwierigkeiten für die zweite Erhebungswelle beseitigt werden können.
- Über die Weihnachtszeit erfolgte eine zweiwöchige Erhebungspause. Die davon betroffenen Wochenstichproben wurden vor- bzw. nachverschoben.
- Aufgrund der Eröffnungsdaten der einzelnen HMOs wurden im Herbst 1991 lediglich die Klienten der ersten HMO Zürich in die Stichprobe aufgenommen. Je eine weitere HMO in Basel und Zürich wurden ab Mai 1992 in der Stichprobe mitberücksichtigt. Wie sich allerdings herausstellte, erfolgte dieser Einbezug in einem nur sehr marginalen Ausmass. Möchte man die Untersuchungsergebnisse auf alle drei HMOs generalisieren, ist eine separate Nacherhebung unumgänglich.
- Da im Verlaufe des Erhebungsjahres eine Änderung der Versicherungsart bei vereinzelt Probanden zu erwarten war, wies das BSV die Krankenkassen an, die entsprechenden Modifikationen auf dem Adressrecord vorzunehmen.
- Anfang Mai (mit Gültigkeit ab 4.5.1992) erfolgten einige kleinere Modifikationen im Fragebogen. Davon betroffen waren die Fragen:
- 22.01, 22.02
 - 28.20, 28.30
 - 33.00
 - 60.01
- Zudem wurde bereits ab Januar 1992 der Frankenbetrag in Frage 60.03 nur noch für 1992 abgeklärt.
- Eine erste bereinigte Datenlieferung mit den Wochenstichproben 42 bis 15 an Prognos zu Testzwecken erfolgte Mitte August 1992. Bei den diversen Testläufen für die Datenübergabe traten zwar einige unerwartete Schwierigkeiten auf. Dank dem

LINK Institut

frühzeitigen Erkennen der Probleme durch Prognos konnte aber dennoch der Termin für die endgültige Datenübergabe Ende November 1992 eingehalten werden.

Anhang 3

Grundgesamtheiten und Stichprobe Ausschöpfungsanalysen Umgewichtungen

A 3.1 Grundgesamtheit und Stichprobe

Die Stichprobe wurde vom BSV gezogen als Zufallsstichprobe aus den von den Kassen gelieferten Mitgliederdaten. Da zum Bezugszeitpunkt der Stichprobenziehung (Mai 1991) noch ca. 1/6 der Administrativdaten fehlten, wurde im Oktober 1991 eine Nachstichprobe gezogen, mit der Fälle in der Basisstichprobe ersetzt wurden.

Es wurden folgende Stichprobengruppen gebildet (ursprünglicher Plan, ohne HMO-Nacherhebung):

Kassen mit obligatorischer Evaluation

–	Traditionell Versicherte	4000
–	HMO	1230
–	Bonus	1230
–	wählbare Franchise	610
insgesamt		7070

Kassen mit freiwilliger Evaluation

–	traditionell Versicherte	610
–	wählbare Franchise	610
insgesamt		1220

Es wurden geschichtete und (partiell) disproportional gewichtete Stichproben für die genannten Gruppen gezogen. Schichtungsmerkmale waren **Regionentyp** und **Alter**. Innerhalb der Schichten wurden in folgenden Fällen disproportionale Auswahlsätze angelegt:

- Bei den traditionell Versicherten der obligatorischen Kassen wurden die Grosszentren und Agglomerationen mit HMO-Angebot überrepräsentiert, um eine HMO-Vergleichsgruppe i.e.S. bilden zu können (Proportionalstichprobe: 667, gezogene Stichprobe: 1117). Für alle anderen Gruppen wurden proportionale Regionenstichproben gezogen.
- In den Stichproben "Bonus", "Wählbare Franchise obligatorische Kassen", "Wählbare Franchise freiwillige Kassen" wurde nach dem Alter disproportional geschichtet; die ab 66-Jährigen wurden zulasten der Jüngeren überrepräsentiert, um für sie eine bessere Aussagebasis zu erreichen.

Grundgesamtheiten, proportionale Stichprobe und tatsächliche Stichprobe sind in den Tabellen A2 und A3 zusammengestellt.

Zum Bezugszeitpunkt der Stichprobenziehung waren die IGAK-HMO-Basel und das M&H-Zürich noch nicht eröffnet. Es wurde beschlossen, die Versicherten dieser beiden HMO nachträglich, ab April 1992, in die Stichprobe einzubeziehen. Vorgesehen war folgende Verteilung:

IGAK-HMO-Zürich	ca. 470
IGAK-HMO-Basel	ca. 380
M&H-Zürich	ca. 380

Die nachträgliche Einbeziehung liess sich überwiegend nicht realisieren, lediglich einige Versicherte der HMO-Basel kamen noch in die Stichprobe. Die HMO-Stichprobe bestand zu 95 % aus Versicherten der IGAK-HMO-Zürich. Deshalb wurde im Sommer 1993 eine Zusatzstichprobe (549 Fälle) aus den Versicherten der HMO Basel und des MZH gezogen.

Tabelle A2

OBLIGATORISCHE KASSEN - HMO-VERSICHERTE				ANTEILE IN %		
	18 - 45	46 - 65	66 -120	18 - 45	46 - 65	66 -120
TOTAL	1'360	541	360			2'261
GEMEINDETYP						
GROSSZ AGGL MIT HMO	1'340	533	354	59.3%	23.6%	15.7%
GROSSZ AGGL OHNE HMO	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%
MITTLZENTRUM AGGL	4	4	3	0.2%	0.2%	0.1%
ANDERE REGIONEN	16	4	3	0.7%	0.2%	0.1%
						100.00%
OBLIGATORISCHE KASSEN - BONUS-VERSICHERTE				ANTEILE IN %		
	18 - 45	46 - 65	66 -120	18 - 45	46 - 65	66 - 120
TOTAL	6'043	1'069	305			7'417
GEMEINDETYP						
GROSSZ AGGL MIT HMO	1'359	268	58	18.3%	3.6%	0.8%
GROSSZ AGGL OHNE HMO	305	72	29	4.1%	1.0%	0.4%
MITTLZENTRUM AGGL	2'446	432	124	33.0%	5.8%	1.7%
ANDERE REGIONEN	1'933	297	94	26.1%	4.0%	1.3%
						100.00%
OBLIGATORISCHE KASSEN - WAEBLBARE FRANCHISE				ANTEILE IN %		
	18 - 45	46 - 65	66 -120	18 - 45	46 - 65	66 -120
TOTAL	22'353	10'534	4'168			37'055
GEMEINDETYP						
GROSSZ AGGL MIT HMO	3'790	2'101	1'104	10.2%	5.7%	3.0%
GROSSZ AGGL OHNE HMO	5'173	3'031	913	14.0%	8.2%	2.5%
MITTLZENTRUM AGGL	7'411	2'727	1'137	20.0%	7.4%	3.1%
ANDERE REGIONEN	5'979	2'675	1'014	16.1%	7.2%	2.7%
						100.00%
OBLIGATORISCHE KASSEN - TRADITIONELLVERSICHERTE				ANTEILE IN %		
	18 - 45	46 - 65	66 -120	18 - 45	46 - 65	66 -120
TOTAL	1'416'574	747'939	450'770			2'615'283
GEMEINDETYP						
GROSSZ AGGL MIT HMO	230'066	133'883	71'756	8.8%	5.1%	2.7%
GROSSZ AGGL OHNE HMO	108'395	65'996	42'575	4.1%	2.5%	1.6%
MITTLZENTRUM AGGL	623'175	324'657	194'857	23.8%	12.4%	7.5%
ANDERE REGIONEN	454'938	223'403	141'582	17.4%	8.5%	5.4%
						100.00%
FREIWILLIGE KASSEN - WAEBLBARE FRANCHISE				ANTEILE IN %		
	18 - 45	46 - 65	66 -120	18 - 45	46 - 65	66 -120
TOTAL	110'409	44'030	12'759			167'198
GEMEINDETYP						
GROSSZ AGGL MIT HMO	1'433	254	41	0.9%	0.2%	0.0%
GROSSZ AGGL OHNE HMO	52'592	23'534	7'000	31.5%	14.1%	4.2%
MITTLZENTRUM AGGL	28'502	9'285	2'453	17.0%	5.6%	1.5%
ANDERE REGIONEN	27'882	10'957	3'265	16.7%	6.6%	2.0%
						100.00%
FREIWILLIGE KASSEN - TRADITIONELLVERSICHERTE				ANTEILE IN %		
	18 - 45	46 - 65	66 -120	18 - 45	46 - 65	66 -120
TOTAL	185'920	82'937	82'296			351'153
GEMEINDETYP						
GROSSZ AGGL MIT HMO	5'136	1'918	880	1.5%	0.5%	0.3%
GROSSZ AGGL OHNE HMO	51'433	21'890	25'319	14.6%	6.2%	7.2%
MITTLZENTRUM AGGL	55'723	24'540	22'434	15.9%	7.0%	6.4%
ANDERE REGIONEN	73'628	34'589	33'663	21.0%	9.9%	9.6%
						100.00%

Tabelle A3: Zusammensetzung einer proportionalen Stichprobe und der tatsächlich gezogenen disproportionalen Stichprobe¹⁾

	proportionale Stichproben				gezogene Stichproben			
	total	Altersgruppen			total	Altersgruppen		
		18-45	46-65	66 +		18-45	46-65	66 +
Obligatorische Kassen								
traditionell Versicherte								
total	4002	2167	1145	690	4000	2153	1133	714
Reg. Typ 1	667	352	205	110	1117	552	355	210
Reg. Typ 2	332	166	101	65	368	166	101	101
Reg. Typ 3	1748	953	497	298	1296	751	347	198
Reg. Typ 4	1255	696	342	217	1219	684	330	205
HMO-Versicherte								
total	1231	740	294	197	1230	739	294	197
Reg. Typ 1	1212	729	290	193	1230	739	294	197
Reg. Typ 2	0	0	0	0	0	0	0	0
Reg. Typ 3	6	2	2	2	0	0	0	0
Reg. Typ 4	13	9	2	2	0	0	0	0
Bonus-Versicherte								
total	1232	1003	177	52	1230	949	177	104
Reg. Typ 1	279	225	44	10	279	215	44	20
Reg. Typ 2	68	51	12	5	68	46	12	10
Reg. Typ 3	499	406	72	21	498	384	72	42
Reg. Typ 4	386	321	49	16	385	304	49	32
Wählbare Franchise								
total	610	367	174	69	610	298	174	138
Reg. Typ 1	115	62	35	18	115	44	35	36
Reg. Typ 2	150	85	50	15	150	70	50	30
Reg. Typ 3	186	122	45	19	186	103	45	38
Reg. Typ 4	159	98	44	17	159	81	44	34

1) Quelle: BSV, HMO-Versicherte nur ursprüngliche Stichprobe.

1) Quelle: BSV, HMO-Versicherte nur ursprüngliche Stichprobe.

Fortsetzung Tabelle A3

	proportionale Stichproben				gezogene Stichproben			
	total	Altersgruppen			total	Altersgruppen		
		18-45	46-65	66 +		18-45	46-65	66 +
Freiwillige Kassen								
traditionell Versicherte total	610	323	144	143	610	323	144	143
Reg.Typ 1	14	9	3	2	} 185	98	41	46
Reg.Typ 2	171	89	38	44		179	97	43
Reg.Typ 3	179	97	43	39	246	128	60	58
Reg.Typ 4	246	128	60	58				
Wählbare Franchise total	611	402	161	48	610	353	161	96
Reg.Typ 1	7	5	1	1	} 309	168	87	54
Reg.Typ 2	303	191	86	26		147	95	34
Reg.Typ 3	147	104	34	9	154	90	40	24
Reg.Typ 4	154	102	40	12				

A 3.2 Vergleich der Struktur von Stichprobe und Befragten der 1. Welle

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die 1. Welle Versichertenbefragung ohne HMO-Nacherhebung. Zur HMO-Nacherhebung siehe Tab. A 14.

Zur Prüfung der Repräsentativität der Befragten wurden im folgenden die Zusammensetzung der Stichprobe und der Befragten der Haupt- und Zusatzerhebung verglichen.²⁾

Dies geschieht bezüglich folgender Variablen

- Geschlecht
- Alter
- Regionentyp
- Landesteile

Der Vergleich bezieht sich sowohl auf die Ausgangsstichprobe als auch auf die bereinigte Stichprobe (Stichprobe ohne qualitätsneutrale Ausfälle); im Vergleich mit der bereinigten Stichprobe lassen sich systematische und damit verzerrende Ausfälle erkennen.

Die Repräsentativität der **schriftlichen Zusatzbefragung** wird darüber hinaus noch mit Hilfe der Variablen aus der Hauptbefragung

- subjektiver Gesundheitszustand
- Schulbildung
- Haushaltgrösse und
- Haushaltseinkommen

überprüft.

Das wesentliche Ergebnis dieser Überprüfung ist, dass in allen Merkmalen, mit Ausnahme des Alters, die Zusammensetzung der Befragten sehr gut der Zusammensetzung der Stichprobe entspricht.

Männer und Frauen haben sich etwa gleich stark an der Haupt- und Zusatzbefragung beteiligt (Tab. A 4). Eine leichte Unterrepräsentanz der Frauen bei einigen Gruppen erklärt sich durch die schlechte Beteiligung der alten Menschen (mit einem hohen Frauenanteil).

²⁾ Alle Angaben zur Stichprobe beziehen sich auf die an Link gelieferten Adressen und weichen daher leicht von der BSV-Stichprobe ab.

Tabelle A 4: Vergleich Stichprobe/Befragung nach Geschlecht

	Stichprobe	bereinigte Stichprobe	Response ¹⁾ (Haupt- befragung)	Response ¹⁾ (Zusatz- befragung)
	- % -			
traditionell (oblig. Kassen)				
Männer	45,5	44,9	46,3	45,8
Frauen	54,5	55,1	53,7	54,2
Summe	100,0	100,0	100,0	100,0
n	4.077	3.739	2.642	2.164
HMO				
Männer	53,2	53,4	53,3	52,9
Frauen	46,8	46,6	46,7	47,1
Summe	100,0	100,0	100,0	100,0
n	1.198	1.082	865	780
Bonus				
Männer	59,7	59,0	60,3	60,9
Frauen	40,3	41,0	39,7	39,1
Summe	100,0	100,0	100,0	100,0
n	1.153	1.064	923	854
Franchise (oblig. Kassen)				
Männer	52,7	52,6	52,3	52,9
Frauen	47,3	47,4	47,7	47,1
Summe	100,0	100,0	100,0	100,0
n	541	494	367	309
traditionell (freiw. Kassen)				
Männer	47,9	48,0	49,9	49,2
Frauen	52,1	52,0	50,1	50,8
Summe	100,0	100,0	100,0	100,0
n	599	539	339	268
Franchise (freiw. Kassen)				
Männer	50,2	48,1	49,1	49,5
Frauen	49,8	51,9	50,9	50,5
Summe	100,0	100,0	100,0	100,0
n	608	549	405	325

- 1) Telefonische Interviews
 2) schriftliche Fragebogen

Die Beteiligung der Versicherten an der Hauptbefragung entspricht in Bezug auf die einzelnen **Regionen** bei Bonus- oder traditionell Versicherten der freiwilligen Kassen den Relationen des Stichprobenplans. Bei den anderen Versicherungsformen³⁾ wurden kleinere Abweichungen festgestellt, die aber überwiegend innerhalb der statistischen Fehlergrenzen liegen (Tab A 5).

Das Antwortverhalten der Versicherten an der Zusatzbefragung ist weitgehend unabhängig von den Regionen.

Tabelle A 5: Vergleich Stichprobe/Befragung nach Regionentypen

	Stichprobe	bereinigte Stichprobe	Response (Hauptbefrag.)	Response (Zusatzbefrag.)
	- % -			
traditionell (oblig. Kassen)				
Region 1	29,0	29,6	30,4	30,7
Region 2	9,3	9,2	8,3	7,8
Region 3	33,9	33,5	35,3	35,5
Region 4	27,8	27,7	26,0	26,0
Summe	100,0	100,0	100,0	100,0
Bonus				
Region 1 + 2	31,4	30,8	30,9	30,5
Region 3	41,7	42,6	42,1	43,1
Region 4	26,9	26,6	27,0	26,4
Summe	100,0	100,0	100,0	100,0
Franchise (oblig. Kassen)				
Region 1 + 2	46,3	46,2	31,0	31,4
Region 3	28,4	28,7	29,5	28,8
Region 4	25,3	25,1	39,5	39,8
Summe	100,0	100,0	100,0	100,0
traditionell (freiwill. Kassen)				
Region 1 + 2	31,1	30,7	31,0	31,4
Region 3	29,1	29,9	29,5	28,8
Region 4	39,7	39,4	39,5	39,8
Summe	100,0	100,0	100,0	100,0
Franchise (freiwill. Kassen)				
Region 1 + 2	50,5	50,2	48,9	50,8
Region 3	24,8	23,8	24,4	22,2
Region 4	24,8	26,0	26,7	27,0
Summe	100,0	100,0	100,0	100,0

³⁾ Bei der HMO-Versicherung wurde nicht nach Regionen differenziert.

Die grössten Verschiedenheiten im Antwortverhalten zeigen sich zwischen den **Altersgruppen** (vgl. Tab. A 6). Allgemein kann gesagt werden, dass sich die Gruppe der **über 75-Jährigen** zu wenig an der Befragung beteiligt hat und bei allen Versicherungsformen in der Befragung deutlich unterrepräsentiert ist.⁴⁾ Bei einigen Versicherungstypen sind auch Personen zwischen 66 und 75 Jahren etwas zu wenig vertreten.

Eine leichte Unterrepräsentanz gilt bei den meisten Versicherungsformen auch für junge Menschen bis zu einem Alter von 25 Jahren. Bei Bezug auf die bereinigte Stichprobe verbessert sich die Repräsentanz dieser Altersgruppe. Das kommt dadurch zustande, dass junge Menschen öfter als andere Altersgruppen nicht erreicht werden konnten. Lediglich bei der HMO bleibt die Gruppe der Jungen weiterhin etwas zu wenig vertreten.

An der **Zusatzbefragung** haben, bezogen auf die Hauptbefragung, **junge Menschen etwas seltener teilgenommen**, die übrigen Altersgruppen (auch die älteren Jahrgänge) sind sehr gut repräsentiert.

Tabelle A 6: Vergleich Stichprobe/Befragung nach Alter

Alter	Stichprobe	bereinigte Stichprobe	Response (Hauptbefrag.)	Response (Zusatzbefrag.)
	- % -			
traditionell (oblig. Kassen)				
- 25	15,7	15,0	16,0	14,7
26 - 35	20,4	19,5	20,4	20,6
36 - 45	18,4	18,8	20,1	20,8
46 - 55	16,4	16,8	17,6	18,1
56 - 65	11,7	12,0	12,8	13,3
66 - 75	10,1	10,6	9,5	9,2
76 +	7,2	7,3	3,7	3,3
Summe	100,0	100,0	100,0	100,0
HMO				
- 25	9,3	8,2	7,5	7,0
26 - 35	30,2	28,9	29,9	30,0
36 - 45	20,8	21,4	22,5	22,1
46 - 55	12,2	11,9	12,4	12,5
56 - 65	11,6	12,5	12,9	13,8
66 - 75	10,1	10,9	10,9	11,2
76 +	5,8	6,2	3,8	3,4
Summe	100,0	100,0	100,0	100,0

⁴⁾ Die Responsequote der über 75-Jährigen (Hauptbefragung) liegt zwischen 32 % bei den traditionell Versicherten und 41-48 % bei den Testgruppen.

Fortsetzung Tabelle A 6

Alter (in %)	Stichprobe	bereinigte Stichprobe	Response (Hauptbefrag.)	Response (Zusatzbefrag.)
Bonus				
- 25	18,4	17,4	17,7	16,3
26 - 35	46,2	46,6	47,5	47,6
36 - 45	12,8	13,1	13,4	14,0
46 - 55	8,2	8,4	8,6	9,1
56 - 65	6,0	6,3	6,6	6,8
66 - 75	6,2	6,0	5,0	5,1
76 +	2,2	6,0	5,0	5,1
Summe	100,0	100,0	100,0	100,0
Franchise (oblig. Kassen)				
- 25	15,3	14,8	14,4	12,1
26 - 35	13,5	12,7	13,9	13,4
36 - 45	15,7	16,0	15,3	14,7
46 - 55	19,2	19,1	19,9	20,3
56 - 65	11,3	11,1	12,5	13,7
66 - 75	17,9	19,1	19,1	20,9
76 +	7,0	7,2	4,9	4,9
Summe	100,0	100,0	100,0	100,0
traditionell (freiwill. Kassen)				
- 25	14,7	13,0	14,2	13,6
26 - 35	20,0	19,8	21,5	20,1
36 - 45	17,9	18,5	20,6	20,8
46 - 55	12,5	12,8	14,2	15,2
56 - 65	11,2	11,9	12,7	13,3
66 - 75	11,2	11,3	10,9	10,6
76 +	12,5	12,8	5,9	6,4
Summe	100,0	100,0	100,0	100,0
Franchise (freiwill. Kassen)				
- 25	10,0	9,7	10,6	8,9
26 - 35	25,2	24,0	26,2	25,1
36 - 45	22,9	23,4	24,2	24,1
46 - 55	20,2	20,8	22,0	21,9
56 - 65	6,1	5,8	6,4	7,9
66 - 75	9,0	9,5	7,2	8,3
76 +	6,6	6,9	3,5	3,8
Summe	100,0	100,0	100,0	100,0

Die unterschiedliche Beteiligung der einzelnen **Altersgruppen** sowohl an der Haupt- als auch an der Zusatzbefragung ist weitgehend **unabhängig vom Geschlecht** und von den einzelnen Regionen (vgl. Tab. A 7 und A 8).

	Stichprobe			bereinigte Stichprobe			Response (Hauptbefragung)			Response (Zusatzbefragung)		
	18-45	46-65	66 +	18-45	46-65	66 +	18-45	46-65	66 +	18-45	46-65	66 +
traditionell (oblig. Kassen)												
Männer (in %)	49,8	44,8	33,4	48,5	45,1	33,9	48,8	46,1	35,9	47,8	45,9	36,5
Frauen (in %)	50,2	55,2	66,6	51,5	54,9	66,1	51,2	53,9	64,1	52,2	54,1	63,5
Summe	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
HMO												
Männer (in %)	54,6	51,6	50,3	55,8	49,6	50,3	56,5	47,9	49,6	55,9	48,5	48,6
Frauen (in %)	45,4	48,4	49,7	44,2	50,4	49,7	43,5	52,1	50,4	44,1	51,5	51,4
Summe	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Bonus												
Männer (in %)	61,5	54,3	52,1	61,2	53,2	48,8	62,2	55,0	50,0	62,9	55,0	51,0
Frauen (in %)	38,5	45,7	47,9	38,8	46,8	51,2	37,8	45,0	50,0	37,1	45,0	49,0
Summe	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Franchise (oblig. Kassen)												
Männer (in %)	56,8	45,5	54,1	56,1	45,6	54,7	54,4	44,5	59,1	55,3	45,2	59,5
Frauen (in %)	43,2	54,4	45,9	43,9	54,4	45,3	45,6	55,5	40,9	44,7	54,8	40,5
Summe	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
traditionell (freiw. Kassen)												
Männer (in %)	50,5	45,8	44,4	50,0	46,6	45,3	49,7	47,3	54,4	47,9	45,3	60,0
Frauen (in %)	49,5	54,2	55,6	50,0	53,4	54,7	50,3	52,7	45,6	52,1	54,7	40,0
Summe	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Franchise (freiw. Kassen)												
Männer (in %)	50,4	55,0	41,1	46,6	55,9	40,9	46,2	53,9	53,5	46,4	51,1	60,5
Frauen (in %)	49,6	45,0	58,9	53,4	44,1	59,1	53,8	46,1	46,5	53,6	48,9	39,5
Summe	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabella A7: Vergleich Stichprobe/Befragung nach Alter und Geschlecht

Tabelle A8

Vergleich Stichprobe/Befragung nach Alter und Region

	Stichprobe			bereinigte Stichprobe			Response (Hauptbefragung)			Response (Zusatzbefragung)		
	18-45	46-65	66 +	18-45	46-65	66 +	18-45	46-65	66 +	18-45	46-65	66 +
traditionell (oblig. Kassen)												
Region 1	26,5	32,8	30,5	27,1	33,6	30,4	28,1	33,8	32,2	28,6	35,3	28,5
Region 2	8,0	8,9	14,0	7,8	8,7	13,8	7,2	8,6	12,6	6,2	8,3	13,7
Region 3	36,7	31,8	28,6	36,5	30,8	29,2	37,6	31,7	33,3	38,1	30,5	36,5
Region 4	28,8	26,5	26,9	28,6	26,9	26,6	27,1	25,8	21,8	27,1	25,9	21,3
Summe	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Bonus												
Region 1 + 2	30,0	38,7	31,3	29,4	37,8	31,4	29,5	38,6	29,3	29,0	37,4	31,4
Region 3	42,1	40,5	40,6	43,1	41,0	40,7	43,2	39,3	36,2	43,8	41,2	39,2
Region 4	27,9	20,9	28,1	27,5	21,2	27,9	27,3	22,1	34,5	27,2	21,4	29,4
Summe	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Franchise (oblig. Kassen)												
Region 1 + 2	41,1	51,5	49,3	40,1	53,7	47,7	33,1	52,9	42,0	30,9	51,9	40,5
Region 3	31,1	25,8	26,9	31,6	25,2	28,1	35,0	26,1	30,7	36,6	26,0	32,9
Region 4	27,8	22,7	23,9	28,3	21,1	24,2	31,9	21,0	27,3	32,5	22,1	26,6
Summe	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
traditionell (freiw. Kassen)												
Region 1 + 2	31,3	29,6	32,4	30,9	29,8	31,3	29,3	31,9	35,1	30,6	32,0	33,3
Region 3	29,4	29,6	28,1	30,1	31,3	28,1	29,8	33,0	22,8	27,8	33,3	24,4
Region 4	39,3	40,8	39,6	39,0	38,9	40,6	40,8	35,2	42,1	41,7	34,7	42,2
Summe	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Bei allen Versicherungsformen spiegelt die **Zusatzbefragung** die Hauptbefragung hinsichtlich der Merkmale **Gesundheitszustand**, **Schulbildung** und **Haushaltseinkommen** exakt wider⁵⁾, so dass hier keine Verzerrungen aufgetreten sind (vgl. Tab. A 9 bis A 12).

Das gilt mit einer Ausnahme auch für die **Haushaltsgrösse**: Lediglich bei traditionell (obligatorischen Kassen) Versicherten haben sich Ein-Personen-Haushalte zu wenig an der Zusatzbefragung beteiligt. Während der Anteil dieser Haushalte bei der Hauptbefragung noch 17,4 % ausmachte, betrug dieser bei der schriftlichen Zusatzbefragung nur noch 15,7 %.

Tabelle A 9: Vergleich Hauptbefragung/Zusatzbefragung nach Gesundheitszustand

Gesundheitszustand		ausgezeichnet	gut	nicht besonders gut	schlecht	keine Antwort	Summe
traditionell (oblig. Kassen)	Hauptbefr.	34,1	55,6	9,4	0,7	0,3	100
	Zusatzbefr.	35,1	55,5	8,9	0,5	–	100
HMO	Hauptbefr.	41,3	52,5	5,5	0,5	0,2	100
	Zusatzbefr.	41,7	52,2	5,5	0,5	–	100
Bonus	Hauptbefr.	56,3	41,7	1,7	0,2	–	100
	Zusatzbefr.	56,7	41,4	1,7	0,2	–	100
Franchise	Hauptbefr.	36,5	58,3	4,4	0,3	0,5	100
	Zusatzbefr.	38,9	56,2	3,9	0,3	0,7	100
traditionell (freiw. Kassen)	Hauptbefr.	27,4	61,4	10,6	0,3	0,3	100
	Zusatzbefr.	27,3	62,1	9,8	0,4	0,4	100
Franchise (freiw. Kassen)	Hauptbefr.	37,8	56,8	5,2	0,2	–	100
	Zusatzbefr.	34,0	61,0	4,8	0,3	–	100

⁵⁾ auf einem statistischen Fehlerniveau von 5 %

Tabelle A 10: Vergleich Hauptbefragung/Zusatzbefragung nach Haushaltsgrösse

Haushaltsgrösse		1	2	3	4	5+	Summe
traditionell (oblig. Kassen)	Hauptbefr.	17,4	31,0	18,7	21,3	11,6	100
	Zusatzbefr.	15,7	32,0	18,7	21,9	11,7	100
HMO	Hauptbefr.	34,2	37,2	14,3	9,7	4,5	100
	Zusatzbefr.	33,4	38,0	14,3	9,9	4,5	100
Bonus	Hauptbefr.	25,7	31,7	15,7	18,5	8,3	100
	Zusatzbefr.	24,8	31,4	16,3	18,8	8,7	100
Franchise	Hauptbefr.	16,6	35,4	16,9	24,5	6,5	100
	Zusatzbefr.	17,3	37,6	15,4	23,9	5,9	100
traditionell (freiwill. Kassen)	Hauptbefr.	18,9	32,7	23,0	19,5	5,9	100
	Zusatzbefr.	16,7	32,6	23,9	21,2	5,7	100
Franchise (freiwill. Kassen)	Hauptbefr.	17,5	33,3	16,8	22,2	10,1	100
	Zusatzbefr.	14,3	37,1	16,8	20,6	11,1	100

Tabelle A 11: Vergleich Hauptbefragung/Zusatzbefragung nach Einkommen

Haushaltseinkommen		bis 2000	2000- 4000	4000- 6000	6000- 8000	8000- 10.000	über 10.000	keine Antwort	Σ
traditionell (oblig. Kassen)	Hauptbefr.	5,2	18,8	26,6	19,5	9,2	10,1	10,5	100
	Zusatzbefr.	4,6	17,9	27,6	20,6	9,8	10,6	8,9	100
HMO	Hauptbefr.	5,3	22,3	30,5	18,7	9,2	8,4	5,4	100
	Zusatzbefr.	5,0	22,2	31,1	18,4	10,0	8,4	4,9	100
Bonus	Hauptbefr.	3,6	14,6	31,6	19,6	12,6	11,1	6,9	100
	Zusatzbefr.	3,5	13,6	32,6	20,6	12,7	10,7	6,4	100
Franchise	Hauptbefr.	3,0	11,2	21,3	16,3	14,2	20,4	13,6	100
	Zusatzbefr.	3,6	10,5	22,5	16,7	14,1	22,2	10,5	100
traditionell (freiwill. Kassen)	Hauptbefr.	6,5	29,2	24,2	16,8	5,9	7,1	10,3	100
	Zusatzbefr.	6,1	28,8	23,5	18,6	5,7	7,2	10,2	100
Franchise (freiwill. Kassen)	Hauptbefr.	3,0	15,3	27,2	20,7	10,9	15,1	7,9	100
	Zusatzbefr.	2,5	13,0	30,5	20,3	10,8	15,6	7,3	100

Tabelle A 12: Vergleich Hauptbefragung/Zusatzbefragung nach Schulbildung

Schulbildung		keine	Primar-u. Sekund.- schule, Lehre	Mittel-u. Maturit.- schule Technik.- schule	Höhere Fach- schule Uni/Hoch- schule	Sonstige Ausbil- dung/ keine Angaben	Summe
traditionell (oblig. Kassen)	Hauptbefr.	0,7	74,6	15,8	8,0	0,9	100
	Zusatzbefr.	0,6	73,6	16,6	8,6	0,7	100
HMO	Hauptbefr.	0,9	62,3	17,2	18,7	0,8	100
	Zusatzbefr.	0,7	62,0	17,9	18,8	0,7	100
Bonus	Hauptbefr.	–	66,2	21,7	11,5	0,7	100
	Zusatzbefr.	–	67,1	21,4	10,9	0,6	100
Franchise	Hauptbefr.	0,3	52,6	23,4	22,6	1,1	100
	Zusatzbefr.	–	67,1	21,4	10,9	0,6	100
traditionell (freiwill. Kassen)	Hauptbefr.	0,6	73,7	14,7	10,3	0,6	100
	Zusatzbefr.	0,4	73,0	15,9	9,5	1,2	100
Franchise (freiwill. Kassen)	Hauptbefr.	0,5	62,2	18,5	16,8	2,0	100
	Zusatzbefr.	0,6	59,4	19,0	18,7	2,2	100

Abgesehen von der Unterrepräsentanz der Hochbetagten besteht noch ein gewichtiger Unterschied in der Beteiligung an der Befragung: In der **Suisse Romande** ist die Beteiligung deutlich schlechter als in den anderen Landesteilen. Das gilt für alle Versichertengruppen. Auch in anderen Untersuchungen ist die Suisse Romande meist schlechter vertreten, es liegt also kein themenspezifisches Verhalten vor.

Häufiger noch als die Versicherten der obligatorischen Kassen in der Suisse Romande haben die der freiwilligen Kassen ihre Beteiligung verweigert.

Tabelle A 13: Vergleich Hauptbefragung/Zusatzbefragung nach Landesteilen

	Stichprobe	bereinigte Stichprobe	Response (Hauptbefrag.)	Response (Zusatzbefrag.)
	- % -			
traditionell (oblig. Kassen)				
franz. Schweiz	16,5	16,0	13,8	13,0
deutsche Schweiz	79,1	79,7	82,0	83,2
italien. Schweiz	4,4	4,3	4,2	3,8
Summe	100	100	100	100
Bonus				
franz. Schweiz	8,6	8,5	7,8	7,0
deutsche Schweiz	87,7	87,6	88,4	88,8
italien. Schweiz	3,7	3,9	3,8	4,1
Summe	100	100	100	100
Franchise (oblig. Kassen)				
franz. Schweiz	44,3	42,4	39,1	38,7
übrige Schweiz*)	55,7	57,6	60,9	61,3
Summe	100	100	100	100
traditionell (freiwill. Kassen)				
franz. Schweiz	45,1	43,5	36,1	32,7
übrige Schweiz*)	54,9	56,5	63,9	67,3
Summe	100	100	100	100
Franchise (freiwill. Kassen)				
franz. Schweiz	50,0	47,8	42,2	41,0
übrige Schweiz*)	50,0	52,2	57,8	59,0
Summe	100	100	100	100

*) Deutsche und italienische Schweiz wurden zusammengefasst, da n < 30 bei italienischer Schweiz.

Auch in der **HMO-Nacherhebung** gibt es nur geringe Abweichungen in der Struktur von Stichprobe und Befragten (Tab. A 14). Die leichte Unterrepräsentanz der Jungen und Alten wurde durch Umgewichtung aufgehoben.

Tabelle A 14: Vergleich der Struktur von Stichprobe und Befragung (Nachbefragung)

	Stichprobe	bereinigte Stichprobe	Response Hauptbefrag.	Response schriftl. Befrag.
	- % -			
Alter				
bis 25 Jahre	13	12	12	10
26 - 35 Jahre	31	30	30	29
36 - 45 Jahre	17	18	18	18
46 - 55 Jahre	12	12	12	12
56 - 65 Jahre	12	12	12	13
66 - 75 Jahre	11	12	13	14
76 Jahre und älter	4	4	3	4
Summe	100	100	100	100
Geschlecht				
Männer	51	50	50	49
Frauen	49	50	50	51
Summe	100	100	100	100
Gesundheitszustand				
ausgezeichnet	-	-	40	41
gut	-	-	53	52
nicht besonders/schlecht	-	-	7	7
Summe	-	-	100	100

Die Zusammensetzung der HMO-Befragten entspricht in etwa der Grösse der drei HMOs Ende 1991:

	Versicherte Ende 1991		Befragte	
IGAK Zürich	3.863	63 %	822	65 %
MZH	1.236	20 %	216	17 %
IGAK Basel	1.069	17 %	226 ¹⁾	18 %
	6.168		1.264	

1) davon 43 aus der 1. Welle

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 in den folgenden Kapiteln ausgewiesen, spielt die Frage des Gewichts, mit dem die einzelne HMO in die Gesamtergebnisse eingeht, keine grosse Rolle.

A 3.3 Umgewichtung

Für die Auswertung wurde die Struktur der Befragten auf die Struktur der jeweiligen Grundgesamtheit umgewichtet. Dabei waren zwei Schritte zu berücksichtigen:

- Die disproportionale Stichprobe in einzelnen Altersgruppen
- die Abweichungen zwischen der Struktur der Stichprobe und der Befragten wegen selektiver Responsequoten.

Disproportionale Stichprobe

Überrepräsentation von **Region Typ 1** bei traditionell Versicherten (obligatorische Kassen): Zur Bildung einer Vergleichsgruppe "traditionell Versicherte" zu Bonus- u. Franchise-Versicherten wurde die Stichprobe in Region Typ 1 auf ihren tatsächlichen Anteil in der Grundgesamtheit heruntergewichtet.

$$\text{Regionales Gewicht } g_{\text{reg}} = \frac{\text{Anteil der Region 1 in der Grundgesamtheit}}{\text{Anteil der Region 1 in der Stichprobe}}$$

Über-/Unterrepräsentation einzelner **Altersgruppen**: Die Altersgruppen wurden entsprechend ihrem tatsächlichen Anteil in der Grundgesamtheit umgewichtet. Das war nur bei Bonus und Franchise notwendig.

Gewicht der 3 Altersgruppen (bis 45 Jahre / 46-65 Jahre / 66 Jahre und älter)

$$g_{\text{alt1}} = \frac{\text{Anteil der Altersgruppe in der Grundgesamtheit}}{\text{Anteil der Altersgruppe in der Stichprobe}}$$

Abweichungen Struktur Stichprobe/Struktur Befragte:

Umgewichtet wurde nur hinsichtlich des Alters, da in den anderen soziodemographischen Merkmalen keine bedeutenden Abweichungen bestanden (bzw. mit dem Alter zusammenhängen). Die Umgewichtungen beziehen sich auf 6 Altersgruppen: bis 25 Jahre / 26 bis 35 Jahre / 36 bis 45 Jahre / 46 bis 65 Jahre / 66 bis 75 Jahre / 76 Jahre und älter.

Gewicht der Altersstruktur

$$g_{\text{alt}2} = \frac{\text{Anteil der Altersgruppe in der Stichprobe}}{\text{Anteil der Altersgruppe bei den Befragten}}$$

Durch Multiplikation der beiden Gewichtungsfaktoren wurde das Gewicht ermittelt, das jedem einzelnen Fall zugeordnet wird.

	$g_{\text{reg}} * g_{\text{alt}2}$	traditionell (oblig. Kassen)
Gesamtgewicht $g =$	$g_{\text{alt}1} * g_{\text{alt}2}$	Bonus, Franchise (beide Kassen)
	$g_{\text{alt}2}$	HMO, traditionell (freiw. Kassen)

Die Anzahl Befragte der einzelnen Versichertengruppen (n) wurde jeweils konstant gehalten.⁶⁾

Die Unterrepräsentanz der Suisse Romande wurde nicht durch Umgewichtung korrigiert, da sie bei allen Vergleichsgruppen besteht und die Annahme plausibel schien, dass dadurch der (zentrale) Vergleich zwischen den einzelnen Versichertengruppen nicht tangiert wird.

⁶⁾ Geringfügige Abweichungen sind durch Rundungen bedingt.

Anhang 4

Diskrepanzen in der Zuordnung zu Versichertengruppen

A 4 Diskrepanzen in der Zuordnung zu Versichertengruppen

Es bestanden schon zwischen der Ausgangsstichprobe des BSV und den von den Versicherungen übermittelten Adressen Differenzen in der Zuordnung zu den Versichertengruppen. In rd. 3 % der Fälle musste die Versicherungsart korrigiert werden. Weitere Differenzen bestehen zwischen den Angaben der Befragten zu ihrer Versicherungsart und der diesbezüglichen (von den Versicherungen bereinigten) Stichprobenzuordnung. Die folgende Tabelle A 15 zeigt die Zuordnungsunterschiede.

Die geringste Zuordnungsdifferenz besteht bei HMO-Versicherten: 93 % der lt. Stichprobe HMO-Versicherten haben sich auch in der Befragung als HMO-Versicherte bezeichnet und nur 5 Personen, die lt. Stichprobe nicht in der HMO versichert sind, sagten, sie seien bei einer HMO. Etwas grösser sind die Abweichungen schon beim Bonus. Eklatante Zuordnungsprobleme bestehen jedoch bei der **wählbaren Jahresfranchise**: sowohl bei den obligatorischen als auch bei den freiwilligen Kassen wollten nur drei Viertel der Befragten, die lt. Stichprobe eine höhere Jahresfranchise haben, dies bestätigen, umgekehrt gaben 4 % bzw. 5 % der lt. Stichprobe traditionell Versicherten an, eine höhere Jahresfranchise gewählt zu haben.

Das Problem wurde frühzeitig erkannt und es wurden folgende Schritte unternommen:

- Die Versicherungen wurden gebeten, bei der vom BSV gelieferten Stichprobe möglichst die Versicherungsform zu überprüfen. Dies hat zu einigen Korrekturen geführt.

- Da nach wie vor Abweichungen zu registrieren waren, wurden ab Mai Zusätze in den Fragebogen aufgenommen.¹⁾ Wer angab, kein HMO-, Bonus-, Franchise-Versicherter zu sein, obwohl er dies lt. Stichprobe war, wurde gefragt, ob er früher diese Versicherungsform hatte. Wer einer der Test-Versicherungsformen zugehören wollte, obwohl er lt. Stichprobe traditionell Versicherter war, wurde nach der Dauer der Zugehörigkeit gefragt. Mit diesen Kontrollen konnten jedoch nur wenige Fälle aufgeklärt werden.

Unmittelbar nach Feldende wurde eine Liste der strittigen Fälle erstellt, die noch einmal überprüft werden sollten. Diese Überprüfung erfolgte aber erst so spät, dass sie bei der Auswertung nicht mehr berücksichtigt werden konnte. Da sie in den meisten Fällen die Zuordnung lt. Stichprobe bestätigt (Tab. A 16), ist der Fehler klein und es hat sich nachträglich gerechtfertigt, die Versicherungsart der Stichprobe zugrunde zu legen.

¹⁾ Nachfragen bei Diskrepanz waren von vornherein in den Fragebogen eingebaut.

Tabelle A15: Versicherungsart laut Stichprobe und nach Angaben der Befragten

Befragung	Stichprobe											
	Obligatorische Kassen								Freiwillige Kassen			
	HMO ¹⁾		Bonus		Franchise		Traditionell		Franchise		Traditionell	
HMO	800	93 %	-	-	1	-	4	-	-	-	-	-
Bonus	4	-	800	87 %	4	1 %	71	3 %	8	2 %	-	-
Franchise	1	-	7	1 %	270	74 %	99	4 %	307	76 %	18	5 %
Traditionell	60	7 %	116	12 %	92	25 %	2468	93 %	90	22 %	321	95 %
Summe	865	100 %	923	100 %	367	100 %	2642	100 %	405	100 %	339	100 %

1) Nur Befragung 91/92

Es bieten sich folgende Erklärungsansätze an:

- Das Franchise-System war zum Zeitpunkt der Befragung in der Umstellung - z.B. von Quartals-Franchisen auf Jahres-Franchisen, von kassenspezifischen Franchisen auf die neu vorgegebenen einheitlichen Franchisegruppen. Angesichts der insgesamt geringen Kenntnisse in Fragen der Krankenversicherung ist es plausibel, dass insbesondere bezüglich der Franchisen erhebliche Verwirrung herrschte.
- Versicherungsfragen werden häufig von einer Person im Haushalt erledigt: von Vater oder Mutter für die Kinder und Jugendlichen, von Mann oder Frau für den Rest der Familie. Dabei ist nicht auszuschliessen, dass die anderen Personen nur sehr oberflächlich oder gar nicht über Details ihrer Krankenversicherung Bescheid wissen.

Prüft man den Anteil der nicht übereinstimmenden Zuordnungen für Altersgruppen, Geschlecht und nach Haushaltsgrösse, zeigt sich folgendes:

- **Franchise:** Die 18-20-Jährigen haben die höhere Franchise fast durchweg **nicht** bestätigt, obwohl im Fragebogen ihre Sondersituation berücksichtigt war. Das wirkt sich vor allem bei den obligatorischen Kassen (mit einem relativ hohen Anteil bis 20-Jähriger unter den Versicherten mit höherer Jahresfranchise) aus. Frauen haben die Einstufung deutlich seltener bestätigt als Männer (rd. 70 % bzw. gut 80 %).
- **Bonus:** Bei den 18-20-Jährigen, den (wenigen) ab 75-Jährigen und den Mehrpersonen-Haushalten kommen überdurchschnittlich häufig Zuordnungsfehler vor.
- **HMO:** Hier ist kein Muster erkennbar.
- **Traditionell Versicherte:** Die Zuordnungsfehler sind bei Männern (8 %) grösser als bei Frauen (4 %).

Zur Überprüfung der Versicherungsart wurden alle Krankenkassen, bei denen mehr als 10 mögliche Fehleinstufungen vorkamen, gebeten, die Zuordnung zu überprüfen. Für die insgesamt 513 überprüften Fälle ergibt sich folgendes Ergebnis:

Tabelle A 16: Überprüfung der Versicherungseinstufung

Versicherungsart lt. Stichprobe, von den Befragten nicht bestätigt	nach Kontrolle durch Kassen						
	insg.	Stich- probenein- stufung bestätigt	Abgang	trad.	HMO	Bonus	WJF
Traditionell	176	75	11	1	2	44	43
HMO	65	57	8	–	–	–	–
Bonus	112	86	16	7	–	–	3
Franchise	158	108	12	38	–	–	–
Summe	511 ¹⁾	326	47	46	2	44	47

1) 2 Fälle bei Kassen nicht gefunden

Offenkundig lag der "Fehler" also meist bei den Befragten.

Beiträge zur sozialen Sicherheit

In dieser Reihe veröffentlicht das Bundesamt für Sozialversicherung Forschungsberichte (fett gekennzeichnet) sowie weitere Beiträge aus seinem Fachgebiet. Bisher wurden publiziert:

	Bezugsquelle Bestellnummer
Forschungsbericht: Wolfram Fischer, Möglichkeiten der Leistungsmessung in Krankenhäusern: Überlegungen zur Neugestaltung der schweizerischen Krankenhausstatistik. Nr. 1/94	EDMZ* 318.010.1/94 d
Rapport de recherche: André Bender, M. Philippe Favarger, Dr. Martin Hoesli: Evaluation des biens immobiliers dans les institutions de prévoyance. N° 2/94	OCFIM* 318.010.2/94 f
Forschungsbericht: Hannes Wüest, Martin Hofer, Markus Schweizer: Wohneigentumsförderung – Bericht über die Auswirkungen der Wohneigentumsförderung mit den Mitteln der beruflichen Vorsorge. Nr. 3/94	EDMZ* 318.010.3/94 d
Forschungsbericht: Richard Cranovsky: Machbarkeitsstudie des Technologiebewertungsregister. Nr. 4/94	EDMZ* 318.010.4/94 d
Forschungsbericht: BRAINS: Spitex-Inventar. Nr. 5/94	EDMZ* 318.010.5/94 d
Forschungsbericht: Jacob van Dam, Hans Schmid: Insolvenzversicherung in der beruflichen Vorsorge. Nr. 1/95	EDMZ* 318.010.1/95 d
Forschungsbericht: BASS: Tobias Bauer. Literaturrecherche: Modelle zu einem garantierten Mindesteinkommen. Nr. 2/95	EDMZ* 318.010.2/95 d
Forschungsbericht: IPSO: Peter Farago. Verhütung und Bekämpfung der Armut: Möglichkeiten und Grenzen staatlicher Massnahmen. Nr. 3/95	EDMZ* 318.010.3/95 d
Bericht des Eidgenössischen Departementes des Innern zur heutigen Ausgestaltung und Weiterentwicklung der schweizerischen 3-Säulen-Konzeption der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge. Oktober 1995	EDMZ* 318.012.1/95 d/i
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil I	BSV** 96.217
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil II	BSV** 96.538
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen" (IDA FiSo 1): Bericht über die Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (unter besonderer Berücksichtigung der demographischen Entwicklung).	EDMZ* 318.012.1/96 d
Forschungsbericht: Laura Cardia-Vonèche et al.: Familien mit alleinerziehenden Eltern. Nr. 1/96	EDMZ* 318.010.1/96 d
Bericht der Arbeitsgruppe "Datenschutz und Analysenliste / Krankenversicherung". Nr. 2/96	BSV** 96.567

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

+ OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne

** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

Beiträge zur sozialen Sicherheit

In dieser Reihe veröffentlicht das Bundesamt für Sozialversicherung Forschungsberichte (fett gekennzeichnet) sowie weitere Beiträge aus seinem Fachgebiet. Bisher wurden publiziert:

	Bezugsquelle Bestellnummer
Berufliche Vorsorge: Neue Rechnungslegungs- und Anlagevorschriften; Regelung des Einsatzes der derivativen Finanzinstrumente; Verordnungstext / Erläuterungen / Fachempfehlungen. Nr. 3/96	EDMZ* 318.010.3/96 d
Forschungsbericht: Martin Wechsler, Martin Savioz: Umverteilung zwischen den Generationen in der Sozialversicherung und im Gesundheitswesen. Nr. 4/96	EDMZ* 318.010.4/96 d
Forschungsbericht: Wolfram Fischer: Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich. Nr. 1/97	EDMZ* 318.010.1/97 d
Forschungsbericht: Infrac: Festsetzung der Renten beim Altersrücktritt und ihre Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung. Überblick über die Regelungen in der EU. Nr. 2/97	EDMZ* 318.010.2/97 d
Forschungsbericht: Heinz Schmid: Prämien genehmigung in der Krankenversicherung. Expertenbericht. Nr. 3/97	EDMZ* 318.010.3/97 d
Forschungsbericht: Eine Zusammenarbeit zwischen IPSO und Infrac: Perspektive der Erwerbs- und Lohnquote. Nr. 4/97	EDMZ* 318.010.4/97 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher, BASS: Auswirkungen von Regelungen des AHV-Rentenalters auf die Sozialversicherungen, den Staatshaushalt und die Wirtschaft. Nr. 5/97	EDMZ* 318.010.5/97 d
Forschungsbericht: Günther Latzel, Christoph Andermatt, Rudolf Walther, BRAINS: Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit. Band I und II. Nr. 6/97	EDMZ* 318.010.6/97 d
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (IDA FiSo) 2": Analyse der Leistungen der Sozialversicherungen; Konkretisierung möglicher Veränderungen für drei Finanzierungsszenarien.	EDMZ* 318.012.1/97 d

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne

** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

Beiträge zur sozialen Sicherheit

In dieser Reihe veröffentlicht das Bundesamt für Sozialversicherung Forschungsberichte (fett gekennzeichnet) sowie weitere Beiträge aus seinem Fachgebiet. Bisher wurden publiziert:

	Bezugsquelle Bestellnummer
Publikationen zur Untersuchung "Neue Formen der Krankenversicherung"	
Übersicht	
Forschungsbericht: Rita Baur, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpf, Johannes Stock (Prognos AG): Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. Synthesebericht. Nr. 1/98	EDMZ* 318.010.1/98 d
Materialienberichte / Befragungen	
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Die Wahl der Versicherungsformen. Untersuchungsbericht 1. Nr. 2/98	EDMZ* 318.010.2/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Bewertung der ambulanten medizinischen Versorgung durch HMO-Versicherte und traditionell Versicherte. Untersuchungsbericht 2. Nr. 3/98	EDMZ* 318.010.3/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Selbstgetragene Gesundheitskosten. Untersuchungsbericht 3. Nr. 4/98	EDMZ* 318.010.4/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Armin Ming, Johannes Stock, Peter Lang (Prognos AG): Struktur, Verfahren und Kosten der HMO-Praxen. Untersuchungsbericht 4. Nr. 5/98	EDMZ* 318.010.5/98 d
Forschungsbericht: Johannes Stock, Rita Baur, Peter Lang (Prognos AG); Prof. Dr. Dieter Conen: Hypertonie-Management. Ein Praxisvergleich zwischen traditionellen Praxen und HMOs. Nr. 6/98	EDMZ* 318.010.6/98 d
Materialienberichte / Administrativdatenuntersuchung	
Forschungsbericht: Stefan Schütz et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Versicherte, Leistungen, Prämien und Kosten. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 1. Teil. Nr. 7/98	EDMZ* 318.010.7/98 d
Forschungsbericht: Herbert Känzig et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Alters- und Kostenverteilungen im Vergleich zu der traditionellen Versicherung. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 2. Teil. Nr. 8/98	EDMZ* 318.010.8/98 d
Rapport de recherche: Gabriel Sottas et al.: Données administratives de l'assurance-maladie: Analyse de qualité, statistique élémentaire et base pour les exploitations. N° 9/98	EDMZ* 318.010.9/98 f
Die Fragebogen der Versichertenbefragung (5 Teile) sind erhältlich bei: Bundesamt für Sozialversicherung, Sektion Statistik, Hr. Herbert Känzig, 3003 Bern (Tel. 031 / 322 91 48)	

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne

** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne