



Intensität der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der Schweizer Bevölkerung

Auswertung der Daten aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung

Schlussbericht

Thomas Volken¹, Matthias Bopp², Peter Rüesch¹

1: Forschungsstelle Gesundheitswissenschaften, ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

2: Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention (Arbeitsbereich Demografie und Gesundheitsstatistiken), Universität Zürich

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Winterthur/Zürich, November 2014

Impressum

Vertragsnummer:	14.007549
Laufzeit:	Juli 2014 – November 2014
Datenerhebungsperiode:	Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012
Projektleitung im BAG:	Gabriele Wiedenmayer, Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F) Der vorliegende Bericht wurde vom BAG extern in Auftrag gegeben, um eine unabhängige und wissenschaftlich fundierte Antwort auf zentrale Fragen zu erhalten. Die Interpretation der Ergebnisse, die Schlussfolgerungen und allfällige Empfehlungen an das BAG und andere Akteure können somit von der Meinung, respektive dem Standpunkt des BAG abweichen.
Bezug:	Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F), Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern forschung@bag.admin.ch
Korrespondenzadresse:	Forschungsstelle Gesundheitswissenschaften Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften Technikumstrasse 71 8401 Winterthur

Inhalt

Kurzzusammenfassung	1
<i>Abstract</i>	1
<i>Key Words</i>	1
<i>Einleitung</i>	1
<i>Methodik / Vorgehen</i>	1
<i>Resultate</i>	2
Résumé	4
<i>Abstract</i>	4
<i>Mots clés</i>	4
<i>Introduction</i>	4
<i>Méthode / Procédure</i>	4
<i>Résultats</i>	5
1 Einleitung	7
1.1 <i>Ausgangslage</i>	7
1.2 <i>Zielsetzungen, Fragestellungen</i>	7
1.3 <i>Aufbau des Berichts</i>	7
2 Datengrundlage und methodisches Vorgehen	8
2.1 <i>Messung der Inanspruchnahme in der SGB</i>	8
2.2 <i>Interne und externe Validierung</i>	9
2.3 <i>Operationalisierung der Inanspruchnahme</i>	10
2.4 <i>Latente Klassenanalyse</i>	12
2.5 <i>Bivariate und multivariate Analysen der extrahierten Nutzer-Cluster</i>	12
3 Resultate und Diskussion	13
3.1 <i>Deskriptive Analysen</i>	13
3.2 <i>Analyse latenter Klassen</i>	13
3.3 <i>Konfiguration der Nutzerprofile</i>	16
3.3.1 <i>Soziodemografie</i>	16
3.3.2 <i>Gesundheitszustand</i>	18
3.3.3 <i>Gesundheitsverhalten und Gesundheitseinstellungen</i>	19
3.3.4 <i>Krankenversicherung</i>	21
3.3.5 <i>Inanspruchnahme spezifischer Leistungen</i>	22
3.3.6 <i>Ausschluss von Personen mit schlechtem Gesundheitszustand</i>	25
3.3.7 <i>Fazit</i>	26
3.4 <i>Einflussgrößen der Inanspruchnahme</i>	27
3.4.1 <i>Soziodemografische Faktoren</i>	28
3.4.2 <i>Zugangsvoraussetzungen</i>	28
3.4.3 <i>Bedarf</i>	28
3.4.4 <i>Moderat-selektiv-Nutzende versus Moderatnutzende</i>	29
3.4.5 <i>Fazit</i>	29
4 Fazit	31

Referenzen	I
A Anhang zur Inanspruchnahme	II
<i>A.1 Deskriptive Analysen.....</i>	<i>II</i>
A.1.1 Arztkonsultationen insgesamt.....	II
A.1.2 Konsultationen in Allgemeinarztpraxen.....	II
A.1.3 Spezialarztkonsultationen	III
A.1.4 Stationäre Behandlungstage in Spitälern und Kliniken.....	IV
A.1.5 Konsultationen von nicht-ärztlichen Fachpersonen	V
A.1.6 Nutzung komplementärmedizinischer Angebote	V
A.1.7 Nutzung von Vorsorge- und Früherkennungsmassnahmen	VI
A.1.8 Medikamentenkonsum pro Tag.....	VII
A.1.9 Fazit	VIII
B Methoden-Anhang	IX
<i>B.1 Resultate der internen und externen Validierung</i>	<i>IX</i>
B.1.1 Interne Validierung	IX
B.1.2 Externe Validierung.....	IX
<i>B.2 Methodische Grenzen der Resultate.....</i>	<i>XII</i>
B.2.1 Verzerrung aufgrund spezifischer Selektion	XII
B.2.2 Verzerrung aufgrund von Antwortverweigerung	XII
B.2.3 Fazit	XIII
C Tabellen-Anhang	XV

Tabellenverzeichnis

Tabelle T.1: Nutzerprofile: Mittelwerte und Profilbelegung	15
Tabelle T.2: Soziodemografische Merkmale nach Nutzerprofil	17
Tabelle T.3: Gesundheitszustand nach Nutzerprofil	18
Tabelle T.4: Gesundheitsverhalten und Gesundheitseinstellungen nach Nutzerprofil	20
Tabelle T.5: Krankenversicherung nach Nutzerprofil	21
Tabelle T.6: Aufgeschlüsselte Inanspruchnahme nach Nutzerprofil	23
Tabelle T.7: Stationäre Behandlung (12 Monate) und chronische Erkrankung in der SGB 2012	25
Tabelle T.8: Beobachtungen je Nutzerprofil im Gesamtsample und im restringierten Sample	26
Tabelle T.9: Anzahl Arztbesuche nach Geschlecht und Altersgruppen (letzte 12 Monate)	II
Tabelle T.10: Anzahl Konsultationen in Allgemeinarztpraxen nach Geschlecht und Altersgruppen (letzte 12 Monate)	III
Tabelle T.11: Anzahl Spezialarztbesuche, ohne Frauenarzt nach Geschlecht und Altersgruppen (letzte 12 Monate)	IV
Tabelle T.12: Anzahl stationäre Spittage (letzte 12 Monate)	IV
Tabelle T.13: Anzahl Konsultationen nicht-ärztliche Fachpersonen nach Geschlecht und Altersgruppen (letzte 12 Monate)	V
Tabelle T.14: Anzahl Konsultationen Komplementärmedizin nach Geschlecht und Altersgruppen (letzte 12 Monate)	VI
Tabelle T.15: Anzahl Vorsorge-/Früherkennungsmassnahmen nach Geschlecht und Altersgruppen (letzte 12 Monate)	VI
Tabelle T.16: Anzahl Medikamente pro Tag (letzte 7 Tage) nach Geschlecht und Altersgruppen	VII
Tabelle T.17: SGB 2007 vs. 2012: Trends und regionale Unterschiede	X
Tabelle T.18: Kumulierte Anzahl ärztlicher Grundleistungen für Personen mit ständigem Wohnsitz in der Schweiz, SGB vs. Datenpool	XI
Tabelle T.19: Kumulierte Anzahl ambulanter und stationärer Behandlungen im Spital, nur Personen mit ständigem Wohnsitz in der Schweiz SGB vs. Datenpool	XI
Tabelle T.20: Kumulierte Anzahl stationäre Aufenthaltstage im Spital, nur Personen mit ständigem Wohnsitz in der Schweiz, Datenpool und SGB vs. MedStat	XII
Tabelle T.21: Soziodemografische Merkmale nach Nutzerprofil (restringiertes Sample)	XV
Tabelle T.22: Gesundheitszustand nach Nutzerprofil (restringiertes Sample)	XVI
Tabelle T.23: Gesundheitsverhalten und Gesundheitseinstellungen nach Nutzerprofil (restringiertes Sample)	XVII
Tabelle T.24: Krankenversicherung nach Nutzerprofil (restringiertes Sample)	XIX
Tabelle T.25: Aufgeschlüsselte Inanspruchnahme nach Nutzerprofil (restringiertes Sample)	XX
Tabelle T.26: Einflussgrössen der Inanspruchnahme: Multinomiale logistische Regression	XXII
Tabelle T.27: Einflussgrössen der Inanspruchnahme (Moderat-selektiv-Nutzende versus Moderatnutzende: Logistische Regression)	XXIV
Tabelle T.28: Durchschnittsalter nach Nutzerprofil und Interviewart	XXVI
Tabelle T.29: Geschlecht nach Nutzerprofil und Interviewart	XXVI
Tabelle T.30: Bildung nach Nutzerprofil und Interviewart	XXVI
Tabelle T.31: Sprachgebiet nach Nutzerprofil und Interviewart	XXVII
Tabelle T.32: Nationalität nach Nutzerprofil und Interviewart	XXVII
Tabelle T.33: Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand nach Nutzerprofil und Interviewart	XXVII
Tabelle T.34: Chronische Krankheit nach Nutzerprofil und Interviewart	XXVIII
Tabelle T.35: Psychische Belastung nach Nutzerprofil und Interviewart	XXVIII
Tabelle T.36: Funktionelle Einschränkungen nach Nutzerprofil und Interviewart	XXVIII
Tabelle T.37: Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten nach Nutzerprofil und Interviewart	XXIX
Tabelle T.38: Arztkonsultationen insgesamt nach Nutzerprofil und Interviewart	XXIX
Tabelle T.39: Konsultationen in Allgemeinpraxen nach Nutzerprofil und Interviewart	XXIX
Tabelle T.40: Stationäre Behandlungstage in Spitälern und Kliniken nach Nutzerprofil und Interviewart	XXIX

Abbildungsverzeichnis

Abbildung A.1: Verteilung der Arztkonsultationen und Spitalaufenthalte	14
Abbildung A.2: Verteilung Konsultationen nicht-ärztliche Fachperson, Komplementärmedizin, Vorsorge- und Früherkennungsmassnahmen und Einnahme von Medikamenten	14
Abbildung A.3: Standardisierte Nutzerprofile	15

Abkürzungsverzeichnis

AIC	Akaike Informationskriterium
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BIC	Bayes'sches Informationskriterium
BMI	Body Mass Index
IN	Intensivnutzende
LCA	Latente Klassenanalyse
MedStat	Medizinische Statistik der Krankenhäuser
MN	Marginalnutzende
mn	Moderatnutzende
mns	Moderat-selektiv-Nutzende
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung

Kurzzusammenfassung

Abstract

Im Rahmen der gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates «Gesundheit2020» sollen koordinierte Versorgungsangebote gefördert werden. Da Patienten mit einer intensiven Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen potentiell am meisten von einer Koordination der Versorgung profitieren und «Koordinierte Versorgung» das Thema der zweiten Nationalen Konferenz «Gesundheit2020» im Januar 2015 sein wird, hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) eine Studie in Auftrag gegeben, welche Grundlagenwissen für die Charakterisierung von Inanspruchnahme-Gruppen des Gesundheitswesens erarbeiten sollte. Die Studie definiert anhand der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) 2012 mittels latenter Klassenanalyse vier unterschiedliche Nutzerprofile, die anschliessend hinsichtlich soziodemografischer Merkmale, Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und gewähltem Krankenversicherungsmodell charakterisiert werden. Dabei steht der Gegensatz zwischen Personen mit besonders häufiger Nutzung von Leistungen des Gesundheitswesens (Intensivnutzende, 4% der Gesamtbevölkerung) und Personen mit seltener Nutzung (Marginalnutzende, 66%) im Zentrum. Das Grundversicherungsmodell mit Franchise erwies sich bei allen vier Inanspruchnahme-Gruppen als die häufigste Versicherungsform (52-59%). Die zweithäufigste Versicherungsform war das Hausarzt-Modell (31-34%), gefolgt vom Modell mit vorgängiger telefonischer Abklärung (5-10%). HMO-Modelle waren bei allen Nutzerprofilen eher selten (3-5%).

Key Words

Inanspruchnahme, Leistungen des Gesundheitswesens, Nutzerprofile, Intensivnutzende, Krankenversicherungsmodelle, Schweizerische Gesundheitsbefragung, latente Klassenanalyse

Einleitung

Im Rahmen der gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates «Gesundheit2020» sollen zeitgemässe, koordinierte Versorgungsangebote gefördert werden. Da Patienten mit einer intensiven Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen potentiell am meisten von einer Koordination der Versorgung profitieren und mit Blick auf die zweite Nationale Konferenz «Gesundheit2020» zum Thema Koordinierte Versorgung im Januar 2015, hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) eine Studie in Auftrag gegeben, welche anhand der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) 2012 Grundlagen für eine bessere Charakterisierung von Personen mit besonders häufiger und besonders seltener Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens erarbeiten sollte. Dabei interessierte vor allem der Gegensatz zwischen Personen mit besonders häufiger Nutzung (Intensivnutzende, 4% der Gesamtbevölkerung) und Personen mit seltener Nutzung (Marginalnutzende, 66%).

Methodik / Vorgehen

Die SGB wird seit 1992 alle 5 Jahre vom Bundesamt für Statistik im Auftrag des Bundesrates durchgeführt. Letztmals war dies 2012 der Fall, als mit 21'597 Personen ab 15 Jahren, die in Privathaushalten leben, ein Interview geführt wurde. Die Befragung bezweckt eine möglichst umfassende Bestandsaufnahme des Gesundheitszustands der Bevölkerung in der Schweiz, aber auch der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie von Lebensbedingungen und Lebensstilmerkmalen, die sich auf die Gesundheit auswirken können.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde untersucht, ob sich bestimmte Gruppen von Personen in der Stichprobe der SGB identifizieren lassen, die sich durch ein spezifisches Muster der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auszeichnen. Dazu wurden fünf Indikatoren der Inanspruchnahme verwendet: Arztkonsultationen, stationäre Behandlungstage in Spitälern und Kliniken, Konsultationen bei nicht-ärztlichen Fachpersonen, Medikamentenkonsum pro Tag und Nutzung komplementärmedizinischer Angebote. Die Identifikation von Inanspruchnahme-Gruppen wurde mit dem statistischen Verfahren der latenten Klassenanalyse («latent class analysis», LCA) vorgenommen. Die identifizierten Gruppen wurden anschliessend hinsichtlich

soziodemografischer Merkmale, Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und gewähltem Krankenversicherungsmodell näher charakterisiert.

Resultate

Auf der Grundlage der LCA wurden vier unterschiedliche Inanspruchnahme-Gruppen abgeleitet: Intensivnutzende (4% der Gesamtbevölkerung), Moderatnutzende (19%), Moderat-selektiv-Nutzende (11%) und Marginalnutzende (66%).

Intensivnutzende zeichnen sich durch eine stärkere Belastung durch Krankheiten und Behinderungen aus: 19% schätzen ihre Gesundheit als schlecht oder gar als sehr schlecht ein, 70% berichten eine chronische Krankheit oder Behinderung, 53% haben starke körperliche Beschwerden und 23% bzw. 14% gaben funktionelle Einschränkungen oder Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Aktivitäten des täglichen Lebens an; gleichzeitig berichten 38% über eine mittlere bis hohe psychische Belastung. Es überrascht daher nicht, dass diese Personen im Durchschnitt mehr Konsultationen bei Ärzten/Ärztinnen (19/Jahr) sowie anderen Fachpersonen (33/Jahr), mehr eingenommene Medikamente (1.5/Tag) und längere stationäre Spitalaufenthalte (13 Tage/Jahr) aufweisen als die anderen drei Nutzerprofile. Das Gegenprofil dazu bilden die *Marginalnutzenden*. Unter 1% der Marginalnutzenden schätzen ihre Gesundheit als schlecht oder als sehr schlecht ein; lediglich 23% haben eine chronische Krankheit oder Behinderung, 14% berichten von starken körperlichen Beschwerden, 8% weisen funktionelle Einschränkungen und 1% Schwierigkeiten bei Aktivitäten des täglichen Lebens auf; 13% schätzen ihre psychische Belastung als mittel oder hoch ein. Vergleichsweise gering ist die durchschnittliche Anzahl Konsultationen bei Ärztinnen/Ärzten (2/Jahr) und anderen Fachpersonen (2/Jahr), die Einnahme von Medikamenten (0.4/Tag) und die Dauer von stationären Spitalaufenthalten (0.03 Tage/Jahr).

Meist eine Mittelposition zwischen den Intensivnutzenden und den Marginalnutzenden nehmen die Moderatnutzenden und Moderat-selektiv-Nutzenden ein. Sie unterscheiden sich aber bezüglich Einstellungen und selbst wahrgenommener Gesundheit beträchtlich. *Moderatnutzende* orientieren sich eher an schulmedizinischen Angeboten. Die *Moderat-selektiv-Nutzenden* hingegen zeigen häufig das beste Gesundheitsverhalten aller vier Gruppen, konsultieren vergleichsweise selten einen Arzt oder eine Ärztin, sind fast so selten in stationärer Spitalbehandlung wie die Marginalnutzenden und haben einen beinahe so geringen Medikamentenkonsum wie diese. Allerdings konsultieren sie vergleichsweise oft nicht-ärztliche Fachpersonen und nutzen die komplementärmedizinischen Angebote häufiger als jede andere Kategorie.

Auch hinsichtlich Gesundheitsverhalten und Gesundheitseinstellungen unterscheiden sich die Nutzerprofile. Intensivnutzende weisen den grössten Anteil an körperlich inaktiven (21%) und adipösen (17%) Personen sowie täglicher Raucher (22%) auf. Gleichzeitig verzeichnet diese Gruppe die höchsten Anteile an Personen, welche sagen, dass gesundheitliche Überlegungen ihren Lebensstil bestimmen (28%). Vergleichsweise oft achten Intensivnutzende auch auf ihre Ernährung (76%).

Zwar ist das Grundversicherungsmodell mit Franchise in allen vier Gruppen die häufigste Versicherungsform, doch nirgends so ausgeprägt wie bei den Intensivnutzenden (59%). Fast zwei Drittel dieser Personen (63%) haben die niedrigste Jahresfranchise von 300 Franken und weitere 17% eine solche von 500 Franken; nur 8% haben dagegen eine Franchise von 2'000 Franken oder mehr. Das Gegenmuster findet sich bei den Marginalnutzenden: 48% haben eine Franchise bis zu 500 Franken und 26% eine hohe Jahresfranchise von 2'000 Franken und mehr. Die zweithäufigste Versicherungsform ist in allen vier Gruppen das Hausarzt-Modell (31-34%), gefolgt vom Modell mit vorgängiger telefonischer Abklärung (5-10%) – diese Form ist bei den Moderat-selektiv-Nutzenden am weitesten verbreitet. HMO-Modelle sind dagegen in allen Gruppen eher selten (3-5%). Entsprechend ihrem Inanspruchnahmeverhalten verfügen Moderat-selektiv-Nutzende häufiger über eine Komplementärversicherung.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich vier verschiedene Nutzerprofile identifizieren lassen, wobei es einen engen Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand gibt. Es ist davon auszugehen, dass die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen unterschätzt wird, da in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung lediglich Personen in Privathaushalten befragt werden,

d.h. Personen in Alters- und Pflegeheimen und sonstigen Kollektivhaushalten sind nicht abgedeckt. Ob diese Leistungen darüber hinaus angemessen und von guter Qualität waren, lässt sich auf der Grundlage der SGB ebenfalls nicht feststellen. Versicherungsmodelle, die die Koordination fördern sollen (Hausarzt, HMO), sind in allen vier Gruppen in der Minderheit und zeigen nur geringe Unterschiede zwischen den Inanspruchnahme-Gruppen. Speziell HMOs werden kaum genutzt.

Résumé

Abstract

Les offres de soins coordonnés devraient être favorisées dans le cadre des priorités de la politique de santé du Conseil fédéral «Santé2020». Du fait que les patients qui recourent intensivement à des prestations de santé profitent potentiellement le plus d'une coordination des soins et en vue de la deuxième conférence nationale «Santé2020» consacrée aux soins coordonnés, qui se tiendra en janvier 2015, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a commandé une étude dont les résultats devraient permettre d'acquérir des connaissances fondamentales sur la caractérisation de groupes de personnes recourant aux prestations de santé. C'est en se basant sur les données de l'enquête suisse sur la santé (ESS) de 2012 et en appliquant la méthode de l'analyse des variables latentes («latent class analysis») que l'étude a défini quatre groupes de personnes recourant aux soins, en fonction de cinq indicateurs, et décrit leurs caractéristiques sociodémographiques, leur état de santé, leur comportement en matière de santé et le modèle d'assurance-maladie qu'elles ont choisi. L'écart entre les personnes recourant particulièrement fréquemment à des prestations de santé (utilisateurs intensifs, 4 % de la population totale) et celles qui y recourent plus rarement (utilisateurs marginaux, 66 %) est majeur. Le modèle d'assurance-maladie de base avec franchise s'avère être la forme d'assurance la plus fréquemment choisie (52-59 %) dans les quatre groupes de recours aux soins. La deuxième forme d'assurance la plus fréquente est le modèle de médecin de famille (31-34 %), suivi par le modèle avec consultation préalable par téléphone (5-10 %). Les modèles HMO étant plutôt rares dans tous les groupes (3-5 %).

Mots clés

Recours aux soins, prestations de santé, profils d'utilisateurs, utilisateurs intensifs, modèles d'assurance-maladie, enquête suisse sur la santé, analyse des variables latentes

Introduction

Des offres de soins modernes et coordonnés devraient être favorisées dans le cadre des priorités de la politique de santé du Conseil fédéral «Santé2020». Compte tenu du fait que les patients qui recourent intensivement à des prestations de santé profitent potentiellement le plus d'une coordination des soins et en vue de la deuxième conférence nationale «Santé2020» consacrée aux soins coordonnés, qui se tiendra en janvier 2015, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a commandé une étude dont les résultats devraient permettre de mieux catégoriser les personnes recourant particulièrement fréquemment aux prestations de santé et celles y recourant particulièrement rarement, en se basant sur les données de l'enquête suisse sur la santé (ESS) de 2012. Nous nous attacherons à décrire plus particulièrement l'écart qui existe entre les personnes ayant fréquemment recours aux soins (utilisateurs intensifs, 4 % de la population totale) et les personnes qui y ont plus rarement recours (utilisateurs marginaux, 66 %).

Méthode / Procédure

Sur mandat du Conseil fédéral, l'Office fédéral de la statistique réalise tous les cinq ans, depuis 1992, l'enquête suisse sur la santé (ESS). La dernière enquête remonte à 2012. 21'597 personnes vivant en ménage privé et âgées de 15 ans et plus ont été interviewées. L'enquête a pour but de dresser un bilan aussi complet que possible de l'état de santé de la population vivant en Suisse, mais aussi du recours aux prestations de santé ainsi que des conditions de vie et autres caractéristiques des modes de vie pouvant influencer la santé.

Dans le cadre de la présente étude, nous avons examiné si certains groupes de personnes dans l'échantillon de l'ESS pouvaient constituer des types spécifiques ou modèles de recours aux prestations de santé. Nous avons sélectionné cinq indicateurs de recours aux soins : les consultations médicales, les jours de traitement stationnaire en hôpitaux et cliniques, les consultations de professionnels de la santé non médecins, la consommation de médicaments par jour et l'utilisation des offres de médecine complémentaire. La méthode statistique de l'analyse des variables latentes («latent class analysis», LCA) a servi à identifier les groupes de recours aux

soins. Puis, nous avons défini plus précisément les groupes identifiés en décrivant leurs caractéristiques sociodémographiques, leur état de santé, leur comportement en matière de santé et le modèle d'assurance-maladie choisi.

Résultats

Sur la base de la LCA, quatre groupes de recours aux soins ont été identifiés : les utilisateurs intensifs (4 % de la population totale), les utilisateurs modérés (19 %), les utilisateurs modérés-sélectifs (11 %) et les utilisateurs marginaux (66 %).

Maladies et handicaps grèvent la santé des *utilisateurs intensifs* : 19 % estiment leur santé mauvaise voire très mauvaise, 70 % font état d'une maladie chronique ou d'un handicap, 53 % ont des douleurs physiques sévères et 23 %, respectivement 14 % signalent souffrir de restrictions fonctionnelles ou avoir des difficultés à faire face aux activités de la vie courante ; parallèlement 38 % font état d'une souffrance psychique moyenne à sévère. Il n'est donc guère surprenant qu'en moyenne ces personnes consultent plus de médecins (19 consultations par an) ainsi que d'autres professionnels de la santé (33 consultations par an), prennent plus de médicaments (1.5 par jour) et séjournent plus longtemps en hôpital (13 jours par an) que les personnes des trois autres groupes. Les *utilisateurs marginaux* constituent le profil opposé. Moins d'un 1 % des utilisateurs marginaux estiment leur santé mauvaise voire très mauvaise, seuls 23 % ont une maladie chronique ou un handicap, 14 % font état de douleurs physiques sévères, 8 % signalent souffrir de restrictions fonctionnelles et 1 % éprouver des difficultés dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne ; 13 % estiment leur souffrance psychique moyenne à sévère. Le nombre moyen de consultations chez le médecin (2 consultations par an) ainsi que chez d'autres professionnels de la santé (2 consultations par an), la quantité de médicaments pris (0.4 par jour) et la durée des séjours hospitaliers (0.03 jour par an) sont comparativement restreints pour ce groupe.

Les utilisateurs modérés et les utilisateurs modérés-sélectifs occupent la plupart du temps une position médiane entre les utilisateurs intensifs et les utilisateurs marginaux. Ils se différencient cependant considérablement du point de vue de leur attitude et de la perception de leur état de santé. Les *utilisateurs modérés* s'orientent plutôt vers une médecine conventionnelle. Les *utilisateurs modérés-sélectifs* adoptent en revanche souvent le meilleur comportement des quatre groupes en matière de santé. En comparaison, ils consultent rarement un médecin, sont presque aussi rarement en traitement hospitalier stationnaire que les utilisateurs marginaux et leur consommation de médicaments est pratiquement aussi faible que celle de ces derniers. Toutefois, les utilisateurs modérés-sélectifs consultent plus souvent des professionnels de la santé non médecins et s'orientent plus fréquemment vers les offres de médecine complémentaire que toute autre catégorie.

Comportements et attitudes en matière de santé contribuent aussi à différencier les profils d'utilisateurs. Le groupe des utilisateurs intensifs présente la plus grande proportion de personnes physiquement inactives (21 %) et souffrant d'obésité (17 %) ainsi que de fumeurs quotidiens (22 %). Mais, ce groupe enregistre également la plus grande proportion de personnes affirmant que leur mode de vie est déterminé par des réflexions sur la santé (28 %). En comparaison, les utilisateurs intensifs surveillent aussi souvent leur alimentation (76 %).

Certes le modèle d'assurance-maladie avec franchise est la forme la plus courante d'assurance dans les quatre groupes, mais il n'est dans aucun des groupes aussi répandu que chez les utilisateurs intensifs (59 %). Près de deux tiers de ces derniers (63 %) ont opté pour la franchise annuelle minimale de 300 francs et 17 % ont choisi une franchise de 500 francs. Seuls 8 % en revanche ont opté pour une franchise de 2000 francs ou plus. Les utilisateurs marginaux représentent le modèle contraire : 48 % ont une franchise allant jusqu'à 500 francs alors que 26 % ont opté pour une franchise annuelle élevée, de 2000 francs et plus. Le deuxième modèle d'assurance-maladie le plus fréquemment adopté est le modèle de médecin de famille (31-33 %), suivi du modèle avec consultation préalable par téléphone (5-10 %) – cette forme étant la plus répandue chez les utilisateurs modérés-sélectifs. Les modèles HMO sont au contraire plutôt rares dans les groupes (3-5 %). Les utilisateurs modérés-sélectifs, corrélativement à leur comportement en matière de recours aux prestations de santé, disposent plus souvent d'une assurance complémentaire.

En résumé, l'étude a identifié quatre profils d'utilisateurs distincts, en lien étroit avec l'état de santé. Or, étant donné que l'enquête suisse sur la santé n'interroge que des personnes vivant en ménage privé, qu'elle ne couvre donc pas les personnes vivant en maison de retraite, en EMS et dans d'autres ménages collectifs, l'on peut partir du principe que le recours aux prestations de santé relevé y est sous-estimé. Quant à savoir si ces prestations sont appropriées et de bonne qualité, l'ESS ne permet pas de l'établir. Les modèles d'assurance qui devraient favoriser la coordination (médecin de famille, HMO) sont minoritaires dans les quatre groupes de recours aux soins et présentent peu de différences entre les différents groupes. Les HMO en particulier sont à peine utilisées.

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Im Rahmen der gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates „Gesundheit2020“ sollen zeitgemässe, koordinierte Versorgungsangebote gefördert werden. Da Patienten mit einer intensiven Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen potentiell am meisten von einer Koordination der Versorgung profitieren und „Koordinierte Versorgung“ das Thema der zweiten nationalen Konferenz „Gesundheit2020“ im Januar 2015 sein wird, hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) eine Studie in Auftrag gegeben, welche anhand der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) 2012 Grundlagen für eine bessere Charakterisierung von Personen mit besonders häufiger und besonders seltener Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens erarbeiten sollte.

1.2 Zielsetzungen, Fragestellungen

Die Studie wertet Daten der letzten Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 2012 aus. Der Fokus der Analysen liegt dabei auf der Identifikation und Charakterisierung von Personengruppen, die das Gesundheitswesen entweder stark (Intensivnutzende) oder aber nur sehr wenig in Anspruch nehmen (Marginalnutzende).

Ausgehend von der Inanspruchnahme von Dienstleistungen des Gesundheitswesens sollen die identifizierten Gruppen auch hinsichtlich von Krankheiten/Behinderungen und gewählten Versicherungsmodellen analysiert werden. Das BAG formulierte dazu folgende spezifische Fragestellungen:

- Welcher Anteil der Bevölkerung (bzw. der SGB-Stichprobe) beansprucht das Gesundheitswesen intensiv?
- Welcher Anteil der Bevölkerung beansprucht das Gesundheitswesen nur marginal?
- Welche Merkmale weisen diese Gruppen auf?
- Welche Teilmengen der Personen, die viele Leistungserbringer in Anspruch nehmen, sind in welchen Versicherungsmodellen versichert?
- Welche Teilmengen der Personen, die wenig Leistungserbringer in Anspruch nehmen, sind in welchen Versicherungsmodellen versichert?

1.3 Aufbau des Berichts

In Kapitel 2 wird zunächst das methodische Vorgehen erläutert. Dabei geht es einerseits um die Beschreibung von Messinstrumenten und die Operationalisierung von Konstrukten für die nachfolgenden bivariaten und multivariaten Analysen. Andererseits wird an dieser Stelle kurz auf mögliche Einschränkungen, die sich aus dem spezifischen Design der SGB ergeben, verwiesen und es werden mögliche Validierungsschritte diskutiert. Im Weiteren wird kurz auf die verwendeten bivariaten und multivariaten Verfahren eingegangen. Kapitel 3 umfasst die Resultate der verschiedenen Analysen. In einem ersten, deskriptiven Unterkapitel werden Kenngrössen der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen beleuchtet. In einem zweiten Unterkapitel werden auf der Basis unterschiedlicher Variablen der Inanspruchnahme Nutzerprofile definiert, welche in der Lage sind, nicht überlappende Gruppen mit unterschiedlichen Inanspruchnahmemustern zu beschreiben. In einem dritten Unterkapitel werden diese Nutzerprofile in Bezug zu soziodemografischen Merkmalen, Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und weiteren Variablen gesetzt, um die zuvor identifizierten Nutzerprofile näher zu beleuchten und Unterschiede zwischen den Nutzerprofilen bivariat zu analysieren. In einem vierten Unterkapitel werden entsprechende multivariate Auswertungen der Nutzerprofile diskutiert. Kapitel 4 beschliesst den Bericht mit einem Fazit.

2 Datengrundlage und methodisches Vorgehen

Die SGB wird seit 1992 alle 5 Jahre vom Bundesamt für Statistik im Auftrag des Bundesrates durchgeführt. Letztmals war dies 2012 der Fall, als mit 21'597 Personen ab 15 Jahren, die in Privathaushalten leben, ein Interview geführt wurde. Die Befragung bezweckt eine möglichst umfassende Bestandsaufnahme des Gesundheitszustands der Bevölkerung in der Schweiz, aber auch der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie von Lebensbedingungen und Lebensstilmerkmalen, die sich auf die Gesundheit auswirken können. Die nachfolgenden Analysen basieren mehrheitlich auf den Daten der SGB 2012.

2.1 Messung der Inanspruchnahme in der SGB

Im Rahmen der SGB wurden verschiedene Aspekte der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen erfasst, die für die vorliegenden Fragestellungen wichtig sind. Dazu zählen [1]:

a) **Medizinische Behandlungen im engeren Sinne im ambulanten oder stationären Bereich**

- a. Der stationäre Bereich umfasst stationäre Aufenthalte in Spitälern und Kliniken (Anzahl Aufenthalte, Anzahl Tage).
- b. Der ambulante Bereich umfasst folgende Inanspruchnahmen:
 - i. Konsultationen in Notfallstationen/Ambulatorien(geplant, ungeplant)
 - ii. Konsultationen bei Ärztinnen und Ärzten mit eigener Praxis (Hausärzte, Allgemeinpraktiker, Spezialärzte, Frauenärzte, Zahnärzte)

b) **Nicht-ärztliche Behandlungen (erbracht durch nicht-ärztliche Fachpersonen)**

- a. Konsultationen bei:
 - i. Dentalhygieniker/in
 - ii. Physiotherapeut/in
 - iii. Chiropraktiker/in
 - iv. Optiker/in
 - v. Psychologe/Psychologin/Psychotherapeut/in
 - vi. Heilpraktiker/in
- b. Spitex-Dienste (Art, Umfang)
- c. Beratungen in Apotheken

c) **Vorsorge-/Früherkennungsmassnahmen**

- a. Grippe-Impfung
- b. Mammographie
- c. Hämokult-Test
- d. Darmspiegelung
- e. Haut-/Muttermal-Untersuchung
- f. Krebsabstrich
- g. Prostata-Untersuchung

d) **Medikamentenkonsum**

- a. *Mittel gegen Bluthochdruck*
- b. *Herzmedikamente*
- c. *Schlafmittel*
- d. *Schmerzmittel*
- e. *Beruhigungsmittel*
- f. *Mittel gegen Asthma*
- g. *Medikamente gegen erhöhtes Cholesterin*
- h. *Mittel gegen Diabetes*

i. *Medikamente gegen Depression*

e) **Komplementärmedizin**

- a. *Akupunktur*
- b. *Traditionelle chinesische Medizin (ohne Akupunktur)*
- c. *Homöopathie*
- d. *Kräutermedizin bzw. Pflanzenheilkunde*
- e. *Shiatsu / Fussreflexzonenmassage*
- f. *Indische Medizin / Ayurveda*
- g. *Osteopathie*
- h. *Andere Therapien, z.B. Kinesiologie, Feldenkrais, Autogenes Training*

Alle oben aufgeführten Aspekte der Inanspruchnahme wurden in einer ersten Sichtung hinsichtlich Filterführung, fehlender Werte, Häufigkeiten und ihrer zentralen Tendenz untersucht.

2.2 Interne und externe Validierung

Die Grundgesamtheit der SGB wird durch in Privathaushalten lebende Personen der ständigen Wohnbevölkerung der Schweiz im Alter von 15 und mehr Jahren gebildet. Ausgeschlossen werden damit Personen in Kollektivhaushalten, d.h. Personen, die gemeinsam, aber ohne selbständige Haushaltsführung zusammenwohnen. Hierunter fallen Personen in Strafvollzugsanstalten, Internaten, Klöstern, Kliniken, Spitälern sowie Alters- und Pflegeheimen. Gerade durch das Wegfallen der in Alters- und Pflegeheimen wohnenden Bevölkerung – 2012 90'000 Plätze oder insgesamt gut 140'000 Klienten¹ – weist die SGB mit Blick auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nicht zu unterschätzende Lücken auf.

Neben dem definitorischen Ausschluss von Personen in Kollektivhaushalten sind in der SGB weitere Bevölkerungssegmente, die bekanntermassen schwierig zu erreichen sind oder deren Teilnahmebereitschaft geringer ist, unterrepräsentiert. Hierzu gehören insbesondere jüngere Männer, Einpersonenhaushalte sowie Ausländerinnen und Ausländer. Zwar beinhaltet die SGB spezifische Gewichtungen für eine Hochrechnung der Befragungsergebnisse auf die Gesamtbevölkerung, doch können diese lediglich für einige wenige bekannte Strukturmerkmale (Wohnregion, Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit, Zivilstand, Haushaltsgrösse) korrigieren, nicht aber für die übrigen mit Unterrepräsentation potentiell verknüpften Verzerrungsfaktoren wie Interesse am Thema Gesundheit, Gesundheitsverhalten, Wissen über Gesundheit (health literacy), Sprachkenntnisse oder geringer Grad an gesellschaftlicher Integration.

Wir haben deshalb nach Möglichkeiten gesucht, die aus der SGB 2012 gewonnenen Resultate zu validieren, d.h. auf ihre Verlässlichkeit und Übereinstimmung mit anderen Datenquellen zu überprüfen. Dazu verfolgen wir zwei sich ergänzende Vorgehensweisen:

- *Interne Validierung:* Plausibilisierung individueller Angaben zur Inanspruchnahme durch Gegenüberstellung der Resultate der SGB 2012 mit solchen aus früheren Erhebungswellen. Dabei steht die zeitlich am nächsten liegende Erhebung von 2007 im Vordergrund.
- *Externe Validierung:* Vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) freundlicherweise zur Verfügung gestellte Angaben aus dem Datenpool der SASIS AG², der alle

¹ <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/04/02/key/01.html>

² Die SASIS AG ist eine Tochtergesellschaft von santésuisse, dem Branchenverband der in der Schweiz tätigen Krankenversicherer. Der Datenpool hat je nach Kanton und Bezugsjahr einen Abdeckungsgrad zwischen 92% und 100%. Er wird mit dem Versichertenbestand aus dem Risikoausgleich der Gemeinsamen Einrichtung KVG bzw. seit 2007 auch mit der Asylstatistik des Bundesamtes für Migration hochgerechnet. Das Obsan hat uns eine Zusammenstellung der Grundleistungen (Konsultationen) von ärztlichen Grundversorgern und Spezialärzten (ohne Psychiatrie), der Konsultationen im ambulanten Spitalbereich sowie der stationären Spitaltage für die Behandlungsjahre 2006, 2007, 2011 und 2012 nach Kantonen zur Verfügung gestellt. Darin sind alle Rechnungen im Rahmen der Obligatorischen Krankenversicherung OKP berücksichtigt, welche bis Ende 2013 bei den Krankenversicherern angemeldet worden sind. Rechnungen, die durch die Versicherten zurückbehalten wurden (z.B. auf-

über die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abgerechneten Leistungen abdeckt, können mit Hochrechnungen aus den gewichteten Daten der SGB verglichen werden. Für die stationären Spitalaufenthalte steht zudem die Medizinische Statistik der Krankenhäuser, eine vom BFS geführte Vollerhebung, als weitere Vergleichsbasis zur Verfügung.

Interne Validierung

Bei der internen Validierung, d.h. dem Vergleich mit früheren SGB-Wellen, zeigt sich bei den meisten erfassten Medikamenten und der Mehrzahl der nicht-ärztlichen Behandlungen ein genereller Trend zu höherem Konsum (mehr dazu in Tabelle T.17 im Anhang B). Auch zwischen den Sprachregionen wiederholt sich mehrheitlich dasselbe Muster mit einer überdurchschnittlichen Inanspruchnahme in der Romandie und einer unterdurchschnittlichen in der Deutschschweiz. Ein bemerkenswertes, aber schwierig zu interpretierendes Detail ist die überdurchschnittliche Verbreitung der Prostata-Untersuchung im italienischsprachigen Teil des Landes – und dies trotz geringerer Prostatakrebs-Häufigkeit in diesem Landesteil [3].

Externe Validierung

Die Gegenüberstellung von Hochrechnungen aus den Angaben in der SGB mit den im Datenpool der Krankenversicherer erfassten ärztlichen Grundleistungen (Arztkonsultationen und Hausbesuche) zeigt prinzipielle Übereinstimmung, insbesondere im generellen Zunahmetrend (Tabelle T.18 im Anhang B). Allerdings deckt die Hochrechnung aus den Angaben der SGB die Zahl der im Datenpool erfassten ärztlichen Grundleistungen landesweit bloss zu 74% ab, obwohl bei den Letzteren nur von den Patienten angemeldete OKP-pflichtige Leistungen erfasst sind. Selbst bei den Leistungen der Spezialärzte, wo die Unterschätzung durch Beschränkung auf OKP-pflichtige Leistungen noch stärker ins Gewicht fällt, ergibt die Hochrechnung aus der SGB immer noch 14% weniger Konsultationen als der Datenpool. Auch unter Berücksichtigung der in der SGB nicht erfassten Arztkonsultationen der rund 140'000 Personen in Alters- und Pflegeheimen ist dies ein klarer Hinweis auf Unterschätzung der tatsächlichen Inanspruchnahme in der SGB.

Bei der aufkumulierten Zahl der Spittage ist der Unterschied zwischen SGB und Datenpool grösser. Während sich bei den stationären Aufenthalten aus der SGB wenigstens 55% der im Datenpool erfassten Spittage abbilden lassen, sind es bei den ambulanten Behandlungen im Spital lediglich 17% (Tabelle T.19 im Anhang B). Die relativen Veränderungen zwischen 2007 und 2012 zeigen zwischen den beiden Datenquellen aber eine recht hohe Übereinstimmung, nämlich eine etwa 40%ige Zunahme bei den ambulanten Spitalbehandlungen und eine rund 5%ige Abnahme bei den stationären Spittagen. Aus dem Vergleich mit der Krankenhausstatistik lässt sich ablesen, dass im Datenpool rund 7% aller stationären Spittage nicht erfasst werden. Bei einer Beschränkung auf die Spitaleintritte aus Privathaushalten bestätigt sich die deutliche Unterschätzung der Inanspruchnahme in der Gesundheitsbefragung, mit einer um 26% zu geringen Abdeckung aller stationären Spittage gemäss Krankenhausstatistik.

2.3 Operationalisierung der Inanspruchnahme

Auf der Basis der in der SGB abgedeckten Aspekte der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (Kapitel 2.1) wurden nachfolgende Operationalisierungen vorgenommen.

Die *medizinischen Behandlungen im engeren Sinne*, d.h. Behandlungen durch Ärztinnen und Ärzte wurde anhand zweier Indikatoren erfasst. Der *stationäre Bereich* wurde durch die Anzahl stationärer *Aufenthaltstage in Spitälern und Kliniken in den letzten 12 Monaten* erfasst. Die alternative Erfassung über die Anzahl der Klinikaufenthalte wurde verworfen, weil dadurch der Aspekt der Nutzungsintensität kaum abgebildet wird. Auf den Einbezug von Konsultationen in Ambulatorien und Notfallstationen wurde verzichtet, weil erwartet werden kann, dass die Befragten solche Konsultationen bereits bei den Arztbesuchen vermelden. In der Tat zeigt sich in diesem Bereich bei der externen Validierung ein beträchtliches Unterreporting in der SGB (Kapitel 2.2). Als zweiter Bereich

grund einer hohen Franchise) sowie Rechnungen, welche über andere Sozialversicherungen oder Zusatzversicherungen beglichen wurden, sind im Datenpool nicht erfasst.

wurde die *Anzahl der ambulanten Konsultationen bei Ärztinnen und Ärzten in den letzten 12 Monaten* operationalisiert. Dabei wurde unterschieden nach Konsultationen insgesamt, Konsultationen in Allgemeinpraxen (Hausärzte, Allgemeinmediziner) und Konsultationen in Spezialarztpraxen.

Die Inanspruchnahmen von *Behandlungen oder Beratungen*, welche durch *nicht-ärztliche Fachpersonen* angeboten werden, wurden in einer neuen Variablen zusammengefasst (7 Items). Dabei wurde die Anzahl der in den *letzten 12 Monaten* nachgefragten Behandlungen durch nicht-ärztliche Fachpersonen³ sowie Beratungen in Apotheken⁴ aufsummiert⁵. Die Inanspruchnahme von Spitex-Leistungen wurde hier nicht einbezogen, da die Nachfrage insgesamt sehr gering war, andererseits der Umfang der erbrachten Leistungen lediglich mit ordinalem Skalenniveau erfasst wurde.

Auf der Basis von neun unterschiedlichen Medikamenten⁶ wurde eine verdichtete Medikamente-Variable erstellt. Dabei wurden die Einnahme-Häufigkeiten aller Medikamente über die letzten 7 Tage summiert und anschliessend der Durchschnittswert pro Tag ermittelt⁷. Die neu erstellte *Medikamente-Variable* widerspiegelt damit die durchschnittliche *tägliche Anzahl der in den letzten sieben Tagen eingenommenen Medikamente*.

Sieben unterschiedliche *Vorsorge- und Früherkennungsmassnahmen*,⁸ die in den *letzten 12 Monaten* durchgeführt worden sind, wurden ebenfalls in einer Variablen zusammengefasst. Die neue Variable zeigt die Gesamtanzahl an Vorsorge- und Früherkennungsmassnahmen in den letzten 12 Monaten⁹.

Die acht Indikatoren der Inanspruchnahme *komplementärmedizinischer Leistungen*¹⁰ wurden analog zu einer Variablen für Komplementärmedizin verdichtet, indem die Anzahl der in den *letzten 12 Monaten* nachgefragten Therapien aufsummiert wurden¹¹.

Insgesamt werden in den nachfolgenden statistischen Analysen also acht Indikatoren der Inanspruchnahme einbezogen, wobei mit Ausnahme der Medikamente-Variablen sich alle auf einen Zeitraum von 12 Monaten beziehen. Die Indikatoren auf einen Blick sind:

³ Wie viele Male sind Sie in den letzten 12 Monaten wegen Gesundheitsproblemen oder für Kontrolluntersuchungen bei einem der folgenden Spezialisten gewesen? [Dentalhygieniker/in, Physiotherapeut/in, Chiropraktiker/in, Optiker/in, Psycholog/in oder Psychotherapeut/in, Heilpraktiker/in oder Naturheiler]

⁴ Wie viele Male haben Sie sich in den letzten 12 Monaten in einer Apotheke wegen einem Gesundheitsproblem beraten lassen?

⁵ Der Variablenwert ergibt sich wie folgt: SUMME = SINAN09 + SINAN02 + SINAN03 + SINAN04 + SINAN05 + SINAN08 + SINAN13. Einzelne fehlende Werte wurden bei der Summenbildung mit null ersetzt. Falls ausschliesslich fehlende Werte für die Items vorlagen, wurde auch die SUMME als fehlend definiert.

⁶ [Frage steht stellvertretend für alle Medikamente]: Wie oft haben Sie in den letzten 7 Tagen Mittel gegen Bluthochdruck genommen? [Täglich, mehrmals pro Woche, etwa 1 Mal pro Woche, nie] Neben Blutdruck-Medikamenten wurden erfasst: Herzmedikamente, Schlafmittel, Schmerzmittel, Beruhigungsmittel, Antidepressiva, Asthma-, Cholesterin-, und Diabetes-Medikamente.

⁷ Für die einzelnen Medikamente-Items wurde der Wert -3 zunächst mit 4 recodiert (nimmt das Medikament nicht ein). Anschliessend wurden die Items von TMEKOxx wie folgt recodiert: 1 (täglich) -> 7, 2 (mehrmals pro Woche) -> 3.5; 3 (etwa 1 Mal) -> 1 und 4 (nie) -> 0. Der neue Variablenwert ergibt sich wie folgt: SUMME = (TMEKO02b + TMEKO04b + TMEKO06b + TMEKO10b + TMEKO12b + TMEKO16b + TMEKO29b + TMEKO40b + TMEKO42b) / 7. Einzelne fehlende Werte wurden bei der Summenbildung mit null ersetzt. Falls ausschliesslich fehlende Werte für die Items vorlagen, wurde auch die SUMME als fehlend definiert.

⁸ Die Vorsorge- und Früherkennungsmassnahmen sind: Prostata-Untersuchung, Mammographie, PAP-Test, Hämmokult-Test, Darmspiegelung, Untersuchung Haut/Muttermale und Grippeimpfung. Exemplarisch für alle Vorsorgeuntersuchungen, der Fragetext für die Prostata-Untersuchung: Haben Sie schon einmal eine Prostata-Untersuchung machen lassen? Wann ist die Prostata-Untersuchung bei Ihnen das letzte Mal durchgeführt worden? [Falls sich die Person nicht mehr an das Datum erinnert]: Ist es in den letzten 12 Monaten gewesen?

⁹ Zunächst wurde für alle sieben Items eruiert, ob die Massnahme in den letzten 12 Monaten durchgeführt wurde (1=ja, 2=0) und die Resultate in korrespondierenden Variablen abgelegt (TKREB01 -> TKREB01b etc.). Der neue Variablenwert ergibt sich wie folgt: SUMME = TKREB01b + TKREB38b + TKREB03b + TKREB30b + TKREB34b + TKREB18b + SIMPF04b. Einzelne fehlende Werte wurden bei der Summenbildung mit null ersetzt. Falls ausschliesslich fehlende Werte für die Items vorlagen, wurde auch die SUMME als fehlend definiert.

¹⁰ Wie viele Male haben Sie in den letzten 12 Monaten eine der folgenden Therapien in Anspruch genommen? [Akkupunktur, Traditionelle chinesische Medizin, Homöopathie, Kräutermedizin, Shiatsu/Fussreflexzonenmassage, indische Medizin/Ayurveda, Osteopathie, andere Therapien]

¹¹ Der Variablenwert ergibt sich wie folgt: SUMME = SINAN20 + SINAN27 + SINAN21 + SINAN22 + SINAN24 + SINAN30 + SINAN31 + SINAN33. Einzelne fehlende Werte wurden bei der Summenbildung mit null ersetzt. Falls ausschliesslich fehlende Werte für die Items vorlagen, wurde auch die SUMME als fehlend definiert.

- Anzahl stationärer Aufenthaltstage in Spitälern/Kliniken
- Anzahl Konsultationen in Arztpraxen (insgesamt)
- Anzahl Konsultationen in Allgemeinpraxen
- Anzahl Konsultationen in Facharztpraxen
- Anzahl Behandlungen/Beratungen durch nicht-ärztliche Fachpersonen (Index)
- Anzahl täglich eingenommener Medikamente (Index)
- Anzahl Vorsorgeuntersuchungen/Präventionsmassnahmen (Index)
- Anzahl komplementärmedizinische Behandlungen/Beratungen (Index)

Ausführliche Kennzahlen für zentrale Tendenz und Streuung wurden bei der deskriptiven Analyse jeweils nach Geschlecht (M, F) sowie nach Altersgruppen (15-24, 25-34, 45-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75+) und für das gesamte Sample ermittelt (Anhang A). Die Kennwerte umfassen Mittelwert, Median, Prozentanteil Leistungsbezüger ($\%>0$) sowie das 25. Perzentil (p25), 75. Perzentil (p75), 90. Perzentil (p90), 95. Perzentil (p95) und 99. Perzentil (p99) sowie die Standardabweichung (sd). Als Mass für die Ungleichverteilung der Inanspruchnahme wird zudem der Gini-Koeffizient ausgewiesen. Dessen Skala reicht von 0 bis 1, wobei 0 perfekte Gleichverteilung und 1 perfekte Ungleichverteilung¹² bedeutet.

2.4 Latente Klassenanalyse

Die oben (Kapitel 2.3) beschriebenen acht Indikatoren der Inanspruchnahme wurden einer latenten Klassenanalyse („latent class analysis“ - LCA) unterzogen, um abzuklären, ob sich bezüglich der Nutzungsintensität des Gesundheitswesens empirisch voneinander abgrenzbare Nutzerprofile aus den Daten der SGB ableiten lassen. Für die LCA wurde Latent Gold 4.5 eingesetzt. Alle weiteren statistischen Analysen wurden mit Stata 12.1 durchgeführt.

2.5 Bivariate und multivariate Analysen der extrahierten Nutzer-Cluster

Die mittels LCA gebildeten Nutzerprofile wurden hinsichtlich ihrer Beziehung zu soziodemografischen Merkmalen, Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Gesundheitseinstellungen und gewähltem Krankenversicherungsmodell bivariat und multivariat untersucht. Die bivariaten Analysen weisen jeweils Prozentwerte bzw. Mittelwerte mit entsprechendem P-Wert für die χ^2 -, t- oder F-Statistik aus. Für die multivariaten Analysen wurden multinomiale logistische Regressionen und logistische Regression mit üblicher Teststatistik verwendet. Bei sämtlichen Analysen wurden die Gewichte der SGB für die telefonische oder schriftliche Befragung verwendet.

¹² D.h. eine Person nimmt sämtliche erbrachten Leistungen, etwa alle Konsultationen in Allgemeinpraxen, in Anspruch.

3 Resultate und Diskussion

3.1 Deskriptive Analysen

Um einen ersten Eindruck zu erhalten, in welchem Umfang unterschiedliche Leistungen des Gesundheitswesens beansprucht werden, untersuchten wir die Häufigkeit von Konsultationen bei Ärztinnen und Ärzten, Konsultationen bei nicht-ärztlichen Fachpersonen aus dem Gesundheitsbereich, Spitalaufenthalte, komplementärmedizinische Therapieangebote, Vorsorge- und Früherkennungsmassnahmen und die Einnahme von Medikamenten. Eine detaillierte Darlegung der Befunde findet sich im Anhang A.

In der Gesamtpopulation konsultierten 78% mindestens 1-mal in den letzten 12 Monaten einen Arzt oder eine Ärztin oder erhielten einen Hausbesuch, aber nur 5% mehr als 12-mal. Ein ähnlich hoher Bevölkerungsanteil (81%) konsultierte in den letzten 12 Monaten eine nicht-ärztliche Fachperson aus dem Gesundheitsbereich; der Durchschnitt lag bei 5 Konsultationen. Auch Angebote aus dem Bereich der Vorsorge- und Früherkennungsmassnahmen wurden in den letzten 12 Monaten von einer Mehrheit der Bevölkerung (52%) genutzt. Vier von zehn Befragten (40%) nahmen in den letzten 7 Tagen ein Medikament ein. Der Durchschnittskonsum belief sich auf 0.6 Medikamente pro Tag. Bei den komplementärmedizinischen Therapieangeboten – diese wurden von etwas weniger als jeder vierten Person genutzt – akzentuiert sich die unterschiedliche Inanspruchnahme.

Am ungleichsten über die Bevölkerung verteilt zeigen sich die Hospitalisierungen: Eine stationäre Behandlung in einem Spital in den letzten 12 Monaten berichteten 11% der Gesamtpopulation, wobei 8% drei Tage oder länger und 5% fünf Tage oder länger im Spital verbleiben mussten.

Abbildung A.1 und Abbildung A.2 verdeutlichen die Verteilungsstruktur der Inanspruchnahme. Die grüne Referenzlinie markiert jeweils den Durchschnittswert in der Gesamtpopulation und die rote Referenzlinie bezeichnet das 95. Perzentil, d.h. 5% der Population liegen jeweils über diesem Wert. So etwa konsultierte die ständige Wohnbevölkerung der Schweiz durchschnittlich 3.9-mal einen Arzt oder eine Ärztin, jedoch nur 5% der Bevölkerung mehr als 12-mal. Eine nicht-ärztliche Fachperson wurde durchschnittlich 5-mal konsultiert, 5% der Bevölkerung konsultierten eine nicht-ärztliche Fachperson mehr als 21-mal. Insgesamt fällt die Verteilung der Inanspruchnahme bei sämtlichen Merkmalen der Inanspruchnahme sehr unterschiedlich aus. D.h. ein grosser Anteil der Bevölkerung musste Leistungen des Gesundheitswesens nur in geringem oder moderatem Umfang beanspruchen, während ein kleiner Teil der Bevölkerung deutlich mehr Leistungen in Anspruch nehmen musste.

3.2 Analyse latenter Klassen

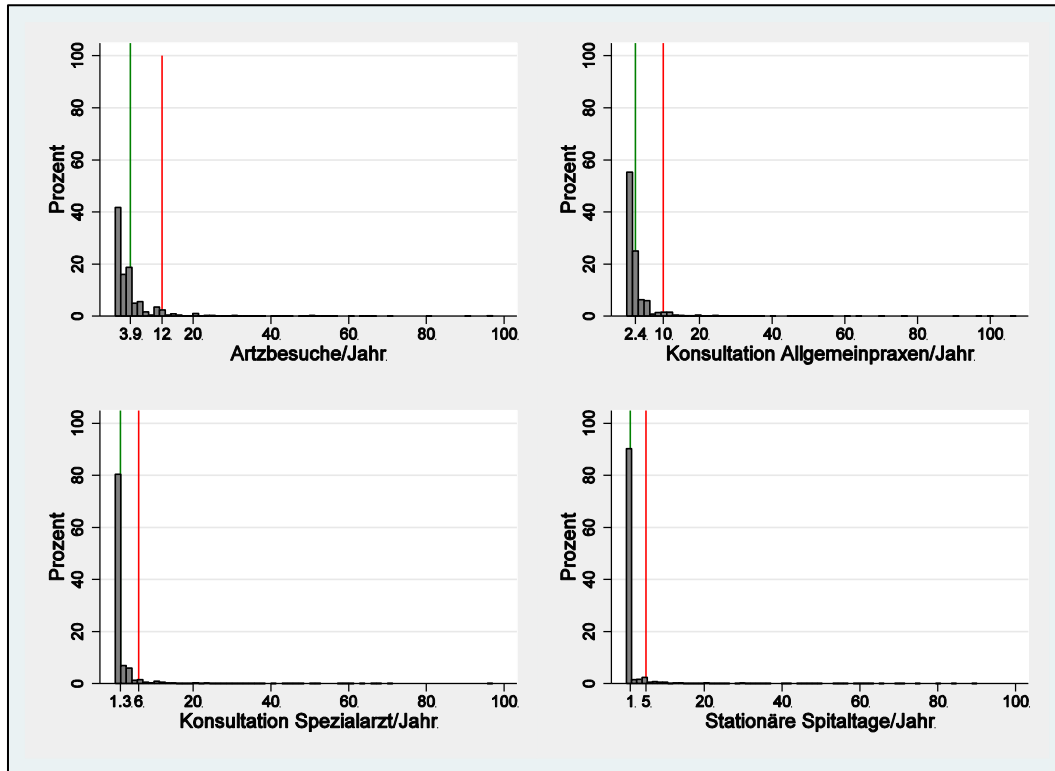
Die zentrale Frage der Studie lautet, ob es bezüglich der Nutzungsintensität des Gesundheitswesens empirisch voneinander abgrenzbare Gruppen gibt, wobei vor allem Intensivnutzende und Marginalnutzende interessieren. Dazu wurden die oben beschriebenen acht Indikatoren der Inanspruchnahme (Kapitel 2.3) einer latenten Klassenanalyse (LCA) unterzogen, um zu eruieren, ob sich abgrenzbare Nutzerprofile¹³ aus den Daten der SGB ableiten lassen. Im Rahmen der LCA wurden Modelle für Lösungen zwischen einem und sechs Profilen mit unterschiedlichen Kombinationen von Indikatoren berechnet und evaluiert. Auf der Grundlage von AIC und BIC¹⁴ sowie auf der Grundlage von inhaltlichen Differenzierungskriterien wurde eine Lösung mit vier Nutzerprofilen gewählt, die nachfolgend vorgestellt wird (Tabelle T.1).

Im evaluierten Modell wurden für die LCA die Arztkonsultationen insgesamt, die stationären Behandlungstage in Spitälern und Kliniken, die Konsultationen bei nicht-ärztlichen Fachpersonen, der Medikamentenkonsum pro Tag und die Nutzung komplementärmedizinischer Angebote eingeschlossen. Vorsorge- und Früherkennungsmassnahmen wurden aufgrund der sehr geringen

¹³ Im Rahmen der LCA werden die so definierten Gruppen oder Profile als „Cluster“ bezeichnet.

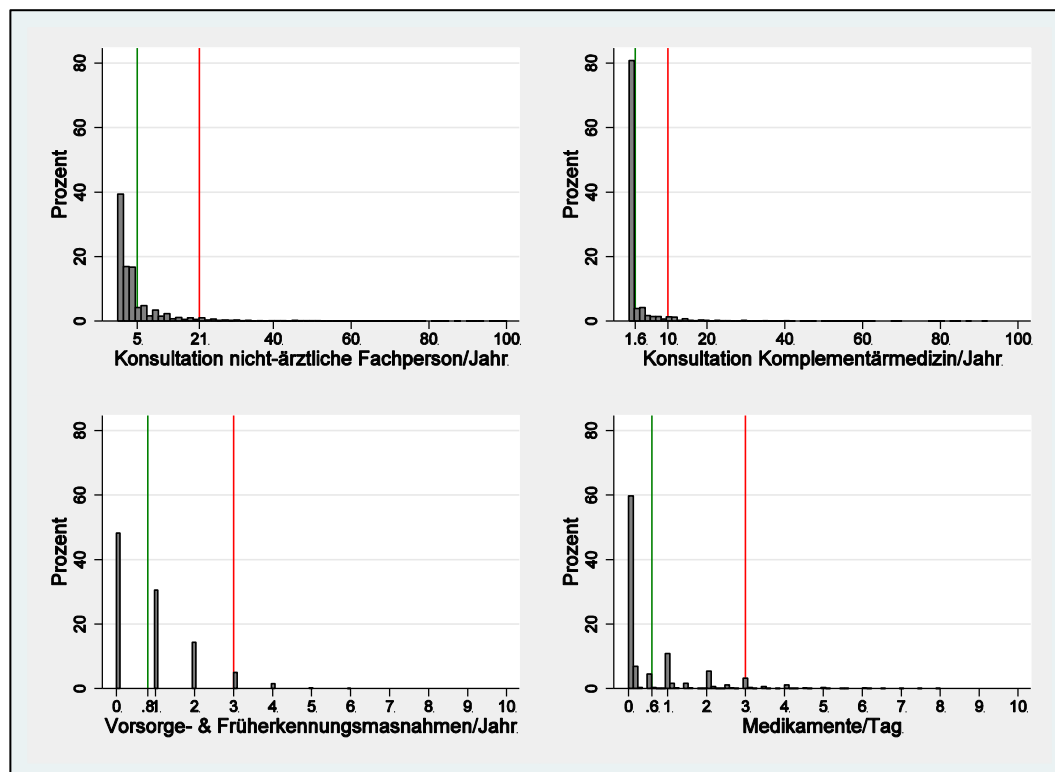
¹⁴ Das Akaike Informationskriterium (AIC) und das Bayes'sche Informationskriterium (BIC) liefern Informationen über die Anpassungsgüte eines Modells und ermöglichen damit die Auswahl des „besten“ Modells.

Abbildung A.1: Verteilung der Arztkonsultationen und Spitalaufenthalte



Datenquelle: BFS, SGB 2012

Abbildung A.2: Verteilung Konsultationen nicht-ärztliche Fachperson, Komplementärmedizin, Vorsorge- und Früherkennungsmassnahmen und Einnahme von Medikamenten



Datenquelle: BFS, SGB 2012

Anpassungsgüte durch die extrahierten Nutzerprofile ausgeschlossen und auf die weitere Differenzierung nach Konsultationen von Allgemein- und Spezialärzten wurde aufgrund der – im Vergleich zur ausschliesslichen Verwendung der Arztkonsultationen insgesamt – geringen Klassifikationsunterschiede verzichtet.

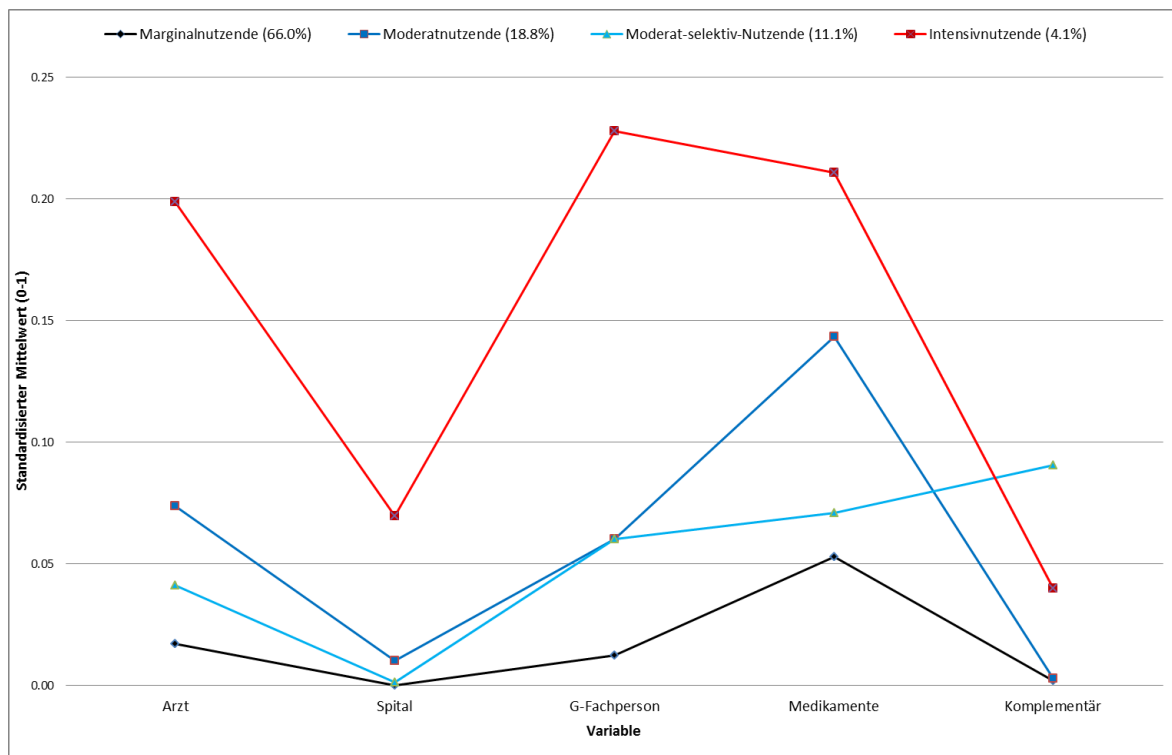
Tabelle T.1: Nutzerprofile: Mittelwerte und Profilbelegung

	Profil 1	Profil 2	Profil 3	Profil 4
Arztkonsultationen insgesamt	1.7	7.2	4.0	19.3
Stationäre Spitaltage	0.0	1.8	0.2	12.6
Konsultationen nicht-ärztliche Fachpersonen	1.8	8.6	8.6	32.6
Medikamente pro Tag	0.4	1.0	0.5	1.5
Konsultationen Komplementärmedizin	0.3	0.4	11.2	4.9
Profilbelegung	66.0%	18.8%	11.1%	4.1%
Fälle (n=18'017)*	11'709	3'338	2'195	775

* Anzahl Fälle auf Basis der Profil-Modalzuteilung; Profilbelegung auf probabilistischer Basis.
Datenquelle: BFS, SGB 2012

Im evaluierten Modell grenzen sich insbesondere die Nutzerprofile 1 und 4 klar ab (Abbildung A.3). Nutzerprofil 1 schliesst 66.0% der Gesamtpopulation ein. Personen mit Nutzerprofil 1 zeichnen sich dadurch aus, dass sie im Vergleich zu Personen mit anderen Nutzerprofilen durchschnittlich weniger Arztkonsultationen aufweisen, keine stationären Spitalaufenthalte hatten, weniger oft eine nicht-ärztliche Fachperson konsultierten und durchschnittlich weniger Medikamente einnahmen sowie sehr wenige komplementärmedizinische Angebote nutzten. Da Personen mit Nutzerprofil 1 generell wenig Leistungen im Gesundheitssystem nachfragen, können sie als **Marginalnutzende (MN)** bezeichnet werden.

Abbildung A.3: Standardisierte Nutzerprofile



Datenquelle: BFS, SGB 2012

Den Gegenpol bilden Personen mit Nutzerprofil 4: sie zeichnen sich dadurch aus, dass sie ein sehr hohes Mass an Arztkonsultationen aufweisen, viele Tage in stationärer Spitalbehandlung waren, sehr oft nicht-ärztliche Fachpersonen konsultierten, einen hohen Medikamentenkonsum haben und in erheblichem Umfang komplementärmedizinische Angebote nutzten. Nutzerprofil 4 schliesst lediglich 4.1% der Gesamtpopulation ein und Personen mit diesem Nutzerprofil lassen sich im Kontext der SGB als **Intensivnutzende (IN)** bezeichnen.

Nutzerprofil 2 schliesst 18.8% der Gesamtpopulation ein. Personen mit Nutzerprofil 2 konsultierten verhältnismässig oft einen Arzt oder eine Ärztin und verbrachten einige wenige Tage in stationärer Spitalbehandlung. Sie lagen mit Blick auf den durchschnittlichen Medikamentenkonsum hinter den Intensivnutzenden auf dem zweiten Rang, nutzten jedoch komplementärmedizinische Angebote beinahe so wenig wie die Marginalnutzenden. In Bezug auf die Konsultation nicht-ärztlicher Fachpersonen lagen sie in einem mittleren Bereich zwischen den Intensivnutzenden und den Marginalnutzenden. Aufgrund dieses Profils können Personen mit Nutzerprofil 2 als **Moderatnutzende (mn)** bezeichnet werden. Im Gegensatz zu Personen mit Nutzerprofil 3 (s.u.) machen Moderatnutzende jedoch fast ausschliesslich von Angeboten der traditionellen Schulmedizin Gebrauch.

Nutzerprofil 3 umfasst 11.1% der Gesamtpopulation. Personen mit Nutzerprofil 3 konsultierten vergleichsweise selten einen Arzt oder eine Ärztin. Sie waren fast so selten in stationärer Spitalbehandlung wie die Marginalnutzenden und hatten einen beinahe so geringen Medikamentenkonsum wie diese. Demgegenüber konsultierten sie vergleichsweise oft nicht-ärztliche Fachpersonen und lagen, analog den Moderatnutzenden, in einem mittleren Bereich zwischen Marginal- und Intensivnutzenden. Allerdings nutzten sie komplementärmedizinische Angebote durchschnittlich am meisten. Diese Gruppe von Personen könnte man, insbesondere in Abgrenzung zu den Moderatnutzenden, als **Moderat-selektiv-Nutzende (mns)**, bezeichnen, weil sie gezielt zwischen schul- und komplementärmedizinischen Angeboten auszuwählen scheinen.

Nachfolgend werden die vier Nutzerprofile in Bezug zu relevanten Dimensionen der Inanspruchnahme gesetzt. Zum einen sollen dadurch die Nutzerprofile inhaltlich näher beschrieben werden. Zum anderen soll geklärt werden, ob und inwiefern die evaluierte Lösung in der Lage ist, Nutzungsmuster klar und verständlich zu differenzieren.

3.3 Konfiguration der Nutzerprofile

Die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab. Hierzu gehören prädisponierende, soziodemografische und soziostrukturelle Faktoren, Gesundheitsverhalten, Zugangsvoraussetzungen (Krankenversicherung, health literacy, Wohnort) und nicht zuletzt der Bedarf an Leistungen (Gesundheitszustand).

Nachfolgend werden jene Faktoren, welche aus der SGB extrahiert werden konnten, in Bezug zu den Nutzerprofilen gesetzt. Dies betrifft im Wesentlichen Faktoren der Soziodemografie, des Gesundheitszustands und des Gesundheitsverhaltens sowie der Krankenversicherung. Zusätzlich werden die Nutzerprofile im Sinne einer Sensitivitäts- und Kohärenzprüfung hinsichtlich ihrer Inanspruchnahmen von spezifischen Leistungen untersucht.

3.3.1 Soziodemografie

Hinsichtlich der soziodemografischen Merkmale (Tabelle T.2) unterscheiden sich die Nutzerprofile statistisch signifikant. Substantielle Unterschiede bestehen etwa beim Durchschnittsalter. Intensivnutzende sind durchschnittlich fast sechs Jahre älter als Marginalnutzende. Bei den Marginalnutzenden finden sich vergleichsweise eher Männer, Jüngere, Ledige, Ausländer und Personen aus ländlichen Regionen während es bei den Intensivnutzenden eher Frauen, Ältere, Geschiedene oder Verwitwete, Schweizer und Personen aus städtischen Gebieten sind. Ein analoges Muster findet sich auch bei den Moderatnutzenden, wobei bei den Moderatnutzenden zusätzlich eher weniger Personen einen tertiären Bildungsabschluss und eher mehr Personen einen obligatorischen Schulabschluss aufweisen. Ebenso ist der Anteil an Personen aus der Italienischen Schweiz bei den Moderatnutzenden am grössten.

Tabelle T.2: Soziodemografische Merkmale nach Nutzerprofil

	Marginal-nutzende	Moderat-selektiv-Nutzende	Moderat-Nutzende	Intensiv-nutzende	P	Fälle
Durchschnittsalter (Jahre)	46.3	48.0	51.6	52.0	< 0.001	18'017
Geschlecht (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	18'017
Männer	54.5	26.8	42.3	36.9		8'494
Frauen	45.5	73.2	57.7	63.1		9'523
Zivilstand (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	18'008
Ledig	33.9	27.5	24.9	24.9		5'222
Verheiratet	51.7	53.9	54.1	49.7		10'082
Geschieden	8.0	11.6	10.9	13.7		1'510
Getrennt	1.1	1.4	1.6	3.1		210
Verwitwet	5.3	5.5	8.6	8.6		984
Bildungsniveau (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	17'977
Obligatorische Schule	14.5	9.0	16.3	12.7		2'663
Sekundarstufe II	53.7	55.7	57.0	57.0		9'849
Tertiärstufe	31.8	35.3	26.7	30.4		5'465
Nationalität (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	18'013
Gebürtige Schweizer	68.2	75.9	68.4	71.7		13'261
Eingebürgerte	10.6	11.8	13.7	12.2		2'151
Ausländer	21.2	12.3	17.9	16.1		2'601
Wohngebiet (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.05	18'017
Städtisch	72.8	71.7	75.3	76.6		12'857
Ländlich	27.2	28.3	24.7	23.5		5'160
Sprachgebiet (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	18'017
Deutsche Schweiz	72.0	67.0	72.1	71.9		11'939
Französische Schweiz	23.5	28.9	22.9	23.7		4'760
Italienische Schweiz	4.4	4.1	5.1	4.4		1'318
Grossregion (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	18'017
Région lémanique	18.4	20.9	17.6	18.7		3'275
Espace Mittelland	21.9	23.4	23.4	19.7		3'510
Nordwestschweiz	13.5	11.6	14.4	16.4		2'585
Zürich	17.7	16.1	19.3	19.3		1'885
Ostschweiz	14.5	12.4	12.5	13.1		2'577
Zentralschweiz	9.7	11.6	7.9	8.7		2'906
Tessin	4.3	3.9	4.9	4.2		1'279

P = P>[t, F, χ^2]

Datenquelle: BFS, SGB 2012

Personen in der Gruppe der Moderat-selektiv-Nutzenden sind eher jünger und der Frauenanteil fällt mit 73.2% deutlich höher aus als bei allen anderen Nutzerprofilen, was damit zusammenhängen mag, dass Frauen deutlich öfter als Männer eine Komplementärversicherung abschliessen. Weiterhin ist bei den Marginal-selektiv-Nutzenden der Anteil an Personen mit Tertiärbildung, Schweizer Nationalität sowie Personen, die in ländlichen Gebieten und der Französischen Schweiz bzw. in der Région lémanique wohnhaft sind, ausgeprägt hoch.

Mit Blick auf die soziodemografischen Merkmale weisen die vier Nutzerprofile ein erhebliches Mass an Plausibilität und Kohärenz auf. Mitunter zeigt sich klar, dass das Alter ein bedeutsamer Faktor ist, welcher die Nutzungsintensität im Gesundheitswesen graduell mitstrukturiert — was sich in der Zunahme der Durchschnittsalters in der Abfolge der Nutzerprofile, von den Marginalnutzenden bis zu den Intensivnutzenden, manifestiert. Ebenso stützten empirische Befunde die Differenzierung des Moderat-selektiv-Nutzenden-Clusters und dessen Konfiguration. Mehrere Studien belegen, dass vor allem Frauen, Personen mit höherer Bildung und Personen aus der Französischen Schweiz komplementärmedizinische Angebote wahrnehmen [4, 5].

3.3.2 Gesundheitszustand

Auch hinsichtlich des Gesundheitszustands unterscheiden sich die Nutzerprofile statistisch signifikant und substantiell (Tabelle T.3). Während Marginalnutzende ihre Gesundheit überwiegend als sehr gut einschätzen, eher keine chronische Krankheit haben sowie eher keine körperlichen Beschwerden, funktionellen Einschränkungen oder Beeinträchtigungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens haben sowie eine eher geringe psychische Belastung aufweisen, verhält es sich bei den Intensivnutzenden gerade umgekehrt.

Tabelle T.3: Gesundheitszustand nach Nutzerprofil

	Marginal- nutzende	Moderat- selektiv- Nutzende	Moderat- nutzende	Intensiv- nutzende	P	Fälle
Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	18'004
Sehr gut	47.5	35.7	22.8	9.6		7'132
Gut	43.6	47.9	49.1	38.5		8'025
Mittelmässig	8.2	14.2	22.1	33.3		2'336
Schlecht	0.6	2.0	5.3	13.6		430
Sehr schlecht	0.1	0.2	0.7	5.0		81
Chronische Krankheit (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	17'988
Ja	22.7	41.1	49.4	70.5		5'816
Nein	77.3	59.0	50.6	29.5		1'2172
Körperliche Beschwerden (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	17'165
Keine/kaum Beschwerden	53.9	30.5	31.7	19.2		7'845
Einige Beschwerden	32.5	40.0	35.7	28.1		5'820
Starke Beschwerden	13.6	29.5	32.6	52.7		3'500
Psychische Belastung (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	17'856
Hoch	2.4	4.4	6.9	16.8		752
Mittel	10.7	17.1	17.0	20.8		2'326
Niedrig	86.9	78.5	76.2	62.4		14'778
Funktionelle Einschränkungen: Sehen, Hören, Sprechen, Gehen (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	17'989
Keine Schwierigkeiten	91.8	90.9	86.1	77.2		16'145
Leichte Schwierigkeiten	6.8	7.7	10.9	16.5		1'485
Grosse Schwierigkeiten	0.7	0.9	1.7	4.0		196
Kann nicht Sehen, Hören, Sprechen oder Gehen	0.7	0.6	1.3	2.3		163
Beeinträchtigungen der Aktivitäten des täglichen Lebens, ADL (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	18'011
Keine Schwierigkeiten	98.8	97.0	95.3	85.7		17'529
Leichte Schwierigkeiten mindestens eine der Aktivitäten auszuführen	1.0	2.5	3.7	10.6		380
Grosse Schwierigkeiten mindestens eine der Aktivitäten auszuführen	0.1	0.4	0.5	1.8		57
Kann mindestens eine der Aktivitäten nicht ausführen	0.1	0.1	0.5	1.9		45

P = P>[t, F, χ^2]

Datenquelle: BFS, SGB 2012

18.6% der Intensivnutzenden schätzen ihre Gesundheit als schlecht oder sehr schlecht ein; 70.5% sind chronisch krank, 52.7% haben starke körperliche Beschwerden und 22.8% bzw. 14.3% gaben funktionelle Einschränkungen oder Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Aktivitäten des täglichen Lebens an; gleichzeitig berichten 37.6% über eine mittlere bis hohe psychische Belastung.

Zwischen den Extrempolen der Marginal- und Intensivnutzenden zeigt sich eine graduelle Verschlechterung des Gesundheitszustands auf den untersuchten Dimensionen, so dass insgesamt die Moderat-selektiv-Nutzenden ihre Gesundheit schlechter beurteilen als Marginalnutzende und

die Moderatnutzenden ihre Gesundheit wiederum schlechter als die Moderat-selektiv-Nutzenden, jedoch deutlich besser als die Intensivnutzenden einschätzen.

Mit Blick auf die vier Nutzerprofile sind die Resultate wiederum plausibel und kohärent. Sowohl theoretisch postulierte Modelle [6, 7] wie auch empirische Befunde [8-10] verweisen auf substantielle und stark positive Beziehungen zwischen Bedarfsfaktoren (Gesundheitszustand) und der Inanspruchnahme unterschiedlicher Gesundheitsdienstleistungen.

3.3.3 Gesundheitsverhalten und Gesundheitseinstellungen

Auch hinsichtlich Gesundheitsverhalten und Gesundheitseinstellungen (Tabelle T.4) unterscheiden sich die Nutzerprofile signifikant. Intensivnutzende weisen den grössten Anteil an körperlich inaktiven (20.7%) und adipösen (17.1%) Personen sowie täglicher Raucher (21.8%) auf. Gleichzeitig verzeichnet diese Gruppe die höchsten Anteile an Personen, welche sagen, dass gesundheitliche Überlegungen ihren Lebensstil bestimmen (28%); sie mit ihrem Körpergewicht absolut unzufrieden sind (11.9%); sie ihr Körpergewicht verändern möchten (59.2%) und ständig ans Abnehmen denken (17.8%); sie eine Diät in den letzten 12 Monaten gemacht haben (16.5%) und sie Gewicht aus medizinischen Gründen verlieren wollten (9%). Vergleichsweise oft achten Intensivnutzende auch auf ihre Ernährung (75.9%). In Anbetracht des eher schlechten Gesundheitszustands der Intensivnutzenden scheinen Gesundheitsverhalten und Gesundheitseinstellungen eher „krankheitsinduziert“, denn eine Folge eines intrinsisch motivierten Lebensstils zu sein. Letzteres dürfte dagegen bei den Moderat-selektiv-Nutzenden häufig der Fall zu sein. Diese Gruppe hat die vergleichsweise grössten Anteile an regelmässig körperlich Aktiven und Trainierten, hält sich eher an die Empfehlung fünf oder mehr Portionen an Früchten und Gemüse pro Tag zu konsumieren, hat seltener Übergewichtige oder Adipöse, dafür häufiger Nierauchende, in grossem Mass auf ihre Ernährung Achtende und schliesslich den vergleichsweise höchsten Anteil an Personen, welche ohne medizinische Gründe in den letzten 12 Monaten eine Diät machten.

Die Marginalnutzenden verfügen nach den Moderat-selektiv-Nutzenden über den grössten Anteil an körperlich regelmässig Aktiven oder Trainierten sowie Normalgewichtigen. Dementsprechend ist der Anteil an Personen, welcher mit ihrem Körpergewicht absolut zufrieden ist, in dieser Gruppe am höchsten; der Wunsch nach Gewichtsveränderung ist vergleichsweise gering und mehr als ein Drittel achtet nicht bewusst auf Ernährung. Marginalnutzende konsumieren am seltensten die empfohlene Tagesration an Früchten und Gemüse und sind am häufigsten aktuell Rauchende und Personen, die sagen, sie würden leben, ohne sich um die Folgen für die Gesundheit zu kümmern. Dass die Marginalnutzenden hier als vergleichsweise wenig gesundheitsbewusst erscheinen, mag auf den ersten Blick erstaunen, dürfte aber damit zusammenhängen, dass sie im Durchschnitt deutlich jünger sind, bzw. ihr Gesundheitszustand deutlich besser ist; zudem liegt in dieser Gruppe der Männeranteil wesentlich höher als bei allen anderen Nutzerprofilen. Unterschiedliche Studien belegen, dass das Gesundheitsbewusstsein der Frauen ausgeprägter ist als jenes der Männer [11-13]; gleichzeitig dürfte die Motivation und die Notwendigkeit, gesundheitsrelevante Anpassungen des Lebensstils vorzunehmen, stark mit dem Gesundheitszustand variieren, wie bereits die Darlegung der Intensivnutzenden gezeigt hat.

Moderatnutzende ähneln in Bezug auf Gesundheitsverhalten und Gesundheitseinstellungen den Intensivnutzenden deutlich mehr als den Moderat-selektiv-Nutzenden oder den Marginalnutzenden. Moderatnutzende weisen den zweithöchsten Anteil körperlich Inaktiver sowie Adipöser auf und sogar den höchsten Anteil an Übergewichtigen; beim Anteil an Personen, welcher nie geraucht hat, teilen sie mit den Intensivnutzenden den letzten Platz. Den zweiten Rang nach den Intensivnutzenden belegen die Moderatnutzenden auch beim Anteil jener Personen, die mit dem Körpergewicht absolut unzufrieden sind, beim Wunsch nach Gewichtsveränderung und beim Anteil an Personen, die ständig ans Abnehmen denken. Gleichzeitig liegt der Anteil jener, welche in den letzten 12 Monaten eine Diät gemacht hat, unter jenem der Moderat-selektiv-Nutzenden, jedoch über jenem der Marginalnutzenden. Gleiches gilt für den Anteil, welcher auf Ernährung achtet.

Insgesamt legen die Resultate nahe, dass mit den Moderat-selektiv-Nutzenden eine Gruppe besonders gesundheitsbewusster Personen identifiziert wurde und dass bei den verbleibenden Gruppen Gesundheitsbewusstsein graduell mit dem Gesundheitszustand kovariiert.

Tabelle T.4: Gesundheitsverhalten und Gesundheitseinstellungen nach Nutzerprofil

	Marginal-nutzende	Moderat-selektiv-Nutzende	Moderat-nutzende	Intensiv-nutzende	P	Fälle
Körperliche Aktivität (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	17'832
Inaktiv	8.8	4.9	12.9	20.7		1'683
Teilaktiv	16.9	18.6	16.7	17.4		3'179
Unregelmässig aktiv	30.0	31.3	29.0	25.1		5'269
Regelmässig aktiv	15.0	16.9	16.0	13.7		2'740
Trainiert	29.3	28.4	25.4	23.1		4'961
Früchte- und Gemüsekonsum (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	17'940
An weniger als 5 Tagen pro Woche	10.0	4.9	9.6	8.8		1'673
0-2 Portionen pro Tag	39.4	29.2	37.2	31.7		6'661
3-4 Portionen pro Tag	32.3	38.3	33.6	34.5		5'949
5 Portionen und mehr pro Tag	18.3	27.6	19.6	25.1		3'657
Body-Mass-Index (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	17'902
Untergewicht (BMI < 18.5)	3.2	4.8	3.3	5.5		654
Normalgewicht (18.5 ≤ BMI < 25)	57.7	62.3	49.4	46.6		10'007
Übergewicht (25 ≤ BMI < 30)	30.3	26.4	33.9	30.8		5'469
Adipös (BMI ≥ 30)	8.8	6.5	13.4	17.1		1'772
Raucherstatus (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	18'014
Nie geraucht	51.1	51.9	48.2	48.4		9'090
Ehemalige Raucher/innen	21.0	24.6	26.0	25.0		4'162
Raucher/innen	27.8	23.5	25.8	26.7		4'762
Tabakkonsum (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	18'016
Nichtraucher/innen	72.2	76.5	74.2	73.3		13'254
Gelegentliche Raucher/innen	8.2	8.8	6.9	4.8		1'388
Tägliche Raucher/innen	19.7	14.8	19.0	21.8		3'374
Risikanter Alkoholkonsum: chronischer Konsum (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	17'996
Kein Risiko	23.3	21.6	28.8	36.8		4'369
Geringes Risiko	71.8	74.1	66.2	59.0		12'701
Mittleres Risiko	3.5	3.5	3.6	2.7		657
Erhöhtes Risiko	1.4	0.9	1.3	1.5		269
Gesundheitsbedeutung (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	17'765
Lebe, ohne mich um Folgen für Gesundheit zu kümmern	16.9	7.0	10.8	6.9		2'422
Gedanken an Erhaltung meiner Gesundheit beeinflussen Lebensstil	66.4	71.4	68.2	65.2		12'069
Gesundheitliche Überlegungen bestimmen Lebensstil	16.7	21.6	21.0	28.0		3'274
Zufriedenheit mit Körpergewicht (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	17'990
Absolut zufrieden	34.4	32.4	28.8	24.8		5'791
Ziemlich zufrieden	44.9	41.0	41.3	38.3		7'899
Eher unzufrieden	17.1	20.4	22.0	24.9		3'408
Absolut unzufrieden	3.6	6.3	7.9	11.9		892
Wunsch nach Gewichtsveränderung (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	17'999
Ja	48.0	51.9	55.1	59.2		9'139
Nein	52.0	48.1	44.9	40.8		8'860
Art der Gewichtsveränderung (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	9'112
Abnehmen, aber nicht grösste Sorge	82.8	81.0	78.0	73.1		7'448
Abnehmen, denke ständig daran	8.6	13.1	15.0	17.8		989
Zunehmen, aber nicht grösste Sorge	8.2	5.9	6.3	7.8		626
Zunehmen, denke ständig daran	0.5	0.1	0.8	1.4		49
Achtet auf Ernährung (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	18'006
Ja	66.3	79.9	73.4	75.9		12'480

	Marginal- nutzende	Moderat- selektiv- Nutzende	Moderat- nutzende	Intensiv- nutzende	P	Fälle
Nein	33.7	20.1	26.6	24.1		5'526
Diät letzte 12 Monate (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	18'013
Ja	6.9	14.4	10.9	16.5		1'621
Nein	93.2	85.6	89.1	83.5		16'392
Grund für Diät (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	18'015
Keine Diät gemacht	93.2	85.6	89.1	83.5		16'392
Gewicht verlieren, ohne med. Gründe	4.0	6.0	4.8	5.7		803
Gewicht verlieren, med. Gründe	1.4	5.3	4.3	9.0		512
Andere Gründe	1.5	3.2	1.8	1.7		304

P = P>|t, F, χ^2 |

Datenquelle: BFS, SGB 2012

3.3.4 Krankenversicherung

Besonders prägnante Unterschiede zwischen den Nutzerprofilen zeigen sich im Bereich Krankenversicherung. Das gewöhnliche Grundversicherungsmodell mit Franchise überwiegt bei allen vier Nutzerprofilen, gefolgt von Hausarzt- und HMO-Modell (Tabelle T.5).

Tabelle T.5: Krankenversicherung nach Nutzerprofil

	Marginal- nutzende	Moderat- selektiv- Nutzende	Moderat- nutzende	Intensiv- nutzende	P	Fälle
Obligatorische Grundversicherung (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	16'829
Gewöhnliche Grundversicherung mit Franchise	55.9	51.6	58.2	59.0		9'534
Bonus-Versicherung	1.1	0.7	0.7	0.3		145
HMO-Versicherung	4.7	3.4	3.6	4.2		745
Hausarzt-Modell	31.7	34.4	31.2	31.4		5'264
Telefon-Modell	6.6	9.9	6.3	5.1		1'141
Jahresfranchise (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	15'605
300 Fr.	32.2	38.7	52.7	62.8		6'092
500 Fr.	16.0	17.4	19.2	17.2		2'627
1'000 Fr.	7.7	7.1	5.4	4.0		1'056
1'500 Fr.	18.2	15.1	11.1	8.1		2'488
2'000 Fr.	5.3	3.5	2.5	1.8		675
2'500 Fr.	20.7	18.2	9.1	6.0		2'667
Zusatzversicherung Komplementär (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	15'535
Ja	54.5	84.9	62.9	64.5		9'785
Nein	45.6	15.1	37.1	35.5		5'750
Spitalversicherung (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	16'622
Allgemeine Abteilung	72.1	64.6	69.3	68.8		11'399
Halbprivat	19.0	23.9	20.2	18.9		3'476
Privat	7.7	8.5	9.2	11.2		1'471
Anderes	1.2	3.0	1.2	1.1		276

P = P>|t, F, χ^2 |

Datenquelle: BFS, SGB 2012

Bei den Intensivnutzenden fällt der Anteil des gewöhnlichen Grundversicherungsmodells mit Franchise am höchsten aus. Gleiches gilt für die Jahresfranchise von 300 Franken; 80% der Personen mit Jahresfranchise haben eine Jahresfranchise von bis zu 500 Franken. Etwas weniger als 64.5% aller Intensivnutzenden verfügen über eine Komplementärversicherung und 68.8% sind auf der allgemeinen Spitalabteilung versichert. Ein vergleichbares Bild zeigt sich bei den Moderatnutzen-

den. Der Anteil an Personen mit gewöhnlichem Grundversicherungsmodell mit Franchise liegt bei den Moderatnutzenden nur leicht unter jenem der Intensivnutzenden. Beim Anteil der Personen mit einer Jahresfranchise von 300 Franken liegen die Moderatnutzenden ebenfalls auf dem zweiten Rang und der Anteil von Personen mit bis zu 500 Franken Jahresfranchise liegt bei 71.9%. Mit 62.9% ist der Anteil Komplementärversicherter etwas tiefer als bei den Intensivnutzenden, der Anteil mit Spitalversicherungen Allgemeine Abteilung liegt mit 69.3% nur leicht über demjenigen der Intensivnutzenden.

Am variantenreichsten sind die Moderat-selektiv-Nutzenden. Hier ist der Anteil an Personen, welcher eine gewöhnliche Grundversicherung mit Franchise gewählt hat, am geringsten; der Anteil von Hausarzt-Modell und Telefon-Modell ist vergleichsweise am höchsten. Letzteres gilt auch für die Komplementärversicherung, welche von 84.9% der Moderat-selektiv-Nutzenden abgeschlossen wurde. Der Anteil der Personen mit Jahresfranchisen von 300 Franken liegt deutlich unter jenem der Moderatnutzenden; gleichwohl ist dies auch hier die am häufigsten gewählte Franchise. Eine Franchise bis zu 500 Franken haben 56.1% abgeschlossen. Am oberen Ende der Franchisen (2'500 Franken) liegt der Anteil bei den Moderat-selektiv-Nutzenden doppelt so hoch wie bei den Moderatnutzenden und 3-mal so hoch wie bei den Intensivnutzenden. Schliesslich weist diese Gruppe mit 64.6% den geringsten Anteil an Spitalversicherungen Allgemeine Abteilung auf.

Marginalnutzende weisen die vergleichsweise geringsten Anteile bei den tiefen und die höchsten Anteile bei den hohen Jahresfranchisen auf. Lediglich 48.2% haben eine Franchise bis zu 500 Franken, dafür 26% eine solche mit 2'000 bis 2'500 Franken. Mit 54.5% fällt die Komplementärversicherungsquote vergleichsweise am tiefsten und die Spitalversicherung Allgemeine Abteilung (72.1%) am höchsten aus.

Das gewöhnliche Grundversicherungsmodell mit Franchise ist bei allen vier Nutzerprofilen die häufigste Versicherungsform (51.6 – 59%). Die zweithäufigste Versicherungsform ist das Hausarzt-Modell (31.2 - 34.4%), gefolgt vom Modell mit vorgängiger telefonischer Abklärung (5.1 - 9.9%) – diese Form ist bei den Moderat-selektiv-Nutzenden am weitesten verbreitet. HMO-Modelle sind dagegen in allen Gruppen eher selten (3.4 – 4.7%).

Insgesamt zeigen die Nutzerprofile ein sehr kohärentes Bild. Nutzungsintensität, Gesundheitszustand und Krankenversicherungsmodell kovariieren insofern, als Intensivnutzende und Moderatnutzende, deren Gesundheitszustand vergleichsweise schlechter ist, eine tiefere Jahresfranchise wählen, während Marginalnutzende und Moderat-selektiv-Nutzende vermehrt höhere Franchisen bevorzugen. Ebenso zeigt sich, dass versicherte Leistungen offenbar auch selektiv konsumiert werden. Besonders deutlich wird dies beim Nutzerprofil der Moderat-selektiv-Nutzenden, wo vergleichsweise viele komplementärmedizinische Leistungen in Anspruch genommen werden und gleichzeitig auch eine überwiegende Mehrheit über eine Komplementärversicherung verfügt. Ähnlich verhält es sich bei den Intensivnutzenden, deren Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Angebote ebenfalls vergleichsweise hoch ist.

3.3.5 Inanspruchnahme spezifischer Leistungen

Wie in Kapitel 3.2 dargelegt, basieren die mittels LCA extrahierten Nutzer-Cluster auf lediglich fünf Indikatoren der Inanspruchnahme: Arztkonsultationen insgesamt, stationäre Behandlungstage in Spitälern und Kliniken, Konsultationen bei nicht-ärztlichen Fachpersonen, Medikamentenkonsum pro Tag und Nutzung komplementärmedizinischer Angebote. Da in der LCA einerseits Variablen zu Indizes verdichtet wurden und andererseits Variablen ausgeschlossen wurden, werden die extrahierten Nutzer-Cluster nunmehr in Bezug zu einem erweiterten und aufgeschlüsseltem Kreis von Indikatoren der Inanspruchnahme gesetzt, um die Kohärenz und Stabilität der Cluster zu prüfen.

Bei den medizinischen Behandlungen im engeren Sinn zeigt sich ein mit dem Gesundheitszustand kohärent kovariierendes Muster ($MN < mns < mn < IN$) bei allen Indikatoren (Tabelle T.6). Eine leichte Abweichung existiert einzig bei den Konsultationen beim Frauenarzt oder der Frauenärztin, wo Moderatnutzende durchschnittlich marginal mehr Konsultationen als Intensivnutzende aufweisen.

Tabelle T.6: Aufgeschlüsselte Inanspruchnahme nach Nutzerprofil

	Marginal- nutzende	Moderat- selektiv- Nutzende	Moderat- nutzende	Intensiv- nutzende	P	Fälle
Medizinische Behandlung im engeren Sinn (12 Monate)						
Arztbesuche (insgesamt)	1.6	4.0	7.3	19.3	< 0.001	18'017
Konsultationen Allgemeinmediziner	1.2	2.4	4.6	9.4	< 0.001	17'994
Konsultationen Spezialisten (ohne Frauenarzt)	0.4	1.5	2.5	10.2	< 0.001	17'998
Konsultationen Gynäkologe	0.6	1.0	1.6	1.5	< 0.001	9'516
Spitaltage (stationär)	0.0	0.2	1.9	12.7	< 0.001	18'017
Spitalambulatorium (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	18'013
Ja	7.8	15.3	26.8	41.2		2'495
Nein	92.3	84.7	73.2	58.8		15'518
Nicht-ärztliche Behandlungen (Anzahl Konsultationen, 12 Monate)						
Dentalhygieniker	0.6	0.8	0.7	0.8	< 0.001	17'973
Physiotherapeut	0.1	2.7	4.1	17.8	< 0.001	17'961
Chiropraktiker	0.0	0.5	0.5	1.5	< 0.001	17'963
Optiker	0.3	0.5	0.6	0.8	< 0.001	17'970
Psychologe	0.0	0.7	1.1	8.0	< 0.001	17'955
Heilpraktiker	0.0	1.9	0.2	1.3	< 0.001	17'964
Apotheker	0.6	1.5	1.4	2.4	< 0.001	17'890
Komplementärmedizin (Anzahl Behandlungen, 12 Monate)						
Akupunktur	0.0	2.2	0.1	1.2	< 0.001	18'015
Trad. Chinesische Med. (ohne Aku- punktur)	0.0	0.7	0.0	0.3	< 0.001	18'009
Homöopathie	0.1	1.5	0.1	0.6	< 0.001	18'009
Kräutermedizin bzw. Pflanzenheilkunde	0.0	1.1	0.0	0.4	< 0.001	18'006
Shiatsu / Fussreflexzonenmassage	0.0	1.5	0.0	0.4	< 0.001	18'007
Indische Med. / Ayurveda	0.0	0.2	0.0	0.0	< 0.001	18'004
Osteopathie	0.1	1.6	0.1	1.0	< 0.001	18'005
Andere Therapie	0.0	2.3	0.1	1.1	< 0.001	18'002
Vorsorge-/Früherkennungsmassnahmen (12 Monate)						
Prostata-Untersuchung (%, Männer ab 40)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	5'681
Ja	26.6	31.1	43.4	39.4		1'811
Nein	73.5	69.0	56.6	60.6		3'870
Mammographie (%, Frauen ab 20)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	8'894
Ja	17.4	18.7	22.0	26.0		1'842
Nein	82.6	81.3	78.0	74.0		7'052
PAP-Test (%, Frauen ab 20)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	8'821
Ja	48.4	57.1	52.6	55.3		4'530
Nein	51.6	42.9	47.4	44.7		4'291
Hämokkult-Test (%, Personen ab 40)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	11'982
Ja	8.8	8.3	12.4	15.3		1'166
Nein	91.3	91.7	87.6	84.7		10'816
Darmspiegelung (%, Personen ab 40)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	12'139
Ja	5.7	9.3	13.7	17.3		954
Nein	94.3	90.7	86.3	82.7		11'185
Haut-/Muttermaluntersuchung (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	17'988
Ja	12.8	18.7	17.6	21.9		2'778
Nein	87.2	81.3	82.4	78.1		15'210
Grippeimpfung (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	17'951

	Marginal- nutzende	Moderat- selektiv- Nutzende	Moderat- nutzende	Intensiv- nutzende	P	Fälle
Ja	13.4	11.6	25.3	28.2		2'957
Nein	86.6	88.5	74.7	71.8		14'994
<i>Blutdruckmessung (%)</i>	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	17'002
Ja	77.4	85.3	93.5	95.4		14'067
Nein	22.6	14.8	6.5	4.6		2'935
<i>Cholesterinmessung (%)</i>	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	15'101
Ja	48.2	56.8	74.0	76.5		8'603
Nein	51.8	43.2	26.0	23.5		6'498
<i>Blutzuckermessung (%)</i>	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	15'135
Ja	54.2	60.7	78.1	81.6		9'387
Nein	45.9	39.3	22.0	18.4		5'748
Einnahme von Medikamenten in den letzten 7 Tagen						
<i>Irgendein Medikament (%)</i>	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	18'017
Ja	40.4	50.3	67.5	80.9		8'816
Nein	59.6	49.7	32.5	19.1		9'201
<i>Medikament gegen Bluthochdruck (%)</i>	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	18'008
Ja	12.8	12.7	25.9	28.6		2'969
Nein	87.2	87.3	74.1	71.4		15'039
<i>Herzmedikament (%)</i>	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	18'012
Ja	4.2	3.6	13.4	14.3		1'192
Nein	95.8	96.4	86.6	85.7		16'820
<i>Schlafmittel (%)</i>	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	18'015
Ja	2.6	6.3	9.1	16.4		908
Nein	97.4	93.7	91.0	83.6		17'107
<i>Schmerzmittel (%)</i>	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	18'010
Ja	17.4	27.6	32.0	46.9		4'004
Nein	82.6	72.4	68.0	53.1		14'006
<i>Beruhigungsmittel (%)</i>	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	18'009
Ja	1.7	4.6	7.6	16.4		732
Nein	98.3	95.4	92.4	83.6		17'277
<i>Mittel gegen Asthma (%)</i>	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	18'015
Ja	1.4	2.7	3.5	5.9		402
Nein	98.6	97.3	96.5	94.1		17'613
<i>Mittel gegen zu hohes Cholesterin (%)</i>	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	18'012
Ja	6.5	6.7	15.1	14.8		1'614
Nein	93.5	93.3	84.9	85.2		16'398
<i>Mittel gegen Depression (%)</i>	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	18'015
Ja	1.3	4.2	7.7	21.0		709
Nein	98.7	95.8	92.3	79.1		17'306
<i>Mittel gegen Diabetes (%)</i>	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	18'016
Ja	2.2	1.7	5.5	5.9		563
Nein	97.8	98.3	94.5	94.1		17'453

P = P>|t, F, χ^2 |

Datenquelle: BFS, SGB 2012

Ein analog kohärentes Muster kann bei den nicht-ärztlichen Behandlungen beobachtet werden. Die Intensivnutzenden konsultierten in allen Bereichen durchschnittlich am häufigsten eine nicht-ärztliche Fachperson. Einzige Ausnahme bilden die Heilpraktiker, die am häufigsten von Moderat-selektiv-Nutzenden konsultiert wurden. Dies passt jedoch sehr gut zu einem Nutzerprofil, das sich dadurch auszeichnet, dass neben schulmedizinischen Methoden vermehrt auch alternative Be-

handlungsmethoden in Anspruch genommen werden. Diese Präferenz zeigt sich konsistent bei der Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Leistungen, wo die Moderat-selektiv-Nutzenden in allen Bereichen durchschnittlich die meisten Leistungen in Anspruch nehmen. Gemeinsam mit den Marginalnutzenden beziehen die eher den schulmedizinischen Methoden zugeneigten Moderatnutzenden am wenigsten komplementärmedizinische Leistungen. Intensivnutzende nehmen komplementärmedizinische Leistungen in allen Bereichen am zweithäufigsten in Anspruch.

Bei den Vorsorge- und Früherkennungsmassnahmen zeigt sich bei sechs der zehn Massnahmen (Mammographie, Prostata-Untersuchung, Darmspiegelung, Messung Blutdruck, Cholesterin, Blutzucker) ein mit Gesundheitszustand und Alter kovariierendes Muster (MN<mns<mn<IN)¹⁵. Hämokult-Test und Grippeimpfung werden von den Moderat-selektiv-Nutzenden vergleichsweise am wenigsten in Anspruch genommen (mns<MN<mn<IN). Mit Blick auf die Grippeimpfung ist dies plausibel, da diese Gruppe der Schulmedizin wohl am kritischsten gegenüberstehen dürfte. Die Vertauschung der Rangfolge zwischen Marginalnutzenden und Moderat-selektiv-Nutzenden beim Hämokult-Test darf nicht überbewertet werden, da die Differenz zwischen den beiden Gruppen bei lediglich 0.5% liegt. Ebenso steht hinter der umgekehrten Rangfolge zwischen Moderatnutzenden und Moderat-selektiv-Nutzenden bei der Haut- und Muttermaluntersuchung nur eine geringe Differenz von 1.1% beim Anteil an Personen, die eine solche Untersuchung in den letzten 12 Monaten durchführen liessen. Substantieller fallen die Unterschiede beim PAP-Test aus. Wiederum sind es die Moderat-selektiv-Nutzenden, welche eine ausschliesslich auf Basis von Gesundheitszustand und Alter zu erwartende Rangfolge durchbrechen und hier den höchsten Anteil an PAP-Test in den letzten 12 Monaten aufweisen (MN<mn<IN<mns), während die verbleibenden Nutzerprofile das erwartete Rang-Muster zeigen.

Bei den Medikamenten zeigt sich ebenfalls ein sehr konsistentes Bild. Bei den Marginalnutzenden haben 40.4% in den letzten 7 Tagen irgendein Medikament eingenommen. Bei den Moderat-selektiv-Nutzenden sind es 50.3%, bei den Moderatnutzenden sind es 67.5% und bei den Intensivnutzenden 80.9%. Auch nach Medikamente-Gruppen differenziert ändert sich dieses Muster kaum und zeigt sich auch bei der Einnahme von Antidepressiva.

Über alles betrachtet lassen sich die identifizierten vier Nutzerprofile auch auf dem Hintergrund der aufgeschlüsselten Inanspruchnahme gut interpretieren und zeigen ein kohärentes und stabiles Bild.

3.3.6 Ausschluss von Personen mit schlechtem Gesundheitszustand

Um zu prüfen, ob sich die Nutzerprofile auch bei „objektiv“ ähnlichem Gesundheitszustand unterscheiden, wurde eine eingeschränkte Stichprobe (restringiertes Sample) erzeugt. Hierbei wurden alle Personen ausgeschlossen, die in den letzten 12 Monaten einen stationären Spitalaufenthalt hatten oder aktuell eine chronische Erkrankung berichteten¹⁶.

Insgesamt standen damit 12'937 Beobachtungen zur Verfügung, von denen 11'138 in die Nutzerprofile klassifiziert werden konnten (Tabelle T.7 und Tabelle T.8).

Tabelle T.7: Stationäre Behandlung (12 Monate) und chronische Erkrankung in der SGB 2012

Stationäre Behandlung (Anzahl)	Chronische Erkrankung (Anzahl)		
	Ja	Nein	Total
Ja	1'515	1'614	3'129
Nein	5'531	12'937	18'468
Total	7'046	14'551	21'597

Datenquelle: BFS, SGB 2012

¹⁵ Bei den Prostata-Untersuchungen ist die Rangfolge von Moderat- und Intensivnutzenden vertauscht. Allerdings ist der Anteil untersuchter Männer deutlich höher als bei den Marginal- oder Moderat-selektiv-Nutzenden (MN/mns << IN/mn).

¹⁶ JRHOPIT [12 Mt] <> 0 OR TKRAN07 <> 2

Tabelle T.8: Beobachtungen je Nutzerprofil im Gesamtsample und im restringierten Sample

Nutzerprofil	Gesamtes Sample		Restringiertes Sample	
	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl
Marginalnutzende	66.2	11'709	80.6	8'844
Moderat-selektiv-Nutzende	11.0	2'195	9.7	1'217
Moderatnutzende	18.7	3'338	9.0	1'009
Intensivnutzende	4.1	775	0.6	68
Total	100.0	18'017	100.0	11'138

Datenquelle: BFS, SGB 2012

Erwartungsgemäss nimmt im restringierten Sample die Anzahl der Fälle bei den Intensivnutzenden von 775 auf 68 Beobachtungen dramatisch ab, was dem durchschnittlich deutlich schlechteren Gesundheitszustand dieser Gruppe zuzuschreiben ist (Kapitel 3.3.2). Ebenso ging die Anzahl Fälle bei den Moderatnutzenden aufgrund ihres vergleichsweise schlechteren Gesundheitszustandes klar mehr zurück als bei den Moderat-selektiv-Nutzenden und Marginalnutzenden.

Im restringierten Sample ergaben sich bei allen untersuchten Dimensionen ähnlich kohärente und konsistente Unterschiede zwischen den Nutzerprofilen wie im Gesamtsample (Kapitel 3.3.1 bis Kapitel 3.3.5). Das bedeutet, dass sich die definierten Nutzerprofile, selbst wenn die Kränksten ausgeschlossen werden, immer noch substantiell voneinander unterscheiden in Bezug auf die Intensität und Art der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, den Gesundheitszustand, die Art der Krankenversicherung und die Höhe der gewählten Franchise sowie die soziodemografischen Merkmale (Tabelle T.21 - Tabelle T.25 im Anhang C)¹⁷.

Obwohl das restringierte Sample die Personen mit der schlechtesten Gesundheit sicherlich ausschliesst, bestehen in Bezug auf chronisch Kranke gewisse Vorbehalte und Unsicherheiten. Vermutlich interpretiert ein nicht unerheblicher Teil der Befragten in der SGB die Frage nach dem Vorhandensein einer chronischen Krankheit¹⁸ sehr subjektiv. So sagen beispielsweise 38% jener, die in den letzten 7 Tagen ein Blutdruckmedikament eingenommen haben, sie hätten kein chronisches Gesundheitsproblem. Bei Personen, welche ein Cholesterinmedikament eingenommen haben sind es 40% und bei Personen, die in den letzten 7 Tagen ein Diabetesmedikament benötigten immer noch 19%¹⁹. Bei einem nicht unerheblichen Teil der Befragten muss daher vermutet werden, dass sie ein chronisches Gesundheitsproblem haben, dies aber nicht als solches wahrnehmen. Mit entsprechender Zurückhaltung müssen daher auch die Resultate im restringierten Sample interpretiert werden.

3.3.7 Fazit

Mittels LCA konnten aus den Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 vier unterschiedliche Nutzerprofile gewonnen werden: Intensivnutzende (4.1%), Moderatnutzende (18.8%), Moderat-selektiv-Nutzende (11.1%) und Marginalnutzende (66.0%).

Intensivnutzende zeichnen sich dadurch aus, dass sie im Durchschnitt häufig einen Arzt oder eine Ärztin konsultierten, viele Tage in stationärer Spitalbehandlung waren, oft nicht-ärztliche Fachpersonen konsultierten, einen hohen Medikamentenkonsum haben und in erheblichem Umfang komplementärmedizinische Angebote nutzten. Bei den Intensivnutzenden finden sich zudem eher Frauen, Ältere, Geschiedene oder Verwitwete, Personen mit Schweizerischer Nationalität und Personen aus städtischen Gebieten. Der Gesundheitszustand der Intensivnutzenden ist vergleichsweise schlecht und sie weisen den höchsten Anteil an Adipösen, körperlich Inaktiven und täglich Rauchenden auf. Die überwiegende Mehrheit der Intensivnutzenden haben eine gewöhnliche Grundversicherung mit einer Jahresfranchise von 300 oder 500 Franken.

17 Als ebenso stabil erweisen sich die Nutzer-Cluster, wenn die Cluster-Konfigurationen getrennt nach Männern und Frauen analysiert werden (Resultate nicht ausgewiesen).

18 Frage: Haben Sie eine Krankheit oder ein gesundheitliches Problem, wo chronisch oder andauernd ist? Damit meine ich Krankheiten oder gesundheitliche Probleme, wo schon seit mindestens 6 Monaten andauern oder schätzungsweise noch während mindestens 6 Monaten andauern werden.

19 Alle Angaben beziehen sich jeweils auf die Gesamtstichprobe der SGB 2012.

Moderatnutzende konsultieren verhältnismässig oft einen Arzt oder eine Ärztin und verbrachten einige wenige Tage in stationärer Spitalbehandlung. Sie lagen mit Blick auf den durchschnittlichen Medikamentenkonsum hinter den Intensivnutzenden auf dem zweiten Rang, nutzten jedoch komplementärmedizinische Angebote beinahe so selten wie die Marginalnutzenden. In Bezug auf die Konsultation nicht-ärztlicher Fachpersonen lagen sie in einem mittleren Bereich zwischen Intensivnutzenden und Marginalnutzenden. Ältere, Verwitwete, Schweizer und Personen aus städtischen Gebieten sind bei den Moderatnutzenden vergleichsweise häufig. Moderatnutzende weisen hinter den Intensivnutzenden den vergleichsweise schlechtesten Gesundheitszustand auf und sie sind den Intensivnutzenden auch in Bezug auf Gesundheitsverhalten und Gesundheitseinstellungen ähnlich. Analoges gilt für die Versicherungsform: Eine gewöhnliche Grundversicherung mit Jahresfranchise von 300 oder 500 Franken ist die Norm.

Moderat-selektiv-Nutzende konsultierten vergleichsweise selten einen Arzt oder eine Ärztin. Sie waren fast so selten in stationärer Spitalbehandlung wie die Marginalnutzenden und hatten einen beinahe so geringen Medikamentenkonsum wie diese. Bezüglich der Konsultation nicht-ärztlicher Fachpersonen bewegen sie sich wie die Moderatnutzenden in einem mittleren Bereich zwischen Marginal- und Intensivnutzenden. Allerdings nutzten sie komplementärmedizinische Angebote durchschnittlich am meisten. Personen mit diesem Nutzerprofil sind eher jünger und der Frauenanteil fällt höher aus als bei allen anderen Nutzerprofilen. Vergleichsweise hoch ist ebenso der Anteil an Personen mit Tertiärbildung, Schweizer Nationalität sowie Personen, die in ländlichen Gebieten und in der Französischen Schweiz wohnen. Moderat-selektiv-Nutzende sind eher gesund und pflegen einen gesundheitsbewussten Lebensstil. Sie wählen vergleichsweise oft hohe oder sehr hohe Jahresfranchisen und sie stellen den höchsten Anteil an Personen mit Komplementärversicherung.

Marginalnutzende sind dadurch charakterisiert, dass sie im Vergleich zu Personen mit anderen Nutzerprofilen durchschnittlich weniger häufig einen Arzt oder eine nicht-ärztliche Fachperson konsultierten, kaum stationäre Spitalaufenthalte hatten, durchschnittlich weniger Medikamente einnahmen und sehr selten komplementärmedizinische Angebote nutzten. Bei den Marginalnutzenden finden sich vergleichsweise eher Männer, Jüngere, Ledige, Ausländer und Personen aus ländlichen Regionen. Ihr Gesundheitszustand ist vergleichsweise sehr gut. Sie sind häufig körperlich aktiv und normalgewichtig, pflegen aber keinen ausgeprägt gesundheitsbewussten Lebensstil. Marginalnutzende weisen die vergleichsweise geringsten Anteile bei den tiefen und die höchsten Anteile bei den hohen Jahresfranchisen auf und sie nutzen Grundversicherungsmodelle mit vorgängiger telefonischer Beratung eher als Personen mit anderen Nutzerprofilen.

Das Grundversicherungsmodell mit Franchise ist bei allen vier Nutzerprofilen die häufigste Versicherungsform. Die zweithäufigste Versicherungsform ist bei allen das Hausarzt-Modell (31.2 - 34.4%), gefolgt vom Modell mit vorgängiger telefonischer Abklärung (5.1 - 9.9%) – diese Form ist bei den Moderat-selektiv-Nutzenden am weitesten verbreitet. HMO-Modelle sind dagegen bei allen Nutzerprofilen eher selten (3.4 - 4.7%).

3.4 Einflussgrössen der Inanspruchnahme

Während in Kapitel 3.3 die von Andersen [6, 7] propagierten Einflussfaktoren der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bivariat untersucht wurden, werden diese nunmehr im Rahmen eines multivariaten Modelles geprüft, welches soziodemografische und soziostrukturelle Faktoren, Zugangsvoraussetzungen (Krankenversicherung, Wohnort) und den Bedarf an Leistungen (Gesundheitszustand) als erklärende Variablen einschliesst. Die abhängige Variable, die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, wird wiederum durch die in der LCA identifizierten Nutzerprofile repräsentiert. Die statistische Analyse wurde mittels einer multinomialen logistischen Regression durchgeführt. Als Referenzkategorie für die abhängige Variable fungieren die Marginalnutzenden, d.h. die Resultate werden jeweils ausgewiesen für a) die Moderat-selektiv-Nutzenden im Vergleich zu den Marginalnutzenden, b) die Moderatnutzenden im Vergleich zu den Marginalnutzenden und c) die Intensivnutzenden im Vergleich zu den Marginalnutzenden. Um die Lesbarkeit nicht unnötig zu erschweren, wurde bei der Darlegung der Resultate auf die explizite Nennung der Referenzkategorie verzichtet. Die Einfluss- bzw. Effektgrössen werden als adjustierte relative Wahrscheinlich-

keitsverhältnisse (RRR) ausgewiesen, d.h. es handelt sich hier um Verhältnisse von Wahrscheinlichkeiten unter Konstanthaltung aller weiteren Einflussgrößen (Tabelle T.26 im Anhang C)²⁰.

3.4.1 Soziodemografische Faktoren

Mit Bezug auf die soziodemografischen Einflussgrößen zeigen sich beim Geschlecht und im Vergleich zu den Marginalnutzenden bei allen Nutzerprofilen signifikante Effekte. Frauen haben im Vergleich zu Männern eine rund dreimal so hohe Wahrscheinlichkeit, Moderat-selektiv-Nutzende zu sein. Bei den Moderatnutzenden haben Frauen eine um 38% höhere Wahrscheinlichkeit und bei den Intensivnutzenden liegt die Wahrscheinlichkeit um 84% höher als bei den Männern. Signifikante Bildungseffekte zeigen sich bei den Moderat-selektiv-Nutzenden und den Intensivnutzenden. Personen mit Tertiärbildung haben eine um 74% höhere Wahrscheinlichkeit als solche mit obligatorischer Schulbildung, Moderat-selektiv-Nutzende zu sein. Bei den Intensivnutzenden ist die entsprechende Wahrscheinlichkeit etwas mehr als doppelt so hoch und die Wahrscheinlichkeit von Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II liegt hier um 58% höher als diejenige von Personen mit obligatorischem Bildungsabschluss. Sprachregionale Unterschiede zeigen sich einzig bei den Moderat-selektiv-Nutzenden, wo die Wahrscheinlichkeit von Personen aus der Französischen Schweiz um 35% höher liegt als jene von Personen aus der Deutschschweiz. Weiterhin haben Ausländerinnen und Ausländer im Vergleich zu Schweizerinnen und Schweizern eine um 29% geringere Wahrscheinlichkeit, Moderat-selektiv-Nutzende zu sein.

3.4.2 Zugangsvoraussetzungen

Während das gewählte Krankenversicherungsmodell im multivariaten Modell keinen signifikanten Einfluss verzeichnet, existieren bei der Wahl der Franchise signifikante und substantielle Effekte. Dies ist insbesondere bei den Moderatnutzenden und den Intensivnutzenden der Fall. Die Wahrscheinlichkeit zur Gruppe der Moderatnutzenden zu gehören liegt bei einer Franchise von 1'000 Franken im Vergleich zu einer Franchise von 300 Franken um 38% tiefer, bei einer Franchise von 1'500 Franken um 46%, bei 2'000 Franken um 51% und bei 2'500 Franken sogar um 57%. Bei den Intensivnutzenden zeigt sich ein analoges Muster, jedoch treten hier signifikante Unterschiede bereits ab einer Franchise von 500 Franken auf. Die Wahrscheinlichkeit Intensivnutzer zu sein, liegt bei Franchisen von 500, 1'000, 1'500, 2'000 und 2'500 Franken jeweils um 30%, 45%, 59%, 65% und 68% tiefer als bei einer Franchise von 300 Franken. Auch bei der Komplementärversicherung zeigen sich Unterschiede, die bereits bei der detaillierten Inspektion der Nutzerprofile zu Tage getreten sind. Bei Komplementärversicherten ist die Wahrscheinlichkeit Moderat-selektiv-Nutzer zu sein, beinahe 4-mal höher als bei Personen ohne Komplementärversicherung. Die Wahrscheinlichkeit von Komplementärversicherten, Moderatnutzer bzw. Intensivnutzer zu sein, ist um 40% bzw. um 38% höher als bei Personen, die über keine Komplementärversicherung verfügen. Ebenso liegt die Wahrscheinlichkeit, zur Gruppe der Moderat-selektiv-Nutzenden, Moderatnutzenden oder Intensivnutzenden zu gehören, bei Personen mit einer Spitalzusatzversicherung (Halbprivat/Privat/Andere) um 21%, 15% und 42% höher als bei Personen mit Spitalversicherung Allgemeine Abteilung. Zwischen städtischen und ländlichen Regionen konnten hingegen im multivariaten Modell keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

3.4.3 Bedarf

Insgesamt starke Effekte im multivariaten, d.h. adjustierten Modell zeigen sich beim Gesundheitszustand. Personen, die ihren Gesundheitszustand als schlecht einschätzen,²¹ haben eine 56% höhere Wahrscheinlichkeit Moderat-selektiv-Nutzende zu sein. Bei den Moderatnutzenden liegt die Wahrscheinlichkeit von Personen mit schlechter Gesundheit 1.3-mal und bei den Intensivnutzenden 3.8-mal höher als bei Personen mit guter Gesundheit. Ein analoges Bild zeigt sich beim Vor-

20 Das RRR ist ein Verhältnis von Wahrscheinlichkeiten (p), hier illustriert am RRR für Frauen bei den Moderatnutzenden (Referenzkategorie Marginalnutzende). $RRR = [p(y=mns|Frau) / p(y=MN|Frau)] / [p(y=mns|Mann) / p(y=MN|Mann)]$. Ein RRR von 2 würde demnach bedeuten, dass die Wahrscheinlichkeit Moderatnutzende zu sein, bei Frauen doppelt so hoch ist als bei Männern. Anders formuliert: Die Wahrscheinlichkeit Moderatnutzende zu sein, liegt bei den Frauen um 100% höher als bei den Männern.

21 Der Gesundheitszustand wurde als mittelmässig, schlecht oder sehr schlecht eingestuft. Vergleichsgruppe sind Personen mit gutem oder sehr gutem selbst wahrgenommenem Gesundheitszustand.

liegen chronischer Krankheiten. Die Wahrscheinlichkeit zur Gruppe der Moderat-selektiv-Nutzenden oder den Moderatnutzenden zu gehören, ist bei chronisch Kranken etwas mehr als doppelt so hoch wie bei Personen ohne chronische Krankheit und bei den Intensivnutzenden ist die entsprechende Wahrscheinlichkeit beinahe 4-mal höher. Auch bei der psychischen Belastung konnten substantielle Unterschiede festgestellt werden. Personen mit erhöhter psychischer Belastung hatten ein 57%, 36% und 91% höhere Wahrscheinlichkeit Moderat-selektiv-Nutzende, Moderatnutzende bzw. Intensivnutzende zu sein. Während funktionelle Einschränkungen im multivariaten Modell nicht signifikant mit den Nutzerprofilen kovariierten, konnten bei den Einschränkungen der Aktivitäten des alltäglichen Lebens markante Differenzen festgestellt werden, jedoch nur bei den Moderat-selektiv-Nutzenden und den Intensivnutzenden. Bei den Moderat-selektiv-Nutzenden lag die Wahrscheinlichkeit bei Personen mit Einschränkungen in den Aktivitäten des alltäglichen Lebens um 91% und bei den Intensivnutzenden um 196% höher als bei Personen ohne Einschränkungen.

3.4.4 Moderat-selektiv-Nutzende versus Moderatnutzende

Insgesamt zeigt sich auch bei der multivariaten Analyse das kohärente Bild, dass Inanspruchnahme primär mit Bedarf – d.h. dem Gesundheitszustand und in der Folge mit den Zugangsvoraussetzungen (Krankenversicherung) – kovariert. Am deutlichsten manifestiert sich dies beim Vergleich der Marginalnutzenden mit den Intensivnutzenden. Mit den Moderat-selektiv-Nutzenden existiert jedoch ein Nutzerprofil, welches sich durch den sehr hohen Frauenanteil, einen hohen Anteil an Personen aus der Französischen Schweiz und Personen mit Tertiärbildungsabschluss sowie einen geringen Ausländeranteil und einen sehr hohen Anteil an Komplementärversicherten auszeichnet. Gleichzeitig erwiesen sich diese Faktoren als signifikante Einflussgrößen im multivariaten Modell. Um zu prüfen, ob diese Besonderheiten auch Bestand haben, wenn zwei Nutzerprofile mit relativ ähnlichem Profil verglichen werden, wurden anstelle der Marginalnutzenden die Moderatnutzenden als Referenzkategorie definiert und mit den Moderat-selektiv-Nutzenden im Rahmen einer multiplen logistischen Regression verglichen²². In Bezug auf den Gesundheitszustand hatten Personen mit schlechtem selbst wahrgenommenem Gesundheitszustand eine 32% tiefere Chance als solche mit gutem selbst wahrgenommenem Gesundheitszustand, zu den Moderat-selektiv-Nutzenden zu gehören (Tabelle T.27 im Anhang C). Chronische Krankheit, psychische Belastung, funktionelle Einschränkungen und Einschränkungen bei den Aktivitäten des alltäglichen Lebens hatten keinen signifikanten Effekt, was ein Indiz dafür ist, dass sich die Moderat-selektiv-Nutzenden und die Moderatnutzenden hinsichtlich unterschiedlicher Dimensionen der Gesundheit recht ähnlich sind, nicht aber mit Blick auf den selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand. Personen mit einer Franchise von 1'000, 1'500 und 2'500 Franken hatten eine 54%, 65% und 147% höhere Chance, Moderat-selektiv-Nutzende zu sein als Personen mit einer Franchise von 300 Franken. Das gewählte Krankenversicherungsmodell und die Art der Spitalversicherung hatten keine statistisch signifikanten Effekte. Mit Blick auf die Kernmerkmale der Moderat-selektiv-Nutzenden konnten jedoch substantielle Unterschiede im Vergleich zu den Moderatnutzenden festgestellt werden. Die Chance, zur Gruppe der Moderat-selektiv-Nutzenden zu gehören, war bei Frauen mehr als doppelt so hoch wie bei Männern. Die Chance von Ledigen im Vergleich zu Verheirateten lag um 36% höher, jene von Personen mit Tertiärbildung war 60% höher und jene von Personen aus der Französischen Schweiz lag um 37% höher. Schliesslich hatten Personen mit Migrationshintergrund eine 22% (Eingebürgerte), respektive 28% (Ausländer) geringere Chance Moderat-selektiv-Nutzende zu sein. Des Weiteren hatten Personen mit Komplementärversicherung eine 2.8-mal höhere Chance, Moderat-selektiv-Nutzende zu sein als Personen ohne Komplementärversicherung.

3.4.5 Fazit

Die multivariaten Modelle bestätigen die meisten bereits in der deskriptiven Analyse festgehaltenen Befunde. Insbesondere bestätigt sich, dass Inanspruchnahme primär mit Bedarf – d.h. dem Gesundheitszustand und mit den Zugangsvoraussetzungen (Krankenversicherung) – in Zusammen-

²² Dabei wurde das gleiche Modell, wie bereits bei der multinomialen logistischen Regression, verwendet.

hang steht. Am deutlichsten manifestiert sich dieses Bild beim Vergleich von Marginalnutzenden und Intensivnutzenden. Während das gewählte Krankenversicherungsmodell im multivariaten Modell keinen signifikanten Einfluss hat, existieren bei der Wahl der Franchise signifikante und substantielle Effekte. Dies ist insbesondere bei den Moderatnutzenden und den Intensivnutzenden der Fall.

Eine höhere Wahrscheinlichkeit, zu den Intensivnutzenden zu gehören (im Vergleich zu den Marginalnutzenden), haben Frauen, Personen mit sekundärem oder tertiärem Bildungsabschluss, Komplementärversicherte, und Personen mit schlechtem Gesundheitszustand. Eine entsprechend geringe Wahrscheinlichkeit, zur Gruppe der Intensivnutzenden zu gehören, weisen Personen mit höheren Franchisen und Spitalversicherung Allgemeine Abteilung auf.

Die Wahrscheinlichkeit, Moderatnutzende zu sein (im Vergleich zu Marginalnutzenden), ist höher für Frauen, Komplementärversicherte und Personen mit schlechtem Gesundheitszustand. Eine entsprechend geringere Wahrscheinlichkeit zur Gruppe der Moderatnutzenden zu gehören, weisen Personen mit höheren Franchisen und Spitalversicherung Allgemeine Abteilung auf.

Die Wahrscheinlichkeit, Moderat-selektiv-Nutzende (im Vergleich zu Marginalnutzenden) zu sein, ist deutlich höher für Frauen und ebenfalls deutlich höher für Komplementärversicherte und Personen mit Tertiärbildung. Eine höhere Wahrscheinlichkeit weisen auch Personen mit schlechterem Gesundheitszustand und Personen aus der Romandie auf. Eine geringe Wahrscheinlichkeit zur Gruppe der Moderat-selektiv-Nutzenden zu gehören, weisen Personen mit ausländischer Nationalität sowie Personen mit Spitalversicherung Allgemeine Abteilung auf.

Aufschlussreich ist der spezifische Vergleich von Moderat-selektiv-Nutzenden und Moderatnutzenden (Referenzkategorie): Diese beiden Kategorien sind sich hinsichtlich unterschiedlicher Dimensionen der Gesundheit recht ähnlich, nicht aber mit Blick auf Einstellungen und den selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand. Im Vergleich dieser beiden Gruppen lag die Chance, Moderat-selektiv-Nutzende zu sein höher für Frauen, Ledige, Personen mit Tertiärbildung und Personen aus der Romandie. Ebenso war die Chance, zu den Moderat-selektiv-Nutzenden zu gehören, höher bei Personen mit hoher Jahresfranchise. Eine geringere Wahrscheinlichkeit finden wir dafür bei Personen mit Migrationshintergrund (Ausländer und Eingebürgerte) und Personen, welche ihren Gesundheitszustand selbst als eher schlecht wahrnehmen.

Über alles gesehen belegen die Resultate der multivariaten Analysen einerseits, dass es sich bei den für die Beschreibung der Nutzerprofile gewählten Variablen um relevante Einflussgrößen handelt. Andererseits unterscheiden sich die Nutzerprofile inhaltlich und statistisch hinreichend, um als distinkte Profile für die Art und Intensität der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nützliche Dienste zu leisten.

4 Fazit

In der vorliegenden Studie werteten wir Daten der letzten Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 2012 aus. Der Fokus der Analysen lag dabei auf der Identifikation und Charakterisierung von Personengruppen, die das Gesundheitswesen entweder stark (Intensivnutzende) oder aber nur sehr wenig in Anspruch nehmen (Marginalnutzende). Ausgehend von der Inanspruchnahme von Dienstleistungen des Gesundheitswesens untersuchten wir Personen mit unterschiedlichen Nutzerprofilen auch hinsichtlich Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und gewählten Versicherungsmodellen. Im Rahmen der Auswertungen galt es folgende, vom BAG formulierten Fragen zu beantworten:

- Welcher Anteil der Bevölkerung (bzw. der SGB-Stichprobe) beansprucht das Gesundheitswesen intensiv?
- Welcher Anteil der Bevölkerung beansprucht das Gesundheitswesen nur marginal?
- Welche Merkmale weisen diese Gruppen auf?
- Welche Teilmengen der Personen, die viele Leistungserbringer in Anspruch nehmen, sind in welchen Versicherungsmodellen versichert?
- Welche Teilmengen der Personen, die wenig Leistungserbringer in Anspruch nehmen, sind in welchen Versicherungsmodellen versichert?

Die aus den Analysen gewonnenen Erkenntnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- 1) In der Wohnbevölkerung der Schweiz lassen sich vier Nutzerprofile unterscheiden: Intensivnutzende (4%), Moderatnutzende (19%), Moderat-selektiv-Nutzende (11%) und Marginalnutzende (66%).
- 2) Art und Umfang der in Anspruch genommenen Leistungen des Gesundheitswesens hängen in erster Linie vom Gesundheitszustand ab. Ob diese Leistungen angemessen und von guter Qualität waren, lässt sich auf der Grundlage der SGB nicht feststellen.
- 3) Der Gesundheitszustand beeinflusst auch das Gesundheitsverhalten und die Einstellung zur eigenen Gesundheit: Intensivnutzende zeigen das stärkste und Marginalnutzende das geringste Engagement. Einzig die Moderat-selektiv-Nutzenden weichen durch ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein von diesem Muster ab.
- 4) Die Inanspruchnahme-Gruppen, insbesondere auch der Unterschied zwischen Moderat-Nutzenden und Moderat-selektiv-Nutzenden, bleiben auch unter Ausschluss der Personen mit Spitalaufenthalt, Behinderungen oder chronischen Krankheiten weitgehend stabil, was auf ein grundsätzlich unterschiedliches Gesundheitsverständnis hindeutet.
- 5) In zweiter Linie hängt die Art der Inanspruchnahme mit der Präferenz für schulmedizinische oder alternativmedizinische Behandlungsmethoden zusammen. Dies zeigt sich besonders deutlich bei den Zusatzversicherungen. Personen, die über eine Komplementärversicherung verfügen, nutzen komplementärmedizinische Angebote häufiger als Personen ohne Komplementärversicherung.
- 6) Über die Jahresfranchise optimieren gesunde Versicherte ihre Krankenkassenprämien, während weniger gesunde über die Franchise ihre Kostenbeteiligung optimieren.
- 7) Die gewöhnliche Grundversicherung mit Jahresfranchise ist mit über 50% bei allen vier Nutzerprofilen die häufigste Versicherungsform, doch nirgends so ausgeprägt wie bei den Intensivnutzenden (59%). An zweiter Stelle liegt das Hausarztmodell mit jeweils über 30%. Intensivnutzende weisen die vergleichsweise tiefsten Anteile bei der Bonus-Versicherung (0.3%) und beim Telefon-Modell (5%) auf, Marginalnutzende haben den höchsten Anteil bei der Bonus-Versicherung (1%) und Moderat-selektiv-Nutzende den höchsten Anteil beim Telefon-Modell (10%).

- 8) Versicherungsmodelle, die die Koordination fördern sollen (Hausarzt, HMO), sind bei allen vier Nutzerprofilen in der Minderheit und zeigen nur geringe Unterschiede zwischen den Nutzerprofilen. Speziell HMOs werden kaum genutzt (3 – 5%).
- 9) In der SGB 2012 wurden lediglich Personen in Privathaushalten befragt, d.h. Personen in Alters- und Pflegeheimen und sonstigen Kollektivhaushalten sind nicht abgedeckt. Insgesamt ist davon auszugehen, dass die SGB-Daten die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen unterschätzt.
- 10) Die Schweizerische Gesundheitsbefragung ist in ihrem Detaillierungsgrad und ihrer Vielfalt an soziodemografischen Informationen eine für die Schweiz einzigartige Datenquelle. Sie ist zwar keine ideale, aber doch über weite Strecken brauchbare und konkurrenzlose Informationsquelle für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch die Bevölkerung. Dies gilt insbesondere für die Evaluation von relativen Unterschieden und – wie in diesem Bericht – das Ableiten von Nutzerprofilen.

Referenzen

- 1 Rüesch P: Gesundheitsversorgung von Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen oder Behinderungen in der Schweiz. Eine Analyse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 (Obsan Arbeitsdokument 14). Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2006.
- 2 Zellweger U, Bopp M, Holzer BM, Djalali S, Kaplan V: Prevalence of chronic medical conditions in Switzerland: exploring estimates validity by comparing complementary data sources. BMC public health 2014;14:1157.
- 3 Richard A, Faeh D, Rohrmann S, Braun J, Tarnutzer S, Bopp M: Italianity is associated with lower risk of prostate cancer mortality in Switzerland. Cancer causes & control: CCC 2014;25:1523-1529.
- 4 Simoes-Wust AP, Rist L, Dettling M: Self-reported health characteristics and medication consumption by CAM users and nonusers: a Swiss cross-sectional survey. Journal of alternative and complementary medicine 2014;20:40-47.
- 5 DAKOMED: Bevölkerungsbefragung Komplementärmedizin 2014. Dachverband Komplementärmedizin
http://www.dakomed.ch/fileadmin/template/dokumente/2014_Dakomed_Umfrageresultate.pdf, 2014.
- 6 Andersen R, Newman JF: Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. The Milbank Memorial Fund quarterly Health and society 1973;51:95-124.
- 7 Andersen RM: Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? Journal of health and social behavior 1995;36:1-10.
- 8 Guggisberg J, Spycher S: Nachfrage, Inanspruchnahme, Bedarf und Angebotsinduzierung in der ambulanten medizinischen Versorgung. Eine methodenkritische Literaturübersicht. Forschungsprotokoll des Obsan Nr. 3. Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2005.
- 9 Bisig B, Gutzwiller F: Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung? Band 1: Gesamtübersicht. Zürich/Chur, Verlag Rüegger, 2004.
- 10 Bisig B, Gutzwiller F: Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung? Band 1: Detailresultate. Zürich/Chur, Verlag Rüegger, 2004.
- 11 Szymczyk I, Wojtyna E, Lukas W, Kepa J, Pawlikowska T: How does gender influence the recognition of cardiovascular risk and adherence to self-care recommendations?: A study in Polish primary care. BMC family practice 2013;14:165.
- 12 BAG: Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006. Grundlagen zur Entwicklung von forschungs- und handlungsbezogenen Aktivitäten. Bern, Bundesamt für Gesundheit, 2006.
- 13 Kolip P: Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2008; URL-Dokument: <http://www.springerlink.com/content/cv615m062k786605/fulltext.pdf> 28-30.
- 14 Volken T: Second-stage non-response in the Swiss health survey: determinants and bias in outcomes. BMC public health 2013;13:167.
- 15 Bopp M, Braun J, Faeh D, Swiss National Cohort Study G: Variation in Mortality Patterns Among the General Population, Study Participants, and Different Types of Nonparticipants: Evidence From 25 Years of Follow-up. American journal of epidemiology 2014;180:1028-1035.

A Anhang zur Inanspruchnahme

A.1 Deskriptive Analysen

A.1.1 Arztkonsultationen insgesamt

In der Gesamtpopulation konsultierten 78.4% mindestens 1-mal in den letzten 12 Monaten einen Arzt oder eine Ärztin. Der Mittelwert lag bei 3.85 Konsultationen und der Median bei 2 Konsultationen in den letzten 12 Monaten (Tabelle T.9)²³. Frauen aller Alterskategorien, mit Ausnahme der Kategorie 75+, suchten häufiger einen Arzt auf. Mit zunehmendem Alter nehmen die Arztbesuche zu. Bei Frauen und Männern und über alle Alterskategorien ist eine im Vergleich deutlich erhöhte Anzahl an Konsultationen erst ab dem 90. oder 95. Perzentil vorhanden. In der Gesamtpopulation suchten 5% den Arzt oder die Ärztin mehr als 12-mal in den letzten 12 Monaten auf. Insgesamt ist die Verteilung der Arztbesuche in der Population linkssteil: sehr viele Personen hatten in den letzten 12 Monaten keine oder nur eine geringe Anzahl an Arztkonsultationen während vergleichsweise deutlich weniger Personen viele oder sehr viele Konsultationen hatten. Entsprechend hoch fällt der Gini-Koeffizient (0.63) für die Gesamtpopulation aus, was darauf hinweist, dass die Anzahl der Arztkonsultationen sehr ungleich verteilt ist. Ebenso verhält es sich, wenn nach Geschlecht und Altersgruppen differenziert wird, wobei sich mit zunehmendem Alter eine leichte Abnahme der ungleichen Inanspruchnahme zeigt.

Tabelle T.9: Anzahl Arztbesuche nach Geschlecht und Altersgruppen (letzte 12 Monate)

Gruppe	Mittelwert	p25	p50	p75	p90	p95	p99	sd	Gini	%>0	Fälle
Männer (15-24)	2.66	0	1	3	6	10	24	5.12	0.67	69.1	1'514
Männer (25-34)	2.11	0	1	2	4	7	25	5.17	0.72	59.0	1'237
Männer (35-44)	2.66	0	1	3	6	10	30	6.32	0.72	62.6	1'701
Männer (45-54)	3.16	0	1	3	8	12	30	6.34	0.70	67.6	2'033
Männer (55-64)	4.07	1	2	4	10	15	40	7.83	0.67	76.5	1'557
Männer (65-74)	4.08	1	2	5	10	12	25	5.88	0.56	86.3	1'369
Männer (75+)	5.47	2	3	6	12	16	50	8.45	0.56	91.7	852
Frauen (15-24)	3.74	1	2	4	8	12	25	6.88	0.60	82.7	1'470
Frauen (25-34)	4.34	1	2	5	10	12	30	7.80	0.60	85.0	1'374
Frauen (35-44)	4.22	1	2	5	10	14	30	7.75	0.61	85.0	1'890
Frauen (45-54)	4.29	1	2	4	10	15	37	6.99	0.61	84.9	2'275
Frauen (55-64)	4.57	1	3	5	10	15	38	7.04	0.59	85.1	1'689
Frauen (65-74)	4.57	1	3	5	10	14	30	6.57	0.56	87.6	1'472
Frauen (75+)	5.46	2	3	6	12	15	45	7.17	0.54	90.8	1'091
Total	3.85	1	2	4	10	12	30	6.89	0.63	78.4	21'524

Datenquelle: BFS, SGB 2012

A.1.2 Konsultationen in Allgemeinarztpraxen

Ein ähnliches Bild, wie bei den Arztkonsultationen insgesamt, zeigt sich bei den Konsultationen bei einem Allgemeinpraktiker (Tabelle T.10). Rund zwei Drittel der Gesamtpopulation konsultierte in den letzten 12 Monaten einen Allgemeinpraktiker. Im Mittel wurden Allgemeinarztpraxen 2.42-mal besucht, der Median lag mit einer Konsultation deutlich tiefer. Männer suchten über alle Alterskategorien hinweg etwas weniger oft als Frauen eine Allgemeinarztpraxis auf. Bei Frauen und Männern und über alle Alterskategorien ist eine im Vergleich deutlich erhöhte Anzahl an Konsultationen erst ab dem 90. oder 95. Perzentil vorhanden. In der Gesamtpopulation suchten lediglich 5% einen Allgemeinpraktiker oder eine Allgemeinpraktikerin mehr als 10-mal in den letzten 12 Monaten auf.

²³ Lesebeispiel: 50% der 15-24-jährigen Männer konsultierten 1-mal oder weniger einen Arzt (p50 = Median); 75% konsultierten den Arzt 3-mal oder weniger (p75). 69.1% der 15-24-jährigen Männer konsultierten mindestens 1-mal einen Arzt (%>0). Im Mittel suchte diese Gruppe 2.66-mal einen Arzt oder eine Ärztin auf.

Insgesamt ist auch die Verteilung der Konsultationen in Allgemeinarztpraxen linkssteil: sehr viele Personen hatten in den letzten 12 Monaten keine oder nur wenige Konsultationen, während vergleichsweise deutlich weniger Personen viele oder sehr viele Konsultationen hatten. Der Gini-Koeffizient für die Konsultationen beim Allgemeinpraktiker liegt in der Gesamtpopulation mit 0.66 auf einem ähnlich hohen Niveau wie bei den Arztbesuchen insgesamt. Auch bei der Inanspruchnahme von Allgemeinarztpraxen kann also ein erhebliches Mass an Ungleichheit diagnostiziert werden. Wenn nach Geschlecht und Altersgruppen differenziert wird, zeigt sich mit zunehmendem Alter eine leichte Abnahme der ungleichen Inanspruchnahme.

Tabelle T.10: Anzahl Konsultationen in Allgemeinarztpraxen nach Geschlecht und Altersgruppen (letzte 12 Monate)

Gruppe	Mittelwert	p25	p50	p75	p90	p95	p99	sd	Gini	%>0	Fälle
Männer (15-24)	1.84	0	1	2	5	6	15	3.25	0.65	63.2	1'469
Männer (25-34)	1.38	0	1	2	3	5	12	3.46	0.73	50.2	1'203
Männer (35-44)	1.58	0	1	2	4	6	10	4.53	0.72	53.9	1'648
Männer (45-54)	2.00	0	1	2	5	8	20	3.82	0.70	60.3	1'960
Männer (55-64)	2.58	0	1	3	6	10	20	4.37	0.63	71.0	1'512
Männer (65-74)	2.91	1	2	4	6	12	17	3.96	0.56	81.2	1'326
Männer (75+)	4.33	1	2	4	12	12	24	7.53	0.59	85.5	779
Frauen (15-24)	2.40	0	1	3	5	8	20	3.82	0.64	68.6	1'422
Frauen (25-34)	2.09	0	1	2	5	7	13	5.97	0.71	59.7	1'320
Frauen (35-44)	2.28	0	1	3	5	8	20	5.45	0.68	63.3	1'829
Frauen (45-54)	2.50	0	1	3	6	10	23	4.59	0.68	65.2	2'221
Frauen (55-64)	2.74	0	1	3	6	11	24	4.31	0.64	71.3	1'654
Frauen (65-74)	3.11	1	2	4	7	11	23	4.92	0.59	78.2	1'441
Frauen (75+)	3.99	1	3	4	10	12	20	5.61	0.55	86.0	1'023
Total	2.42	0	1	3	6	10	20	4.73	0.66	66.5	20'807

Datenquelle: BFS, SGB 2012

A.1.3 Spezialarztkonsultationen

Spezialärztinnen und Spezialärzte, exklusive Frauenärztinnen/-ärzte, wurden in den letzten 12 Monaten von 36.1% der Gesamtpopulation konsultiert, im Mittel 1.32-mal (Tabelle T.11). Der entsprechende Median lag bei null Konsultationen. Ältere Männer konsultierten tendenziell öfter einen Spezialarzt als jüngere. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Frauen, jedoch weniger ausgeprägt. Altersspezifische Geschlechterunterschiede bestehen zwar, jedoch zeigt sich kein einheitliches Bild, da in manchen Altersgruppen die Frauen weniger und in anderen öfter einen Spezialarzt oder eine Spezialärztin konsultieren als Männer. Bei Frauen und Männern und über alle Alterskategorien ist eine im Vergleich deutlich erhöhte Anzahl an Spezialarztkonsultationen erst ab dem 95. Perzentil vorhanden. In der Gesamtpopulation suchten lediglich 5% mehr als 6-mal in den letzten 12 Monaten einen Spezialarzt oder eine Spezialärztin auf. Insgesamt ist die Verteilung der Spezialarztbesuche in der Population ausgeprägt linkssteil: 75% der Gesamtpopulation hatte höchstens eine Spezialarztkonsultation und entsprechend wenige Personen hatten viele oder sehr viele Konsultationen. Der Gini-Koeffizient für die Spezialarztkonsultationen in der Gesamtpopulation liegt mit 0.84 sehr viel höher als bei den Konsultationen in Allgemeinpraxen oder den Arztkonsultationen insgesamt. Die Inanspruchnahme von Spezialärzten und Spezialärztinnen ist in der Gesamtbevölkerung sehr ungleich verteilt. Wenn nach Altersgruppen differenziert wird, zeigt sich bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter eine leichte Abnahme der ungleichen Inanspruchnahme.

Tabelle T.11: Anzahl Spezialarztbesuche, ohne Frauenarzt nach Geschlecht und Altersgruppen (letzte 12 Monate)

Gruppe	Mittelwert	p25	p50	p75	p90	p95	p99	sd	Gini	%>0	Fälle
Männer (15-24)	1.05	0	0	1	2	5	16	3.67	0.88	28.6	1'473
Männer (25-34)	0.87	0	0	0	2	4	12	3.53	0.90	24.4	1'203
Männer (35-44)	1.22	0	0	1	3	5	24	4.03	0.87	30.4	1'648
Männer (45-54)	1.35	0	0	1	3	6	20	4.20	0.86	33.4	1'960
Männer (55-64)	1.56	0	0	1	4	8	20	4.45	0.81	41.4	1'512
Männer (65-74)	1.36	0	0	2	3	5	12	3.07	0.74	48.7	1'325
Männer (75+)	1.71	0	1	2	4	6	12	4.08	0.73	55.6	778
Frauen (15-24)	1.06	0	0	1	2	4	15	4.86	0.89	27.6	1'424
Frauen (25-34)	1.32	0	0	1	3	6	20	5.78	0.89	28.3	1'322
Frauen (35-44)	1.24	0	0	1	3	5	20	4.19	0.86	32.9	1'831
Frauen (45-54)	1.46	0	0	1	3	7	22	4.37	0.85	37.2	2'228
Frauen (55-64)	1.73	0	0	1	4	7	25	5.31	0.82	43.3	1'658
Frauen (65-74)	1.47	0	0	1	4	6	12	4.29	0.78	46.1	1'442
Frauen (75+)	1.34	0	0	2	3	6	12	2.95	0.75	47.5	1'022
Total	1.32	0	0	1	3	6	20	4.30	0.84	36.1	20'826

Datenquelle: BFS, SGB 2012

A.1.4 Stationäre Behandlungstage in Spitälern und Kliniken

Bei der stationären Behandlung in Spitälern und Kliniken akzentuiert sich die ungleiche Inanspruchnahme deutlich. 11.4% der Gesamtpopulation musste sich in den letzten 12 Monaten in stationäre Behandlung begeben, wobei 8.3% 3 Tage oder länger im Spital verbleiben mussten (Tabelle T.12). Im Durchschnitt verweilte die Gesamtpopulation in den letzten 12 Monaten 1.01 Tage in Spitälern oder Kliniken. Lediglich 5% der Gesamtbevölkerung wurde mehr als 5 Tage stationär behandelt. Bei Männern wie Frauen verbrachte die Altersgruppe 75+ durchschnittlich die meisten Tage in stationärer Behandlung. Ausgeprägte Geschlechterunterschiede zeigen sich lediglich in den Altersgruppen 15-24, 25-34 und 35-44 Jahre, wo Frauen durchschnittlich länger stationär behandelt werden als Männer. Dies ist sehr wahrscheinlich auf Geburten zurückzuführen. Die Verteilung der Anzahl Tage in stationären Einrichtungen sind in der Population wiederum linkssteil und dies in ausgeprägtem Mass, wie bereits anhand der Perzentil-Verteilungen erläutert wurde.

Tabelle T.12: Anzahl stationäre Spitaltage (letzte 12 Monate)

Gruppe	Mittelwert	p25	p50	p75	p90	p95	p99	sd	Gini	%>0	%≥3	Fälle
Männer (15-24)	0.48	0	0	0	0	2	7	3.67	0.96	8.7	4.2	1'474
Männer (25-34)	0.30	0	0	0	0	1	7	2.19	0.97	6.2	3.1	1'204
Männer (35-44)	0.37	0	0	0	0	2	7	3.49	0.96	7.4	4.7	1'647
Männer (45-54)	0.72	0	0	0	0	3	14	5.41	0.97	8.3	5.9	1'960
Männer (55-64)	1.25	0	0	0	3	7	21	7.58	0.94	13.3	10.1	1'516
Männer (65-74)	1.16	0	0	0	3	7	28	5.11	0.94	14.2	10.5	1'326
Männer (75+)	2.36	0	0	0	5	10	42	10.61	0.93	17.8	15.3	778
Frauen (15-24)	0.70	0	0	0	0	3	10	6.04	0.97	8.4	5.7	1'427
Frauen (25-34)	1.15	0	0	0	3	5	14	7.03	0.93	15.8	12.8	1'325
Frauen (35-44)	1.27	0	0	0	1	4	17	12.53	0.97	11.0	7.5	1'830
Frauen (45-54)	0.84	0	0	0	0	4	22	5.47	0.96	9.1	6.8	2'231
Frauen (55-64)	0.85	0	0	0	2	5	17	3.79	0.94	11.3	8.5	1'660
Frauen (65-74)	1.57	0	0	0	4	8	30	6.78	0.93	16.4	12.6	1'447
Frauen (75+)	2.38	0	0	0	8	14	35	7.88	0.90	20.6	17.2	1'031
Total	1.01	0	0	0	1	5	21	6.68	0.95	11.4	8.3	20'856

Datenquelle: BFS, SGB 2012

Der Gini-Koeffizient für die stationären Behandlungstage in der Gesamtpopulation ist mit 0.95 nochmals höher als bei den Facharztkonsultationen (0.84). Die Anzahl der in stationären Einrichtungen verbrachten Tage sind demzufolge äusserst ungleich über die Gesamtpopulation verteilt. Dies ändert sich auch mit zunehmendem Alter nicht substantiell, d.h. auch innerhalb der Altersgruppen findet sich jeweils ein sehr hohes Mass an Ungleichheit bei der Verteilung der in stationären Einrichtungen verbrachten Anzahl Tage.

A.1.5 Konsultationen von nicht-ärztlichen Fachpersonen

Eine nicht-ärztliche Fachperson aus dem Gesundheitsbereich wurde von 81.1% der Gesamtpopulation in den letzten 12 Monaten konsultiert (Tabelle T.13). Die durchschnittliche Anzahl an Konsultationen lag bei 5.02, der entsprechende Median bei 2 Konsultationen. Über alle Altersgruppen hinweg konsultierten die Frauen öfter als Männer eine nicht-ärztliche Fachperson. Durchschnittlich am meisten Konsultationen, sowohl bei Männer wie Frauen, berichteten die 55-64-Jährigen.

Bei Frauen und Männern und über alle Alterskategorien wird eine im Vergleich deutlich erhöhte Anzahl an Konsultationen bei nicht-ärztlichen Fachpersonen ab dem 90. Perzentil sichtbar. In der Gesamtpopulation konsultierten 10% eine nicht-ärztliche Fachperson mehr als 13-mal in den letzten 12 Monaten. Insgesamt ist die Verteilung bei den Konsultationen nicht-ärztlicher Fachpersonen ebenfalls linkssteil: 25% der Gesamtpopulation hatten eine Konsultation oder weniger, 50% hatten 2 oder weniger, 75% hatten 5 oder weniger und 90% hatten 13 oder weniger Konsultationen. Demgegenüber konsultierte 1% der Gesamtpopulation eine nicht-ärztliche Fachperson mehr als 46-mal. Der Gini-Koeffizient als Mass für die Ungleichverteilung der Inanspruchnahme liegt mit 0.67 auf einem ähnlichen hohen Niveau wie bei den Arztkonsultationen insgesamt oder den Konsultationen in Allgemeinpraxen. Zwischen den Alters- und Geschlechtergruppen unterscheidet sich die binnenspezifische Ungleichverteilung nur unwesentlich.

Tabelle T.13: Anzahl Konsultationen nicht-ärztliche Fachpersonen nach Geschlecht und Altersgruppen (letzte 12 Monate)

Gruppe	Mittelwert	p25	p50	p75	p90	p95	p99	sd	Gini	%>0	Fälle
Männer (15-24)	2.77	0	1	3	7	11	30	5.31	0.69	68.4	1'130
Männer (25-34)	3.40	0	2	3	9	13	29	5.92	0.67	74.2	1'002
Männer (35-44)	3.94	1	2	3	9	15	46	8.21	0.68	79.9	1'446
Männer (45-54)	4.16	1	2	4	10	19	45	7.96	0.68	78.7	1'745
Männer (55-64)	5.00	1	2	4	14	24	50	9.54	0.71	77.6	1'368
Männer (65-74)	3.76	1	2	3	11	16	31	6.77	0.66	78.2	1'216
Männer (75+)	3.83	1	2	3	10	16	34	6.75	0.66	78.1	697
Frauen (15-24)	4.84	1	2	5	11	18	44	9.38	0.65	82.4	1'218
Frauen (25-34)	6.10	1	3	6	13	22	51	10.91	0.65	83.8	1'169
F(35-44)	6.66	1	3	8	18	26	50	9.68	0.61	88.1	1'629
Frauen (45-54)	6.63	1	3	7	18	26	53	10.39	0.63	89.2	2'010
Frauen (55-64)	6.80	1	3	8	18	27	50	10.52	0.64	88.5	1'490
Frauen (65-74)	6.04	1	2	7	17	23	46	9.23	0.64	84.8	1'302
Frauen (75+)	5.30	1	2	6	16	22	41	8.66	0.67	78.9	882
Total	5.02	1	2	5	13	21	46	8.89	0.67	81.1	18'304

Datenquelle: BFS, SGB 2012

A.1.6 Nutzung komplementärmedizinischer Angebote

Bei den komplementärmedizinischen Therapieangeboten akzentuiert sich die ungleiche Inanspruchnahme wiederum deutlich. Etwas weniger als ein Viertel der Gesamtpopulation nutzte komplementärmedizinische Angebote in den letzten 12 Monaten. Im Durchschnitt erfolgten 1.61 Konsultationen, wobei 95% der Gesamtpopulation 10 oder weniger Konsultationen aufwiesen (Tabelle T.14). Männer nehmen komplementärmedizinische Angebote in allen Altersgruppen durchschnittlich weniger oft als Frauen wahr. Bei den Frauen nimmt die durchschnittliche Inanspruchnahme der

Komplementärmedizin bis zur Gruppe der 55-64-Jährigen zunächst zu, sinkt dann aber in den nachfolgenden Altersgruppen wieder ab. Für die Männer zeigt sich ein ähnliches, aber weniger ausgeprägtes und kohärentes Bild. Die Verteilung der Anzahl wahrgenommener komplementärmedizinischer Therapien in der Population ist wiederum linkssteil und dies in sehr ausgeprägtem Mass. Der Gini-Koeffizient für die komplementärmedizinischen Leistungen in der Gesamtpopulation ist mit 0.89 beinahe so hoch wie jener für die stationäre Aufenthaltsdauer in Spitälern und Kliniken, d.h. auch die Verteilung der Anzahl wahrgenommener komplementärmedizinischer Therapien ist sehr ungleich. Dies gilt für beide Geschlechter und alle Altersgruppen.

Tabelle T.14: Anzahl Konsultationen Komplementärmedizin nach Geschlecht und Altersgruppen (letzte 12 Monate)

Gruppe	Mittelwert	p25	p50	p75	p90	p95	p99	sd	Gini	%>0	Fälle
Männer (15-24)	0.47	0	0	0	1	2	12	2.18	0.95	10.7	1'123
Männer (25-34)	0.83	0	0	0	2	4	15	3.49	0.92	17.0	997
Männer (35-44)	1.05	0	0	0	3	7	13	3.19	0.89	22.1	1'442
Männer (45-54)	1.20	0	0	0	3	8	22	4.43	0.91	19.4	1'728
Männer (55-64)	0.95	0	0	0	2	7	15	3.35	0.92	15.4	1'352
Männer (65-74)	0.92	0	0	0	2	5	20	3.57	0.94	14.0	1'193
Männer (75+)	0.68	0	0	0	1	3	20	3.26	0.95	10.8	675
Frauen (15-24)	1.54	0	0	1	4	8	21	5.32	0.88	26.9	1'213
Frauen (25-34)	1.95	0	0	1	6	10	23	5.30	0.85	31.3	1'166
Frauen (35-44)	2.64	0	0	3	9	14	27	5.97	0.81	39.8	1'624
Frauen (45-54)	2.78	0	0	2	10	14	35	6.44	0.83	36.1	1'996
Frauen (55-64)	3.06	0	0	2	11	16	32	7.34	0.83	34.1	1'470
Frauen (65-74)	2.34	0	0	1	9	12	34	6.70	0.87	26.2	1'267
Frauen (75+)	1.31	0	0	0	4	9	22	4.44	0.91	17.8	826
Total	1.61	0	0	0	5	10	24	5.01	0.89	24.1	18'072

Datenquelle: BFS, SGB 2012

Tabelle T.15: Anzahl Vorsorge-/Früherkennungsmassnahmen nach Geschlecht und Altersgruppen (letzte 12 Monate)

Gruppe	Mittelwert	p25	p50	p75	p90	p95	p99	sd	Gini	%>0	Fälle
Männer (15-24)	0.21	0	0	0	1	1	2	0.44	0.81	20.0	1'474
Männer (25-34)	0.13	0	0	0	1	1	1	0.36	0.89	12.1	1'203
Männer (35-44)	0.25	0	0	0	1	1	2	0.52	0.81	21.5	1'649
Männer (45-54)	0.48	0	0	1	1	2	3	0.74	0.71	36.1	1'960
Männer (55-64)	0.89	0	1	1	2	3	4	0.96	0.56	56.8	1'516
Männer (65-74)	1.28	0	1	2	3	3	4	1.11	0.47	71.1	1'327
Männer (75+)	1.50	1	1	2	3	4	4	1.15	0.42	78.8	780
Frauen (15-24)	0.47	0	0	1	1	2	2	0.63	0.65	40.0	1'427
Frauen (25-34)	0.81	0	1	1	2	2	3	0.72	0.45	65.1	1'326
Frauen (35-44)	0.92	0	1	1	2	2	3	0.85	0.49	64.7	1'831
Frauen (45-54)	1.16	0	1	2	3	3	4	1.03	0.47	70.2	2'232
Frauen (55-64)	1.33	0	1	2	3	3	4	1.13	0.46	72.0	1'664
Frauen (65-74)	1.42	0	1	2	3	4	5	1.22	0.47	72.9	1'447
Frauen (75+)	1.39	0	1	2	3	4	5	1.25	0.49	71.7	1'037
Total	0.82	0	1	1	2	3	4	0.99	0.61	51.8	20'873

Datenquelle: BFS, SGB 2012

A.1.7 Nutzung von Vorsorge- und Früherkennungsmassnahmen

In den letzten 12 Monaten nahmen 51.8% der untersuchten Population mindestens ein Angebot im Bereich Vorsorge- oder Früherkennungsmassnahmen wahr. Im Gesamtdurchschnitt wurden 0.82

Präventionsangebote genutzt, der entsprechende Median lag bei 1 Angebot (Tabelle T.15). Mit Ausnahme der 75+-Jährigen nahmen Frauen durchschnittlich in jeder Alterskategorie mehr Angebote wahr. Dies ist mitunter darauf zurückzuführen, dass zwei frauenspezifische Vorsorge- und Früherkennungsmassnahmen (PAP-Test und Mammographie) lediglich einem männerspezifischen Angebot (Prostata-Untersuchung) gegenüberstehen.

Bei beiden Geschlechtern werden ab der Alterskategorie 55-64 mehr Vorsorge- und Früherkennungsmassnahmen genutzt als in den jüngeren Altersgruppen. Allerdings darf hier nicht vergessen werden, dass die SGB viele Vorsorge- und Früherkennungsmassnahmen erst ab einem Alter von 40 oder 50 Jahren erfragt und jüngere Personen durch Filterführung ausschliesst. Der Gini-Koeffizient für die Anzahl wahrgenommener Vorsorge- und Früherkennungsmassnahmen liegt in der Gesamtpopulation mit 0.61 auf einem ähnlichen Niveau wie jener der Konsultationen in Allgemeinpraxen und Konsultationen bei nicht-ärztlichen Fachpersonen. Bei den Männern reduziert sich die Ungleichheit bei der Wahrnehmung von Vorsorge- und Früherkennungsmassnahmen in den älteren Altersgruppen zusehends, während bei den Frauen die Ungleichheit in allen Altersgruppen, ausgenommen die 15-24 Jährigen, relativ stabil bleibt.

A.1.8 Medikamentenkonsum pro Tag

In der Gesamtpopulation nahmen in den letzten 7 Tagen 40.3% ein Medikament ein. Im Durchschnitt wurden 0.58 Medikamente pro Tag eingenommen (Tabelle T.16). Der entsprechende Median lag bei null Medikamenten. Die durchschnittliche Anzahl eingenommener Medikamente stieg bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter an, wobei die Frauen tendenziell im Durchschnitt leicht mehr Medikamente einnahmen. Die Verteilung der Anzahl eingenommener Medikamente ist erneut linksschief. 75% der Gesamtpopulation nahmen in den letzten sieben Tagen durchschnittlich ein oder gar kein Medikament ein. 90% nahmen zwei oder weniger und 95% drei oder weniger Medikamente ein. Lediglich 1% der Gesamtbevölkerung konsumierte durchschnittlich mehr als 4.14 Medikamente pro Tag. Der Gini-Koeffizient als Mass für die Ungleichverteilung des täglichen Medikamentenkonsums liegt in der Gesamtbevölkerung bei 0.77. Allerdings nimmt der ungleiche Konsum von Medikamenten bei Männern wie bei Frauen mit fortschreitendem Alter stark ab. So liegt der Gini-Koeffizient bei den 75+-Jährigen bei 0.47 während er bei den 15-24-jährigen Männern bei 0.91 und bei den Frauen bei 0.85 lag.

Tabelle T.16: Anzahl Medikamente pro Tag (letzte 7 Tage) nach Geschlecht und Altersgruppen

Gruppe	Mittelwert	p25	p50	p75	p90	p95	p99	sd	Gini	%>0	Fälle
Männer (15-24)	0.09	0.00	0.00	0.00	0.14	0.50	1.50	0.28	0.91	16.6	1'516
Männer (25-34)	0.11	0.00	0.00	0.00	0.50	1.00	1.50	0.34	0.90	18.6	1'239
Männer (35-44)	0.24	0.00	0.00	0.14	1.00	1.14	3.00	0.58	0.85	28.5	1'703
Männer (45-54)	0.41	0.00	0.00	0.29	1.50	2.00	4.00	0.86	0.82	31.2	2'035
Männer (55-64)	0.86	0.00	0.00	1.14	2.50	3.00	5.00	1.18	0.67	49.9	1'565
Männer (65-74)	1.28	0.00	1.00	2.00	3.00	3.50	4.50	1.26	0.54	65.5	1'369
Männer (75+)	1.55	0.14	1.14	2.14	3.00	4.00	5.50	1.32	0.47	76.2	855
Frauen (15-24)	0.15	0.00	0.00	0.14	0.50	1.00	2.00	0.39	0.85	27.2	1'476
Frauen (25-34)	0.19	0.00	0.00	0.14	1.00	1.00	2.14	0.47	0.86	27.5	1'379
Frauen (35-44)	0.26	0.00	0.00	0.14	1.00	1.50	3.00	0.63	0.85	31.0	1'894
Frauen (45-54)	0.43	0.00	0.00	0.50	1.50	2.00	4.00	0.83	0.79	38.7	2'286
Frauen (55-64)	0.80	0.00	0.14	1.00	2.50	3.00	5.00	1.17	0.70	51.8	1'698
Frauen (65-74)	1.12	0.00	1.00	2.00	3.00	3.50	5.00	1.26	0.59	62.8	1'477
Frauen (75+)	1.69	0.50	1.50	2.50	3.64	4.00	6.00	1.45	0.47	78.7	1'102
Total	0.58	0.00	0.00	1.00	2.00	3.00	4.14	1.03	0.77	40.3	21'594

Datenquelle: BFS, SGB 2012

A.1.9 Fazit

Bei fast allen untersuchten Ausprägungen der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens zeigte sich ein erhebliches Mass an Ungleichheit, meist als Folge einer kleine(re)n Gruppe von Nutzern und einer grossen Gruppe von Nicht-Nutzern. Wenn nach Geschlecht und Altersgruppen differenziert wird, zeigt sich mit zunehmendem Alter allerdings oft eine leichte Abnahme der ungleichen Inanspruchnahme.

In der Gesamtpopulation konsultierten 78% mindestens 1-mal in den letzten 12 Monaten einen Arzt oder eine Ärztin oder erhielten einen Hausbesuch, aber nur 5% mehr als 12-mal. Ein ähnlich hoher Bevölkerungsanteil (81%) konsultierte in den letzten 12 Monaten eine nicht-ärztliche Fachperson aus dem Gesundheitsbereich. Die durchschnittliche Anzahl entsprechender Konsultationen lag bei 5, der Median bei 2 Konsultationen. Auch Angebote aus dem Bereich der Vorsorge- und Früherkennungsmassnahmen wurden in den letzten 12 Monaten von einer Mehrheit der Bevölkerung (51.8%) genutzt. Vier von zehn Befragten (40.3%) nahmen in den letzten 7 Tagen ein Medikament ein. Der Durchschnittskonsum belief sich auf fast 0.6 Medikamente pro Tag.

Bei den komplementärmedizinischen Therapieangeboten – diese wurden von etwas weniger als jeder vierten Person genutzt – akzentuiert sich die ungleiche Inanspruchnahme und es lässt sich keine tendenzielle Abnahme der Ungleichheit mit steigendem Alter mehr beobachten. Am ungleichsten zeigen sich die Hospitalisierungen: Eine stationäre Behandlung in einem Spital in den letzten 12 Monaten berichteten 11% der Gesamtpopulation, wobei 8% 3 Tage oder länger und 5% 5 Tage oder länger im Spital verbleiben mussten.

B Methoden-Anhang

B.1 Resultate der internen und externen Validierung

B.1.1 Interne Validierung

Sowohl bei den nicht-ärztlichen Behandlungen als auch bei der Medikamenteneinnahme und der Komplementärmedizin lässt sich zwischen 2007 und 2012 mehrheitlich ein Trend zu höherem Konsum feststellen (Tabelle T.17). Besonders ausgeprägt ist die Zunahme bei den Medikamenten gegen Bluthochdruck und Cholesterin sowie bei der Kräutermmedizin. Bei der Gruppe „Prävention und Vorsorgeuntersuchungen“ ist dieses Zunahme-Muster weniger klar und im Falle des Hämostase-Tests zeigt sich unter allen untersuchten Gesundheitsleistungen die einzige deutliche Abnahme. Auch bei der Grippeimpfung sieht man einen Abnahmetrend.

Fast überall ist ein höherer Konsum in der Romandie als in der Deutschschweiz festzustellen. In umgekehrter Form zeigt sich dieses sprachregionale Gefälle nur bei den Konsultationen bei Dentalhygieniker/innen und Heilpraktiker/innen. Prostata-Untersuchung und Dentalhygieniker/in sind die beiden seltenen Ausnahmen mit einer höheren Inanspruchnahme in der Svizzera italiana als in der Romandie. Im Vergleich der Landesteile fällt bei der Inanspruchnahme von Dienstleistungen der Komplementärmedizin die deutlich stärkere Verbreitung der Osteopathie in der Romandie sowie eine etwas häufigere Inanspruchnahme bei der traditionellen chinesischen Medizin in der Deutschschweiz auf.

B.1.2 Externe Validierung

Aus dem Datenpool der SASIS AG hat uns das Obsan für die Bezugsjahre 2006, 2007, 2011 und 2012 nach Wohnkanton aufgeschlüsselte Tabellen mit der absoluten Zahl der Grundleistungen (Konsultationen) von ärztlichen Grundversorgern und Spezialärzten (ohne Psychiatrie) sowie der Konsultationen im ambulanten Spitalbereich erstellt. Nach dem gleichen Raster erhielten wir eine Zusammenstellung der stationären Spitaltage. Wie in der Gesundheitsbefragung bestehen die Grundleistungen aus Konsultationen und Hausbesuchen und auch hier wurden Pädiater und Gynäkologen zu den Grundversorgern gezählt.

Die erhaltenen Zahlen beziehen sich auf ab 16-Jährige, weshalb wir für die entsprechenden Gegenüberstellungen bei der Gesundheitsbefragung den jüngsten Altersjahrgang ausgeschlossen haben. Zum Vergleich mit der SGB 2012 haben wir die Werte für die Jahre 2011 und 2012 gemittelt, für den Vergleich mit der SGB 2007 diejenigen für die Jahre 2006 und 2007. Die Mittelung zweier Kalenderjahre hat nicht nur den Vorteil einer stabileren Datengrundlage, sondern passt auch inhaltlich besser zur Gesundheitsbefragung, wo die Inanspruchnahme in den letzten 12 Monaten vor der Befragung, d.h. zu einem guten Teil im Jahr 2011 bzw. 2006, erhoben wurde.

Arztkonsultationen

SGB und Datenpool zeigen eine ziemlich gleichförmige Zunahme der aufkumulierten bzw. hochgerechneten Zahl der Arztkonsultationen zwischen 2007 und 2012, die nur wenig über der Bevölkerungszunahme von fast 6% in dieser Periode liegt (Tabelle T.18). Dabei zeigen sich nur minimale Unterschiede zwischen den spezialärztlichen und dem Total aller ärztlichen Grundleistungen. Die absolute Zahl der Grundleistungen ist in der SGB allerdings deutlich niedriger als im Datenpool, obwohl dieser nur Leistungen im Rahmen des Obligatoriums (OKP) erfasst. Bemerkenswerterweise wird dieser Unterschied beim Total aller Ärzte deutlicher sichtbar als bei einer Beschränkung auf die – häufiger im Rahmen einer Privat- oder Zusatzversicherung aufgesuchten – Spezialärzte.

Tabelle T.17: SGB 2007 vs. 2012: Trends und regionale Unterschiede

		Trend	Sprachregion
a) Nicht-ärztliche Behandlungen (in letzten 12 Monaten)			
a.	Konsultationen bei:		
i.	Dentalhygieniker/in	+	F-/I+
ii.	Physiotherapeut/in	+	D-
iii.	Chiropraktiker/in		F+
iv.	Optiker/in	+?	D-
v.	Psychologe/Psychologin/Psychotherapeut/in	+	D-
vi.	Heilpraktiker/in		D+
b.	Spitex-Dienste (Art, Umfang)		D-/F+?
c.	Beratungen in Apotheken		F+?
b) Prävention und Vorsorgeuntersuchungen (in letzten 12 Monaten)			
a.	Grippe-Impfung	-	D-
b.	Mammographie	+?	D--/F+?
c.	Hämokult-Test	--	F-
d.	Darmspiegelung		
e.	Haut-/Muttermal-Untersuchung	+?	F+
f.	Krebsabstrich	-?	F-?
g.	Prostata-Untersuchung	+?	I+
c) Medikamentenkonsum (in letzten 7 Tagen)			
a.	Mittel gegen Bluthochdruck	++	
b.	Herzmedikamente	+?	D-
c.	Schlafmittel		D-
d.	Schmerzmittel	+	F+
e.	Beruhigungsmittel		D-
f.	Mittel gegen Asthma		
g.	Medikamente gegen erhöhtes Cholesterin	++	D-
h.	Mittel gegen Diabetes	+	
i.	Medikamente gegen Depression	+	D-
d) Komplementärmedizin (in letzten 12 Monaten)			
a.	Akupunktur		
b.	Traditionelle chinesische Medizin (ohne Akupunktur)		D+
c.	Homöopathie	+	
d.	Kräutermedizin bzw. Pflanzenheilkunde	++	F+/D-
e.	Shiatsu / Fussreflexzonenmassage	-?	
f.	Indische Medizin / Ayurveda		F+
g.	Osteopathie	+?	F++
h.	Andere Therapien	nv	D+

Trend: - Abnahme, + Zunahme, ++ starke Zunahme, nv: nicht vergleichbar

Sprachregion: +(+) konsistent (deutlich) über Landesmittel, -- konsistent (deutlich) unter Landesmittel; D Deutschschweiz, F Romandie, I Svizzera italiana

Stationäre und ambulante Behandlungen im Spital

Bei den ambulanten Behandlungen zeigen sich sowohl in der SGB als auch im Datenpool deutliche Zunahmen zwischen 2007 und 2012. Allerdings ist die landesweit aufsummierte Anzahl der ambulanten Behandlungen im Datenpool um ein Mehrfaches höher als die Hochrechnung aus der SGB (Tabelle T.19).

Bei den stationären Spitaltagen ergibt sich sowohl aus der SGB als auch aus dem Datenpool eine leichte Abnahme (Tabelle T.19). Allerdings bestätigt sich dieses allgemeine Muster im regionalen Vergleich bloss im Datenpool (nicht gezeigt). Die aus den Angaben in der SGB hochgerechnete Zahl der stationären Spitaltage deckt nur etwas mehr als die Hälfte der im Datenpool erfassten Menge ab.

Tabelle T.18: Kumulierte Anzahl ärztlicher Grundleistungen für Personen mit ständigem Wohnsitz in der Schweiz, SGB vs. Datenpool

	Kumulierte Anzahl Grundleistungen				Veränderung 2007-2012 (%)	
	nur Spezialärzte		alle Ärzte		Spezialärzte	alle Ärzte
	2006/07	2011/12	2006/07	2011/12		
SGB	7'723'188	8'593'044	24'078'309	26'113'529	+11	+8
Datenpool	9'190'459	10'047'406	33'179'371	35'584'159	+7	+9
SGB in % Datenpool	84	86	73	74		

Datenquelle: BFS, SGB 2007, 2012; SASIS AG, Datenpool

Aus dem Vergleich von Datenpool und Medizinischer Statistik der Krankenhäuser ergibt sich im Landestotal eine fast perfekte Übereinstimmung (Tabelle T.20). Auf regionaler Ebene bleiben einige nicht einfach zu interpretierende Unterschiede (nicht gezeigt).

Da die Krankenhausstatistik den Aufenthaltsort vor der Hospitalisierung registriert, lässt sich durch eine Beschränkung auf die Eintritte aus Privathaushalten auch für die Hochrechnung aus der SGB eine noch adäquatere Vergleichsbasis konstruieren. Wiederum zeigt sich eine deutliche Unterschätzung der Inanspruchnahme in der Gesundheitsbefragung, mit einer um 20% zu geringen Abdeckung der Summe aller stationären Spitaltage landesweit.

Tabelle T.19: Kumulierte Anzahl ambulanter und stationärer Behandlungen im Spital, nur Personen mit ständigem Wohnsitz in der Schweiz SGB vs. Datenpool

	Kumulierte Anzahl Behandlungen bzw. Tage				Veränderung 2007-2012 (%)	
	ambulant (Behandlungen)		stationär (Tage)		ambulant	stationär
	2006/07	2011/12	2006/07	2011/12		
SGB	1'334'739	1'898'352	6'873'277	6'585'902	+42	-4
Datenpool	7'986'029	11'179'844	12'660'564	11'894'720	+40	-6
SGB in % Datenpool	17	17	54	55		

Datenquelle: BFS, SGB 2007, 2012; SASIS AG, Datenpool

Tabelle T.20: Kumulierte Anzahl stationäre Aufenthaltstage im Spital, nur Personen mit ständigem Wohnsitz in der Schweiz, Datenpool und SGB vs. MedStat

	Datenpool 2011/12	MedStat 2011/12		SGB 2012	Datenpool in % MedStat (alle Ho- spitalisierungen)	SGB in % MedStat (nur PHH*)
		alle	nur aus PHH*			
Schweiz total	11'894'720	11'833'913	8'186'130	6'585'902	101	80

* Privathaushalte, erfasst über die Variable "Eintritt aus..."

Datenquelle BFS, SGB 2012 und MedStat; SASIS AG, Datenpool

B.2 Methodische Grenzen der Resultate

In Kapitel 2.2 wurde kurz auf unterschiedliche Verzerrungsfaktoren, die sich aus dem spezifischen Design der Schweizerischen Gesundheitsbefragung ergeben, hingewiesen. In Kapitel B.1 wurden die ärztlichen Grundleistungen sowie ambulante und stationäre Behandlungen im Spital validiert, indem einerseits die aggregierte Inanspruchnahme der SGB mit summarischen Informationen aus dem Datenpool der SASIS AG verglichen wurde (externe Validierung) und andererseits die Resultate der SGB aus unterschiedlichen Erhebungswellen einander gegenübergestellt wurden (interne Validierung). An dieser Stelle soll auf einen weiteren wichtigen Verzerrungsfaktor hingewiesen werden, der sich aus der Aufteilung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung in eine telefonische und eine schriftliche Befragung ergibt. In einem zweiten Schritt wird die dadurch bedingte potentielle Verzerrung anhand einiger weniger ausgewählter Indikatoren quantifiziert.

B.2.1 Verzerrung aufgrund spezifischer Selektion

Von den 21'597 Personen, welche an der telefonischen Befragung der SGB teilnahmen, füllten 18'357 Personen auch einen schriftlichen Fragebogen aus. Auswertungen, die lediglich Personen einschliessen, welche sowohl an der telefonischen wie der schriftlichen Befragung teilgenommen haben, können damit unterschiedlichen Verzerrungen unterworfen sein. Zum einen wurden Proxy-Interviews (n=719) a priori von der schriftlichen Befragung ausgeschlossen. Da solche Stellvertreterinterviews eher für ältere und kränkere Personen durchgeführt wurden, ergibt sich potentiell eine erste Verzerrung aufgrund der Selektion (selection bias), d.h. Personen, welche an beiden Befragungen teilgenommen haben, dürften potentiell jünger und gesünder sein als jene in der Gesamtstichprobe bzw. in der Stichprobe der Personen, die nur telefonisch befragt wurde.

B.2.2 Verzerrung aufgrund von Antwortverweigerung

Von den 20'878 Personen in der Ausgangsstichprobe der schriftlichen Befragung (Befragte ohne Proxy) retournierten 18'357 den Fragebogen, 2'521 antworteten nicht. Letzteres führt potentiell zu einer Verzerrung aufgrund von Antwortverweigerung (non-response bias). Eine entsprechende Studie belegt, dass in der schriftlichen Befragung der SGB 2007 deutlich mehr Schweizer als Ausländer, eher Personen mit sekundärer oder tertiärer Bildung und solche mit hohem Berufsstatus sowie Gesunde teilnehmen [14]. Aufgrund von inhaltlichen Erwägungen war es jedoch unerlässlich, auf Daten der schriftlichen Befragung zurückzugreifen. So etwa finden sich Fragen bezüglich der Krankenversicherung, der Inanspruchnahme von nicht-ärztlichen Behandlungen und komplementärmedizinischen Angeboten ausschliesslich im schriftlichen Teil der SGB. Um die potentielle Verzerrung aufgrund von Antwortverweigerung zu quantifizieren, führten wir zunächst eine erneute LCA (vgl. Kapitel 3.3.6) mit den drei Indikatoren aus der telefonischen Befragung durch (Arztconsultationen insgesamt, stationäre Behandlungstage in Spitälern und Kliniken, Medikamentenkonsum pro Tag und die Nutzung). Es wurde wiederum eine Lösung mit vier Nutzerprofilen gewählt, wobei Nutzerprofil 1 analog der ersten LCA die Marginalnutzenden und Nutzerprofil 4 die Intensivnutzenden repräsentieren. Von den 20'878 Personen in der Ausgangsstichprobe der schriftlichen Befragung konnten 20'811 einem Nutzerprofil zugeteilt werden, d.h. die Anzahl fehlender Werte beläuft sich lediglich auf 67 Fälle oder 0.3%. Gegenüber der initial durchgeführten LCA, mit einer Zuordnung von 18'017 Fällen zu den entsprechenden Nutzerprofilen und 12.1% fehlender Werte

(davon 2'521 Fälle aufgrund von Antwortverweigerung), stellt dies eine substantielle Verbesserung dar. In einem zweiten Schritt wurden ausgewählte soziodemografische Merkmale, Gesundheitszustand und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nach Nutzerprofil und Stichprobe (alle Interviews, telefonische & schriftliche Interviews, nur telefonische Interviews) einander gegenübergestellt (Tabelle T.28 bis Tabelle T.40 im Anhang C).

B.2.2.1 Soziodemografische Faktoren

Mit Blick auf die soziodemografischen Faktoren zeigte sich, dass Personen, welche nur telefonisch interviewt werden konnten, durchschnittlich in allen Nutzerprofilen, und auch insgesamt, deutlich jünger waren (Tabelle T.28 im Anhang C). Zudem waren Männer insgesamt stärker vertreten als in der Gesamtstichprobe und bei Personen, welche an beiden Interviews teilgenommen hatten (Tabelle T.29 im Anhang C). Weiterhin war bei Personen mit ausschliesslichem Telefoninterview der Anteil an Personen, welcher lediglich über obligatorische Schulbildung verfügte, vergleichsweise hoch (Tabelle T.30 im Anhang C); dies sowohl innerhalb der einzelnen Nutzerprofile (28.5% - 38.7%) wie auch insgesamt (30%). Hinsichtlich des Anteils von Personen aus unterschiedlichen Sprachgebieten unterschieden sich die beiden Stichproben nicht (Tabelle T.31 im Anhang C). Wieder vergleichsweise hoch fiel der Ausländeranteil bei Personen aus, die nur telefonisch befragt werden konnten (Tabelle T.32 im Anhang C). Insgesamt betrug der Ausländeranteil hier 34.2%, innerhalb der Nutzerprofile variierte er zwischen 29.7% und 40%).

B.2.2.2 Gesundheitszustand

Auch bezüglich des Gesundheitszustands liegen substantielle Unterschiede vor. Personen, die nur telefonisch interviewt werden konnten, nahmen ihren Gesundheitszustand selbst als deutlich schlechter wahr als Personen, die sowohl schriftlich als auch telefonisch interviewt werden konnten (Tabelle T.33 im Anhang C). Demgegenüber liegt der Anteil der chronisch Kranken bei letzteren um 4.5% höher als bei Personen mit ausschliesslichem Telefoninterview (Tabelle T.34 im Anhang C). Durchwegs höher liegt bei Personen, die nur telefonisch interviewt werden konnten, der Anteil an Personen mit hoher oder mittlerer psychischer Belastung (Tabelle T.35 im Anhang C), der Anteil an Personen mit funktionellen Einschränkungen (Tabelle T.36 im Anhang C) und der Anteil an Personen mit Einschränkungen bei Aktivitäten des alltäglichen Lebens (Tabelle T.37 im Anhang C).

B.2.2.3 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Bei wichtigen Indikatoren der Inanspruchnahme manifestieren sich ebenfalls markante Unterschiede zwischen den einzelnen Stichproben. Ausschliesslich telefonisch Befragte weisen eine durchschnittlich höhere Anzahl an Arztkonsultationen insgesamt (Tabelle T.38 im Anhang C) und in Allgemeinpraxen auf (Tabelle T.39 im Anhang C) und sie mussten in den letzten 12 Monaten durchschnittlich mehr Tage in Kliniken und Spitälern hospitalisiert werden (Tabelle T.40 im Anhang C).

B.2.3 Fazit

Die Charakteristika von Personen (exklusive Proxy), welche im Rahmen der SGB ausschliesslich telefonisch befragt werden konnten, lassen sich im Vergleich zu solchen, welche an der schriftlichen und telefonischen Befragung teilgenommen haben, plakativ wie folgt zusammenfassen. Übervertreten sind eher jüngere Personen, Männer, Menschen mit Migrationshintergrund und geringer formaler Bildung sowie Personen mit schlechter Gesundheit und hoher Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Umgekehrt lässt sich daraus schliessen, dass Resultate, welche auf der Stichprobe der telefonisch und schriftlich Befragten basieren, aufgrund der spezifischen Charakteristika der Antwortverweigerer, potentiell verzerrt sind. Zwar bietet die SGB Gewichte an, welche Verzerrungen aufgrund verschiedener Merkmale wie Wohnregion, Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit, Zivilstand oder Haushaltsgrösse auszugleichen versucht. Allerdings kann nur für diese bekannten Strukturmerkmale und nicht für alle möglichen (und meist unbekannten) Charakteristika der Antwortverweigerer korrigiert werden. Dies markiert gleichzeitig auch die Grenzen der hier präsentierten Resultate, d.h. es ist wahrscheinlich, dass unsere Resultate auf der Analyse einer Population beruhen, die durchschnittlich gesünder ist und deshalb weniger Gesundheitsleistungen benötigt. Für andere Studien konnten substantielle Überlebensunterschiede nach Teilnehmer- bzw. Nichteilnehmerkategorie in der SGB nachgewiesen werden [15]. Allerdings dürfte die

Verzerrung aufgrund von Antwortverweigerungen aufgrund der Fokussierung der SGB auf eine a priori eher gesündere Population beim Inanspruchnahmeverhalten geringer ausfallen als bei den Outcomes - beispielsweise der Mortalität.

C Tabellen-Anhang

Tabelle T.21: Soziodemografische Merkmale nach Nutzerprofil (restringiertes Sample)

	Marginal- nutzende	Moderat- selektiv- Nutzende	Moderat- nutzende	Intensiv- nutzende	P	Fälle
Durchschnittsalter (Jahre)	44.1	45.2	46.2	42.8	< 0.05	11'138
Geschlecht (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	11'138
Männer	54.6	26.8	41.2	46.8		5'454
Frauen	45.4	73.2	58.8	53.2		5'684
Zivilstand (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.01	11'132
Ledig	36.8	31.5	33.3	37.9		3'699
Verheiratet	50.1	51.7	49.9	42.3		6'014
Geschieden	7.5	10.4	9.1	16.6		817
Getrennt	1.1	1.8	2.3	2.8		132
Verwitwet	4.6	4.6	5.4	0.5		470
Bildungsniveau (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	11'116
Obligatorische Schule	14.9	8.7	17.0	15.8		1'678
Sekundarstufe II	52.5	55.5	54.5	50.1		5'949
Tertiärstufe	32.6	35.9	28.5	34.2		3'489
Nationalität (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	11'135
Gebürtige Schweizer	66.5	76.8	65.7	64.9		8'047
Eingebürgerte	10.7	10.0	14.9	9.4		1'307
Ausländer	22.8	13.3	19.5	25.8		1'781
Wohngebiet (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	n.s.	11'138
Städtisch	72.6	71.6	76.6	78.3		7'857
Ländlich	27.4	28.4	23.4	21.7		3'281
Sprachgebiet (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	11'138
Deutsche Schweiz	70.7	62.4	67.2	69.2		7'182
Französische Schweiz	24.5	32.8	26.7	26.3		3'084
Italienische Schweiz	4.8	4.8	6.1	4.5		872
Grossregion (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.05	11'138
Région lémanique	19.4	23.8	20.6	21.0		2'152
Espace Mittelland	20.8	22.2	22.4	16.6		2'095
Nordwestschweiz	13.2	11.0	13.0	17.2		1'473
Zürich	17.4	16.3	19.5	19.5		1'111
Ostschweiz	14.9	11.3	10.7	14.9		1'601
Zentralschweiz	9.9	10.6	7.9	6.3		1'856
Tessin	4.6	4.8	5.9	4.5		850

P = P>[t, F, χ^2]

Datenquelle: BFS, SGB 2012

Tabelle T.22: Gesundheitszustand nach Nutzerprofil (restringiertes Sample)

	Marginal- nutzende	Moderat- selektiv- Nutzende	Moderat- nutzende	Intensiv- nutzende	P	Fälle
Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	11'135
Sehr gut	55.3	51.0	32.7	30.6		5'855
Gut	39.8	43.2	51.3	61.9		4'598
Mittelmässig	4.8	5.6	15.4	7.0		654
Schlecht	0.2	0.2	0.6	0.6		26
Sehr schlecht	0.0	0.0	0.0	0.0		2
Chronische Krankheit (%)	n/a	n/a	n/a	n/a		n/a
Ja	n/a	n/a	n/a	n/a		n/a
Nein	n/a	n/a	n/a	n/a		n/a
Körperliche Beschwerden (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	10'652
Keine/kaum Beschwerden	57.7	37.4	33.5	27.1		5'685
Einige Beschwerden	31.3	40.4	40.2	39.2		3'547
Starke Beschwerden	11.0	22.2	26.2	33.7		1'420
Psychische Belastung (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	11'054
Hoch	2.0	3.5	5.7	4.9		263
Mittel	9.6	14.4	17.1	19.7		1'239
Niedrig	88.4	82.1	77.3	75.4		9'552
Funktionelle Einschränkungen: Sehen, Hören, Sprechen, Gehen (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	n.s.	11'128
Keine Schwierigkeiten	93.4	94.0	91.5	91.0		10'369
Leichte Schwierigkeiten	5.5	5.3	6.7	7.4		640
Grosse Schwierigkeiten	0.5	0.1	0.8	0.0		49
Kann nicht Sehen, Hören, Sprechen oder Gehen	0.6	0.5	1.1	1.6		70
Beeinträchtigungen der Aktivitäten des täglichen Lebens, ADL (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.05	11'137
Keine Schwierigkeiten	99.5	99.6	97.9	99.4		11'072
Leichte Schwierigkeiten mindestens eine der Aktivitäten auszuführen	0.4	0.3	1.8	0.6		55
Grosse Schwierigkeiten mindestens eine der Aktivitäten auszuführen	0.1	0.1	0.2	0.0		6
Kann mindestens eine der Aktivitäten nicht ausführen	0.0	0.0	0.1	0.0		4

P = P>|t, F, χ^2 |

Datenquelle: BFS, SGB 2012

Tabelle T.23: Gesundheitsverhalten und Gesundheitseinstellungen nach Nutzerprofil (restringiertes Sample)

	Marginal-nutzende	Moderat-selektiv-Nutzende	Moderat-nutzende	Intensiv-nutzende	P	Fälle
Körperliche Aktivität (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.05	11'014
Inaktiv	8.2	4.1	9.0	13.5		825
Teilaktiv	16.7	18.7	17.5	12.0		1'936
Unregelmässig aktiv	30.3	31.1	30.5	32.2		3'359
Regelmässig aktiv	14.6	18.0	15.2	8.1		1'632
Trainiert	30.2	28.1	27.8	34.2		3'262
Früchte- und Gemüsekonsum (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	11'091
An weniger als 5 Tagen pro Woche	10.4	5.6	11.1	12.0		1'107
0-2 Portionen pro Tag	39.0	27.7	36.0	31.3		4'145
3-4 Portionen pro Tag	32.5	39.7	32.1	44.7		3'650
5 Portionen und mehr pro Tag	18.1	27.0	20.7	12.0		2'189
Body-Mass-Index (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	11'066
Untergewicht (BMI < 18.5)	3.4	5.9	4.2	3.4		441
Normalgewicht (18.5 ≤ BMI < 25)	59.9	67.1	57.6	53.7		6'652
Übergewicht (25 ≤ BMI < 30)	29.2	23.1	29.8	30.4		3'183
Adipös (BMI ≥ 30)	7.6	3.9	8.4	12.5		790
Raucherstatus (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.05	11'136
Nie geraucht	52.0	53.9	49.5	54.5		5'796
Ehemalige Raucher/innen	19.3	22.1	21.4	27.7		2'275
Raucher/innen	28.7	24.0	29.1	17.8		3'065
Tabakkonsum (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.05	11'137
Nichtraucher/innen	71.3	76.0	70.9	82.2		8'072
Gelegentliche Raucher/innen	8.5	8.7	9.6	2.2		942
Tägliche Raucher/innen	20.2	15.3	19.5	15.6		2'123
Riskanter Alkoholkonsum: chronischer Konsum (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	n.s.	11'124
Kein Risiko	22.9	20.3	23.9	25.0		2'466
Geringes Risiko	72.2	75.2	70.0	71.3		8'088
Mittleres Risiko	3.5	3.9	4.3	3.7		403
Erhöhtes Risiko	1.4	0.7	1.8	0.0		167
Gesundheitsbedeutung (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	10'983
Lebe, ohne mich um Folgen für Gesundheit zu kümmern	17.1	8.2	12.5	8.5		1'711
Gedanken an Erhaltung meiner Gesundheit beeinflussen Lebensstil	67.3	70.6	69.9	61.8		7'474
Gesundheitliche Überlegungen bestimmen Lebensstil	15.6	21.3	17.6	29.7		1'798
Zufriedenheit mit Körpergewicht (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	11'124
Absolut zufrieden	35.2	34.6	33.4	19.1		3'841
Ziemlich zufrieden	45.8	44.5	44.6	44.5		5'094
Eher unzufrieden	16.3	16.7	16.2	29.6		1'838
Absolut unzufrieden	2.8	4.3	5.8	6.8		351
Wunsch nach Gewichtsveränderung (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	n.s.	11'128
Ja	46.3	47.9	48.3	62.8		5'244
Nein	53.7	52.2	51.7	37.2		5'884
Art der Gewichtsveränderung (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	n.s.	
Abnehmen, aber nicht grösste	83.4	82.2	80.4	87.7		4358

	Marginal- nutzende	Moderat- selektiv- Nutzende	Moderat- nutzende	Intensiv- nutzende	P	Fälle
Sorge						
Abnehmen, denke ständig daran	8.0	10.4	11.3	11.2		458
Zunehmen, aber nicht die grösste Sorge	8.3	7.3	8.1	1.1		393
Zunehmen, denke ständig daran	0.3	0.2	0.2	0.0		17
Achtet auf Ernährung (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	11'133
Ja	64.9	78.2	68.0	69.1		7'373
Nein	35.1	21.8	32.0	30.9		3'760
Diät letzte 12 Monate (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	11'137
Ja	6.3	13.3	9.1	14.7		814
Nein	93.7	86.7	90.9	85.3		10'323
Grund für Diät (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	11'136
Keine Diät gemacht	93.7	86.7	90.9	85.3		10'323
Gewicht verlieren, ohne Medizinische Gründe	3.9	5.5	4.7	8.4		472
Gewicht verlieren, medizi- nische Gründe	0.7	3.9	2.2	4.1		141
Andere Gründe	1.7	3.8	2.2	2.2		199

P = P>|t, F, χ^2 |

Datenquelle: BFS, SGB 2012

Tabelle T.24: Krankenversicherung nach Nutzerprofil (restringiertes Sample)

	Marginal- nutzende	Moderat- selektiv- Nutzende	Moderat- nutzende	Intensiv- nutzende	P	Fälle
Obligatorische Grundversicherung (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.01	10'259
Gewöhnliche Grundversicherung mit Franchise	56.8	51.2	57.1	43.3		5'762
Bonus-Versicherung	1.2	0.8	0.4	0.0		100
HMO-Versicherung	4.6	3.5	3.4	7.3		467
Hausarzt-Modell	30.8	34.8	29.9	43.7		3'184
Telefon-Modell	6.7	9.7	9.2	5.8		746
Jahresfranchise (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	9'419
300 Fr.	27.4	29.9	45.0	52.0		2'868
500 Fr.	15.2	15.0	19.6	13.6		1'434
1'000 Fr.	8.2	7.4	5.9	4.1		718
1'500 Fr.	20.0	18.2	12.8	9.4		1'819
2'000 Fr.	5.8	4.6	2.6	1.3		507
2'500 Fr.	23.4	25.0	14.1	19.6		2'073
Zusatzversicherung Komplementär (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	9'408
Ja	54.0	84.7	63.3	57.1		5'748
Nein	46.0	15.3	36.8	42.9		3'660
Spitalversicherung (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	10'016
Allgemeine Abteilung	72.4	63.3	65.8	67.4		6'938
Halbprivat	18.8	24.6	23.3	12.5		2'063
Privat	7.5	9.3	9.6	10.7		837
Anderes	1.3	2.9	1.3	9.4		178

P = P>|t, F, χ^2 |

Datenquelle: BFS, SGB 2012

Tabelle T.25: Aufgeschlüsselte Inanspruchnahme nach Nutzerprofil (restringiertes Sample)

	Marginal-nutzende	Moderat-selektiv-Nutzende	Moderat-nutzende	Intensiv-nutzende	P	Fälle
Medizinische Behandlung im engeren Sinn (12 Monate)						
Arztbesuche (insgesamt)	1.4	2.9	6.2	16.2	< 0.001	11'138
Konsultationen Allgemeinmediziner	1.0	1.8	4.0	7.1	< 0.001	11'129
Konsultationen Spezialisten (ohne Frauenarzt)	0.3	1.0	1.9	11.4	< 0.001	11'135
Konsultationen Gynäkologe	0.7	0.9	1.4	1.1	< 0.001	5'680
Spitaltage (stationär)	n/a	n/a	n/a	n/a		n/a
Spitalambulatorium (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	11'137
Ja	6.8	13.0	21.8	19.9		1'032
Nein	93.2	87.0	78.2	80.1		10'105
Nicht-ärztliche Behandlungen (Anzahl Konsultationen, 12 Monate)						
Dentalhygieniker	0.6	0.8	0.8	1.7	< 0.001	11'111
Physiotherapeut	0.1	2.0	5.2	19.9	< 0.001	11'106
Chiropraktiker	0.0	0.5	0.7	2.6	< 0.001	11'107
Optiker	0.3	0.5	0.8	1.2	< 0.001	11'112
Psychologe	0.0	0.6	1.4	11.1	< 0.001	11'108
Heilpraktiker	0.0	1.8	0.2	1.7	< 0.001	11'109
Apotheker	0.6	1.5	1.7	2.9	< 0.001	11'080
Komplementärmedizin (Anzahl Behandlungen, 12 Monate)						
Akupunktur	0.0	1.8	0.0	1.2	< 0.001	11'137
Trad. Chinesische Med. (ohne Akupunktur)	0.0	0.6	0.0	0.2	< 0.001	11'133
Homöopathie	0.1	1.5	0.1	0.5	< 0.001	11'135
Kräutermedizin bzw. Pflanzenheilkunde	0.0	1.1	0.0	0.4	< 0.001	11'131
Shiatsu / Fussreflexzonenmassage	0.0	1.4	0.0	0.4	< 0.001	11'135
Indische Med. / Ayurveda	0.0	0.2	0.0	0.0	< 0.001	11'134
Osteopathie	0.1	1.5	0.1	0.4	< 0.001	11'134
Andere Therapie	0.0	2.2	0.0	0.6	< 0.001	11'133
Vorsorge-/Früherkennungsmassnahmen (12 Monate)						
Prostata-Untersuchung (% , Männer ab 40)						
Ja	23.1	24.0	38.5	36.3		826
Nein	76.9	76.0	61.5	63.7		2'464
Mammographie (% , Frauen ab 20)						
Ja	16.2	17.1	21.7	32.6		939
Nein	83.8	82.9	78.3	67.4		4'273
PAP-Test (% , Frauen ab 20)						
Ja	49.3	56.4	61.4	59.6	< 0.001	5'168
Nein	50.7	43.6	38.6	40.4		2'534
Hämokkult-Test (% , Personen ab 40)						
Ja	7.7	6.8	10.4	8.2	n.s.	6'760
Nein	92.3	93.3	89.6	91.8		6'240
Darmspiegelung (% , Personen ab 40)						
Ja	4.5	7.7	10.1	0.0	< 0.001	352
Nein	95.5	92.4	89.9	100.0		6488
Haut-/Muttermaluntersuchung						
	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	11'118

	Marginal- nutzende	Moderat- selektiv- Nutzende	Moderat- nutzende	Intensiv- nutzende	P	Fälle
(%)						
Ja	12.1	19.1	20.8	18.6		1'559
Nein	87.9	81.0	79.3	81.4		9'559
<i>Grippeimpfung (%)</i>	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	11'102
Ja	11.0	8.0	20.2	10.1		1'294
Nein	89.0	92.0	79.8	89.9		9'808
<i>Blutdruckmessung (%)</i>	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	10'324
Ja	74.8	80.0	86.5	86.3		7'935
Nein	25.2	20.0	13.6	13.7		2'389
<i>Cholesterinmessung (%)</i>	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	9'082
Ja	43.4	48.4	61.7	70.3		4'282
Nein	56.6	51.6	38.4	29.7		4'800
<i>Blutzuckermessung (%)</i>	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	9'048
Ja	49.4	52.7	65.2	72.4		4'760
Nein	50.6	47.4	34.8	27.6		4'288
Einnahme von Medikamenten in den letzte 7 Tagen						
<i>Irgendein Medikament (%)</i>	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	11'138
Ja	31.6	34.6	53.1	49.1		3'809
Nein	68.5	65.4	46.9	50.9		7'329
<i>Medikament gegen Bluthoch- druck (%)</i>	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	11'135
Ja	8.0	5.3	15.1	4.0		976
Nein	92.0	94.7	84.9	96.0		10'159
<i>Herzmedikament (%)</i>	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	11'137
Ja	2.4	1.1	7.2	2.9		309
Nein	97.7	99.0	92.8	97.2		10'828
<i>Schlafmittel (%)</i>	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	
Ja	1.8	3.7	5.4	6.2		275
Nein	98.2	96.4	94.6	93.8		10'863
<i>Schmerzmittel (%)</i>	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	11'135
Ja	15.0	18.9	25.4	27.8		1'778
Nein	85.0	81.1	74.6	72.2		9'357
<i>Beruhigungsmittel (%)</i>	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	11'137
Ja	1.2	2.8	5.7	5.1		206
Nein	98.8	97.2	94.3	94.9		10'931
<i>Mittel gegen Asthma (%)</i>	100.0	100.0	100.0	100.0	n.s.	11'138
Ja	0.6	1.0	0.9	2.6		69
Nein	99.4	99.0	99.1	97.4		11'069
<i>Mittel gegen zu hohes Choleste- rin (%)</i>	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	11'137
Ja	4.2	4.4	8.8	2.7		542
Nein	95.8	95.6	91.2	97.3		10'595
<i>Mittel gegen Depression (%)</i>	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	11'138
Ja	0.6	2.1	3.5	12.0		149
Nein	99.4	97.9	96.5	88.0		10'989
<i>Mittel gegen Diabetes (%)</i>	100.0	100.0	100.0	100.0	< 0.001	11'138
Ja	0.7	0.0	1.6	1.2		79
Nein	99.3	100.0	98.4	98.9		11'059

Datenquelle: BFS, SGB 2012

Tabelle T.26: Einflussgrößen der Inanspruchnahme: Multinomiale logistische Regression

Referenz = Margi- nalnutzende	Moderat-selektiv-Nutzende				Moderatnutzende				Intensivnutzende			
	RRR	P	95%CI		RRR	P	95%CI		RRR	P	95%CI	
Alter												
15-24	1.00	Ref.			1.00	Ref.			1.00	Ref.		
25-34	0.94	0.7550	0.62	1.42	1.09	0.6510	0.76	1.56	1.66	0.1600	0.82	3.37
35-44	1.28	0.2390	0.85	1.92	0.70	0.0530	0.48	1.00	1.73	0.1150	0.87	3.42
45-54	1.05	0.8130	0.69	1.59	0.63	0.0140	0.44	0.91	1.34	0.4110	0.67	2.66
55-64	1.23	0.3440	0.80	1.87	0.70	0.0560	0.49	1.01	1.08	0.8270	0.53	2.21
65-74	0.76	0.2330	0.49	1.19	0.72	0.0790	0.50	1.04	0.84	0.6330	0.40	1.73
75+	0.62	0.0600	0.37	1.02	0.86	0.4750	0.58	1.29	0.66	0.2820	0.31	1.41
Geschlecht												
Männer	1.00	Ref.			1.00	Ref.			1.00	Ref.		
Frauen	3.04	0.0000	2.62	3.54	1.38	0.0000	1.21	1.56	1.84	0.0000	1.45	2.34
Zivilstand												
Verheiratet	1.00	Ref.			1.00	Ref.			1.00	Ref.		
Ledig	1.19	0.0760	0.98	1.43	0.86	0.1130	0.71	1.04	1.10	0.5880	0.79	1.52
Geschieden	1.23	0.0730	0.98	1.54	1.14	0.2170	0.93	1.40	1.20	0.3070	0.85	1.69
Getrennt	0.94	0.8510	0.52	1.71	1.35	0.2370	0.82	2.20	2.57	0.0160	1.19	5.55
Verwitwet	0.97	0.8520	0.69	1.36	0.89	0.4530	0.66	1.20	1.10	0.6790	0.69	1.76
Bildung												
Obligatorisch	1.00	Ref.			1.00	Ref.			1.00	Ref.		
Sekundarstufe II	1.39	0.0190	1.06	1.82	1.06	0.5760	0.86	1.31	1.58	0.0150	1.09	2.28
Tertiärstufe	1.74	0.0000	1.30	2.32	1.11	0.3840	0.88	1.40	2.06	0.0010	1.36	3.13
Sprachregion												
D-CH	1.00	Ref.			1.00	Ref.			1.00	Ref.		
F-CH	1.35	0.0000	1.16	1.57	0.95	0.4830	0.83	1.09	0.88	0.3080	0.69	1.13
I-CH	0.89	0.3540	0.68	1.15	1.13	0.2530	0.92	1.39	0.73	0.1290	0.48	1.10
Nationalität												
CH	1.00	Ref.			1.00	Ref.			1.00	Ref.		
CH-Eingebürgert	0.88	0.2080	0.72	1.07	1.13	0.1930	0.94	1.34	0.87	0.4450	0.61	1.24
Ausländer	0.71	0.0040	0.56	0.90	0.89	0.2450	0.74	1.08	0.81	0.2270	0.57	1.14
KV-Modell												
Gew. KV mit Fran- chise	1.00	Ref.			1.00	Ref.			1.00	Ref.		
HMO/Haus-Az / Bonus / Tf	1.07	0.3480	0.93	1.22	0.99	0.9330	0.88	1.13	0.99	0.9590	0.79	1.25
Franchise (CHF)												
300	1.00	Ref.			1.00	Ref.			1.00	Ref.		
500	0.99	0.8820	0.81	1.20	0.87	0.0790	0.74	1.02	0.70	0.0140	0.53	0.93
1000	0.91	0.5380	0.69	1.21	0.62	0.0000	0.48	0.81	0.55	0.0230	0.33	0.92
1500	0.82	0.0580	0.68	1.01	0.54	0.0000	0.44	0.66	0.41	0.0000	0.28	0.62
2000	0.69	0.0330	0.49	0.97	0.49	0.0000	0.34	0.69	0.35	0.0230	0.14	0.86
2500	1.06	0.5950	0.86	1.30	0.43	0.0000	0.35	0.53	0.32	0.0000	0.19	0.55
Komplementär- versicherung												
Nein	1.00	Ref.			1.00	Ref.			1.00	Ref.		
Ja	3.91	0.0000	3.26	4.69	1.40	0.0000	1.22	1.60	1.36	0.0120	1.07	1.73
Spitalversicherung												
Allgemein Halbprivat / Privat / Andere	1.00	Ref.			1.00	Ref.			1.00	Ref.		
	1.21	0.0110	1.04	1.40	1.15	0.0340	1.01	1.31	1.42	0.0060	1.11	1.83
Wohnregion												
Städtisches Gebiet	1.00	Ref.			1.00	Ref.			1.00	Ref.		
Ländliches Gebiet	1.04	0.5750	0.90	1.21	0.91	0.2060	0.78	1.05	0.92	0.5100	0.71	1.18
Selbst wahrgenommener Ge-												

Referenz = Margi- nalnutzende	Moderat-selektiv-Nutzende				Moderatnutzende				Intensivnutzende			
	RRR	P	95%CI		RRR	P	95%CI		RRR	P	95%CI	
sundheitszustand												
Sehr gut/gut	1.00	Ref.			1.00	Ref.			1.00	Ref.		
Mittelmässig / schlecht / sehr schlecht	1.56	0.0000	1.26	1.94	2.33	0.0000	1.96	2.77	4.82	0.0000	3.69	6.31
Chronische Krank- heit												
Nein	1.00	Ref.	1.43	2.48	1.00	Ref.	0.82	1.33	1.00	Ref.	1.46	3.49
Ja	2.04	0.0000	1.76	2.36	2.22	0.0000	1.95	2.53	3.87	0.0000	2.98	5.03
Psychische Belas- tung												
Niedrig	1.00	Ref.	0.58	0.85	1.00	Ref.	0.31	0.44	1.00	Ref.	0.16	0.33
Mittel/hoch	1.57	0.0000	1.32	1.87	1.36	0.0010	1.14	1.63	1.91	0.0000	1.49	2.45
Funktionelle Einschränkungen												
Nein	1.00	Ref.			1.00	Ref.			1.00	Ref.		
Ja	0.94	0.6250	0.73	1.21	1.02	0.8170	0.84	1.24	1.29	0.0830	0.97	1.72
Einschränkungen ADL												
Nein	1.00	Ref.			1.00	Ref.			1.00	Ref.		
Ja	1.91	0.0060	1.20	3.03	1.36	0.0980	0.95	1.95	2.96	0.0000	1.94	4.51
Konstante	0.01	0.0000	0.01	0.03	0.21	0.0000	0.14	0.32	0.01	0.0000	0.00	0.02
n	13'372				13'372				13'372			
N	4'078'940				4'078'940				4'078'940			

RRR = Relative Risikorate; P = P>|t|; CI = Konfidenzintervall
Datenquelle: BFS, SGB 2012

Tabelle T.27: Einflussgrössen der Inanspruchnahme (Moderat-selektiv-Nutzende versus Moderat-nutzende: Logistische Regression)

Referenz=Marginalnutzende	Moderat-selektiv-Nutzende			
	OR	P	95%CI	
Alter				
15-24	1.00	Ref.		
25-34	0.69	0.1700	0.41	1.17
35-44	1.60	0.0830	0.94	2.71
45-54	1.44	0.1760	0.85	2.46
55-64	1.51	0.1380	0.88	2.59
65-74	0.89	0.6830	0.51	1.56
75+	0.60	0.1020	0.33	1.11
Geschlecht				
Männer	1.00	Ref.		
Frauen	2.19	0.0000	1.83	2.62
Zivilstand				
Verheiratet	1.00	Ref.		
Ledig	1.36	0.0090	1.08	1.71
Geschieden	1.07	0.6420	0.81	1.40
Getrennt	0.60	0.1480	0.30	1.20
Verwitwet	1.09	0.6470	0.75	1.57
Bildung				
Obligatorische Schulbildung	1.00	Ref.		
Sekundarstufe II	1.29	0.1030	0.95	1.75
Tertiärstufe	1.60	0.0050	1.15	2.21
Sprachregion				
D-CH	1.00	Ref.		
F-CH	1.37	0.0010	1.15	1.64
I-CH	0.77	0.0850	0.57	1.04
Nationalität				
CH	1.00	Ref.		
CH-Eingebürgert	0.78	0.0470	0.61	1.00
Ausländer	0.72	0.0250	0.55	0.96
KV-Modell				
Gew. KV mit Franchise	1.00	Ref.		
HMO/Haus-Az/Bonus/Tf	1.06	0.4580	0.90	1.25
Franchise (CHF)				
300	1.00	Ref.		
500	1.21	0.1010	0.96	1.51
1'000	1.54	0.0120	1.10	2.16
1'500	1.65	0.0000	1.28	2.13
2'000	1.40	0.1260	0.91	2.17
2'500	2.47	0.0000	1.89	3.23
Komplementärversicherung				
Nein	1.00	Ref.		
Ja	2.79	0.0000	2.25	3.47
Spitalversicherung				
Allgemein	1.00	Ref.		
Halbprivat/Privat/Andere	1.04	0.6690	0.87	1.25
Wohnregion				
Städtisches Gebiet	1.00	Ref.		
Ländliches Gebiet	1.16	0.1130	0.97	1.39
Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand				

Referenz=Marginalnutzende	Moderat-selektiv-Nutzende			
	OR	P	95%CI	
Sehr gut/gut	1.00	Ref.		
Mittelmässig/schlecht/sehr schlecht	0.68	0.0010	0.54	0.86
Chronische Krankheit				
Nein	1.00	Ref.	1.22	2.36
Ja	0.91	0.2770	0.76	1.08
Psychische Belastung				
Niedrig	1.00	Ref.	1.52	2.44
Mittel/hoch	1.20	0.0930	0.97	1.48
Funktionelle Einschränkungen				
Nein	1.00	Ref.	2.24	3.68
Ja	0.93	0.6240	0.71	1.22
Einschränkungen ADL				
Nein	1.00	Ref.		
Ja	1.36	0.2280	0.83	2.23
Konstante	0.08	0.0000	0.04	0.16
n		4'354		
N		1'288'901		

OR = Odds Ratio; P = $P > |t|$; CI = Konfidenzintervall

Datenquelle: BFS, SGB 2012

Tabelle T.28: Durchschnittsalter nach Nutzerprofil und Interviewart

	Alle Interviews	Telefonische & schriftliche Interviews	Nur telefonische Interviews
	(n ₁ =21'597)	(n ₁ =18'357)	(n ₁ =2'521)*
	(n ₂ =20'811)	(n ₂ =18'303)	(n ₂ =2'508)
Nutzerprofil	Alter	Alter	Alter
1	45.8	46.5	41.2
2	52.7	53.2	49.4
3	52.4	53.1	47.1
4	55.9	56.3	54.8
alle	47.3	47.9	42.9

* = ohne Proxy
Datenquelle: BFS, SGB 2012

Tabelle T.29: Geschlecht nach Nutzerprofil und Interviewart

	Alle Interviews			Telefonische & schriftliche Interviews			Nur telefonische Interviews		
	(n ₁ =21'597)			(n ₁ =18'357)			(n ₁ =2'521)*		
	(n ₂ =20'811)			(n ₂ =18'303)			(n ₂ =2'508)		
Nutzerprofil	Männer (%)	Frauen (%)	Total (%)	Männer (%)	Frauen (%)	Total (%)	Männer (%)	Frauen (%)	Total (%)
1	51.2	48.8	100.0	50.4	49.7	100.0	57.1	42.9	100.0
2	39.1	60.9	100.0	39.4	60.6	100.0	37.0	63.0	100.0
3	42.7	57.3	100.0	42.7	57.3	100.0	42.6	57.4	100.0
4	37.6	62.4	100.0	39.4	60.6	100.0	31.7	68.3	100.0
alle	49.0	51.0	100.0	48.4	51.6	100.0	53.1	46.9	100.0

* = ohne Proxy
Datenquelle: BFS, SGB 2012

Tabelle T.30: Bildung nach Nutzerprofil und Interviewart

	Alle Interviews				Telefonische & schriftliche Interviews				Nur telefonische Interviews			
	(n ₁ =21'597)				(n ₁ =18'357)				(n ₁ =2'521)*			
	(n ₂ =20'731)				(n ₂ =18'263)				(n ₂ =2'468)			
Nutzerprofil	Oblig (%)	Sek II (%)	Tertiär (%)	Total (%)	Oblig (%)	Sek II (%)	Tertiär (%)	Total (%)	Oblig (%)	Sek II (%)	Tertiär (%)	Total (%)
1	15.9	53.7	30.4	100.0	14.1	54.0	31.9	100.0	28.5	51.2	20.3	100.0
2	21.4	53.5	25.1	100.0	18.5	55.2	26.4	100.0	38.7	43.5	17.8	100.0
3	15.7	57.9	26.3	100.0	13.8	58.6	27.6	100.0	30.6	52.5	17.0	100.0
4	22.6	56.8	20.6	100.0	19.1	56.6	24.3	100.0	34.4	57.4	8.2	100.0
alle	16.6	54.1	29.4	100.0	14.6	54.6	30.8	100.0	30.0	50.6	19.5	100.0

* = ohne Proxy
Datenquelle: BFS, SGB 2012

Tabelle T.31: Sprachgebiet nach Nutzerprofil und Interviewart

Nutzer- profil	Alle Interviews				Telefonische & schriftliche Interviews				Nur telefonische Interviews			
	(n ₁ =21'597)				(n ₁ =18'357)				(n ₁ =2'521)*			
	(n ₂ =20'811)				(n ₂ =18'303)				(n ₂ =2'508)			
	D-CH	F-CH	I-CH	Total (%)	D-CH	F-CH	I-CH	Total (%)	D-CH	F-CH	I-CH	Total (%)
1	71.4	24.1	4.5	100.0	71.4	24.0	4.6	100.0	71.5	24.5	4.0	100.0
2	68.1	27.4	4.6	100.0	67.5	27.9	4.6	100.0	71.3	24.4	4.4	100.0
3	76.0	19.9	4.0	100.0	76.3	19.7	4.0	100.0	73.8	22.1	4.0	100.0
4	68.8	25.9	5.3	100.0	69.4	25.6	4.9	100.0	66.7	27.0	6.3	100.0
alle	71.4	24.1	4.5	100.0	71.4	24.1	4.5	100.0	71.5	24.4	4.1	100.0

* = ohne Proxy
Datenquelle: BFS, SGB 2012

Tabelle T.32: Nationalität nach Nutzerprofil und Interviewart

Nutzer- profil	Alle Interviews				Telefonische & schriftliche Interviews				Nur telefonische Interviews			
	(n ₁ =21'597)				(n ₁ =18'357)				(n ₁ =2'521)*			
	(n ₂ =20'790)				(n ₂ =18'298)				(n ₂ =2'492)			
	CH	E-CH	Ausländer	Total (%)	CH	E-CH	Ausländer	Total (%)	CH	E-CH	Ausländer	Total (%)
1	67.1	11.3	21.7	100.0	69.3	11.0	19.8	100.0	52.5	13.2	34.4	100.0
2	64.2	14.5	21.3	100.0	66.9	14.2	19.0	100.0	48.1	16.8	35.1	100.0
3	69.4	11.3	19.3	100.0	70.7	11.5	17.9	100.0	60.0	10.4	29.7	100.0
4	64.2	10.8	24.9	100.0	67.3	12.2	20.5	100.0	53.7	6.3	40.0	100.0
alle	66.9	11.6	21.5	100.0	69.1	11.4	19.5	100.0	52.6	13.3	34.2	100.0

* = ohne Proxy
Datenquelle: BFS, SGB 2012

Tabelle T.33: Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand nach Nutzerprofil und Interviewart

Nutzer- profil	Alle Interviews				Telefonische & schriftliche Interviews				Nur telefonische Interviews			
	(n ₁ =21'597)				(n ₁ =18'357)				(n ₁ =2'521)*			
	(n ₂ =20'789)				(n ₂ =18'290)				(n ₂ =2'499)			
	Sehr gut, gut (%)	Mittelmässig, schlecht, sehr schlecht (%)	Total (%)		Sehr gut, gut (%)	Mittelmässig, schlecht, sehr schlecht (%)	Total (%)		Sehr gut, gut (%)	Mittelmässig, schlecht, sehr schlecht (%)	Total (%)	
1	89.6	10.4	100.0		90.1	9.9	100.0		86.1	13.9	100.0	
2	56.3	43.8	100.0		57.6	42.4	100.0		47.9	52.1	100.0	
3	72.9	27.1	100.0		74.2	25.8	100.0		62.5	37.5	100.0	
4	19.4	80.6	100.0		22.3	77.7	100.0		9.7	90.3	100.0	
alle	83.7	16.3	100.0		84.5	15.5	100.0		78.3	21.7	100.0	

* = ohne Proxy
Datenquelle: BFS, SGB 2012

Tabelle T.34: Chronische Krankheit nach Nutzerprofil und Interviewart

Nutzerprofil	Alle Interviews			Telefonische & schriftliche Interviews			Nur telefonische Interviews		
	(n ₁ =21'597)			(n ₁ =18'357)			(n ₁ =2'521)*		
	(n ₂ =20'777)			(n ₂ =18'274)			(n ₂ =2'503)		
	Ja (%)	Nein (%)	Total (%)	Ja (%)	Nein (%)	Total (%)	Ja (%)	Nein (%)	Total (%)
1	24.2	75.8	100.0	25.1	74.9	100.0	17.9	82.1	100.0
2	65.2	34.8	100.0	64.8	35.2	100.0	67.4	32.6	100.0
3	46.7	53.3	100.0	47.0	53.0	100.0	44.8	55.2	100.0
4	82.8	17.2	100.0	79.7	20.3	100.0	93.3	6.7	100.0
alle	31.2	68.8	100.0	31.8	68.2	100.0	27.3	72.7	100.0

* = ohne Proxy
Datenquelle: BFS, SGB 2012

Tabelle T.35: Psychische Belastung nach Nutzerprofil und Interviewart

Nutzerprofil	Alle Interviews				Telefonische & schriftliche Interviews				Nur telefonische Interviews			
	(n ₁ =21'597)				(n ₁ =18'357)				(n ₁ =2'521)*			
	(n ₂ =20'591)				(n ₂ =18'132)				(n ₂ =2'459)			
	Hoch	Mittel	Niedrig	Total (%)	Hoch	Mittel	Niedrig	Total (%)	Hoch	Mittel	Niedrig	Total (%)
1	2.9	12.2	84.9	100.0	2.8	11.9	85.4	100.0	3.9	14.5	81.6	100.0
2	14.2	18.7	67.1	100.0	12.8	18.6	68.6	100.0	22.6	19.2	58.2	100.0
3	4.9	16.0	79.1	100.0	4.6	15.1	80.3	100.0	7.5	23.3	69.2	100.0
4	25.6	25.4	49.0	100.0	18.5	26.9	54.6	100.0	50.1	20.1	29.9	100.0
alle	4.5	13.4	82.1	100.0	4.1	13.0	82.8	100.0	7.2	15.8	77.0	100.0

* = ohne Proxy
Datenquelle: BFS, SGB 2012

Tabelle T.36: Funktionelle Einschränkungen nach Nutzerprofil und Interviewart

Nutzerprofil	Alle Interviews			Telefonische & schriftliche Interviews			Nur telefonische Interviews		
	(n ₁ =21'597)			(n ₁ =18'357)			(n ₁ =2'521)*		
	(n ₂ =20'768)			(n ₂ =18'274)			(n ₂ =2'494)		
	Nein (%)	Ja (%)	Total (%)	Nein (%)	Ja (%)	Total (%)	Nein (%)	Ja (%)	Total (%)
1	91.3	8.7	100.0	91.6	8.4	100.0	89.9	10.2	100.0
2	81.2	18.8	100.0	82.0	18.0	100.0	76.1	23.9	100.0
3	85.9	14.1	100.0	86.5	13.5	100.0	81.0	19.0	100.0
4	58.1	41.9	100.0	61.4	38.6	100.0	47.0	53.0	100.0
alle	89.4	10.6	100.0	89.8	10.2	100.0	86.8	13.3	100.0

* = ohne Proxy
Datenquelle: BFS, SGB 2012

Tabelle T.37: Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten nach Nutzerprofil und Interviewart

	Alle Interviews			Telefonische & schriftliche Interviews			Nur telefonische Interviews		
	(n ₁ =21'597)			(n ₁ =18'357)			(n ₁ =2'521)*		
	(n ₂ =20'801)			(n ₂ =18'297)			(n ₂ =2'504)		
Nutzerprofil	Nein (%)	Ja (%)	Total (%)	Nein (%)	Ja (%)	Total (%)	Nein (%)	Ja (%)	Total (%)
1	98.4	1.6	100.0	98.5	1.5	100.0	97.7	2.3	100.0
2	90.0	10.0	100.0	91.1	8.9	100.0	83.8	16.3	100.0
3	94.4	5.6	100.0	95.0	5.0	100.0	89.3	10.7	100.0
4	74.8	25.2	100.0	78.5	21.5	100.0	62.5	37.5	100.0
alle	96.9	3.1	100.0	97.2	2.8	100.0	94.7	5.3	100.0

* = ohne Proxy
Datenquelle: BFS, SGB 2012

Tabelle T.38: Arztkonsultationen insgesamt nach Nutzerprofil und Interviewart

	Alle Interviews		Telefonische & schriftliche Interviews		Nur telefonische Interviews	
	(n ₁ =21'597)		(n ₁ =18'357)		(n ₁ =2'521)*	
	(n ₂ =20'811)		(n ₂ =18'303)		(n ₂ =2'508)	
Nutzerprofil	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
1	1.8		1.8		1.6	
2	12.5		12.3		13.2	
3	7.1		7.1		7.0	
4	36.5		33.7		45.6	
alle	3.8		3.7		4.3	

* = ohne Proxy
Datenquelle: BFS, SGB 2012

Tabelle T.39: Konsultationen in Allgemeinpraxen nach Nutzerprofil und Interviewart

	Alle Interviews		Telefonische & schriftliche Interviews		Nur telefonische Interviews	
	(n ₁ =21'597)		(n ₁ =18'357)		(n ₁ =2'521)*	
	(n ₂ =20'779)		(n ₂ =18'280)		(n ₂ =2'499)	
Nutzerprofil	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
1	1.3		1.3		1.3	
2	7.6		7.4		8.9	
3	4.2		4.1		4.3	
4	17.4		14.4		27.4	
alle	2.4		2.3		3.0	

* = ohne Proxy
Datenquelle: BFS, SGB 2012

Tabelle T.40: Stationäre Behandlungstage in Spitälern und Kliniken nach Nutzerprofil und Interviewart

	Alle Interviews		Telefonische & schriftliche Interviews		Nur telefonische Interviews	
	(n ₁ =21'597)		(n ₁ =18'357)		(n ₁ =2'521)*	
	(n ₂ =20'811)		(n ₂ =18'303)		(n ₂ =2'508)	
Nutzerprofil	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
1	0.0		0.0		0.0	
2	0.1		0.1		0.1	
3	6.0		6.0		6.6	
4	38.5		37.0		43.4	
alle	1.0		0.9		1.4	

* = ohne Proxy
Datenquelle: BFS, SGB 2012