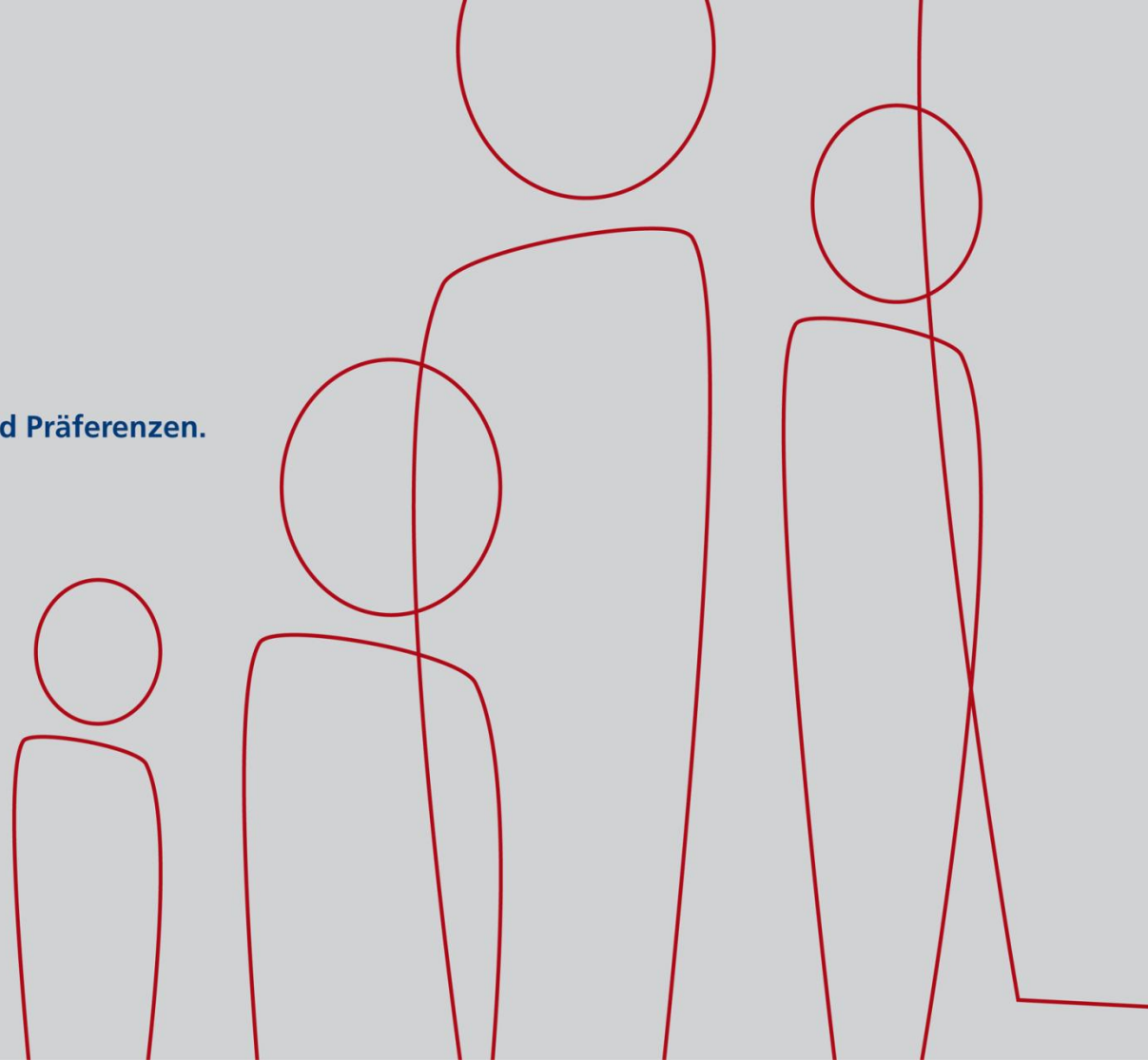




Mentalität und Erleben. Ansprüche und Präferenzen.



IGES Kompass Gesundheit[®]

Studienportrait 2010

Berlin, im November 2010



Mentalität und Erleben. Ansprüche und Präferenzen.

IGES Kompass Gesundheit® 2010

Studienportrait

Hintergrund **Seite 03**

Studienkonzept **Seite 04**

Schlaglichter 2010 **Seite 07**

Ausblick 2011 **Seite 14**

Konditionen **Seite 15**

Kontakt **Seite 18**

IGES Kompass Gesundheit®

Mentalität und Erleben. Ansprüche und Präferenzen.

- Mit dem IGES Kompass Gesundheit® bietet das IGES Institut seit 2009 eine Untersuchungsreihe, die die GKV-Versicherten in den Fokus der Betrachtung stellt. Über kontinuierliche Befragungen werden jene **grundlegenden Consumer Insights** bereitgestellt, die für die zielgruppengerechte Gestaltung des Leistungsangebots im Krankenversicherungsmarkt unabdingbar sind.
- Neben der **periodischen Erhebung** von relevanten wie grundlegenden Informationen zu Gesundheitsverhalten, Krankenversicherungsmentalität und Präferenzen bezüglich und Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen (»Basis«) werden in jeder Befragungswelle **aktuelle Themen** und branchenrelevante Veränderungen, die neues Zielgruppenwissen verlangen, vertieft (»Fokus«).
- Über die Erfassung der **Krankenkassenzugehörigkeit** können die Ergebnisse auf einzelne Unternehmen heruntergebrochen werden.
- Zudem bietet der IGES Kompass Gesundheit® die Möglichkeit der **exklusiven Ergänzung des Erhebungskatalogs** und der selektiven Aufstockung der Stichprobe (»Exklusiv«).
- Eine speziell für den Krankenversicherungsmarkt entwickelte **Typologie** differenziert Kundensegmente trennscharf nach relevanten Einstellungs- und Verhaltensmustern, unterstützt die Entwicklung zielgruppengerechter Versorgungs- und Betreuungskonzepte und rundet das kontinuierliche Informationsangebot des IGES Kompass Gesundheit® ab.

Der Aufbau des IGES Kompass Gesundheit®

Die »Basis«

Die »Basis« ist...

- in identischer Form Element jeder Erhebungswelle...
- bietet die Grundlage für Quer- und Längsschnittanalysen...
- erlaubt sowohl Status-quo-Betrachtungen als auch die Analyse von Entwicklungen und Veränderungen im Zeitablauf...
- stellt die Datengrundlage für zielgruppenspezifische Analysen des jeweiligen Fokusthemas dar...
- und bildet zugleich das Fundament des kontinuierlichen Datenflusses.

Der »Fokus«

Der »Fokus«...

- wechselndes Schwerpunktthema je Erhebungswelle...
- in jeder Ausgabe des IGES Kompass Gesundheit® findet ein aktuelles GKV-relevantes Themenfeld besondere Beachtung...
- ... und nimmt sowohl in der Befragung als auch im Ergebnisreport einen breiten Raum ein.
- Das Fokusthema der Ersterhebung 2009 war der "Leistungsgestaltung in der GKV" gewidmet, 2010 steht "Versorgungsmanagement aus Mitgliedersicht" im Zentrum der Betrachtung.

Das »Exklusive«

Optional bieten wir Beziehern des IGES Kompass Gesundheit® die Möglichkeit der Individualisierung. Sei es durch...

- die Einbindung exklusiver Fragestellungen...
- die Abbildung bezieherspezifischer Zielgruppenkonzepte...
- die Aufstockung der Stichprobe um Eigenkunden oder Kunden ausgewählter Wettbewerber.

Inhaltsübersicht »Basis«

Fundament für Quer- und Längsschnittanalysen

Vertragsverhältnisse

- Krankenversicherungsstatus
(pflicht-, freiwillig versichert; mitversicherte Familienangehörige)
- Krankenkassenzugehörigkeit*
- Privater Krankenversicherungsschutz
(inkl. Leistung und Gesellschaften)

Versicherungshistorie

- Dauer der Kassenzugehörigkeit/Mitgliedschaft
- Hintergründe der Kassenwahl
- Kassenwechsel in der Vergangenheit

Kassenbindung

- Geplanter Krankenkassenwechsel
- Evoked Set
- Wechselabsicht PKV

Kundenzufriedenheit

- Kurzmessung Kundenzufriedenheit und Kundenbindung
(Loyalitätsindex)

Gesundheitsmentalität, -verhalten**

- Involvement
- Vorsorge
- Eigenverantwortung
- Arztnähe
- Einstellung zu alternativen Heilmethoden
- Informationsinteresse
- Präferierte Informationskanäle
- Sportliche Aktivitäten
- Tabakkonsum

Krankenversicherungsmentalität**

- Involvement
- Absicherungsbedürfnis
- Krankenkassenvertrauen
- Betreuungsaffinität
- Leistungsorientierung
- Beitragsorientierung

* Im Fragebogen sind alle Krankenkassen hinterlegt, um individuelle Auswertung zu ermöglichen.

** Grundlegender Merkmalskomplex für die IGES Typologie Krankenversicherung.

Inhaltsübersicht »Basis«

Fundament für Quer- und Längsschnittanalysen

Tarifsituation/-wahl bei eigener Kasse

- Zusatzbeitrag / Prämie
- Wahltarif(e)
- Bonusprogramm

Leistungs- und Versorgungspräferenzen*

- Wahlfreiheit
- Versorgungsmanagement
- Zugang zu Innovationen

Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen

- Arztkontakte (Hausarzt, Facharzt, Zahnarzt)
- Medikamentenbedarf (Rx)
- Krankenhausaufenthalt (inkl. Auswahlentscheidung)
- Apothekenkontakte
- Affinität Versandapotheke (Rx, OTC)
- DMP-Einschreibung(en)

Gesundheitszustand

- Subjektive Einschätzung
- Chronische Erkrankungen
(Arterienverkalkung, Asthma bronchiale, Bluthochdruck, COPD, Depressionen, Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2, erhöhte Blutfettwerte, Herzschwäche/Herzinsuffizienz, Koronare Herzkrankheit, Migräne, Neurodermitis, Osteoporose, Rheumatoide Arthritis, (chronische) Schmerzen)
- Krebserkrankungen
- Körpergröße + Körpergewicht (zur Ableitung des BMI)

Demografie

- Alter
- Geschlecht
- Nationalität
- Familienstand
- Kinder im Haushalt
- Haushaltsgröße
- Lebensphase (indirekt abgeleitet)
- Bildungsabschluss
- Beruflicher Abschluss
- Berufstätigkeit, Berufsgruppe
- Persönliches Einkommen, Haushaltseinkommen
- Ortsgröße, Bundesland

Studiensteckbrief 2010

Grundgesamtheit Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung im Alter zwischen 18 und 65 Jahren

Studienphase 1 **Qualitative Exploration**

Stichprobe 20 Personen der Grundgesamtheit*

Erhebungsmethode Kreativ-Workshops à ca. vier Stunden

Erhebungszeitraum 23./24. Februar 2010

Studienphase 2 **Standardisierte Befragung**

Stichprobe 3.104 Personen der Grundgesamtheit (quotiert nach Alter und Kassenzugehörigkeit**)

Erhebungsmethode Online-Erhebung (Access-Panel), durchschnittliche Interviewdauer: 27 Minuten

Feldinstitut Research Now GmbH, Hamburg

Erhebungszeitraum 21. bis 30. Juli 2010

Der methodische Aufbau des IGES Kompass Gesundheit® vollzieht sich zweiphasig:

In jeder Erhebungswelle erfolgt zunächst eine **qualitative Exploration**, die inhaltlich auf das jeweilige Fokusthema zugeschnitten ist.

Die sich anschließende **standardisierte Befragung** wird online durchgeführt, um auch komplexere Inhalte - wie der Akzeptanztest von Versorgungsmanagementkonzepten - an großen Stichproben realisieren zu können.

* Breite Mischung nach Alter und Kassenzugehörigkeit. Gruppensplit nach Typ2 Diabetikern (je 50 Prozent mit und ohne DMP-Teilnahme) und 'gesunden Leistungsorientierten'.

** Quotierung auf Basis des Mikrozensus 2007.

IGES Kompass Gesundheit® 2010

Inhaltsverzeichnis



INHALTSVERZEICHNIS

Management Summary.....	6	6.6	Potenziale von Versorgungsmanagement.....	135
1 IGES Kompass Gesundheit®: Hintergrund.....	10	6.6.1	Arztverankertes Care Management.....	137
2 IGES Kompass Gesundheit®: Das Studienkonzept.....	12	6.6.1.1	Messmethodik.....	138
3 IGES Kompass Gesundheit®: Methodik.....	20	6.6.1.2	Akzeptanz und potenzielle Auswirkungen auf Arztbesuchsintervalle.....	142
4 IGES Typologie Krankenversicherung.....	26	6.6.2	Kassenseitiges Versorgungsmanagement.....	159
5 Gesundheits- und Krankenversicherungsmentalität 2010: Zentrale Erkenntnisse im Überblick.....	50	6.6.2.1	Messmethodik.....	160
6 Fokus 2010: Versorgungsmanagement aus Mitgliedersicht.....	60	6.6.2.2	Akzeptanz, potenzielle Auswirkungen auf Kundenbindung und Zusatzbeitragstoleranz - Szenario 'Wirtschaftlichkeit'.....	169
6.1 Grundsätzliches Erleben von Versorgungssteuerung.....	63	6.6.2.3	Akzeptanz, potenzielle Auswirkungen auf Kundenbindung und Zusatzbeitragstoleranz - Szenario 'Qualität'.....	181
6.2 Einordnung von Versorgungssteuerung aus Versichertensicht (Exkurs).....	76	6.6.2.4	Fazit.....	193
6.2.1 Erleben des GKV-Systems: Das psychologische Grundmuster.....	77	7	IGES Kompass Gesundheit®: Ausblick 2011.....	196
6.2.2 Erleben eines Leistungsfalls in der GKV.....	83	Anhang		
6.2.3 Charakteristika der Akteure im GKV-System.....	91	Lebensphasenmodell.....		198
6.3 Anforderungen an Versorgungssteuerung: Zusammenfassende Betrachtung.....	100	Fragebogen.....		200
6.4 Akzeptanz existierender Instrumente der Versorgungssteuerung.....	111	Tabellarischer Anhang.....		231
6.5 Empfehlungen zur Kommunikation von Versorgungssteuerung.....	130			

IGES Kompass Gesundheit® - Fokus 2010

Versorgungsmanagement aus Mitgliedersicht

- Im Kontext des gestiegenen Kostendrucks im Gesundheitswesen bildet ein erfolgreiches Versorgungsmanagement für Krankenkassen den zentralen Hebel zur Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit. Bislang wird die aktive Gestaltung der Gesundheitsversorgung durch eine Krankenkasse allerdings von Versicherten kritisch beurteilt. Auf Kundenseite eine Akzeptanz dieser neuen Rolle zu erzeugen, wird daher für Krankenkassen zu einer zentralen Herausforderung.
- Den Ergebnissen des IGES Kompass Gesundheit® 2009 zufolge ist Versicherten im Alltag daran gelegen, ihre Krankenkasse grundsätzlich "im Hintergrund" zu halten. Lediglich in Situationen gesundheitlicher Auseinandersetzung rückt sie in den Vordergrund und hat Gelegenheit zur Positionierung.
- Anknüpfend an diese Erkenntnisse steht nunmehr die Versichertensicht auf Versorgungsleistungen in eben solchen Situationen im Fokus. Ziel ist die Entwicklung von Gestaltungsmerkmalen, die Versorgungsmanagement im Idealfall als Bindungsinstrument, wenigstens aber als akzeptiertes Geschäftsmodell etablieren helfen.
- Gegenstand des Fokus 2010 sind somit die folgenden Themenkomplexe:
 - Wahrnehmung von Versorgungsleistungen aus Versichertensicht.
 - Exploration von Grundanforderungen patientenzentrierter Versorgung und Rollenpotenzialen der Krankenkassen.
 - Evaluation und Optimierung aktueller Konzepte des Versorgungsmanagements (DMP, Integrierte Versorgung, Arztnetzwerke, Hausarztzentrierte Versorgung) in Bezug auf Grundanforderungen patientenzentrierter Versorgung.
 - Entwicklung von Empfehlungen zur versichertengerechten Kommunikation.
 - Potenzialanalyse für Versorgungsmanagement anhand ausgewählter, kassenseitig gesteuerter Versorgungskonzepte.

IGES Kompass Gesundheit® - Fokus 2010

Versorgungsmanagement aus Mitgliedersicht

- ▶ **Messung der Akzeptanz von Versorgungsmanagementkonzepten im Rahmen der standardisierten Befragung.**

- 1. Arztverankertes Care Management**
 - **Grundidee:** Implementierung einer die ärztliche Versorgung flankierenden (telefonischen) Betreuung durch einen medizinischen Fachberater im Rahmen einer neuen medikamentösen Therapie mit dem Ziel, die Arztbesuchsintervalle zu verlängern.
 - **Fragestellungen:** Stößt ein solches Modell bei Versicherten auf Akzeptanz? Welchen Impact üben ausgewählte Gestaltungsparameter des Versorgungskonzepts auf die Versichertenakzeptanz aus?

- 2. Proaktive, datengestützte Versorgungssteuerung durch Krankenkasse**
 - **Grundidee:** Die Krankenkasse greift auf Basis datengestützter Selektionsprozesse proaktiv in die Versorgung ein (exemplarisch operationalisiert anhand von Integrierter Versorgung, Prüfung auf medizinischen Standard, Arzneimittelwechselwirkungen, flankierendem Care Management) und begründet dies mit dem Argument zur...
 - a) Sicherung der Wirtschaftlichkeit
 - b) Steigerung der Versorgungsqualität
 - **Fragestellungen:** Gibt es auf Versichertenseite eine grundsätzliche Akzeptanz von proaktiv eingesetztem Versorgungsmanagement durch die eigene Krankenkasse? Hat die kommunikative Ausgestaltung der kassenseitigen Versorgungssteuerung (Qualitäts- vs. Kostenargumente) einen Einfluss auf die Akzeptanz, sofern die Maßnahmen entweder von Kosten- oder aber unter Versorgungsqualitätsargumenten implementiert werden?

IGES Kompass Gesundheit® 2010 - Fokusthema "Versorgungsmanagement aus Mitgliedersicht"

Erleben von Angeboten der Versorgungssteuerung Zwischenfazit und erste Rückschlüsse

- (1) **Maßnahmen zur Versorgungssteuerung unterliegen starken Eintrittsbarrieren und einem fortdauernd geringen Willen zur Auseinandersetzung mit ihnen.**
- Dieser Umstand führt dazu, dass der erforderliche Kommunikationsaufwand sehr hoch ist und auch auf Dauer hochgehalten werden sollte.
 - Es sollte beachtet werden, dass eine Offenheit für Kommunikation am ehesten dann gegeben ist, wenn der 'Themenkomplex Gesundheitsversorgung' bei den Versicherten eine Alltagspräsenz hat (Leistungserbringung; aktuelle Änderungen im GKV-System, die Versicherte direkt betreffen etc.).
 - Infolge des fortdauernd geringen Willens zur Auseinandersetzung sollte sich die einzelne Kommunikationsmaßnahme auf möglichst wenige Informationen beschränken.
- (2) **Maßnahmen zur Versorgungssteuerung haben ein einseitiges Image, zur Kostenkontrolle gedacht zu sein. Als Teil des bereits erlebten Reformwerks sprechen Versicherte ihnen gleichzeitig nur eine geringe Gelingenswahrscheinlichkeit zu.**
- Das einseitige Image sollte kommunikativ korrigiert werden. Auch hier ist mit einem hohen Kommunikationsaufwand zu rechnen. Idealerweise sollte die Kommunikation auf eine bessere Versichertenversorgung abzielen. Zudem ist eine Kommunikation von Erfolgen in punkto optimierter Behandlungsqualität in der Kombination mit seinen ökonomischen Effekten Erfolg versprechend.

**Durch qualitative Forschung die Perspektive
des Kunden verstehen...**

Qualitative Exploration

Akzeptanz existierender Instrumente der Versorgungssteuerung Case Manager

- +/- GESAMTBEWERTUNG**
-
- +/- Fassbarmachung der Versorgungsleistung**
- Über den bereits etablierten Vertrauensarzt ist eine Nähe zu einer vertrauten Versorgungsmöglichkeit gegeben. Allerdings zeigt sich in der Diskussion, dass Aufgaben und Qualifikation des Case Managers noch genauer beschrieben werden sollten.
- Vertrauensschaffung in Leistungsträger und -erbringer**
- Die Zuordnung zu einem Leistungsträger oder -erbringer wird kontrovers diskutiert. Einerseits erscheint er gut vorstellbar als Vertrauensperson, die alternativ zum etablierten Arzt aufgesucht werden kann und eine Kontrolle desselben ermöglicht. Gleichzeitig hinterfragt man die Qualifikation des Case Managers und seine Beziehung zu anderen Marktteilnehmern.
Hat eine Krankenkasse denn überhaupt eine medizinische Kompetenz?
- Beruhigende Funktionsgewährleistung**
- Mit einem Case Manager werden hohe Zusatzkosten assoziiert, die die finanzielle Schieflage des GKV-Systems weiter verschlechtern.
- ++ Eindruck einer fühlbaren Gegenleistung**
- Grundsätzlich wird mit einem Case Manager eine auf den Patienten zugeschnittene hochwertige Betreuung assoziiert. Als solche wertet der Case Manager im Erleben vieler Versicherter ein Angebot zur Versorgungssteuerung spürbar auf. Allerdings wird auch hier wieder der Wunsch nach Selbstbestimmung deutlich dahingehend, dass der Kontakt zu einem Case Manager weitgehend vom Patienten bestimmt werden soll. In Situationen besonderer Hilflosigkeit wird der Case Manager auch bei einem verstärktem Zugehen auf den Patienten akzeptiert.
Am besten ein fester Ort, wo man selbst hin kann, wie man will. Und ohne Überweisung, damit der Hausarzt davon nichts mitbekommt.

IGES Kompass Gesundheit® 2010 - Fokusthema "Versorgungsmanagement aus Mitgliedersicht"

IGES

ii kompass
GESUNDHEIT

Care Management mit Auswirkungen auf akzeptierte Arztbesuchsintervalle

Durch die parallele Berücksichtigung von Versorgungsparametern und unterschiedlich ausgeprägten Arztbesuchsintervallen kann bestimmt werden, welche (zusätzlichen) Wartezeiten GKV-Mitglieder auf den (nächsten) Untersuchungstermin beim behandelnden Arzt zu akzeptieren bereit wären, wenn ihnen eine therapiebegleitende Flankierung durch einen medizinischen Fachberater geboten würde.

Organisatorische Verankerung des medizinischen Fachberaters	Zusätzliche Wartebereitschaft	Akzeptierte Verlängerung des Arztbesuchsintervalls
Praxis behandelnder Arzt	1,28	32%
Praxisgruppe	1,19	30%
Krankenkasse	1,08	27%
Internationaler Dienstleister	1,03	26%

(in Wochen) (relative Betrachtung)

Lesbeispiel
Sofern ein therapiebegleitendes Care Management über einen in der Praxis des eigenen Arztes verankerten medizinischen Fachberater geboten wird, werden Zeitabstände zwischen Arztbesuchen akzeptiert, die gegenüber konventionellen Versorgungsansätzen auf Basis der Textbedingungen um durchschnittlich 32 Prozent länger sind.

ZU BEACHTEN:
Die Ausprägung der ermittelten zusätzlichen Wartebereitschaft ist unmittelbar von den formulierten Testbedingungen abhängig. Daher ist bei der Ergebnisinterpretation die "Deckelung" im Attribut "Wartezeit bis zum nächsten Arzttermin" zu berücksichtigen. Denn: Der maximale Zeithorizont, der lt. getesteten Bedingungen bis zum nächsten persönlichen Arztbesuchstermin in Praxis B (z. Praxis mit therapiebegleitendem Care Management) verstreichen kann, liegt bei **acht Wochen** (ein längerer Zeitraum wurde vor dem Hintergrund einer neu verordneten Arzneimitteltherapie, deren Wirkung arztlichseits kontrolliert werden muss, unter Sicherheitsüberlegungen nicht in Erwägung gezogen). Daraus resultiert per Definition eine 'natürliche' Obergrenze der ermittelten zusätzlichen Wartebereitschaft. Versicherte, die unter Care-Management-Bedingungen ein Arztbesuchsintervall akzeptieren würden, dessen Länge auch über acht Wochen hinausginge, finden in der Schätzung keine Berücksichtigung. Dies führt mutmaßlich zu einer Unterschätzung der zusätzlich akzeptierten Wartebereitschaft.

Verbale Ergebnisführung, siehe Folgeseite.
Die zusätzliche Wartebereitschaft fußt auf den getesteten Bedingungen, vgl. S. 140 ff.
Basis: GKV-Mitglieder zwischen 18 und 65 Jahren (n = 3.104).

6.6.1.2 | Akzeptanz von arztverankertem Care Management | IGES Kompass Gesundheit® | Report 2010 | Seite 146

Durch quantitative Analysen Präferenzen messen, Zielgruppen profilieren, Trends aufdecken...

Quantitative Analyse

IGES

ii kompass
GESUNDHEIT

Zusatzbeitragstoleranz bei Versorgungssteuerung mit Qualitätsargument Teilgruppenbetrachtung nach IGES Kundensegmenten

Durchschnittlich akzeptierte monatliche Mehrbelastung durch höheren Zusatzbeitrag bei eigener Krankenkasse

Proaktives Angebot versorgungsgestaltender Maßnahmen auf Basis routinemäßig vorgenommener Suchläufe im Kundenbestand	Total	ÜBERZEUGTE	UNKOMPLIZIERTE	UNNAHBARE	UNBESCHWERTE	UNBETEILIGTE
		Integrierte Versorgung	5,93 €	7,81 €	4,80 €	6,54 €
Medizinischer Fachberater	5,51 €	7,95 €	4,30 €	5,93 €	5,65 €	3,96 €
Prüfung auf Einhaltung des medizinischen Standards	5,31 €	7,46 €	4,23 €	5,67 €	5,42 €	4,00 €
Prüfung auf problematische Wechselwirkungen	5,25 €	7,36 €	4,18 €	5,60 €	5,21 €	4,11 €

Zwischen den IGES Krankenversicherungstypen lassen sich recht deutliche Unterschiede in den durchschnittlich akzeptierten monatlichen Mehrbelastungen beobachten. Die mit Abstand höchste Bereitschaft, erhöhte Zusatzbeiträge zu akzeptieren, um in den Genuss qualitätssteigernder Versorgungssteuerungskonzepte zu gelangen, weisen die 'Überzeugten' auf. Deutlich zurückhaltender geben sich hingegen die 'Unkomplizierten' sowie die 'Unbeteiligten'.

Die Ermittlung des durchschnittlich akzeptierten Zusatzbeitrages fußt auf den getesteten Bedingungen, vgl. S. 166 ff.
Basis: GKV-Mitglieder zwischen 18 und 65 Jahren (Überzeugte: n = 243, Unkomplizierte: n = 326, Unnahbare: n = 365, Unbeschwerte: n = 320, Unbeteiligte: n = 288)

6.6.2.3 | Akzeptanz eines kassenseitigen Versorgungsmanagements ("Qualität") | IGES Kompass Gesundheit® | Report 2010 | Seite 191

IGES Kompass Gesundheit® 2010 Ergebnistabellierung

IGES	iikompass GESUNDHEIT	TOTAL	Geschlecht		Altersgruppe			AOK Baden-Württemberg AOK Bayern ...		
			männlich	weiblich	unter 30 Jahre	30 bis 49 Jahre	50 bis 65 Jahre			
Q13 Wie sind Sie seinerzeit zur [kk] gekommen?										
<i>Basis (netto)</i>		3.104	1.657	1.447	605	1.469	1.030	131	137	
über meinen Arbeitgeber		30,3	33,4	26,9	13,7	30,4	30,2	42,0	37,9	
meine Eltern waren schon dort versichert		23,8	21,5	26,4	55,2					
Empfehlung aus persönlichem Umfeld		15,6	15,4	15,8	14,9					
über Angebotsvergleiche verschiedener Krankenkassen		13,2	13,4	12,9	10,7					
über meine(n) Partner(in)		8,2	5,9	10,9	6,0					
zufällig		3,9	3,6	4,4	2,1					
wurde von dieser Krankenkasse direkt angesprochen oder angeschrieben		3,9	4,5	3,2	5,0					
über Krankenkassentest in den Medien		2,8	3,7	1,7	2,3					
wurde durch Werbung aufmerksam		2,7	3,6	1,7	2,6					
Empfehlung durch einen Finanzberater		1,9	2,2	1,7	2,3					
Sonstiges		5,5	6,3	4,6	3,8	5,4	6,7	6,1	4,4	
Q14 Haben Sie seit 1996 schon einmal die Krankenkasse gewechselt?										
<i>Basis (netto)</i>		3.104	1.657	1.447	605	1.469	1.030	131	137	
nein		61,1	60,7	61,7	60,3	53,7	72,2	71,8	74,5	
ja		38,9	39,3	38,3	39,7	46,3	27,8	28,2	25,5	
Q15 Wie häufig haben Sie seit 1996 die Krankenkasse gewechselt?										
<i>Basis (netto)</i>		3.104	1.657	1.447	605	1.469	1.030	131	137	
kein Mal		61,1	60,7	61,7	60,3	53,7	72,2	71,8	74,5	
ein Mal		21,4	19,9	23,2	25,0	24,0	15,6	15,3	13,1	
zwei Mal		12,7	13,8	11,5	11,2	15,9	8,9	10,7	9,5	
drei Mal und mehr		4,7	5,7	3,7	3,5	6,3	3,2	2,3	2,9	
Mittelwert		0,6	0,7	0,6	0,6	0,8	0,4	0,4	0,4	
Q16 Verfügen Sie persönlich über eine private Krankenzusatzversicherung?										
<i>Basis (netto)</i>		3.104	1.657	1.447	605	1.469	1.030	131	137	
nein		69,2	68,7	69,7	72,9	67,0	70,1	72,5	70,8	
ja		29,3	29,8	28,7	24,5	31,8	28,6	25,2	28,5	
weiß nicht		1,5	1,4	1,6	2,6	1,2	1,3	2,3	0,7	
Q17 Welche der folgenden Leistungen haben Sie über eine private Krankenzusatzversicherung abgedeckt?										
<i>Basis (netto)</i>		3.104	1.657	1.447	605	1.469	1.030	131	137	
Zahnarzt		22,9	23,0	22,8	18,3	25,1	22,4	21,4	21,2	

Zielgruppenbetrachtungen für alle Fragen der quantitativen Erhebung anhand von 195 Merkmalen aus Soziodemografie, Kundenmentalität, Krankenversicherung, Gesundheitszustand und Leistungsbedarf.

IGES Kompass Gesundheit®: Ausblick 2011

27. Januar 2011

Bezieherkonferenz im IGES Institut

Diskussion und Abstimmung der Fokusthemen für 2011 gemeinsam mit Beziehern und Interessenten des IGES Kompass Gesundheit®

Welle Frühjahr 2011*

Februar 2011

Qualitative Exploration

4. März 2011

Redaktionsschluss des Fragebogens (Stichtag für die Schaltung von Exklusivfragen)

14. bis 25. März 2011

Standardisierte Erhebung

13. Mai 2011

Report Frühjahr 2011

Welle Herbst 2011*

Juli 2011

Qualitative Exploration

5. August 2011

Redaktionsschluss des Fragebogens (Stichtag für die Schaltung von Exklusivfragen)

15. bis 26. August 2011

Standardisierte Erhebung

14. Oktober 2011

Report Herbst 2011

* Planung (Stand: 15. November 2010).

Die drei Studienpakete: Information nach Maß

»Economy«

- »Basis«: Tabellierung.
- »Fokus«: Tabellierung + kommentierter Chartbericht.
- **Gesamtmarkt Betrachtung** und **Zielgruppenanalysen** nach Demografie, Gesundheitszustand und Typologie.
- Keine Aufschlüsselung nach einzelnen Krankenkassen bzw. Krankenkassenarten.

»Business«

Gegenüber dem Studienpaket »Economy« zusätzlich:

- **Mitglieder-/Wettbewerbsanalysen** nach Krankenkassenzugehörigkeit.
- **Ergebnispräsentation** im Hause des Beziehers.

»First Class«

Gegenüber dem Studienpaket »Business« zusätzlich:

- Bezieherspezifische **Individualisierung** durch Modul »Das Exklusive« (drei geschlossene Fragen inklusive, weitere Individualisierungen möglich).

Die drei Studienpakete: Preisübersicht

»Economy«

Leistungsumfang:

Module »Basis« und »Fokus«. Gesamtmarkt Betrachtung und Zielgruppenanalysen nach Demografie, Gesundheitszustand und Typologie - keine Aufschlüsselung nach einzelnen Krankenkassen bzw. Krankenkassenarten. Kommentierter Chartbericht Modul »Fokus«. Tabellierung »Basis« und »Fokus«.

2.900 Euro zzgl. ges. MwSt.

»Business«

Leistungsumfang:

Module »Basis« und »Fokus«. Gesamtmarkt Betrachtung und Zielgruppenanalysen nach Demografie, Gesundheitszustand und Typologie, Mitglieder-/Wettbewerbsanalysen nach Krankenkassenzugehörigkeit. Kommentierter Chartbericht Modul »Fokus«. Tabellierung »Basis« und »Fokus«. Ergebnispräsentation im Hause des Beziehers (Reisekosten IGES exklusive).

4.900 Euro zzgl. ges. MwSt.

»First Class«

Leistungsumfang:

Module »Basis« und »Fokus«, bezieherspezifische Individualisierung durch Modul »Exklusiv« (drei geschlossene Fragen inklusive). Gesamtmarkt Betrachtung und Zielgruppenanalysen nach Demografie, Gesundheitszustand und Typologie. Mitglieder-/Wettbewerbsanalysen nach Krankenkassenzugehörigkeit. Modul »Exklusiv«: Drei geschlossene Exklusivfrage inklusive. Kommentierter Chartbericht Modul »Fokus«. Tabellierung »Basis«, »Fokus« und »Exklusiv«. Ergebnispräsentation im Hause des Beziehers (Reisekosten IGES exklusive).

5.900 Euro zzgl. ges. MwSt.

Individualisierungsoptionen: Preisübersicht

Exklusivfragen

Geschlossene Frage (max. fünf Precodes):	590 €
Offene Frage (inkl. Vercodung):	1.250 €

Leistungsumfang: Abstimmung der Exklusivfragen, Erhebung im Rahmen des IGES Kompass Gesundheit® (n = 3.000 GKV-Mitglieder zwischen 18 und 65 Jahren), tabellarische Ergebnisbereitstellung.

Die Schaltung von Exklusivfragen ist Beziehen eines Studienpakets vorbehalten. Der Umfang ist aus Gründen der Qualitätssicherung begrenzt. Die Möglichkeit zur Schaltung von Exklusivfragen gilt daher vorbehaltlich der noch verfügbaren Kapazitäten.

Stichprobenaufstockung

Je nach Zielgruppendefinition unterbreiten wir ein individuelles Angebot. Die folgenden Beispielpreise dienen der ersten Orientierung.

Online-Befragung von 100 Mitgliedern einer definierten Kasse im Alter zwischen 18 und 65 Jahren (zusätzlich zur Zufallsstichprobe):

Marktanteil der betreffenden Kasse: 1%	4.300 €
Marktanteil der betreffenden Kasse: 2%	4.000 €
Marktanteil der betreffenden Kasse: 5%	3.200 €

Leistungsumfang: Erhebungsinhalte »Basis« und »Fokus«, tabellarische Ergebnisbereitstellung.

Die Stichprobenaufstockung ist Beziehen eines Studienpakets vorbehalten.

Kontakt

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen sehr gerne zur Verfügung.

Studienleitung:

Anja Schweitzer

Bereichsleiterin Marktforschung

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
D-10117 Berlin

Fon: +49 30 230809-68

Fax: +49 30 230809-11

Mail: anja.schweitzer@iges.de

www.iges.de