



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

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

*Inhaltsanalyse von Anfragen
bei PatientInnen- und
Versichertorganisationen*

Forschungsbericht Nr. 4/99

Das Bundesamt für Sozialversicherung veröffentlicht in seiner Reihe „Beiträge zur Sozialen Sicherheit“ konzeptionelle Arbeiten und Forschungsergebnisse zu aktuellen Themen im Bereich der Sozialen Sicherheit, die damit einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Analysen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Sozialversicherung wieder.

Autor: Dr. med. Karin Faisst MPH

Dr. med. Julian Schilling

Institut für Sozial- und Präventivmedizin
der Universität Zürich

Summatrastrasse 30

8006 Zürich

Tel. 01/634 85 92

Fax 01/634 49 84

Auskünfte: Martin Wicki

Bundesamt für Sozialversicherung

Fachdienst Wirtschaft, Grundlagen, Forschung

Effingerstrasse 33

3003 Bern

Tel. 031/322 90 25

Vertrieb: BBL/EDMZ, 3003 Bern, www.admin.ch/edmz

Copyright: Bundesamt für Sozialversicherung,
CH-3003 Bern

Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung – unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares an das Bundesamt für Sozialversicherung gestattet.

Bestellnummer: 318.010.4/99 d 7.99 200



INSTITUT FÜR
SOZIAL- UND PRÄVENTIVMEDIZIN
DER UNIVERSITÄT ZÜRICH

Inhaltsanalyse von Anfragen bei PatientInnen- und Versichertenorganisationen

Erarbeitet im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung

Dr. med. Karin Faisst MPH, Dr. med. Julian Schilling
Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich,
Sumatrastr. 30, 8006 Zürich
Tel: 01 634 85 92 Fax: 01 634 49 84

Zürich, April 1999

Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherung

Ein vorrangiges Ziel des 1996 in Kraft getretenen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) war - neben der Verstärkung der Solidarität und der Kostendämpfung - das Sicherstellen einer hochstehenden medizinischen Versorgung für alle. Die Mittel dazu sind das Versicherungsobligatorium und das erweiterte Leistungsspektrum im Rahmen der Grundversicherung.

Mit dem neuen Gesetz wurden viele eingespielte Mechanismen aufgehoben und der Rahmen für neue Mechanismen gesetzt. Der Systemwechsel in vielen Bereichen löste logischerweise Unsicherheit aus, speziell bei Versicherten und PatientInnen, den eigentlichen Hauptakteuren des KVG.

Gerade sie, die PatientInnen und Versicherten, erhielten im neuen Gesetz eine aktiver Rolle zuerkannt. Anders als die meisten Akteure im Gesundheitswesen sind ihre Interessen jedoch nur schwach organisiert. Es scheint daher angebracht, den Hinweisen auf Schwierigkeiten und Probleme, die diese Akteurgruppe mit dem neuen Gesetz hat, systematisch nachzugehen.

Ein erster Versuch einer systematischen Analyse hat das BSV mit der vorliegenden Auswertung von Anfragen an PatientInnen- und Versichertenorganisationen unternommen. Es kam ihm dabei zugute, dass erstens auf bereits vorhandenes Material für einen Vorher-nachher-Vergleich und zweitens auf das Erfahrungspotential der BetrieberInnen der PatientInnen- und Versichertenorganisationen zurückgegriffen werden konnte.

Im vollen Bewusstsein der methodischen Restriktionen ging es in diesem Projekt also darum, Probleme mit dem KVG aus der Perspektive von Versicherten zu identifizieren und zu dokumentieren, seien sie nun im Informationsmangel, in Unzufriedenheiten mit Leistungserbringern und Versicherern oder in Schwächen der gesetzlichen Grundlagen begründet. Die erkannten Probleme sollen Anstoss geben, das System KVG noch zu verbessern.

Wie die Untersuchung zeigt, drehen sich die Anfragen am häufigsten um die Themen Prämienhöhe und Kassenwechsel. Der Brisanz des Kostenanstiegs steht die neue Möglichkeit gegenüber, die Grundversicherung ohne Einbussen zu wechseln. Beides war offensichtlich viele Fragen auf. Auffällig häufig wurden zudem Fragen und Beschwerden zu den Zusatzversicherungen geäußert. Obwohl dieser Bereich aus dem KVG ausgeliert worden ist, sind die vielfältigen Querbeziehungen zwischen Grund- und Zusatzversicherung Gegenstand eines laufenden Projekts der Wirkungsanalyse KVG.

Der verständliche Wunsch von Versicherten, die Kündigungsfirst bei der Grundversicherung zu kürzen oder die Prämien genehmigung früher anzusetzen, wurde von den Autoren als Empfehlung an das BSV aufgenommen. Hier gilt allerdings zu beachten, dass die bestehenden Fristen so festgelegt sind, dass die Versicherer für ihre Prämien-

berechnungen eine möglichst genaue Kostenabschätzung vornehmen können. Letztlich muss also ein Kompromiss gefunden werden zwischen einer realistischen Prämie, die den laufenden Kosten möglichst nahe kommt und der Möglichkeit der Versicherten, darauf noch rechtzeitig zu reagieren.

Zu Recht betonen die Autoren auch das gewachsene Informationsbedürfnis der Versicherten. Das BSV hat seit Einführung des KVG die Öffentlichkeitsarbeit deutlich intensiviert, indem es zum Beispiel eine Informationsbroschüre zum KVG an sämtliche Privathaushaltungen verschickt hat, mehrmals jährlich Pressekonferenzen zu aktuellen Themen rund ums KVG durchführt (Prämiengenehmigung, Leistungen, Tarife usw.) und anlässlich der Prämiengenehmigung jeweils Anfang Oktober eine grosse Informationsaktion durchführt (Prämienführer, Tips für die Versicherten, telefonische Hotline u.a.m.).

Um die Sorgen der Bevölkerung im Blick zu behalten ist eine Fortsetzung der Auswertungen von Patientenanfragen vorgesehen. In noch zu präzisierender Form soll ein Monitoring entstehen, das in ein erweitertes Projekt über die Information der Versicherten einfließen wird.

Martin Wicki
Fachdienst Wirtschaft Grundlagen Forschung

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung/Résumé	1
1 Einleitung	1
1.1 Anlass der Untersuchung	2
1.2 Fragestellungen der Evaluation	2
2 Konzeption der Analyse und Methodenwahl	3
2.1 Konzeption „PatientInnenbeschwerden“ als Informationsträger	3
2.2 Methodenwahl	5
3 Methode und Vorgehen	6
3.1 Überblick	6
3.2 Auswahl der Studienpartner	6
3.3 Problemdefinition	7
3.4 Datensammlung, Durchführung der Erhebung	9
3.5 Auswertung	10
3.6 Expertendiskussion	11
4 Was ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten?	13
4.1 Längsschnitt-Vergleich	13
4.2 Aufgabenbereiche der Beratungsorganisationen	13
4.3 Auswahl der Beratungsstellen	13
4.4 Erhebung von subjektiven vs. objektiven Problembeschreibungen	13
4.5 Unschärfe der Kategorien	14
4.6 Mehrfachantworten	14
4.7 Statistische Auswertung	14
5 Ergebnisse	15
5.1 Beschreibung der Ratsuchenden	15
5.2 Vergleich der Anfragen vor und nach Einführung des KVG	17
5.2.1 Vergleich des Anfragespektrums betreffend Leistungserbringer und Krankenversicherungssystem	17
5.2.2 Vergleich des Anfragespektrums betreffend medizinischer Leistungserbringer	19
5.2.3 Vergleich des Anfragespektrums betreffend Versicherungstypen	21

5.2.4	Vergleich des Anfragespektrums betreffend Krankenversicherungssystem	22
5.3	Detaillierte Analyse und Interpretation der Anfragen zum Krankenversicherungssystem 1998	25
5.3.1	Anfragespektrum für Grundversicherung bzw. Zusatzversicherung	25
5.3.2	Wechsel der Grundversicherung/Prämienhöhe der Grundversicherung	29
5.3.3	Kostenrückerstattung und Kostengutsprachen bei der Grundversicherung	31
5.3.4	Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) bei der Grundversicherung	33
5.3.5	Auskunft der Krankenversicherer zur Grundversicherung	33
5.3.6	Versichertenrechte der Grundversicherung	34
5.3.7	Einstufung Akut- oder Langzeitpatientent	34
5.3.8	Prämienverbilligung der Grundversicherung	34
5.3.9	Freiwillige Taggeldversicherung	35
5.3.10	Prämienhöhe und Wechsel der Zusatzversicherung	35
5.3.11	Vorbehalte bei der Zusatzversicherung bzw. Verweigerung der Zusatzversicherung	36
5.3.12	Kostenrückerstattung/-gutsprache bei der Zusatzversicherung	36
5.4	Detaillierte Analyse der Anfragen zu Leistungserbringern 1998	37
6	Fazit und Empfehlungen	38
7	Literatur	41

Anhang

- Kurzbeschreibung beteiligter Organisationen
- Beschreibung einer Auswahl von verwendeten Kategorien
- Fragebogen
- Stellungnahmen der beteiligten Beratungsstellen

Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht beschäftigt sich mit der Beschreibung von Problemen, welche PatientInnen und Versicherte im Umgang mit medizinischen Leistungserbringern und dem Krankenversicherungssystem erleben. Der Bericht soll folgende Fragen beantworten:

- Welche Problembereiche in der Gesundheitsversorgung existieren aus Sicht der PatientInnen und Versicherten?
- Sind diese Probleme auch auf die Einführung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) zurückzuführen?
- Bestehen Möglichkeiten, Schwachstellen zu beheben?
- Ist es sinnvoll regelmässige Erhebungen dieser Art (Monitoring) einzuführen?

Methode der Analyse

Schweizerische PatientInnen- und Versichertenorganisationen werden in der Regel wegen eines bestimmten persönlichen Problems kontaktiert. Die Inhaltsanalyse dieser Anfragen diente zur Beschreibung von Schwierigkeiten im Umgang mit Leistungserbringern und dem Krankenversicherungssystem aus Sicht von PatientInnen und Versicherten.

Dazu wurde je eine ca. 5-monatige Querschnittuntersuchung (1. Juni bis 15. November) in den Jahren 1998 und 1995 durchgeführt. Vier national oder sprach-regional tätige Organisationen¹ mit insgesamt 17 Beratungsstellen in der ganzen Schweiz nahmen an der Erhebung 1998 teil. Es wurden 2716 Dokumentationen erhoben, welche die Grundlage für die detaillierte Beschreibung des Ist-Zustands 1998 bildeten. Der Vergleich des Ist-Zustands mit dem Zustand vor Einführung des KVG (Längsschnitt-Vergleich) wurde aus konzeptionellen Gründen auf Angaben der Patienten-Organisation und der Patientenstelle Zürich (1998 n=1059, 1995 n=493) beschränkt.

In einer Expertendiskussion mit den beteiligten Partnern und dem Ombudsman der Krankenversicherung wurden die Ergebnisse validiert und interpretiert.

Welche Problembereiche in der Gesundheitsversorgung existieren aus Sicht von PatientInnen und Versicherten; sind diese auch auf die Revision der Krankenversicherung zurückzuführen?

- Mit der Einführung des KVG ist das Bedürfnis der PatientInnen und Versicherten nach Informationen zu versicherungstechnischen und organisatorischen Aspekten der Krankenversicherung deutlich gestiegen. Diese Beobachtung kann als kurzfristige Auswirkung der Revision der Krankenversicherung interpretiert werden.

¹ Fédération Romande des Consommateurs, Pro Mente Sana, Schweizerische Patienten-Organisation und Dachverband Schweizerischer Patientenstellen

- Ältere Personen und Frauen liessen sich am häufigsten beraten. Die Einführung des KVG hatte keinen Einfluss auf diese Beobachtung.
- Beratungen von Familien haben ebenfalls zugenommen. Der Einfluss des KVG auf diese Beobachtung bleibt offen.
- Im Vergleich zu 1995 nahmen Anfragen zur Grundversicherung ab. Diese relative Abnahme ist vor allem durch eine Zunahme von Anfragen zur Zusatzversicherung in der Deutschschweiz bedingt. Diese Zunahme kann auf die Einführung des KVG zurückgeführt werden, da für die privatrechtliche Zusatzversicherung alters- und geschlechtsabhängige Prämien erlaubt und diese in den letzten Jahren deutlich gestiegen sind.
- Die Ergebnisse der Untersuchung deuten darauf hin, dass 1998 in der Deutschschweiz und in der Romandie unterschiedliche Problembereiche im Vordergrund standen: Während in der Deutschschweiz die Prämienhöhe der Zusatzversicherung das Hauptthema war, hatte in der Westschweiz das Thema „Wechsel des Anbieters der Grundversicherung“ höchste Priorität. Die Unterschiede erklären sich durch die massiven Prämiendifferenzen der Grundversicherung zwischen der West- und Deutschschweiz.
- Der höhere Anteil von Anfragen zum Thema „Wechsel des Anbieters der Grundversicherung“ ist als Wirkung des neuen KVG zu werten (volle Freizügigkeit). Zwar kann von der Häufigkeit der Anfragen nicht auf die tatsächliche Zahl der Wechsel geschlossen werden, jedoch zeigen die Ergebnisse, dass die PatientInnen und Versicherten die Möglichkeit des freien Wechsels erkannt haben. Dennoch deuten die Ergebnisse auf einen Informationsmangel auf diesem Gebiet hin.
- Die Zunahme der Anfragen zur Prämienhöhe der Zusatzversicherung in der Deutschschweiz deutet darauf hin, dass die Prämienbelastung vor allem für ältere Personen an Grenzen stösst.
- Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass bei der Zusatzversicherung gegenüber Frauen häufiger Vorbehalte gemacht werden.
- Fragen zur Kostenrückerstattung bzw. Kostengutsprache waren 1998 - nach Revision der Krankenversicherung - im Vergleich zur Vorperiode seltener Gegenstand der Anfragen. Die Experten konnten diese Beobachtung nicht bestätigen.
- Die Zahl von Anfragen, die den Leistungsbereich betrafen, war zu klein, um konkrete Schwachstellen zu identifizieren.
- Themen wie Prämienverbilligung oder Kostenbeteiligung spielten eine untergeordnete Rolle.
- Das Anfragespektrum zu medizinischen Leistungserbringern zeigte keine wesentlichen zeitlichen Veränderungen. Am häufigsten betrafen Anfragen zu Leistungserbringern einen Verdacht auf Behandlungs- und Diagnosefehler oder Komplikationen im Zusammenhang mit einer Behandlung.

Bestehen Möglichkeiten, Schwachstellen zu beheben?

Mit gezielten Informationskampagnen könnte das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) auf das offenkundige Informationsbedürfnis von PatientInnen und Versicherten zu versicherungstechnischen und organisatorischen Aspekten der Krankenversicherung reagieren. Besonders ältere Menschen sollten darüber informiert werden, dass die Grund- und Zusatzversicherung bei verschiedenen Krankenversicherern abgeschlossen werden können. Kürzere Kündigungsfristen bei der Grundversicherung oder die frühere Genehmigung deren Prämien durch das BSV könnten dazu beitragen, bestehende Unklarheiten bei den Versicherten im Zusammenhang mit dem Wechsel des Krankenversicherers zu vermindern. Projekte mit dem Ziel, PatientInnen und Versicherte für den Umgang mit Leistungserbringern und Krankenversicherern zu schulen, sollten initiiert und mit öffentlichen Mitteln unterstützt werden. Damit würde die Handlungskompetenz von PatientInnen und Versicherten gefördert. Kompetente und informierte PatientInnen und Versicherte kennen ihre Rechte und Pflichten im Umgang mit Leistungserbringern und dem Krankenversicherungssystem und können diese gezielter wahrnehmen. Aber auch unrealistischen Vorstellungen und Ansprüchen könnte damit entgegengewirkt werden. Geschulte PatientInnen und Versicherte werden damit einen aktiven Beitrag leisten, die sozialpolitisch gewünschte Wirkung des KVG zu beschleunigen.

Ist es sinnvoll, regelmässige Erhebungen dieser Art (Monitoring) einzuführen?

Die vorliegende Untersuchung bildet eine wertvolle Basis, um ein kontinuierliches Monitoring aufzubauen. Wir erachten die Einführung eines Monitoring-Systems von Anfragen bei schweizerischen Beratungsstellen für PatientInnen und Versicherte als sinnvolles und notwendiges Projekt. Damit würden die Anliegen von PatientInnen und Versicherten auf Bundesebene strukturiert wahrgenommen. Die Ergebnisse eines Monitorings können den politisch Verantwortlichen als Kontrollinstrument und als wichtige Grundlage in politischen Diskussionen dienen. Es ist davon auszugehen, dass ein solches Monitoring-System helfen kann, die Gesundheitsversorgung patientenfreundlich zu gestalten. Deshalb sind die Investitionen in den Aufbau eines solchen Systems zu rechtfertigen.

Résumé

Le rapport "Examen des demandes faites auprès des organisations de patient(e)s et d'assuré(e)s" s'emploie à exposer les problèmes que les patient(e)s et les assuré(e)s rencontrent avec les prestataires médicaux et dans le cadre de l'assurance-maladie. Ce rapport doit répondre aux questions suivantes:

- Quels problèmes les patient(e)s et assuré(e)s rencontrent-ils dans le domaine de la dotation en soins?
- Ces problèmes découlent-ils également de l'introduction de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)?
- Y a-t-il des possibilités de remédier à ces imperfections?
- Cela a-t-il un sens d'introduire des enquêtes régulières de cette sorte (monitoring)?

Méthode de l'analyse

En règle générale, les associations suisses de patient(e)s et d'assuré(e)s sont contactées en raison d'un problème personnel bien précis. L'examen de ces demandes a servi à définir les difficultés rencontrées par les patient(e)s et les assuré(e)s dans leurs relations avec les prestataires et avec le système de l'assurance-maladie.

Une enquête transversale d'environ 5 mois (du 1er juin au 15 novembre) a donc été effectuée au cours des années 1995 et 1998. Quatre organisations² actives au plan national ou d'une région linguistique et comprenant en tout 17 centres de consultation dans toute la Suisse ont participé à l'enquête de 1998. 2716 documents ont été examinés. Ils constituent les bases d'un exposé détaillé sur l'état de la situation en 1998. Pour des raisons conceptuelles, on a limité la comparaison de la situation présente avec celle d'avant la révision de la loi (comparaison longitudinale) aux déclarations des associations de patients et du service des patients de Zurich (1998 n=1059, 1995 n=493).

Ces résultats furent ensuite validés et interprétés lors d'une discussion d'experts entre les partenaires intéressés et le médiateur de l'assurance-maladie.

Quels problèmes les patient(e)s et assuré(e)s rencontrent-ils dans le domaine de la dotation en soins? Ces problèmes découlent-ils également de la révision de l'assurance-maladie?

- L'introduction de la LAMal s'est traduite par une nette augmentation du besoin d'informations des patient(e)s et des assuré(e)s en ce qui concerne les aspects d'organisation et de techniques actuarielles de l'assurance-maladie. Ce résultat

² Fédération Romande des Consommateurs, Pro Mente Sana, Schweizerische Patienten-Organisation und Dachverband Schweizerischer Patientenstellen

peut être interprété comme une conséquence à court terme de la révision de la loi.

- Ce sont les personnes âgées ainsi que les femmes qui ont le plus souvent sollicité des conseils. L'introduction de la LAMal n'a eu aucune influence sur ce résultat.
- Les consultations de familles ont également augmenté. L'influence de la LAMal sur ce résultat n'est pas démontrée.
- Les questions relatives à l'assurance de base ont diminué en comparaison de l'année 1995. En Suisse allemande, cette diminution relative est avant tout due à une multiplication des demandes concernant l'assurance complémentaire; multiplication qui peut être attribuée à l'introduction de la LAMal puisque l'assurance complémentaire relève du droit privé, ce qui permet la perception de primes dépendant de l'âge et du sexe.
- Les résultats de l'enquête montrent que pour l'année 1998, la Suisse allemande et la Suisse romande se sont préoccupées de problèmes distincts: tandis qu'en Suisse allemande on se focalisait sur le montant des primes de l'assurance complémentaire, la Suisse romande quant à elle accordait toute son attention au "changement d'assureur pour l'assurance de base". Ces distinctions s'expliquent par les énormes écarts de primes pour l'assurance de base, entre la Suisse romande et la Suisse allemande.
- L'augmentation des demandes relatives au thème du "changement d'assureur pour l'assurance de base" peut être attribuée à l'introduction de la nouvelle LAMal (libre passage intégral). Il est vrai que l'on ne peut pas déterminer le nombre réel de changements d'assureur à partir de la seule fréquence des demandes; cependant les résultats montrent que les patient(e)s et les assuré(e)s ont pris conscience de leur liberté de choix. Ces résultats soulignent aussi toutefois un manque d'informations à ce sujet.
- L'augmentation des demandes relatives au montant des primes pour l'assurance complémentaire en Suisse allemande indique que la charge financière que représentent les primes est à la limite avant tout pour les personnes âgées.
- Dans le cadre de l'assurance complémentaire, les résultats montrent que les femmes font plus fréquemment l'objet de réserves que les hommes.
- En comparaison avec la période précédant la révision de l'assurance-maladie, les problèmes touchant le remboursement des frais, respectivement la garantie de remboursement des frais, ont plus rarement fait l'objet de demandes après la révision de l'assurance-maladie, en 1998. Les experts ne peuvent confirmer l'exactitude de ce résultat.
- Le nombre de demandes ayant trait aux prestations était trop peu élevé pour pouvoir identifier des défaillances concrètes.
- La réduction de primes ou la participation aux coûts ont joué quant à elles un rôle secondaire.
- L'éventail des demandes faites aux prestataires médicaux ne s'est pas sensiblement modifié d'une enquête à l'autre. Ces demandes se rapportaient le plus

souvent à une possible erreur de traitement et de diagnostic ou à des complications lors d'un traitement.

Existe-t-il des moyens de remédier à ces imperfections?

L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) pourrait répondre au besoin de renseignement manifeste des patient(e)s et des assuré(e)s par des campagnes d'information bien orientées. Elles pourraient porter sur les aspects de technique actuarielle et d'organisation de l'assurance-maladie. Les personnes âgées en particulier devraient être informées du fait qu'elles peuvent contracter leur assurance de base et leur assurance complémentaire auprès de différents assureurs-maladie. Deux éléments pourraient baliser la voie lorsqu'il s'agit de changer d'assureur-maladie: que l'OFAS procède plus tôt dans l'année à l'approbation des primes ou que les délais de résiliation pour l'assurance de base soient raccourcis. On devrait initier et soutenir par des fonds publics des projets ayant pour but de renseigner les patient(e)s et les assuré(e)s sur les prestataires et assureurs-maladie. On favoriserait ainsi leur pouvoir d'action. En effet, des patient(e)s et des assuré(e)s compétents et informés comprennent le système de l'assurance-maladie; ils connaissent leurs droits et devoirs envers les prestataires et agissent de manière plus adéquate. Ces projets pourraient même contrecarrer des revendications et réclamations peu réalistes. Des patient(e)s et assuré(e)s informés contribueront ainsi activement à accélérer l'impact souhaité de la LAMal dans la politique sociale.

Cela a-t-il un sens d'introduire des sondages réguliers de cette sorte (monitoring)?

La présente enquête offre une base précieuse pour mettre sur pied un monitoring permanent. Nous jugeons judicieux et nécessaire le projet d'introduire un système de monitoring des demandes faites auprès des centres de consultation suisses pour patient(e)s et assuré(e)s. Si l'on procède ainsi, les préoccupations des patient(e)s et des assuré(e)s seraient déjà structurées lorsqu'elles parviennent au niveau fédéral. Les responsables politiques bénéficieraient grâce aux monitoring d'un support de qualité à la prise de décision et d'un instrument de contrôle efficace. On peut aussi supposer que le monitoring rendrait le système de santé plus convivial. Les investissements prévus se justifient donc.

1 Einleitung

Seit Jahren ist die Kostensteigerung in der Gesundheitsversorgung der Schweiz ein politisches Thema. Die Gründe für die weltweit beobachtete Kostensteigerung sind vielschichtig. Medizinisch-technische Fortschritte vergrössern die Interventionsmöglichkeiten der Medizin. Neue Technologien und Verfahren werden meist zusätzlich zu den bereits vorhandenen eingesetzt und erfordern speziell ausgebildetes Personal. Verbesserte Diagnose- und Behandlungsmethoden ermöglichen, dass PatientInnen oft unter hohen Kostenfolgen zwar am Leben erhalten, jedoch nicht geheilt werden. Daneben wurden die Kapazitäten im Gesundheitswesen kontinuierlich ausgebaut und die Zahl von medizinischen Leistungserbringern stieg.

Das 1996 eingeführte Krankenversicherungsgesetz (KVG) revidierte die Gesetzgebung von 1911. Folgende Zielsetzungen wurden formuliert: Neben der Stärkung der Solidarität zwischen den Versicherten, soll das Gesetz zu einer massvollen Kostenentwicklung beitragen, indem es kostendämmende Wettbewerbsmechanismen in einem definierten ordnungspolitischen Rahmen spielen lässt. Daneben soll es eine hochstehende, aber für alle finanziell tragbare medizinische Versorgung garantieren und Lücken der sozialrechtlichen Krankenversicherung schliessen.¹ Zur Umsetzung wurden verschiedene Einzelmaßnahmen ergriffen.

Davon sind für PatientInnen und Versicherte besonders relevant:

- Einführung des Obligatoriums der Krankenpflegeversicherung (Art. 3 KVG).
- Festlegung eines verbindlichen Leistungskatalogs in der sozialrechtlichen Krankenversicherung (Grundversicherung) (Art. 24-34 KVG).
- Ausser der Abstufung nach Kantonen/Regionen sowie zwischen Erwachsenen, jungen Erwachsenen und Kindern gibt es in der Krankenversicherung keine Prämienunterschiede mehr. Diese Einheitsprämie gilt unabhängig von Alter (bzw. Eintrittsalter) und Geschlecht des Versicherten (Art. 61 KVG).
- Freier Wechsel des Krankenversicherers (volle Freizügigkeit) in jedem Alter ohne Vorbehalte (Art. 4 KVG).
- Haushalte, in denen die Ausgaben für die Prämien der Grundversicherung einen bestimmten Einkommensanteil übersteigen, haben Anspruch auf Prämienverbilligung. Der Vollzug der Prämienverbilligung obliegt den Kantonen (Art. 65, 66 KVG).
- Schaffung der definitiven rechtlichen Grundlage für alternative Versicherungsmodelle (Art. 41, 62 KVG).
- Die Grundversicherung wurde materiell wie organisatorisch vollständig von der privatrechtlichen Zusatzversicherung getrennt.

¹ Botschaft KVG vom 6.11.1991 (Schweizerischer Bundesrat 1991) S. 125ff.

1.1 Anlass der Untersuchung

Das KVG verlangt eine Wirkungsanalyse (Art. 32 KVV). Ziel der Wirkungsanalyse sind wissenschaftliche Untersuchungen über die Durchführung und Wirkung des Gesetzes. Diese Untersuchungen sollen den Einfluss des Gesetzes auf die Situation und das Verhalten der Versicherten, der Leistungserbringer und der Versicherer zeigen.

Zudem sollen sie die veränderten Rollen der Akteure und damit das Zusammenspiel der verschiedenen Akteurgruppen untersuchen und darlegen, welche Kräfteverhältnisse entstehen.

Die Schwerpunkte der Wirkungsanalyse ergeben sich aus den drei globalen Zielebenen des KVG:

- die Stärkung der Solidarität
- die garantierte Versorgung mit hochstehenden Leistungen und
- die Dämpfung der Kostensteigerung.

Die vorliegende Untersuchung liefert einen Baustein zur Analyse der möglichen Wirkungen des KVG auf PatientInnen und Versicherte.

1.2 Fragestellungen der Evaluation

Die Untersuchung sollte in erster Linie zeigen, ob und - wenn ja - welche vorwiegend negativen Auswirkungen die Revision der Krankenversicherung für PatientInnen und Versicherte hat. Prinzipiell können sich die Wirkungen für PatientInnen und Versicherte unterscheiden. Während Versicherte Prämien zahlen, um ein Recht auf Leistungen der medizinischen Versorgung zu haben, nehmen PatientInnen diese Leistungen in Anspruch. PatientInnen machen daher im Gegensatz zu Versicherten sowohl Erfahrungen mit medizinischen Leistungserbringern als auch mit Leistungen der Krankenversicherer im Krankheitsfall. Diese Studie sollte besonders die Sicht der PatientInnen wiedergeben. Die zu Beginn der Untersuchung formulierten Fragen lauteten:

- Welche Problembereiche existieren aus Sicht der PatientInnen und Versicherten?
- Sind diese Probleme auf die Einführung des KVG zurückzuführen?
- Bestehen Möglichkeiten, Schwachstellen zu beheben?

Gleichzeitig hatte das Projekt zum Ziel, anhand von Erfahrungen dieser Projektphase die Vorteile eines Monitorings zu prüfen.

2 Konzeption der Analyse und Methodenwahl

2.1 Konzeption „PatientInnenbeschwerden“ als Informationsträger

Bei der Konzeption der Studie wurde davon ausgegangen, dass nur ein kleiner Prozentsatz der PatientInnen über negative Erfahrungen mit dem KVG verfügt. Eine bevölkerungsbezogene Befragung hätte daher eine sehr grosse Stichprobe verlangt. Mögliche Wirkungen des KVG lassen sich nur beurteilen, wenn Angaben aus dem Zeitraum nach der Revision der Krankenversicherung zum Zustand vor Einführung des Gesetzes in Beziehung gesetzt werden. Daher bestand die Prämisse, Angaben aus dem Zeitraum vor Einführung des KVG (also vor 1996) zu erheben.

Folgende Informationsquellen standen zur Diskussion:

- ExpertInnenbefragung
- Befragung von PatientInnen und Versicherten
- Analyse von dokumentierten PatientInnen- und Versichertenbeschwerden.

Gegen eine Befragung von ExpertInnen sprach, dass deren Angaben nicht zu objektivieren und daher in ihrer Aussagekraft eingeschränkt sind. Gegen eine Befragung von PatientInnen und Versicherten sprach, dass deren selektives Erinnerungsvermögen die Angaben zur Situation vor Einführung des KVG möglicherweise beeinflussen (recall bias). Aus diesem Grund sollte in dieser Studie die Erhebung der Bezugsgrösse vor Einführung des KVG auf schriftliche Dokumentationen abgestützt werden.

Vor diesem Hintergrund erfüllte die Konzeption, PatientInnen- und Versichertenbeschwerden bei schweizerischen Beratungsstellen auszuwerten, am ehesten die notwendigen Anforderungen. Dieser Ansatz hatte folgende Vorteile:

- Schriftliche Dokumentationen aus der Zeit vor Einführung des KVG bildeten eine objektivierbare Vergleichsgrundlage.
- Die Zahl verfügbarer Daten zur Beantwortung der Forschungsfragen konnte vor Studienbeginn abgeschätzt werden.
- Die finanziellen, zeitlichen und organisatorischen Aufwendungen waren überschaubar.

Die Konzeption PatientInnen- und Versichertenbeschwerden als Informationsträger bedingte, dass nur eine Auswahl „unzufriedener“ PatientInnen und Versicherten berücksichtigt wurde, nämlich diejenigen, die sich an eine Beratungsstelle wandten. Der Rahmen, in welchem diese Studie aussagefähige Ergebnisse erzielt, wird also durch Faktoren beeinflusst, welche die Inanspruchnahme einer Beratungsstelle fördern bzw. hemmen. Zu diesen Faktoren zählen:

Auf Seite der Ratsuchenden

- Grad der Betroffenheit

Man kann vermuten, dass der Grad der Betroffenheit dafür ausschlaggebend ist, ob sich jemand an eine Beratungsstelle wendet. Das Ausmass wiederum wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst: z.B. Schwere der Erkrankung, finanzielle Ressourcen, persönliche Erfahrungen.

- Bildungsstand

Es ist zu vermuten dass der Informationsgrad einer Person mit deren Bildungsstand zusammenhängt. Diese Annahme würde bedeuten, dass Personen mit höherem Bildungsstand die Möglichkeit einer Beratung besser kennen und folglich auch häufiger beanspruchen.

- Hemmschwellen aufgrund von Verständigungsschwierigkeiten

Personen mit Verständigungsschwierigkeiten - z.B. Schwerhörige, psychisch stark belastete Menschen, Ausländer - haben unter Umständen Hemmungen, eine Beratungsstellen zu kontaktieren.

- Finanzielle Hemmschwellen

In der Regel sind Auskünfte von Beratungsstellen kostenpflichtig (zumindest Telefongebühren). Daher kann nicht ausgeschlossen werden, dass finanziell schlechter gestellte Personen Beratungsstellen nicht oder seltener kontaktieren.

Auf Seite der Beratungsstellen

- Bekanntheitsgrad

Die Inanspruchnahme einer Beratungsstelle hängt von deren Bekanntheit ab. In der Regel sind die Beratungsstelle lokal bekannter als überregional.

- Öffnungszeiten

In der Regel entsprechen die Öffnungszeiten der Beratungsstellen den üblichen Bürozeiten. Erwerbstätige dürften grössere Schwierigkeiten haben, die Beratungsstellen während ihrer Arbeitszeit zu kontaktieren.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass mit der Inhaltsanalyse von PatientInnen- und Versichertenanfragen eine Methode gewählt wurde, das Schwierigkeiten im Umgang mit den Akteuren des Krankenversicherungssystems beschreibt. Aus den Beschreibungen können Hypothesen abgeleitet werden (induktiver Ansatz). Eine Ursachenanalyse ist nur bedingt möglich und bleibt vorwiegend der Interpretation vorbehalten. Rückschlüsse darüber, ob das KVG die Ursache von Problemen ist, lassen sich nur indirekt ableiten. Aufgrund der genannten Faktoren, welche die Inanspruchnahme einer Beratungsstelle beeinflussen, sind die Ergebnisse dieser Untersuchung nicht ohne Vorbehalte auf alle PatientInnen und Versicherten übertragbar.

Dagegen liefern die Ergebnisse wichtige Hinweise auf mögliche Schwachstellen und positive Wirkungen des KVG und auf Informationsdefizite bei PatientInnen und Versicherten. Die Ergebnisse können als Diskussionsgrundlage für ExpertInnen dienen.

2.2 **Methodenwahl**

Als Studiendesign wurden zwei Querschnittuntersuchungen gewählt. Die Daten der Querschnittuntersuchung vor der Revision der Krankenversicherung mussten retrospektiv erhoben werden. Prinzipiell gilt, dass prospektiv erhobene Daten verlässlicher sind als retrospektiv erhobene, weil sie einheitlicher und systematischer erhoben werden können. Für die Querschnittuntersuchung 1998 wurde daher eine prospektive Datenerhebung gewählt. Diese Methode ermöglichte einen Längsschnitt-Vergleich der Angaben vor und nach Einführung des neuen Gesetzes sowie eine detaillierte Analyse zur Beschreibung des Ist-Zustands 1998. Als weitere wichtige Informationsquelle wurde eine Expertendiskussion zur Validierung und Interpretation der Ergebnisse ins Studiendesign integriert.

3 Methode und Vorgehen

3.1 Überblick

- Design:**
1. Phase: Machbarkeitskeitsuntersuchung mit dem Ziel, mögliche Datenquellen zu identifizieren.
 2. Phase:
 - a. Längsschnitt-Vergleich SPO ZH/Patientenstelle ZH 1995/1998 (Erhebungsperiode je 5 Monate; 1995 retrospektiv, 1998 prospektiv)
 - b. Querschnittuntersuchung 1998 (prospektiv) basierend auf den Angaben aller teilnehmenden Beratungsstellen (Erhebungsperiode 5 Monate)
 - c. Validierung und Interpretation der Ergebnisse mit Experten.
- Setting:** 17 Beratungsstellen von insgesamt vier PatientInnen- und Versichertenorganisationen in der ganzen Schweiz.
- Kollektiv:** Alle Ratsuchenden, die sich während den Erhebungsperioden an die beteiligten Beratungsstellen wandten.
- Datenerfassung:** Alle dokumentierten Konsultationen im Beratungszeitraum.
- Qualitätskontrollen:** Schulung der MitarbeiterInnen, Kontrolle der ausgefüllten Fragebogen auf Konsistenz.

3.2 Auswahl der Studienpartner

Im Rahmen einer Machbarkeitsuntersuchung wurden zunächst geeignete Studienpartner ausgewählt. Die Auswahl konzentrierte sich vorwiegend auf national bzw. überregional tätige Organisationen, die in der Schweiz Beratungen für PatientInnen, Versicherte bzw. KonsumentInnen anbieten. Die Verantwortlichen solcher Institutionen wurden kontaktiert und in einem ersten Gespräch über den Inhalt und die Ziele des Projekts informiert. Daneben wurde erhoben:

- seit wann diese Institution über welche Art von Anfragen verfügt;
- ob und - wenn ja - in welcher Form wie viele Daten für eine retrospektive Analyse zur Verfügung stehen;
- ob organisatorische Kapazitäten für retrospektive bzw. prospektive Datenerhebung vorhanden sind
- und damit die Eignung für eine Teilnahme am Projekt gegeben ist.

Bei denjenigen Institutionen, die angaben über eine geeignete Anzahl von protokollierten Anfragen zu verfügen, wurde in einem nächsten Schritt Einsicht in die Aufzeichnungen genommen. Aufgrund all dieser Abklärungen kristallisierte sich eine mögliche Zusammenarbeit mit folgenden Organisationen heraus:

- Dachverband der Schweizerischen Patientenstellen (DVSP)

- Fédération Romande des Consommateurs (FRC)
- Pro Mente Sana
- Schweizerische Patienten-Organisation (SPO)

Auf eine Zusammenarbeit mit dem Ombudsman der sozialen Krankenversicherung musste wegen knapper personeller und organisatorischer Ressourcen der Beratungsstelle verzichtet werden.

Kurzbeschreibungen der ausgewählten Organisationen inklusive deren Beratungsspektren finden sich im Anhang. Daraus ist ersichtlich, dass sich die Aufgabenbereiche der beteiligten Organisationen zum Teil decken, zum Teil deutlich unterscheiden:

- Während sich Pro Mente Sana auf psychisch Kranke und deren Interessensvertreter konzentriert, richten sich die übrigen Organisationen an alle Versicherten und/oder PatientInnen (unabhängig vom Krankheitsbild);
- Während Versicherte und PatientInnen nur einen Teil der Ratsuchenden der Fédération Romande des Consommateurs darstellen, beraten die Schweizerischen Patientenstellen und die Schweizerische Patienten-Organisationen überwiegend dieses Kollektiv.

Die Beteiligung von mehreren Organisationen ermöglichte eine gesamtschweizerische Übersicht über ein breit gefächertes Spektrum von Anfragen. Bei der Interpretation der Ergebnisse müssen aber die unterschiedlichen Beratungsschwerpunkte der beteiligten Organisationen berücksichtigt werden (vgl. Abschnitt 4.2).

3.3 Problemdefinition

In vorbereitenden Gesprächen mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Beratungsstellen wurde ermittelt, welche Themenschwerpunkte die Anfragen enthalten. Als weiteres Informationsmaterial dienten die Dokumentationsunterlagen der Beratungsstellen. Diese Analyse zeigte, dass die Anfragen in die Bereiche **medizinische Leistungserbringer** und **Krankenversicherungssystem** gegliedert werden mussten.

Das Spektrum der Anfragen zu diesen beiden Bereichen war umfangreich. Zudem konnte eine einzelne Anfrage in sich sehr komplex sein. Für die Erfassung und Auswertung musste daher der Inhalt der Anfragen vereinfacht werden. Dazu wurden pro Bereich 16 verschiedene Kategorien gebildet. Der Detaillierungsgrad der Kategorien musste ermöglichen:

- möglichst viele Anfragen einfach zu kategorisieren und
- einen Fragebogen innerhalb nützlicher Frist auszufüllen.

Bei den **medizinischen Leistungserbringern** wurden folgende Kategorien unterschieden:

- das Verhältnis von Leistungserbringer und PatientIn betreffend: Verdacht auf Behandlungsfehler, Verdacht auf Diagnosefehler, Verdacht auf Komplikationen im Zusammenhang mit einer Behandlung, Kommunikationsstörungen;

- administrative Aspekte betreffend: Zeugnisse, Rechnungen;
- Infrastruktur (z.B. Wartezeiten);
- Pflichten der Leistungserbringer betreffend: Aufklärung über Kosten bzw. über andere Aspekte;
- rechtliche Aspekte betreffend: Zwangsbehandlung, Fürsorgerischer Freiheitsentzug, Patientenrechte wie Handhabung der Daten, etc.

Beim **Krankenversicherungssystem** wurden folgende Kategorien unterschieden:

- (eventuelle) Leistungsansprüche gegenüber dem Krankenversicherer bei medizinischen Behandlungen betreffend: Kostenrückerstattung, Kostengutsprachen, Leistungen in einem anderen Kanton, Einstufung Akutpatient/Langzeitpatient;
- verwaltungstechnische Aspekte betreffend: Wechsel des Krankenversicherers, Rechnungen für Prämienhöhe, Prämienverbilligung;
- die Kosten betreffend: Selbstbehalt, Franchise, Prämienhöhe;
- die privatrechtliche Zusatzversicherung betreffend: Verweigerungen, Vorbehalte;
- Versichertenrechte;
- Auskunft des Krankenversicherers.

Ein Teil dieser Kategorien lassen mehr oder weniger direkte Rückschlüsse auf mögliche Wirkungen des KVG zu. Zum Beispiel ist zu erwarten, dass Anfragen zum Thema „Wechsel des Krankenversicherers“ Hinweise auf die Wirkung der vollen Freizügigkeit geben.

Im Anhang sind Beschreibungen und/oder Beispiele für die wichtigsten Kategorien, die im Zusammenhang mit dem Krankenversicherungssystem verwendet wurden, in alphabetischer Reihenfolge aufgeführt.

Die Ausarbeitung des Erhebungsinstruments (Fragebogen) lehnte sich an die genannten Bereiche und Kategorien. Nicht erheben liess sich, ob es sich bei den Anfragen um reine Auskünfte oder ein konkretes Problem handelte. Allerdings kann der Wunsch nach einer Auskunft auf fehlende oder ungenügende Informationen einer anfragenden Person hindeuten, was sich ebenfalls als Problem einstufen liesse.

Zusätzlich umfasste der Fragebogen Angaben zur Beratungsstelle sowie einige sozio-demographische Angaben zu den Ratsuchenden (z.B. Alter und Wohnkanton).

Das Instrument wurde von allen beteiligten Beratungsstellen in einer Pilotphase von zwei Wochen bei prospektiven und retrospektiven Datenerhebungen getestet und anschliessend angepasst. Für die Westschweizer Beratungsstellen wurde der Fragebogen auf Französisch übersetzt. Die deutsche Version ist im Anhang beigefügt.

3.4 Datensammlung, Durchführung der Erhebung

Die Erhebung wurde durchgeführt als

- **prospektive** Erhebung auf der Basis von Anfragen, die zwei Jahre nach Einführung des KVG an folgende Organisationen gerichtet wurden:
 - FRC in Lausanne, Genf, Sion, Fribourg, Neuchâtel, La Chaux-de-Fonds, Biel, Bern und Delémont
 - Pro Mente Sana
 - Schweizerische Patientenstelle Zürich, Basel und Luzern
 - SPO in Zürich, Bern, St. Gallen und Lausanne.
- **retrospektive** Erhebung auf der Basis von Anfragen, die vor Einführung des KVG bei den Beratungsstellen dokumentiert waren. Aus den Vorabklärungen wurde ersichtlich, dass schriftliche Dokumentationen für retrospektive Analysen verfügbar waren bei:
 - der Patientenstelle Zürich
 - der SPO Zürich

Da in den Kantonen Waadt und Tessin bereits 1993 ein Krankenversicherungsgesetz eingeführt worden war, welches dem 1996 eingeführten gesamtschweizerischen KVG ähnelte, wurde auf die retrospektive Auswertung von dokumentierten Anfragen der FRC verzichtet.

Als **Beobachtungszeiträume** wurden festgelegt:

- Für die **prospektive** Erhebung (**nach** Einführung des KVG): 1. Juni bis 15. November 1998. Die Zeitspanne von fünf Monaten wurde gewählt, um kurzfristige thematische Schwerpunkte - z.B. ausgelöst durch Medienberichte - zu vermindern, und um ein breites Spektrum saisonaler Schwankungen zu erfassen. Die Periode Juni bis November orientierte sich an der Zeitperiode der retrospektiven Erhebung, um die Angaben der beiden Zeitperioden miteinander vergleichen zu können.
- Für die **retrospektive** Erhebung (**vor** der Einführung des KVG): 1. Juni bis 15. November 1995. Dieser Zeitraum sollte einen Anhaltspunkt über die Situation vor der Einführung des KVG 1996 geben und nicht zu viele Verzerrungen aufgrund der bevorstehenden Änderungen enthalten.

Als **Einschlusskriterien** wurden definiert:

- alle Anfragen, die während den Untersuchungsperioden bei den Beratungsstellen erhoben wurden und
- die sich aus Sicht der PatientInnen und Versicherten inhaltlich auf Leistungserbringer nach KVG und/oder das Krankenversicherungssystem bezogen. Daneben wurden auch Anfragen eingeschlossen, die das Krankenversicherungssystem nur indirekt betrafen (z.B. Abgrenzung KVG/IV, Abgrenzung KVG/UVG).

Als **Ausschlusskriterien** wurden definiert:

- Anfragen, die ausschliesslich Adressen oder Informationsmaterial wünschten

- Anfragen, die sich ausschliesslich auf medizinische Leistungen von Zahnärzten (und nicht auf versicherungstechnische Aspekte) bezogen
- Anfragen, die ausschliesslich die Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung betrafen.

Aus Gründen des Datenschutzes konnte die Erhebung nicht von einer neutralen, aussenstehenden Person durchgeführt werden, sondern musste von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der teilnehmenden Beratungsstellen erfolgen. Auch bei strukturierten Erhebungen lässt sich kaum vermeiden, dass subjektive Deutungen in den Fragebogen einfließen. Die Gefahr, dass die Datenerhebung verzerrt wird, ist bei mehreren Personen grösser als bei einer einzelnen Person. Eine Massnahme, um die Subjektivität von Erhebungspersonen zu kontrollieren, sind Schulungen. Daher wurden alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der teilnehmenden Beratungsstellen vor Projektbeginn ausführlich instruiert.

Die prospektive Erfassung der Anfragen mittels Fragebogen erfolgte während oder unmittelbar nach einem Beratungsgespräch. Dieser Schritt umfasste auch die Anonymisierung der Daten. Erhoben wurden die subjektiven Schilderungen der Ratsuchenden. Dieses Vorgehen hatte den Vorteil, eine einheitliche Erfassung zu gewährleisten, da in einigen Fällen eine objektive Beurteilung der Problemstellung erst Wochen später und nach ausführlichen Abklärungen möglich gewesen wäre. Die kontinuierliche Erhebung aller Anfragen, welche diese Einschlusskriterien erfüllten, garantierte, dass keine unerwünschte Selektion der Anfragen erfolgte.

Prinzipiell wurde pro Beratungsgespräch ein Fragebogen ausgefüllt. Wandte sich eine Person mit zwei oder mehr völlig voneinander unabhängigen Fragen an eine Beratungsstelle, musste pro Thema ein Fragebogen ausgefüllt werden. Diese Situation war z.B. gegeben, wenn eine Person einerseits Auskünfte über die rechtlichen Möglichkeiten bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler wünschte, andererseits über die Prämienverbilligung.

Die Organisationen stellten der Projektleitung die ausgefüllten Fragebogen in regelmässigen Abständen zu. Intermittierende Stichproben mit entsprechenden Rückmeldungen an die Beraterinnen und Berater garantierten eine einheitliche Erfassung und damit eine verlässliche Datenqualität.

3.5 Auswertung

Insgesamt 3270 Anfragen wurden erfasst. In die Auswertung einbezogen wurden nur Anfragen, die den Einschlusskriterien entsprachen und eindeutig der Zeitperiode 1998 (nach Einführung des KVG) bzw. 1995 (vor Einführung des KVG) zugeordnet werden konnten. Zusätzlich wurde der Datensatz auf Konsistenz geprüft. Entsprechend diesem Vorgehen konnten 85 Fragebogen nicht berücksichtigt werden, so dass für die Auswertung 3185 Fragebogen zur Verfügung standen. Davon betrafen 2716 (85.3%) Anfragen den Untersuchungszeitraum 1. Juni bis 15. November 1998 und 469 (14.7%) Anfragen den Zeitraum 1. Juni bis

15. November 1995. Für den Längsschnitt-Vergleich wurde die Auswertung auf Daten der SPO Zürich und der Patientenstelle Zürich beschränkt (vgl. Abschnitt 3.4). Hierfür standen 1059 Anfragen für den Zeitraum 1998 und 469 Anfragen für den Zeitraum 1995 zur Verfügung. Die absolute und relative Verteilung der Anfragen, die bei den beteiligten Beratungsstellen erfasst wurden, sind in Tabelle 1 aufgelistet.

Tabelle 1: Absolute und relative Verteilung der Anfragen, die bei den beteiligten Beratungsstellen in den Untersuchungszeiträumen 1998 und 1995 erhoben wurden.

Organisation	1998 n (%)	1995 n (%)	Total n (%)
SPO	1225 (45.3)	335 (71.4)	1560 (49.2)
Patientenstellen	433 (16.0)	134 (28.6)	567 (17.8)
FRC	1008 (37.3)		1008 (31.8)
Pro Mente Sana	38 (1.4)		38 (1.2)
Total	2704* (85.2)	469 (14.8)	3173 (100.0)

* Bei 12 Fragebogen fehlte die Angabe, bei welcher Organisation die Anfrage dokumentiert wurde.

75.3% der erhobenen Daten beruhten auf einer telefonischen Beratung. In 18.6% der Fälle wurden die Ratsuchenden persönlich vor Ort und in 6.1% auf schriftlichem Wege beraten.

3.6 Expertendiskussion

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie wurden an einer Arbeitssitzung im Januar 1999 mit den Studienpartnern diskutiert. Weiterer Diskussionspartner war der Ombudsman der sozialen Krankenversicherung. Ziel der Arbeitssitzung war die Validierung und Interpretation der Ergebnisse. Zusätzlich wurden die Erfahrungen mit dem Fragebogen, die verwendeten Kategorien, wichtige methodologische Aspekte sowie die Frage diskutiert, wie nützlich die Fortführung des Projekts im Sinne eines Monitorings wäre.

Die Beiträge der ExpertInnen sind im Ergebnisteil dieses Berichts aufgeführt. Schliesslich wurden die Verantwortlichen der beteiligten Beratungsstellen um eine schriftliche Stellungnahme gebeten (vgl. Anhang).

Abbildung 1 fasst den schematischen Ablauf des Projekts zusammen.

Abbildung 1: Schematische Darstellung des Projektablaufs

1. Phase

Machbarkeitsuntersuchung

Identifizierung möglicher Studienpartner
Sichten des Datenmaterials
Abklären von organisatorischen Kapazitäten
Erarbeiten eines Evaluationsrasters



Zwischenbericht

2. Phase

Längsschnitt-Vergleich 1995/1998, Querschnittuntersuchung 1998

Expertendiskussion

Pilotierung des Fragebogens und Anpassung des Instruments
Schulung der Beraterinnen und Berater

Datenerhebung

QS-Kontrollen

prospektiv (1998)
FRC Lausanne, Genf, Sion, Fribourg, Neuchâtel,
La Chaux-de-Fonds, Biel, Bern, Delémont
Pro Mente Sana Zürich
SPO Zürich, Bern, St. Gallen, Lausanne
Patientenstelle Zürich, Basel, Luzern

retrospektiv (1995)
SPO Zürich
Patientenstelle Zürich

Datenauswertung

Validierung und Interpretation
der Ergebnisse mit ExpertInnen

Schlussbericht

4 Was ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten?

4.1 Längsschnitt-Vergleich

Für den Zeitraum vor Einführung des KVG wurden nur Dokumentationen bei der SPO Zürich und der Patientenstelle Zürich ausgewertet (vgl. Abschnitt 3.4). Daher wurde der Längsschnitt-Vergleich auf die Daten dieser beiden Beratungsstellen beschränkt. Allerdings bedingt dieses Vorgehen einen Informationsverlust der Ergebnisse, da:

- diese Patientenstellen vorwiegend deutschschweizer Personen beraten und somit Angaben aus der restlichen Schweiz fehlen.
- diese Patientenstellen vorwiegend auf die Beratung von PatientenInnen ausgerichtet sind. Dieser Umstand führt zu einer Überschätzung von Anfragen zu Leistungserbringern und zu einer relativen Unterschätzung der Anfragen zum Krankenversicherungssystem.

4.2 Aufgabenbereiche der Beratungsorganisationen

Die Aufgabenbereiche der Beratungsorganisationen sind nicht identisch. Die teilnehmenden Beratungsstellen in der Deutschschweiz beraten vorwiegend PatientInnen und Versicherte. Dagegen handelt es sich bei der Westschweizer Organisation vorwiegend um eine Versichertenberatungsstelle. Dieser Umstand ist bei der Interpretation der Ergebnisse besonders dann zu beachten, wenn Anfragen zwischen der Deutsch- und Westschweiz verglichen werden.

4.3 Auswahl der Beratungsstellen

Da in dieser Untersuchung aufgrund fehlender personeller Ressourcen keine Daten beim Ombudsman der sozialen Krankenversicherung erhoben werden konnten, musste auf eine wichtige Datenquelle verzichtet werden. Dagegen floss seine Expertise bei der Diskussionsrunde der Ergebnisse ein.

Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass spezifische Fragestellungen (wie z.B. Anfragen zur Prämienverbilligung) an weitere - z.B. kantonale - Behörden oder das Bundesamt für Sozialversicherung gerichtet wurden. Daher werden unter Umständen gewisse Problemfelder in dieser Analyse nur unvollständig aufgezeigt.

4.4 Erhebung von subjektiven versus objektiven Problembeschreibungen

Die Erhebung stützt sich auf die Sichtweise der Ratsuchenden. Dieses Vorgehen wurde gewählt, da objektive Abklärungen durch die BeraterInnen einige Wochen dauern können und eine einheitliche Erfassung höchste Priorität hatte.

Möglicherweise hat dieses Vorgehen zu gewissen Verzerrungen der Ergebnisse geführt. Verzerrungen sind vorwiegend bei Anfragen zur Kostenrückerstattung zu erwarten. Beispiel: Der Leistungserbringer klärt den Versicherten nicht darüber auf, dass die Grundversicherung eine bestimmte Leistung nicht abdeckt. Die Leistung wird erbracht und der Versicherer lehnt die Kostenübernahme ab. In der Folge wird der Versicherte wahrscheinlich nicht den Leistungserbringer, sondern den Versicherer als „Problemverursacher“ wahrnehmen.

4.5 *Unschärfe der Kategorien*

Die in dieser Studie verwendeten Kategorien zur Erfassung und Auswertung der Anfragen sind als Überbegriffe zu verstehen. Je nach Kategorie ist dieser Begriff weiter oder enger gefasst. Das bedeutet, dass einige Begriffe ein klar definiertes Spektrum von Anfragen beinhalten, während andere Begriffe ein breiteres Spektrum umfassen und sich deshalb weniger deutlich abgrenzen lassen. Bei den Leistungserbringern waren die meisten Kategorien klar abgrenzbar. Abgrenzungsprobleme waren für die Kategorien „Verdacht auf Behandlungsfehler“, „Verdacht auf Diagnosefehler“ und „Verdacht auf Komplikationen im Zusammenhang mit einer Behandlung“ zu erwarten, da sich diese Gebiete teilweise überschneiden. Auch bei den verwendeten Kategorien zum Krankenversicherungssystem gab es Themen, die zu Abgrenzungsproblemen führen konnten; dies vor allem bei „Auskunft der Krankenversicherer“ und „Versichertenrechte“.

4.6 *Mehrfachantworten*

Bei der Präsentation der Ergebnisse in Form von Häufigkeitsverteilungen können die Prozentzahlen grösser als 100% sein, da Mehrfachantworten zugelassen wurden. In diesen Fällen ist dem Text ein entsprechender Vermerk beigefügt.

4.7 *Statistische Auswertung*

Auf allfällige statistische Vergleiche zwischen den beiden Erhebungsperioden wurde verzichtet, da die Stichproben nicht zufallsverteilt waren. Sie erfüllen damit nicht die Voraussetzungen für statistische Berechnungen.

5 Ergebnisse

Die Ergebnisse werden wie folgt dargestellt:

- **Abschnitt 5.1** fasst die sozio-demographischen Angaben der Ratsuchenden zusammen. Anhand dieser Ergebnisse ist in den folgenden Abschnitten ersichtlich, ob gewisse Personengruppen bei bestimmten Themenbereichen über- oder untervertreten waren.
- **Abschnitt 5.2** präsentiert die Ergebnisse des Längsschnitt-Vergleichs. Da für die Zeitperiode vor Einführung des KVG nur Daten bei der SPO Zürich und der Patientenstelle Zürich erhoben wurden, beziehen sich die Ergebnisse zunächst auf diese beiden Organisationen. Zusätzlich wird darauf Bezug genommen, wie sich die Ergebnisse verändern, nachdem die Auswertungen für den Zeitraum 1998 auf alle Organisationen erweitert wurden. Zunächst wird ein Überblick über die grossen Themenbereiche (Leistungserbringer/ Krankenversicherungssystem) im zeitlichen Vergleich gegeben (Abschnitt 5.2.2). Es folgt ein Abschnitt mit detaillierter Aufschlüsselung der Kategorien, die im Zusammenhang mit medizinischen Leistungserbringern genannt wurden (Abschnitt 5.2.3). Abschliessend werden die Anfragen zum Krankenversicherungssystem aufgeschlüsselt nach Versicherungstypen (Abschnitt 5.2.4) und Problemfeldern (Abschnitt 5.2.5) präsentiert. Die einzelnen Unterabschnitte sind gegliedert in Ergebnisse, Interpretationen und gegebenenfalls Kommentare der ExpertInnen.
- **Abschnitt 5.3** präsentiert die Ergebnisse der Querschnittuntersuchung, die sich auf die Angaben aller Organisationen für 1998 stützen. Die Ergebnisse umfassen eine detaillierte Analyse der Anfragen zur Grundversicherung bzw. zur privatrechtlichen Zusatzversicherung und beschreiben Vergleiche zwischen der Deutsch- und Westschweiz. Die Darstellung dieser Detailanalyse erfolgt zweigeteilt:
 - Abschnitt 5.3.1 zeigt die Ergebnisse im Überblick.
 - Die Abschnitte 5.3.2. bis 5.3.12. enthalten einige zusätzliche Ergebnisse sowie die Interpretationen zu den einzelnen Themenbereichen.
- **Abschnitt 5.4** präsentiert eine Detailanalyse der Anfragen zu Leistungserbringern 1998 inklusive Interpretation.

5.1 Beschreibung der Ratsuchenden

Am häufigsten wandten sich Personen über 60 Jahren an die beteiligten Beratungsstellen (44.4%). Frauen waren im Kollektiv der Ratsuchenden deutlich häufiger vertreten (66.5% Frauen und 33.5% Männer).

Die meisten Anfragenden wohnten im Kanton Zürich, gefolgt von den Kantonen Waadt, Bern, Genf, Neuenburg, Aargau, St. Gallen und Basel-Stadt. Detailliertere Angaben zum Kollektiv sind in Tabelle 2 aufgeführt. Die Kollektive der beiden Untersuchungsperioden (1998/1995) entsprachen sich bezüglich Alters- und Geschlechtsverteilung. Dagegen unterschieden sich die Kollektive bezüglich

Wohnkantone. Diese Beobachtung ist darauf zurückzuführen, dass die Erhebung im Jahr 1995 auf die SPO und die Patientenstelle in Zürich beschränkt wurde.

Insgesamt 88.7% der Anfragen betrafen eine Einzelperson, und in 11.3% bezog sich die Anfrage auf eine Familie. Während im Jahr 1995 1.4% der Anfragen eine Familie betrafen, stieg der Prozentsatz im Jahr 1998 auf 13.1%.

Tabelle 2: Angaben zu den Personen, die 1998 alle beteiligten Beratungsstellen bzw. 1995 die SPO Zürich und Patientenstelle Zürich kontaktierten (nach Geschlecht, Altersgruppe und Wohnkanton).

	1998 n (%)		1995 n (%)		Total n (%)	
Geschlecht (n= 2811) (*2348 / **463)						
männlich	783	(33.3)	158	(34.1)	941	(33.5)
weiblich	1565	(66.7)	305	(65.9)	1870	(66.5)
Altersgruppe (n=2065) (*1772 / **293)						
<=19 Jahre	91	(5.1)	22	(7.5)	113	(5.5)
20-29 Jahre	137	(7.7)	22	(7.5)	159	(7.7)
30-39 Jahre	265	(15.0)	35	(12.0)	300	(14.5)
40-49 Jahre	232	(13.1)	43	(14.7)	275	(13.3)
50-59 Jahre	251	(14.2)	49	(16.7)	300	(14.5)
>= 60 Jahre	796	(44.9)	122	(41.6)	918	(44.5)
Wohnkanton (n=3134) (*2675 / **459)						
Zürich	619	(23.1)	287	(62.5)	906	(28.9)
Waadt	467	(17.5)	6	(1.3)	473	(15.1)
Bern	402	(15.0)	30	(6.5)	432	(13.8)
Genf	223	(8.3)	2	(0.4)	225	(7.2)
Neuenburg	156	(5.8)	3	(0.7)	159	(5.1)
Aargau	117	(4.4)	41	(8.9)	158	(5.0)
St. Gallen	93	(3.5)	17	(3.7)	110	(3.5)
Basel Stadt	96	(3.6)	3	(0.7)	99	(3.2)
andere	502	(18.8)	70	(15.3)	572	(18.3)

* Angaben total für den Zeitraum 1998

** Angaben total für den Zeitraum 1995

Interpretation

Gemäss den Jahresstatistiken der beteiligten Beratungsstellen nahmen die Anfragen von Ratsuchenden in den letzten Jahren kontinuierlich zu. Da die steigende Tendenz der Anfragen schon vor Einführung des KVG zu beobachten war, dürfte das KVG nicht die alleinige Ursache sein. Die Bevölkerung musste in den letzten Jahren einen überproportional steigenden Anteil ihres Budgets für die „Gesundheit“ beziehungsweise für Krankenversicherungsprämien aufwenden. Ausgehend von der Hypothese, dass das Informationsbedürfnis mit der subjektiven Betroffenheit korreliert, wären die steigenden Ausgaben auch als eine Ursache des wachsenden Informationsbedürfnisses zu werten. In diesem Zusammenhang könnte auch der in dieser Untersuchung beobachtete Anstieg von Anfragen von Familien interpretiert werden, da mit der Einführung der Kopfprämie für alle Familienmitglieder und den steigenden Prämien die finanzielle Belastung von

Familien gewachsen ist. Daneben hat in den vergangenen Jahren sicherlich auch der Bekanntheitsgrad der Beratungsstellen in der Öffentlichkeit kontinuierlich zugenommen, so dass diese in der Folge häufiger kontaktiert wurden.

Die Beobachtung, dass sich ältere Personen häufiger an die Beratungsstellen wandten, erklärt sich aus der Tatsache, dass mit zunehmendem Alter mehr gesundheitliche Probleme auftreten und ältere Menschen damit häufiger die medizinische Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen. Der höhere Anteil von Frauen im Kollektiv könnte auf verschiedene Ursachen zurückzuführen sein. Wenn Frauen über ihren Gesundheitszustand befragt werden, geben sie eine grössere Krankheitslast an als Männer. Frauen gehen öfter zu ÄrztInnen und sind im Alter stärker auf Hilfe angewiesen als Männer.² Dazu sind besonders Frauen für Belange im Zusammenhang mit dem Thema „Gesundheit“ zuständig.³ Ausserdem können nicht berufstätige Frauen und ältere Personen die Öffnungszeiten der Beratungsstellen besser nutzen. Da im Interesse der Ratsuchenden auf die detaillierte Erhebung von sozio-demographischen Angaben verzichtet werden musste, kann aufgrund der vorliegenden Angaben keine Aussage gemacht werden, ob das Kollektiv alle Bevölkerungsgruppen umfasst. Die Anliegen von Personen mit „höheren Hemmschwellen“ könnten ungenügend vertreten sein (vgl. Abschnitt 2.1).

Kommentare der ExpertInnen

Gemäss den langjährigen Erfahrungen der ExpertInnen kontaktieren mehr Frauen die Beratungsstellung mit Anfragen, die das Thema Gesundheit betreffen. PatientInnenstellen beraten ebenfalls häufiger ältere Menschen. Ein Grund dafür könnte sein, dass bei ihnen oftmals Unklarheiten bei der Rückerstattung von Kosten auftreten.

5.2 Vergleich der Anfragen vor und nach Einführung des KVG

Der Längsschnitt-Vergleich bezieht sich ausschliesslich auf Dokumentationen der SPO Zürich und der Patientenstelle Zürich (1998 n=1059, 1995 n=469).

5.2.1 Vergleich des Anfragespektrums betreffend Leistungserbringer und Krankenversicherungssystem

Dieser Abschnitt gibt einen Überblick über die Häufigkeit der Anfragen 1995 und 1998, die einerseits zu medizinischen Leistungserbringern oder andererseits zum Krankenversicherungssystem registriert wurden. Dabei wurden drei Bereiche unterschieden.

² Schweizerischer Frauengesundheitsbericht 1996

³ Gesundheitsakademie 1998

- Bereich 1 beschreibt Anfragen zu medizinischen Leistungserbringern (zum Beispiel Verdacht auf Behandlungsfehler, ärztliche Aufklärungspflicht, unklare Spitalrechnung).
- Bereich 2a beschreibt Anfragen zum Krankenversicherungssystem bei geplanter oder erbrachter medizinischer Leistung (zum Beispiel Kostenrückerstattung, Kostengutsprache, Leistungen in einem anderen Kanton).
- Bereich 2b beschreibt versicherungstechnische Anfragen zum Krankenversicherungssystem (zum Beispiel Prämienhöhe, Wechsel des Krankenversicherers, staatliche Prämienverbilligung).

Anfragen, bei denen ein Leistungserbringer ein Problem beim Krankenversicherer auslöste - also Anfragen, die sowohl einen Leistungserbringer als auch das Krankenversicherungssystem betrafen - waren selten (1998 n=35, 1995 n=24) und werden im folgenden nicht weiter ausgeführt.

Im Gegensatz zu 1995 wurden bei der SPO Zürich und der Patientenstelle Zürich 1998 verhältnismässig weniger Anfragen zu medizinischen Leistungserbringern dokumentiert (1998 n=446, 1995 n=304). Dagegen nahmen Anfragen zum Krankenversicherungssystem zu (1998 n=578, 1995 n=141) (Abbildung 2). Der Anstieg beruhte auf einer Zunahme von Anfragen zu versicherungstechnischen Aspekten. Diese Veränderungen im Anfragespektrum waren noch ausgeprägter, nachdem die Anfragen aller beteiligter Organisationen ausgewertet wurden.

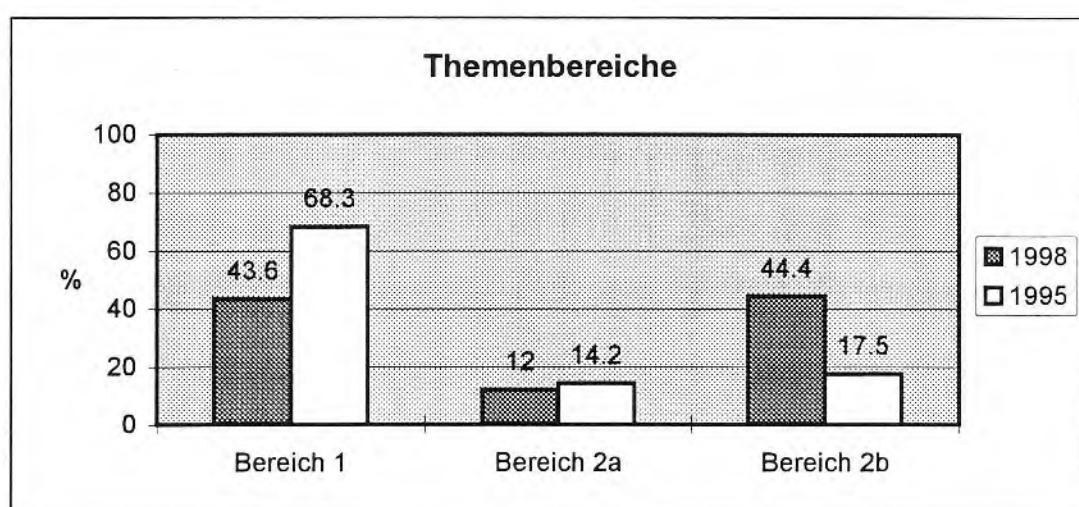
Abbildung 2: Prozentuale Verteilung der Anfragen 1998 und 1995 bezüglich der grossen Themenbereiche:

Bereich 1: Anfragen zu medizinischen Leistungserbringern

Bereich 2a: Anfragen zum Krankenversicherungssystem bei geplanter/erbrachter medizinischer Leistung

Bereich 2b: Anfragen zu versicherungstechnischen Aspekten des Krankenversicherungssystems

Die Zahlen beziehen sich auf Daten der SPO Zürich und der Patientenstelle Zürich.



Interpretation

Die Einführung des KVG lag zum Erhebungszeitpunkt zwei Jahre zurück. Daher kann der Anstieg von Anfragen zum Krankenversicherungssystem immer noch als eine kurzfristige (und eventuell vorübergehende) Auswirkung der Revision der Krankenversicherung gewertet werden. Diese These wird dadurch gestützt, dass besonders der Anteil von versicherungstechnischen Anfragen zum Krankenversicherungssystem anstieg. Der Gesetzestext des KVG ist einerseits sehr umfangreich und gilt andererseits für die ganze Wohnbevölkerung der Schweiz. Es ist daher plausibel, dass eine Systemänderung wie sie mit der Revision der Krankenversicherung vollzogen wurde, zunächst mit einem erhöhten Informationsbedürfnis der Betroffenen einhergeht. Dieser Informationsbedarf liegt somit in der Natur der Sache und kann weder positiv noch negativ gewertet werden. Da aber die steigende Tendenz der Anfragen gemäss den Jahresstatistiken der Beratungsstellen schon vor Einführung des KVG zu beobachten war, kann die Revision der Krankenversicherung nicht als alleinige Ursache verantwortlich gemacht werden. Eine steigende finanzielle Belastung durch höhere Krankenversicherungsprämien kann ebenfalls dazu geführt haben, dass das Informationsbedürfnis von PatientInnen und Versicherten gestiegen ist. Daneben hat in den vergangenen Jahren sicherlich auch der Bekanntheitsgrad der Beratungsstellen in der Öffentlichkeit kontinuierlich zugenommen, so dass diese in der Folge häufiger kontaktiert wurden.

Obwohl die Anfragen zu medizinischen Leistungserbringern im Verhältnis abgenommen haben, stieg die absolute Zahl von 304 Anfragen 1995 auf 446 Anfragen 1998.

Kommentare der ExpertInnen

Die befragten ExpertInnen waren sich einig, dass besonders der Anteil von Anfragen zum Krankenversicherungssystem in den letzten zwei Jahren gestiegen sei. Dabei betraf aus Sicht der ExpertInnen ein Grossteil dieser Anfragen versicherungstechnische und organisatorische Aspekte. Dagegen blieb der Anteil Anfragen zu medizinischen Leistungserbringern konstant. Bei der Diskussion der Ergebnisse wurde die Hypothese formuliert, dass die Anzahl von Anfragen zum Krankenversicherungssystem auch in Zukunft steigen wird.

5.2.2 Vergleich des Anfragespektrums betreffend medizinischer Leistungserbringer

Für den zeitlichen Vergleich des Spektrums von Anfragen zu medizinischen Leistungserbringern standen insgesamt 750 Dokumentationen bei der SPO Zürich und der Patientenstelle Zürich zur Verfügung (1998: n=446, 1995: n=304). Die Analyse zeigt keine wesentlichen Unterschiede bezüglich der Themen für die beiden Untersuchungsperioden. Einzig die Beratungen bei Verdacht auf Komplikationen im Zusammenhang mit einer Behandlung sowie Probleme im Sinne eines Kommunikationsproblems zwischen Leistungserbringern und PatientInnen waren

rückläufig. Die Bereiche sind entsprechend der Häufigkeit in Tabelle 3 aufgelistet (Mehrfachnennungen möglich).

Tabelle 3: Absolute und relative Häufigkeit des Inhalts von Anfragen, die im Zusammenhang mit Leistungserbringern bei der SPO Zürich und der Patientenstelle Zürich dokumentiert wurden. Da Mehrfachnennungen möglich waren, wurden zwei Werte berechnet.

Der erste Wert (% Fragebogen) wurde berechnet, indem die Angaben pro Kategorie auf die Anzahl Fragebogen (1998: n=446, 1995 n=304) bezogen wurden. Der zweite Wert (% Nennungen) wurde berechnet, indem die Angaben pro Kategorie auf die Anzahl aller Nennungen (1998 n=742, 1995 n=599) bezogen wurden.

Kategorisierung der Anfragen	1998			1995		
	n	% Fragebogen	% Nennungen	n	% Fragebogen	% Nennungen
Verdacht auf Behandlungsfehler/ Diagnosefehler	195	43.7	26.3	163	53.6	27.2
Kommunikationsstörungen im Sinne von „die Person nicht ernst nehmen“	95	21.3	12.8	100	32.9	16.7
Komplikationen im Zusammen- hang mit einer Behandlung	87	19.5	11.7	88	28.9	14.7
Aufklärung (Kosten ausge- schlossen)	99	22.2	13.3	63	20.7	10.5
PatientInnenrechte (z.B. Handhabung der Daten)	69	15.5	9.3	50	16.4	8.3
Rechnung(en) für medizinische Leistungen	51	11.4	6.9	40	13.2	6.7
Aufklärung über Kosten	24	5.4	3.2	17	5.6	2.8
Zweitmeinung	46	10.3	6.2	36	11.8	6.0
Zeugnisse	12	2.7	1.6	23	7.6	3.9
Infrastruktur	9	2.0	1.2	7	2.3	1.2
Zwangsbehandlung	9	2.0	1.2	6	2.0	1.0
Fürsorgerischer Freiheitsentzug	8	1.8	1.1	2	0.7	0.3
andere - nicht näher präzisierte - Probleme	38	8.5	5.1	4	1.3	0.7
Total Nennungen	742	166.3	99.9	599	197.0	100.0

Interpretation

Die Beobachtung, dass die Problemfelder für die beiden Untersuchungsperioden weitgehend übereinstimmten, entsprach den Erwartungen.

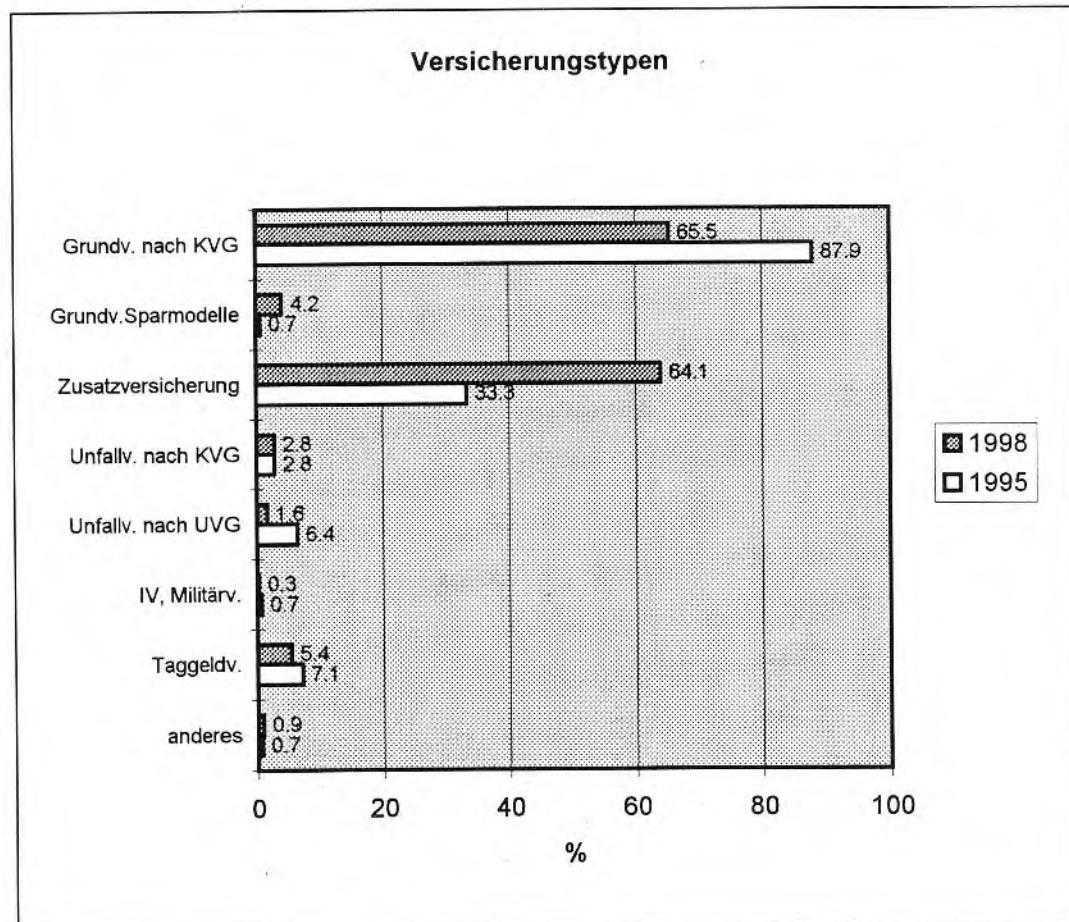
5.2.3 Vergleich des Anfragespektrums betreffend Versicherungstypen

Der Anteil Anfragen zur Grundversicherung nahm im Vergleich zur Vorperiode ab (Abbildung 3). Im Gegensatz zu 1995 hatten die SPO Zürich und die Patientenstelle Zürich im Jahr 1998 wesentlich mehr Anfragen zur Zusatzversicherung. 1995 dokumentierten die deutschsprachigen Beratungsstellen nur gerade vier Anfragen, die sich *ausschliesslich* auf die Zusatzversicherung bezogen.

Anfragen zur Unfallversicherung nach KVG oder zur Taggeldversicherung spielten während beiden Untersuchungsperioden nur eine untergeordnete Rolle. Anfragen zur Unfallversicherung nach UVG, zur Invalidenversicherung und zur Militärversicherung, die im Sinne von Zuständigkeitsproblematiken zu deuten sind, waren in dieser Untersuchung ebenfalls nur selten Gegenstand der Anfragen.

Nachdem die Daten aller Organisationen für die Auswertung 1998 berücksichtigt wurden, stiegen die Anfragen zur Grundversicherung anteilmässig, während der Anteil von Anfragen zur Zusatzversicherung abnahm.

Abbildung 3: Prozentuale Häufigkeit der Angaben bezüglich Versicherungstypen, die im Zusammenhang mit Anfragen zum Krankenversicherungssystem genannt wurden (Mehrfachnennungen möglich). Die Zahlen beziehen sich auf Daten der SPO Zürich und der Patientenstelle Zürich.



Interpretation

Die Ergebnisse zeigen, dass 1998 in der Deutschschweiz Anfragen zur Zusatzversicherung deutlich zugenommen haben. Der Anstieg war weniger ausgeprägt, nachdem für 1998 die Daten aller Organisationen berücksichtigt wurden. Die bei der Auswertung aller Organisationen zusätzlich berücksichtigten Anfragen stammten überwiegend von der Fédération Romande des Consommateurs. Daraus lässt sich schliessen, dass in der Westschweiz Anfragen zur Grundversicherung im Vordergrund standen. Es lässt sich vermuten, dass die Wirkung des KVG in verschiedenen Landesteilen unterschiedlich ist.

Trotz kleiner Fallzahl (1998 n=24, 1995 n=1) zeigen die Ergebnisse, dass im Vergleich zur Vorperiode Anfragen zu alternativen Versicherungsmodellen zugenommen haben. Diese Beobachtung ist auf die Tatsache zurückzuführen, dass das KVG die definitive gesetzliche Grundlage für neue Versicherungsmodelle schuf.

5.2.4 Vergleich des Anfragespektrums betreffend Krankenversicherungssystem

Für den Längsschnitt-Vergleich konnten 719 Anfragen zum Krankenversicherungssystem (1998 n=578, 1995 n=141) ausgewertet werden. Insgesamt 1056 Angaben (1998 n=828, 1995 n=228) wurden zur Beschreibung der Anfragen erhoben (Mehrfachantworten möglich).

1995 wurden die deutschsprachigen Beratungsstellen (SPO Zürich und Patientenstelle Zürich) am häufigsten mit Fragen zu folgenden Themen kontaktiert:

- Kostenübernahmen (Kostenrückerstattung n=32/Kostengutsprache n=35) (n=67)
- Unklarheiten der Rechnung(en) für Prämien (n=42)
- Auskunft des Krankenversicherers (n=42)

1998 wurden die SPO Zürich und die Patientenstelle Zürich am häufigsten mit Fragen zu folgenden Themen kontaktiert:

- Prämienhöhe (n=278)
- Wechsel des Krankenversicherers (n=160)
- Kostenübernahmen (Kostenrückerstattung n=92/Kostengutsprache n=45) (n=137)
- Auskunft des Krankenversicherers (n=65)

Die vollständige Themenliste im Zusammenhang mit dem Krankenversicherungssystem ist in Abbildung 4 graphisch dargestellt.

In einem nächsten Schritt wurden in der Auswertung für 1998 die Anfragen an alle Beratungsstellen zum Krankenversicherungssystem berücksichtigt (n=1893). Die Auswertung zeigte folgendes Bild:

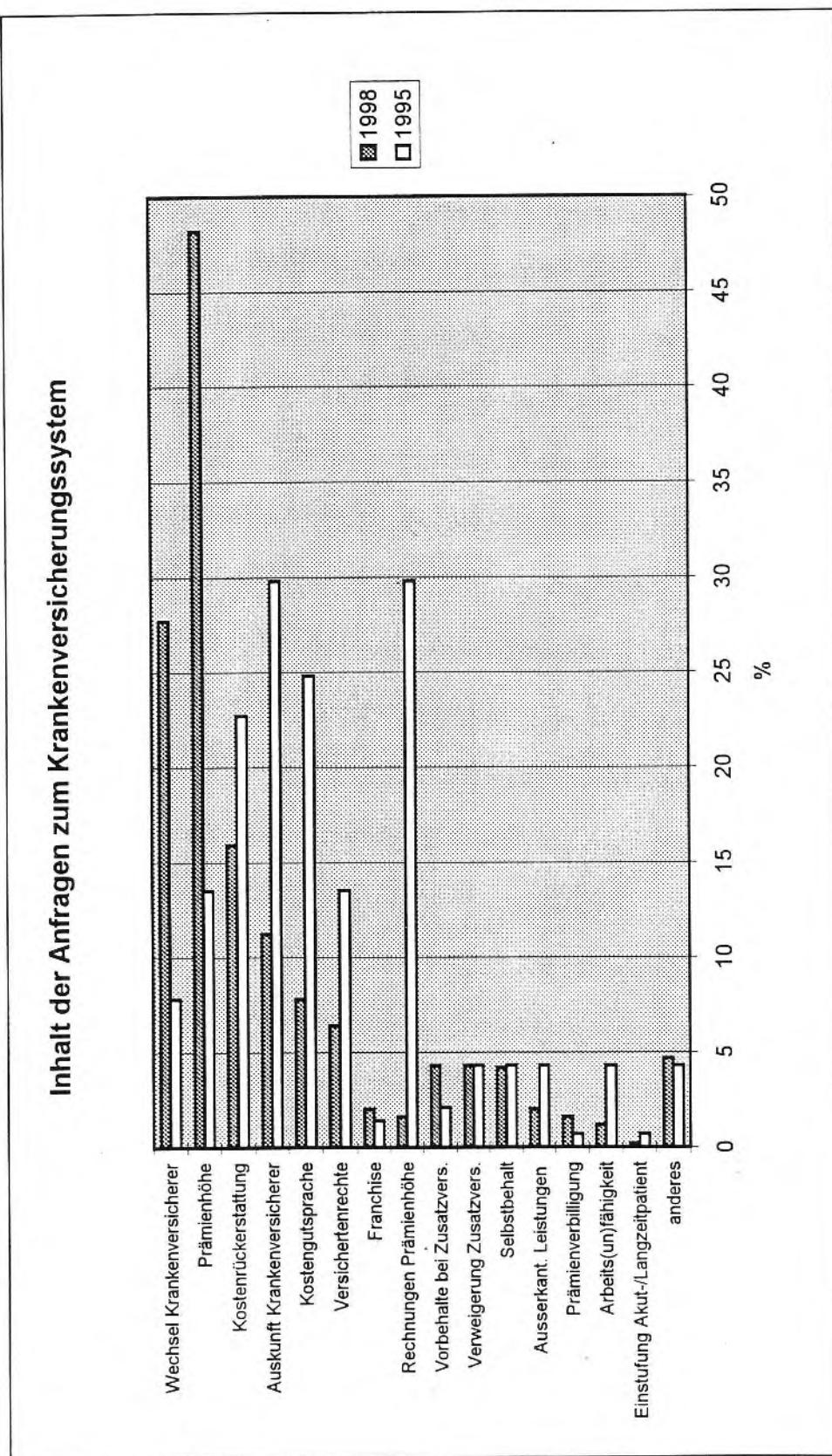
- Wechsel des Krankenversicherers (n=1027)
- Prämienhöhe (n=569)
- Kostenübernahme (Kostenrückerstattung n=221/Kostengutsprachen n=79) (n=300)
- Auskunft des Krankenversicherers (n=117)

Interpretation

Die Übersicht zeigt, dass sich nach Einführung des KVG das Spektrum der Anfragen veränderte. „Wechsel des Krankenversicherers“ und „Prämienhöhe“ wurden zu den häufigsten Inhalten der Anfragen. Diese Beobachtung erklärt sich aus der Tatsache, dass das KVG den uneingeschränkten Wechsel der Grundversicherung ermöglichte. Die Unterschiede der Häufigkeiten - abhängig davon, ob die Auswertung auf deutschsprachige Beratungsstellen beschränkt war oder alle Organisationen berücksichtigt wurden - ist darauf zurückzuführen, dass in der Westschweiz der Wechsel des Versicherers im Vordergrund stand, während in der Deutschschweiz das Thema Prämienhöhe vorrangig war. Die Gründe dafür werden in einem späteren Abschnitt diskutiert.

Fragen zur Kostenrückerstattung bzw. Kostengutsprache waren 1998 - nach Einführung des KVG - im Vergleich zur Vorperiode seltener Gegenstand der Anfragen (Rückgang der Anfragen zur Kostenrückerstattung von 22.7% auf 15.9% und Rückgang der Anfragen zu Kostengutsprachen von 22.8% auf 7.8%). Diese Beobachtung lässt sich einerseits auf den für alle Krankenversicherungen verbindlichen und ausgeweiteten Leistungskatalog zurückführen. Andererseits wurden diese Themen auch durch Anfragen zur „Prämienhöhe“ und zum „Wechsel des Krankenversicherers“ verdrängt.

Abbildung 4: Prozentuale Verteilung der Inhalte von Anfragen in Verbindung mit dem Krankenversicherungssystem für die Jahre 1998 und 1995 (Mehrfachnennungen möglich).
Die Angaben beruhen auf Zahlen der SPO Zürich und der Patientenstelle Zürich.



5.3 Detaillierte Analyse und Interpretation der Anfragen zum Krankenversicherungssystem 1998

Die bisherigen Ergebnisse zeigten, dass die Beratungsstellen 1998 vorwiegend mit Anfragen zum Wechsel des Krankenversicherers und zur Prämienhöhe kontaktiert wurden. Eine detaillierte Analyse aufgeschlüsselt nach Grundversicherung und Zusatzversicherung war im Längsschnitt-Vergleich aufgrund der kleinen Fallzahl nicht möglich. Daher konzentrierte sich die Auswertung der Daten von 1998 zum Krankenversicherungssystem einerseits auf Unterschiede bezüglich der Anfragen im Zusammenhang mit der Grundversicherung bzw. mit der privatrechtlichen Zusatzversicherung sowie auf Unterschiede zwischen der Deutsch- und Westschweiz. Für die folgende Analyse wurden nur Anfragen eingeschlossen, die während der Beobachtungsperiode 1998 bei allen beteiligten Beratungsstellen dokumentiert wurden und sich ausschliesslich auf die Grundversicherung bzw. auf die Zusatzversicherung bezogen.

Die Darstellung dieser Detailanalyse erfolgt zweigeteilt:

- Abschnitt 5.3.1 zeigt die **Ergebnisse im Überblick**.
- Die Abschnitte 5.3.2 bis 5.3.12 enthalten einige zusätzliche Ergebnisse sowie die **Interpretationen** zu den einzelnen Themenbereichen.

5.3.1 Anfragespektrum für Grundversicherung bzw. Zusatzversicherung

1998 wurden 844 Anfragen ausschliesslich zur Grundversicherung und 425 Anfragen ausschliesslich zur Zusatzversicherung dokumentiert. Die Analyse der Daten bestätigte die Vermutung, dass zwei Drittel der Anfragen zur Grundversicherung von Personen mit Wohnort in der Westschweiz stammten, während 71.6% der Anfragen zur Zusatzversicherung von deutschweizerischen Personen gestellt wurden. Auffallend war, dass besonders Anfragen zur Zusatzversicherung gegen Jahresende deutlich zunahmen. Anfragen zur Grundversicherung betrafen im Vergleich zur Zusatzversicherung häufiger Familien (20.6%). Am häufigsten standen die Anfragen zur Grundversicherung (Mehrfachnennungen waren möglich) im Zusammenhang mit:

- Wechsel des Krankenversicherers (n=531)
- Kostenrückerstattung (n=151)
- Prämienhöhe (n=110)
- Kostengutsprache (n=41) und
- Auskunft des Krankenversicherers (n=37)

Dagegen standen Anfragen zur Zusatzversicherung (Mehrfachnennungen waren möglich) im Zusammenhang mit folgenden Themen:

- Prämienhöhe (n=259)
- Wechsel des Versicherers (n=76)

- Kostenrückerstattung (n=45)
- Vorbehalte bei der Zusatzversicherung (n=48)
- Verweigerung der Zusatzversicherung (n=40)
- Kostengutsprache (n=15)

Abbildung 5 zeigt die prozentuale Verteilung der Themen für Grund- und Zusatzversicherung. Abbildung 6 zeigt die prozentuale Verteilung der fünf am häufigsten genannten Themen in der Deutschschweiz bzw. Romandie zur Grund- bzw. Zusatzversicherung.

Abbildung 5: Prozentuale Verteilung der von den Betroffenen genannten Themen 1998 in Verbindung mit der Grundversicherung (ausschliesslich) und mit der Zusatzversicherung (ausschliesslich) (Mehrfachnennungen möglich).

Anfragen im Zusammenhang mit Grund- bzw. Zusatzversicherung

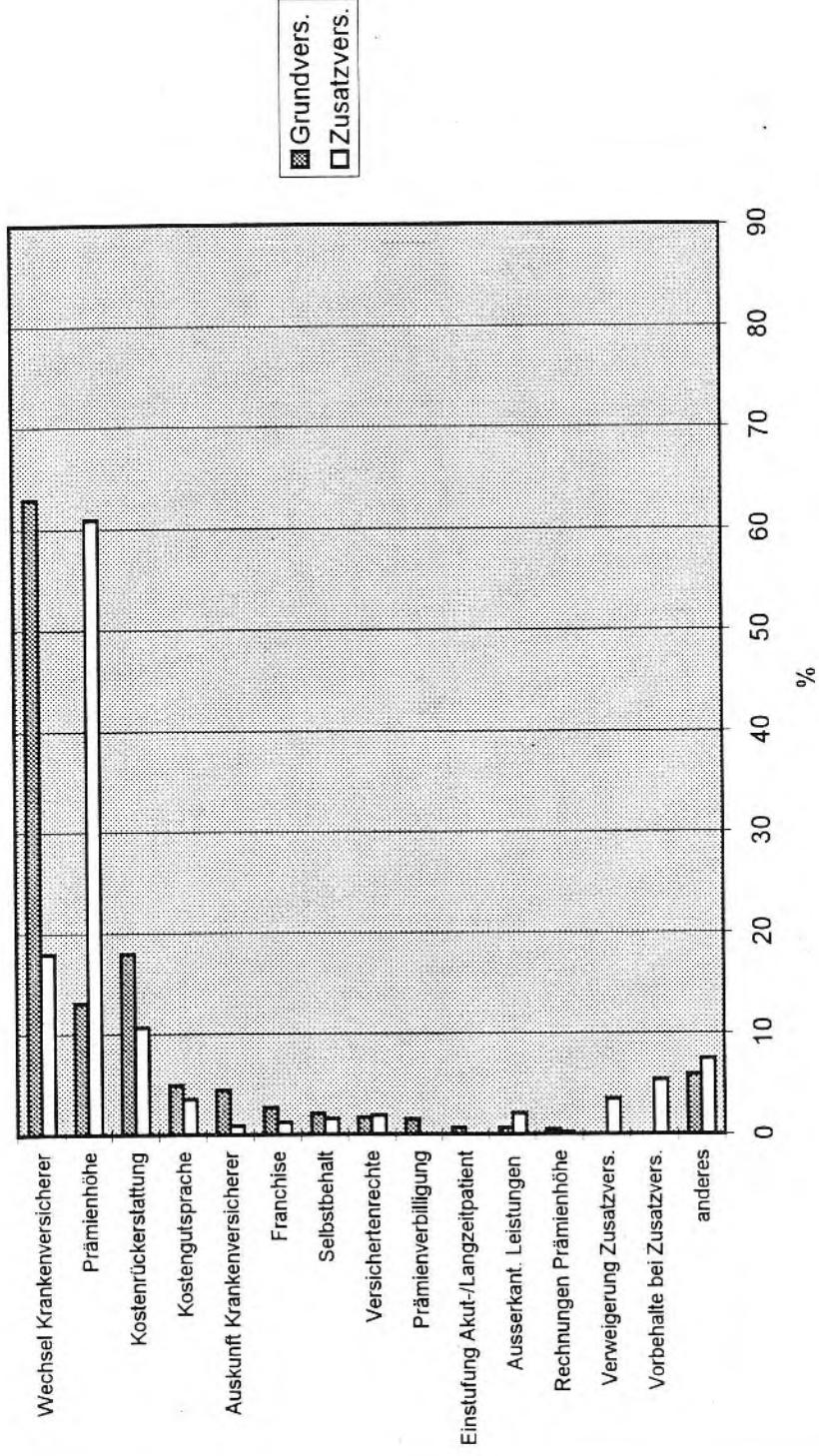
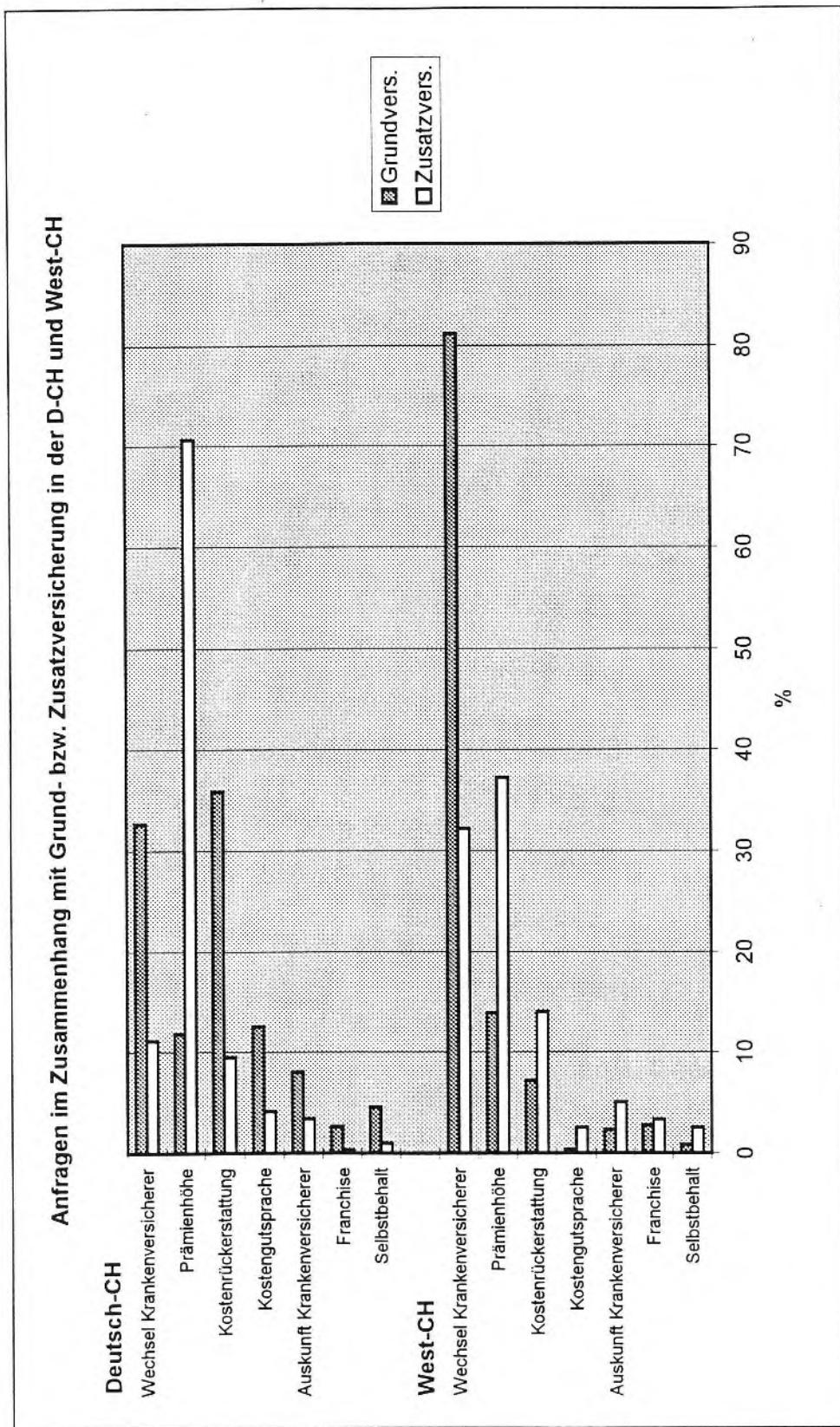


Abbildung 6: Prozentuale Verteilung der von den Betroffenen genannten Themen 1998 in Verbindung mit der Grundversicherung (ausschliesslich) und mit der Zusatzversicherung (ausschliesslich) in der Deutschschweiz bzw. Westschweiz (Mehrfachnennungen möglich).



5.3.2 Wechsel der Grundversicherung/Prämienhöhe der Grundversicherung

Knapp zwei Drittel der Anfragen (n=531) zur Grundversicherung standen 1998 im Zusammenhang mit einem Wechsel des Krankenversicherers. Empirische Untersuchungen zeigen, dass Kassenwechsel in den 80iger Jahren sehr selten waren, obwohl diese in gewissen Fällen trotz der höheren Eintrittsprämien mit beträchtlichen finanziellen Vorteilen verbunden gewesen wären.⁴ Dagegen geht aus Umfragen von Markt- und Meinungsforschungsinstituten hervor, dass 1996 ungefähr doppelt so viele Versicherte ihren Krankenversicherer wechselten (ca. 8%) gegenüber dem Vorjahr.⁵

Die Häufigkeit der Anfragen zum „Wechsel des Krankenversicherers“ ist als Folge des Systemwechsels zu deuten. Die Ergebnisse der Untersuchung belegen, dass die volle Freizügigkeit gemäss Art. 4 KVG Auswirkungen auf die PatientInnen und/oder Versicherten hatte. Man kann davon ausgehen, dass die PatientInnen und Versicherten die Möglichkeit des freien Kassenwechsels für die Grundversicherung primär positiv bewerten. Ob aber tatsächlich ein Wechsel des Anbieters der Grundversicherung vollzogen wurde, lässt sich anhand der Daten nicht beantworten.

Ausschlaggebend für den Wechsel eines Krankenversicherers dürfte in erster Linie die Prämienhöhe sein. Unterstützt wird diese Hypothese dadurch, dass Anfragen von Familien, die die finanzielle Belastung durch steigende Prämien und die Kopfprämie für alle Familienmitglieder besonders drastisch zu spüren bekommen, besonders zugenommen haben. Unterschiede zwischen den Dienstleistungen verschiedener Anbieter, z.B. wie schnell ein Versicherer Leistungen vergütet oder die Qualität der Beratungen seitens des Versicherers, scheinen dagegen sekundär zu sein.

Im Vergleich zu Anfragen bezüglich dem Wechsel des Krankenversicherers betrafen 1998 weniger Anfragen das Thema „Prämienhöhe der Grundversicherung“ (n=110). Prämienerhöhungen lösen vornehmlich einen Preisvergleich mit anderen Anbietern aus und bewirken gegebenenfalls einen Wechsel des Versicherers. Da die Prämien in der Romandie im Durchschnitt wesentlich höher sind als in der Deutschschweiz, lässt sich vermuten, dass Westschweizer einen Wechsel des Anbieters der Grundversicherung häufiger thematisieren als Deutschschweizer. Eine Auswertung dieser Problemstellung nach Sprachregionen bestätigte diese Vermutung. 80% der Ratsuchenden zum Thema Wechsel des Krankenversicherers wohnten zum Erhebungszeitpunkt in der Westschweiz. Auf weitere Prämienerhöhungen dürften die Versicherten daher vermehrt mit einem Wechsel zu einem preisgünstigeren Anbieter reagiert haben. Der hohe Anteil von

⁴ Bartelt/Molinaro 1984

⁵ Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer KSK 1998

Anfragen bezüglich Wechsel des Versicherers der Grundversicherung in der Westschweiz muss allerdings auch vor dem Hintergrund der „Visana-Problematik“ diskutiert werden. Im Sommer 1998 gab die Krankenversicherung Visana bekannt, dass sie die Grundversicherung in den Kantonen Appenzell, Graubünden, Glarus und Thurgau sowie in drei von sechs Westschweizer Kantonen (Jura, Genf und Neuenburg) nicht mehr anbieten will. Als Begründung wurde angeführt, dass in diesen Kantonen eine unzumutbare Prämienerhöhung notwendig geworden wäre. In Genf beispielsweise wäre die Prämie für eine erwachsene Person auf Fr. 900.-- pro Monat gestiegen. Die Krankenkasse empfahl ihren Versicherten, bis Ende des Jahres 1998 einen neuen Anbieter zu suchen. Dies löste bei den Betroffenen grosse Verunsicherung aus. Ebenfalls zu berücksichtigen gilt, dass die regionalen Unterschiede bezüglich der Anzahl Anfragen zum Wechsel des Krankenversicherers möglicherweise durch das unterschiedliche Aufgabenspektrum der Fédération Romande des Consommateurs und den in der Deutschschweiz angesiedelten Beratungsstellen verstärkt wurden.

Grosse Prämienunterschiede bestehen aber auch zwischen den Anbietern der Grundversicherung innerhalb eines Kantons, obwohl überall das identische Leistungspaket abgedeckt wird. So variierte im Kanton Zürich zum Beispiel die Prämienhöhe im Oktober 1998 von Fr. 163.50 bis Fr. 343.60.⁶ Preisvergleiche und Ranglisten der günstigsten bzw. teuersten Versicherer werden jeweils von den Massenmedien publiziert. Das Bundesamt für Sozialversicherung veröffentlicht jedes Jahr eine Übersicht über die Grundversicherungsprämien pro Kanton. Dennoch kann nicht ausgeschlossen werden, dass für die Bevölkerung aufgrund der grossen Zahl von Anbietern ein Prämienvergleich schwierig ist.

Prinzipiell muss eine wirksame Kündigung der Grundversicherung bis spätestens am 31. März oder 30. September bei der Krankenkasse eingetroffen sein. Wenn eine Prämienerhöhung erfolgt, verkürzt sich die Kündigungsfrist auf 30 Tage. Oft informieren Versicherungen über die geplante Prämienentwicklung, bevor das Bundesamt für Sozialversicherung die Prämien genehmigt hat (jeweils Anfang Oktober). Das kann dazu führen, dass Versicherte ihre Grundversicherung kündigen, um zu einem preisgünstigeren Anbieter zu wechseln, bevor sie die genehmigte Prämienhöhe für das nächste Jahr kennen. Dieser Umstand beinhaltet zwar auf den ersten Blick keine Nachteile für die Betroffenen, verursacht aber administrative Umtreibe auf beiden Seiten. Höhere administrative Umtreibe sowie Werbestrategien von Seiten der Versicherer sind mit höheren finanziellen Aufwendungen verbunden, die sich mittelfristig in Form höherer Prämien auswirken könnten. Anstrengungen von Seiten des Bundesamts für Sozialversicherung, die genehmigten Prämien früher bekannt zu geben oder die Kündigungsfristen bei

⁶ <http://www.krankenkassen.ch>

Krankenversicherungen zu verkürzen, könnten ein wirksames Mittel zur Verringerung dieses administrativen Aufwands darstellen.

Da in dieser Untersuchung die Alters- und Geschlechtsverteilung der Ratsuchenden zum Thema Wechsel des Grundversicherers dem Gesamtkollektiv entsprach, kann auf den ersten Blick davon ausgegangen werden, dass die Chancengleichheit in der Praxis auch zwischen den Altersgruppen und zwischen Frauen und Männern gegeben ist. Der Einfluss des Alters auf den Wechsel des Versicherers der Grundversicherung muss allerdings auch im Zusammenhang mit der Zusatzversicherung diskutiert werden. Von Gesetzes wegen ist es möglich, die Grund- und Zusatzversicherung bei zwei verschiedenen Anbietern abzuschliessen. Inwieweit diese Möglichkeit den Versicherten bekannt ist, steht offen. Selbst unter der Annahme, dass diesbezüglich kein Informationsmangel bestünde, muss davon ausgegangen werden, dass viele Versicherte für die Grund- und Zusatzversicherung einen Anbieter bevorzugen, um ihren privaten administrativen Aufwand klein zu halten. Besonders ältere Menschen dürften überfordert sein, die Grund- und Zusatzversicherung bei zwei verschiedenen Anbietern zu haben und damit einem Wechsel des Grundversicherers zögerlicher gegenüberstehen. In diesen Zusammenhang könnte das Ergebnis gestellt werden, dass überproportional viele Personen über 60 Jahren Anfragen zur Prämienhöhe der Grundversicherung stellten (52.9%), nicht aber zum Wechsel der Grundversicherung.

Kommentare der Experten

Die mit dem KVG geschaffene volle Freizügigkeit hat gemäss Aussagen der ExpertInnen zu einer deutlichen Verbesserung der Situation von Kranken geführt. Während z.B. psychisch kranke Personen vor Einführung des KVG nur mit Vorbehalten als neues Mitglied eines Versicherers akzeptiert wurden, geniessen sie heute dieselben Rechte wie Gesunde.

Gemäss Aussagen der Fédération Romande des Consommateurs standen Anfragen an ihre Organisation zum Wechsel des Grundversicherers oft im Zusammenhang mit der Prämienhöhe und wurden vor allem nach Abschluss der Erhebungsperiode registriert. Gemäss Einschätzung der FRC wechseln in der Romandie jüngere Menschen häufiger den Grundversicherer.

Die ExpertInnen kritisieren die verwirrende Informationspolitik der Krankenversicherer.

5.3.3 Kostenrückerstattung und Kostengutsprachen bei der Grundversicherung

Insgesamt 181 Anfragen wurden 1998 zum Thema Kostenübernahme (Kostenrückerstattung und/oder Kostengutsprache) dokumentiert. Somit war dieses Thema neben „Wechsel des Krankenversicherers“ und „Prämienhöhe“ häufigster Inhalt der Anfragen. Trotz kleiner Fallzahl deuten die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung darauf hin, dass 1998 neben verschiedenen medizinischen Behandlungen (n=30) besonders Leistungen im Zusammenhang mit

Operationen (n=12) mit Schwangerschaft (n=12), aus dem Bereich der Komplementärmedizin (n=9), dem ambulanten Spitex- und Pflegebereich (n=8) sowie im Zusammenhang mit Physiotherapien (n=8) häufiger mit Problemen der Kostenübernahme assoziiert waren.

Mit der Revision der Krankenversicherung erhielten zehn neue Gruppen von Leistungserbringern das Recht, zu Lasten der Grundversicherung tätig zu werden. Dagegen ist im KVG nicht im Detail festgehalten, welche medizinischen Untersuchungen und Behandlungen Pflichtleistungen sind (Ausnahme medizinische Prävention und besondere Leistungen bei Mutterschaft). Im Anhang zur Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) findet sich eine Liste von Untersuchungen und Behandlungen. Diese beruht darauf, dass eine Leistung aufgrund eines Einspruchs von der Eidgenössischen Leistungskommission zur Begutachtung und dem Departement des Innern zum Entscheid vorgelegt wurde. Aus einer fehlenden Angabe kann allerdings nicht geschlossen werden, ob es sich damit um eine „Nichtpflichtleistung“ handelt. Diese Regelung ist keine Neuerung des KVG, sondern sie wurde aus dem vorherigen Gesetz übernommen.

Dagegen kann ein höherer Kostendruck auf die Versicherer als Folge des KVG interpretiert werden. Der höhere Kostendruck ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass sich das Leistungsspektrum der Grundversorgung vergrössert hat. Daneben entfallen heute Quersubventionierungen von der Zusatz- zur Grundversicherung (wie sie vor 1996 existierten) durch die strikte Trennung der beiden Versicherungssysteme. Schliesslich fand eine erhebliche Kostenüberwälzung von den Kantonen zu den Versicherern statt.⁷ Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung liefern keinen Hinweis darauf, dass die Versicherer den Kostendruck durch geringere Bereitschaft zur Übernahme von medizinischen Leistungen an die Versicherten weitergeben.

Kommentare der Experten

Gemäss den Erfahrungen der Experten weisen die Zahlen der Anfragen im Zusammenhang mit Kostenrückerstattungen keine grossen zeitlichen Veränderungen auf.

Bei der Interpretation der Ergebnisse wurde angemerkt, dass Grundversicherer insbesondere in der Westschweiz zunehmend weniger bereit seien, medizinische Leistungen bei Unklarheiten zu übernehmen (z.B. Kosten für Transplantationen im Ausland oder teure Medikamente). Anfragen zu Rückerstattungsproblemen beruhen auch auf einer ungenügenden Beratung der Versicherten durch die Versicherer.

⁷ BSV 1998a

5.3.4 Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) bei der Grundversicherung

38 Anfragen, die 1998 bei den Beratungsstellen dokumentiert wurden, betrafen das Thema Franchise und/oder Selbstbehalt. Obwohl 1998 gegenüber 1995 tendenziell mehr Anfragen zum Thema Kostenbeteiligung registriert wurden, war die absolute Anzahl Anfragen zu dieser Thematik relativ gering. Besonders in der Westschweiz wurden im Vergleich zum Gesamtsample überproportional viele Anfragen zu diesem Thema registriert. Diese Beobachtung ist unter Umständen darauf zurückzuführen, dass die Prämien der Grundversicherung in der Westschweiz deutlich höher sind als in der Deutschschweiz. Aus diesem Grund sind Personen mit Wohnsitz in der Westschweiz häufiger gezwungen, eine höhere Franchise abzuschliessen, um die Prämienhöhe zu reduzieren. Die These wird gestützt vom Ergebnis, dass die meisten Anfragen im November registriert wurden, d.h. nachdem die genehmigten Prämien bekannt gegeben wurden. Aus den vorliegenden Ergebnissen lässt sich ableiten, dass künftige Erhebungen eine genügend grosse Anzahl von Anfragen umfassen sollten. Damit bestünde die Möglichkeit, konkrete Probleme wie „Franchise im Zusammenhang mit Schwangerschaft“ frühzeitig zu erkennen und gegebenenfalls Massnahmen wie gezielte Informationskampagnen einzuleiten.

5.3.5 Auskunft der Krankenversicherer zur Grundversicherung

Nur eine verhältnismässig kleine Zahl von Anfragen (n=37) drehte sich inhaltlich um Auskünfte der Krankenversicherer. Die Diskussion mit den ExpertInnen zeigte, dass diese Kategorie ein breites Spektrum von Anfragen umfasste und zum Teil bei den verschiedenen Beratungsstellen unterschiedlich interpretiert wurde (vgl. Anhang). Daher wurde auf eine detaillierte Analyse dieses Bereichs verzichtet. Unklarheiten während Erhebungen sind meistens auf unklare Definitionen zurückzuführen. Die schematische und möglichst einfache Erfassung von zum Teil komplexen Sachverhalten stellte in dieser Untersuchung eine der grössten Herausforderungen dar. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Kategorie „Auskünfte des Krankenversicherers“ zu viele unterschiedliche Anfragen enthielt und daher keine schlüssigen Folgerungen abgeleitet werden können. Für künftige Erhebungen muss dieser Themenkreis differenzierter erhoben werden.

Kommentare der ExpertInnen:

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung unterschätzen diesen Themenbereich. Der wirkliche Anteil von unklaren Auskünften der Krankenversicherer liege deutlich höher. Gemäss Erfahrungen der FRC ist die Qualität der Auskünfte von Versicherern oftmals ungenügend. Versprochene schriftliche Bestätigungen der Auskünfte werden den Versicherten seitens des Krankenversicherers nur selten zugestellt.

5.3.6 Versichertenrechte der Grundversicherung

Ein ähnlich heterogenes Bild spiegelten Anfragen bezüglich Versichertenrechten (n=14). In der Diskussion mit den ExpertInnen wurde deutlich, dass Unterschiede zwischen den erhobenen Angaben in der Deutsch- und Westschweiz auf eine unterschiedliche Interpretation des Begriffs zurückzuführen sind. Aufgrund dieser Erkenntnisse sowie der kleinen Fallzahl können die Ergebnisse der vorliegenden Studie in diesem Bereich nicht interpretiert werden. In künftigen Untersuchungen sollte ein grösseres Augenmerk auf den Datenschutz bei Krankenversicherern gelegt werden.

Kommentare der ExpertInnen:

Versicherer in der Romandie erheben mittels eines Gesundheitsfragebogen unzulässige Angaben über Antragsteller der Grundversicherung.

5.3.7 Einstufung Akut- oder Langzeitpatientent

Für den Versicherungsschutz von PatientInnen ist die Unterscheidung zwischen Akut- und LangzeitpatientInnen von Bedeutung: Während der Akutphase bezahlt die Krankenkasse (Grundversicherung) die gesamten anfallenden Kosten pro Kliniktag. Bei LangzeitpatientInnen hingegen übernimmt die Grundversicherung nur den kleineren Pflegeteil der Kosten, die höhere Aufenthaltspauschale geht zu Lasten der PatientInnen. Anfragen im Zusammenhang mit der Einstufung von Akut- oder Langzeitpatienten wurden zwar sehr selten (n=5), dafür aber erst in der Stichprobe 1998 registriert. Besonders Personen mit psychischen Erkrankungen sind von dieser Problematik betroffen.⁸ Da Pro Mente Sana als Anlaufstelle für psychisch Kranke nur mit einer kleinen Zahl von Fragebogen in dieser Erhebung vertreten war, wird die Problematik in der vorliegenden Untersuchung möglicherweise unterschätzt.

5.3.8 Prämienverbilligung der Grundversicherung

Die gezielte Unterstützung der wirtschaftlich Schwachen mittels Prämienzuschüssen ist grundsätzlich eine sinnvolle sozialpolitische Massnahme. Sie kompensiert die vorherige Subventionierung. Für die Ausgestaltung des Zuschusssystems sind die Kantone zuständig. Kantonal unterschiedlich geregelt ist auch die Informationspolitik für die Versicherten.⁹ Gemäss den Angaben der vorliegenden Untersuchungen wurden 1998 verhältnismässig wenig Anfragen (n=13) bezüglich Prämienverbilligung registriert. Es ist zu vermuten, dass Anfragen zu diesem Thema an den Ombudsman der sozialen Krankenversicherung oder an kantonale Behörden gerichtet wurden.

⁸ Pro Mente Sana 1996

⁹ BSV 1998b

Kommentare der ExpertInnen:

Bei den Versicherten besteht noch Informationsbedarf bezüglich der Prämienverbilligungen.

5.3.9 Freiwillige Taggeldversicherung

Anfragen zur freiwilligen Taggeldversicherung (sogenannte KVG-Taggeldversicherung) waren in dieser Erhebung ebenfalls selten (n=36). Daher können keine weiteren Schlüsse aus den Ergebnissen abgeleitet werden.

Kommentare der ExpertInnen

Die ExpertInnen waren sich einig, dass die Ergebnisse dieser Untersuchung Probleme im Zusammenhang mit der freiwilligen Taggeldversicherung nicht oder nur unzureichend spiegeln. Gemäss ihren Erfahrungen ist die freiwillige Taggeldversicherung mit grossen Vorbehalten verbunden. Besonders für Personen mit gesundheitlichen Problemen wird damit der freie Wechsel des Krankenversicherers erheblich erschwert. Da in der Westschweiz die Taggelder mit einem Betrag von Fr. 15.-- bis Fr. 30.-- meist sehr niedrig sind, ist die Taggeldversicherung für die Versicherten nicht attraktiv.

5.3.10 Prämienhöhe und Wechsel der Zusatzversicherung

Obwohl die Grundversicherung bereits einen umfassenden Versicherungsschutz bietet, sind Zusatzversicherungen immer noch weit verbreitet. Zusatzversicherungen decken einerseits spezielle Bedürfnisse, andererseits höheren Komfort ab. Alle minimalen Ergänzungen zur Grundversicherung (z.B. Naturheiler, nicht-kassenpflichtige Medikamente) und die klassischen Zusatzversicherungen unterstehen nach KVG dem Privatrecht.

259 Personen wandten sich 1998 mit Anfragen bezüglich Prämienhöhe der Zusatzversicherung an die Beratungsstellen. Nur 76 Personen wandten sich zum Thema „Wechsel der Zusatzversicherung“ an die Beratungsstellen. 87.1% der Ratsuchenden mit Fragen zur Prämienhöhe waren älter als 60 Jahre. Dagegen war diese Altersgruppe bei Anfragen zum Wechsel der Zusatzversicherung (48.3%) nicht überproportional häufig vertreten. Aus diesen Ergebnissen kann man ableiten, dass besonders ältere Personen von hohen Prämien der Zusatzversicherung betroffen sind. Ein Wechsel des Anbieters der Zusatzversicherung wird für diese Versicherten schwierig, da die Versicherer - im Gegensatz zur Grundversicherung - die Möglichkeit haben, eine Aufnahme ohne Begründung zu verweigern oder Vorbehalte betreffend der Übernahme bestimmter medizinischer Leistungen zu machen.

Während 81.6% der Anfragen zur Prämienhöhe von Ratsuchenden aus der Deutschschweiz stammten, wohnten 54.2% der Anfragenden zum Thema „Wechsel der Zusatzversicherung“ zum Erhebungszeitpunkt in der Westschweiz. Die hohe Rate von Anfragen zur Prämienhöhe in der Deutschschweiz ist unter

anderem auf die bereits ausgeführte „Visana-Problematik“ zurückzuführen (vgl. Abschnitt 5.3.2). Eine weitere Interpretation dieser Beobachtung leitet sich aus den im Vergleich zur Deutschschweiz höheren Prämien der Grundversicherung in der Romandie ab, so dass sich weniger Westschweizer eine Zusatzversicherung leisten können.

Diese Beobachtung belegt, dass Untersuchungen dieser Art Umstrukturierungsprozesse bei einzelnen Krankenversicherern widerspiegeln. Für künftige Erhebungen folgt daraus, dass für differenzierte Interpretationen bei Anfragen zum Krankenversicherungssystem der Name des Versicherers ebenfalls erhoben werden sollte.

Kommentare der ExpertInnen

In der Deutschschweiz war die Prämienerhöhung der Zusatzversicherung bei der Visana der häufigste Grund für Anfragen.

Bei Versicherten existiert ein Informationsmangel bei rechtlichen Problemen. Oft sei unklar, welche Instanz zuständig sei. Die kostenlose erstinstanzliche Anfechtung einer Beurteilung werde selten in Anspruch genommen. Bei Streitigkeiten um Zusatzleistungen verlieren die Versicherten oft die Geduld und den Mut, weil sich Auseinandersetzungen über zwei oder mehr Jahre hinziehen können.

Ein Wechsel der Zusatzversicherung wird den Versicherten erschwert, indem die Versicherer den Prämienbonus streichen, wenn die Zusatzversicherung nicht bei demselben Versicherer wie die Grundversicherung abgeschlossen wird.

5.3.11 Vorbehalte bei der Zusatzversicherung bzw. Verweigerung der Zusatzversicherung

1998 wurden 48 Anfragen betreffend Vorbehalten bei der Zusatzversicherung und 40 Anfragen betreffend Verweigerung der Zusatzversicherung bei den Beratungsstellen dokumentiert. Personen über 60 Jahre waren in diesem Kollektiv deutlich weniger vertreten (8%). Dass diese Altersgruppe mit Anfragen bezüglich Vorbehalten bzw. Verweigerung der Zusatzversicherung deutlich weniger vertreten war, ist darauf zurückzuführen, dass sich ältere Personen ihrer schlechteren Chancen bezüglich eines möglichen Wechsels der Zusatzversicherung bewusst sind und einen Wechsel daher seltener in Betracht ziehen. Da 84.4% der Ratsuchenden Frauen aller Altersgruppen waren, muss davon abgeleitet werden, dass insbesondere Frauen von Vorbehalten betroffen sind.

5.3.12 Kostenrückerstattung/Kostengutsprache bei der Zusatzversicherung

Bei 43 der 56 dokumentierten Anfragen zum Thema Kostenrückerstattung und/oder Kostengutsprache der Zusatzversicherung wurde erhoben, um welche medizinische Leistung es ging. Dabei wurden am häufigsten Leistungen der Komplementärmedizin (n=13), gefolgt von Operationen (n=8) und Leistungen im Zusammenhang mit Kur bzw. Rehabilitation registriert (n=5).

5.4 Detaillierte Analyse der Anfragen zu Leistungserbringern 1998

In 93.6% (n=750) aller Anfragen, die sich auf medizinische Leistungserbringer bezogen, wurden ÄrztInnen als Leistungserbringer genannt, gefolgt von Pflege (7.3%) und anderen (5.4%). Anfragen mit Verdacht auf Behandlungs- und/oder Diagnosefehler und/oder Verdacht auf Komplikationen betrafen am häufigsten Operationen (52.8%), medizinische Behandlungen (16.2%) und medizinische Abklärungen (7.1%). Bei diesen Angaben waren Mehrfachnennungen möglich. Neben einer breiten Vielfalt von körperlichen und/oder psychischen Ursachen (19.2%) wurden Anfragen zu Behandlungs- und/oder Diagnosefehlern bzw. bei Verdacht auf Komplikationen am häufigsten im Zusammenhang mit Tumoren (10.3%), Erkrankungen des Verdauungstraktes (10.3%) und kosmetischen Behandlungen (6.6%) genannt.

Interpretation der Ergebnisse:

Die Analyse des Spektrums der Anfragen betreffend Leistungserbringer spiegelt einen wichtigen Aufgabenbereich der Beratungsstellen. Besonders PatientInnen, die sich in ihren Anliegen von ärztlicher Seite nicht ernst genommen fühlten, wünschten eine Beratung, um ihre Rechte bei Verdacht auf Behandlungs- und/oder Diagnosefehler sowie bei Komplikationen im Zusammenhang mit einer Behandlung abzuklären.

6 Fazit und Empfehlungen

Systemänderungen wie die Einführung des KVG können sich kurz-, mittel- und langfristig auf die betroffenen Akteure auswirken. Die zeitlichen Auswirkungen werden je nach Ausmass und Inhalt der Änderungen variieren. Die vorliegende Untersuchung erobt eine mögliche kurzfristige Wirkung des neuen Gesetzes auf PatientInnen und Versicherte. Trotz methodologischer Einschränkungen ist hervorzuheben, dass eine derartige Untersuchung für die Schweiz einmalig und in diesem Sinne auch als Pilotprojekt zu verstehen ist.

Die Ergebnisse zeigen, dass das Informationsbedürfnis der Bevölkerung bezüglich des Krankenversicherungssystems in den vergangenen vier Jahren gestiegen ist. Der Hauptgrund dafür ist: Die Bevölkerung muss einen überproportional wachsenden Anteil des Einkommens für Prämien aufwenden.

Auch die Revision der Krankenversicherung hat das Informationsbedürfnis erhöht, wie diese Untersuchung nachdrücklich belegt. Zusätzliche Informationskampagnen des Bundesamtes für Sozialversicherung könnten den Wissensstand der Bevölkerung verbessern. Insbesondere Personen mit Zusatzversicherungen sollten über die Möglichkeit, die Grund- und Zusatzversicherung bei verschiedenen Krankenversicherern abschliessen zu können, umfassend aufgeklärt werden. Zu prüfen wäre unseres Erachtens auch eine kürzere Kündigungsfrist bei der Grundversicherung oder die frühere Genehmigung deren Prämien durch das BSV.

Als direkte Auswirkung des KVG kann der hohe Anteil von Anfragen zum Wechsel des Grundversicherers gewertet werden, welcher mit der Einführung des KVG wesentlich erleichtert wurde (volle Freizügigkeit). Da der Wechsel des Krankenversicherers hauptsächlich mit der Höhe der Prämien zusammenhängen dürfte, kann angenommen werden, dass der intendierte Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern spielt. Die volle Freizügigkeit hat gemäss Aussagen der ExpertInnen die Situation der Kranken deutlich verbessert. Andererseits kritisierten die ExpertInnen die unzureichende Information von Seiten der Krankenversicherer.

Die rechtliche Trennung der Grund- und Zusatzversicherung wirkt sich besonders auf ältere Personen aus: Deren Prämien für die Zusatzversicherungen sind seit Einführung des KVG deutlich gestiegen. Ein Wechsel zu einem kostengünstigeren Anbieter von Zusatzversicherungen ist für diese Altersgruppe wegen Vorbehalten oder Verweigerung aber fast ausgeschlossen. Das bedeutet, dass ältere Menschen mit „goldenem Fesseln“ an ihren Zusatzversicherer gebunden sind. Oder es bleibt ihnen nur die Kündigung, obwohl sie unter Umständen Jahrzehnte lang Prämien bezahlt haben.

Während die Revision der Krankenversicherung die Prämienunterschiede zwischen Geschlechtern und Altersgruppen in der Grundversicherung aufgehoben hat, bestehen weiterhin deutliche kantonale und regionale Unterschiede. Dies wird durch das unterschiedliche Anfragespektrum der Beratungsstellen nach Sprachregionen deutlich. Zwar liefert diese Untersuchung Hinweise darauf, dass der

erweiterte Pflichtleistungskatalog zu einer Verbesserung der Situation im Zusammenhang mit Kostenrückerstattungen und Kostengutsprachen führt. Die Praxiserfahrungen der ExpertInnen bestätigten diese Beobachtung jedoch nicht.

Eine zentrale Fragestellung des Auftrags lautete, ob diese Projektphase Argumente für die Einführung eines **Monitoring-Systems** von Beschwerden bei schweizerischen Beratungsstellen liefert.

Aus unserer Sicht bietet die langzeitige Erhebung von Daten folgende **Vorteile**:

- Die Beobachtungen zeigen, ob und wie PatientInnen und Versicherte Problemfelder des Krankenversicherungssystems wahrnehmen (Umfang und Richtung). Zum Beispiel: unterschiedliche Entwicklungen in verschiedenen Landesteilen, finanzielle Belastung von Familien.
- Monitoring-Daten können Hinweise geben auf ein Auseinanderklaffen der Wahrnehmung von Experten und der Bevölkerung.
- Die Beobachtungen können Hinweise auf kurz-, mittel- und langfristige Wirkungen des KVG liefern. Zum Beispiel: Auswirkung der rechtlichen Trennung von Grundversicherung und Zusatzversicherung auf ältere Menschen und Frauen. Gleichzeitig können sie darauf aufmerksam machen, dass ein erwarteter Effekt des KVG (z.B. Kostendämpfung) nicht wie gewünscht eintritt. Vertiefende Evaluationen können in einem solchen Fall Hinweise auf mögliche Ursachen liefern.
- Monitoring-Daten können auch als Grundlage für die gezielte Information von PatientInnen und Versicherten dienen.
- Die Ergebnisse eines Monitorings können den politisch Verantwortlichen als Kontrollinstrument und für künftige Teilrevisionen des KVG als wichtige Entscheidungsbasis dienen.
- Ein Monitoring kann dazu beitragen, die Kooperation zwischen den verschiedenen PatientInnen- und Versichertenorganisationen und mit den Verantwortlichen des Bundes zu fördern. Eine verbesserte Zusammenarbeit kann die Position dieser Organisationen stärken, so dass sie die Anliegen der PatientInnen und Versicherten gezielter wahrnehmen können.
- Die PatientInnen- und Versichertenorganisationen übernehmen wichtige Beratungs- und Aufklärungsfunktionen. Mit der Fortführung dieses Projekts unterstützt das Bundesamt für Sozialversicherung diesen wichtigen Aufgabenbereich der Organisationen.

Die vorliegende Untersuchung bildet eine wertvolle Basis, um ein kontinuierliches Monitoring aufzubauen. Die Erfahrungen des Projekts zeigen, dass folgende Voraussetzungen erfüllt sein sollten, um die Aussagekraft und den politischen Nutzen des Monitoring-Systems zu optimieren:

- Eine genügend grosse Datenmenge ist notwendig, um differenzierte Aussagen machen zu können.

- Der Fragebogen ist so zu überarbeiten, dass sich die Anfragen eindeutig kategorisieren lassen. Ausserdem sollten weitere Kategorien aufgenommen werden, zum Beispiel der Datenschutz.
- Um regionale Unterschiede zu erkennen, sollten Beratungsstellen aus allen Landesteilen der Schweiz berücksichtigt werden.
- Damit alle Problemfelder erfasst werden, sollten viele Beratungsstellen mit möglichst unterschiedlichem Aufgabenspektrum teilnehmen.

Vor Einführung eines Monitorings sind folgende Punkte zu klären:

- Kontinuierliches vs. intermittierendes Monitoring
Ein kontinuierliches Monitoring garantiert, dass alle äusseren Einflüsse inklusive saisonale Schwankungen erfasst werden. Dieses Vorgehen ist allerdings mit einem höheren finanziellen und personellen Aufwand verbunden. Ein intermittierendes Monitoring (in dieser Untersuchung fünf Monate pro Jahr) könnte diese Aufwendungen reduzieren und dennoch genügend Spielraum lassen, um saisonale Schwankungen zu erfassen.
- Erfassung des Gesamtspektrums vs. eines Teilspektrums
Die Erhebung aller Anfragen (inklusive Leistungserbringer) bietet die Möglichkeit, Problemfelder rund um das Krankenversicherungssystem gesamtheitlich zu diskutieren. Dagegen ermöglicht die Erhebung von Anfragen ausschliesslich zum Krankenversicherungssystem eine ausführlichere und differenzierte Darstellung verschiedener Themengebiete.
- Handschriftliche Ersterfassung vs. computerisierte Datenerfassung
Bei einer längerfristigen Fortführung des Projekts muss insbesondere die computerisierte Datenerfassung bei den Beratungsstellen vor Ort diskutiert werden. Denkbar wäre die Entwicklung eines kombinierten EDV-Programms, mit dessen Hilfe die Beratungsstellen ihre Dokumentationen erfassen. Ein Teil dieser Daten könnte dann z.B. einmal im Jahr anonymisiert an eine Auswertungsstelle weitergeleitet werden. Diese Auswertungsstelle würde die Datensätze der verschiedenen Beratungsstellen zusammenführen und auswerten.

Wir erachten die Einführung eines Monitoring-Systems von Anfragen bei schweizerischen Beratungsstellen für PatientInnen und Versicherte als sinnvolles und notwendiges Projekt. Damit würde sichergestellt, dass die Anliegen von PatientInnen und Versicherten auf Bundesebene strukturiert wahrgenommen und gleichberechtigt mit den Eigeninteressen der medizinischen Leistungserbringer und Kostenträger diskutiert werden. Es ist davon auszugehen, dass ein solches Monitoring-System helfen kann, die Gesundheitsversorgung patientenfreundlich zu gestalten. Deshalb sind die Investitionen in den Aufbau eines solchen Systems zu rechtfertigen.

7 Literatur

Bartelt/Molinaro 1984: Wettbewerb unter Kranken- und Unfallversicherern: Eine Analyse in der Region St. Gallen", in: Hauser H (Hrsg.): Mehr Wettbewerb in der Krankenversicherung. SGGP, Horgen

BSV 1998a: Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens, Bericht im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG, Bern.

BSV 1998b: Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen, Evaluationsergebnisse und Monitoringkonzept, Bern.

Gesundheitsakademie 1998: Die Gesundheit der Männer ist das Glück der Frauen? Chancen und Grenzen geschlechtsspezifischer Gesundheitsarbeit, Frankfurt.

Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer KSK 1998: Zahlen und Fakten im Gesundheitswesen, Solothurn.

Pro Mente Sana aktuell 1996: Informationen aus der Psychiatrieszene Schweiz - Recht und Versicherung - ein Wegweiser, Zürich

Schweizerischer Bundesrat 1991: Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991.

Schweizerischer Frauengesundheitsbericht 1996: Daten für Daten, Bern.

ANHANG

Kurzbeschreibung der beteiligten Organisationen

Im folgenden Abschnitt werden die Organisationen vorgestellt, bei denen die Daten erhoben wurden.

- Die **Fédération Romande des Consommateurs** ist eine unabhängige Vereinigung mit rund 40'000 Mitgliedern. Ihr Sitz ist in Lausanne, Vertretungen gibt es in Genf, Sion, Fribourg, Neuchâtel, La Chaux-de-Fonds, Biel, Bern und Delémont. Die Ziele der Organisation sind die Information von KonsumentInnen und Versicherten sowie deren Interessensvertretung in kantonalen und eidgenössischen Kommissionen. Für Auskünfte steht von Montag bis Freitag ein telefonischer Auskunftsdiensst zur Verfügung, zehnmal jährlich wird eine Zeitung publiziert. Daneben werden schriftliche Anfragen beantwortet sowie persönliche Gespräche vor Ort geführt. Das Spektrum der Anfragen ist breit gefächert, wobei der Anteil von Anfragen bezüglich Versicherungen ca. 20% ausmacht. Fachspezifische Anfragen von PatientInnen und Patienten, zum Beispiel bei Verdacht auf Behandlungsfehler werden gemäss eigenen Angaben an Patienten-Organisationen weiter verwiesen.
- **Pro Mente Sana** mit Sitz in Zürich ist eine schweizerische Stiftung, die im Interesse psychisch kranker und behinderter Menschen in der ganzen Schweiz tätig ist. Sie steht psychisch leidenden Menschen, Angehörigen und Fachleuten mit kostenlosen telefonischen Beratungen zur Seite. Die Hilfestellungen umfassen Beratungen in psychischen Krisen, in der Klinik und während der Genesung. Daneben gibt Pro Mente Sana Auskunft über Rechte von PatientInnen, informiert bei Schwierigkeiten mit der Krankenversicherung oder der Invalidenversicherung, in arbeitsrechtlichen oder vormundschaftlichen Konflikten sowie bei Therapiefragen. Die Schweizerische Stiftung publiziert viermal jährlich „Pro Mente Sana Aktuell“ mit Informationen zur Psychiatrieszene Schweiz.
- Der **Dachverband Schweizerischer Patientenstellen** (DVSP) ist ein Verbund verschiedener Beratungsstellen mit dem Ziel einer umfassenden Stärkung der PatientInnen bzw. der Ratsuchenden im Gesundheitswesen durch Information, Beratung, Erfahrungsaustausch und Hilfe zur Selbsthilfe. Die Beratungsstellen vertreten die Interessen der PatientInnen und Versicherten in der Öffentlichkeit und in der Gesundheitspolitik. Zu den Dienstleistungen gehören telefonische Auskünfte, allgemeine Beratungen und Informationen, Beratungen in Sozial- und Versicherungsfragen, Entscheidungshilfen vor Behandlungsbeginn und vor geplanten Operationen, Klärung und Vermittlung bei Konflikten, Abklärungen und medizinisch-juristische Beratungen. Die Patientenstellen sind in Zürich, Basel, Luzern und im Tessin vertreten.

- Die **Schweizerische Patienten-Organisation (SPO)** ist eine Stiftung mit angegliedertem Gönnerverein mit Vertretungen in Zürich, Bern, St. Gallen und Lausanne. Die Ziele der Organisation sind Förderung der Information, Aufklärung und Beratung von PatientInnen und Versicherten, sowie deren Interessensvertretung auf kantonaler und nationaler Ebene. Ratsuchenden werden telefonische Beratungen, persönliche Beratung vor Ort, aber auch Auskünfte auf schriftliche Anfragen angeboten. Dabei bestehen je nach Sitz der Organisation unterschiedliche Beratungszeiten. Die SPO steht für Fragen betreffend ÄrztInnen, ZahnärztInnen, Apotheken, bei Verweigerung der Herausgabe von Krankenunterlagen, bei Diagnose- oder Behandlungsfehlern, zu Fragen betreffend Therapien, Spital, Kurhaus, Pflege- und Altersheimen, zu Kostengutsprachen sowie zum Krankenversicherungssystem zur Verfügung. Komplexe rechtliche Anfragen zum Krankenversicherungssystem werden an den Ombudsman der Krankenversicherungen verwiesen.

Beschreibung einer Auswahl von verwendeten Kategorien

Die Beschreibung der Kategorien soll einen Überblick über das Spektrum möglicher Anfragen zu diesem Thema geben (vgl. Abschnitt 3.3). Aufgrund der Vielfältigkeit möglicher Anfragen zu einzelnen Kategorien erhebt die Liste keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Auskunft des Krankenversicherers

Anfragen mit folgenden Inhalten:

- Ein Krankenversicherer verlangt vom Versicherten Auskünfte (zum Beispiel über dessen Gesundheitszustand, über medizinische Behandlungen);
- Ein Krankenversicherer erteilt dem Versicherten Auskünfte, die der Versicherte nicht versteht oder anzweifelt.

Franchise

Anfragen zu einem fixen Betrag (Fr. 230.--) pro Kalenderjahr, den PatientInnen bei anfallenden Krankheitskosten selber bezahlen müssen (Ausnahme: Kinder und Jugendliche, sowie Mutterschaft).

Kostengutsprache

Anfragen mit folgenden Inhalten:

- Ein Krankenversicherer lehnt die Kostenübernahme für eine geplante medizinische Leistung ab;
- Der Versicherte kennt das formelle Vorgehen für eine Kostengutsprache durch den Versicherer nicht.

Kostenrückerstattung

Anfragen mit folgenden Inhalten:

- Ein Krankenversicherer lehnt die Kostenübernahme für eine erbrachte medizinische Leistung ab;
die Kostenrückerstattung erfolgt mit grosser zeitlicher Verzögerung.

Krankenversicherer

Im Text synonym verwendete Begriffe: Krankenkasse, Versicherer.

Leistungen in einem anderen Kanton

Anfragen zu medizinischen Leistungen, die nicht im Wohnkanton der PatientInnen erbracht wurden und/oder werden.

Medizinische Leistungserbringer

Personen und Institutionen, die medizinische Leistungen erbringen (zum Beispiel: ÄrztInnen, ApothekerInnen, Spitäler, Pflegeheime).

Prämienhöhe

Anfragen im Zusammenhang mit der Höhe der Prämie, die für die Grund- bzw. Zusatzversicherung bezahlt werden muss.

Problematik Einstufung Akut-/LangzeitpatientIn

Anfragen zur Problematik, dass eine Person als LangzeitpatientIn eingestuft werden soll/wurde und die Krankenkasse (Grundversicherung) nur den kleineren Pflegeanteil und nicht (mehr) die gesamten Kosten für die Akutbehandlung (vorwiegend im Spital) übernimmt.

Selbstbehalt

Anfragen zur Kostenbeteiligung zulasten der versicherten Person (10 Prozent auf den die Franchise übersteigenden Teil der Kosten bis maximal 600 Franken pro Kalenderjahr) beim Bezug von Leistungen.

Staatliche Prämienverbilligung

Anfragen mit folgenden Inhalten:

- Wann ist ein Versicherter berechtigt, ein Prämienverbilligung zu beziehen?
- Wie kann ein Versicherter seinen Anspruch geltend machen?

Unklarheiten der Rechnung(en) für Prämien

Anfragen zu Prämienrechnungen, die der Versicherer dem Versicherten stellt. Dazu gehören auch Anfragen bei Unklarheiten mit der Verrechnung von Leistungen (Prämieninkasso), die auf schwer durchschaubaren Formeln beruhen.

Versichertenrechte

Anfragen zu Rechten und Pflichten der Versicherten, wie z.B.:

- Einsichtsrecht in Versichertendaten;
- Abgrenzungsproblematik Unfall/Krankheit;
- Kündigungstermine

Verweigerung der Zusatzversicherung

Anfragen mit folgendem Inhalt:

- Ein Versicherer verweigert einem Antragsteller die Aufnahme in die Zusatzversicherung.

Vorbehalte bei der Zusatzversicherung

Anfragen mit folgendem Inhalt:

- Ein Versicherer räumt beim Abschluss einer Zusatzversicherung Vorbehalte ein (z.B. Leistungen für Mutterschaft werden nicht übernommen).

Wechsel des Krankenversicherers

Anfragen zu einem geplanten oder vollzogenen Wechsel des Krankenversicherers.

Fragebogen zur Erhebung von Patientenbeschwerden

1 Wo wurde dieser Fragebogen ausgefüllt? Interne Nr. _____

Schweizerische Patientenorganisation in 1
Schweizerische Patientenstelle in 2
Fédération Romande des Consommateurs 3
Pro Mente Sana 4

Allgemeines

2 In welcher Form erfolgte die Beratung?

telefonisch 1 schriftlich 3
persönlich vor Ort 2 keine Aussage möglich 4

3 Datum der Anfrage _____ / _____ / _____ (Tag/Monat/Jahr)

4 Wohnkanton des Patienten / des Versicherten ?

AG <input type="checkbox"/> 01	AI <input type="checkbox"/> 02	AR <input type="checkbox"/> 03	BE <input type="checkbox"/> 04	BL <input type="checkbox"/> 05	BS <input type="checkbox"/> 06	FR <input type="checkbox"/> 07	GE <input type="checkbox"/> 08
GL <input type="checkbox"/> 09	GR <input type="checkbox"/> 10	JU <input type="checkbox"/> 11	LU <input type="checkbox"/> 12	NE <input type="checkbox"/> 13	NW <input type="checkbox"/> 14	OW <input type="checkbox"/> 15	SG <input type="checkbox"/> 16
SH <input type="checkbox"/> 17	SO <input type="checkbox"/> 18	SZ <input type="checkbox"/> 19	TG. <input type="checkbox"/> 20	TI <input type="checkbox"/> 21	UR <input type="checkbox"/> 22	VD <input type="checkbox"/> 23	VS <input type="checkbox"/> 24
ZG <input type="checkbox"/> 25	ZH <input type="checkbox"/> 26	keine Aussage möglich <input type="checkbox"/> 27					

5 Die Anfrage betrifft eine
Einzelperson 1 Familie 2 ⇒ bitte weiter bei Frage 8

6 Alter des Patienten/des Versicherten zum Zeitpunkt der Anfrage
⇒ falls es sich um ein Kind handelt, aber das konkrete Alter unklar ist, bitte 1 Jahre angeben
⇒ falls es sich um einen Rentner / eine Rentnerin handelt, aber das konkrete Alter unklar ist, bitte 99 Jahre angeben
⇒ falls das Alter unbekannt ist, bitte 0 angeben
_____ Jahre

7 Geschlecht des Patienten/des Versicherten
weiblich 1 männlich 2

8 Wann sind die Probleme aufgetreten, die zur Anfrage geführt haben?
nach dem 1.1.1996... 1 vor dem 1.1.1996 2

9 Stand das Hauptproblem (auch Versicherungsproblematik) im Zusammenhang mit einer erbrachten oder geplanten medizinischen Leistung(en)?
ja 1 ⇒ bitte weiter bei Frage 10
nein 2 ⇒ bitte weiter bei Frage 17

Beschreibung einer geplanten oder erbrachten medizinischen Leistung(en), die im Zusammenhang mit dem Hauptproblem der Anfrage / Beschwerde stand (auch Versicherungsproblematiken)

10 In welcher Form wird / wurde die medizinische Leistung erbracht? \Rightarrow mehrere Antworten möglich

- stationären Leistung (≥ 24 Std.) 1
teilstationär Leistung (< 24 Std.) 2
ambulanter Leistung 3
anderer Leistung, nämlich _____ 4
keine Aussage möglich 5

11 Wo wird / wurde die medizinische Leistung(en) erbracht? \Rightarrow mehrere Antworten möglich

- im Spital 1
in der Praxis 2
im Heim 3
zu Hause 4
anderes, nämlich _____ 5
keine Aussage möglich 6

12 Wer ist / war der Leistungserbringer? \Rightarrow mehrere Antworten möglich

- ärztlicher Leistungserbringer 1
zahnärztlicher Leistungserbringer 2
pflegerischer Leistungserbringer 3
anderer, nämlich _____ 4
keine Aussage möglich 5

13 Warum wird / wurde die medizinische Leistung erbracht? \Rightarrow mehrere Antworten möglich

- aufgrund körperlicher Beschwerden/Krankheit
nämlich _____ 1
aufgrund psychischer Beschwerden/Krankheit
nämlich _____ 2
Unfall 3
anderes, nämlich _____ 4
keine Aussage möglich 5

14 Um welche geplante oder erbrachte Leistung handelt es sich?

.....

Beschreibung des Hautproblems

- 15 Das Hauptproblem der Anfrage/Beschwerde betraf einen
medizinischen Leistungserbringer 1 ⇒ bitte weiter bei Frage 16, nur diese ausfüllen
Kostenträger 2 ⇒ bitte weiter bei Frage 17 bis Frage 18
ein Problem beim Leistungserbringer
verursacht ein Problem beim Kostenträger 3 ⇒ bitte weiter bei Frage 16 bis Frage 18

Anfragen / Beschwerden zu ärztlichen und nicht ärztlichen medizinischen Leistungen

- 16 Die Anfrage/Beschwerde betraf folgende Problematik(en)?

⇒ mehrere Antworten möglich

- Aufklärung über Kosten 01
Aufklärung über anderes 02
Fürsorgerische Freiheitsentziehung 03
Infrastruktur 04
Kommunikationsstörung (z.B. im Sinne von den Patienten
nicht ernst nehmen) 05
Komplikationen im Zusammenhang mit einer Behandlung 06
Patientenrechte (z.B. Handhabung der Daten) 07
Rechnung(en) 08
Verdacht auf Behandlungsfehler 09
Verdacht auf Diagnosefehler 10
Zeugnisse im Zusammenhang mit Kur / Rehabilitation 11
Zeugnisse im Zusammenhang mit Akut- vs. Langzeitpatient 12
andere Zeugnisse 13
Zwangsbehandlung 14
Zweitmeinung 15
anderes, nämlich 16

Anfragen zu Versicherungsproblematiken

- 17 Die Anfrage/Beschwerde betraf eine Problem im Zusammenhang mit

⇒ mehrere Antworten möglich

- Grundversicherung nach KVG 1
Grundversicherung nach Sparmodellen (z.B. Hausarztmodelle) 2
Zusatzversicherung/Privatversicherung 3 ambulanter Bereich ... 1
stationärer Bereich ... 2
Unfallversicherung nach KVG 4
Unfallversicherung nach UVG 5
IV, Militärversicherung 6
Taggeldversicherung 7
anderes, nämlich 8

18 Die Anfrage/Beschwerde betraf welche der folgende Problematik(en)?

⇒ mehrere Antworten möglich

- | | |
|--|------|
| Anerkennung der Arbeits(un)fähigkeit..... | □ 01 |
| Auskunft der Krankenversicherung..... | □ 02 |
| Franchise | □ 03 |
| Kostengutsprache..... | □ 04 |
| Kostenrückerstattung | □ 05 |
| Leistungen in einem anderen Kanton | □ 06 |
| Prämienhöhe..... | □ 07 |
| Problematik Einstufung Akutpatient/ Langzeitpatient..... | □ 08 |
| Selbstbehalt..... | □ 09 |
| Staatliche Prämienverbilligung | □ 10 |
| Unklarheiten der Rechnung(en) für Prämien | □ 11 |
| Versichertenrechte..... | □ 12 |
| Verweigerung der Zusatzversicherung | □ 13 |
| Vorbehalte bei der Zusatzversicherungen | □ 14 |
| Wechsel der Krankenkasse..... | □ 15 |
| anderes, nämlich | □ 16 |

Bemerkungen:

Rapport Final

« Evaluation des plaintes des patients et assurés »

Prise de position de la FRC

Nous saluons le fait que cette étude, réalisée sous la direction de l’Institut de médecine sociale et préventive, ait permis de réunir les expériences faites sur le terrain par l’Organisation suisse des patients, les Patientenstellen, Pro Mente sana et la Fédération romande des consommateurs. Par souci d’honnêteté intellectuelle, et parce que la FRC effectue depuis 40 ans des tests et enquêtes, il convient néanmoins de relever que la présente étude ne répond pas aux standards d’une enquête scientifique (pas de représentativité géographique valable). De même, la méthodologie pose un problème : remplir en 1998 des formulaires rédigés selon une systématique et des critères précis, sur la base de procès-verbaux effectués en 1995, rédigés selon une autre systématique, biaise à coup sûr les résultats. La comparaison statistique est également faussée (2704 cas en 1998 et 493 cas en 1995). Par ailleurs, la durée de l’enquête (8 juin – 15 novembre) n’est pas pertinente. Preuve en sont nos statistiques : du 8 juin au 15 novembre, 1008 cas enregistrés par la FRC ont été retenus pour la présente étude alors que nous atteignons 3'700 cas d’assurance-maladie/santé pour toute l’année 1998. Ces réserves étant exprimées, nous soulignons qu’une telle étude présente un intérêt évident car les associations qui ont fourni les données fonctionnent comme des détecteurs de pannes. Cette recherche constitue un **bon coup de sonde, une prise de température des problèmes d’application de la LAMal.**

CHANGEMENT DE CAISSE

Le présent rapport souligne clairement qu’en Suisse romande le problème du changement de caisse est très fréquent. En fait, il ne correspond pas aux mentalités car jusqu’en 1996 les assurés étaient « fidèles » à leur caisse. Le changement de caisse est la conséquence logique d’un levier formidable que la LAMal a mis dans les mains des assurés : le libre-passage d’une caisse à l’autre, quels que soient le sexe, l’âge et l’état de santé, sans aucune réserve possible.

Toutefois, le changement de caisse a été entravé par deux faits, dont l’un est très récent. La LAMal donne le droit de résilier en cas d’augmentation de la prime. Hélas, un arrêt du Tribunal fédéral des assurances (TFA) du 23.11.1998 va à l’encontre de la mobilité des assurés puisque toute augmentation de prime ne donne plus le droit de résilier. Pour l’assuré, une augmentation de prime signifie que le montant en francs, à payer, inscrit sur sa police a augmenté par rapport à l’année précédente. Ce n’est pas l’avis du TFA : pour lui, la prime, c’est le montant à payer, avant les réductions. Conséquence . les diminutions de réductions ne sont pas considérées comme des augmentations de primes donnant droit à résiliation immédiate. Les assureurs vont exploiter cette possibilité. Helsana l’a déjà prouvé : au lieu d’augmenter « bêtement » la prime des jeunes en formation et des enfants, cette caisse a tout simplement diminué les rabais. Ces augmentations de prime faites de manière déguisée ont révolté les assurés et la FRC a eu beaucoup de demandes à ce sujet, après le 15 novembre 1998 !

La mobilité des assurés est également entravée par les assureurs eux-mêmes, ce que nous dénonçons depuis longtemps : ils lient les « petites complémentaires » à l’assurance de base tout comme ils font dépendre l’octroi d’un rabais pour absence de prestation au fait que

l'assuré doit avoir l'assurance obligatoire et les assurances complémentaires auprès du même assureur.

FRANCHISE

En Suisse romande, cette étude l'a démontré, le seuil de douleur est atteint. Les familles ou les personnes seules n'arrivent plus à payer les primes et cherchent désespérément à les faire baisser. C'est ce qui explique qu'en Suisse romande le recours aux franchises à option est systématique. Les franchises élevées sont quasiment devenues un « must », une nécessité économique qui n'a plus rien à voir avec le choix délibéré de prendre en charge une plus grande partie des coûts que chacun génère.

Cette situation a posé deux problèmes dans nos bureaux FRC-Conseil (un dans chaque canton romand) et à la Permanence téléphonique : en cas de maladie, les assurés n'ont souvent pas l'argent de côté pour payer des franchises élevées. En cas de maternité, les femmes ne comprennent pas qu'elles doivent payer la franchise et la participation dès que leur grossesse n'est plus considérée comme « normale » mais assimilée à la maladie.

HAUTEUR DES PRIMES

Chaque assuré qui s'est adressé à la FRC a reçu, par localité, une comparaison personnalisée des primes de quinze assureurs, avec franchise légale et franchises à option. Ce service a été très apprécié et rendu possible grâce à la collaboration de la FRC et de Comparis. Toutes les demandes de comparaison personnalisées de primes (des milliers) n'ont pas été enregistrées pour la présente étude puisqu'il n'y avait pas de rubrique « hauteur des primes » dans le questionnaire de l'IMSP.

SUBVENTIONS A LA REDUCTION DES PRIMES

Les démarches pour obtenir des subventions sont différentes d'un canton à l'autre. Il en va de même du calcul du revenu déterminant, de la prise en compte de la fortune et des déductions pour enfants. C'est pourquoi la FRC a systématiquement renvoyé les assurés aux services cantonaux respectifs pour le calcul du revenu déterminant donnant droit aux subventions.

Les cantons romands utilisent tous l'entier des subventions fédérales pour abaisser les primes. Le canton de Vaud a voulu faire des économies mais il est revenu en arrière, grâce entre autres à une intervention énergique de la FRC auprès des parlementaires vaudois.

REFUS DE REMBOURSER DE LA PART DES ASSUREURS

La FRC a constaté une nette augmentation des cas, comme le prouve l'étude. Le catalogue des prestations est certes identique d'un assureur à l'autre et la transparence est ainsi garantie. La loi présente cependant des failles que les assureurs exploitent. Cette situation a amené la FRC à porter plusieurs litiges jusqu'au Tribunal fédéral des assurances. La procédure est simple, rapide et gratuite mais nos forces de travail sont hélas limitées et nous n'arrivons pas à saisir les tribunaux pour tous les cas qui mériteraient d'aller en justice.

ASSURANCE DE BASE/ASSURANCES COMPLEMENTAIRES

Les 3'700 cas que nos bureaux ont enregistrés en 1998 prouvent que les assurés n'ont pas compris la séparation de l'assurance de base, régie par la LAMal, des assurances complémentaires, régies par la LCA. Ils sont encore visiblement dans l'ancien droit.

Ce sont surtout les assurés âgés qui sont les victimes de ce changement de régime juridique et qui se plaignent de perdre leurs « droits acquis ». Lorsqu'ils étaient jeunes, ils ont fait preuve

de solidarité face à leurs aînés et découvrent avec stupeur que cette solidarité n'existe plus. La conséquence de cette désolidarisation est simple : les primes, fixées en fonction du risque pur, deviennent insupportables et les obligent à abandonner les assurances complémentaires au moment précis où ils en ont besoin. Le passage brutal d'un système à l'autre a engendré beaucoup de révolte et de frustration.

La FRC vient de réaliser une enquête qui prouve que la plupart des assureurs, et surtout les grandes caisses, calculent maintenant leurs primes en fonction de l'âge effectif (risque pur) et non plus en fonction de l'âge d'entrée dans la caisse. Il nous apparaît indispensable de réintroduire cette solidarité, non pas pour sauvegarder les intérêts d'une minorité qui peut s'offrir des assurances complémentaires, mais pour préserver les intérêts de toute une classe moyenne qui a « investi » dans la santé. C'est pourquoi le conseiller national Rémy Scheurer, d'entente avec la FRC, a déposé une initiative parlementaire visant à modifier la LCA et à obliger tous les assureurs à tenir compte, pour le calcul de leurs primes, de l'âge d'entrée dans la caisse. La LCA appliquée à la santé a déjà fait beaucoup de dégâts. Il convient d'y réintroduire de la solidarité, avant qu'il ne soit trop tard.

ASSURANCE PERTE DE GAIN

Malgré le peu d'appels reçus, nous avons eu quelques cas « lourds » qui nous autorisent à dire que l'assurance facultative perte de gain telle qu'elle est prévue par la LAMal est absolument inopérante. Les assureurs offrent des montants qui ne correspondent à aucune réalité (30 francs, au mieux et au maximum 80 francs) lorsqu'il faut nourrir une famille. Pour le surplus, il faut s'assurer en LCA, ce qui signifie pour certains assurés, des primes inabordables. La FRC milite pour une assurance perte de gain LAMal obligatoire.

* * *

Nous avons relaté ici les problèmes principaux rencontrés par les assurés depuis l'introduction de la LAMal, problèmes que le présent rapport a d'ailleurs bien mis en évidence. Il nous paraît largement souhaitable de poursuivre cette évaluation des plaintes des patients et assurés en améliorant cet outil de travail.

- Tout d'abord, le recensement des cas devrait s'étendre sur l'année entière. Le 15 novembre n'est en tout cas pas une bonne date puisque certaines caisses communiquent leurs primes à mi-novembre ! (se référer aussi au jugement du TFA du 23.11.1998).
- Ensuite, certains termes devraient être clarifiés, celui du « droit des assurés » par exemple. Nos informatrices ont estimé que tous les cas concernaient automatiquement les droits des assurés. Comme plusieurs réponses étaient possibles, elles n'ont pas coché cette case et, de ce fait, paradoxalement, l'étude ne fait état de questions concernant les droits des assurés qu'en Suisse alémanique !

Nous remercions vivement l'IMSP et l'OFAS de nous avoir donné l'occasion de collaborer à cette étude dont le but final est de confirmer, par notre expérience quotidienne sur le terrain, où et pourquoi les assurés rencontrent des difficultés. Identifier les problèmes, c'est déjà en partie les résoudre !

Nous nous permettons une dernière remarque. La FRC reçoit des plaintes des assurés grâce aux réactions des lecteurs aux articles qu'elle publie dans son journal *J'Achète mieux* (40'000 exemplaires), grâce à sa Permanence téléphonique, ouverte cinq jours sur cinq, matin et après-midi, grâce à ses huit bureaux FRC-Conseil dans tous les cantons romands, qui reçoivent les assurés en consultation. Nous touchons ainsi un large public et n'avons qu'un regret : nos

services sont hélas payants car nous n'arrivons plus à financer une tâche d'intérêt public - l'aide aux assurés - qui répond à un véritable besoin, avec nos seules cotisations de membres. En faisant payer nos services, même modestement, nous mettons une barrière financière à l'accès à notre aide, contre notre gré. La qualité de nos services et leur utilité est largement reconnue, mais honorée d'aucun soutien financier !

2.3.1999

Projekt "Evaluation von Patientenbeschwerden": Kommentar von Pro Mente Sana

1. Welche allfälligen Mängel, die im Zusammenhang mit dem KVG stehen könnten, werden durch die Ergebnisse der Untersuchung erhärtet?
 - a) Auffällig ist der Umstand, dass nach Inkrafttreten des KVG eine markante Zunahme von Anfragen, die im Zusammenhang mit einer Zusatzversicherung stehen, stattgefunden hat. Diese Zunahme ist zweifellos eine Folge der Unterstellung des Bereiches der Zusatzversicherungen unter das VVG. Die damit verbundene Deregulierung konfrontiert zahlreiche Versicherte mit grossen Problemen:
 - Die Einführung von risikogerechten Prämien führt zu massiven Prämienhöhungen und faktisch zum Ausschluss von schlechten Risiken aus der Versicherung
 - Die Entsolidarisierung bei den Zusatzversicherungen hat teilweise einen schleichen- den Leistungsabbau zur Folge. Es gibt Spitalzusatzversicherungen, die bei psychiatri- schen Klinikaufenthalten nur noch ungenügende oder gar keine Leistungen mehr erbringen, was zu einer Diskriminierung von Versicherten führt, die psychisch erkranken.
 - Die freiwillige Krankentaggeldversicherung gemäss KVG kommt nicht zum Tragen, da keine gesetzliche Pflicht zur Versicherung eines minimalen Taggeldes besteht. Ein Taggeld in vernünftiger Höhe wird nur noch durch Zusatzversicherung gemäss VVG angeboten. Die rigide Risikoselektion in diesem Bereich (Ausschluss von Versicherten bzw. Vorbehalte) führt zu Beschwerden.
 - b) Das Thema der Einstufung Akut-/Langzeitpatienten taucht 1998 erstmals in der Statistik der Anfragen auf. Wir gehen dabei davon aus, dass es sich bei den erfassten Anfragen vor allem um Fälle von psychiatrischen Klinikaufenthalten handelt, was damit zusammen- hängt, dass dort die durchschnittliche Verweildauer deutlich länger ist als in Akut-Spitä- lern. Das Ausmass der Problematik wird statistisch durch die fünf erfassten Beschwerden nur ungenügend gespiegelt. Laut Aussagen der Vereinigung Schweizerischer Psychiatri- scher Chefarzte (SVPC) handelt es sich um ein Problem, mit dem praktisch alle psychia- trischen Kliniken in zahlreichen Fällen konfrontiert sind. Dass ein grosser Teil der Psych- iatriepatientinnen und -patienten nicht in der Lage ist, sich gegen Leistungsverweigerun- gen der Krankenkassen zur Wehr zu setzen, erklärt den Unterschied zwischen dem von uns wahrgenommenen Ausmass des Problems und diesem statistischen Bild. Die Ent- wicklung muss geradezu als paradox bezeichnet werden, weil mit dem neuen KVG die unbeschränkte Leistungsdauer bei Spitalaufenthalt eingeführt und die Aussteuerung nach 720 Spitaltagen abgeschafft wurde.
 - c) Dass bei den Anfragen das Problem der Prämienhöhe an zweiter Stelle steht, weist darauf hin, dass einerseits die finanzielle Belastung durch die Kopfprämien für grosse Teile der Bevölkerung die Grenze des Zumutbaren überschritten hat und anderseits das System der Prämienverbilligung nur unzureichend funktioniert.

2. Welche allfälligen Mängel werden Ihrer Meinung nach durch die Ergebnisse der Untersuchung nicht aufgezeigt? Welche Gründe könnten dafür ausschlaggebend sein?

Leider zeigt die Untersuchung zu wenig auf, bei welcher Art von Leistungen Probleme entstanden sind. Die Kategorien Kostenrückerstattung und Kostengutsprache sind zwar weiter aufgeschlüsselt, die entsprechenden Angaben sind jedoch zu allgemein. Es wäre wichtig zu wissen, bei welchen medizinischen Leistungen, bei welchen Operationen etc. Probleme auftauchen. Falls das Projekt fortgesetzt wird, wäre hier eine weitere Differenzierung sinnvoll.

Aus unserer Sicht bringt die Studie insbesondere die unbefriedigende Situation bei den nichtärztlichen Psychotherapien zu wenig zum Ausdruck. Die von Bundesrat und Parlament mit der Einführung des neuen KVG in Aussicht gestellte Kostenübernahme von nichtärztlichen Psychotherapie im Rahmen der Grundversicherung ist nach wie vor nicht realisiert. Diese Versicherungslücke hat dazu geführt, dass zahlreiche psychisch kranke Versicherte die nötige Psychotherapie abbrechen mussten oder sie gar nicht anfangen konnten. Bereits vor Beginn der Studie sind bei unserer Stiftung zu diesem Thema rund 80 Protestschreiben eingegangen.

3. Welche Empfehlungen für Verbesserungen können aus den Ergebnissen der Untersuchung sowie anhand Ihrer Erfahrungen als Experte formuliert werden?
 - a) Das Finanzierungssystem der Grundversicherung sollte überdacht werden. Das System der Kopfprämien ist unsocial und führt vor allem für junge Familien zu einer finanziellen Belastung, die kaum noch tragbar ist. Das bestehende Prämienverbilligungssystem ist zu kompliziert und entlastet den unteren Mittelstand nicht in genügendem Umfange.
 - b) Der Umstand, dass bei Grundversicherten nur innerhalb der Kantongrenzen die freie Spitalwahl besteht, ist für viele Versicherte schikanös und verunmöglicht eine sinnvolle Spitalplanung. In der Grundversicherung sollte für die allgemeine Abteilung die freie Spitalwahl für die ganze Schweiz (Einführung von interkantonalen Spitalregionen) eingeführt werden.
 - c) Im Leistungsbereich der Grundversicherung gibt es aus Sicht der psychisch erkrankten Versicherten zwei Problembereiche, für die eine Lösung gefunden werden sollte:
 - Die Zulassung von qualifizierten nichtärztlichen PsychotherapeutInnen ist von hoher Dringlichkeit, da allein mit dieser Massnahme eine ausreichende Versorgung von Menschen mit psychischen Krankheiten gewährleistet werden kann.
 - Die Hospitalisierungsbedürftigkeit von Psychiatriepatienten wird in einzelnen kantonalen Tarifverträgen und von etlichen Krankenkassen bereits nach kurzen Spitalaufenthalten aberkannt, was zu voreiligen Klinikaustritten und zu einer Verstärkung des Drehtüreffektes in der Psychiatrie verfügt. Diese unheilvolle Entwicklung sollte mit geeigneten Massnahmen behoben werden.

- d) Infolge der Deregulierung hat im Bereich der Zusatzversicherungen ein Entsolidarisierung stattgefunden, die in diesem Ausmass von der grossen Mehrheit der Versicherten nicht erwartet worden ist und von einer breiten Bevölkerung nicht verstanden wird. Durch die Einführung von minimalen Spielregeln sollte das Problem entschärft werden.
- e) Die freiwillige Krankentaggeldversicherung gemäss KVG bleibt wirkungslos und sollte durch eine obligatorische Krankentaggeldversicherung für Arbeitnehmer ersetzt werden.

21. Januar 1999/Jürg Gassmann



Krank

und
nicht mehr
ausgeliefert

PATIENTENSTELLE

Postgebäude Schaffhauserplatz

Postfach, 8042 Zürich, PC 80-18530-5

Mo bis Do 13 - 18 Uhr

Tel. 01/361 92 56

Fax. 01/361 94 34

Projekt "Evaluation von Patientenbeschwerden"

1. Welche Mängel werden durch die Ergebnisse der Untersuchung erhärtet?

Dass es in der Grundversicherung bei gleicher Leistung so unterschiedliche Prämien gibt ist störend. Durch die Freizügigkeit können die Kassen beliebig gewechselt werden, somit entsteht ein enormer administrativer Aufwand. Dass die Zusatzversicherung im VVG geregelt wird muss als Mangel gesehen werden. Der Prämienanstieg in diesem Bereich ist enorm und gegenüber den langjährigen Versicherten ungerecht. Besonders betroffen sind hier auch die Frauen, die oft mit Vorbehalten rechnen müssen oder im höheren Alter enorme Prämienzuschläge erhalten.

2. Welche Mängel wurden in der Untersuchung nicht aufgezeigt?

Nicht aufgezeigt wird, die Rolle der Kassen bei der Kontrolle von Rechnungen. Auch dass die Kassen oft mit den Rückerstattungen zu lange zuwarten geht aus der Umfrage nicht hervor. Nicht ersichtlich ist, dass die Kassen offensichtlich Probleme mit der Administration haben. Viele MitarbeiterInnen sind schlecht ausgebildet oder überfordert und geben dementsprechend Auskünfte, sodass die Mitglieder oft nur als Störfaktor anstatt als zahlende Kunden wahrgenommen werden. Die Problematik mit der von Kanton zu Kanton unterschiedlichen Vorgehensweise für Subventionsbeiträge geht aus der Studie zu wenig hervor.

3. Welche Empfehlungen für Verbesserungen können aus den Untersuchungsergebnissen abgeleitet werden?

Prämienerhöhungen in den Zusatzversicherungen dürfen nicht willkürlich geschehen und dürfen nicht einseitig verteilt werden. Das heisst gerechtere Verteilung der Risiken. Langjährige Mitglieder einer Zusatzversicherung benötigen einen gewissen Schutz vor unmässigen Prämienerhöhungen. In der Grundversicherung sollte eine möglichst ausgeglichene Anpassung der Prämien in der ganzen Schweiz angestrebt werden. Kostenrückerstattungen müssen innerhalb einer angemessenen Frist erfolgen. Für Subventionsbeiträge sollte eine einheitliche Regelung gefunden werden.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass auf unserer Stelle die Anfragen im Zusammenhang mit Leistungserbringern nicht abgenommen haben. Nach wie vor stehen die Anfragen im Zusammenhang mit möglichen Behandlungsfehlern und Kommunikationsstörungen im Vordergrund. Der Anteil von 2/3 Frauen und 1/3 Männer entspricht unserer Erfahrung. Frauen werden öfter als Männer mit ihren Beschwerden nicht ernst genommen, daraus können Fehlbehandlungen resultieren. Wie schon oben erwähnt, werden Frauen im höheren Alter mit sehr hohen Prämien belastet und es werden mehr Vorbehalte angebracht. Dass die Anfragen bezüglich Privatversicherungen stiegen, muss im Zusammenhang mit den hohen Prämien gesehen werden. Der Rückgang der Anfragen 1998 bei der Grundversicherung ist im Zusammenhang mit der Aufhebung der Aussteuerung nach 720 Tagen Krankheit und der Aufhebung der Vorbehalte in dieser Versicherung zu sehen.

Trotz einem Aufwand haben wir gerne an dieser Studie mitgearbeitet und für unsere Arbeit profitiert. Wir sind auch in Zukunft bereit, unsere Unterstützung für allfällige weitere Umfragen anzubieten, die zu einer Verbesserung der allseits bekannten gesundheitspolitischen Probleme beitragen könnten.

BSV-Wirkungsanalyse der Publikumsanfragen bei Beratungsstellen

Kurzkommentar der SPO, M. Bossart

Grundsatz:

Die SPO ist dankbar, dass das BSV ihren Vorschlag aufgegriffen hat und die Patientenprotokolle unter Begleitung des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich standardisiert auswerten liess. Die Auswertung zeigt: Im Vergleich mit den anderen Sozialversicherungen bietet die Krankenversicherung am meisten Probleme.

Wir weisen darauf hin, dass die Auswertung seismographischen Charakter haben: Erfasst wurden nur jene Ratsuchenden, die unsere Beratungsstellen überhaupt kannten und trotz der meist besetzten Linien ihr Problem überhaupt deponieren konnten.

Unabhängig von den wertvollen Dienstleistungen des Ombudsmans der Krankenversicherung scheint uns der Bedarfsnachweis nach unabhängiger Beratung und Information durch Patienten- und Versicherten-Organisationen erbracht. Dies sollte im Rahmen der Teilrevision (Art. 23a) vom Parlament berücksichtigt werden.

Stellungnahme zur Auswertung des ISPM

Die Krankenversicherung bietet für alle Kreise der Bevölkerung Probleme. Die in der Krankenversicherungen eingebauten Solidaritäten beinhalten somit auch die Herausforderung, geeignete Problemlösungen anzubieten, damit nicht eine Bevölkerungsgruppe grössere Schwierigkeiten hat als die andere.

Solidarität Gesunde - Kranke

Die Anfragen beziehen sich auf die Krankenkassen

- als **Versicherer** (Bsp. Prämienhöhe, Kassenwechsel) und
 - als **Kostenträger** (Versicherter ist Patient geworden, Bsp. Kostengutsprache).
- Beides ist insofern verknüpft, als die Versicherten bei gleicher Prämie jene Kasse bevorzugen, die qualitativ gut arbeitet. Weil Standards und objektive Ratings weitgehend fehlen, wird die gute Wahl dem Zufall überlassen. Die Visana hat hier Oel ins Feuer geschüttet. Die Beratung kann den Versicherten kaum weiterhelfen.

Konsequenz: Klare Vorgaben des BSV über KK-Standards und Ratings bei den gesetzlich vorgeschriebenen Dienstleistungen gegenüber den Versicherten mit BSV-Unterstützung wären in der Beratung sehr wünschbar.

Solidarität Junge / Alte

Ueberdurchschnittlicher Informationsbedarf der Älteren zeigt, dass sich diese sehr wohl mit der neuen Krankenversicherung auseinandersetzen, aber öfters damit nicht zur Rande kommen.

Konsequenz: Klare Problemlösungen aufzeigen, gezielte Kommunikationskanäle nutzen (z.B. Seniorenzeitungen und Beratungsstellen Pro Senectute); Berücksichtigung der Tatsache, dass mit zunehmendem Alter die Inanspruchnahme von Kassenleistungen steigt und die Verunsicherung sich diesbezüglich vergrössert.

Solidarität Männer / Frauen

Das Verhältnis der Ratsuchenden nach Geschlecht (1/3 Männer, 2/3 Frauen) entspricht den jahrelang registrierten Anteilen. Signifikant sind die Probleme jüngerer Frauen mit der Zusatzversicherung. Die Auswertung könnte auch indizieren, dass Frauen von den Kassen weniger kulant behandelt werden als Männer (häufiger Wunsch nach Kassenwechsel infolge grösserer Probleme mit der Kasse als Kostenträger)

Konsequenz: Kulanz der Kassen abklären; in der Zusatzversicherung Rahmenbedingungen auf gesetzlichem Weg einbauen.

Grundversicherung / Zusatzversicherung

Wird von der Bevölkerung noch immer als Zwilling registriert, da der Krankheitsfall im Mittelpunkt der Befindlichkeit steht und nicht die Trennung des Versicherungsschutzes. Hinzu kommen Ansprüche auf wohlerworbene Rechte durch jahrelange Beitragszahlungen. Die Krise der Zusatzversicherung bestätigt unsere seinerzeitige Warnung, dass das Parlament über den gesunden Menschenverstand hinweg politisierte.

Die goldenen Fesseln sind gleichwohl manifest. Schadenfreiheitsrabatt wird beispielsweise nur gewährt, wenn der/die Versicherte bei der gleichen Kasse grund- und zusatzversichert ist. Kommt hinzu, dass viele befürchten, die Abrechnungsmodalitäten bei Trennung von Grund- und Zusatzversicherung würden im Krankheitsfall zu kompliziert.

Konsequenz: Sachverhalte evaluieren auf die Berechtigung der Befürchtungen; soweit möglich Richtlinien erlassen, nötigenfalls auf gesetzlichem Weg mehr Rechtssicherheit schaffen.

Deutschschweiz / Westschweiz

Die SPO hat bereits anlässlich ihrer Hotline für den Prämiengipfel vom 20.2.1998 festgestellt, dass markante Unterschiede hinsichtlich Anfragen zwischen Deutsch- und Westschweiz bestehen. Dies bestätigt die Auswertung. Die Fragen in der Westschweiz gelten vor allem den Krankenkassen als Versicherer. In der deutschen Schweiz ist zu berücksichtigen, dass immerhin 25 % der Probleme die Krankenkasse als Kostenträger betreffen (Versicherter als Patient). Die BSV-Broschüre „Die obligatorische Krankenversicherung kurz erklärt“ hat den Beratungsstellen wesentliche Erleichterung gebracht. Spezifische Fragestellungen (z.B. Tarifschutz) verlangen aber nach aktuellen konkreten Problemlösungen seitens des BSV, die von den Beraterinnen weitervermittelt werden können.

Konsequenz: Weiterführen der Evaluation und kontinuierliche Auwertung, um situationsgerechte Problemlösungen herbeiführen zu können.

Beiträge zur sozialen Sicherheit

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

Aspects de la sécurité sociale

Sous ce titre, l'Office fédéral des assurances sociales publie des rapports de recherche (signalés en gras) ainsi que d'autres contributions relevant de son champ d'activité. Ont déjà été publiés:

Aspetti della sicurezza sociale

Sotto questo titolo, l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali pubblica dei rapporti di ricerca (segnalati in grassetto) nonché altri contributi inerenti alla sua sfera d'attività. La maggior parte dei rapporti appare in tedesco e in francese.

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Wolfram Fischer, Möglichkeiten der Leistungsmessung in Krankenhäusern: Überlegungen zur Neugestaltung der schweizerischen Krankenhausstatistik. Nr. 1/94	EDMZ* 318.010.1/94 d
Rapport de recherche: Wolfram Fischer, Possibilités de mesure des Prestations hospitalières: considérations sur une réorganisation de la statistique hospitalière. N° 1/94	OCFIM* 318.010.1/94 f
Rapport de recherche: André Bender, M. Philippe Favarger, Dr. Martin Hoesli: Evaluation des biens immobiliers dans les institutions de prévoyance. N° 2/94	OCFIM* 318.010.2/94 f
Forschungsbericht: Hannes Wüest, Martin Hofer, Markus Schweizer: Wohneigentumsförderung – Bericht über die Auswirkungen der Wohneigentumsförderung mit den Mitteln der beruflichen Vorsorge. Nr. 3/94	EDMZ* 318.010.3/94 d
Forschungsbericht: Richard Cranovsky: Machbarkeitsstudie des Technologiebewertungsregister. Nr. 4/94	EDMZ* 318.010.4/94 d
Forschungsbericht: BRAINS: Spitex-Inventar. Nr. 5/94	EDMZ* 318.010.5/94 d
Rapport de recherche: BRAINS: Inventaire du Spitex. N° 5/94	OCFIM* 318.010.5/94 f
Forschungsbericht: Jacob van Dam, Hans Schmid: Insolvenzversicherung in der beruflichen Vorsorge. Nr. 1/95	EDMZ* 318.010.1/95 d

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

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

* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna

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

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

** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source Nº de commande
Forschungsbericht: BASS: Tobias Bauer. Literaturrecherche: Modelle zu einem garantierten Mindesteinkommen. Nr. 2/95	EDMZ* 318.010.2/95 d
Forschungsbericht: IPSO: Peter Farago. Verhütung und Bekämpfung der Armut: Möglichkeiten und Grenzen staatlicher Massnahmen. Nr. 3/95	EDMZ* 318.010.3/95 d
Rapport de recherche: IPSO: Peter Farago. Prévenir et combattre la pauvreté: forces et limites des mesures prises par l'Etat. N° 3/95	OCFIM* 318.010.3/95 f
Bericht des Eidgenössischen Departementes des Innern zur heutigen Ausgestaltung und Weiterentwicklung der schweizerischen 3-Säulen-Konzeption der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge. Oktober 1995	EDMZ* 318.012.1/95 d
Rapport du Département fédéral de l'intérieur concernant la structure actuelle et le développement futur de la conception helvétique des trois piliers de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité. Octobre 1995	OCFIM* 318.012.1/95 f
Rapporto del Dipartimento federale dell'interno concernente la struttura attuale e l'evoluzione futura della concezione svizzera dei 3 pilastri della previdenza per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità. Ottobre 1995	UCFSM* 318.012.1/95 i
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil I	BSV** 96.217
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil II	BSV** 96.538
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen" (IDA FiSo 1): Bericht über die Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (unter besonderer Berücksichtigung der demographischen Entwicklung). Nr. 1/96	EDMZ* 318.012.1/96 d
Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales" (IDA FiSo): Rapport sur les perspectives de financement des assurances sociales (eu égard en particulier à l'évolution démographique). N° 1/96	OCFIM* 318.012.1/96 f
Forschungsbericht: Laura Cardia-Vonèche et al.: Familien mit alleinerziehenden Eltern. Nr. 1/96	EDMZ* 318.010.1/96 d
Rapport de recherche: Laura Cardia-Vonèche et al.: Les familles monoparentales. N° 1/96	OCFIM* 318.010.1/96 f
Bericht der Arbeitsgruppe "Datenschutz und Analysenliste / Krankenversicherung". Nr. 2/96	BSV** 96.567
Rapport du groupe de travail "Protection des données et liste des analyses / assurance-maladie". N° 2/96	OFAS** 96.568

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

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

* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna

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

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

** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source Nº de commande
Berufliche Vorsorge: Neue Rechnungslegungs- und Anlagevorschriften; Regelung des Einsatzes der derivativen Finanzinstrumente; Verordnungstext / Erläuterungen / Fachempfehlungen. Nr. 3/96	EDMZ* 318.010.3/96 d
Prévoyance professionnelle: Nouvelles prescriptions en matière d'établissement des comptes et de placements. Réglementation concernant l'utilisation des instruments financiers dérivés. Texte de l'ordonnance / commentaire / recommandations. Nº 3/96	OCFIM* 318.010.3/96 f
Previdenza professionale: Nuove prescrizioni in materia di rendiconto e di investimenti. Regolamentazione concernente l'impiego di strumenti finanziari derivati. N° 3/96	UCFSM* 310.010.3/96 i
Forschungsbericht: Martin Wechsler, Martin Savioz: Umverteilung zwischen den Generationen in der Sozialversicherung und im Gesundheitswesen. Nr. 4/96	EDMZ* 318.010.4/96 d
Forschungsbericht: Wolfram Fischer: Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich. Nr. 1/97	EDMZ* 318.010.1/97 d
Forschungsbericht: Infras: Festsetzung der Renten beim Altersrücktritt und ihre Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung. Überblick über die Regelungen in der EU. Nr. 2/97	EDMZ* 318.010.2/97 d
Forschungsbericht: Heinz Schmid: Prämien genehmigung in der Krankenversicherung. Expertenbericht. Nr. 3/97	EDMZ* 318.010.3/97 d
Rapport de recherche: Heinz Schmid: Procédure d'approbation des primes dans l'assurance-maladie. Expertise. Nº 3/97	OCFIM* 318.010.3/97 f
Forschungsbericht: Eine Zusammenarbeit zwischen IPSO und Infras: Perspektive der Erwerbs- und Lohnquote. Nr. 4/97	EDMZ* 318.010.4/97 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher, BASS: Auswirkungen von Regelungen des AHV-Rentenalters auf die Sozialversicherungen, den Staatshaushalt und die Wirtschaft. Nr. 5/97	EDMZ* 318.010.5/97 d
Forschungsbericht: Günther Latzel, Christoph Andermatt, Rudolf Walther, BRAINS: Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit. Band I und II. Nr. 6/97	EDMZ* 318.010.6/97 d

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

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

* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna

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

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

** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source Nº de commande
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (IDA FiSo) 2": Analyse der Leistungen der Sozialversicherungen; Konkretisierung möglicher Veränderungen für drei Finanzierungsszenarien.	EDMZ* 318.012.1/97 d
Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales (IDA FiSo) 2": Analyse des prestations des assurances sociales; Concrétisation de modifications possibles en fonction de trois scénarios financiers.	OCFIM* 318.012.1/97 f

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

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

* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna

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

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

** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

		Bezugsquelle Bestellnummer Source Nº de commande
Publikationen zur Untersuchung "Neue Formen der Krankenversicherung"		
Publications relatives à l'étude des nouvelles formes d'assurance-maladie		
Übersicht – Synthèse		
Forschungsbericht: Rita Baur, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpf, Johannes Stock (Prognos AG): Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. Synthesebericht. Nr. 1/98	EDMZ*	318.010.1/98 d
Rapport de recherche: Rita Baur, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpf, Johannes Stock (Prognos AG): Rapport de synthèse: Evaluation des nouveaux modèles d'assurance-maladie. N° 1/98	OCFIM*	318.010.1/98 f
Materialienberichte / Befragungen – Dossiers techniques / Enquêtes		
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Die Wahl der Versicherungsformen. Untersuchungsbericht 1. Nr. 2/98	EDMZ*	318.010.2/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Bewertung der ambulanten medizinischen Versorgung durch HMO-Versicherte und traditionell Versicherte. Untersuchungsbericht 2. Nr. 3/98	EDMZ*	318.010.3/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Selbstgetragene Gesundheitskosten. Untersuchungsbericht 3. Nr. 4/98	EDMZ*	318.010.4/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Armin Ming, Johannes Stock, Peter Lang (Prognos AG): Struktur, Verfahren und Kosten der HMO-Praxen. Untersuchungsbericht 4. Nr. 5/98	EDMZ*	318.010.5/98 d
Forschungsbericht: Johannes Stock, Rita Baur, Peter Lang (Prognos AG); Prof. Dr. Dieter Conen: Hypertonie-Management. Ein Praxisvergleich zwischen traditionellen Praxen und HMOs. Nr. 6/98	EDMZ*	318.010.6/98 d
Materialienberichte – Dossiers techniques		
Forschungsbericht: Stefan Schütz et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Versicherte, Leistungen, Prämien und Kosten. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 1. Teil. Nr. 7/98	EDMZ*	318.010.7/98 d
Forschungsbericht: Herbert Känzig et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Alters- und Kostenverteilungen im Vergleich zu der traditionellen Versicherung. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 2. Teil. Nr. 8/98	EDMZ*	318.010.8/98 d
Rapport de recherche: Gabriel Sottas et al.: Données administratives de l'assurance-maladie: Analyse de qualité, statistique élémentaire et base pour les exploitations. N° 9/98	OCFIM*	318.010.9/98 f
Die Fragebogen der Versichertenbefragung (5 Teile) sind erhältlich bei: Bundesamt für Sozialversicherung, Sektion Statistik, Hr. Herbert Känzig, 3003 Bern (Tel. 031 / 322 91 48)		

*EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

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

*UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna

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

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

** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Tobias Bauer, (BASS): Kinder, Zeit und Geld. Eine Analyse der durch Kinder bewirkten finanziellen und zeitlichen Belastungen von Familien und der staatlichen Unterstützungsleistungen in der Schweiz Mitte der Neunziger Jahre. Nr. 10/98	EDMZ* 318.010.10/98 d
Forschungsbericht: Tobias Bauer (BASS): Auswirkungen von Leistungsveränderungen bei der Arbeitslosenversicherung. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 11/98	EDMZ* 318.010.11/98 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS): Auswirkungen von Leistungsveränderungen bei der Witwenrente. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 12/98	EDMZ* 318.010.12/98 d
Forschungsbericht: André Müller, Felix Walter, Renger van Nieuwkoop (ECOPLAN); Stefan Felder: Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen. DYNASWISS – Dynamisches allgemeines Gleichgewichtsmodell für die Schweiz. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr.13/98	EDMZ* 318.010.13/98 d
Forschungsbericht: S.P. Mauch, R. Iten, S. Banfi, D. Bonato, T. von Stokar (INFRAS); B. Schips, Y. Abrahamsen (KOF/ETH): Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen. Schlussbericht der Arbeitsgemeinschaft INFRAS/KOF. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 14/98	EDMZ* 318.010.14/98 d
Forschungsbericht: Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe (BFS): Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens. Bericht im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG. Nr. 15/98	EDMZ* 318.010.15/98 d
Rapport de recherche: Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe (OFS): Les effets de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie dans le financement du système de santé. Rapport établi dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal. N° 15/98	OCFIM* 318.010.15/98 f
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber), Forum 1998 über das Rentenalter / sur l'âge de la retraite. Die Referate / Les exposés des conférenciers (April/avril 1998), Nr. 16/98	EDMZ* 318.010.16/98 df
Forschungsbericht: Robert E. Leu, Stefan Burri, Peter Aregger: Armut und Lebensbedingungen im Alter. Nr. 17/98	EDMZ* 318.010.17/98 d
Prof. Dr. Thomas Koller: Begünstigtenordnung zweite und dritte Säule. Gutachten. Nr. 18/98	EDMZ* 318.010.18/98 d
Prof. Dr. Thomas Koller: L'ordre des bénéficiaires des deuxième et troisième piliers. Rapport d'expertise. N° 18/98	OCFIM* 318.010.18/98 f

*EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

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

*UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna

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

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

** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Mikroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. INFRAS. Nr. 19/98 d	EDMZ* 318.010.19/98 d
Rapport de recherche: INFRAS: Effets microéconomiques de la 1 ^{re} révision de la LPP. Rapport final N° 19/98	OCFIM* 318.010.19/98 f
Forschungsbericht: Makroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. KOF/ETHZ, Zürich. Nr. 20/98 d	EDMZ* 318.010.20/98 d
Rapport de recherche: KOF/ETHZ: Effets macroéconomiques de la 1 ^{re} révision de la LPP. Rapport final N° 20/98	OCFIM* 318.010.20/98 f
Forschungsbericht: Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen; Dr. Andreas Balthasar; Interface Institut für Politikstudien; Nr. 21/98 d	EDMZ* 318.010.21/98 d
Rapport de recherche: Dr. Andreas Balthasar (Interface Institut d'études politiques): Efficacité sociopolitique de la réduction de primes dans les cantons. N° 21/98	OCFIM* 318.010.21/98 f
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS): Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung. Nr. 1/99	EDMZ* 318.010.1/99 d
Forschungsbericht: Kurzfassung von 1/99. Nr. 2/99	EDMZ* 318.010.2/99 d
Rapport de recherche: Condensé du n° 1/99. N° 2/99	OCFIM* 318.010.2/99 f
Rapport de recherche: Institut de santé et d'économie ISE en collaboration avec l'Institut du Droit de la Santé IDS: Un carnet de santé en Suisse? Etude d'opportunité. N° 3/99	OCFIM* 318.010.3/99 f
Forschungsbericht: Inhaltsanalyse von Anfragen bei PatientInnen- und Versichertenorganisationen. Dr. med. Karin Faisst MPH, Dr. med. Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich. Nr. 4/99	OCFIM* 318.010.4/99 d

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

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

* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna

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

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

** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna