



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

***Monitoring 2001
von Anfragen an PatientInnen-
und Versichertenorganisationen***

Forschungsbericht Nr. 2/02

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN

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/-in: Ueli Zellweger, Karin Faisst
Institut für Sozial- und Präventivmedizin
der Universität Zürich
Sumatrastrasse 30
8006 Zürich
Tel. 01 634 46 03
E-mail: uzellweg@ifspm.unizh.ch

Auskünfte: Martin Wicki
Bundesamt für Sozialversicherung
Seilerstrasse 8
3003 Bern
Tel. 031/322 90 25
E-mail: martin.wicki@bsv.admin.ch

ISBN: 3-905340-54-2

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.

Vertrieb: BBL, Vertrieb Publikationen, CH-3003 Bern
www.bbl.admin.ch/bundespublikationen

Bestellnummer: 318.010.2/02 d 11.02 250

Monitoring 2001

von Anfragen an PatientInnen- und Versichertenorganisationen

Erarbeitet im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung

Ueli Zellweger, lic. phil.; Dr. med. Karin Faisst, MPH
Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich,
Sumatrastr. 30, 8006 Zürich
Tel: 01 634 46 03 Fax: 01 634 49 62

Zürich, Oktober 2002

Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherung

Bereits zum dritten Mal wurden 2001 die Anfragen von Versicherten und Patient/innen bei ausgewählten beratenden Organisationen systematisch erfasst und ausgewertet. Dabei wurde ein Erfassungsinstrument verwendet, das gemeinsam mit den betreffenden Organisationen entwickelt wurde und – trotz weiteren Verbesserungen – Längsvergleiche zum Vorjahr immer noch ermöglicht.

Wie in den früheren Analysen waren die Anfragen mit zunehmendem Alter deutlich häufiger. Auffallend ist gegenüber dem Vorjahr – und dies ganz besonders bei älteren Personen – die deutliche Zunahme von Anfragen zur Qualität der medizinischen Leistungen, wogegen Anfragen zum Versicherungssystem etwas weniger häufig waren.

Die Vermutung der Autoren, dass Informationsdefizite über das Versicherungssystem möglicherweise vermehrt bei den Versicherern selbst eingeholt werden, kann hier nicht näher überprüft werden. Jedenfalls hat das BSV begonnen, mit 15 bis 20 Organisationen ein „Netzwerk Prämiensoptimierung“ aufzubauen. Es geht dabei darum, dass eine Reihe von Konsument/innen-, Patient/innen-, Budgetberatungsorganisationen oder Frauenberatungszentralen im Leistungsauftrag Informationen über die Möglichkeiten des Prämiensparens an Ratsuchende abzugeben.

Was die zunehmende Bedeutung der Qualität der medizinischen Leistung betrifft, so hat das BSV gemeinsam mit den am Monitoringprojekt beteiligten Organisationen und den Auftragnehmern beschlossen, das Erfassungsinstrument für die Folgejahre in diesem Bereich zu verfeinern. Dadurch werden in den nächsten Jahren genauere Aussagen über diesen Bereich möglich sein, die als Ansatzpunkte für Qualitätsverbesserungen dienen können.

Der Bericht empfiehlt zu prüfen, ob weitere Organisationen ins Monitoring mit einbezogen werden könnten. Das BSV geht demgegenüber im Moment einen andern Weg: Im Frühjahr 2002 hat das Amt begonnen, seine Anfragen über eine einheitliche Kontaktstelle zu beantworten. Neben dem Ziel einer besseren Übersicht und einheitlicheren Behandlung der Anfragen ist auch vorgesehen, die Erfahrungen aus diesen Beratungen ins Monitoring einfließen zu lassen. Allerdings wird dies erst mittelfristig möglich sein, da die Kapazitäten zur systematischen Erfassung der Anfragen im Moment noch fehlen.

Von nicht geringer Bedeutung ist die Erhebung der organisationsbezogenen Daten. Es erlaubt den beteiligten Partnerorganisationen, ihr Profil – von der Art der Beratung über die Auslöser für die Anfrage, die Angemessenheit der Antwort bis zur allfälligen Weitervermittlung – zu überprüfen. In diesem Sinne trägt dieses Monitoring auch zur Stärkung der Organisationen als Kontaktstellen für die atomisierten Versicherten bei. In diesem Sinne hat das BSV denn auch beschlossen, das Monitoring weiter zu führen.

Martin Wicki

Kompetenzzentrum Grundlagen, Bereich Forschung und Entwicklung

Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

En 2001, les questions que des assurés et des patients ont posées à des organisations sélectionnées, ont été, pour la troisième fois déjà, répertoriées et évaluées de façon systématique. Pour ce faire, l'on a eu recours à un instrument de saisie développé en collaboration avec les organisations concernées et qui, même s'il a été sensiblement amélioré, permet toujours une comparaison longitudinale avec l'année précédente.

Comme c'était déjà le cas dans les analyses précédentes, le nombre de questions augmente avec l'âge des assurés. On relèvera également, contrairement à l'année précédente, une croissance marquée des questions (en particulier des personnes d'un certain âge) concernant la qualité des prestations médicales et une diminution des questions sur le système d'assurance.

L'hypothèse des auteurs selon laquelle l'on comble sans doute le plus souvent les lacunes d'information sur le système d'assurance en s'adressant aux assureurs-mêmes, ne peut être vérifiée davantage ici. Quoi qu'il en soit, l'OFAS a commencé, avec l'aide de 15 à 20 organisations, à mettre en place un « réseau d'optimisation des primes ». Il s'agit de confier à des organisations de consommateurs et de patients, à des services de conseils budget et à des centres de consultation pour femmes, sous forme de mandat de prestations, la tâche d'informer sur les possibilités d'économiser sur les primes.

Pour répondre au souci toujours plus grand des assurés concernant la qualité des prestations médicales, l'OFAS a décidé, de concert avec les organisations engagées dans le projet de monitoring et les mandataires, d'affiner l'instrument de saisie dans les années à venir. L'on disposera ainsi de données plus précises sur le sujet qui pourront servir de base à une amélioration de la qualité des prestations.

Le rapport recommande d'examiner si d'autres organisations pourraient également participer au monitoring. Pour sa part, l'OFAS a choisi pour l'instant une autre voie : depuis le printemps 2002, l'Office répond aux questions des assurés par le biais d'une seule unité spécialisée. Outre l'objectif de disposer d'une meilleure vue d'ensemble et de traiter les questions de manière plus cohérente, il est également prévu d'intégrer dans le monitoring les expériences faites dans cette activité de conseils. Or, cela n'est envisageable qu'à moyen terme, étant donné que les ressources en personnel à même de répertorier les questions de façon systématique font actuellement défaut.

Le recueil des données ayant trait aux organisations engagées dans le projet est d'une importance non négligeable, car il leur permet d'étudier leur « profil », du type de conseils qu'elles donnent aux motivations des assurés qui leur adressent des questions, de l'adéquation de leurs réponses à la transmission éventuelle du « cas » à un autre organisme. Le système de monitoring contribue ainsi à donner davantage de poids aux organisations en tant qu'antennes de contact pour l'ensemble des assurés, ce qui a incité l'OFAS à poursuivre le monitoring.

Martin Wicki

Centre de compétences Analyses fondamentales, Recherche et développement

Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Nel 2001 le domande di assicurati e pazienti poste a organizzazioni di consulenza scelte sono state rilevate e valutate sistematicamente per la terza volta. A tal fine è stato utilizzato uno strumento di rilevazione sviluppato unitamente alle organizzazioni interessate e che, malgrado ulteriori miglioramenti, permette di rilevare ancora delle differenze rispetto all'anno precedente.

Come nelle analisi precedenti, le domande sono state poste in particolare dalle persone più anziane. Rispetto all'anno precedente risulta evidente il netto aumento delle domande poste in particolare dalle persone anziane sulla qualità delle prestazioni mediche, mentre le domande sul sistema assicurativo sono state meno frequenti.

Non è stato possibile verificare nel dettaglio l'ipotesi degli autori secondo cui informazioni lacunose sul sistema assicurativo verrebbero chieste presumibilmente sempre più spesso direttamente presso gli stessi assicuratori. In ogni caso l'UFAS ha iniziato ad istituire una „rete di ottimizzazione dei premi“ con 15-20 organizzazioni. Si tratta di mettere organizzazioni di consumatori, di pazienti, di consulenza budgetaria o consultori centrali per donne in condizione di fornire, a chi le richiedesse su mandato di prestazioni, informazioni inerenti il risparmio sui premi.

Per quanto riguarda il tendenziale aumento d'importanza della qualità delle prestazioni mediche, l'UFAS, unitamente alle organizzazioni che hanno aderito al progetto di monitoring e ai mandatari, ha deciso di perfezionare negli anni successivi lo strumento di rilevazione in questo ambito. In questo modo nei prossimi anni sarà possibile effettuare asserzioni più precise su questo settore che potranno servire da punto di partenza per migliorare la qualità.

Il rapporto raccomanda di esaminare la possibilità di includere ulteriori organizzazioni nel monitoring. L'UFAS, invece, segue attualmente un'altra via: nella primavera del 2002 ha infatti iniziato a rispondere alle domande tramite un organo di contatto unitario. Oltre ad avere una migliore panoramica delle domande e di rispondere alle stesse in modo unitario l'obiettivo consiste anche nell'includere nel monitoring le esperienze raccolte con queste consulenze. Tuttavia questo sarà possibile solo a medio termine, visto che attualmente mancano ancora le capacità per rilevare in modo sistematico le domande.

La rilevazione di dati inerenti l'organizzazione assume una grande importanza. Permette infatti alle organizzazioni interessate di esaminare il loro profilo (dal genere della consulenza, al meccanismo che fa in modo che venga posta la domanda, alla conformità della risposta fino ad un'eventuale ulteriore consulenza). Questo monitoring contribuisce quindi anche a rafforzare le organizzazioni in quanto organi di contatto per gli assicurati. L'UFAS ha perciò deciso di proseguire con il monitoring.

Martin Wicki

Centro di competenza Analisi fondamentali, Settore Ricerca e sviluppo

Foreword by the Federal Social Insurance Office (FSIO)

Data on queries from policyholders and patients to selected advisory organisations were systematically collected and evaluated for the third time in 2001. The relevant instrument was developed jointly with the organisations concerned. It has been modified and improved, but still allows for a longitudinal comparison against the previous year(s).

As in the preceding analyses, the number of queries increased in parallel with the age of policyholders. There was a noteworthy rise of questions relative to the quality of medical services - especially from the elderly - in comparison to earlier years, and a slight fall in queries on the insurance system itself.

We are not in a position to confirm the authors' hypothesis that policyholders increasingly tend to obtain information on insurance-related problems directly from their insurer. Be that as it may, the FSIO, together with 15 to 20 organisations, has now begun to set up a "premium optimisation network". Its aim is to commission consumer, patient, budget advisory or women's counselling centres to provide information on how to save on premiums.

As for the increased interest in the quality of medical services, the FSIO and the organisations participating in the monitoring project have jointly decided to fine-tune the instrument used in this area. This should allow for more precise quality evaluation in the years to come, which in turn should serve as a basis for quality improvement.

The report proposes to investigate what other organisations could be involved in the monitoring process. The FSIO has currently decided to pursue a different approach: since spring 2002 its questionnaires are received and processed by a single office. The purpose is to obtain a better general view of queries, treat them in more uniform fashion, and provide feedback for the monitoring process. Unfortunately this project can only be effective in the medium term; for the time being, the FSIO is unable to systematically enter all queries.

It is also important to collect data on the organisations involved, enabling FSIO partners to evaluate their profile: from the type of counselling they provide, through the reasons that trigger a query, the relevance of the answer, or the necessity to involve another organisation. In this sense, the monitoring project also reinforces contacts between the organisations and policyholders, who are often isolated. For all these reasons, the FSIO has decided to pursue the project.

Martin Wicki
Basic Concepts Unit, R & D

Zusammenfassung

PatientInnen- und Versichertenorganisationen bilden eine wichtige Anlaufstelle für Personen mit spezifischen Fragen oder Problemen im Umgang mit dem Krankenversicherungssystem und Leistungserbringern. Die Analyse dieser Fragen und Probleme erlaubt, kritische Bereiche zu ermitteln und allfälligen Handlungsbedarf aufzuzeigen.

Mit der vorliegenden Untersuchung wurde das im Jahr 2000 eingeführte, auf den Erfahrungen des Pilotprojekts 1998 gründende Monitoring-System von Anfragen bei schweizerischen Beratungsstellen für PatientInnen und Versicherte fortgesetzt. Erstmals konnten systematisch Veränderungen über die Zeit erfasst und dokumentiert werden.

Das KVG hat seit dem Beginn des Pilotprojektes 1998 keine wesentlichen Veränderungen erfahren. Ein Grossteil der Ergebnisse des "Monitoring" 2000 und 2001 entspricht jenen des Pilotprojekts. Im Jahre 2001 war zudem der identische Fragebogen wie im Vorjahr verwendet worden: Deshalb treffen vor allem die im Jahr 2000 formulierten Interpretationen in vielen Bereichen auch auf die vorliegenden Ergebnisse zu. Die Übereinstimmung der Ergebnisse kann als Validierung gewertet werden.

Da im letzten Jahr ein Bericht mit ausführlichen Interpretationen zu den Ergebnissen geliefert wurde, werden bei den vorliegenden Resultaten, die damaligen Interpretationen nicht wiederholt, vielmehr werden sie schwerpunktmässig auf den Vergleich zum Vorjahr ausgerichtet.

Methode der Analyse

Seit dem Jahr 2000 wird eine fortlaufende Erhebung (Monitoring) durchgeführt, an der vier national oder sprachregional tätige Organisationen¹ mit insgesamt 17 Beratungsstellen teilnehmen. Im Jahr 2000 wurden 5628 Anfragen, im Jahr 2001 deren 6618 erfasst und ausgewertet; diese bildeten die Grundlage für die detaillierte Beschreibung des Zustandes 2001 und des Vergleichs mit dem Jahr 2000.

Welches sind die wichtigsten Erkenntnisse der aktuellen Erhebung?

Die Ergebnisse der Auswertungen zeigen im grossen Ganzen ein überaus stabiles Bild der Anfragen und Anfragenden der PatientInnenorganisationen in diesen beiden Jahren, allerdings gibt es auch einige wesentliche Veränderungen.

Die wesentlichen Ergebnisse der inhaltlichen Beratungen im Überblick:

1. Der Anteil der Ratsuchenden mit Fragen zum **Versicherungssystem** hat abgenommen (noch 51% im Vergleich zu 68% der Ratsuchenden im Vorjahr), entsprechend hat der Anteil der

¹ Fédération Romande des Consommateurs, Pro Mente Sana, Schweizerische Patientenstelle, Schweizerische Patienten-Organisation.

Anfragenden zum Thema **Qualität der medizinischen Leistungserbringung** von 41% auf 49% zugenommen. Diese thematische Verschiebung zu letzterem gilt für die Deutschschweiz und die Romandie in ähnlichem Ausmass, auch wenn in der Romandie nach wie vor der überwiegende Anteil der Anfragen zum Versicherungssystem gestellt werden, in der Deutschschweiz hingegen zur Qualität der medizinischen Leistungserbringung.

Innerhalb der Anfragen zum Krankenversicherungssystem, sind wie im Jahr zuvor zwei Drittel der Anfragen solche zur Änderung der Versicherungsverhältnisse, etwa ein Drittel sind Anfragen zur Leistungsvergütung; Anfragen zu Taggeldversicherung und Prämienverbilligung sind nur mehr sehr marginal.

2. Die Anfragen zur **Änderung des Versicherungsverhältnisses** haben um einen Fünftel (in Prozenten der Anfragenden sind es sogar rund ein Drittel) abgenommen. Diese Abnahme der Anfragen finden sich bei jedem Subthema: Beim Wechsel des Versicherers, bei der Änderung der Versicherungsbedingungen, und bei der Kündigung der Zusatzversicherung. Nach wie vor ist die Prämienhöhe das alles dominierende Thema. Unzufriedenheit mit den Dienstleistungen des Versicherers haben zwar nur eine kleine Bedeutung unter den Gründen, warum jemand das Versicherungsverhältnis ändern möchte (3% dieser Fälle): In diesen Fällen scheint die Qualität der Auskünfte des Versicherers jedoch vermehrt ein Grund für eine solche Änderung zu sein: Eine Entwicklung, welche – sollte sie weiter anhalten – besorgniserregend werden könnte und deshalb weiter zu verfolgen ist.

3. Im Bereich der **Leistungsvergütung** sind nach wie vor ein Drittel der Anfragen solche zur Kostenübernahme. Fragen zur Dauer der Kostenrückerstattung (welche im letzten Jahr ein weiteres Drittel der Anfragen ausmachten), machen nur noch unbedeutende 4% der Anfragen aus: Sie sind nun Fragen der Kostengutsprache gewichen (37%, letztes Jahr noch 19%). Identifizierbare Problemgebiete sind nach wie vor die Kostenübernahme und die Frage, ob Grund- oder Zusatzversicherung zuständig ist, bei komplementärmedizinischen Leistungen; die Kostengutsprache bei Kur- und Rehabilitation sowie die Kostenbeteiligung bei Schwangerschaft und Geburt.

4. Die Anfragen zur **Qualität der medizinischen Leistungserbringung** nehmen sowohl im Bereich der eigentlichen Qualität der Leistung als auch im Bereich der PatientInnen- und Versichertenrechte in ähnlichem Ausmass zu. Dasselbe gilt für alle Teilgebiete.

Gibt es Handlungsbedarf?

Unseres Erachtens zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung somit folgenden Handlungsbedarf:

- A Trotz leichtem Rückgang der Anfragen sind die Möglichkeiten, die Prämienlast zu senken, systematischer und verständlicher zu kommunizieren, und der Spielraum, den die volle Freizügigkeit gemäss KVG bietet, noch immer besser aufzuzeigen.
- B Offensichtlich besteht das Bedürfnis nach einer "neutralen" Stelle, welche Prämienvergleiche und Möglichkeiten für Kosteneinsparungen im Einzelfall aufzeigen kann: Es sollte deshalb geprüft werden, ob die Krankenversicherer, welche gemäss Gesetz dazu verpflichtet wären,

wegen der Wettbewerbssituation, in der sie stehen, dazu überhaupt in der Lage sind und ob diese Aufgaben nicht an die PatientInnenorganisation abgetreten und finanziell entschädigt werden müssten.

- C Der Qualität der medizinischen Leistungserbringung sollte – wie bereits geplant – im Monitoring vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt und die Trends genau beobachtet werden, um die Hintergründe dieser Zunahme der Anfragen besser zu verstehen.

Der letztjährig festgestellte Handlungsbedarf, dass die Fristen für die Rückerstattung von unbestrittenen Krankenpflegekosten deutlich verkürzt werden müssen, scheint nicht mehr gegeben, Klagen über zu lange Fristen gibt es kaum noch.

Angesprochen mit diesem «Pflichtenheft» sind bei A) in erster Linie die Versicherer, in zweiter Linie die PatientInnen- und Versichertenorganisationen, die Leistungserbringer sowie die öffentliche Hand bei B) der Gesetzgeber, Krankenversicherer und die PatientInnen- und Versichertenorganisationen und bei C) das BSV, die PatientInnen- und Versichertenorganisationen und das Monitoring selbst. Unterstützung können sie von den Medien und von Internetdienstleistern erwarten, die künftig noch wichtiger werden, um die gewünschte Transparenz herzustellen und den Versicherten Handlungsanleitungen und Entscheidungsgrundlagen zu vermitteln.

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

Die vorliegenden Ergebnisse bestärken uns in der Ansicht, dass die Fortführung des Monitoring-Systems von Anfragen bei schweizerischen Beratungsstellen für PatientInnen und Versicherte ein sinnvolles und notwendiges Überwachungsinstrument darstellt.

Sofern der jetzt festgestellte Trend nach zunehmenden Anfragen im Bereich der Qualität der medizinischen Leistungserbringung anhält, erscheint eine Überarbeitung und Anpassung des Fragebogens notwendig, um dieses Gebiet differenzierter erfassen und beurteilen zu können. Allerdings sollte die Anpassung in einer Form stattfinden, die gewährleistet, dass die Möglichkeiten der Längsschnittvergleiche nicht beeinträchtigt werden. Wünschenswert wäre, dass noch weitere, bisher nicht am Monitoring teilnehmende Institutionen (insbesondere in der Romandie auch eine Organisation, die sich schwerpunktmässig mit der Qualität der medizinischen Leistungserbringung befasst), oder das Bundesamt für Sozialversicherung selbst, welches ja auch mit einer Vielzahl von Anfragen in diesem Bereich konfrontiert ist, ins Monitoring aufgenommen werden könnten. Damit wäre ein noch umfassenderes Bild über die Nöte und Unsicherheiten der Bevölkerung in Sachen Krankenversicherung und medizinischen Leistungen möglich.

Die PatientInnen- und Versichertenorganisationen übernehmen als neutrale Auskunftsstelle wichtige Beratungs- und Aufklärungsfunktionen im Krankenversicherungssystem. Mit der Fortführung dieses Projekts unterstützt das Bundesamt für Sozialversicherung diese unabdingbare Funktion. Die regelmässige Datenerhebung stellt sicher, dass die Anliegen von PatientInnen und Versicherten auf Bundesebene strukturiert wahrgenommen und gleichberechtigt mit den Eigeninteressen der medizinischen Leistungserbringer und Kostenträger diskutiert werden. Wir gehen weiterhin davon aus, dass ein solches Monitoring-System helfen kann, die Gesundheitsversorgung

patientInnenfreundlich zu gestalten. Deshalb sind die Investitionen in die Etablierung eines solchen Systems gerechtfertigt.

Résumé

Les organisations de patients et d'assurés sont des interlocuteurs importants pour les personnes qui, dans leurs rapports avec le système de l'assurance-maladie et les fournisseurs de prestations, se posent des questions ou rencontrent des problèmes particuliers. L'analyse de ces questions et de ces problèmes permet de déterminer quels sont les domaines critiques et les éventuels besoins d'intervention.

La présente étude continue le système de monitoring des questions posées aux services suisses de conseil destinés aux patients et aux assurés, créé en 1998 sur la base des expériences recueillies par le projet pilote et introduit en 2000. Ce système, pour la première fois, a permis d'observer et de documenter d'une manière systématique l'évolution dans le temps.

La LAMal n'a pas connu de modifications majeures depuis le lancement du projet pilote en 1998. Dans l'ensemble, les résultats du monitoring 2000 et 2001 correspondent à ceux du projet. Le questionnaire utilisé en 2001 étant le même que celui employé l'année précédente, les interprétations formulées en 2000 sont toujours valables pour les résultats actuels dans de nombreux domaines. Cette concordance peut être considérée comme une validation.

Dans le rapport de l'année 2000, les résultats étaient interprétés d'une manière fouillée ; de ce fait, ces interprétations ne sont pas répétées pour les résultats actuels, mais davantage axées sur la comparaison avec l'année précédente.

Méthode d'analyse

Depuis l'année 2000 est réalisée une enquête statistique continue (monitoring), à laquelle participent des organisations actives sur tout le territoire national ou dans toute une région linguistique², et comprenant au total 17 services de conseil. 5628 questionnaires ont été remplis et dépouillés en 2000, 6618 en 2001 ; ils ont constitué les bases d'une description détaillée de l'état en 2001 et de la comparaison avec l'année 2000.

Quels sont les principaux éléments de réponse fournis par l'enquête actuelle ?

Les résultats des évaluations montrent que dans l'ensemble, les questions et les personnes posant des questions aux organisations de patients sont restées très stables sur ces deux années, même si l'on observe quelques changements notables.

Principaux résultats concernant les sujets traités :

1. Le pourcentage des personnes demandant un conseil à propos du **système d'assurance** a diminué (51 % contre 68 % l'année précédente), tandis que le pourcentage de celles qui posent

² Fédération Romande des Consommateurs, Pro Mente Sana, Schweizerische Patientenstelle, Organisation suisse des patients.

des questions sur la **qualité des soins médicaux** est passé de 41 % à 49 %. Ce report d'intérêt sur ce dernier thème est comparable pour la Suisse allemande et pour la Romandie; toutefois, dans cette région, la plus grande partie des questions portent toujours sur le système d'assurance, alors qu'en Suisse allemande la majorité d'entre elles concernent la qualité des soins.

Parmi les questions sur le système de l'assurance-maladie, deux tiers (comme l'année précédente) portent sur le changement de contrat d'assurance et un tiers sur le remboursement des prestations ; les questions sur l'assurance d'indemnités journalières et la réduction des primes restent très marginales.

2. Le nombre de questions concernant le **changement de contrat d'assurance** a diminué d'un cinquième (et même d'un tiers en pourcentage des personnes posant des questions). Cette diminution se retrouve pour chaque sous-rubrique : changement d'assureur, modification des conditions d'assurance et résiliation des assurances complémentaires. Le montant des primes reste le sujet prépondérant. Parmi les raisons poussant un assuré à changer d'assurance, l'insatisfaction par rapport aux prestations de service de l'assureur ne compte guère (3 % des cas) ; dans ces cas, c'est la qualité des renseignements de l'assureur qui semble expliquer de plus en plus souvent un tel changement. Cette évolution, si elle se poursuit, pourrait devenir préoccupante ; elle est donc à surveiller de près.
3. En matière de **remboursement des prestations**, un tiers des demandes continuent à se rapporter à la prise en charge des coûts. Les questions sur le délai de remboursement des frais, qui constituait en 2000 un autre tiers des questions, n'en représentent plus que 4 %. Elles ont cédé le pas aux questions concernant l'accord préalable (37 % contre 19 % l'année précédente). La prise en charge des coûts et la question de savoir si c'est l'assurance de base ou l'assurance complémentaire qui est compétente pour les prestations de médecine complémentaire continuent à poser le plus de problèmes ; viennent ensuite l'accord préalable pour les cures et la réadaptation, et la participation aux coûts en cas de grossesse et d'accouchement.
4. Les questions portant sur la **qualité des soins médicaux** se multiplient tant dans le domaine de la qualité des prestations proprement dite que dans celui des droits des patients et des assurés. Ce phénomène s'observe dans tous les sous-domaines.

Pour le travail des organisations de patients, les résultats suivants paraissent significatifs :

5. Le nombre de personnes demandant un conseil a augmenté par rapport à l'année précédente : celui des Romands est resté stable, tandis que celui des Suisses alémaniques a augmenté d'un quart. La composition sociodémographique de ce groupe de personnes est pratiquement identique à celle de l'année précédente. Deux tiers des renseignements concernent des femmes ; il y a peu d'hommes de moins de 30 ans parmi les clients des organisations, le pourcentage des personnes entre 30 et 45 ans correspond à celui de la population suisse, alors que la tranche d'âge comprise entre 45 et 80 ans est nettement surreprésentée.
6. L'appartenance à une association, les médias et les recommandations de parents, de connaissances et d'amis restent les principaux canaux par lesquels les assurés viennent à

connaître les organisations de patients. A ce niveau, ce sont toutefois les **médias** qui paraissent jouer un rôle de plus en plus important par les informations qu'ils diffusent ; pour la première fois cette année, ils ont nettement dépassé la famille, les connaissances et les amis.

7. L'appartenance à une organisation de patients semble toujours constituer une incitation à faire appel à ses services ; les membres de ces organisations sont aussi plus souvent prêts à en faire usage directement et sans accord de l'assureur ou du fournisseur de prestations.
8. Le **conseil téléphonique** reste le principal moyen employé pour le conseil (70 %) et plus de 70 % des questions ont pu obtenir une réponse satisfaisante par une seule communication. Davantage de demandes (17 %) que l'année précédente ont nécessité des examens supplémentaires ; en revanche, le même pourcentage de personnes (12 %) ont dû être adressées à d'autres services.

L'**envoi** à des avocats a diminué, tant en chiffre absolu qu'en pourcentage, ce qui est étonnant puisque les questions portant sur la qualité des soins ont augmenté et que ces problèmes donnent généralement lieu à des consultations d'avocat. En même temps, un pourcentage nettement plus élevé de personnes demandant un conseil ont été adressées à des assureurs-maladie. Parmi ces personnes, le nombre de celles ayant posé des questions sur le remboursement des prestations a particulièrement augmenté (il a été multiplié par 4).

9. Au vu de l'augmentation du nombre de questions portant sur la qualité des soins médicaux, on peut notamment regretter que les organisations romandes qui participent au monitoring ne se préoccupent pas en priorité de ce thème.

Une intervention s'impose-t-elle ?

Selon nous, les résultats de la présente enquête montrent qu'il est nécessaire d'intervenir sur les points suivants :

- A. Malgré une légère diminution des questions, il est nécessaire de communiquer de façon plus systématique et plus compréhensible la possibilité de réduire la charge représentée par les primes et de mieux expliquer la marge de manœuvre que laisse le libre passage intégral selon la LAMal.
- B. A l'évidence, le public a besoin de services « neutres » capables de lui proposer, dans chaque cas particulier, des comparaisons de primes et des possibilités d'économiser sur les coûts. Il conviendrait donc d'examiner si, en raison de la concurrence, les assureurs-maladie sont dans une situation qui leur permet de jouer ce rôle (auquel ils sont tenus par la loi) et si ces tâches, moyennant dédommagement, ne devraient pas plutôt être confiées aux organisations de patients.
- C. La qualité des soins médicaux devrait, comme prévu, faire l'objet d'une plus grande attention ; quant aux tendances, il conviendrait de les observer avec davantage de précision, ce qui permettrait de mieux comprendre les raisons sous-jacentes à la multiplication des questions sur ce thème.

Le besoin d'intervention constaté en 2000 (raccourcir les délais de remboursement pour les coûts des prestations incontestablement à la charge de l'assurance-maladie) semble avoir trouvé une réponse, car il n'y a pratiquement plus de plaintes à ce propos.

Les instances concernées par ce « cahier des charges » sont pour A) principalement les assureurs, ensuite les organisations de patients et d'assurés, les fournisseurs de prestations et les pouvoirs publics ; pour B) le législateur, les assureurs-maladie et les organisations de patients et d'assurés ; pour C) l'OFAS, les organisations de patients et d'assurés et le monitoring lui-même. Elles peuvent trouver un appui auprès des médias et des fournisseurs de services Internet, qui joueront un rôle de plus en plus important à l'avenir pour amener la transparence nécessaire, ainsi que pour indiquer aux assurés ce qu'ils peuvent faire et les aider à prendre leurs décisions.

Vaut-il la peine de répéter régulièrement des enquêtes de ce type (monitoring) ?

Les présents résultats nous confortent dans notre idée : la continuation du système de monitoring des questions posées aux services suisses de conseil destinés aux patients et aux assurés constitue un instrument de surveillance indispensable.

Dans la mesure où l'on observe actuellement une augmentation des questions concernant la qualité des soins médicaux, il paraît nécessaire de revoir et d'adapter le questionnaire afin de pouvoir étudier et comprendre plus précisément cette tendance. Mais cette adaptation doit se faire sous une forme qui permette encore de procéder à des comparaisons longitudinales. Il serait souhaitable d'intégrer au monitoring des institutions qui n'y participent pas encore (notamment, en Romandie, une organisation se préoccupant de la qualité des soins) ou l'Office fédéral des assurances sociales lui-même, qui est aussi confronté dans ce domaine à de nombreuses questions. Le tableau des besoins et des doutes de la population en matière d'assurance-maladie et de prestations médicales serait ainsi encore plus complet.

Les organisations de patients et d'assurés, qui sont des services de renseignements neutres, assument au sein du système de l'assurance-maladie d'importantes fonctions de conseil et d'examen. En continuant ce projet de monitoring, l'Office fédéral des assurances sociales les soutient dans ce rôle indispensable. Cette enquête statistique régulière permet, au niveau de la Confédération, de connaître les demandes des patients et des assurés de manière structurée et de les discuter au même titre que les intérêts propres aux fournisseurs de prestations médicales et aux agents payeurs. Nous continuons donc à penser que ce système de monitoring peut contribuer à rendre le système de soins de santé plus convivial pour les patients, ce qui justifie les investissements réalisés pour le maintenir.

Riassunto

Le organizzazioni dei pazienti e degli assicurati sono importanti centri di consulenza per persone che hanno domande in relazione al sistema dell'assicurazione malattie o ai fornitori di prestazioni o hanno problemi con essi. L'analisi di questi problemi e domande permette di individuare ambiti critici e di stabilire dove sia eventualmente necessario intervenire.

Nel presente studio è stato proseguito il monitoraggio delle domande pervenute ai centri svizzeri di consulenza per i pazienti e gli assicurati, che era stato iniziato nel 2000 sulla base delle esperienze raccolte nel progetto pilota del 1998. Per la prima volta si sono potuti rilevare e documentare in modo sistematico i cambiamenti avvenuti nel corso degli anni.

Dall'inizio del progetto pilota nel 1998 la LAMal non ha subito sostanziali modifiche. Una gran parte dei risultati del "monitoraggio" 2000 e 2001 corrisponde a quelli del progetto pilota. Nel 2001 è inoltre stato utilizzato lo stesso questionario dell'anno precedente, motivo per cui i risultati qui riportati riflettono in molti ambiti soprattutto le interpretazioni formulate nel 2000. La coincidenza dei risultati può essere considerata come una conferma.

Le interpretazioni dettagliate dei risultati, contenute in un rapporto consegnato l'anno scorso, non verranno ripetute qui di seguito, mentre ci si concentrerà essenzialmente su un confronto con l'anno precedente.

Metodo d'analisi

Dall'anno 2000 viene eseguita una rilevazione permanente (monitoraggio) alla quale partecipano quattro organizzazioni, attive su scala nazionale o a livello di regione linguistica, che contano in totale 17 centri di consulenza. Nel 2000 erano state rilevate e valutate 5628 domande, mentre nel 2001 ne sono state registrate 6618: esse hanno costituito la base per la descrizione dettagliata della situazione del 2001 e per il confronto con quella del 2000.

Quali sono i risultati più importanti scaturiti dalla rilevazione attuale?

I risultati delle valutazioni mostrano in generale un quadro molto stabile delle domande poste e delle persone che si sono rivolte alle organizzazioni dei pazienti in questi due anni, ma vi sono anche alcuni cambiamenti degni di nota.

Ecco riassunti i principali risultati relativi al contenuto delle consulenze:

1. la quota delle persone con domande riguardanti il **sistema assicurativo** è diminuita (51% invece di 68% nell'anno precedente); parallelamente è aumentata dal 41% al 49% la quota delle persone con domande sul tema della **qualità delle prestazioni mediche fornite**. Questo spostamento tematico riguarda in ugual misura la Svizzera tedesca e quella francese, anche se nella Svizzera romanda si continua a registrare la frequenza più alta di domande sul sistema

assicurativo, mentre nell'area tedesca quella di domande sulla qualità delle prestazioni mediche fornite.

Due terzi delle domande relative al sistema assicurativo riguardano il cambiamento del rapporto assicurativo e un terzo il rimborso di prestazioni; le domande sull'assicurazione d'indennità giornaliera e sulla riduzione dei premi sono ormai marginali.

2. Le domande sul cambiamento del rapporto assicurativo sono diminuite di un quinto (addirittura di un terzo se si guarda la percentuale delle persone che le hanno poste). Questa diminuzione si registra anche in tutti i temi subordinati, ossia il cambiamento d'assicuratore, la modifica delle condizioni d'assicurazione e la disdetta dell'assicurazione complementare. Il tema dominante è sempre l'importo del premio. L'insoddisfazione per le prestazioni dell'assicuratore ha un'importanza molto limitata (3%) quale motivo per il cambiamento dell'assicurazione, decisione che in questi pochi casi sembra però dipendere sempre più dalla qualità delle informazioni fornite dall'assicuratore. Questa evoluzione, se dovesse mantenersi, è preoccupante e va seguita attentamente.
3. Per quel che riguarda il rimborso delle prestazioni, un terzo delle domande concerne la copertura dei costi da parte dell'assicurazione. L'anno scorso un terzo delle domande riguardava la durata del rimborso delle spese, ora la percentuale è scesa al 4%. Contemporaneamente la percentuale delle domande relative alla garanzia dei costi è salita dal 19% al 37%. I punti critici individuati sono come sempre la copertura dei costi da parte dell'assicurazione di base o dell'assicurazione complementare, la garanzia dei costi per soggiorni di cura e per riabilitazione e la partecipazione ai costi in caso di maternità.
4. Le domande sulla **qualità delle prestazioni mediche fornite** sono aumentate nella stessa misura sia per quel che riguarda il vero e proprio tema della qualità delle prestazioni che per quanto attiene ai diritti dei pazienti e degli assicurati. Lo stesso vale per i temi subordinati.

Questi sono i risultati di rilievo ottenuti grazie al lavoro delle organizzazioni dei pazienti:

5. rispetto all'anno precedente è aumentato il numero delle persone che hanno chiesto consiglio (la quantità di domande provenienti dalla Svizzera romanda è rimasta stabile, mentre nella Svizzera tedesca è aumentata di un quarto). La sua composizione sociodemografica è rimasta pressoché identica all'anno precedente: due terzi delle informazioni riguardano donne; giovani al di sotto dei 30 anni non fanno pressoché uso dei servizi delle organizzazioni, la quota delle persone tra i 30 e i 45 anni corrisponde a quella nella statistica della popolazione residente in Svizzera, mentre le persone tra i 45 e gli 80 anni sono nettamente sovrarappresentate.
6. Le organizzazioni dei pazienti sono conosciute soprattutto perché vi si appartiene o perché è argomento d'interesse dei media oppure perché sono raccomandate da familiari, da conoscenti o da amici. La crescente distinzione di tali organizzazioni sembra dipendere dall'attenzione sempre maggiore attribuita loro dai media, il cui ruolo divulgativo ha sorpassato, per la prima volta nel 2001, di gran lunga quello della famiglia, dei conoscenti e degli amici.

7. Le persone facenti parte di organizzazioni dei pazienti fanno valere, sempre più spesso, direttamente il loro status di membro, vale a dire che non cercano prima il dialogo con l'assicuratore/il fornitore di prestazioni.
8. La consulenza telefonica (70%) è quella più frequente e più del 70% delle domande ha ottenuto una risposta sul momento. Mentre rispetto all'anno precedente un numero leggermente maggiore di domande (17%) ha necessitato di chiarimenti supplementari, la percentuale delle persone le cui domande hanno dovuto essere trasmesse ad altri organi è rimasta del 12%.

Le **domande trasmesse** ad avvocati sono diminuite sia in cifre assolute che in percentuale. Ciò è sorprendente, poiché le domande relative alla qualità delle prestazioni mediche fornite, che richiedono più spesso il ricorso ad un avvocato, sono aumentate. Contemporaneamente un numero notevolmente maggiore di persone è stata indirizzata da assicuratori-malattie. Sono aumentate in modo particolare le domande riguardanti il "rimborso delle prestazioni" (del 300%).

9. Il numero crescente di domande sulla qualità delle prestazioni mediche contrasta purtroppo con il fatto che le organizzazioni della Svizzera Romanda che partecipano al monitoraggio non hanno focalizzato quest'ambito.

E' necessario agire?

Siamo dell'opinione che i risultati del presente studio mostrino la necessità d'agire sui seguenti fronti:

- A nonostante il calo delle relative domande, si deve spiegare in modo più sistematico e comprensibile le possibilità di riduzione dell'onere assicurativo e illustrare meglio le opportunità offerte dal libero passaggio previsto dalla LAMal;
- B si sente chiaramente il bisogno di un organo "neutrale" che effettui confronti dei premi e mostri le possibilità di risparmio dei costi nei singoli casi, poiché gli assicuratori-malattie, che per legge ne avrebbero l'obbligo, non sembrano in grado di svolgere questo compito a causa della situazione di concorrenza: si deve quindi valutare se esso non debba essere affidato, dietro compenso, alle organizzazioni dei pazienti;
- C è previsto che il monitoraggio preli maggiore attenzione alla qualità delle prestazioni mediche fornite e all'individuazione di tendenze, allo scopo di capire meglio il motivo dell'aumento delle domande relative a questo tema.

Nel 2000 si era constatata la necessità d'intervenire affinché il tempo di rimborso dei costi di cura non contestati venisse accorciato notevolmente. Dallo studio attuale non emerge più questa necessità e non si registra pressoché alcun reclamo concernente i tempi di rimborso.

Il punto A) di questo "elenco dei compiti" si rivolge soprattutto agli assicuratori, ma anche alle organizzazioni dei pazienti e degli assicurati, ai fornitori di prestazioni e all'ente pubblico; il punto B) al legislatore, agli assicuratori-malattie e alle organizzazioni dei pazienti e degli assicurati mentre il punto C) all'UFAS, alle organizzazioni dei pazienti e degli assicurati e al monitoraggio

medesimo. Essi possono contare sul sostegno dei media e dei fornitori di servizi Internet, che in futuro avranno un'importanza sempre maggiore affinché l'auspicata trasparenza diventi realtà e vengano fornite agli assicurati, oltre alle necessarie istruzioni sul modo di agire, anche le basi decisionali.

Ha senso effettuare ulteriori rilevazioni di questo tipo a scadenze regolari (monitoraggi)?

Gli attuali risultati confermano la nostra opinione che il monitoraggio delle domande rivolte ai centri di consulenza svizzeri per pazienti e assicurati sia uno strumento di controllo sensato e necessario.

Se il tendenziale aumento constatato nel numero delle domande relative alla qualità delle prestazioni mediche dovesse persistere, sarà necessario rielaborare ed adeguare il questionario per poter raccogliere e valutare in modo più differenziato i dati in quest'ambito. L'adeguamento deve tuttavia avvenire in una forma che non comprometta la possibilità di eseguire confronti diacronici. E' auspicabile nel monitoraggio che vengano prese in considerazione ulteriori istituzioni finora escluse, in particolare organizzazioni romande specializzate nella questione della qualità delle prestazioni mediche fornite o lo stesso Ufficio federale delle assicurazioni sociali, già confrontato con un gran numero di domande in merito. In questo modo sarebbe possibile farsi un quadro ancora più completo dei problemi e delle insicurezze della popolazione nelle questioni riguardanti l'assicurazione malattie e le prestazioni mediche.

Le organizzazioni dei pazienti e degli assicurati assumono, quali organi neutrali, importanti funzioni di consulenza e informazione. Con il mantenimento del progetto l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali sostiene queste funzioni indispensabili. La rilevazione di dati a scadenze regolari garantisce la considerazione strutturata a livello federale dei desideri dei pazienti e degli assicurati ed il loro trattamento alla pari degli interessi dei fornitori di prestazioni mediche e degli assicuratori. Restiamo dell'idea che il monitoraggio possa contribuire ad avvicinare la copertura sanitaria alle esigenze dei pazienti e che gli investimenti per rafforzare questo strumento siano pertanto giustificati.

Summary

Associations of patients and insured persons represent an important contact point for anyone who has a specific question or problem concerning the health insurance system or service providers. By analysing the questions asked and the problems which arise, critical areas can be identified and the necessary action can be taken.

The present survey is a continuation of the monitoring system set up in the year 2000 on the basis of a pilot project carried out two years earlier and aimed at monitoring enquiries received by advice centres in Switzerland for patients and those insured. For the first time it has been possible to systematically check and document changes over a certain period of time.

Since the start of the pilot project in 1998 the law on health insurance has not undergone any significant modifications. A large part of the results of the 2000 and 2001 monitoring survey correspond to those of the pilot project. Furthermore, the same questionnaire was used in 2001 as in the previous year, which is why the interpretation of previous results, in particular in 2000, also applies to the current results in many areas. The fact that the results are very similar can be taken as validation.

Since a report was drawn up last year which included a detailed interpretation of the results, that interpretation has not been repeated for the present results but rather a comparison with last year's results has been made in certain key areas.

Analytical method

Since 2000 continual monitoring has taken place covering four organisations which operate on a national or linguistic region basis³ with a total of 17 offices. In 2000 a total of 5,628 enquiries were recorded and evaluated, and the following year 6,618; these enquiries formed the basis for a detailed analysis of the situation in 2001 and a comparison with the previous year.

What are the principal results of the current monitoring process?

On the whole, the results of the evaluation give a generally stable picture with regard to enquiries and people making them from among the patients' organisations in both years, although it should be pointed out that some major changes have occurred.

The principal results of enquiries concerning content are as follows:

1. The proportion of enquiries concerning the **insurance system** has fallen (still 51% compared to 68% in the previous year), while the proportion of enquiries concerning the **quality of medical services** has risen from 41% to 49%. This shift towards quality of services is similar in the German-speaking and French-speaking parts of the country, although the majority of enquiries in

³ Romandie Consumers' Federation, Pro Mente Sana, Swiss Patients' Office, Swiss Patients' Organisation.

the latter area still concerned the insurance system while in the German-speaking part the majority of enquiries were about the quality of medical services provided.

Taking only enquiries about the insurance system, two-thirds were about changes in insurance cover, as in the previous year, and around one-third were about reimbursement for services provided; daily allowance insurance and reduced premiums were only rarely raised.

2. The number of enquiries concerning **changes in insurance cover** fell by one-fifth (as a proportion of total enquiries the drop was even around 33%). This decrease can be seen for each sub-issue: changing one's insurance company, changing one's insurance cover and cancelling supplementary insurance policies. The amount of insurance premiums remains the dominant issue. Among the reasons for changing insurance cover, lack of satisfaction with the services provided by the insurance company is only a minor issue (3% of cases). In this respect the quality of the information provided by the insurance company is more frequently a reason for wanting to switch to another company – a trend which, if it persists, could give cause for alarm and should therefore be followed up.
3. As far as concerns **reimbursement for services provided**, enquiries about reimbursement still represent one-third of the total. Questions about the delay in reimbursement (which constituted a further third of the total number of enquiries in 2000) now represent only an insignificant 4% of the total, while questions concerning cost guarantees have become more frequent (37%, in 2000 only 19%). The problem areas which can be identified are still reimbursement of costs and whether basic or supplementary insurance covers complementary treatment, cost guarantees for health treatment and rehabilitation, as well as contributions towards the cost of pregnancy and delivery.
4. Enquiries concerning the **quality of medical services** are increasing at a similar rate with regard to quality of services *per se* and the rights of patients and those insured. The same applies to all sub-issues.

As far as concerns the work of the patients' organisations, the following results are important:

5. In comparison with the previous year, the total number of people making enquiries rose in 2001, the number of enquiries from the French-speaking part of the country remaining stable while those from the German-speaking part increased by around 25%. The socio-demographic composition of those making enquiries is largely identical to that in the previous year: two-thirds of the information given concerned women, very few young people under the age of 30 made enquiries, the proportion of people making enquiries between the ages of 30 and 45 was in line with the proportion of the total population of the country which is in that age range, and inhabitants between the ages of 45 and 80 were very much over-represented.
6. As before, the main ways of being made aware of patients' organisations are through membership, the media and recommendations from relatives, acquaintances or friends. It would appear, however, that broad **media coverage** is an increasingly important source of awareness of the mere existence of the organisations; this year the media has for the first time clearly topped the above mentioned relatives, acquaintances or friends as a source of information.

7. People who are members of a patients' organisation still seem to take advantage of the fact; it is noticeable that they are more often prepared to use the organisation's services directly and without referring to the insurance company or service provider first.
8. As before, **enquiries by telephone** are the most common (around 70%), and at the same time over 70% of the enquiries could be satisfied with a single answer. While slightly more enquiries than in the previous year needed further explanation (17%), around 12% of the people making enquiries had to be directed to other offices, as in the previous year. In this respect, the number of people who were **recommended to take legal advice** fell in figures as well as in percent. This is quite remarkable, since the number of enquiries concerning the quality of medical services rose and it is with regard to this type of problem that the most common recommendation to contact other offices involves lawyers. At the same time a noticeably higher proportion of those seeking advice was passed on to health insurance companies: in such cases it was enquiries to do with the reimbursement of services where the rise was particularly noticeable (4 times higher).
9. It is particularly regrettable that the organizations in the French-speaking part of the country represented in the monitoring system do not focus on the quality of medical services given the increasing number of enquiries in this area.

Is there a need for action?

In our opinion the results of the present survey indicate that the following action should be taken:

- A Despite a slight drop in the number of enquiries, it is still possible to reduce premiums, to communicate more systematically and in a more comprehensible way, and to give a clearer explanation of the flexibility offered under the health insurance law.
- B There are clear signs that a "neutral" office is needed which can compare premiums and explain how money can be saved in individual cases. It should therefore be looked into whether health insurance companies which would be bound by law to provide such a service are indeed capable of doing so in view of the fact that they are in competition with other such companies, and whether such services should not be passed on to the patients' organisations and subsequently reimbursed.
- C As is already planned, the monitoring system should pay more attention to the quality of medical services and trends should be observed in detail in order to gain a better understanding of the reasons behind the rise in the number of enquiries.

The need to ensure that the delay in reimbursing patients for straightforward medical costs is considerably reduced, as identified in 2000, would appear to be no longer valid, since there are now very few complaints about long waits.

The above action concerns for A) principally health insurance companies, followed by patients' and insured persons' organisations, service providers and public authorities, for B) the legislative body, health insurance companies and patients' and insured persons' organisations, and for C) the Swiss

Federal Office of Social Insurance, patients' and insured persons' organisations and the monitoring system itself. They can expect support from the media and from Internet servers which in the future will play a more important role in establishing the desired transparency and informing those insured about what to do and the bases on which decisions are taken.

Does it make sense to continue the monitoring programme?

The present results confirm our view that the continued monitoring of enquiries received by Swiss advisory offices for patients and those insured is a useful and necessary survey tool.

As long as the observed rise in the number of enquiries concerning the quality of medical services continues it would appear to be necessary to revise and adapt the questionnaire in order to be able to gain a more detailed picture of this area and to evaluate it. The questionnaire should be revised in such a way, however, that it is still possible to draw long-term comparisons. It would be ideal if other institutions which have not yet been included (in particular an organisation in the French-speaking part of the country which concentrates also on the quality of medical services) or the Swiss Federal Office of Social Insurance itself, which also receives a large number of enquiries in this area, could be included in the monitoring system. This would provide a more complete picture of the needs and uncertainties among the population with regard to health insurance and medical services.

As neutral offices, patients' and insured persons' organisations provide important advisory and explanatory services within the health insurance system. By continuing this project the Swiss Federal Office of Social Insurance supports this essential function. Regular data collection ensures that the requirements of patients and insured persons are properly registered at a federal level and are discussed on equal terms with the interests of those who provide medical services and the insurance companies. Furthermore, we are convinced that such a monitoring system can help to ensure that health services are provided in a way that is in the best interests of the patient. For this reason investment in setting up such a system is justified.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Fragestellung der Evaluation	1
2	Methode und Vorgehen	3
2.1	Datensammlung	3
2.1.1	Erhebungszeitraum	4
2.1.2	Studienpartner	4
2.1.3	Erhebungsinstrument	4
2.1.4	Auswertung	5
2.2	Anmerkungen zur Interpretation der Ergebnisse	6
3	Ergebnisse	9
3.1	Beschreibung der Ratsuchenden	10
3.2	Übersicht über die Beratungswege der Ratsuchenden	13
3.2.1	Wie wurde die beratende Person auf die Organisation aufmerksam?	13
3.2.2	Bestand bereits Kontakt mit dem Versicherer und dem Leistungserbringer?	13
3.2.3	Wie wurde die ratsuchende Person beraten und war die Information ausreichend?	14
3.3	Überblick über die inhaltlichen Themenbereiche der Anfragen	18
3.4	Detaillierte Analyse von Anfragen zu verschiedenen Themenbereichen	24
3.4.1	Änderung des Versicherungsverhältnisses	24
3.4.2	Leistungsvergütung	28
3.4.3	Taggeldversicherung	33
3.4.4	Prämienverbilligung	34
3.4.5	Qualität der medizinischen Leistungserbringung	35
3.5	Detaillierte Analyse und Interpretation der Beratungswege	38
4	Fazit und Empfehlungen	43
5	Literaturverzeichnis	47

1 Einleitung

Eine solidarische, adäquate und kosteneffektive medizinische und pflegerische Versorgungsqualität ist eines der Hauptziele des Krankenversicherungsgesetzes (KVG), das per 1.1.1996 in Kraft getreten ist. Gemäss Artikel 32 hat das Bundesamt für Sozialversicherung unter anderem den Auftrag, in Zusammenarbeit mit Vertretern der Wissenschaft die Durchführung und Wirkung des Gesetzes zu untersuchen.

Die Sicherstellung der Qualität ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für das Vertrauen in die Gesundheitsversorgung. Aus Sicht des Bundesamtes für Sozialversicherung gilt dieser Aspekt insbesondere für obligatorische Leistungen der Krankenversicherungen.

Es gehört zur verbesserten Transparenz, dass die Erfahrungen der Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem konsequent evaluiert werden. Unangenehme Erfahrungen der Patientinnen und Patienten können dabei im Sinne des Risk Managements Lücken aufzeigen und wichtige Impulse für Verbesserungsvorschläge liefern.

Um patientenrelevante Veränderungen in der medizinischen Versorgung zu identifizieren, die im Zusammenhang mit dem neuen Krankenversicherungsgesetz stehen könnten, wurde 1998 das Pilotprojekt "Patientenbeschwerden" durchgeführt. Der Fokus dieses Teilprojekts war auf den Bereich Leistungen gerichtet. Die Ergebnisse hatten ein gewachsenes Informationsbedürfnis der Versicherten aufgezeigt. Anhand der Ergebnisse wurden konkrete Verbesserungsvorschläge und wesentliche Erweiterungen des Fragebogens ausgearbeitet und im Monitoring 2000 umgesetzt. Die damit gewonnen Erkenntnisse liessen es als wünschenswert erscheinen, das Monitoring auch in den kommenden Jahren fortzusetzen, zumal damit dann erstmals auch systematische Vergleiche der Entwicklung über die Zeit gewonnen werden können.

1.1 Fragestellung der Evaluation

Das Projekt "Monitoring von PatientInnen- und Versichertenbeschwerden 2001" soll zeigen, ob und wie Patientinnen und Patienten sowie Versicherte in der Schweiz mit Problemfeldern des Krankenversicherungssystems konfrontiert sind (Umfang und Richtung). Nachdem das Monitoring des Jahres 2000, welches auf den Erfahrungen des Pilotprojekts "PatientInnenbeschwerden" von 1998 aufbaute, wesentliche neue Informationen zu den Tätigkeiten der PatientInnenorganisationen aufzeigte, sollte nun mit unverändertem Fragebogen vor allem festgestellt werden, ob und gegebenenfalls wie sich diese Tätigkeiten und Aufgaben über die Zeit verändern. Das Monitoring sollte im weiteren dazu beitragen,

- Hinweise auf kurz-, mittel- und langfristige Wirkungen des KVG zu erhalten;
- die Grundlage zu schaffen, um konkrete Empfehlungen zu formulieren und

- die Kooperation der verschiedenen Organisationen mit Verantwortlichen des Bundes zu verbessern und so diesen Organisationen mehr Gewicht in der Öffentlichkeit zu verschaffen.

2 Methode und Vorgehen

Dokumentierte PatientInnen- bzw. Versichertenbeschwerden von PatientInnenkontaktstellen wurden ausgewertet, um Hinweise auf Veränderungen in der medizinischen Versorgung zu erhalten, die im Zusammenhang mit dem Krankenversicherungsgesetz stehen könnten. Die Konzeption von "PatientInnen- und Versichertenbeschwerden" als Informationsträger bedingt, dass nur eine Auswahl "unzufriedener" PatientInnen und Versicherter berücksichtigt wurde, nämlich diejenigen, die sich an eine Beratungsstelle wandten. Die Inanspruchnahme einer Beratungsstelle wird wiederum durch eine Reihe von Faktoren beeinflusst (auf Seite der Ratsuchenden: Grad der Betroffenheit der Ratsuchenden oder deren Bildungsstand; auf Seite der Beratungsstellen: Bekanntheitsgrad oder Öffnungszeiten).

Detaillierte Angaben über die Konzeption von PatientInnen- und Versichertenbeschwerden als Informationsträger sowie weiterführenden Angaben zur Datensammlung wurden im Forschungsbericht Nr. 4/99 des BSV publiziert. Im vorliegenden Bericht soll der Leserin bzw. dem Leser ein kurzer Überblick über die Methode und das Vorgehen genügen.

2.1 Datensammlung

Anfragen an die beteiligten PatientInnen- und Versichertenorganisationen wurden prospektiv und kontinuierlich mit Hilfe eines standardisierten Erhebungsinstruments (Fragebogen) dokumentiert. In die Untersuchung aufgenommen wurden alle Anfragen, die

- im Untersuchungszeitraum bei den Beratungsstellen erfasst wurden und
- sich inhaltlich auf das Krankenversicherungssystem (Grund- und Zusatzversicherung) sowie auf Leistungserbringer nach KVG bezogen.

Nicht erfasst wurden Anfragen, die ausschliesslich Adressen oder Informationsmaterial wünschten oder Anfragen zu medizinischen Leistungen von Zahnärzten (und nicht zu versicherungstechnischen Aspekten) und alle Anfragen zu anderen Sozialversicherungen.

Die Beraterinnen und Berater der Organisationen erfassten die Angaben während oder kurz nach dem Gespräch mit der ratsuchenden Person. Das Protokoll sah vor, dass pro Problemstellung ein Fragebogen ausgefüllt wurde. Wandte sich eine Person mit mehreren inhaltlich unterschiedlichen Fragen an eine Beratungsstelle, musste pro Thema ein Fragebogen ausgefüllt werden. Zur Qualitätssicherung dienten folgende Massnahmen:

- Die Beraterinnen und Berater wurden zu Beginn der Erhebung geschult.
- Die Beratungsstellen schickten die ausgefüllten Fragebogen regelmässig an die Projektleitung zurück. So konnte der Rücklauf kontrolliert werden.
- Die ausgefüllten Fragebogen wurden intermittierend auf Konsistenz und Vollständigkeit geprüft und gegebenenfalls wurden die Beraterinnen und Berater um Ergänzung ihrer Angaben gebeten.

2.1.1 Erhebungszeitraum

Die Datenerhebung begann im Januar 2001 und endete am 31.12.2001.

2.1.2 Studienpartner

Wie bereits 1998 und 2000 wurden Angaben bei folgenden Organisationen erhoben:

- Fédération Romande des Consommateurs (FRC)
- Pro Mente Sana
- Schweizerische Patienten-Organisation (SPO): Bern, St. Gallen, Zürich und (seit 1. April 2001) Olten
- Schweizerische Patientenstelle: Basel, Luzern und Zürich

(Kurzbeschreibungen der Organisationen wurden im Forschungsbericht Nr. 4/99 publiziert).

Auch in der vorliegenden Untersuchung musste der Ombudsman der sozialen Krankenversicherung aufgrund fehlender zeitlicher und finanzieller Ressourcen auf eine Teilnahme an der Datenerhebung verzichten.

2.1.3 Erhebungsinstrument

Für die Erhebung wurde den beteiligten Organisationen ein Fragebogen – je nach Sprachregion in deutscher oder französischer Sprache – zur Verfügung gestellt (siehe Anhang). Es handelte sich dabei um denselben Fragebogen, welcher bereits im Jahre 2000 verwendet worden war: Eine überarbeitete Version des im Pilotprojekt 1998 verwendeten Instruments. Gemäss den Erfahrungen aus dem Jahr 1998 war der Fragebogen 2000 vor Beginn der damaligen Erhebung so verändert worden, dass sich ein Teil der Anfragen besser kategorisieren liess (z.B. Versichertenrechte). Ausserdem waren im Jahr 2000 weitere Kategorien aufgenommen worden (z.B. Beratungswege der Ratsuchenden). Der Aufbau des Fragebogens ist seit dem Jahr 2000 wie folgt:

- Der erste Teil erfasst soziodemographische Angaben zur Person und – seit dem Jahre 2000 – Angaben über die Beratungswege der Ratsuchenden;
- Der zweite Teil beinhaltet fünf übergeordnete Themenbereiche, die ihrerseits weitere Kategorien zur detaillierten Beschreibung der inhaltlichen Problematik der Anfragen umfassten.

Zum Bereich des Versicherungssystems zählen dabei die folgenden Themenbereiche:

- Änderung des Versicherungsverhältnisses
- Leistungsvergütung
- Taggeldversicherung
- Prämienverbilligung

Zum Bereich der medizinischen Leistungserbringung zählt der folgende Themenbereich:

- Qualität der medizinischen Leistungserbringung

Dieser Fragebogen war von allen Partnerorganisationen und dem Auftraggeber vor Beginn der Datenerhebung genehmigt. Aus Kostengründen wurde auf die Erhebung von offenen Fragen verzichtet.

2.1.4 Auswertung

Insgesamt wurden im Jahr 2001 6'618 Anfragen erfasst und in der Auswertung berücksichtigt. Für den Längsschnittvergleich wurden die 5'628 Anfragen aus dem Jahr 2000 und – soweit möglich – die 2'716 Anfragen aus dem Jahr 1998 verwendet, die bereits für die Auswertung der Pilotstudie zur Verfügung gestanden hatten. Die absolute und relative Verteilung der Anfragen, die 1998, 2000 und 2001 bei den beteiligten Beratungsstellen erfasst wurden, sind in Tabelle 1 aufgelistet.

Tabelle 1: Absolute und relative Verteilung der Fragebogen, die bei den beteiligten Beratungsstellen in den Untersuchungszeiträumen 1998, 2000 und 2001 ausgefüllt wurden.

Organisation	1998*		2000**		2001	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
SPO	1225	(45.3)	1955	(35.0)	2465	(37.2)
Patientenstellen	433	(16.0)	1267	(22.7)	1805	(27.3)
FRC	1008	(37.3)	2258	(40.5)	2260	(34.1)
Pro Mente Sana	38	(1.4)	102	(1.8)	88	(1.3)
Total Fragebogen	2704*	(100.0)	5628**	(100.0)	6618	(100.0)

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

** Bei 46 Fragebogen fehlte die Angabe, bei welcher Organisation die Anfrage dokumentiert wurde.

2.2 Anmerkungen zur Interpretation der Ergebnisse

Bei der Interpretation der Ergebnisse sind folgende Punkte zu berücksichtigen:

Erhebung von objektiven versus subjektiven Problembeschreibungen

Für die Kategorisierung der Anfragen hatten die Beraterinnen und Berater ein Raster zur Verfügung (vgl. Abschnitt 2.1.3). Die Zuordnung der Anfragen zu den jeweiligen Kategorien erfolgte 2000 und 2001 aus Sicht der Beratenden. Damit widerspiegeln die aktuellen Ergebnisse die Sichtweise der Beratenden. Dieses Vorgehen unterscheidet sich von der 1998 durchgeführten Pilotstudie (in dieser wurde die Sichtweise der Ratsuchenden erhoben). Die Sichtweise der Beraterinnen und Berater erlaubt, Verzerrungen der Ergebnisse zu vermindern. Derartige Verzerrungen wären vorwiegend bei Anfragen zur Kostenübernahme zu erwarten. Ein Beispiel: Der Leistungserbringer klärt seinen Patienten 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 Patient wahrscheinlich nicht den Leistungserbringer, sondern den Versicherer als "Problemverursacher" wahrnehmen.

Vollständigkeit der Angaben

Die vollständige Erhebung von sozio-demographischen Angaben zur ratsuchenden Person sowie zur Beschreibung der Beratungswege wurde von der Projektleitung ausdrücklich gewünscht. Um den Ablauf des Beratungsgesprächs möglichst wenig zu stören, mussten die Beraterinnen und Berater vor allem im Jahr 2000 in einigen Fällen auf konkrete Rückfragen verzichten, im Jahre 2001 konnte diese Rate erheblich gesenkt werden, so dass nur sehr wenige Angaben fehlten. Dennoch können geringe Schwankungen der Angaben im Gesamttotal auch 2001 aufscheinen.

Beratungsspektrum der PatientInnen- und Versichertenorganisationen

Die teilnehmenden Beratungsorganisationen haben zum Teil sehr unterschiedliche Aufgabenbereiche. Die Romandie ist in dieser Studie u.a. mit einer grossen Organisation vertreten, die vorwiegend Versicherteninteressen vertritt. In der Deutschschweiz sind Beratungsorganisationen lokalisiert, die PatientInnen und Versicherte beraten. Unterschiede in den Beratungsschwerpunkten der beteiligten Organisationen sind in Kapitel 3.3 dargestellt. Sie müssen bei der Interpretation von unterschiedlichen Ergebnissen für die beiden Sprachregionen berücksichtigt werden.

Auswahl der Beratungsstellen

Die Beratungsstellen, welche am vorliegenden Monitoring teilgenommen haben, sind eine zwar bedeutende, aber doch nicht ganz vollständige oder repräsentative Auswahl von Beratungsstellen: Möglicherweise sind spezifische Fragestellungen (z.B. Prämienverbilligung) hier nur ungenügend berücksichtigt oder überrepräsentiert, da sich Ratsuchende möglicherweise direkt an andere Organisationen oder Behörden wandten.

Längsschnittvergleich

Die kontinuierliche Erhebung von Anfragen bei PatientInnen- und Versichertenbeschwerden soll erlauben, Veränderungen in der medizinischen Versorgung und Systemprobleme zu identifizieren. Um entsprechende Aussagen machen zu können, sind Vergleiche mit früheren Untersuchungen notwendig. Im Jahr 1998 wurde eine Pilotuntersuchung durchgeführt, im Jahre 2000 eine erste Datenerhebung mit dem (fast) identischen Fragebogen, wie er auch dieses Jahr (2001) verwendet wurde. Im vorliegenden Bericht werden aktuelle Zahlen systematisch den Daten der letztjährigen Erhebung gegenübergestellt und – soweit möglich – mit der Pilotstudie 1998 verglichen.

Der Vergleich mit der Pilotstudie 1988 hat allerdings nur bedingt Gültigkeit, da sich die Untersuchungen 2000 und 2001 von der Untersuchung 1998 in einigen inhaltlichen und methodologischen Aspekten unterscheidet. Zu diesen Unterschieden zählen:

Das Erhebungsinstrument

Die Erfahrungen der Pilotstudie 1998 flossen im Sinne einer Qualitätsverbesserung ins neue Erhebungsinstrument ein und haben zu einer Überarbeitung des Fragebogens geführt. Das Erhebungsinstrument 2000/2001 vereinfachte zwar die Erfassung, der Längsschnittvergleich mit den Ergebnissen aus dem Jahr 1998 wurde jedoch in vielen Bereichen erschwert oder verunmöglicht.

Der Erhebungszeitraum

In der Untersuchung 2001 dauerte die Datenerhebung das ganze Jahr, im Jahr 2000 hingegen elf Monate (Februar bis Dezember 2000), in der Pilotuntersuchung 1998 gar nur sechs Monate (Juni bis November). Inhaltliche Änderungen der Anfragen, die mit der Jahreszeit gekoppelt sind, wie z.B. die Bekanntgabe der Prämienhöhe für das kommende Jahr im Herbst, fallen beim Vergleich 2001/2000 kaum, beim Vergleich dieser Jahre mit dem Jahre 1998 hingegen stark ins Gewicht.

Die Erhebung von objektiven versus subjektiven Problembeschreibungen

In den Untersuchungen 2000 und 2001 wurde die Problematik aus Sicht der Beraterinnen und Berater erfasst, in der Pilotstudie 1998 hingegen aus Sicht der Anrufenden. Bei Vergleichen muss dies berücksichtigt werden.

Mehrfachantworten

Im Fragebogen wurden Mehrfachantworten zugelassen. Daher kann bei der Darstellung der Ergebnisse in Form von Häufigkeitsverteilungen die Summe der Prozente grösser als 100 sein.

Statistische Auswertungen

Da es sich beim Kollektiv nicht um eine Zufallsstichprobe handelte, wurde auf die Anwendung von statistischen Tests verzichtet.

Vergleiche der Ergebnisse mit weiteren Untersuchungen

Die vorliegenden Ergebnisse wurden – wo möglich und sinnvoll – mit folgenden weiteren Angaben verglichen (Details siehe Literaturverzeichnis):

- Tätigkeitsbericht 2000 des Ombudsmans der sozialen Krankenversicherung;
- Wirkungsanalyse KVG: Information der Versicherten. Auswirkung des Krankenversicherungsgesetzes auf die Versicherten;
- Wirkungsanalyse KVG: Praxis der Versicherer bei der Vergütung von Leistungen nach KVG.

3 Ergebnisse

Die Ergebnisse gliedern sich in folgende Unterabschnitte:

- **Abschnitt 3.1 "Beschreibung der Ratsuchenden"** 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 3.2 "Beratungswege der Ratsuchenden"** beschreibt, wie die Ratsuchenden auf die Organisation aufmerksam wurden und ob sie zuvor schon andere Stellen kontaktierten (Abschnitte 3.2.1 und 3.2.2). Es wird dargestellt, ob die Auskunft der Organisationen ausreichend war, ob weitere Abklärungen notwendig erschienen und – falls ja – in welcher Form (Abschnitt 3.2.3).
- **Abschnitt 3.3 "Überblick über die inhaltlichen Themenbereiche der Anfragen"** gibt einen Überblick über die fünf grossen Themenbereiche Leistungsvergütung, Änderung des Versicherungsverhältnisses, Prämienverbilligung, Taggeldversicherung und Qualität der medizinischen Leistungserbringung.
- **Abschnitt 3.4 "Detaillierte Analyse von Anfragen zu den verschiedenen Themenbereichen"** beschreibt mit detaillierten Aufschlüsselungen die Ergebnisse der fünf Themengebiete. Abschnitt 3.4.1 präsentiert die Ergebnisse, die im Zusammenhang mit einer Änderung des Versicherungsmodus standen. Es folgen die Abschnitte zu den detaillierten Analysen der Themenbereiche "Leistungsvergütung", "Taggeldversicherung", "Prämienverbilligung" und "Qualität der medizinischen Leistungserbringung" (Abschnitt 3.4.2 - 3.4.5).
- **Abschnitt 3.5 "Detaillierte Analyse und Interpretation der Beratungswege von Ratsuchenden"** zeigt jeweils die Beratungswege der Ratsuchenden für die fünf grossen Themenbereiche auf.

In den einzelnen Unterabschnitten werden die Ergebnisse der Untersuchung dargestellt, interpretiert und gegebenenfalls mit Kommentaren der Teilnehmenden anlässlich der Arbeitssitzung ergänzt.

3.1 Beschreibung der Ratsuchenden

Von den 6480 Ratsuchenden, von welchen die Wohnregion bekannt ist, wohnten 63.1% in der Deutschschweiz, 35.9% in der Romandie (Vorjahr: 57.5% bzw. 41.5%); 0.4% der Anfragenden lebten im Tessin, 0.6% im Ausland (im Vorjahr jeweils 0.4%). Wie in den Untersuchungen 1998 und 2000 wohnten die meisten Anfragenden im Kanton Zürich, gefolgt von den Kantonen Waadt, Bern und Genf. Detailliertere Angaben zum Kollektiv der Ratsuchenden sind in Tabelle 2 unten aufgeführt.

Tabelle 2: Angaben zu den Personen, die in den Untersuchungen 1998, 2000 und 2001 eine der beteiligten Beratungsstellen kontaktierten (Geschlecht und Wohnkanton).

Wohnkanton	1998*		2000**		2001	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Zürich	619	23.1	1285	23.2	1808	27.3
Waadt	467	17.5	1126	20.3	1335	20.3
Bern	402	15.0	567	10.2	672	10.2
Genf	223	8.3	529	9.5	448	6.8
Neuenburg	156	5.8	225	4.1	161	2.4
Aargau	117	4.4	248	4.5	302	4.6
St. Gallen	93	3.5	215	3.9	292	4.4
Basel Stadt	96	3.6	180	3.2	186	2.8
andere	502	18.8	1174	21.2	1'413	21.2

* Angaben total für den Zeitraum 15.6.-15.11.1998

** Angaben total für den Zeitraum 1.2.-31.12.2000

Die Kollektive der drei Untersuchungsperioden (1998/2000/2001) waren bezüglich ihrer sozio-demographischen Zusammensetzung weitgehend identisch: Etwa zwei Drittel der Anfragen betrafen Frauen, ein Drittel Männer; Praktisch identisch zum Vorjahr betrafen drei Viertel der Anfragen die anfragende Person selbst, ein Fünftel eine andere Person. Etwa jeder zwanzigste Fall bezog sich auf eine Familie.

Die Altersverteilung der Ratsuchenden ist ähnlich wie im letzten Jahr. Betrachtet man die Altersgruppen (Tabelle 3), so gibt es relativ wenige Anfragen bei Personen unter 30 Jahren. Die Gruppe der 30 bis 70-jährigen stellt die überwiegende Mehrheit der Anfragen; ab dem 70. Altersjahr nehmen Anfragen deutlich ab.

Vergleicht man die Anfragen mit der Altersverteilung der Wohnbevölkerung in der Schweiz, so zeigt sich, dass Anfragen zu Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen unter 28 Jahren krass untervertreten sind, die Anfragen von Personen von 28 bis 45 Jahren in etwa deren Bevölkerungsanteil entsprechen und die Anfragen der 46 bis 80-jährigen stark übervertreten sind. Der genaue Verlauf und der Vergleich zur Altersverteilung der Wohnbevölkerung in der Schweiz ist Grafik 1 zu entnehmen.

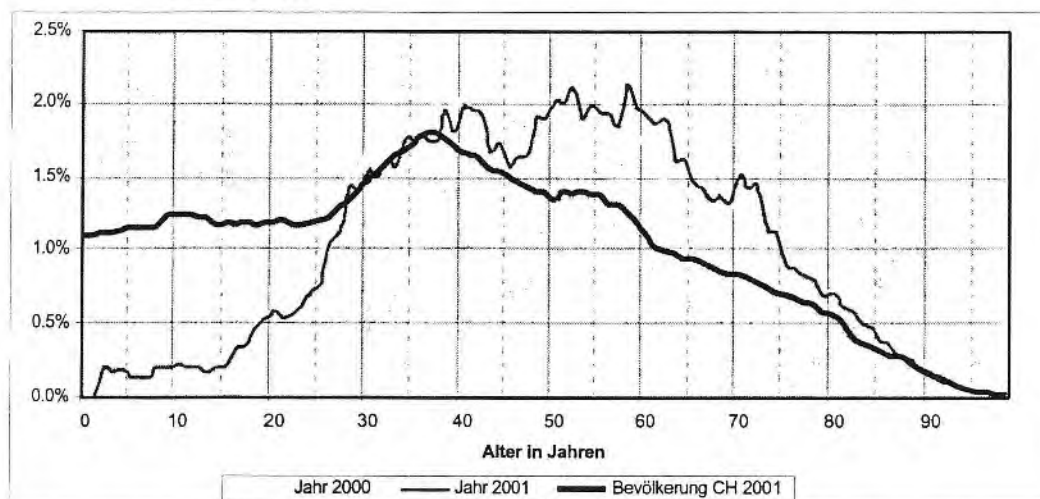
Tabelle 3: Geschlecht und Altersverteilung der Ratsuchenden

	1998*		2000**		2001	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Geschlecht						
männlich	783	33.3	1661	31.8	2020	32.8
weiblich	1565	66.7	3561	68.2	4143	67.2
Altersgruppe						
<=19 Jahre	91	5.1	221	5.5	224	5.3
20-29 Jahre	137	7.7	335	8.4	332	7.9
30-39 Jahre	265	15.0	692	17.3	656	15.5
40-49 Jahre	232	13.1	681	17.0	697	16.5
50-59 Jahre	251	14.2	721	18.0	769	18.2
60-69 Jahre			509	13.9	633	16.2
70-79 Jahre	796***	44.9***	382	10.4	443	11.4
>= 80Jahre			203	4.5	189	6.8

* Angaben total für den Zeitraum 15.6.-15.11.1998

** Angaben total für den Zeitraum 1.2.-31.12.2000

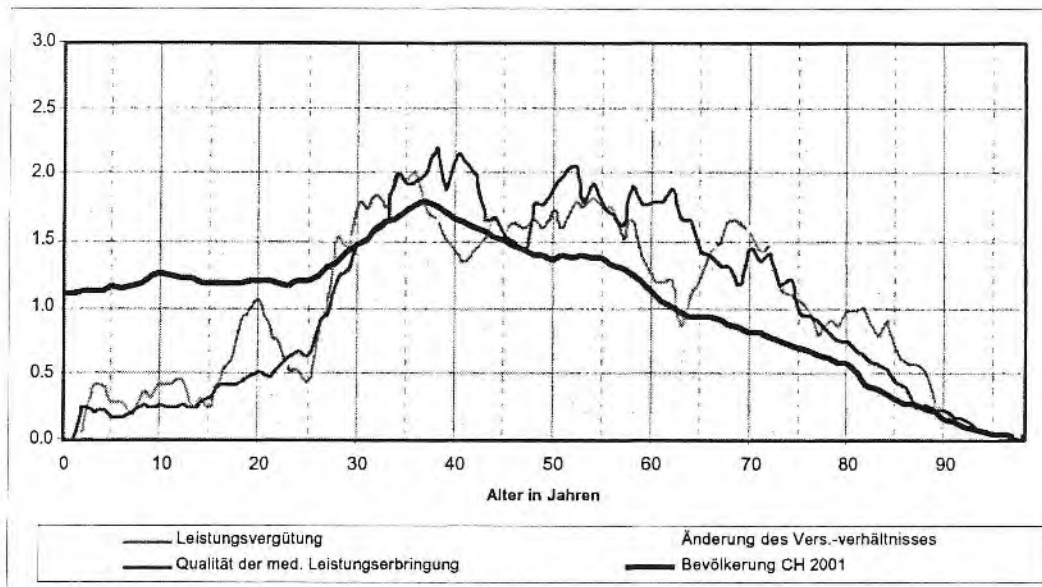
*** im Jahr 1998 waren die über 60-jährigen in einer Kategorie zusammengefasst

Grafik 1: Altersverteilung der Anfragenden nach Altersjahren (geglätteter fließender 5-Jahres-Mittelwert) im Vergleich mit der Altersverteilung der Wohnbevölkerung⁴ der Schweiz.

Die Altersverteilung bei Anfragen zur Qualität der medizinischen Leistungserbringung zwischen dem 28 und 45. Lebensjahr entspricht in etwa derjenigen der Bevölkerung. Ab diesem Alter steigen die Anfragen überproportional an. Hingegen sind bei Fragen zu Änderungen des Versicherungsverhältnisses die jüngeren Personen stark untervertreten. Hier ist eine stetig ansteigende Zahl von Personen bis zum 60. Altersjahr zu verzeichnen. Bei Fragen zur Leistungsvergütung ist eine sehr breite gleichmässige Verteilung über alle Alter hinweg da.

⁴ Quelle: Bundesamt für Statistik: Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 1995-2050; Ständige Wohnbevölkerung nach Geschlecht und Alter, 1981-2060. Internet: http://www.statistik.admin.ch/stat_ch/ber01/dtfr01b.htm

Grafik 2: Verteilung der Anfragenden nach Alter und Thema der Anfrage 2001 (geglätteter fliessender 5-Jahres-Mittelwert)



Interpretation

Die Ergebnisse der Untersuchung unterstützen die bereits 1998 und 2000 gemachten Beobachtungen, dass sich ältere Personen häufiger an die Beratungsstellen wenden. Die zunächst evident scheinende Erklärung, dass mit zunehmendem Alter die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und damit die Wahrscheinlichkeit, dass Unklarheiten oder Probleme auftreten, ansteigt, ist einsichtig, greift aber etwas zu kurz: Die Analyse der Altersverteilungen nach Thema der Anfrage zeigt interessante Unterschiede bei den unter 45-Jährigen: Jüngere Erwachsene haben nur selten Probleme mit der Änderung des Versicherungsverhältnisses, hingegen sind Anfragen zur Qualität der medizinischen Leistungserbringung bereits ab dem 25. Altersjahr weit verbreitet.

Auch bei dieser Untersuchung ist der Anteil von Frauen im Kollektiv deutlich höher. Mögliche Gründe sind: Frauen haben eine höhere Lebenserwartung; Frauen haben eine grössere Krankheitslast; Frauen gehen häufiger zu Ärztinnen und Ärzten; Frauen interessieren sich mehr für gesundheitliche Belange; nicht-berufstätige Frauen können die tagsüber geöffneten und telefonisch bedienten Beratungsstellen leichter erreichen.

Da im Interesse der Ratsuchenden auf die detailliertere Erhebung von sozio-demographischen Angaben verzichtet werden musste, kann nicht gesagt werden, ob das Kollektiv alle Bevölkerungsgruppen umfasst. Die Anliegen von Personen mit "höheren Hemmschwellen" könnten beispielsweise ungenügend vertreten sein (vgl. Abschnitt 2).

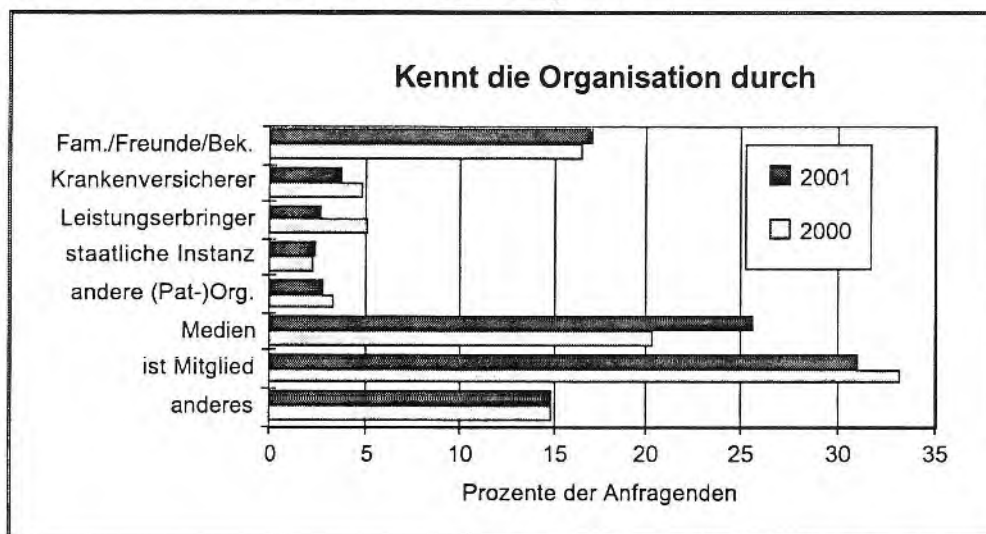
3.2 Übersicht über die Beratungswege der Ratsuchenden

Dieser Abschnitt beschreibt, wie die ratsuchende Person auf die Beratungsorganisation aufmerksam wurde; ob die ratsuchende Person bereits ihren Leistungserbringer oder ihren Versicherer in dieser Angelegenheit kontaktiert hatte und in welcher Form und Intensität die Beratung erfolgte. Dieser Themenblock wurde in der vorliegenden Untersuchung erstmals erhoben.

3.2.1 Wie wurde die beratende Person auf die Organisation aufmerksam?

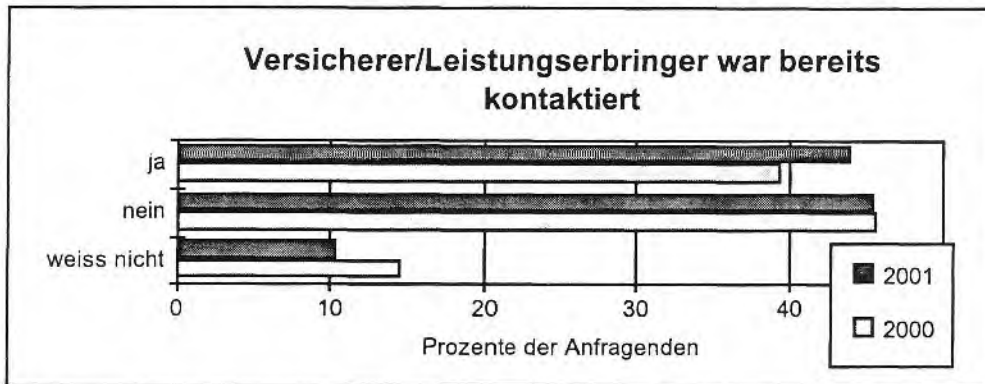
Wie im vorhergehenden Jahr, war auch im Jahre 2001 der grösste Teil der Ratsuchenden bereits Mitglied der beratenden Organisation (31%; Vorjahr 33%). Deutlich mehr Personen als im Vorjahr gaben jedoch an, durch die Medien auf die Organisation aufmerksam geworden zu sein (25%; Vorjahr 20%). Bei rund 16% liegt der Anteil der auf Empfehlung von Familie, Freunden oder Bekannten entstandene Kontakt wie im Vorjahr; durch Krankenversicherer, Leistungserbringer, staatliche Instanzen oder andere (PatientInnen-)Organisationen wurden – ähnlich wie im Jahr zuvor – je 2 bis 4% mit der Organisation bekannt; 15% der Anfragenden kennen die Organisation auf anderer Art.

Grafik 3: Wissen über die PatientInnenorganisation



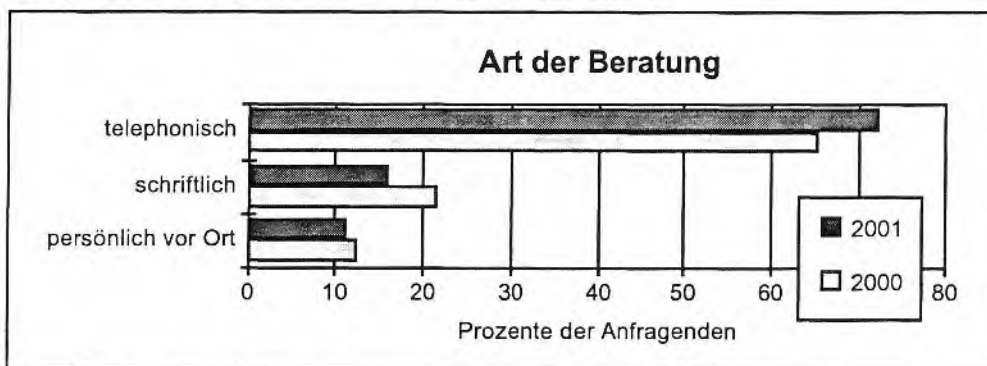
3.2.2 Bestand bereits Kontakt mit dem Versicherer und dem Leistungserbringer?

Je häufiger war vorgängig zur Anfrage bei den Patientenorganisationen ein Kontakt mit dem Versicherer/Leistungserbringer erfolgt (44% Kontakt, 45.5% kein Kontakt; Vorjahr: 39.5% vs. 45.8%). Dabei wandten sich Mitglieder der Organisation auffallend häufiger (59.2%) zuerst an die Organisation als "Nicht-Mitglieder" (zwischen 21% und 44%). Alter und Geschlecht der Anfragenden war dabei ohne Einfluss.

Grafik 4: Vorgängiger Kontakt zu Versicherer bzw. Leistungserbringer

3.2.3 Wie wurde die ratsuchende Person beraten und war die Information ausreichend?

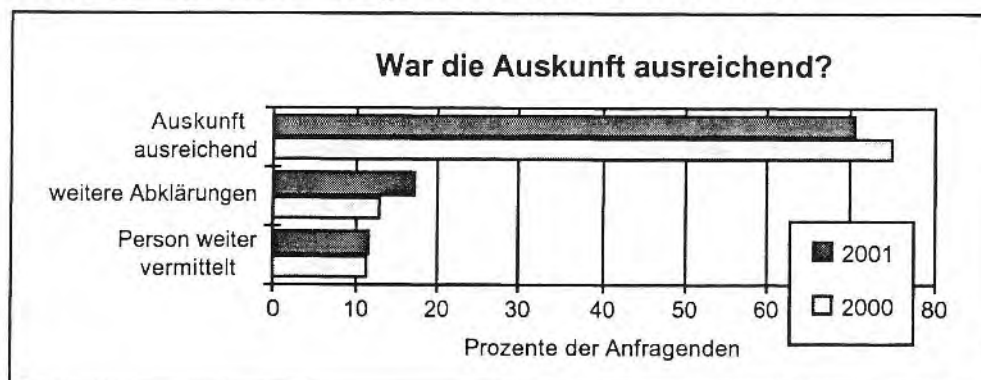
Ähnlich wie im Jahr 1998 machten die telefonischen Beratungen im Jahre 2001 drei Viertel der Anfragen aus (72.6%; 2000: 65.6%; 1998: 75%). 16% der Auskünfte erfolgten schriftlich (2000: 21.8%; 1998: 6%), und 11.4% der Beratungen fanden vor Ort statt (2000: 12.6%; 1998: 19%). Der im Jahr 2001 wieder gesunkene Anteil an schriftlichen Auskünften ist darauf zurückzuführen, dass in der FRC, welche die überwiegende Mehrheit aller schriftlichen Antworten gibt (905 von 1050), der Anteil der schriftlichen Auskünfte deutlich zurückging (von 48% im Jahre 2000 auf 40% im Jahre 2001).

Grafik 5: Wie wurde die ratsuchende Person beraten

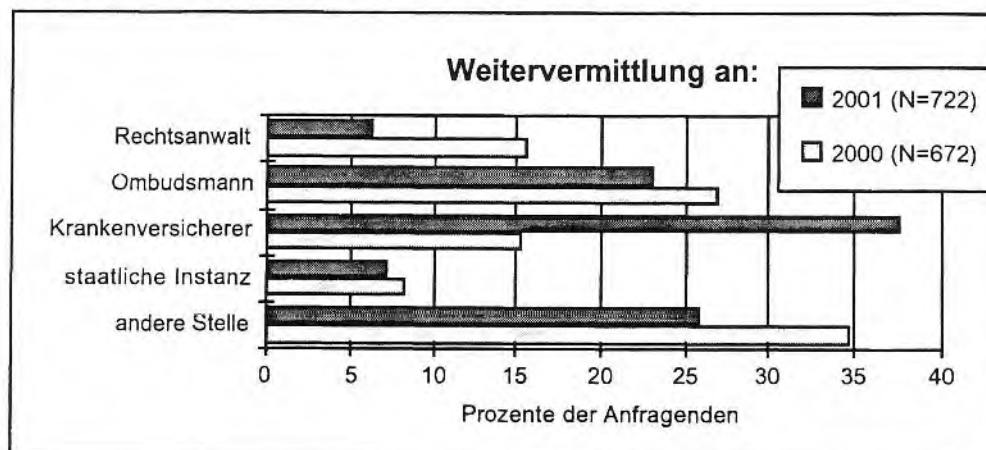
In 70.9% der Fälle (Vorjahr 75.4%) war eine einmalige Auskunft bzw. Beratung ausreichend; in 17.3% der Anfragen (Vorjahr 13.1%) beauftragte die Person die Organisation mit weiteren Abklärungen und wie im Vorjahr wurden knapp 12% der Anfragenden an eine der folgenden Stellen weiter vermittelt (aus erhebungstechnischen Gründen sind nur diejenigen Personen als "weitervermittelt" bezeichnet, denen dies direkt im Erstgespräch geraten wurde und nicht solche, welche nach weiteren Abklärungen schliesslich doch noch weitervermittelt wurden). Ziele der Vermittlung waren:

	2001		2000	
	n	%	n	%
• Ombudsman der sozialen Krankenversicherung	178	23.2%	180	27.1%
• Rechtsanwalt / Rechtsanwältin	49	6.4%	104	15.7%
• Krankenversicherer	290	37.8%	102	15.4%
• staatliche Stelle	56	7.3%	55	8.3%
• andere Stelle	199	25.9%	231	34.8%

Grafik 6: Konnte die Anfrage ausreichend beantwortet werden?



Grafik 7: Wohin wurden die Personen weitervermittelt



Auffallend sind hier zwei Veränderungen:

1. Die Weitervermittlung an den Rechtsanwalt hat im Vergleich zum Vorjahr abgenommen. Auffallend ist dies deshalb, da Anfragen bezüglich der Qualität der medizinischen Leistungserbringung zugenommen haben und aus diesen Problemen die Weitervermittlung an Rechtsanwälte resultieren (Allerdings bestanden im Jahr 2001 bei den SPO hier eine veränderte Paraxis und einige Unklarheiten beim Ausfüllen des Fragebogens, was möglicherweise dieses Ergebnis beeinflusst hat).

2. Ein markant höherer Anteil an Personen, wurde an die Krankenversicherer weitergeleitet: Diese Zunahme stammt dabei fast ausschliesslich aus Anfragen aus dem Themenbereich "Leistungsvergütung" (von 61 im Jahre 2000 zu 236 im Jahre 2001) (vgl. Tabelle 11 in Kapitel 3.5). Zu 87% (253) sind dies Personen, welche von der FRC beraten wurden.

Interpretation

Offensichtlich ist, dass Personen, die Mitglied einer der beteiligten Organisationen sind, deren Auskunft- und Beratungsdienstleistungen auch nutzen. Die Gründe, weshalb eine Person Mitglied bei einer PatientInnen- oder Versichertenorganisation wird, wurden in der vorliegenden Untersuchung nicht erhoben. Mögliche wäre, dass diese Personen bereits früher Fragen und / oder Probleme im Bereich des Versicherungssystems oder der medizinischen Leistungserbringung hatten und bei dieser Gelegenheit Mitglied einer Organisation wurden. Aufgrund ihrer damaligen Erfahrungen kann die Hemmschwelle, die Beratungsstellen bei Unklarheiten zu kontaktieren, gesunken sein. Diese Vermutung wird gestützt von der Beobachtung, dass Mitglieder häufiger direkt die Organisation kontaktierten, ohne zuvor an ihren Versicherer oder Leistungserbringer zu gelangen.

Eine andere Hypothese ist, dass die Ratsuchenden regelmässig Leistungen des Gesundheitssystem in Anspruch nehmen (müssen). Es leuchtet ein, dass eine häufigere Inanspruchnahme auch die Wahrscheinlichkeit von Fragen und / oder Problemen erhöht. Die Beobachtung, dass die Mitglieder der Organisationen diese häufiger kontaktieren, mag auch ausdrücken, dass es sich bei dieser Gruppe um ein besonders kritisches Publikum handelt.

Die Ergebnisse zeigen, dass Medien im Vergleich zum Vorjahr nochmals an Bedeutung für die Beratungsorganisationen zugenommen haben. Bereits jede vierte Person – im Vorjahr war es noch jede fünfte Person – erfuhr über diesen Kanal vom Beratungsangebot der Organisationen. Die VertreterInnen der PatientInnenorganisationen betonten jedoch anlässlich einer ersten Präsentation dieses Ergebnisses, dass es nicht so sehr Berichte über sie selbst seien, welche die Menschen auf die Organisation aufmerksam machen, sondern vielmehr Berichte über Probleme und "Skandale" im Gesundheitswesen, auf die dann mit vermehrten Anfragen reagiert würde.

Dass Versicherer, Leistungserbringer und staatliche Stellen nur selten auf die PatientInnen- und Versichertenorganisationen aufmerksam machten, kann darauf hinweisen, dass die Beziehungen zwischen diesen Akteuren gespannt sind.

71% der Anfragen konnten sofort abschliessend behandelt werden, etwas weniger als im Jahre 2000 (75%). Dies deutet darauf hin, dass nach wie vor ein Grossteil der registrierten Anfragen durch ein Informationsdefizit bei den Versicherten bedingt sind. Dieser grosse Anteil an Personen, deren Anliegen abschliessend geklärt werden konnte, lässt jedoch auch auf eine gute fachliche Ausbildung und Qualität der Auskunftgebenden schliessen. Der leicht angestiegene Anteil

der Anfragen, welche weiterer Abklärungen seitens der Organisationen bedurfte (von 13% auf 17%), lässt aber vermuten, dass der Anteil der Anfragen in komplexen Angelegenheiten gegenüber Standardproblemen doch deutlich zugenommen hat. Da im weiteren zu vermuten ist, dass sowohl die Intensität der Beratung als auch die Angaben über die Stellen, an welche eine Person weiter vermittelt wurde, nach thematischen Schwerpunkten variieren wurde eine detailliertere Auswertung zu diesem Thema vorgenommen und in Abschnitt 3.5 vorgestellt.

3.3 Überblick über die inhaltlichen Themenbereiche der Anfragen

Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über die Verteilung der Anfragen auf die fünf grossen Themengebiete:

Das Versicherungssystem betreffend (Themengebiet 1-4):

- 1 Änderung des Versicherungsverhältnisses
- 2 Leistungsvergütung
- 3 Taggeldversicherung nach KVG
- 4 Prämienverbilligung

Die medizinische Leistungserbringung betreffend:

- 5 Qualität der medizinischen Leistungserbringung.

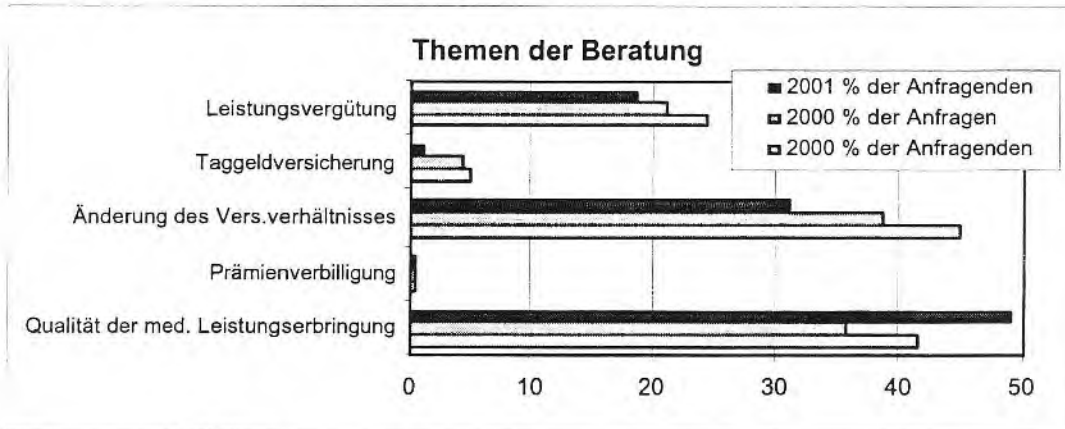
Zunächst ist festzuhalten, dass es im Jahr 2001 kaum mehr Anfragen zu mehr als einem Thema gibt, während im Jahr zuvor über 15% der Ratsuchenden mehrere Themen ansprechen.

Vergleicht man die Häufigkeit der angesprochenen Themengebiete, so ist darauf zu achten, ob man die Häufigkeit 2001 mit der Häufigkeit der Anfragen 2000 oder der Häufigkeit der Anfragenden 2000 vergleicht.

51.1% der Anfragen (Vorjahr 62.2%) bzw 51.2% der Anfragenden (Vorjahr 68.2%) hatten Fragen zum Versicherungssystem, 49% der Anfragenden solche zur Qualität der medizinischen Leistungserbringung (Vorjahr: 41.4%; betrachtet man die **Anfragen**, so ist der Anteil hier noch geringer: 35.7%).

Innerhalb des Themenbereichs "Krankenversicherungssystem" betrafen wie im Vorjahr rund zwei Drittel aller Anfragen die "Änderung des Versicherungsverhältnisses" (n=2070); etwa ein Drittel drehte sich um die Leistungsvergütung. Nur noch marginal vertreten waren Anfragen zur Taggeldversicherung nach KVG (N=74) und der Prämienverbilligung (N=26). Tabelle 4 zeigt die absolute und relative Häufigkeit der Probleme nach Themenbereichen.

Für einen Vergleich mit dem Jahre 1998 können nur die Angaben der SPO Zürich ausgewertet werden: Dort ist die Entwicklung für die Anfragen zur "Qualität der medizinischen Leistungserbringung": 1998: 43.6%; 2000: 62.0% 2001: 78.8%.

Grafik 8: Themen der Beratung**Tabelle 4:** Absolute und relative Häufigkeit der Inhalte der fünf Themenbereiche

Themenbereich	2000			2001		
	n	% der Anfragen	% der Anfragenden	n	% der Anfragen	% der Anfragenden
Leistungsvergütung	1375	21.1	24.5	1230	18.5	18.6
Taggeldversicherung	271	4.2	4.8	74	1.1	1.1
Änderung des Versicherungsverhältnisses	2516	38.7	44.9	2070	31.2	31.3
Prämienverbilligung	24	0.4	0.4	26	0.4	0.4
Qualität der medizinischen Leistungserbringung	2321	35.7	41.4	3244	48.8	49.0
Total Anfragen	6507	100.0	116.1	6644	100.0	100.4
Total Ratsuchende	5605			6618		

Themengebiete nach Sprachregion

Die Ergebnisse von 1998 und 2000 hatten gezeigt, dass die Verteilung der Themenbereiche für die Deutsch- und Westschweiz variierte. Daher wurden die Themenbereiche auch dieses Mal für diese Landesteile getrennt ausgewertet. Das Tessin und Personen mit Wohnsitz im Ausland wurde hier wegen der kleinen Fallzahlen (zusammen 64) nicht berücksichtigt.

In der Romandie wurden fast ausschliesslich Fragen zum Versicherungssystem gestellt (93.4%). In der Deutschschweiz überwogen Fragen zur Qualität der medizinischen Leistungserbringung (71.2%). Die detaillierte Auflistung der Themenbereiche nach Sprachregion ist in Tabelle 5 dargestellt.

Tabelle 5: Verteilung der Anfragen nach Thema und Sprachregion (Deutschschweiz, Romandie)

Themenbereich	2000*				2001*			
	Deutschschweiz		Romandie		Deutschschweiz		Romandie	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Änderung des Versicherungsverhältnisses	523	16.4	1946	85.0	356	8.7	1673	71.9
Leistungsvergütung	986	31.7	233	14.3	765	18.7	419	18.0
Taggeldversicherung nach KVG	201	6.3	65	2.8	53	1.3	17	0.7
Prämienverbilligung	9	0.3	15	0.7	9	0.2	17	0.7
Qualität der medizinischen Leistungserbringung	2095	65.0	158	6.9	2913	71.2	218	9.4
Total Anfragen, % der Anfragenden	3814	119.7	2417	109.7	4090	100.1	2326	100.7

*Missing Cases: 2000: 111; 2001: 138. Wohnort Tessin oder Ausland: 2000: 45; 2001: 64.

Themenverteilung nach Institution und Zeit

Die Themenverteilung in den einzelnen Institutionen zeigt klare Schwerpunkte: In der FRC haben 77.5% der Ratsuchenden Fragen zur Änderung der Versicherungsverhältnisse; in den übrigen Institutionen 70% – 80% Fragen zur "Qualität der medizinischen Leistungserbringung". Taggeldversicherung und Prämienverbilligung ist überall ein eher marginales Problem; Fragen zur Leistungsvergütung machen bei allen Organisationen etwa 15% – 20% der Anfragen aus. Zwischen 2000 und 2001 haben sich nur unwesentliche Veränderungen in diesen Verteilungen ergeben.

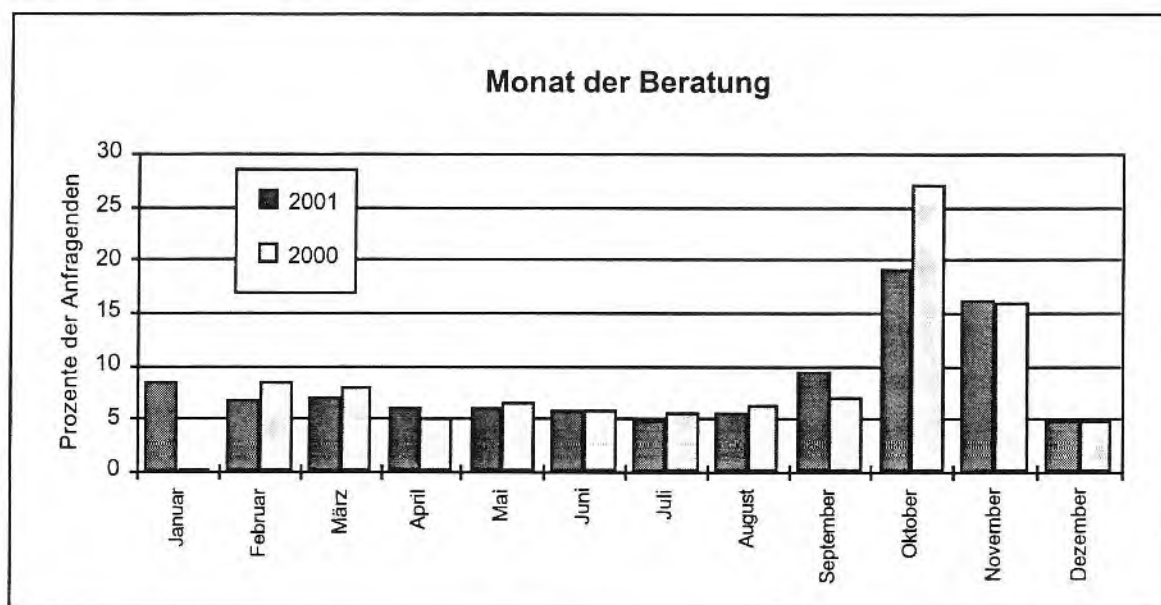
Tabelle 6: Übersicht über die Verteilung der Anfragen nach Themenbereich und PatientInnenorganisationen

Themenbereich	2000				2001			
	FRC	Pro Mente Sana	SPO	DVSP	FRC	Pro Mente Sana	SPO	DVSP
Änderung des Versicherungsverhältnisses	2004 89.3%	4 3.9%	265 13.6%	224 17.7%	1751 77.5%	2 2.3%	164 6.7%	153 8.5%
Leistungsvergütung	313 13.9%	20 19.6%	512 26.2%	524 41.4%	422 18.7%	14 15.9%	423 17.2%	371 20.6%
Taggeldversicherung nach KVG	64 2.9%	9 8.8%	91 4.7%	106 8.4%	16 .7%	4 4.5%	20 .8%	34 1.9%
Prämienverbilligung	15 0.7%	0 0.0%	3 0.2%	6 0.5%	17 0.8%	0 0.0%	1 0.0%	8 0.4%
Qualität der medizin. Leistungserbringung	67 3.0%	76 74.5%	1375 70.5%	781 61.7%	72 3.2%	71 80.7%	1858 75.4%	1243 68.9%
Total Anfragende % der Anfragenden	2244 109.8	102 106.8	1951 115.2	1265 129.7	2260 100.9	88 103.4	2465 100.1	1805 100.3

Betrachtet man die Verteilung der Anfragen übers Jahr, so zeigt sich eine starke Häufung in den Herbstmonaten (besonders ausgeprägt im Jahre 2000), während sie in der übrigen Zeit – mit Ausnahme einer leichten Rückgangs im Sommer – relativ gleichmässig verteilt sind: Jeden Monat ca. 5% der Anfragen.

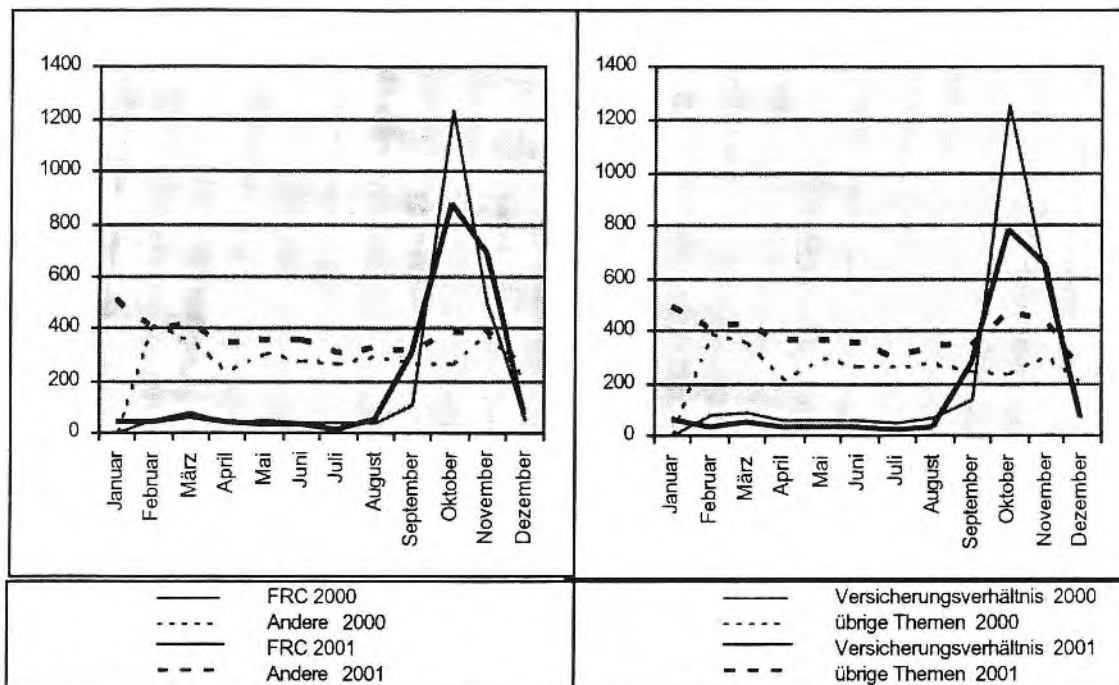
Der markante Anstieg der Anfragen im Herbst ist auf ein einziges Thema zurückzuführen: Den Anfragen zum Thema "Änderung des Versicherungsverhältnisses". Diese Anfragen stiegen bei allen Organisationen in den Herbstmonaten an, hat aber für die meisten Organisationen keine grosse Bedeutung, da diese Anfragen nur einen kleinen Teil der Beratungen ausmachen (siehe Tabelle oben), so dass dort die Anfragen in diesen Herbstmonaten nicht nennenswert anstiegen.

Grafik 9: Zeitliche Verteilung der Anfragen



Für die FRC hingegen, wo die überwiegende Mehrheit dieser Anfragen eingingen und wo auch die überwiegende Mehrheit der Ratsuchenden Anfragen zu diesem Thema hat, könnte dies ein organisatorisches Problem darstellen.

Der Jahresverlauf der anderen Themengebieten zeigt hingegen eine ziemlich gleichmässige Verteilung.

Grafik 10: Institution und Themen im Jahresverlauf

Interpretation

Der Anstieg von Anfragen zum Krankenversicherungssystem zwischen 1995 und 1998 wurde im Bericht zum Monitoring 1998 als erhöhtes Informationsbedürfnis aufgrund des Systemwechsels interpretiert.

Die Zahlen des Jahres 2000 deuteten darauf hin, dass bis dahin ein grundlegendes Informationsbedürfnis zu versicherungstechnischen Fragen bestand (die Einführung des KVG lag zum Erhebungszeitpunkt 4 Jahre zurück). Je weiter der Systemwechsel zurücklag, desto wahrscheinlicher wurde die Vermutung, dass kostendämmende Wettbewerbsmechanismen, die – obwohl sie in einem definierten ordnungspolitischen Rahmen spielen (Prämienabstufungen nach Kantonen / Regionen sowie zwischen Erwachsenen, jungen Erwachsenen und Kindern; eine Einheitsprämie unabhängig von Alter bzw. Eintrittsalter und Geschlecht des Versicherten; freier Wechsel des Versicherers) – zu Verunsicherungen und Informationslücken führten. Der neu rückläufige Anteil und auch die rückläufige absolute Zahl von Anfragen zum Krankenversicherungssystem – nachdem diese in den vergangenen Jahren relativ konstant waren – könnte zum Ausdruck bringen, dass früher bestehende Informationsdefizite nach dem Systemwechsel des Krankenversicherungssystems bei den Versicherten nun eingeholt werden.

Die markante Zunahme der Anfragen zur Qualität der Leistungserbringung im Jahre 2001, sowohl was deren relative (von 41% auf 49%) als auch absolute Häufigkeit (etwa 40% mehr Anfragen) angeht ist weitgehend unklar, Details und Veränderungen zum Vorjahr werden im entsprechenden Kapitel weiter unten aber dargestellt.

Wegen den aufgezeigten Unterschieden zwischen der Deutsch- und der Westschweiz in den thematischen Schwerpunkten der Anfragen werden im folgenden Abschnitt 3.4 die Auswertungen für die Landesteile je auch separat gemacht und – wo sinnvoll – auch separat interpretiert.

3.4 Detaillierte Analyse von Anfragen zu den verschiedenen Themenbereichen

3.4.1 Änderung des Versicherungsverhältnisses (z.B. Wechsel des Versicherers)

2070 Anfragen (Vorjahr: 2516) hatten die „Änderung des Versicherungsverhältnisses“ zum Inhalt (Grundversicherung und Zusatzversicherung).

19% (Vorjahr 17.8%) hatten ihren Versicherer oder Leistungserbringer bereits in dieser Angelegenheit kontaktiert. 1927 oder 93.7% (Vorjahr: 92.4%) der Anfragen konnten mit einer einmaligen Auskunft / Beratung ausreichend beantwortet werden. 89 Personen (4.3%; Vorjahr 4%) wurden weiter vermittelt, und zwar am häufigsten an den Versicherer (n=41) und den Ombudsmann der sozialen Krankenversicherung (n=21).

Wechsel des Versicherers

Die überwiegende Anzahl der Anfragen – 81.4% – betrafen den Wechsel des Versicherers (1679 der 2062 Anfragen; Vorjahr: 78.2%). Für 91.8% dieser Personen war dabei eine zu hohe Prämie ausschlaggebend, den Wechsel des Versicherers zu prüfen.

Änderung der Versicherungsbedingungen

138 Anfragen (Vorjahr 179) wurden zur Änderung der Versicherungsbedingungen (z.B. Erhöhung der Franchise) gestellt. Auch in diesen Fällen wurde die Höhe der Prämien am häufigsten als Grund angegeben (71 Anfragen).

Kündigung der Zusatzversicherung

124 Anfragen (Vorjahr 151) betrafen die Kündigung einer Zusatzversicherung, wovon 86 Personen (71.1%) (Vorjahr 101; 71.6%) dies aufgrund einer zu hohen Prämie erwogen.

Anfragespektrum für Grundversicherung bzw. Zusatzversicherung

1512 (Vorjahr 1769) Anfragen zur Änderung des Versicherungsverhältnisses wurden ausschliesslich zur Grundversicherung und 214 (Vorjahr 237) Anfragen ausschliesslich zur Zusatzversicherung dokumentiert (Tabelle 7). Wie in der Voruntersuchung und im letzten Jahr bezogen sich die meisten Anfragen zur Grundversicherung auf den Wechsel des Krankenversicherers (91.7%). Bei der Zusatzversicherung betrafen 39.4% aller Anfragen die Kündigung der Zusatzversicherung.

Gründe, die dazu führen, dass eine Änderung des Versicherungsverhältnisses erwogen wird

In den meisten Fällen (n=1673, 81.4%; Vorjahr: n=1839, 80.6%) erwog die betroffene Person eine Änderung des Versicherungsverhältnisses wegen zu hoher Prämienbelastung. 60 (2.9%) Personen (Vorjahr: 93, 4.1%) gaben an, dass sie einen besseren Versicherungsschutz wünschten, und 99 (4.8%) Personen (Vorjahr 71, 3.1%) waren mit den Dienstleistungen des Versicherers

Tabelle 7: Übersicht über die Verteilung der Anfragen nach Themenbereichen für Grundversicherung, Zusatzversicherung und Grund- und Zusatzversicherung.

Versicherungstyp	Grundversicherung		Zusatzversicherung		Grund- und Zusatzversicherung	
	2000 n %*	2001 n %*	2000 n %*	2001 n %*	2000 n %*	2001 n %*
Wechsel	1582 90.9	1384 91.7	67 28.3	39 18.3	236 76.1	254 75.1
Änderungen	81 4.7	48 3.2	56 23.6	52 24.4	35 11.3	38 11.2
Kündigung der Zusatzversicherung			79 33.3	84 39.4	63 20.3	38 11.2
andere Problematik	139 8.0	92 6.1	62 26.1	48 22.5	38 12.3	65 19.2
Total Anfragen**	1769 113.9	1512 101.0	237 121.3	214 104.6	324 120.0	340 116.7

* Prozente der Anfragenden innerhalb jedes Versicherungstypes

** Das Total entspricht nicht der Summe der einzelnen Themengebiete, da diese zum einen nicht immer angegeben wurden (Missings), zum anderen auch Mehrfachnennungen von Gebieten möglich sind.

unzufrieden (bei 285 Anfragen – 2000: 346 – waren keine weiteren Ausführungen angegeben). Die Ursachen der Unzufriedenheit waren:

- Qualität der Auskünfte n=43 (2000: n=27)
- Entgegenkommen bei der Kostenrückerstattung n=22 (2000: n=17)
- Dauer der Kostenrückerstattung n=16 (2000: n=16)
- schlechte telefonische Erreichbarkeit n=18 (2000: n=13)
- Total n=81 (2000: n=60)**

Gründe die dazu führten, dass die Person die Organisation kontaktierte:

- 1462 (71.5%) (Vorjahr 71.6%; 1639 Personen) kontaktierten die Organisationen mit dem Wunsch eines Prämienvergleichs;
- 169 (8.3%) (Vorjahr 9.8%; 225) Ratsuchende erkundigten sich über Kündigungsfristen;
- 101 (4.9%) (Vorjahr 5.9% ; 135) Personen wünschten Informationen über andere Möglichkeiten, die Prämien zu vermindern (z.B. höhere Franchise);
- 103 (5.0%) (Vorjahr 5.9%; 134) Personen erwogen die Grund- und Zusatzversicherung bei verschiedenen Anbietern abzuschliessen;
- Mit 79 (3.9%) (Vorjahr 3.7%, 85) Personen hatten Fragen zum Leistungsumfang der Grund- und Zusatzversicherung;
- 338 (16.5%) (Vorjahr 12.9%; 295) Personen kontaktierten die Organisationen in einer anderen, nicht näher definierten Angelegenheit.

Anfragespektrum nach Sprachregion

In der Romandie betrafen 79.7% (Vorjahr: 82.6%) der Anfragen ausschliesslich die Grundversicherung, in der Deutschschweiz waren es 43.3% (Vorjahr: 39.1%). Anfragen ausschliesslich zur Zusatzversicherung und zu beiden Versicherungen waren in der Romandie mit 7.0% respektive 13.4% (Vorjahr 6.9% respektive 10.5%) deutlich seltener als in der Deutschschweiz: 26.1% respektive 30.6% (Vorjahr 29.5% respektive 31.4%).

Gemäss den Ergebnissen lässt sich für die Sprachregionen folgende Situation skizzieren:

Westschweiz

87.6% (Vorjahr 87.4%) aller Anfragenden stellten Fragen zum Wechsel des Versicherers, gefolgt von Fragen zu Änderungen der Versicherungsbedingungen 5.3% (Vorjahr 5.9%) und Kündigung der Zusatzversicherung 4% (Vorjahr 4.2%). Der Wechsel des Versicherers betraf überwiegend die Grundversicherung: 85.1% (2000: 86.9). 85.7% (Vorjahr 84.3%) der Ratsuchenden gaben an, dass sie wegen zu hoher Prämienbelastung eine Änderung des Versicherungsverhältnisses erwogen, und 78.0% (Vorjahr: 78.6%) kontaktierten die Beratungsstelle für einen Prämienvergleich.

Deutschschweiz

Am häufigsten waren Anfragen zum Wechsel des Versicherers; der Anteil lag aber mit 53.1% (Vorjahr 40.6%) wie schon im Jahr zuvor deutlich tiefer als in der Westschweiz. Häufiger als in der Romandie dagegen waren Anfragen zur Kündigung der Zusatzversicherung 16.4% (Vorjahr: 13.6%) und Änderung des Versicherungsverhältnisses (13.3%; Vorjahr: 10.4%). Erneut konnte ein grosser Teil der Anfragen (n=93, 26.3%; Vorjahr: n=201, 43.3%) keiner der aufgeführten Kategorien zugeordnet werden. In Bezug auf den Wechsel des Versicherers zeigt sich, dass 62.8% (Vorjahr 55.6%), ausschliesslich zur Grundversicherung anfragten aber nur mehr 2.1% (Vorjahr: 9.9%) ausschliesslich zur Zusatzversicherung (35.1% beide Versicherungen).

Interpretation

Wie in den Untersuchungen 1998/2000 standen Anfragen zum Wechsel des Grundversicherers im Vordergrund. Was schon 1998 gemutmasst wurde und sich im Jahr 2000 bestätigt hatte, wird auch mit der vorliegenden Untersuchung nochmals untermauert: Die Versicherten erwägen den Wechsel ihres Versicherers in erster Linie wegen der Höhe ihrer bisherigen Prämie. Da in der Schweiz nach wie vor beträchtliche Unterschiede zwischen einzelnen Kantonen, besonders aber zwischen der Deutschschweiz und der Romandie bestehen, verwundert es kaum, dass der Anteil Anfragen zum Wechsel des Versicherers gerade in der Westschweiz so hoch war.

Die vorliegenden Ergebnisse entsprechen somit denen der Studie „Information der Versicherten“ von Baur und Heimer (2001), in der die Versicherten als Grund für den Kassenwechsel in den allermeisten Fällen (63%) den Preis, respektive die Prämie nannten. In dieser Studie wurde dargelegt, dass als Informationsquellen zur Grundversicherung in erster Linie die Krankenkassen genannt werden. Die Auswertung einer Stichprobe von Mitgliederzeitschriften und ähnlichen Publikationen und weitere den Versicherten zugehender Unterlagen hatte aber gezeigt, dass die Versicherer Prämienvergleiche/-übersichten der Grundversicherung so gut wie gar nicht thematisieren, nur ganz selten über die Freizügigkeit berichtet wird und die Möglichkeit, Grund- und Zusatzversi-

cherung bei verschiedenen Kassen abzuschliessen, gar nicht erwähnt wurde. So ist es offenkundig, dass damit durch die Versicherer zwar partielle Informationen über die Krankenversicherung vermittelt werden, aber keine neutrale, Markttransparenz schaffende, und die Versicherten als Folge davon andere Quellen nutzen müssen.

Für die Versicherten gibt es verschiedene Wege, um sich über Prämienvergleiche zu informieren: Das BSV publiziert die gültigen Prämien jeweils im Internet (<http://www.bsv.admin.ch>) und in Papierform. Preisvergleiche und Ranglisten der günstigsten bzw. teuersten Versicherer werden jeweils auch von Massenmedien und Internet-Dienstleistern publiziert. Wie die Ergebnisse der hier vorliegenden Studie zeigen, werden auch die PatientInnen- und Versichertenberatungsstellen dabei als Informationsquelle wahrgenommen.

Wie bedeutend die verschiedenen Informationsquellen in der gesamten Informationsvermittlung sind, ist zwar anhand der vorliegenden Untersuchung nicht abzuschätzen. Es muss aber deutlich gesagt sein, dass die vom Gesetzgeber festgeschriebene Informationspflicht der Versicherer gegenüber der Kundschaft im Falle der Prämienübersicht und des Prämienvergleiches schon konzeptionell nicht funktionieren kann, wenn diese Versicherer selbst in Konkurrenz zueinander stehen, wie dies ja tatsächlich der Fall ist. Wenn, wie die vorliegenden Ergebnisse zeigen, in diese Bereichen die PatientInnenorganisationen als "neutrale" Auskunftstellen wahrgenommen und auch genutzt werden, zeigt dies nur die wichtige Rolle, die die PatientInnenorganisationen hier übernehmen. Es ist deshalb auch zu überprüfen, ob den PatientInnenorganisationen für die Erfüllung dieser Aufgaben – die von Gesetztes wegen eigentlich die Versicherer übernehmen müssten – nicht eine Entschädigung durch die Versicherer zusteht.

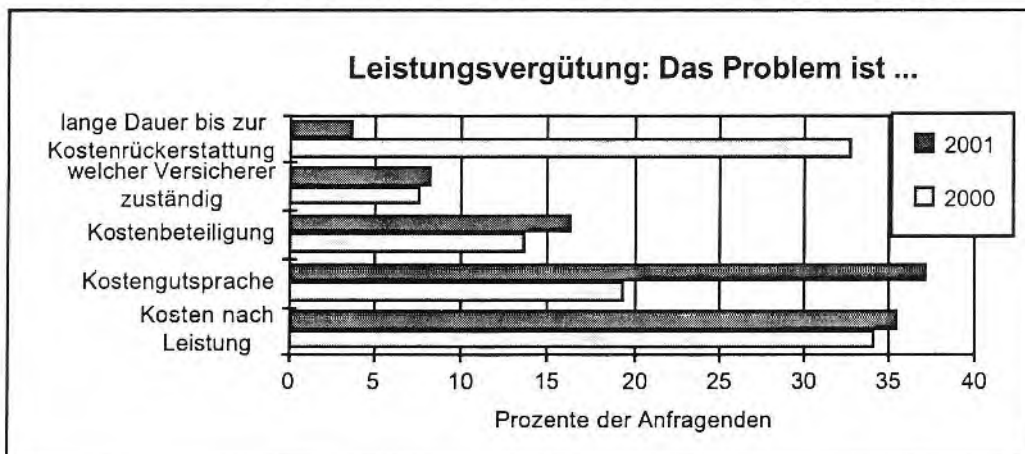
3.4.2 Leistungsvergütung

Mit 1230 Anfragenden haben im Jahr 2001 etwas weniger Ratsuchende als im Vorjahr zum Thema Leistungsvergütung angefragt (2000: 1375). 60% dieser Personen (Vorjahr 64.8%) hatten zuvor bereits ihren Versicherer oder ihren Leistungserbringer in dieser Angelegenheit kontaktiert.

Bei 643 Personen (52.7%) (Vorjahr: 887; 64.9%) war die Auskunft / Beratung ausreichend; 158 Personen (13%) (Vorjahr: 187 13.7%) beauftragen die Organisation mit weiteren Abklärungen. 418 Ratsuchende (Vorjahr: 292, 21.4%) wurden weiter vermittelt, im Gegensatz zum Vorjahr am häufigsten an den Krankenversicherer (57.0%; Vorjahr 20.5%) gefolgt vom Ombudsman der sozialen Krankenversicherung (34.1%; Vorjahr 50.2%), einer staatlichen Instanz / Behörde (2.4%; Vorjahr 7.1%) einem Rechtsanwalt (0.7%; Vorjahr 8.8%), und / oder einer anderen Stelle (6.3%; Vorjahr 14.8%).

Ganz anders als im Vorjahr waren dieses Jahr die Ratsuchenden wegen Kostengutsprachen und Kostenübernahmen für bereits erbrachte Leistungen an die Organisationen herangetreten: Erste- re war bei 37.2% das Thema, letztere bei 35.5% (Vorjahr: 19.4% und 34.2%). Kostenbeteiligung und das Problem, welcher Versicherer für die Kostenrückerstattung zuständig ist, war in etwa im selben Rahmen wie im Jahr 2000 (16.4% und 8.4%; im Vorjahr: 13.8% und 7.7%) Thema. Die lange Dauer bis zur Kostenrückerstattung war nur noch ein marginales Problem: 47 Anfragen (3.8% der Anfragenden) (Vorjahr 412) gab es hierzu.

Grafik 11: Leistungsvergütung: Art des Problemes mit dem Leistungserbringer



Die Kostenübernahme von Versicherern für bereits erbrachte Leistungen betraf in 49.2% der 434 Fälle die Grundversicherung, in 20.6% die Zusatzversicherung und in 30.3% sowohl die Grund- als auch die Zusatzversicherung (2000: 54.4%, 18.3% und 27.3%).

Ausgeprägt waren die 454 Anfragen zu Kostengutsprachen (Vorjahr 243) auf die Grundversicherung bezogen: Hier waren es 80.0% versus 7.3% auf die Zusatzversicherungen und 12.7% sowohl auf die Grund- als auch die Zusatzversicherung (2000: 57.3%, 12.6% und 30.1%).

201 Anfragen bezogen sich auf die Kostenbeteiligung (Selbstbehalt / Franchise). Gut 61.8% dieser Anfragen (Vorjahr 62.7%) betrafen die Grundversicherung. Tabelle 8 zeigt, auf welche Rubriken der Leistungsvergütung sich die Anfragen bezogen.

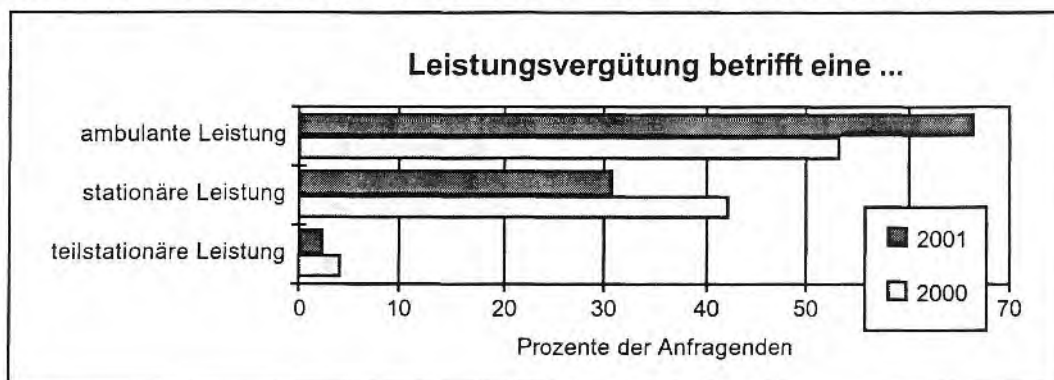
Tabelle 8: Übersicht über die absolute und relative Häufigkeit von Anfragen zu den einzelnen Rubriken der Leistungsvergütung sowie die Verteilung innerhalb der Grund- oder Zusatzversicherung (ausschliesslich).

Welche Leistungsvergütung: Kosten-	Grundversicherung		Zusatzversicherung		Grund+ Zusatzversicherung		Total*									
	2000	2001	2000	2001	2000	2001	2000	2001								
	n	%	n	%	n	%	n	%								
-Übernahme	229	44.3	208	28.1	77	52.0	87	56.9	115	41.4	128	45.2	429	34.2	434	35.5
-Rückerstattung dauert zu lange	60	11.6	32	4.3	9	6.1	2	1.3	45	16.2	12	4.2	412**	32.9	47	3.8
Gutsprache	137	26.5	340	46.0	30	20.3	31	20.3	72	25.9	54	19.1	243	19.4	454	37.2
-Beteiligung (Selbstbehalt / Franchise)	104	20.1	123	16.6	22	14.9	25	16.3	40	14.4	51	18.0	173	13.8	201	16.4
-Übernahme: unklare Zuständigkeit Grund- oder Zusatzversicherung	35	6.8	46	6.2	20	13.5	9	5.9	40	14.4	43	15.2	96	7.7	103	8.4
Total Anfragen	565	109.3	749	101.2	158	106.8	154	100.7	312	112.3	288	101.7	1353	108.0	1239	101.3
Total Anfragende	517		739		148		153		278		283		1254		1222	

* inklusive 311 (im Jahr 2000) bzw. 47 (im Jahre 2001) Anfragen, für die keine Angaben zum Versicherungstypus vorliegen.

** bei 298 Anfragen wegen zu langer Frist bis zur Kostenrückerstattung liegen für das Jahr 2000 keine Angaben vor, auf welchen Versicherungstypus sie sich beziehen.

Sofern sich die Beratung auf die Leistungsvergütung bezog, wurde um die detaillierte Beschreibung der Leistung gebeten. In 66.6% der Fälle handelte es sich um eine ambulante Leistung, in 30.8% um eine stationäre und in 2.6% um eine teilstationäre Leistung (< 24 Std.).(Vorjahr: 53.4%; 42.2%; 4.2%).

Grafik 12: Leistungsvergütung ist ein Problem bei welcher Art der Leistung

Am häufigsten betraf die Anfrage zur Leistungsvergütung eine ärztliche Leistung (n=554; 44.8%) (Vorjahr: n=549, 58.6%), gefolgt von:

- Medikamenten (n=370; 29.9%) (Vorjahr: n=91, 8.0%),
- einer Leistung, die ein anerkannter, aber nicht-ärztlicher Leistungserbringer erbracht hatte (n=155; 12.5%) (Vorjahr: n=178, 15.7%),
- einer zahnärztlichen Leistung (n=92; 7.4%) (Vorjahr: n=99, 8.8%),
- Hilfsmitteln (n=59; 4.8%) (Vorjahr: n=58, 5.1%),
- einer nicht-ärztlichen Leistung durch einen nicht anerkannten Leistungserbringer (n=48; 3.9%) (Vorjahr: n=66, 5.8%),
- Analysen, z.B. Labor (n=22; 1.8%) (Vorjahr: n=27, 2.4%).

64 (5.2%) Anfragen (Vorjahr: 63; 5.6%) konnten keiner dieser Kategorien zugeordnet werden.

Erstaunlich ist der enorme Zuwachs der Probleme, die Ratsuchende mit Medikamenten hatten, eine Zunahme, die ausschliesslich bei ambulanten Leistungen (339 vs. 7; im Jahre 2000 70 vs. 11) zu verzeichnen war, wobei zwei Drittel dieser Anfragen in den Monaten Oktober und November auftraten und zu 82% bei der FRC eintrafen. Gemäss Auskunft der PatientInnenorganisationen ist die Zunahme darauf zurückzuführen, dass zum einen ab 1. Juli eine neue Medikamentenverordnung in Kraft getreten ist, zum anderen, dass vor allem eine Krankenkasse eine Zeit lang kassenpflichtige Medikamente nicht zu bezahlen bereit war.

Tabelle 9 zeigt, auf welche Leistungen sich die Anfragen zu Vergütungen bezogen. Wie im Vorjahr sind es auch 2001 mit Abstand am häufigsten die Operationen (26%), gefolgt von Kur / Rehabilitation (9.7%) und komplementärmedizinischen Leistungen (8.9%).

Tabelle 9: Absolute und relative Häufigkeit der genannten Leistungen, auf die sich die Anfragen zur Vergütung bezogen

Leistung	2000		2001	
	n	%	n	%
Operation	264	28.3	249	26.0
Kur / Rehabilitation	109	11.7	93	9.7
Komplementärmedizinische Leistungen	90	9.6	85	8.9
Leistungen aus dem Bereich Spitex / ambulante Pflege	87	9.3	60	6.3
Leistungen während der Schwangerschaft / Geburt	78	8.4	60	6.3
Psychotherapie	70	7.5	54	5.6
Physiotherapie	45	4.8	40	4.2
Leistungen im Ausland	37	4.0	39	4.1
Präventive Leistungen	35	3.7	32	3.3
Leistungen aus dem Bereich des Pflegeheims	32	3.4	25	2.6
keiner der oben aufgeführten Kategorien zuzuordnen	220	23.6	265	27.6
Total	1067	114.3	1002	104.6

Betrachtet man, welche Art von Problemen mit dem Leistungserbringer (Kostenübernahme, Dauer der Kostenrückerstattung, Kostengutsprache, Kostenbeteiligung sowie Unklarheiten bezüglich Zuständigkeit Grund-/Zusatzversicherer) bei welcher Art der medizinischen Leistung im Vordergrund stehen, können konkretere Hinweise auf Schwachstellen oder Unklarheiten bei der Leistungsvergütung gefunden werden:

Die letztjährig festgestellten Problemfelder (Kostenübernahme und unklare Zuständigkeit der Grund-/Zusatzversicherung bei komplementärmedizinischen Leistungen; Kostengutsprachen bei Kur und Rehabilitation und Kostenbeteiligung bei Schwangerschaft) bleiben – allerdings weniger akzentuiert – bestehen.

- Waren im Durchschnitt bei nur 8.5% aller "Anfragen zur Leistungsvergütung" komplementärmedizinische Leistungen betroffen, waren es bei den spezifischen Anmfragen zur Kostenübernahme 11.6% und bei den Fragen zur Zuständigkeit der Versicherer (Grundversicherer / Zusatzversicherer) 10.6%.
- Leistungen aus dem Bereich "Kur und Rehabilitation" waren bei der Kostengutsprache zu 13.7% das Problem (9.2% der Fragen zur Leistungsvergütung waren solche zu Kur und Rehabilitation).
- Bei 5.8% Anfragen zur Leistungsvergütung bei Schwangerschaft und Geburt waren es 9.5% aller Anfragen zur Kostenbeteiligung, welche Schwangerschaft und Geburt zum Thema hatten.

(Für die Berechnung der Prozentzahlen wurden jeweils im Nenner alle Anfragen zu den jeweiligen Problemfeldern mit der Versicherung verwendet).

Interpretation

Zu über 70% wurden die PatientInnen- und Versichertenorganisationen im Bereich Leistungsvergütung zum Thema Kostengutsprachen und Kostenbeteiligung kontaktiert. Der überwiegende Teil dieser Anfragen (beim Thema Kostengutsprachen etwa 80%) betraf ausschliesslich die Grundversicherung. Dies lässt vermuten, dass die Versicherer den Spardruck, unter dem sie wegen den steigenden Gesundheitskosten stehen, an ihre Klientel weiterreichen: Konnten die Versicherer früher mit Leistungsforderungen gelegentlich kulant umgehen, können sie solche Leistungen heute kaum mehr bezahlen.

Waren es im Jahr zuvor noch die Kostenübernahme und die zu lange Dauer bis zur Kostenrückerstattung, welche bei der Klientel zu Problemen führte, hat sich nun das Problem auf der zeitlichen Achse nach vorne verschoben:

- zum einen scheint der Sparwille der Versicherer früher einzusetzen: Offensichtlich zu bezahlende Leistungen werden bezahlt (nur noch 47 Anfragende im Vergleich zu 412 im Vorjahr), dafür wird hart verhandelt, wenn es darum geht, welche Leistungen prospektiv (Kostengutsprache) beziehungsweise nachträglich (Kostenübernahme) zu erbringen sind;
- zum anderen sind nach Auskunft der PatientInnenorganisationen heute sowohl die Versicherten als auch die Leistungserbringer (insbesondere die Ärzte) besser informiert: Man weiss, dass es z. B. Probleme mit Kuren/Rehabilitationen geben kann und informiert sich so früher über Möglichkeiten und Rechte.

Der letztes Jahr festgestellte Handlungsbedarf in Sachen lange Dauer der Kostenrückerstattung scheint somit nicht mehr gegeben. Bei dieser Interpretation ist zwar zu berücksichtigen, dass das Thema der Kostengutsprache bei gut 200 Fällen (von insgesamt 450) die Medikamente waren. Auch wenn dies vielleicht nicht die ganz grosse Kostenstelle ist, kann es doch auch als symptomatisch für das momentane Klima interpretiert werden.

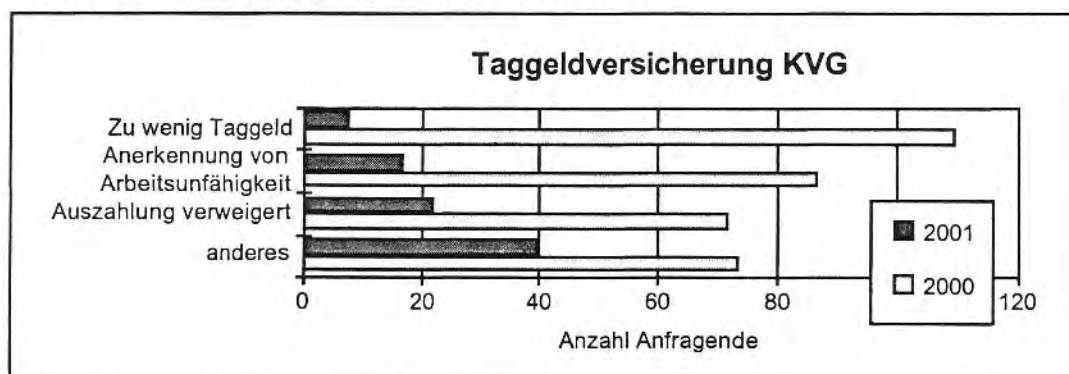
Identifizierbare Problemgebiete sind nach wie vor Kostenübernahme und die Frage, ob die Grund- oder die Zusatzversicherung zuständig ist, bei komplementärmedizinischen Leistungen, die Kostengutsprache bei Kur- und Rehabilitation und die Kostenbeteiligung bei Schwangerschaft und Geburt.

3.4.3 Taggeldversicherung

Die Anfragen zur Taggeldversicherung sind gegenüber dem Vorjahr markant um den Faktor vier zurückgegangen. 74 Personen (Vorjahr: 271) kontaktierten die Organisationen zur Taggeldversicherung nach KVG. 44 Personen (60.3%; Vorjahr: 118, 43.5%) hatten bereits ihren Versicherer oder Leistungserbringer in dieser Angelegenheit kontaktiert. Knapp die Hälfte (Vorjahr: Zwei Drittel) der Ratsuchenden konnten mit der Auskunft zufrieden gestellt werden, 13.7% (Vorjahr: 18.2%) beauftragten die Organisation mit zusätzlichen Abklärungen und 28 bzw. 38.4% (Vorjahr: 40, 14.9%) wurden weiter vermittelt an einen Rechtsanwalt (n=3), den Ombudsman der sozialen Krankenversicherung (n=6), den Versicherer (n=6), eine staatliche Behörde (n=4) oder eine andere Stelle (n=9).

Inhaltlich waren 22 der 74 Anfragenden (29.7%) von einer Leistungsverweigerung betroffen, 23% von der Anerkennung der Arbeitsunfähigkeit und 10.8% von zu geringer Höhe des Taggeldes. In 54.1% der Fälle, nämlich bei 40 Anfragenden (Vorjahr 21.6%, n=74) war die Anfrage keiner dieser Kategorien zuzuordnen. In der Deutschschweiz waren Anfragen zur Taggeldversicherung nach KVG häufiger als in der Romandie (siehe Tabelle 4).

Grafik 13: Anfragen zur Taggeldversicherung KVG



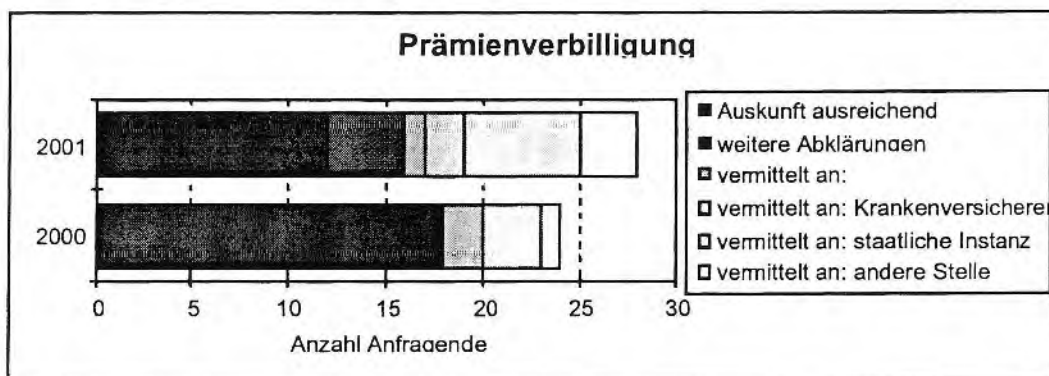
Interpretation

Zwischen Einführung des KVG (1.1.1996) und 1999 halbierte sich die Zahl der freiwillig Taggeldversicherten nach KVG auf 1.419 Millionen Personen; ein Grossteil der Abgänger wechselte zu einem Zusatzversicherer gemäss Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Ein Hauptgrund für diesen Trend liegt in der Tatsache, dass die Leistung nach KVG meist sehr niedrig und diese Versicherung daher unattraktiv ist. Bereits in der Voruntersuchung 1998 waren sich die ExpertInnen einig, dass die freiwillige Taggeldversicherung deutliche Schwachstellen aufweist. Es scheint, dass sich dieser Trend entweder weiter fortsetzt, oder dass in diesem Bereich kaum Probleme auftauchen.

3.4.4 Prämienverbilligung

26 (Vorjahr 24) Anfragen betrafen die Prämienverbilligung. Identisch zum Vorjahr hatten 11 Personen ihren Krankenversicherer oder Leistungserbringer in dieser Angelegenheit zuvor kontaktiert. 12 Anfragen konnten mit einer einmaligen Auskunft / Beratung beantwortet werden, 4 bedurften weiterer Abklärungen und 10 Personen wurde weitervermittelt, 6 an eine staatliche Stelle, 2 an den Krankenversicherer, eine an den Ombudsman der sozialen Krankenversicherung und 3 an andere Stellen.

Grafik 14: Weitervermittlung bei Anfragen zu Prämienverbilligung



3.4.5 Qualität der medizinischen Leistungserbringung

3244 Anfragen mit 4559 Detailfragen (Vorjahr: 2321 mit 3435 Detailfragen) zur "Qualität der medizinischen Leistungserbringung" gelangten an die Beratungsstellen (Mehrfachnennungen möglich). 53.3% der Personen (Vorjahr: 49.2%) hatten bereits ihren Leistungserbringer oder Versicherer in dieser Angelegenheit kontaktiert. In 63.8% der Fälle (Vorjahr: 62.2%) war eine einmalige Auskunft ausreichend. 28.9% der Fälle (Vorjahr: 24.5%) wurde die Organisation mit weiteren Abklärungen beauftragt und 7.3% der Personen (N=236; Vorjahr 13.3%, 308) wurde angeraten, sich an eine andere Stelle zu wenden (Rechtsanwalt n=42; staatliche Instanz n=30; Krankenversicherer n=8; Ombudsman der sozialen Krankenversicherung n=10; andere Stelle n=145) (Vorjahr: n=85; n=30; n=10; n=5; n=189).

Tabelle 10 zeigt, auf welche Leistungen zur Qualität der medizinischen Leistungserbringung sich die Anfragen 1998, 2000 und die Anfragen 2001 bezogen.

Tabelle 10: Absolute und relative Häufigkeit von Anfragen zur medizinischen Leistungserbringung aufgeschlüsselt nach Themenbereichen

Kategorisierung der Anfragen	1998		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%
Verdacht auf Behandlungsfehler/ Diagnosefehler	195	43.7	1009	43.5	1404	43.3
Kommunikationsstörungen im Sinne von „die Person nicht ernst nehmen“	95	21.3	636	27.4	760	23.4
andere Probleme, die Qualität der Leistungserbringung betreffend	nicht erhoben		200	8.6	425	13.1
medizinische Aufklärung (Kosten ausgeschlossen)	99	22.2	242	10.4	242	7.5
wirtschaftliche Aufklärung	24	5.4	67	2.9	55	1.7
Rechnung(en) für medizinische Leistungen	51	11.4	305*	13.1	344	10.6
Zweitmeinung	46	10.3	252	10.9	404	12.5
Zeugnisse	12	2.7	83	3.6	39	1.2
Infrastruktur	9	2.0	nicht erhoben		nicht erhoben	
Fürsorgerischer Freiheitsentzug / Zwangsbehandlung	17	3.8	103	4.4	70	2.2
Missachtung des Arztgeheimnisses	nicht erhoben		83	3.6	52	1.6
Verweigerung des Zugangs zu Krankenunterlagen	nicht erhoben		264	11.4	316	9.7
andere – nicht näher präzierte – Probleme	38	8.5	191	8.2	448	13.8
Total Nennungen	742	166.3	3435	148.0	4559	140.6

* in der Erhebung 2000 als „Unstimmigkeiten mit Rechnungsstellung“ (z.B. Verrechnung nicht ausgeführter Leistungen) kategorisiert

2270 Personen (70% der Ratsuchenden, welche ein Problem im Bereich Qualität hatten; im Vorjahr waren es 69%) hatten insgesamt 2589 Anfragen direkt zur Qualität der medizinischen Leistungserbringung, z.B. einen Verdacht auf Diagnose-/Behandlungsfehler und/oder ein Kommunikationsproblem zwischen Leistungserbringer und versicherter Person. 1783 Personen (55% der Ratsuchenden) hatten Fragen zu PatientInnen- und Versichertenrechte. (Vorjahr: 54.5%).

Bei 404 (22.6%) der Anfragenden zu PatientInnen- und Versichertenrechten wurde der Wunsch nach einer Zweitmeinung (Vorjahr: 252=19.9%) genannt, gefolgt von:

- Unstimmigkeiten mit der Rechnungsstellung: 19.3% (344 Nennungen; 2000: 305, 24.1%);
- Verweigerung des Zugangs zu Krankenunterlagen 17.7% (316 Nennungen; 2000: 264, 20.9%);
- Nicht-Erfüllen der medizinischen Auskunftspflicht 13.6% (242; 2000: 242=19.1%).

Deutlich seltener waren Anfragen zu fürsorglichem Freiheitsentzug / Zwangsbehandlung (n=70; Vorjahr: 103), zur Verletzung der wirtschaftlichen Aufklärungspflicht (n=55; Vorjahr 67), zur Missachtung des Arztgeheimnisses (n=52; Vorjahr 83), zu Zeugnissen im Zusammenhang mit Akut-/Lanzzeitpatient (n=33; Vorjahr 57) und zu Zeugnissen im Zusammenhang mit Kur / Rehabilitation (n=6; Vorjahr: 26).

Interpretation

Die Analyse des Themenspektrums betreffend Leistungserbringer nach KVG zeigt einen wichtigen Aufgabenbereich der Beratungsstellen vor allem in der Deutschschweiz: die Beratung von Patientinnen und Patienten, die sich von ärztlicher Seite nicht ernst genommen fühlen und ihre Rechte bei Verdacht auf Behandlungs- und/oder Diagnosefehler abklären möchten. Im Vergleich zu den Erhebungsjahren 1998 und 2000, bei denen der Anteil der Fragen zum Thema Qualität konstant war, stieg er 2001 markant an; ein Ergebnis, welches im Bericht über das Monitoring 2000 bereits erwartet worden war: "Es ist denkbar, dass die zunehmend öffentliche Diskussion über Qualitätssicherung dazu geführt hat, dass die Bevölkerung die medizinische Leistungserbringung kritischer beurteilt".

Auffällig ist ja, dass es nicht ein einzelnes Teilgebiet ist, welches vermehrt Probleme bereitet, sondern die prozentuale Zunahme auf allen Gebieten etwa dieselbe ist. Dieses Ergebnis würde die obige Erklärung stärken, dass es also nicht ein einzelnes Problem gibt, welches zugenommen hat, sondern vielmehr eine grössere Sensibilisierung der Bevölkerung vorliegt. Dabei ist auch zu hoffen, dass die Versicherten in Kürze diesem Aspekt auch bei der Wahl ihres Leistungserbringers deutlich mehr Gewicht geben werden als heute.

Bei den Anfragen zu PatientInnen- und Versichertenrechten zeigt sich keinerlei Veränderung zur Erhebung 2000. Die einzig nennenswerte Abweichung, die zwischen 1998 und 2000 gefunden worden war – es wurden im Jahr 2000 nur halb so viele Anfragen zur medizinischen und wirt-

schaftlichen Aufklärung registriert wie im Jahr 1998 – hat sich in der Untersuchung 2001 wiederholt. Dies würde die damalige Vermutung bestätigen, dass die Ursache dieser Unterschiede in den unterschiedlichen Untersuchungsanlagen der Erhebung 1998 im Vergleich zu denjenigen von 2000 und 2001 liegt : Im Gegensatz zur Voruntersuchung 1998, bei der die Probleme aus Sicht der PatientInnen und Versicherten kategorisiert wurden, ist bei den folgenden Untersuchungen die Sachlage aus Sicht der BeraterInnen beschrieben worden.

3.5 *Detaillierte Analyse und Interpretation der Beratungswege von Ratsuchenden*

Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass in beiden Jahren über 70% der Beratungen direkt zu einer zufriedenstellenden Antwort geführt haben (siehe Abschnitt 3.2.3). Die Vermutung liegt nahe, dass die Intensität der Beratungen wie auch die weiterführenden Massnahmen je nach Thema variierten. Daher wurden die Beratungswege für die fünf grossen Themenbereiche separat analysiert.

Graphik 15 und 16 geben einen Überblick über die Beratungswege der Ratsuchenden für die Themenbereiche "Änderung des Versicherungsverhältnisses", "Leistungsvergütung", "Taggeldversicherung", "Prämienverbilligung" und "Qualität der Leistungserbringung".

Die Analyse bestätigt, dass die Beratungswege von Ratsuchenden für die jeweiligen Themenbereiche variierte. Am ausgeprägtesten sind diese Unterschiede zwischen den Themenbereichen "Änderung des Versicherungsverhältnisses" und "Leistungsvergütung". Für diesen beiden Themenbereiche und für das Thema der Qualität der medizinischen Leistungserbringung lassen sich die Beratungswege wie folgt beschreiben:

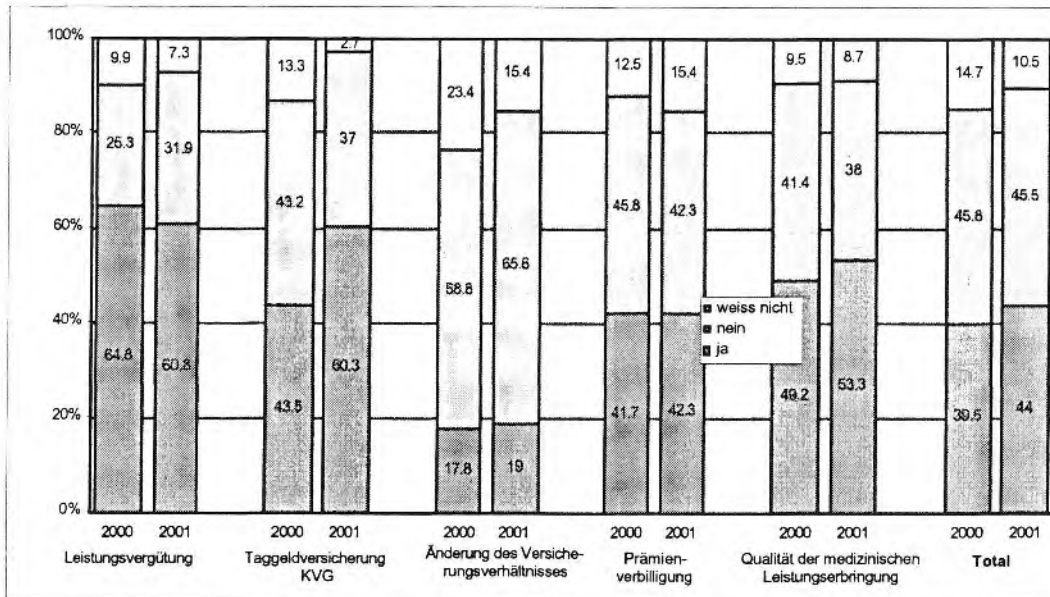
Änderung des Versicherungsverhältnisses

Wie im Jahr 2000 hatten nur knapp 20% der Ratsuchenden ihren Versicherer bzw. Leistungserbringer kontaktiert, bevor sie sich an die Beratungsorganisationen wandten. Die überwiegende Mehrheit (in beiden Jahren über 90%) der Anfragen konnte mit einer einmaligen Auskunft zufriedenstellend beantwortet werden. Falls weitere Schritte unternommen und die Person an eine andere Stelle vermittelt werden musste, war dies am häufigsten der Versicherer (47.7%; Vorjahr 34.9%) und der Ombudsman der sozialen Krankenversicherung (24.4%; Vorjahr 28.3%).

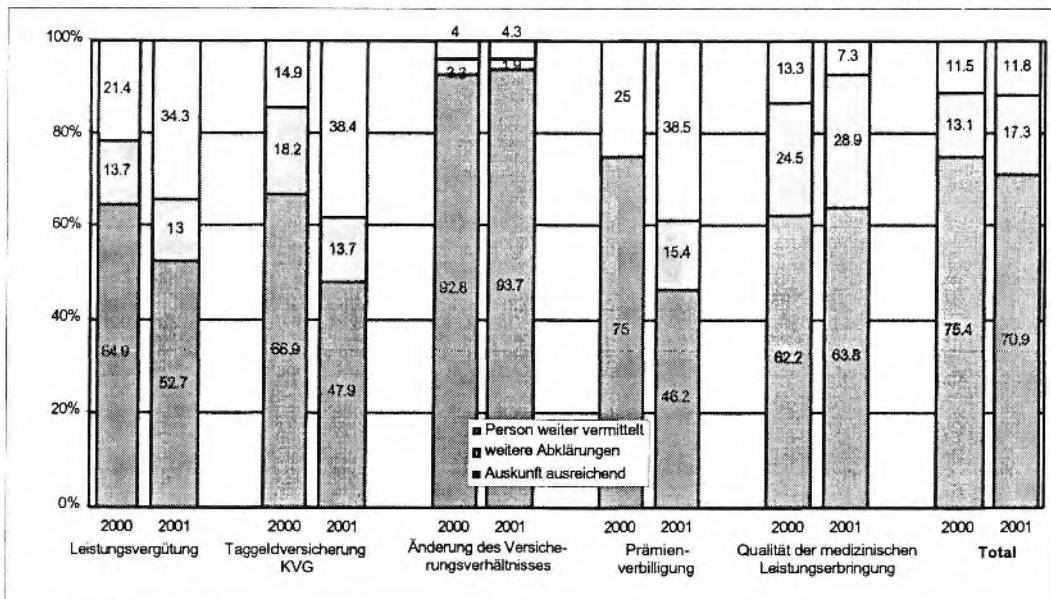
Leistungsvergütung

In dieser Gruppe hatten zwei von drei Ratsuchenden ihren Versicherer bzw. Leistungserbringer bereits kontaktiert und wandten sich erst anschliessend an die Beratungsorganisationen. Während hier im Jahre 2000 knapp zwei Drittel der Anfragenden mit einer einmaligen Auskunft zufriedengestellt werden, waren es im Jahre 2001 nur noch gut die Hälfte. Mehr als ein Drittel der Ratsuchende mussten an eine andere Stelle vermittelt werden. Im Gegensatz zum Vorjahr war es an erster Stelle der Krankenversicherer (57% der Weitervermittelten; Vorjahr 20.5%) und erst an zweiter Stelle der Ombudsman der sozialen Krankenversicherung, an den weitervermittelt werden musste (34.1%; Vorjahr 50.2%). Dabei zeigt sich, dass 72% der Ratsuchenden, welche an den Leistungserbringer weitergewiesen wurden, keinen vorgängigen Kontakt mit diesem aufgenommen hatten, während 88% aller Personen, die an den Ombudsmann weitergeleitet wurden, bereits mit dem Leistungserbringer gesprochen hatten.

Grafik 15: Übersicht über die vorgängige Kontaktaufnahme mit dem Versicherer / Leistungserbringer nach Themengebieten



Grafik 16: Übersicht über den Umfang der Beratung nach Themengebieten



Qualität der Leistungserbringung

Bei den Anfragen zur Qualität hatten etwas mehr als die Hälfte der Ratsuchenden den Leistungserbringer bereits kontaktiert, rund 40% hatten dies nicht getan. Fast zwei Drittel der Anfragen – etwas mehr als im Jahr zuvor – konnten mit einer einmaligen Auskunft zufriedengestellt werden, knapp 30% – deutlich mehr als im Jahr zuvor: 25% – der Anfragen bedurfte weiterer Abklärungen; 7%, nur noch halb so viele wie im Jahr 2000, mussten weitervermittelt werden.

Tabelle 11: Weitervermittlung nach Themengebiet

Themenbereich	2000					2001				
	Rechtsanwalt	Ombudsmann	Krankenversicherer	Staatl. Instanz	andere Stelle	Rechtsanwalt	Ombudsmann	Krankenversicherer	Staatl. Instanz	andere Stelle
Leistungsvergütung	26 25.5%	149 83.7%	61 59.8%	21 38.2%	44 19.2%	3 6.1%	141 79.2%	236 81.4%	10 17.9%	26 13.1%
Taggeldversicherung nach KVG	8 7.8%	8 4.5%	8 7.8%	4 7.3%	13 5.7%	3 6.1%	6 3.4%	6 2.1%	4 7.1%	9 4.5%
Änderung des Versicherungsverhältnisses	9 8.8%	30 16.9%	37 36.3%	4 7.3%	26 11.4%	1 2.0%	21 11.8%	41 14.1%	7 12.5%	17 8.5%
Prämienverbilligung	0	2 1.1%	0	3 5.5%	1 0.4%	1 2.0%	1 0.6%	2 0.7%	6 10.7%	3 1.5%
Qualität der medizin. Leistungserbringung	85 83.5%	5 2.8%	10 9.8%	30 54.5%	189 82.5%	42 85.7%	10 5.6%	8 2.8%	30 53.6%	145 72.9%
Total Anfragende	102	178	102	55	229	49	178	290	56	199

Interpretation

Die detaillierte Analyse der Beratungswege zeigt einsichtige Ergebnisse: Es leuchtet ein, dass bei Fragen zur Leistungsvergütung zunächst der Versicherer kontaktiert wird, und erst bei für den Ratsuchenden unbefriedigenden Ergebnissen an die PatientInnenorganisationen gelangt wird. Bei Fragen zur Änderungen des Versicherungsverhältnisses ist zunächst wenig einsichtig, warum nicht zuerst der Krankenversicherer kontaktiert wird – man könnte annehmen, dass zuerst der Versicherer zu möglichen Änderungen angefragt wird – doch wenn man bedenkt, dass es in der überwiegenden Mehrheit um zu hohe Prämien bei der Grundversicherung geht und deshalb Prämienvergleiche gewünscht werden, ist es einsichtig, dass nicht eine "Partei" in dieser Angelegenheit kontaktiert wird.

Die Komplexität der Anfragen scheint je nach Themengebiet stark zu variieren: Anfragen zum Wechsel des Versicherers verlangen vor allem allgemeine Informationen, z.B. Prämienvergleiche. Diese Anfragen können in der Regel mit einem Gespräch geklärt werden. Bei Anfragen zur Leistungsvergütung hat häufig bereits ein Kontakt mit dem Versicherer bzw. dem Leistungserbringer stattgefunden. Wenn bei 70% der Weiterleitungen an die Krankenversicherer kein vorgängiger Kontakt mit dieser stattgefunden hat, bei 88% der Verweisungen an den Ombudsmann ein solcher Kontakt vorgängig da war, kann man vermuten, dass erstere Anfragen zu häufig die

PatientInnenorganisationen mit eigentlich unnötigen Problemen belasten, dass ein vorgängiger Kontakt mit dem Krankenversicherer bei Problemen mit der Leistungsvergütung wohl angezeigt gewesen wäre. Alternativ dazu könnte sich aber hinter der hohen Zahl an Weiterleitungen auch andere Phänomene verbergen:

- eine veränderte Praxis der PatientInnenorganisationen: PatientInnenorganisationen wollen keine Arbeiten übernehmen, für die von Gesetzes wegen die Krankenversicherer zuständig sind;
- Versicherte, welche Probleme befürchten, möchten gerne im voraus über ihre Situation aufgeklärt werden, um in Verhandlungen mit dem Versicherer ihre Position besser vertreten zu können.

Ersteres würde bedeuten, dass die PatientInnenorganisationen nicht mehr bereit sind, Aufgaben, welche die Versicherer haben, entschädigungslos zu übernehmen; letzteres – wenn sich die Bevölkerung vor einer Konfrontation mit dem Versicherer anwaltschaftlich beraten lässt – würde bedeuten, dass das Vertrauen in die Korrektheit der Krankenversicherer gelitten hat, vielleicht, weil sehr wohl wahrgenommen wurde, dass die Versicherer in einem Wettbewerb stehen.

Eine höhere Komplexität lassen sich auch die Anfragen zur Qualität der medizinischen Leistungserbringung vermuten, da hier der grösste Anteil an Anfragen entgegengenommen wurden, welche weiterer Abklärungen bedurfte. Dass dabei im Jahre 2001 trotz gestiegener Anzahl Anfragen nur noch halb so viele direkte Weiterleitungen an Rechtsanwälte stattgefunden haben, liegt zunächst bei einer veränderten Praxis der SPO beim Ausfüllen des Fragebogens. Da jedoch auch bei den anderen Organisationen keine Zunahme festzustellen ist, ist aber auch die Interpretation denkbar, dass verschiedene Berichterstattungen in den Medien über Qualitätsprobleme in der medizinischen Praxis zu einer grösseren Sensibilität in der Bevölkerung geführt haben, und deshalb diese Anfragen zugenommen haben (dies könnte auch erklären, weshalb die Medien zunehmend der Grund sind, weshalb man die PatientInnenorganisationen kennt), die zunehmende Sensibilität aber (zumindest aus der Sicht der PatientInnenorganisationen) keine reale Verschlechterung widerspiegelt. Mit den vorliegenden Daten ist dies aber nicht zu belegen.

4 Fazit und Empfehlungen

Mit der vorliegenden Untersuchung wurde das im Jahr 2000 eingeführte, auf den Erfahrungen des Pilotprojekts 1998 gründende Monitoring-System von Anfragen bei schweizerischen Beratungsstellen für PatientInnen und Versicherte fortgesetzt. Erstmals konnten systematisch Veränderungen über die Zeit erfasst und dokumentiert werden.

Das KVG hat seit dem Beginn des Pilotprojektes 1998 keine wesentlichen Veränderungen erfahren. Ein Grossteil der Ergebnisse des "Monitoring" 2000 und 2001 entspricht jenen des Pilotprojekts. Im Jahre 2001 war zudem der identische Fragebogen wie im Vorjahr verwendet worden: Deshalb treffen vor allem die im Jahr 2000 formulierten Interpretationen in vielen Bereichen auch auf die vorliegenden Ergebnisse zu. Die Übereinstimmung der Ergebnisse kann als Validierung gewertet werden.

In der Pilotstudie 1998 – zwei Jahre nach Einführung des KVG – wurde der Anstieg von Anfragen zum Krankenversicherungssystem als kurzfristige Auswirkung der Gesetzesrevision gewertet. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass dieses Informationsbedürfnis ein bis zwei Jahre später immer noch hoch ist. Das heisst: Bei den Versicherten besteht ein grundlegendes Bedürfnis nach Informationen rund ums Krankenversicherungssystem. Es ist davon auszugehen, dass dieses Bedürfnis anhält, denn:

- Die Prämien der obligatorischen Grundversicherung zeigen ungebrochen nach oben, und die Versicherer stehen unter erhöhtem Kostendruck. Die gleichbleibend hohe Zahl von Anfragen zur Leistungsvergütung lassen vermuten, dass die Versicherer zumindest einen Teil des Kostendrucks an die Versicherten weitergeben, indem eine früher möglicherweise da gewesene Bereitschaft, Kosten medizinischer Leistungen kulant zu übernehmen, aufgrund des Kostendruckes nicht mehr gegeben ist. Waren es dabei im Jahr zuvor noch die Kostenübernahme und die "zu lange Dauer" der Kostenrückerstattung, welche bei der Klientel zu Problemen führte, hat sich nun der Sparwille der Versicherer sozusagen nach vorne geschoben: Zu bezahlende Leistungen werden offenbar bezahlt (der letztes Jahr festgestellt Handlungsbedarf in Sachen Dauer der Kostenrückerstattung scheint nun nicht mehr gegeben), dafür wird hart verhandelt, wenn es darum geht, welche Leistungen prospektiv (Kostengutsprache) beziehungsweise nachträglich (Kostenübernahme) zu erbringen sind.
- Im schweizerischen Gesundheitswesen hat in den letzten Jahren eine Qualitätsdiskussion eingesetzt, die nun auch die Dienstleistungen der Krankenversicherer erfasst. Die Anfragen zu diesem Bereich nehmen zu. Dabei ist auch zu hoffen, dass die Versicherten in Kürze diesem Aspekt bei der Wahl ihres Versicherers deutlich mehr Gewicht geben werden als heute.
- Es gibt doch regelmässig Anpassungen im KVG, welche die Versicherten direkt betreffen und zu neuen Problemen oder Unklarheiten führen können;

Andererseits hat die Zahl der Anfragen zur Änderung des Versicherungsverhältnisses deutlich abgenommen, sowohl in der Romandie, als auch in der Deutschschweiz. Dies lässt vermuten, dass das neue System nun einigermaßen bekannt ist und die Probleme hier etwas zurückgehen. Darauf hindeuten würde auch die Altersstruktur bei diesen Anfragen: Im Gegensatz zu den anderen Themenbereichen gibt es hier eine stetig steigende Kurve von Anfragen bis zum 60. Altersjahr. Je jünger jemand ist, desto besser scheint man mit dem Systemwechsel zurechtzukommen.

Es scheint eine Sensibilisierung der Medien für die Qualität der medizinischen Leistungserbringung zu geben, die sich im Moment (noch) in einem allgemeinen Anstieg der Anfragen der Bevölkerung an die PatientInnenorganisationen zu diesem Bereich äussert. Deren konkrete Ursachen und Ausmasse sind noch nicht klar zu beurteilen.

Unseres Erachtens zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung somit folgenden Handlungsbedarf:

- A Trotz leichtem Rückgang der Anfragen sind die Möglichkeiten, die Prämienlast zu senken, systematischer und verständlicher zu kommunizieren, und der Spielraum, den die volle Freizügigkeit gemäss KVG bietet, noch immer besser aufzuzeigen.
- B Offensichtlich besteht das Bedürfnis nach einer "neutralen" Stelle, welche Prämienvergleiche und Möglichkeiten für Kosteneinsparungen im Einzelfall aufzeigen kann: Es sollte deshalb geprüft werden, ob die Krankenversicherer, welche gemäss Gesetz dazu verpflichtet wären, wegen der Wettbewerbssituation, in der sie stehen, dazu überhaupt in der Lage sind und ob diese Aufgaben nicht an die PatientInnenorganisation abgetreten und finanziell entschädigt werden müssten.
- C Der Qualität der medizinischen Leistungserbringung sollte – wie bereits geplant – im Monitoring vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt und die Trends genau beobachtet werden, um die Hintergründe dieser Zunahme der Anfragen besser zu verstehen.

Die letztjährig festgestellte Handlungsbedarf, dass die Fristen für die Rückerstattung von unbestrittenen Krankenpflegekosten deutlich verkürzt werden müssen, scheint in diesem Jahr nicht mehr gegeben, zu diesem Thema werden die PatientInnenorganisationen nicht mehr angefragt.

Angesprochen mit diesem «Pflichtenheft» sind bei A) in erster Linie die Versicherer, in zweiter Linie die PatientInnen- und Versichertenorganisationen, die Leistungserbringer sowie die öffentliche Hand bei B) der Gesetzgeber, Krankenversicherer und die PatientInnen- und Versichertenorganisationen und bei C) das BSV, die PatientInnen- und Versichertenorganisationen und das Monitoring selbst. Unterstützung können sie von den Medien und von Internetdienstleistern erwarten, die künftig noch wichtiger werden, um die gewünschte Transparenz herzustellen und den Versicherten Handlungsanleitungen und Entscheidungsgrundlagen zu vermitteln.

Die vorliegenden Ergebnisse bestärken uns in der Ansicht, dass die Fortführung des Monitoring-Systems von Anfragen bei schweizerischen Beratungsstellen für PatientInnen und Versicherte ein sinnvolles und notwendiges Überwachungsinstrument darstellt.

Sofern der jetzt festgestellte Trend nach zunehmenden Anfragen im Bereich der Qualität der medizinischen Leistungserbringung anhält, erscheint eine Überarbeitung und Anpassung des Fragebogens notwendig, um dieses Gebiet differenzierter erfassen und beurteilen zu können. Allerdings sollte die Anpassung in einer Form stattfinden, die gewährleistet, dass die Möglichkeiten der Längsschnittvergleiche nicht beeinträchtigt werden. Wünschenswert wäre, dass noch weitere, bisher nicht am Monitoring teilnehmende Institutionen (insbesondere in der Romandie auch eine Organisation, die sich schwerpunktmässig mit der Qualität der medizinischen Leistungserbringung befasst), oder das Bundesamt für Sozialversicherung selbst, welches ja auch mit einer Vielzahl von Anfragen in diesem Bereich konfrontiert ist, ins Monitoring aufgenommen werden könnten. Damit wäre ein noch umfassenderes Bild über die Nöte und Unsicherheiten der Bevölkerung in Sachen Krankenversicherung und medizinischen Leistungen möglich.

Die PatientInnen- und Versichertenorganisationen übernehmen als neutrale Auskunftsstelle wichtige Beratungs- und Aufklärungsfunktionen im Krankenversicherungssystem. Mit der Fortführung dieses Projekts unterstützt das Bundesamt für Sozialversicherung diese unabdingbare Funktion. Die regelmässige Datenerhebung stellt sicher, dass die Anliegen von PatientInnen und Versicherten auf Bundesebene strukturiert wahrgenommen und gleichberechtigt mit den Eigeninteressen der medizinischen Leistungserbringer und Kostenträger diskutiert werden. Wir gehen weiterhin davon aus, dass ein solches Monitoring-System helfen kann, die Gesundheitsversorgung patientInnenfreundlich zu gestalten. Deshalb sind die Investitionen in die Etablierung eines solchen Systems gerechtfertigt.

5 Literaturverzeichnis

Dr. med. Karin Faisst MPH, Dr. med. Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (1999). Inhaltsanalyse von Anfragen bei PatientInnen- und Versichertenorganisationen. Erarbeitet im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung. Forschungsbericht 4/99. Reihe Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Bern.

Dr. Rita Baur, Andreas Heimer (2001). Wirkungsanalyse KVG Information der Versicherten. Erarbeitet im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung. Forschungsbericht 4/01. Reihe Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Bern.

Matthias Peters, Verena Müller, Philipp Luthiger (2001). Auswirkung des Krankenversicherungsgesetzes auf die Versicherten. Erarbeitet im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung. Forschungsbericht 3/01. Reihe Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Bern.

Karin Faisst, Susanne Fischer, Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (2001). Monitoring 2000 von Anfragen an PatientInnen- und Versichertenorganisationen. Erarbeitet im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung. Forschungsbericht 11/01. Reihe Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Bern.

Daniel Hornung, Thomas Röthlisberger, Adrian Stiefel (2001). Wirkungsanalyse KVG: Praxis der Versicherer bei der Vergütung von Leistungen nach KVG. Erarbeitet im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung. Forschungsbericht 12/01. Reihe Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Bern.

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	BBL* 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	OFCL* 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. No 2/94	OFCL* 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	BBL* 318.010.3/94 d
Forschungsbericht: Richard Cranovsky: Machbarkeitsstudie des Technologiebewertungsregister. Nr. 4/94	BBL* 318.010.4/94 d
Forschungsbericht: BRAINS: Spitex-Inventar. Nr. 5/94	BBL* 318.010.5/94 d
Rapport de recherche: BRAINS: Inventaire du Spitex. No 5/94	OFCL* 318.010.5/94 f
Forschungsbericht: Jacob van Dam, Hans Schmid: Insolvenzversicherung in der beruflichen Vorsorge. Nr. 1/95	BBL* 318.010.1/95 d

* BBL	= Bundesamt für Bauten und Logistik, 3000 Bern
* OFCL	= Office fédéral des constructions et de la logistique, 3000 Berne
* UFCL	= Ufficio federale delle costruzione e della logistica, 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: BASS: Tobias Bauer. Literaturrecherche: Modelle zu einem garantierten Mindesteinkommen. Nr. 2/95	BBL* 318.010.2/95 d
Forschungsbericht: IPSO: Peter Farago. Verhütung und Bekämpfung der Armut: Möglichkeiten und Grenzen staatlicher Massnahmen. Nr. 3/95	BBL* 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	OFCL* 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	BBL* 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	OFCL* 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	UFCL* 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	BBL* 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	OFCL* 318.012.1/96 f
Forschungsbericht: Laura Cardia-Vonèche et al.: Familien mit alleinerziehenden Eltern. Nr. 1/96	BBL* 318.010.1/96 d
Rapport de recherche: Laura Cardia-Vonèche et al.: Les familles monoparentales. N° 1/96	OFCL* 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

- | | |
|---------|---|
| * BBL | = Bundesamt für Bauten und Logistik, 3000 Bern |
| * OFCL | = Office fédéral des constructions et de la logistique, 3000 Berne |
| * UFCL | = Ufficio federale delle costruzione e della logistica, 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
Berufliche Vorsorge: Neue Rechnungslegungs- und Anlagevorschriften; Regelung des Einsatzes der derivativen Finanzinstrumente; Verordnungstext / Erläuterungen / Fachempfehlungen. Nr. 3/96	BBL* 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	OFCL* 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	UFCL* 310.010.3/96 i
Forschungsbericht: Martin Wechsler, Martin Savioz: Umverteilung zwischen den Generationen in der Sozialversicherung und im Gesundheitswesen. Nr. 4/96	BBL* 318.010.4/96 d
Forschungsbericht: Wolfram Fischer: Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich. Nr. 1/97	BBL* 318.010.1/97 d
Forschungsbericht: Infrass: Festsetzung der Renten beim Altersrücktritt und ihre Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung. Überblick über die Regelungen in der EU. Nr. 2/97	BBL* 318.010.2/97 d
Forschungsbericht: Heinz Schmid: Prämiengenehmigung in der Krankenversicherung. Expertenbericht. Nr. 3/97	BBL* 318.010.3/97 d
Rapport de recherche: Heinz Schmid: Procédure d'approbation des primes dans l'assurance-maladie. Expertise. No 3/97	OFCL* 318.010.3/97 f
Forschungsbericht: Eine Zusammenarbeit zwischen IPSO und Infrass: Perspektive der Erwerbs- und Lohnquote. Nr. 4/97	BBL* 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	BBL* 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	BBL* 318.010.6/97 d

* BBL	= Bundesamt für Bauten und Logistik, 3000 Bern
* OFCL	= Office fédéral des constructions et de la logistique, 3000 Berne
* UFCL	= Ufficio federale delle costruzione e della logistica, 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
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (IDA FiSo) 2": Analyse der Leistungen der Sozialversicherungen; Konkretisierung möglicher Veränderungen für drei Finanzierungsszenarien.	BBL* 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.	OFCL* 318.012.1/97 f

* BBL	= Bundesamt für Bauten und Logistik, 3000 Bern
* OFCL	= Office fédéral des constructions et de la logistique, 3000 Berne
* UFCL	= Ufficio federale delle costruzione e della logistica, 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
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	BBL* 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. No 1/98	OFCL* 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	BBL* 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	BBL* 318.010.3/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Selbstgetragene Gesundheitskosten. Untersuchungsbericht 3. Nr. 4/98	BBL* 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	BBL* 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	BBL* 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	BBL* 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	BBL* 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. No 9/98	OFCL* 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)	

* BBL	= Bundesamt für Bauten und Logistik, 3000 Bern
* OFCL	= Office fédéral des constructions et de la logistique, 3000 Berne
* UFCL	= Ufficio federale delle costruzione e della logistica, 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	BBL* 318.010.10/98 d
Forschungsbericht: Tobias Bauer (BASS): Auswirkungen von Leistungsveränderungen bei der Arbeitslosenversicherung. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 11/98	BBL* 318.010.11/98 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS): Auswirkungen von Leistungsveränderungen bei der Witwenrente. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 12/98	BBL* 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	BBL* 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	BBL* 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	BBL* 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. No 15/98	OFCL* 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	BBL* 318.010.16/98 df
Forschungsbericht: Robert E. Leu, Stefan Burri, Peter Aregger: Armut und Lebensbedingungen im Alter. Nr. 17/98	BBL* 318.010.17/98 d
Prof. Dr. Thomas Koller: Begünstigtenordnung zweite und dritte Säule. Gutachten. Nr. 18/98	BBL* 318.010.18/98 d
Prof. Dr. Thomas Koller: L'ordre des bénéficiaires des deuxième et troisième piliers. Rapport d'expertise. No 18/98	OFCL* 318.010.18/98 f

* BBL	= Bundesamt für Bauten und Logistik, 3000 Bern
* OFCL	= Office fédéral des constructions et de la logistique, 3000 Berne
* UFCL	= Ufficio federale delle costruzione e della logistica, 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	BBL* 318.010.19/98 d
Rapport de recherche: INFRAS: Effets microéconomiques de la 1 ^{re} révision de la LPP. Rapport final N° 19/98	OFCL* 318.010.19/98 f
Forschungsbericht: Makroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. KOF/ETHZ, Zürich. Nr. 20/98 d	BBL* 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	OFCL* 318.010.20/98 f
Forschungsbericht: Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen (Wirkungsanalyse KVG); Dr. Andreas Balthasar; Interface Institut für Politikstudien; Nr. 21/98 d	BBL* 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 (Analyse des effets de la LAMal). N° 21/98	OFCL* 318.010.21/98 f
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS): Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung. Nr. 1/99	BBL* 318.010.1/99 d
Forschungsbericht: Kurzfassung von 1/99. Nr. 2/99	BBL* 318.010.2/99 d
Rapport de recherche: Condensé du n° 1/99. N° 2/99	OFCL* 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	OFCL* 318.010.3/99 f
Forschungsbericht: Inhaltsanalyse von Anfragen bei PatientInnen- und Versichertenorganisationen (Wirkungsanalyse KVG). Dr. med. Karin Faisst MPH, Dr. med. Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich. Nr.4/99	BBL* 318.010.4/99 d
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber). Bedarfsleistungen an Eltern. Öffentliche Fachtagung, Referate / Congrès de spécialistes ouvert, Exposés. Zürich. Nr. 5/99	OCFIM* 318.010.5/99 df
Forschungsbericht: Die ärztliche Beurteilung und ihre Bedeutung im Entscheidungsverfahren über einen Rentenanspruch in der Eidg. Invalidenversicherung. Ruth Bachmann, Cornelia Furrer (Interface, Institut für Politikstudien). Nr. 6/99	BBL* 318.010.6/99 d

* BBL	= Bundesamt für Bauten und Logistik, 3000 Bern
* OFCL	= Office fédéral des constructions et de la logistique, 3000 Berne
* UFCL	= Ufficio federale delle costruzione e della logistica, 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: Christopher Prinz, Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien: Invalidenversicherung: Europäische Entwicklungstendenzen zur Invalidität im Erwerbsalter. Band 1 (Vergleichende Synthese). Nr. 7/99	BBL * 318.010.7/99 d
Forschungsbericht: siehe Nr. 7/99. Band 2 (Länderprofile). Nr. 8/99	BBL * 318.010.8/99 d
Forschungsbericht: Bekämpfung sozialer Ausgrenzung. Band 3. Sozialhilfe in Kanada und in der Schweiz. (OECD). Nr. 9/99	BBL * 318.010.9/99 d
Forschungsbericht: Karin Faisst, Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Qualitätssicherung – Bestandsaufnahme. (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 10/99	BBL * 318.010.10/99 d
Forschungsbericht: Neue Finanzordnung mit ökologischen Anreizen: Entlastung über Lohn- und MWST-Prozente? Ecoplan. Nr. 1/00	BBL * 318.010.1/00 d
Forschungsbericht: Freie Wahl der Pensionskasse: Teilbericht. PRASA. Nr. 2/00	BBL * 318.010.2/00 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher, BASS: Reform des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung? Studie 2: Empirische Prüfung von Vorschlägen zur Optimierung der heutigen Ausgestaltung (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 3/00	BBL * 318.010.3/00 d
Forschungsbericht: Wilhelmine Stürmer, Daniela Wendland, Ulrike Braun, Prognos: Veränderungen im Bereich der Zusatzversicherung aufgrund des KVG (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 4/00	BBL * 318.010.4/00 d
Forschungsbericht: Spartaco Greppi, Heiner Ritzmann, Raymond Rossel, Nicolas Siffert, Bundesamt für Statistik: Analyse der Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und anderer Systeme der sozialen Sicherheit. Nr. 5/00	BBL * 318.010.5/00 d
Rapport de recherche: Spartaco Greppi, Heiner Ritzmann, Raymond Rossel, Nicolas Siffert, Office fédéral de la Statistique: Analyse des effets de la LAMal dans le financement du système de santé et d'autres régimes de protection sociale. N° 5/00	OFCL* 318.010.5/00 f
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber). Tagungsband der Arbeitstagung des Eidg. Departement des Innern: Massnahmen des KVG zur Kostendämpfung / La LAMal, instrument de maîtrise des coûts / Misura della LAMal per il contenimento dei costi. N° 6/00	BBL * 318.010.6/00 dfi
Forschungsbericht: Auswirkungen des KVG im Tarifbereich (Wirkungsanalyse KVG); INFRAS, Zürich. Nr. 7/00	BBL* 318.010.7/00 d

* BBL	= Bundesamt für Bauten und Logistik, 3000 Bern
* OFCL	= Office fédéral des constructions et de la logistique, 3000 Berne
* UFCL	= Ufficio federale delle costruzione e della logistica, 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
Rapport de recherche: Beat Sterchi, Marcel Egger, Véronique Merckx (Ernst & Young Consulting AG, Bern): Faisabilité d'un „chèque-service". N° 8/00	OFCL* 318.010.8/00 f
Rapport de recherche: Jacques-André Schneider, avocat, docteur en droit, chargé de cours, Université de Lausanne: A-propos des normes comptables IAS 19 et FER/RPC 16 et de la prévoyance professionnelle suisse. N° 9/00	OFCL* 318.010.9/00 f
Forschungsbericht: Leo Aarts, Philipp de Jong (Aarts & de Jong B.V., Den Haag); Christopher Prinz (Europäisches Zentrum für Wohlfahrts-politik und Sozialforschung, Wien): Determinanten der Inanspruchnahme einer Invalidenrente – Eine Literaturstudie. Nr. 10/00	BBL * 318.010.10/00 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS), Robert E. Leu (Volkswirtschaftliches Institut der Universität Bern): Finanzierungsalternativen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Nr. 11/00	BBL * 318.010.11/00 d
Rapport de recherche: M. Polikowski, R. Lauffer, D. Renard, B. Santos-Eggimann (Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive de Lausanne): Analyse des effets de la LAMal: Le «catalogue des prestations» est-il suffisant pour que tous accèdent à des soins de qualité? N° 12/00	OFCL* 318.010.12/00 f
Forschungsbericht: Kurt Wyss: Entwicklungstendenzen bei Integrationsmassnahmen der Sozialhilfe. Nr. 13/00	BBL * 318.010.13/00 d
Rapport de recherche: Kurt Wyss: Évolution des mesures d'intégration de l'aide sociale. N° 13/00	OFCL* 318.010.13/00 f
Rapport de recherche: Ariane Ayer, Béatrice Despland, Dominique Sprumont, Institut de droit de la santé, Université de Neuchâtel: Analyse juridique des effets de la LAMal: Catalogue des prestations et procédures. N° 14/00	OFCL* 318.010.14/00 f
Forschungsbericht: Rita Baur, Ulrike Braun, Prognos: Bestandsaufnahme besonderer Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenversicherung (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 15/00	BBL * 318.010.15/00 d
Rapport de recherche: Maryvonne Gognalons-Nicolet, Jean-Marie Le Goff, Hôpitaux Universitaires de Genève: Retraits anticipés du marché du travail avant l'âge AVS: un défi pour les politiques de retraite en Suisse. N° 1/01	OFCL* 318.010.1/01 f
Forschungsbericht: Andreas Balthasar, Interface Institut, Luzern: Die Sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen: Monitoring 2000 (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 2/01	BBL * 318.010.2/01 d

* BBL	= Bundesamt für Bauten und Logistik, 3000 Bern
* OFCL	= Office fédéral des constructions et de la logistique, 3000 Berne
* UFCL	= Ufficio federale delle costruzione e della logistica, 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
Rapport de recherche: Andreas Balthasar, Interface Institut, Lucerne: Efficacité sociopolitique de la réduction de primes dans les cantons. (Analyse des effets de la LAMal).N° 2/01	OFCL* 318.010.2/01 f
Forschungsbericht: Matthias Peters, Verena Müller, Philipp Luthiger, IPSO: Auswirkungen des Krankenversicherungsgesetzes auf die Versicherten. (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 3/01	BBL * 318.010.3/01 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Andreas Heimer, Prognos: Wirkungsanalyse KVG: Information der Versicherten. Nr. 4/01	BBL * 318.010.4/01 d
Forschungsbericht: Andreas Balthasar, Oliver Bieri, Cornelia Furrer, Interface Institut, Luzern: Evaluation des Vollzugs der Prämienverbilligung (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 5/01	BBL * 318.010.5/01 d
Rapport de recherche: Andreas Balthasar, Oliver Bieri, Cornelia Furrer, Interface Institut, Lucerne: Evaluation de l'application de la réduction de primes (Analyse des effets de la LAMal). N° 5/01	OFCL* 318.010.5/01 f
Forschungsbericht: Stephan Hammer, Raffael Pulli, Rolf Iten, Jean-Claude Eggimann, Infrac, Zürich: Auswirkungen des KVG auf die Versicherer (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 6/01	BBL * 318.010.6/01 d
Persönlichkeitsschutz in der sozialen und privaten Kranken- und Unfallversicherung. Bericht einer Expertenkommission. Nr. 7/01	BBL * 318.010.7/01 d
Protection de la personnalité dans l'assurance-maladie et accidents sociale et privée. Rapport d'une commission d'experts. N° 7/01	OFCL* 318.010.7/01 f
Forschungsbericht: Stephan Hammer, Raffael Pulli, Nicolas Schmidt, Rolf Iten, Jean-Claude Eggimann, Infrac, Zürich: Auswirkungen des KVG auf die Leistungserbringer (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 8/01	BBL * 318.010.8/01 d
Forschungsbericht: Markus Battaglia, Christoph Junker, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern: Auswirkungen der Aufnahme von präventivmedizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog, Teilbericht Impfungen im Schulalter. Nr. 9/01	BBL * 318.010.9/01 d
Forschungsbericht: Fritz Sager, Christian Rüefli, Dr. Adrian Vatter, Politikforschung und Beratung: Auswirkungen der Aufnahme von präventivmedizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog (Wirkungsanalyse KVG). Politologische Analyse auf der Grundlage von drei Fallbeispielen. Nr. 10/01	BBL * 318.010.10/01 d
Forschungsbericht: Karin Faisst, Susanne Fischer, Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Zürich (2001): Monitoring 2000 von Anfragen an PatientInnen- und Versichertenorganisationen Nr. 11/01	BBL * 318.010.11/01 d

* BBL	= Bundesamt für Bauten und Logistik, 3000 Bern
* OFCL	= Office fédéral des constructions et de la logistique, 3000 Berne
* UFCL	= Ufficio federale delle costruzione e della logistica, 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: Daniel Hornung, Thomas Röthlisberger, Adrian Stiefel: Praxis der Versicherer bei der Vergütung von Leistungen nach KVG, (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 12/01	BBL * 318.010.12/01 d
Forschungsbericht: Haari, Roland, Schilling, Karl: Kosten neuer Leistungen im KVG. Folgerungen aus der Analyse der Anträge für neue Leistungen und Unterlagen des BSV aus den Jahren 1996-1998. (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 13/01	BBL * 318.010.13/01 d
Forschungsbericht: Rüefli, Christian, Vatter, Adrian: Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen. Statistische Analyse kantonaler Indikatoren. (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 14/01	BBL * 318.010.14/01 d
Rapport de recherche: Rüefli, Christian, Vatter, Adrian: Les différences intercantionales en matière de coûts de la santé. Analyse statistique d'indicateurs cantonaux (Analyse des effets de la LAMal). N° 14/01	BBL * 318.010.14/01 f
Forschungsbericht: Haari, Roland et al.: Kostendifferenzen zwischen den Kantonen. Sozialwissenschaftliche Analyse kantonaler Politiken. (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 15/01	BBL * 318.010.15/01 d
Rapport de recherche: Haari, Roland et al. : Différences intercantionales en matière de coûts de la santé. Analyse des politiques cantonales.(Analyse des effets de la LAMal). N° 15/01	OFCL * 318.010.15/01 f
Forschungsbericht: Haari, Roland et al.: Kostendifferenzen zwischen den Kantonen. Sozialwissenschaftliche Analyse kantonaler Politiken. Materialband.(Wirkungsanalyse KVG). Nr. 15/01.1	BBL * 318.010. 15/01.1 d
Forschungsbericht: Bundesamt für Sozialversicherung: Wirkungsanalyse KVG, Synthesebericht. Nr. 16/01	BBL * 318.010.16/01 d
Rapport de recherche: Office fédéral des assurances sociales: Analyse des effets de la LAMal, Rapport de synthèse. N° 16/01	BBL * 318.010.16/01 f
Ausschuss Realzins der Eidg. Kommission für berufliche Vorsorge: Zwei Berichte zum Thema Minimalzinsvorschriften für Vorsorgeeinrichtungen. Hauptbericht: Über die Möglichkeit, bei den Minimalzinsvorschriften für Vorsorgeeinrichtungen auf Real- statt Nominalzinsen abzustellen. Ergänzender Bericht: Über den Aspekt der Lebensversicherer im Problemkreis Minimalzinsvorschriften gemäss BVG. Nr. 17/01	BBL * 318.010.17/01 d

* BBL	= Bundesamt für Bauten und Logistik, 3000 Bern
* OFCL	= Office fédéral des constructions et de la logistique, 3000 Berne
* UFCL	= Ufficio federale delle costruzione e della logistica, 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
Sous-commission taux d'intérêt réel de la Commission fédéral de la prévoyance-professionnelle: Deux rapports sur le thème prescriptions de taux minimaux pour les institutions de prévoyance. Rapport principal: sur la possibilité de se fonder sur les taux d'intérêts réels et non sur les taux nominaux pour fixer les prescriptions de taux minimaux pour les institutions de prévoyance. Rapport complémentaire: sur l'aspect de la problématique de la réglementation du taux d'intérêts minimal LPP du point de vue des assureurs-vie. N° 17/01	OFCL * 318.010.17/01 f
Forschungsbericht: Annemarie Schiffbänker, Monika Thenner, Herwig Immervoll: Familienlastenausgleich im internationalen Vergleich. Eine Literaturstudie. Nr. 1/02	BBL * 318.010.1/02 d
Forschungsbericht: Ueli Zellweger, Karin Faisst, (2002) : Monitoring 2001 von Anfragen an PatientInnen- und Versichertenorganisationen. Nr. 2/02	BBL * 318.010.2/02 d

* BBL	= Bundesamt für Bauten und Logistik, 3000 Bern
* OFCL	= Office fédéral des constructions et de la logistique, 3000 Berne
* UFCL	= Ufficio federale delle costruzione e della logistica, 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