



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

Wirkungsanalyse KVG: Information der Versicherten

Forschungsbericht Nr. 4/01

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

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.

Autorin/Autor: Dr. Rita Baur, Andreas Heimer
Prognos AG
Missionsstrasse 62
4055 Basel

Auskünfte: Martin Wicki
Bundesamt für Sozialversicherung
Fachdienst Wirtschaft, Grundlagen, Forschung
Effingerstrasse 35
3003 Bern
Tel. 031/322 90 25
Fax 031/324 06 75
Email: martin.wicki@bsv.admin.ch
Internet: www.bsv.admin.ch

ISBN: 3-905340-26-7

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/EDMZ, 3003 Bern, www.admin.ch/edmoz

Bestellnummer: 318.010.4/01 d 2.01 450

Abschlussbericht

**Information der
Versicherten**

im Auftrag des BSV
Vertragsnr. E 99/008

Dr. Rita Baur
Andreas Heimer

Basel, Februar 2001
551 - 5508

Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherung

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) hat die Stellung der Versicherten aufgewertet, indem es ihnen mit der Einführung des Obligatoriums die vollständig freie Wahl des Versicherers (Art. 4) und volle Freizügigkeit (Art. 7) garantiert und dabei den Leistungsumfang in der Grundversicherung vereinheitlicht (Art. 24ff.). Hintergrund dieser Regelung ist die Erwartung, dass sich die Versicherten vermehrt marktmässig verhalten können, also tendenziell zum Versicherer oder Modell wechseln, das ihnen das beste Verhältnis von Kosten und Nutzen - insbesondere bezüglich Prämien und Kundenservice - verspricht. Indirekt sollte damit die Kostenentwicklung gebremst werden können, da die Versicherer zu mehr Effizienz gezwungen würden.

Um sich marktmässig zu verhalten sind Marktteilnehmerinnen und Teilnehmer allerdings immer auf Informationen angewiesen: Sie müssen sowohl ihre Rechte kennen als auch einen Überblick über die gebotenen Alternativen haben. Dies betrifft nicht nur die Versicherungsangebote, sondern auch die vergüteten Leistungen.

Die vorliegende Studie fragt nach dem Informationsverhalten der Versicherten und den Informationsangeboten der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen (Versicherer, Kantone, Bund, Versichertenorganisationen etc.) sowie der Medien. Zudem wird versucht, Zusammenhänge zwischen der Informationslage und dem Handeln der Versicherten aufzuspüren. Dass letzteres aus methodischen Gründen nur annäherungsweise geschehen kann, ist selbstverständlich, soll aber hier nochmals erwähnt sein.

Die Studie schätzt die Verfügbarkeit von generellen und handlungsrelevanten Informationen als insgesamt gut ein, wenn auch grosse Diskrepanzen zwischen dem Angebot und den tatsächlich nachgefragten bzw. gewünschten Informationen bestehen. So setzen die Versicherten stark auf die Informationen der Versicherer ab, deren erstes Ziel jedoch offensichtlich nicht die neutrale Markttransparenz ist. Auch bei den Medienberichten lassen sich Schwächen erkennen, etwa bei der Behandlung von alternativen Versicherungsmodellen, wobei es generell grosse Unterschiede zwischen den Sprachregionen gibt, insbesondere zwischen deutsch- und französischsprachiger Schweiz.

Die Autor/innen der Studie empfehlen - neben punktuellen Verbesserungen der Informationsangebote bei den Angeboten der verschiedenen Akteure - hauptsächlich eine Stärkung der Kapazitäten von Beratungsstellen, um den ausgewiesenen Bedarf nach neutralen Informationen besser zu befriedigen. Das BSV berät zur Zeit verschiedene Lösungsvorschläge.

Martin Wicki, Projektleiter
Fachdienst Wirtschaft Grundlagen Forschung

Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) a revalorisé la position des assurés en leur garantissant, par l'introduction de l'assurance obligatoire, le libre choix de l'assureur (art. 4) et le libre passage (art. 7) sans restrictions et en uniformisant l'étendue des prestations dans l'assurance de base (art. 24 ss.). Cette réglementation part du principe que les assurés seront de mieux en mieux aptes à agir selon les lois du marché et qu'ils auront donc tendance à opter pour l'assureur ou le modèle d'assurance qui leur promet le meilleur rapport coût-utilité, notamment en ce qui concerne les primes et le service à la clientèle. Cette manière d'agir devrait indirectement permettre de freiner l'évolution des coûts, car les assureurs seraient contraints de faire davantage preuve d'efficacité.

Pour agir selon les lois du marché, les usagers ont cependant toujours besoin d'informations: ils doivent à la fois connaître leurs droits et avoir une vue d'ensemble des autres solutions proposées. Ce besoin d'information concerne non seulement les assurances proposées, mais aussi les prestations remboursées.

La présente étude porte sur le rapport des assurés à l'information et les offres d'information des différents acteurs de la santé (assureurs, cantons, Confédération, organisations d'assurés, etc.) ainsi que des médias. Elle cherche en outre à élucider les liens qui existent entre l'information disponible et la manière d'agir des assurés. Il va de soi que, pour des raisons méthodologiques, cette dernière analyse ne saurait être qu'approximative, mais il n'est pas inutile de le répéter.

L'étude estime que la disponibilité d'informations générales et permettant aux assurés d'agir est globalement bonne, même s'il existe de grands écarts entre l'offre et les informations réellement demandées ou souhaitées. Les assurés misent ainsi fortement sur les informations des assureurs dont l'objectif premier n'est pourtant pas, à l'évidence, de donner des informations neutres qui contribuent à la transparence du marché. On constate également des points faibles dans ce que rapportent les médias, concernant p. ex. la manière de traiter d'autres modèles d'assurance, les différences étant généralement grandes entre les régions linguistiques, notamment entre la Suisse alémanique et la Suisse romande.

Les auteurs de l'étude recommandent, à part des améliorations ponctuelles concernant l'offre d'information des différents acteurs, principalement un renforcement des capacités d'organes de conseil, afin de mieux répondre au besoin prouvé d'informations neutres. L'OFAS examine actuellement différentes propositions de solution.

Martin Wicki, chef de projet
Service spécialisé Economie, questions fondamentales et recherche

Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

La legge sull'assicurazione malattia (LAMal) ha valorizzato la posizione degli assicurati, in quanto, con l'introduzione del regime obbligatorio, garantisce loro la libera scelta dell'assicuratore (art. 4) e il libero passaggio (art. 7), uniformando così l'estensione delle prestazioni dell'assicurazione di base (art. 24segg.). Alla base di questa regolamentazione vi è la volontà di permettere agli assicurati di muoversi sul mercato con maggiore consapevolezza, vale a dire di essere più inclini a cambiare assicuratore o modello in base al rapporto costi/vantaggi più appropriato al loro caso, in particolare per quanto riguarda i premi e il servizio clienti. Al contempo si dovrebbe poter frenare l'aumento dei costi, poiché gli assicuratori sarebbero costretti a migliorare la loro efficienza.

Per potersi muovere in conoscenza di causa sul mercato gli assicurati necessitano tuttavia di una buona informazione: devono conoscere i loro diritti e avere una buona visione delle alternative sia per quanto riguarda le varie offerte d'assicurazione che il rimborso delle prestazioni.

Il presente studio analizza la ricerca d'informazione degli assicurati e l'offerta d'informazione dei diversi operatori e delle varie istituzioni del sistema sanitario (assicuratori, Cantoni, Confederazione, associazioni di assicurati ecc.) e dei media. Intende poi trovare le relazioni tra il grado di informazione e il comportamento degli assicurati. È evidente che per motivi ovvi di procedura i risultati sono approssimativi.

Lo studio ritiene che la disponibilità d'informazioni generali e di informazioni determinanti il comportamento degli assicurati è complessivamente buona, anche se si rilevano grandi discrepanze tra l'offerta e le informazioni realmente richieste o desiderate. Così gli assicurati si basano in particolare sulle informazioni fornite dagli assicuratori, il cui obiettivo, però, non è evidentemente la trasparenza totale del mercato. Anche i rapporti dei media sono in parte lacunosi circa i modelli d'assicurazione alternativi, ma in generale vi sono grandi differenze tra regioni linguistiche, in particolare tra Svizzera romanda e tedesca.

Gli autori dello studio raccomandano principalmente, oltre a miglioramenti puntuali dell'offerta d'informazione da parte dei diversi operatori, un rafforzamento delle capacità dei servizi di consulenza affinché il bisogno di informazioni neutre esistente possa essere meglio soddisfatto. L'UFAS vara attualmente varie proposte di soluzioni.

Martin Wicki, capoprogetto

Servizio specializzato economia, questioni fondamentali e ricerca

Foreword by the Federal Office of Social Insurance

The new law on health insurance has improved conditions for those insured in that, while making basic health insurance compulsory, it guarantees complete freedom of choice as to the insurance company (art. 4) as well as freedom to switch to another company at any time (art. 7), thus standardizing the scope of basic insurance (art. 24ff). This law is based on the assumption that it will enable those insured to choose their insurance policy with greater awareness of what the market offers, i.e. they will tend towards a certain insurance company or decide on a type of policy which offers the best cost-effectiveness ratio, in particular with regard to premiums and customer services. Indirectly, this should serve to reduce the rise in costs, since the insurance companies will be obliged to increase their efficiency.

In order to be more aware of market conditions, however, those taking out insurance rely on being able to obtain the necessary information; they must know what their rights are, as well as having a full picture of what alternatives are available. This applies not only to insurance policies or packages but also to what services are reimbursable.

The present study has examined how those insured react to the information available and what exactly is offered in the way of information by the various players in the health sector (insurance companies, cantons, Confederation, consumer organizations, etc.), as well as the media. Furthermore, an attempt has been made to identify the links between the amount and type of information available and how those insured react to it. Although it is obvious, it should be mentioned again here that the reactions of those insured can only be analyzed in an approximate manner in view of the methodology involved.

The study found that on the whole the availability of general and more specific information is good, although serious discrepancies are apparent between what is offered and what is in fact required. As a result, customers tend to shy away from information provided by insurance companies whose first aim is clearly not to ensure neutral clarity concerning the market. Weaknesses can also be seen in media reports, for example in the way they cover alternative insurance packages, considerable differences existing as a rule between the different linguistic areas of Switzerland, in particular between the French and German-speaking regions.

Apart from specific improvements in the information provided with policies offered by the different players in the sector, the authors of this report recommend principally that advisory services be expanded in order to meet the proven need for neutral information. The Federal Office of Social Insurance is at present discussing various possible solutions.

Martin Wicki, Project Manager
Department for Economic Affairs, Basic Questions and Research

Inhaltsverzeichnis	Seite
Zusammenfassung	I
Résumé	VIII
Riassunto	XV
Summary	XXII
1. Zielsetzung und Vorgehensweise	1
2. Der Bund	3
2.1 Pressemitteilungen	3
2.2 Periodika	4
2.3 Broschüre	5
2.4 Übersichten	7
2.5 Internet	8
2.6 Individuelle Informationsmöglichkeiten beim BSV	10
2.7 Zusammenfassung	10
3. Die Kantone	12
3.1 Auswertung der Interface-Studie	12
3.2 Exemplarische Betrachtung einzelner Kantone	15
3.2.1 Kantone mit einem reinen Antragssystem	15
3.2.2 Kantone mit einem Antragssystem bei gleichzeitiger Benachrichtigung	18
3.2.3 Kantone mit automatischer Abwicklung der Prämienverbilligung	19
3.3 Zusammenfassung	19
4. Die Krankenversicherer	21
4.1 Informationsträger der Krankenversicherer	23
4.2 Inhaltsanalyse der Mitgliederzeitschriften	27
4.3 Testlesen der Mitgliederzeitschriften	31
4.4 Das Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer	33
4.5 Zusammenfassung	34

5.	Die LeistungserbringerInnen	36
5.1	Die niedergelassenen ÄrztInnen	36
5.2	Die Spitäler	43
5.3	Andere LeistungserbringerInnen	46
5.4	Zusammenfassung	47
6.	Medienanalyse	48
6.1	Einleitung	48
6.2	Printmedien	49
6.3	Radio	56
6.4	Fernsehen	58
6.5	Zusammenfassung	60
7.	Die Versicherten	62
7.1	Einleitung	62
7.2	Informiertheit der Versicherten und Informationswünsche	63
7.3	Anfragen beim Ombudsmann der sozialen Krankenkassen und bei PatientInnen und Versichertenorganisationen	75
7.4	Information und KonsumentInnenverhalten gegenüber der Krankenversicherung	80
7.5	KonsumentInnensouveränität und Informationsbedarf	85
7.6	Zusammenfassung	89
8.	Informiertheit und Informationsangebot: Zusammenfassung, Kommentar und Empfehlungen	92
	Literaturverzeichnis	97

Zusammenfassung

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) schreibt den Versicherten eine aktive Rolle auf dem Gesundheitsmarkt zu. Sie können, Dank der im KVG gesetzten Rahmenbedingungen, frei über die Wahl der Krankenkasse entscheiden und unter verschiedenen Möglichkeiten des Versicherungsschutzes wählen. Souveränes Marktverhalten der Versicherten setzt jedoch hinreichende Information voraus.

Im Zentrum des Projektes steht zum einen das **Informationsverhalten der wichtigsten Akteure** des Gesundheitswesens: Versicherer, Leistungserbringer, Kantone und Bund. Obwohl keine Akteure im Rahmen des KVG, spielen die **Medien** doch eine wichtige Rolle in der Information der Versicherten. Sie sind die „erste Adresse“ für die Versicherten in Fragen der Gesundheitspolitik. Deshalb ist auch ihr Informationsverhalten einzubeziehen.

Auf der Empfängerseite, bei den **Versicherten**, geht es um die Rezeption und Bewertung der Informationen und um deren Auswirkungen auf das Verhalten. Alle Informationen sollten den Zweck verfolgen, die Versicherten/ PatientInnen in die Rolle einer souveränen MarktteilnehmerIn zu versetzen und müssen sich daher an den Gewohnheiten und Bedürfnissen der Versicherten orientieren.

Die Bearbeitung erfolgte in einem Mix aus eigenen Erhebungen, Fachgesprächen und der Auswertung vorhandener Studien. Eigene Erhebungen fanden im Wesentlichen statt bezüglich der "Sender"-Informationen: Auswertungen der an Versicherte adressierten Materialien der Krankenkassen, Medienanalyse, Befragungen und Fachgespräche bei LeistungserbringerInnen und staatlichen Stellen. Bezüglich der Versichertenseite wurde dagegen auf vorhandene bzw. parallel laufende Untersuchungen zurückgegriffen, insbesondere die Erhebung „Auswirkungen des KVG auf die Versicherten“; bei der Konzeption dieser Erhebung wurden die Anliegen des vorliegenden Gutachtens eingebracht.

Im Folgenden wird zunächst ein Überblick über die Informationsaktivitäten der Informationsgeber sowie Informiertheit, Informationsverhalten und- bedarf der Versicherten gegeben. Abschliessend werden in der Gegenüberstellung die wesentlichen Lücken identifiziert und Empfehlungen ausgesprochen.

Informationsgeber

Der **Bund** hat als **Information für die breite Öffentlichkeit** im Herbst 1997 das Heft "Die obligatorische Krankenversicherung kurz erklärt" an alle Haushalte der Schweiz verschickt. Eine Rezeptionsevaluation zeigte, dass knapp die Hälfte der Haushalte sich an den Erhalt erinnern konnte, aber nur 20% die Broschüre angeschaut haben. Jährlich, nach Festlegung der Prämien, veröffentlicht der Bund eine komplette Prä-

mienübersicht, die um Tipps für die Versicherten zu den Kündigungs- und Prämien-sparmöglichkeiten ergänzt ist. Die Übersichten sind beim Bund auf Anfrage kostenlos erhältlich und können auch im Internet abgerufen werden. Indirekt an eine breite Öffentlichkeit wendet sich der Bund mit Pressemitteilungen; im gesamten Zeitraum Januar 1999 bis Juni 2000 betrafen 18 davon die Belange der Versicherten. Die vom Bund herausgegeben Periodika, die sich (auch) auf die Krankenversicherung beziehen, sind an eine **Fachöffentlichkeit** adressiert. Im Internet findet der interessierte Benutzer neben den o.g. Informationen Übersichten zu den einzelnen Sozialversicherungszweigen, Angebote zum Prämienvergleich und in der Rubrik FAQ (Frequently asked Questions) Antworten auf eine Reihe von Fragen, die häufig im Zusammenhang mit der Krankenversicherung aufgetreten sind. Schliesslich besteht auch die Möglichkeit der individuellen schriftlichen oder telefonischen Information, allerdings besteht keine spezialisierte Informationsstelle für die Versicherten.

Die **Kantone** sind vorallem im Rahmen der Prämienverbilligungen als Informationsgeber von Bedeutung, da ihnen die Durchführung der Prämiensubventionierung obliegt. Die Informationsaktivitäten sind jedoch vor dem Hintergrund des gewählten Systems der Ermittlung der Anspruchsberechtigten zu sehen, da davon der Informationsbedarf für die Versicherten stark abhängt. Nur in einer Minderheit der Kantone (5 im Jahr 2000) besteht ein reines Antragssystem, d.h., dass die potenziellen BezügerInnen ganz von sich aus tätig werden müssen. Die meisten Kantone praktizieren ein gemischtes System, bei dem die Anspruchsberechtigten benachrichtigt werden und sodann einen Antrag zu stellen haben. Wiederum eine Minderheit praktiziert die automatische Ermittlung aufgrund von Steuerdaten ohne dass die Berechtigten einen Antrag stellen müssten. Die Informationsaktivitäten der Kantone sind sehr unterschiedlich; Kantone mit einem reinen Antragssystem entfalten mehr Aktivitäten als solche mit einem Benachrichtigungssystem.

Den Kantonen obliegt es auch, darauf hinzuwirken, dass die EinwohnerInnen der Versicherungspflicht nachkommen. Eine eigentliche Öffentlichkeitsarbeit diesbezüglich findet kaum statt, sondern es werden nur die ZuzügerInnen angesprochen.

Um die Informationen durch die **Versicherer** zu erfassen wurden die Mitgliederzeitschriften oder ähnliche Publikationen und sonstige den Versicherten zugehende Unterlagen bei allen grossen Versicherern und einer Stichprobe mittlerer und kleiner für das Jahr 1999 ausgewertet. Der grösste Teil der Versicherten erhält mehrmals jährlich eine Mitgliederzeitschrift ihrer Krankenkasse, lediglich einige kleinere Versicherer verzichten auf ein solches Organ. Eine Mehrheit der Versicherten erhält auch Leistungsübersichten der eigenen Krankenkasse. Die durchgeführte Inhaltsanalyse der Mitgliederzeitschriften bezog sich nur auf Informationen zur Krankenversicherung; die, in den meisten Zeitschriften dominierenden, Artikel mit gesundheitserzieherischen oder freizeitorientierten Inhalten wurden nicht einbezogen. Die Inhalte lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Im Zusammenhang mit **der Grundversicherung** werden am häufigsten die Prämien thematisiert, insbesondere als Erläuterung zur Prämienentwicklung. Prämienvergleiche/-übersichten kommen jedoch so gut wie nicht vor. Relativ häufig wird über die (selbst angebotenen) Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer und auch noch über die Sparmöglichkeiten durch Wahl einer höheren Franchise berichtet. Auch das Leistungsangebot in der Grundversicherung ist häufig Thema, vor allem im Zusammenhang mit der Änderung bei der Komplementärmedizin. Ganz selten nur wird über die Freizügigkeit berichtet. Auch die neuen Versicherungspolice oder die Begleitschreiben dazu enthalten nur in einer Minderheit der Fälle Hinweise auf die **Kündigungsmöglichkeiten**.
- Häufig berichtet wird auch über die Leistungspakete in der **Zusatzversicherung**, nicht erstaunlich, da es sich doch um Werbung für diese Produkte handelt. Kosten- resp. Prämienübersichten für diese Produkte fehlen jedoch fast ganz; auch die Prinzipien der risikoabhängigen Prämiengestaltung werden nur in Ausnahmefällen dargelegt. Genauso zurückhaltend wird das Thema Kündigung behandelt.
- Gesundheitspolitische Themen nehmen einen breiten Raum ein: Revision des KVG, Auseinandersetzungen zwischen den Parteien, Spitalfinanzierung, Kostensteigerungen im Gesundheitswesen, neuer Arzttarif ect.
- Patientenrechte und Versichertenschutz werden gelegentlich thematisiert; nur in drei der insgesamt ausgewerteten 228 Artikel findet sich aber ein Hinweis auf den Ombudsmann der sozialen Krankenkassen.
- Nur wenige Versicherer haben im Zusammenhang mit der Einführung des KVG eine Informationsbroschüre versandt und auch nur einige haben in ihren Mitgliederzeitschriften umfassend informiert.

Es ist offenkundig und auch gar nicht überraschend, dass durch die Versicherer zwar partielle Informationen über die Krankenversicherung vermittelt werden, aber keine neutralen, Markttransparenz schaffenden.

Als allgemeine Informationsquelle sind die **Medien** von Bedeutung. Ausgewertet wurde die Berichterstattung zum Thema Krankenversicherung /Krankenkassen für den Zeitraum Juli 1999 bis Juni 2000 für öffentliches Fernsehen und Radio sowie für 5 überregionale, 3 regionale Tageszeitungen und 2 14-tägig erscheinende KonsumentInnenzeitungen. Die Fragestellung war, welche Themen im Rahmen der Krankenversicherung in welcher Häufigkeit, in welcher Form und mit welchem Tenor aufgegriffen werden. Für die insgesamt ausgewerteten 478 Artikel in **Printmedien** lässt sich folgendes festhalten:

- Die überwiegende Anzahl der ZeitungsläserInnen erhält ein aktuelles Informationsangebot: im Herbst wird über die Versicherungsprämien in der obligatorischen Grundversicherung informiert; i.d.R. wird mit den neuen Prämien auch auf die Freizügigkeit im Rahmen der Grundversicherung und die Möglichkeit, die Prämienhöhe durch Wahl einer höheren Franchise zu senken, hingewiesen. Auch Informationen zur Prämienverbilligung finden sich in den Tageszeitungen mindestens zweimal jährlich. Die Verbreitung von Informationen zum Bereich Leistungen in der Grundversicherung ist dagegen lückenhaft bzw. sehr selektiv
- Nur selten wird zu Leistungen, Prämien oder Kündigungsmöglichkeiten in den Zusatzversicherungen berichtet. Eine Diskussion der Bedeutung von Zusatzversicherungen als Ergänzung zur Grundversicherung kommt nur ganz vereinzelt vor.
- Schlecht sieht es auch aus mit den Informationen über HMO- und Hausarztversicherungen. Die meisten Zeitungen berichten so gut wie gar nicht darüber bzw. haben allenfalls den partiellen Rückzug eines Versicherers gemeldet.
- Schliesslich kamen nur in einer Zeitung Hinweise auf PatientInnenorganisationen vor.

Im einzelnen gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Zeitungen: handlungsrelevante Informationen für die Versicherten haben z.B. ein sehr unterschiedliches Gewicht. Auffallend ist, dass die Printmedien der französischen Schweiz hierin mehr Zurückhaltung üben als die der deutschen Schweiz.

In Radio und Fernsehen hat die Berichterstattung zum Thema Krankenversicherung quantitativ keinen sehr hohen Stellenwert und bezieht sich inhaltlich eher auf gesundheitspolitische Fragen sowie auf die Darstellung von Konfliktfällen als auf Information für KonsumentInnen.

Als Informationsquellen für die Versicherten kommen auch die **LeistungsanbieterInnen** in Betracht. Sowohl niedergelassene ÄrztInnen, wie auch ApothekerInnen, Spitäler und Spitex werden mit Fragen der Versicherten zur Krankenversicherung konfrontiert. In ihrem jeweiligen eigenen Zuständigkeitsbereich fühlen sie sich auch als kompetente AnsprechpartnerInnen. Eher kritisch wird die Situation von Spitälern beurteilt, wo es um Kostenübernahme in beträchtlicher Höhe geht. Die Versicherten wüssten oft über ihre Versicherungsverhältnisse nicht Bescheid und angesichts der zunehmenden Komplexität könne oft keine rechtzeitige Klärung herbeigeführt werden.

Informiertheit und Informationsbedarf der Versicherten

Die Versicherten fühlen sich subjektiv mittelmässig über das KVG informiert; etwas besser sieht es bezüglich der Leistungen in der Grundversicherung aus. Jedoch

weiss die Mehrzahl der Versicherten über Grundprinzipien des KVG, die für sie von Bedeutung sind, Bescheid: Freizügigkeit, altersneutrale Prämien, Kündigungsmöglichkeiten, Möglichkeit, für Grund- und Zusatzversicherung verschiedene Kassen zu wählen. Auch die Bekanntheit der verschiedenen Versicherungsmöglichkeiten in der Grundversicherung ist nicht schlecht, ebenso wie die der Möglichkeit der Prämien-subventionierung. Als Informationsquellen zur Grundversicherung werden in erster Linie die Krankenkassen, an zweiter Stelle, mit Abstand, die Medien genannt. Die Medien stehen aber vorn, wenn es um Informationen zu den Krankenkassen geht. Zur Frage, ob mehr Informationen gewünscht werden, sind die Ergebnisse aus verschiedenen Erhebungen widersprüchlich: je nach genauer Frageformulierung liegt der Anteil derer, die sich zusätzliche Informationen wünschen zwischen einem und zwei Dritteln. Gefragt sind in erster Linie Informationen durch neutrale Stellen. Junge und alte Versicherte sind insgesamt am schlechtesten informiert; auffällig ist auch das schlechtere Informationsniveau in der französischen und italienischen Schweiz.

Die Beratungsstellen (Ombudsmann der Sozialen Krankenkassen, PatientInnen- und Versichertenorganisationen) verzeichneten 1998 (das Jahr, auf das sich die aktuellste Auswertung bezog) einen Höchststand an Anfragen. Dies ist ein Zeichen dafür, dass die Verunsicherung unter den Versicherten zugenommen hat. Versicherungsleistungen in der Grund- und Zusatzversicherung, Fragen zum Abschluss oder Wechsel einer Versicherung sowie zu den Prämien stellten die hauptsächlichen Themenblöcke. Wie ein roter Faden zieht sich durch, dass die Leistungsübernahme in Grund- und Zusatzversicherung sowie die Prämien-gestaltung in der Zusatzversicherung intransparent ist.

In der Auseinandersetzung mit Fragen ihrer Krankenversicherung sind die Versicherten eher zurückhaltend. Kennzeichnend ist eine hohe Krankenkassentreue; seit Inkrafttreten des KVG haben jährlich nur knapp 4% die Krankenkasse für die Grundversicherung gewechselt und maximal 9% erwägen evt. einen Wechsel in der näheren Zukunft. Krankenkassenwechsel ist eine Sache der Jüngeren, bei den ab 50-Jährigen wird der Wechsel zu einem sehr seltenen Ereignis. Häufiger, aber auch nur bei einer Minderheit, ist ein Wechsel der Versicherungsform vorgekommen, wobei die Wahl einer höheren Franchise im Vordergrund stand. Kennzeichnend ist auch, dass nahezu alle Haushalte mit einer Zusatzversicherung diese bei dem gleichen Versicherer halten wie die Grundversicherung. In dieser, stark durch Immobilität gekennzeichneten Beziehung zwischen Versicherten und Versicherer, darf man auch nicht erwarten, dass sich die Versicherten aktiv und intensiv um Informationen bemühen. Wichtig ist ferner, dass die Prämienhöhe für das Verhalten der Haushalte nur ein Faktor unter mehreren ist: Serviceaspekte, wie die prompte Auszahlung, gute Information und Auskunft und freundliches Personal spielen eine erhebliche Rolle. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass sich eine Übung im Krankenkassenvergleich und -wechsel erst allmählich einstellen wird.

Lücken und Empfehlungen

In der Gegenüberstellung von Informationsangebot und -bedarf wird zwischen drei Informationsebenen unterschieden:

1. **Struktur- oder Systeminformationen:** Diese Informationen befähigen die Versicherten, überhaupt ihre Rolle zu erkennen und prinzipiell wahrnehmen zu können. Dazu gehören Grundkenntnisse über den Umfang der Grundversicherung, die Freizügigkeit, die alters- und geschlechtsunabhängige Prämiengestaltung, die Versicherungsformen, die Prämienverbilligung.
2. **Aktuelle Handlungsinformationen:** Diese setzen die Versicherten in Stande, tatsächlich eine begründete Entscheidung zu treffen. Dazu gehören Informationen über die aktuellen Prämien und Rabatte, der Angebote der alternativen Modelle, Kündigungsfristen und -vorgehensweise, die potentielle Berechtigung für Prämiensubventionen, die Qualität verschiedener Versicherer, Nutzen und Kosten von Zusatzversicherungen.
3. **Informationen im Zusammenhang mit Versicherungsfällen:** hier geht es nicht um allgemeine Informationen, sondern um Fragen, die im konkreten Versicherungsfall/Schadensfall auftreten.

Hinsichtlich der **Struktur und Systeminformationen** ist eine grosse Lücke nicht erkennbar. Die Mehrzahl der Versicherten hat Basiskenntnisse und das Informationsangebot ist relativ gut. Jedoch sollten Neuerungen durch die KVG-Revision wieder an alle Haushalte kommuniziert werden.

Aktuelle Handlungsinformationen sind, soweit sie das KVG betreffen, überwiegend verfügbar (unzulänglich ist aber die Information über alternative Modelle), müssen aber aktiv abgerufen werden. Prämienübersichten und Tipps für die Versicherten sollten leichter zugänglich gemacht werden, z.B. als Beilage in den Tageszeitungen. Von den Versicherern wird man nicht erwarten können, dass sie objektive, vergleichende Informationen liefern, wohl aber, dass sie jedem Prämienbescheid die Kündigungsfristen hinzufügen. Die Kündigungsfristen sollten verlängert werden. Informationen zur Qualität der Versicherer fehlen fast völlig, wären aber wichtig, weil für die Versicherten der Preis nicht der alleinige Parameter ist. Die KonsumentInnenorganisationen sollten in die Lage versetzt werden, auf diesem Gebiet verstärkt tätig zu werden. Im gesamten Bereich der Zusatzversicherungen herrscht Intransparenz und das Informationsangebot ist nahe bei Null. Aufklärung - die z.T. durch den Bund, z.T. durch KonsumentInnenorganisationen zu erbringen wäre - scheint vorallem geboten hinsichtlich der Bedeutung einzelner Angebote, der Prämien und Prinzipien der Prämiengestaltung.

Für (neutrale) **Informationen im Zusammenhang mit Versicherungsfällen** sollten die Kapazitäten der Beratungsstellen aufgestockt werden und es sollte für ihre Tätig-

keit vermehrt Öffentlichkeitsarbeit betrieben werden. Die Information über die Beratungsmöglichkeiten ist ungenügend. Beim BSV sollte überlegt werden, für die Entgegennahme und Beantwortung der dort eingehenden Anfragen eine spezialisierte Stelle für die Kommunikation mit Versicherten zu schaffen.

Résumé

La loi sur l'assurance-maladie (LAMal) confère aux assurés un rôle actif sur le marché de la santé. En effet, les conditions cadres aménagées dans la LAMal leur permettent de choisir librement leur caisse-maladie et le type de modèle d'assurance qui leur convient. Or un véritable comportement de marché requiert une information suffisante des assurés.

L'étude se concentre sur le **rapport à l'information des principaux acteurs** de la santé: assureurs, fournisseurs de prestations, cantons et Confédération. Sans être acteurs dans le cadre de la LAMal, les **médias** sont un important vecteur d'information. C'est en effet à eux que se réfèrent en premier lieu les assurés pour les questions de politique de la santé. D'où l'utilité de considérer leur rapport à l'information.

Du côté des destinataires, l'étude analyse la manière dont les **assurés** reçoivent et évaluent les informations et quelles en sont les répercussions sur leur comportement. Toutes les informations diffusées devraient amener les assurés et les patients en position d'acteur économique souverain et doivent donc s'orienter en fonction de leurs habitudes et de leurs besoins.

L'étude est le fruit d'une combinaison de nos propres enquêtes, de discussions avec des spécialistes et de l'exploitations des résultats d'études déjà menées. Nous avons effectué notre propre enquête essentiellement sur les informations fournies par des "émetteurs": évaluations des documents adressés aux assurés par les caisses-maladie, analyse des médias, enquêtes et discussions avec les fournisseurs de prestations et les organes étatiques. Concernant les assurés, nous avons utilisé des études déjà disponibles ou menées en parallèle, en particulier l'enquête "Effets de la LAMal sur les assurés" qui a été conçue en tenant compte des besoins de la présente étude.

Nous exposons ci-après, tout d'abord l'ensemble des activités des organes chargés de l'information, le niveau d'information des assurés et leur comportement ainsi que leurs besoins en matière d'information. Nous identifions ensuite les lacunes les plus importantes et nous formulons des recommandations.

Les organes d'information

La **Confédération** a lancé en automne 1997 une **campagne d'information pour le grand public**. Tous les ménages de Suisse ont reçu, la brochure "L'assurance-maladie obligatoire en bref". Une enquête a montré qu'une petite moitié des ménages se rappelaient avoir reçu ce document, mais que seuls 20 % d'entre eux en avaient pris connaissance. La Confédération publie chaque année, un aperçu complet des primes

fixées pour l'année suivante avec des conseils aux assurés sur la manière de résilier leur assurance et de payer moins de primes. Ces aperçus s'obtiennent gratuitement auprès de la Confédération et peuvent également être consultés sur Internet. La Confédération s'adresse de plus indirectement à un large public par des communiqués de presse; 18 d'entre eux parus entre janvier et juin 2000 concernaient les intérêts des assurés. Les revues périodiques publiées par la Confédération, qui concernent aussi l'assurance-maladie, sont destinées à un **public spécialisé**. Les utilisateurs intéressés trouveront sur Internet, outre les informations déjà mentionnées, un aperçu pour chacune des branches des assurances sociales, des offres pour la comparaison des primes et, dans la rubrique FAQ (foire aux questions), des réponses à toute une série de questions récurrentes à propos de l'assurance-maladie. Il n'existe toutefois pas de service d'information uniquement destiné aux assurés.

Les **cantons** jouent un important rôle d'informateurs, surtout dans le cadre de la réduction des primes puisqu'il leur incombe de mettre en œuvre le système de réduction de primes. Il faut toutefois évaluer leurs activités d'information en fonction du système de détermination des ayants droit qu'ils ont choisi, et dont dépend fortement le besoin d'information des assurés. Rares sont les cantons (5 en 2000) disposant d'un système reposant exclusivement sur la demande de subvention par l'assuré, autrement dit laissant aux bénéficiaires potentiels l'initiative de la demande. La plupart des cantons pratiquent un système mixte, dans lequel les ayants droit sont informés et doivent ensuite formuler une demande. Une minorité de cantons pratique un système de détermination automatique des ayants droit, sur la base des données fiscales et sans que les ayants droit aient à formuler une demande. Les activités d'information des cantons diffèrent profondément es cantons ayant un système exclusivement fondé sur la demande déploient davantage d'activités que ceux disposant d'un système d'attribution automatique.

Les cantons sont également tenus de veiller à ce que leurs résidents remplissent leur obligation d'assurance. Il n'y a guère d'information dispensée à ce sujet, si ce n'est celle fournie aux nouveaux arrivants.

Pour traiter les informations données par les **assureurs** ont été examinés: la documentation éditée en 1999 par les grands assureurs, magazines destinés aux affiliés, autres publications de ce genre, ainsi qu'un échantillon de la documentation des petits et moyens assureur. La plupart des assurés reçoivent plusieurs fois par an un magazine destiné aux membres de leur caisse-maladie, seuls quelques assureurs plus petits renoncent à ce moyen d'information. Une majorité des assurés reçoivent également un aperçu des prestations fournies par leur propre caisse-maladie. Seul le contenu des périodiques qui a trait à l'assurance-maladie proprement dite a été analysé, la plus grande partie des articles orientée vers l'éducation sanitaire préventive ou l'organisation des loisirs n'a pas été prise en compte. Le contenu peut se résumer de la manière suivante:

- S'agissant **de l'assurance obligatoire**, un thème est récurrent: les primes, en particulier lorsqu'il s'agit d'expliquer leur évolution. Des aperçus comparatifs ne sont quasiment jamais publiés. Par contre, il est souvent question des modèles d'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations (proposés par l'assurance qui publie le périodique) et des économies possibles en optant pour une franchise plus élevée. L'offre de prestations dans l'assurance obligatoire est aussi un thème récurrent, surtout dans le contexte du changement concernant la médecine complémentaire. Le libre passage est presque oublié. Les nouvelles polices d'assurance ou leurs lettres d'accompagnement n'attirent que rarement l'attention sur les **possibilités de résiliation**.
- De nombreux articles concernent les prestations couvertes par les **assurances complémentaires proposées**, ce qui n'est pas étonnant puisqu'il s'agit en fait de publicité pour ces produits. Mais les aperçus des coûts et des primes pour ces assurances font quasiment défaut et le principe des primes liée aux risques n'est qu'exceptionnellement exposé. Là encore la résiliation n'est traitée qu'avec réserve.
- Les sujets de politique de la santé occupent une grande place: révision de la LAMal, discussions entre les partis, financement des hôpitaux, hausse des coûts de la santé, nouveau tarif pour les médecins, etc.
- Les droits des patients et la protection des assurés sont abordés à l'occasion. Nous n'avons cependant trouvé que dans 3 articles, sur un total de 228, une référence à l'ombudsman de l'assurance-maladie sociale.
- Seuls quelques assureurs ont envoyé, à l'occasion de l'introduction de la LAMal, une brochure informative et quelques-uns seulement ont donné une information complète dans les périodiques destinés à leurs membres.

Il est évident, ce qui ne surprend pas, de constater que les assureurs fournissent certes des informations partielles sur l'assurance-maladie, mais que ces informations ne sont pas neutres et ne contribuent pas à la transparence du marché.

Les **médias** sont une source importante d'informations générales. On a étudié ce qui a été dit ou écrit sur le sujet "Assurance-maladie, caisses-maladie" durant la période allant de juillet 1999 à juin 2000 à la télévision, à la radio et dans 5 quotidiens suprarégionaux et 3 régionaux de même que dans 2 bimensuels de consommateurs. Les questions portaient sur les sujets abordés dans le cadre de l'assurance-maladie, leur fréquence, leur forme et leur mode de présentation. Les constatations suivantes ont été faites pour les 478 articles examinés dans la **presse écrite**:

- La majorité des lecteurs de journaux reçoit une information actualisée en automne sur les primes dans l'assurance-maladie obligatoire. On y signale généralement le libre passage dans le cadre de l'assurance obligatoire et la

possibilité d'abaisser le montant des primes en choisissant une franchise plus élevée. On trouve également des informations concernant la réduction de primes dans les quotidiens au moins deux fois par an. La diffusion d'informations dans le domaine des prestations de l'assurance obligatoire est en revanche lacunaire ou très sélective.

- Les articles sur les prestations, les primes ou les possibilités de résiliation dans les assurances complémentaires sont rares. Quant à l'importance des assurances complémentaires comme appoints à l'assurance obligatoire, ce sujet n'est débattu que tout à fait exceptionnellement.
- L'information sur les HMO et les modèles d'assurance du médecin de premier recours est déficitaire aussi. La plupart des journaux n'en parlent presque jamais sauf à la rigueur pour évoquer le cas du retrait partiel d'un assureur.
- Enfin, un seul journal mentionne les organisations de patients.

L'étude détaillée fait apparaître de nettes différences entre les journaux: l'importance des informations pouvant être utilisées par les assurés est par exemple très variable. Il est frappant de constater que la presse écrite est en Suisse romande plus réservée sur le sujet que celle de Suisse alémanique.

La radio et la télévision ne font pas beaucoup d'émissions sur l'assurance-maladie et ils se penchent plutôt sur les questions de politique de la santé et sur les cas conflictuels que sur l'information aux consommateurs.

Les fournisseurs de prestations sont aussi une source d'informations pour les assurés. Les médecins, les pharmaciens, le personnel des hôpitaux et celui des organisations d'aide et de soins à domicile (Spitex) sont confrontés aux questions des assurés sur l'assurance-maladie. Ils se perçoivent comme des interlocuteurs compétents dans leur propre domaine. Les hôpitaux jugent la situation plutôt critique puisqu'il y va de la prise en charge de coûts considérables. Selon eux, les assurés ne connaissent souvent pas leurs conditions d'assurance et vu la complexité croissante, il n'est souvent pas possible d'éclaircir la situation en temps voulu.

Niveau d'information et besoins des assurés

Du point de vue subjectif, les assurés pensent qu'ils sont moyennement informés sur l'assurance-maladie. Il semble qu'ils le soient davantage sur les prestations de l'assurance obligatoire. Par ailleurs, la majorité des assurés connaît bien les principes de base de la LAMal importants pour eux: le libre passage, les primes indépendantes de l'âge, les possibilités de résiliation, la possibilité de choisir des caisses différentes pour l'assurance obligatoire et les assurances complémentaires. Ils connaissent aussi plutôt bien les diverses possibilités d'assurance dans l'assurance obligatoire

ainsi que le système de réduction des primes. Les sources d'information citées sont en premier lieu les caisses-maladie et à la seconde place, loin derrière, les médias. Par contre, les médias viennent en tête pour ce qui est des informations concernant les caisses-maladie. Quant à savoir si les assurés souhaitent une meilleure information, les réponses ressortissant de diverses enquêtes sont contradictoires. La part des personnes souhaitant une meilleure information varie entre un tiers et deux tiers selon la formulation plus ou moins précise de la question. On demande tout d'abord des informations en provenance d'organes neutres. Les jeunes et les personnes âgées sont dans l'ensemble les plus mal informés. Il est frappant de constater qu'en Suisse romande et italien, le niveau d'information est moins bon.

Les organes de conseils (ombudsmann de l'assurance-maladie sociale, organisations de patients) étaient submergés de questions en 1998 (année de référence de l'évaluation la plus récente). C'est un signe d'insécurité croissante des assurés. On peut regrouper les sujets de préoccupation en trois blocs: les prestations prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire et celles couvertes par les assurances complémentaires, la conclusion ou le changement d'assurance et les primes. Un fil rouge s'en dégage: le manque de transparence concernant la prise en charge des prestations par l'assurance-maladie obligatoire et par les assurances complémentaires ainsi que le calcul des primes des assurances complémentaires.

Les assurés sont plutôt réservés quand il s'agit de répondre aux questions concernant leur propre caisse-maladie. La grande confiance qu'ils placent dans celle-ci est remarquable. En effet, depuis l'entrée en vigueur de la LAMal à peine 4 % seulement des assurés ont changé de caisse dans l'assurance obligatoire et au maximum 9 % envisagent d'en changer dans un proche avenir. Le changement de caisse est l'affaire des jeunes, très rares sont les personnes de plus de 50 ans qui le font. Le passage à une autre forme d'assurance, surtout celle d'une franchise plus élevée, est une démarche un peu plus fréquente, quoique qu'elle reste le fait d'une minorité. On note aussi que presque tous les ménages ont le même assureur pour l'assurance complémentaire et pour l'assurance obligatoire. Vu cette relation entre assureur et assuré fortement teintée d'immobilisme, il ne faut pas s'attendre non plus à ce que les assurés se mettent activement à la recherche d'informations. Il est en outre important de noter que le montant des primes n'est qu'un facteur parmi d'autres qui influence le comportement du ménage. En effet, les aspects liés aux services, comme la rapidité de paiement, une bonne information et des renseignements fiables ainsi que l'amabilité du personnel jouent aussi un rôle considérable. Enfin il ne faut pas oublier non plus que l'on ne s'habitue pas progressivement à comparer les caisses entre elles et à en changer.

Lacunes et recommandations

On distingue trois niveaux dans l'examen du rapport entre l'offre et la demande d'informations:

4. Les informations sur la structure ou le système d'assurance: ces informations permettent surtout aux assurés de prendre conscience de leur rôle et de pouvoir l'assumer. En font partie les connaissances de base sur l'étendue de l'assurance obligatoire, le libre passage, le montant des primes indépendamment de l'âge et du sexe, les formes alternatives d'assurance et la réduction de primes.
5. Les informations ponctuelles orientées sur l'action: elles permettent aux assurés de prendre une décision en connaissance de cause. En font partie les informations concernant les primes et le rabais actuels, les offres de modèles alternatifs, les délais de résiliation et, s'agissant de la manière de procéder, le droit potentiel aux réductions de primes, la qualité de différents assureurs, les coûts et l'utilité des assurances complémentaires.
6. Les informations relatives aux cas particuliers: il ne s'agit pas en l'occurrence d'informations d'ordre général, mais de questions qui se posent dans des cas concrets de réalisation du risque assuré.

On ne décèle pas d'importantes lacunes dans les **informations sur la structure et le système**. La majorité des assurés a des connaissances de base et la communication d'informations est relativement bonne. Il faudrait néanmoins refaire une information à tous les ménages sur les nouveautés résultant de la r la LAMaI.

Les informations ponctuelles orientées sur l'action sont majoritairement disponibles pour ce qui touche à l'assurance "ordinaire" (mais insuffisantes sur les modèles alternatifs); il n'en demeure pas moins qu'elles doivent être activement recherchées. Des aperçus concernant les primes et des conseils aux assurés devraient être plus facilement accessibles, p. ex. sous forme de suppléments de quotidiens. On ne peut attendre des assureurs qu'ils fournissent des informations objectives et qui permettent la comparaison entre eux; en revanche, ils doivent mentionner les délais de résiliation dans toute les informations concernant les primes. Par ailleurs, ces délais devraient être prolongés. Des informations concernant la qualité des assureurs font presque totalement défaut, elles seraient pourtant importantes car pour les assurés, le facteur coût de la prime n'est pas l'unique paramètre considéré. On devrait donner la possibilité aux organisations de consommateurs de renforcer leur activité dans ce domaine. Le manque de transparence règne dans tout le secteur des assurances complémentaires où les informations sont quasiment nulles. Il serait judicieux que la Confédération et les organisations de consommateurs informent surtout les assurés sur la signification des offres d'assurance, le rôle des primes et les principes qui régissent la formation de celles-ci.

L'obtention d'**informations (neutres) dans le contexte de la réalisation du risque assuré**, cas particulier, impliquerait que les capacités des organes de consultation et conseils soient augmentées et que le public soit mieux informé de leurs activités. Les possibilités de s'informer ne sont pas suffisamment connues. Il faut que l'OFAS

réfléchisse à la création d'un organe spécialisé dans la communication avec les assurés qui serait chargé de réceptionner les demandes recueillies par les organes de consultation et d'y répondre.

Riassunto

La legge sull'assicurazione malattie (LAMal) attribuisce agli assicurati un ruolo attivo nell'ambito del mercato della salute. Grazie alle condizioni quadro fissate nella LAMal, essi possono scegliere liberamente tra le casse malati e le diverse possibilità di protezione assicurativa. Un comportamento sovrano sul mercato degli assicurati presuppone tuttavia un'informazione sufficiente.

Il progetto si fonda principalmente sul **comportamento dei principali operatori e istituzioni nella ricerca dell'informazione** che agiscono nell'ambito della salute pubblica: assicuratori, fornitori di prestazioni, Cantoni e Confederazione. Pur non essendo né operatori né istituzioni che agiscono nell'ambito della LAMal, anche i **media** svolgono un ruolo importante nell'informazione gli assicurati. Essi rappresentano il loro „primo interlocutore“ per le questioni di politica sanitaria. Per questo motivo si deve tener conto anche del loro comportamento nella ricerca dell'informazione.

Dal lato dei beneficiari, ossia degli **assicurati**, vengono trattate la ricezione e la valutazione delle informazioni nonché dei loro effetti sul comportamento. Tutte le informazioni dovrebbero perseguire l'obiettivo di porre gli assicurati e i pazienti nel ruolo di operatori del mercato e quindi devono orientarsi sulle abitudini e sui bisogni degli assicurati.

Il lavoro è stato effettuato basandosi su un insieme di inchieste specifiche, colloqui tra specialisti e valutazioni di studi già esistenti. Le inchieste specifiche sono state eseguite essenzialmente in base a informazioni dei „trasmettitori“: valutazioni del materiale delle casse malati inviato agli assicurati, analisi dei media, sondaggi e colloqui tra specialisti presso fornitori di prestazioni e uffici statali. Per quanto riguarda gli assicurati si è potuto ricorrere a inchieste già esistenti o in corso, in particolare all'inchiesta „ripercussioni della LAMal sugli assicurati“; nell'ambito della concezione di questa inchiesta sono state presentate le richieste della presente perizia.

In seguito si darà dapprima una panoramica sulle attività informative degli informatori nonché su grado, comportamento e bisogno d'informazione degli assicurati. Infine, nell'ambito del confronto verranno identificate le lacune fondamentali e espresse raccomandazioni.

Informatori

Nell'autunno 1997 la **Confederazione** ha inviato a tutte le economie domestiche della Svizzera, quale **informazione per il grande pubblico**, l'opuscolo „L'assicurazione malattie obbligatoria in due parole“. Una valutazione della ricezione

di tale opuscolo ha mostrato che quasi la metà delle economie domestiche si ricordava di averlo ricevuto, ma che solo il 20% l'ha consultato. Tutti gli anni, dopo aver fissato i premi, la Confederazione pubblica una panoramica completa dei premi con consigli agli assicurati sulle modalità di disdetta e sulle possibilità di risparmio sui premi. Le panoramiche possono essere richieste gratuitamente alla Confederazione e anche consultate su internet. La Confederazione si rivolge indirettamente a un vasto pubblico mediante comunicati stampa; nell'arco di tempo che va da gennaio 1999 a giugno 2000, 18 comunicati concernevano gli interessi degli assicurati. I periodici pubblicati dalla Confederazione, che si riferiscono (anche) all'assicurazione malattie, sono indirizzati a un **pubblico di specialisti**. Su internet, oltre alle informazioni summenzionate, l'utente interessato trova panoramiche sui singoli rami delle assicurazioni sociali, la possibilità di confrontare i premi e alla voce FAQ (Frequently asked Questions) risposte a una serie di domande poste di frequente in relazione all'assicurazione malattie. Infine esiste anche l'informazione individuale per iscritto o per telefono; durante tutto l'anno vengono poste domande, tuttavia non esiste un ufficio informazioni specializzato per gli assicurati.

Nell'ambito della riduzione dei premi i **Cantoni** hanno un'enorme importanza quali informatori poiché a loro spetta l'esecuzione del sovvenzionamento dei premi. Le attività informative devono tuttavia essere interpretate sullo sfondo del sistema scelto della determinazione degli aventi diritto visto che da ciò dipende molto il bisogno d'informazione degli assicurati. Solo una minoranza dei Cantoni (5 nel 2000) ha applicato un sistema di richiesta vero e proprio, questo significa che i potenziali beneficiari devono farsi avanti personalmente. La maggior parte dei Cantoni mette in atto un sistema misto in cui gli aventi diritto vengono informati e devono quindi inoltrare una richiesta. Invece, un'altra minoranza pratica il sistema della determinazione automatica in base ai dati fiscali senza che gli aventi diritto debbano inoltrare una richiesta. Le attività informative dei Cantoni sono molto diverse; quelli con un sistema di richiesta vero e proprio svolgono più attività di quelli con un sistema informativo.

I Cantoni devono anche fare in modo che i loro cittadini adempino l'obbligo assicurativo. Al riguardo il pubblico non viene quasi informato: di solito vengono contattati solo i nuovi arrivati.

Per rilevare le informazioni fornite dagli **assicuratori**, per il 1999 sono stati analizzati le riviste indirizzate ai membri o pubblicazioni simili e altri documenti per gli assicurati distribuiti dagli assicuratori principali nonché campioni presi a caso tra gli assicurati d'importanza media o esigua. La maggior parte degli assicurati riceve più volte all'anno una rivista per i membri della cassa malati, solo alcuni assicuratori d'importanza minore rinunciano a questo organo. La maggior parte degli assicurati riceve anche panoramiche sulle prestazioni della propria cassa malati. L'analisi del contenuto delle riviste per i membri si riferisce solo a informazioni sull'assicurazione malattie; gli articoli, predominanti nella maggior parte delle riviste, il cui contenuto

riguarda temi sull'educazione sanitaria o il tempo libero non sono stati presi in considerazione. Il contenuto può essere riassunto come segue:

- in relazione all'**assicurazione di base** vengono trattati soprattutto i premi, in particolare sotto forma di commenti all'evoluzione dei premi. Confronti tra i premi e panoramiche dei premi non vengono effettuati quasi mai. Relativamente spesso si informa sui modelli assicurativi con scelta limitata dei fornitori di prestazioni (offerta dalla cassa stessa) o anche sulle possibilità di risparmio scegliendo una franchigia più elevata. Anche l'offerta di prestazioni nell'assicurazione di base è un tema ricorrente, soprattutto in relazione al cambiamento nell'ambito della medicina complementare. Assai raramente si cita il libero passaggio. Solo una minoranza di nuove polizze assicurative o le relative lettere d'accompagnamento contengono indicazioni sulle **modalità di disdetta**;
- spesso si informa anche sui pacchetti di prestazioni nell'**assicurazione complementare**, ciò che non sorprende visto che si tratta di pubblicità a favore di questi prodotti. Non vi sono quasi del tutto panoramiche dei costi o dei premi per questi prodotti; anche i principi della configurazione dei premi dipendente dai rischi vengono esposti solo in casi eccezionali. Allo stesso modo il tema relativo alla disdetta viene trattato poco;
- a temi d'ordine politico-sanitario viene attribuito uno spazio sempre maggiore: revisione della LAMal, controversie tra le parti, finanziamento ospedaliero, aumenti dei costi della sanità, nuove tariffe mediche ecc.;
- i diritti dei pazienti e la protezione assicurativa sono trattati occasionalmente; solo in tre dei 228 articoli valutati, però, si trova un'indicazione relativa all'ombudsmann delle casse malati sociali;
- solo pochi assicuratori hanno inviato un opuscolo informativo riguardante l'introduzione della LAMal e solo alcuni hanno fornito informazioni approfondite nelle loro riviste per i membri.

E' evidente e per niente sorprendente che gli assicuratori trasmettano informazioni parziali sull'assicurazione malattie, ma non creino una trasparenza di mercato neutrale.

Quali fonti di informazioni generali i **media** hanno una grande importanza. È stato analizzato il resoconto sul tema assicurazione malattie e casse malati su un arco di tempo compreso tra luglio 1999 e giugno 2000 per radio e televisioni pubbliche nonché 5 quotidiani sovragionali, 3 regionali e 2 riviste per consumatori pubblicate ogni quindici giorni. La formulazione della domanda era: quali argomenti nel quadro dell'assicurazione malattie vengono segnalati con quale frequenza, in quale forma e con quale tenore. I 478 articoli analizzati dai **media** permettono di rilevare quanto segue:

- il numero preponderante di lettori di giornali dispone di un'offerta di informazione attuale: in autunno si informa sui premi dell'assicurazione di base obbligatoria; di regola con i nuovi premi viene menzionato anche il libero passaggio nel quadro dell'assicurazione di base e la possibilità di ottenere una riduzione dell'importo del premio mediante la scelta di una franchigia più elevata. Almeno due volte all'anno nei quotidiani appaiono anche informazioni inerenti la riduzione dei premi. La diffusione di informazioni che si riferiscono all'ambito delle prestazioni nell'assicurazione di base presenta invece lacune ed è molto selettiva;
- solo raramente si informa su prestazioni, premi e modalità di disdetta nell'assicurazione complementare e solo in rarissime occasioni si discute dell'importanza delle assicurazioni complementari quale complemento dell'assicurazione di base;
- anche per quanto riguarda le informazioni sugli HMO e il modello di assicurazione del medico di famiglia la situazione non è soddisfacente. La maggior parte dei giornali praticamente non ne parla o ha eventualmente annunciato il ritiro parziale di un assicuratore;
- infine, solo in un giornale sono state pubblicate indicazioni riguardanti associazioni per i pazienti.

In particolare tra i giornali vi sono notevoli differenze: la portata delle informazioni rilevanti che possono influire sul modo di agire degli assicurati, per esempio, può variare considerevolmente. È sorprendente che in questo ambito i media della Svizzera romanda siano più riservati di quelli della Svizzera tedesca.

Alla radio e in televisione il resoconto sull'argomento dell'assicurazione malattie non occupa dal punto di vista quantitativo un posto molto importante e, dal punto di vista del contenuto, riguarda soprattutto le questioni di politica sanitaria e la presentazione di casi conflittuali piuttosto che informazioni per i consumatori.

Rientrano nelle fonti di informazioni per gli assicurati anche i **fornitori di prestazioni**. Sia i medici con uno studio, che i farmacisti, gli ospedali e lo Spitex sono confrontati con le domande degli assicurati sull'assicurazione malattie. Nei relativi settori si considerano anche interlocutori competenti. La situazione degli ospedali è valutata in modo piuttosto critico visto che si tratta di assumere costi considerevoli. Gli assicurati non verrebbero informati sulle loro condizioni di assicurazione e considerata la complessità crescente spesso non otterrebbero chiarimenti per tempo.

Grado e bisogno di informazione degli assicurati

Soggettivamente gli assicurati si ritengono mediamente informati sulla LAMal e leggermente meglio sulle prestazioni nell'assicurazione di base. Comunque, la

maggior parte di essi conosce i principi di base della LAMal che secondo loro sono importanti: libero passaggio, premi indipendenti dall'età, modalità di disdetta, possibilità di scelta tra varie casse per stipulare l'assicurazione di base e l'assicurazione complementare. Vi è anche una certa conoscenza delle diverse possibilità di assicurazione nell'assicurazione di base nonché delle possibilità di sovvenzionamento dei premi. Quali fonti di informazioni sull'assicurazione di base in primo luogo vengono menzionate le casse malati, in secondo luogo, ma con distacco, i media. Questi ultimi però sono i principali fornitori di informazioni inerenti le casse malati. Alla domanda se ci sia un maggiore bisogno di informazione, i risultati di diverse inchieste sono contraddittori: a seconda della formulazione della domanda la parte di chi desidera maggiori informazioni si situa tra un terzo e due terzi. Le informazioni maggiormente richieste sono quelle provenienti da uffici neutrali. Gli assicurati più giovani e quelli più vecchi sono complessivamente i meno informati; nella Svizzera francese e italiana, inoltre, si nota un livello di informazione nettamente inferiore.

Nel 1998 (anno su cui si è basata l'inchiesta più recente) i centri di consulenza (ombudsmann delle casse malati sociali, associazioni di pazienti e assicurati) hanno registrato un record di richieste di informazioni. Questo sta a indicare che l'insicurezza tra gli assicurati è aumentata. Prestazioni delle assicurazioni di base e complementare, questioni inerenti la conclusione o il cambiamento di un'assicurazione e inerenti i premi costituiscono i temi principali. Si può trarre l'ovvia conclusione che l'assunzione delle prestazioni nelle assicurazioni di base e complementare e la configurazione dei premi nell'assicurazione complementare è lungi dall'essere trasparente.

Gli assicurati sono alquanto reticenti nell'affrontare le questioni inerenti la loro assicurazione malattie. Ne è caratteristica l'alta fedeltà alle casse malati; dall'entrata in vigore della LAMal solo uno scarso 4% ha cambiato cassa malati per quanto riguarda l'assicurazione di base e al massimo il 9% prende in considerazione la possibilità di cambiarla in un prossimo futuro. Sono i giovani ad usufruire maggiormente di questa possibilità, mentre gli assicurati d'età superiore ai 50 anni vi ricorrono molto raramente. Più spesso, ma sempre per quanto riguarda una minoranza, si è ricorso al cambiamento della forma assicurativa ponendo in primo piano la scelta di una franchigia più elevata. E' caratteristico anche il fatto che pressoché tutte le economie domestiche aventi un'assicurazione complementare la mantengono presso lo stesso assicuratore con cui hanno concluso anche l'assicurazione di base. In questa relazione tra assicurati e assicuratori, fortemente caratterizzata dall'immobilità, non ci si può certo aspettare che gli assicurati si tengano informati in modo attivo e intenso. Inoltre è importante che l'importo del premio costituisca solo un fattore fra altri per il comportamento delle economie domestiche: servizi quali l'effettuazione rapida del versamento, informazioni e consulenza adeguate nonché personale cortese hanno un ruolo rilevante. Si deve infine menzionare che una prassi nell'ambito del confronto e del cambiamento della cassa malati si instaurerà solo gradualmente.

Lacune e raccomandazioni

Nel raffronto tra offerta e bisogno di informazione si distinguono tre livelli d'informazione.

1. Informazioni su struttura o sistema: queste consentono agli assicurati di riconoscere, innanzitutto, e di tutelare in linea di principio il loro ruolo. Vi rientrano le conoscenze di base riguardo a prestazioni dell'assicurazione di base, il libero passaggio, la configurazione dei premi indipendente dall'età e dal sesso, le forme assicurative e la riduzione dei premi.
2. Informazioni attuali che possono influire sul modo di agire: queste permettono agli assicurati di fare delle scelte in cognizione di causa. Vi rientrano le informazioni inerenti i premi e le riduzioni attuali, le offerte dei modelli alternativi, i termini e la procedura di disdetta, il diritto potenziale a sussidi sui premi, la qualità dei vari assicuratori, costi e vantaggi delle assicurazioni complementari.
3. Informazioni in relazione a eventi assicurati: non si tratta di informazioni generali, bensì di questioni sollevate in caso di eventi assicurati o di infortuni.

Riguardo alle **informazioni su struttura e sistema** non risulta esservi una grande lacuna. La maggioranza degli assicurati possiede conoscenze di base e l'offerta d'informazione è relativamente ampia. Tuttavia, le innovazioni apportate dalla revisione della LAMal dovrebbero essere nuovamente comunicate a tutti i fuochi.

La maggior parte delle **informazioni attuali che influiscono sul modo di agire** inerenti la LAMal sono disponibili (mentre è inaccessibile l'informazione concernente i modelli alternativi), deve però essere chiesta attivamente. Le panoramiche sui premi e i consigli agli assicurati dovrebbero essere più accessibili, p. es. allegandoli ai quotidiani. Se dagli assicuratori non ci si può aspettare che forniscano informazioni obiettive paragonabili, si può però pretendere che alleghino a ogni comunicazione sui premi i termini di disdetta. Questi dovrebbero essere prorogati. Informazioni sulla qualità degli assicuratori quasi non ne esistono, ma sarebbero molto importanti, dato che per gli assicurati il prezzo non è l'unico parametro determinante. Le associazioni dei consumatori dovrebbero essere in grado di essere più attive in questo settore. L'intero ambito delle assicurazioni complementari non è assolutamente trasparente e l'offerta di informazione è quasi nulla. Considerata l'importanza delle singole offerte di assicurazione, dei premi e dei principi della configurazione dei premi, sarebbe realmente necessario che Confederazione e associazioni dei consumatori facciano chiarezza.

Per le **informazioni (neutrali) in relazione a eventi assicurati** le capacità dei centri di consulenza dovrebbero essere aumentate e nell'ambito della loro attività si dovrebbero incrementare le relazioni pubbliche. L'informazione sulle diverse possibilità di consulenza non è sufficiente. L'UFAS dovrebbe pensare ad istituire un

servizio specializzato nella comunicazione con gli assicurati per trattare tutte le domande poste.

Summary

The current law on health insurance allots an active role to the people insured within the health market. Thanks to the framework provided by this law they can choose the company they wish to be insured with as well as various different types of cover. They can only be independent players in the market, however, if all the necessary information is made available to them.

The present project is focused on the one hand on the **behaviour of the main players** in the health sector – insurance companies, service providers, cantons and the Confederation – **in relation to information**. Although they are not directly active in the sphere of the law on health insurance, the **media** play an important part in keeping the public informed. They are the first contact point for the public with regard to questions of health policy. Their behaviour in relation to information is therefore also included in this study.

On the receiving side, i.e. among those taking out insurance, we have examined how information is received and processed and the influence of that information on behaviour. The aim of all information provided is to enable the public/patients to play an independent role in the market and it should therefore be orientated towards the habits and needs of those insured.

This question was approached using a mixture of first-hand investigation and discussions with specialists in the field, and by evaluating the results of past studies. The first-hand investigation concerned mainly information sent to the public: evaluation of information provided by the insurance companies, analysis of media reports, surveys and discussions with service providers and public departments. As far as concerns the public's point of view, existing or concurrent investigations were used, in particular the survey of "The effects of the new law on health insurance on those insured". The requirements of the present study were taken into account when this survey was planned.

The first part of the study is an overview of the provision of information, as well as awareness, behaviour in relation to information and the requirements of those insured. The major shortcomings of the system are then examined and recommendations are made.

Information providers

In autumn 1997 the Confederation distributed to every household in Switzerland a leaflet entitled "A brief explanation of compulsory health insurance" by way of **information for the general public**. A survey of how this information was received showed that barely 50% of the households questioned could remember the contents

of the leaflet and only 20% had in fact read it. Every year, after the new rates have been fixed, the Confederation publishes a comprehensive overview of premiums plus some tips for those insured concerning the possibility of changing insurance companies and obtaining lower premiums. These reviews are available on request, free of charge, from the Confederation and can also be found on the Internet. The federal authorities also provide information for the general public indirectly through press releases; in the period from January 1999 to June 2000 a total of 18 such press releases dealt with the requirements of those taking out health insurance. The confederation's periodical publications which (also) refer to health insurance are aimed at a **particular section of the public**. Apart from the information mentioned above, anyone interested in this field can consult the Internet to find reviews concerning particular branches of social security, offers for comparing premiums and under the title FAQ (frequently asked questions) answers to a whole series of common questions concerning health insurance. Finally, the public can also ask for information in writing or by telephone, but it must be noted that there is no special information office for those insured.

The importance of the role played by the **cantons** as providers of information is mainly in connection with premium reductions, since they are obliged to subsidise health insurance premiums. Their activities with regard to providing information should be considered in the context of the system chosen for locating those who are entitled to receive a contribution towards their premiums, since their need for information is very much dependent on that system. Only a minority of cantons (5 in the year 2000) operate a system based purely on applications for contributions, i.e. potential beneficiaries must take the initiative to apply for a subsidy. Most cantons have introduced a mixed system whereby those eligible for a contribution are informed accordingly and must then submit an application. In a small number of cantons those eligible for a contribution are automatically identified from tax data and do not need to make an application. The amount of information provided varies considerably from one canton to another, those operating a system of applications only distributing more material than those that operate a system of automatic identification.

It is also the duty of the cantonal authorities to ensure that the people living within their territory are indeed covered by basic health insurance. No cantons really carry out any public campaigns in this respect but new residents are informed that basic health insurance is compulsory.

In order to gain an overview of the information provided by the **insurance companies**, an evaluation was made of company magazines and similar publications as well as other documentation sent to those insured by all the large health insurance companies plus random samples of information published by medium-sized and small companies in 1999. Most of those insured receive a company magazine from their health insurance company several times a year, only a few smaller companies

not providing this service. A majority of those insured also receive summaries of the services provided by their own health insurance company. The analysis that was carried out of the contents of the company magazines looked only at information concerning health insurance; articles about health education and recreation, which dominate these magazines, were not taken into consideration. The contents can be summarised as follows:

- As far as concerns basic insurance, premiums were the most frequent topic, in particular explanations of rising premiums. A comparison or an overview of premiums was virtually never included. Articles about insurance packages (offered by the respective company itself), including a limited choice of service providers as well as how to save money by choosing a higher excess, were relatively frequent. Benefit packages within basic insurance cover are also often dealt with, in particular in connection with changes in relation to complementary medicine. Switching from one company to another is covered very rarely. New insurance policies and the accompanying documentation include information about **cancelling an insurance policy** in only a minority of cases.
- Another frequently covered subject is insurance packages in the **complementary insurance** sector, which is not surprising since such texts constitute a type of advertising. Overviews of cost and premiums for such packages are almost never to be found, and the principles of risk-dependent premium concepts are presented only in exceptional cases. Policy cancellation is also a topic the magazines avoid.
- Issues of health policy cover a wide range of subjects: revision of the law on health insurance, the debate between different parties, hospital funding, rising costs in the health service, the new tariffs for doctors, etc.
- There are occasional articles about patients' rights and protection of those insured. In only 3 of the 228 articles examined, however, was there a reference to a health insurance ombudsman.
- Only a few insurance companies sent out an information leaflet in connection with the introduction of the new law on health insurance and only a few provided comprehensive information in their company magazines.

It is evident, and not at all surprising, that the insurance companies provide a limited amount of information about health insurance but do not help the public to gain a clear, neutral picture of the market.

The **media** play a significant role as a general source of information. Reports concerning health insurance/health insurance companies for the period July 1999 to June 2000 produced by public television and radio as well as 5 quasi national and 3 regional daily newspapers and 2 fortnightly consumer magazines were evaluated.

The questions asked were: which topics concerning health insurance were covered, how frequently were they dealt with, in what form and with what tenor. The following conclusions were drawn with regard to the 478 printed articles examined:

- The vast majority of newspaper readers are offered a range of up-to-date information: articles which appeared in autumn covered premiums for compulsory basic insurance. As a rule, as well as dealing with the new premiums, the articles also mentioned switching in relation to basic insurance and the possibility of reducing one's premium by choosing a higher excess. Information about subsidised premiums is also to be found in daily newspapers at least twice a year. The transmission of information about services provided under basic insurance, however, is poor or at least highly selective.
- It is rare that the issues of services, premiums or the possibility of cancelling an insurance policy are dealt with in relation to complementary insurance. Discussion regarding the significance of the "complementary" aspect of complementary insurance in relation to basic insurance is only attempted in very rare cases.
- Information about HMO and family doctor insurance is also not among the favourite subjects covered. Most newspapers virtually never include articles about this area of health insurance, or at most announce that an insurance company is ceasing to offer a full range of cover in this respect.
- Finally, only one publication mentioned patient organisations.

From the point of view of detailed aspects there are clear differences between the various newspapers: the importance allotted to information which may influence the behaviour of those insured, for example, varies considerably. It is noticeable that the press in the French-speaking part of Switzerland are more reticent in this respect than that in German-speaking areas.

The number of radio and television reports on the subject of health insurance is small and they tend to cover questions of health policy and disputes rather than providing information for consumers.

Service providers are also among the sources of information for those insured. Doctors, chemists, hospitals and the home-help service for the bed-ridden or handicapped (Spitex) are often asked questions concerning health insurance, and they consider themselves in a position to provide answers within their own field. The situation in which hospitals find themselves can be seen as more critical since here it is a question of who is going to pay the not inconsiderable bills. Often the patients do not have a clear idea of what their insurance covers and, in view of the increasing complexity of health insurance, they cannot be given a clear explanation within the time available.

Awareness and information requirements among those insured

Subjectively, those insured feel that they are reasonably well informed about the new law on health insurance; the situation is slightly better as regards the services covered by basic insurance. Nevertheless, the majority of those insured are familiar with the basic principles of the law which concern them: the possibility of switching insurance companies, premiums not based on age, the possibility of cancelling a policy and the option of taking out basic and complementary insurance with two different companies. The level of awareness concerning the different cover packages available for basic insurance is satisfactory, as is awareness of the possibility of subsidies for health insurance. The survey revealed that the main source of information about basic health insurance is the insurance companies themselves, followed at a distance by the media. The latter is the most important source of information concerning health insurance companies, however. In answer to the question of whether more information would be desirable, the results of several surveys are contradictory: depending on how exactly the question is worded, the proportion of people who would like additional information varies from one to two thirds. What is required is principally information through neutral bodies. On the whole, the young and the old are the least well informed, a lower level of awareness in the French- and Italian-speaking part of Switzerland being noticeable.

In 1998 (the year for which the most recent figures are available) the various advisory offices (health insurance ombudsman and patients' and insurance consumers' organisations) dealt with a record number of enquiries, a phenomenon which implies that those insured are somewhat disconcerted. Services covered by basic and complementary insurance, cancelling or changing insurance and premiums in general were the main subjects of concern. An aspect repeatedly revealed is the lack of clarity concerning what is covered by basic and complementary insurance, and how the premium for complementary insurance is calculated.

Those insured are rather reticent about dealing with questions concerning health insurance. There is a marked degree of loyalty to one insurance company; since the new law came into force a mere 4% of people have gone to a new company for basic insurance and a maximum of 9% are considering changing companies in the near future. Changing companies is more frequent among the younger generation, those over 50 very rarely switching to a new company. More frequently, although still in a minority of cases, people change the type of cover they have, the most common change being to a higher excess. It is also noticeable that almost all households that have complementary insurance use the same company as for their basic insurance. In view of this inflexible relationship between the health insurance companies and those insured, it cannot be expected that the latter actively and keenly seek information. Furthermore, it is important that the premiums charged are only one factor influencing the behaviour of any household with regard to health insurance: aspects of the service provided, such as prompt payment, good information and

friendly staff, also play a major role. Finally it should be noted that regular comparison and change of health insurance company will only gradually become common.

Shortcomings and recommendations

Three levels of information have been considered in order to compare the information available and that required:

1. Information concerning structure or the system: this information enables those insured to recognise their role and to identify the principles it involves. It includes general knowledge concerning the scope of basic insurance, switching companies, in what way premiums are dependent on age and gender, different types of insurance and subsidised premiums.
2. Up-to-date information concerning the choice of insurance package: this information enables the person taking out a policy to make an informed choice and includes details about current rates and discounts, the range of alternative models, periods of notice and how to cancel a policy, eligibility for subsidised premiums, the quality of the various insurance companies and the cost and benefits of complementary insurance.
3. Information concerning insurance claims: this is not general information but concerns questions which arise in concrete cases where claims are made.

As far as concerns **information on structure or the system** there appear to be no major shortcomings. Most of those insured have a basic knowledge and the information available is relatively good. Nevertheless, each household should be informed of any changes made when the law is revised.

With regard to the law on health insurance, all the necessary **up-to-date information concerning the choice of an insurance package** is readily available (information about alternative models is difficult to come by, however), although an active effort must be made to obtain it. Premium overviews and tips for those taking out insurance should be made more easily available, for example in the form of newspaper supplements. One cannot expect the insurance companies to provide objective information including comparisons, although they should mention the period of notice on the form indicating the premium. Periods of notice should be increased. There is almost no information available about the quality of the various insurance companies, which is important to those taking out insurance since cost is not the only parameter taken into consideration. Consumer organisations should be given the possibility of playing a more active role in this area. There is a lack of clarity throughout the field of complementary insurance and virtually no information is available. Explanations need to be provided – partly by the Confederation and partly by consumer organisations –

in particular with regard to the implications of individual packages, premiums and the principles behind how premiums are calculated.

In order to ensure the availability of **information concerning claims** the scope of the advisory services should be broadened and their activities should be advertised more widely. The present information available about such services is insufficient. The FOSI should consider the possibility of setting up a specialised office for dealing with those insured which would receive and handle all enquiries from the public.

1. Zielsetzung und Vorgehensweise

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) schreibt den Versicherten eine aktive Rolle auf dem Gesundheitsmarkt zu. Sie können, Dank der im KVG gesetzten Rahmenbedingungen, frei über die Wahl der Krankenkasse entscheiden und unter verschiedenen Möglichkeiten des Versicherungsschutzes wählen. Souveränes Marktverhalten der Versicherten setzt jedoch hinreichende Information voraus.

Im Zentrum des Projektes steht zum einen das Informationsverhalten der wichtigsten Akteure des Gesundheitswesens: Versicherer, Leistungserbringer, Kantone und Bund.

- **Versicherer** sind nach Art.16 KVG zur Information und Beratung verpflichtet. Inwiefern und für welche Personengruppen nehmen sie diese Aufgabe wahr?
- Der **Bund** hat die Obergerichtsinstanz und durch das BSV die Aufsicht über den Vollzug des Krankenversicherungsgesetzes. In diesem Rahmen gehört zu seinen Aufgaben, das Funktionieren zu überwachen bzw. sicherzustellen und damit auch Sorge zu tragen, dass die Versicherten die ihnen zugedachte Rolle wahrnehmen können. Wie nimmt der Bund diese Aufgabe wahr, wie kommuniziert er seine Entscheidungen und wie gelangen die Informationen an die Versicherten?
- Die **Kantone** sind zuständig für die Prämienverbilligungen. Zu fragen ist, wie sie dafür sorgen, dass die Prämienverbilligungen die AdressatInnen erreichen. Art.10 KVG verpflichtet sie auch für die Einhaltung des Obligatoriums durch Information der Bevölkerung zu sorgen.
- Die **LeistungserbringerInnen** haben zwar keine explizite gesetzliche Aufgabe zur Information über das KVG, müssen jedoch in der Lage sein, den PatientInnen in Fragen der Kostenübernahme durch die soziale Krankenversicherung kompetent Auskunft zu geben.

Obwohl keine Akteure im Rahmen des KVG, spielen die **Medien** doch eine wichtige Rolle in der Information der Versicherten. Sie sind die „erste Adresse“ für die Versicherten in Fragen der Gesundheitspolitik.¹ Deshalb ist auch ihr Informationsverhalten einzubeziehen.

Auf der Empfängerseite, bei den **Versicherten**, geht es um die Rezeption und Bewertung der Informationen und um deren Auswirkungen auf das Verhalten. Alle Informationen sollten den Zweck verfolgen, die Versicherten/PatientInnen in die Rolle

1 GfS Gesundheitsmonitor

souveräner MarktteilnehmerInnen zu versetzen und müssen sich daher an den Bedürfnissen, Gewohnheiten und Fähigkeiten der Versicherten orientieren. Zentrale Fragen sind:

- Wie informiert sind die Versicherten tatsächlich und wie schätzen sie ihr Informationsniveau ein?
- Welche Informationsbedürfnisse haben die Versicherten und wie verhalten sich diese zum Informationsbedarf (normative Seite) souveräner MarktteilnehmerInnen? Bei welchen Fragen liegt das Hauptinteresse der Versicherten (Prämien, Leistungen, Kundenfreundlichkeit)?
- Wie informieren sich die Versicherten? Welche Informationsquellen werden genutzt, welche Rolle spielen die Medien, welche das persönliche Umfeld? Gibt es Unterschiede im Informationsverhalten zwischen den sozialen Schichten?

Die Bearbeitung erfolgte in einem Mix aus eigenen Erhebungen, Fachgesprächen und der Auswertung vorhandener Studien. Eigene Erhebungen fanden im Wesentlichen statt bezüglich der „Sender“-Informationen: Auswertungen der an Versicherte adressierten Materialien der Krankenkassen, Medienanalyse, Befragungen und Fachgespräche bei LeistungserbringerInnen und staatlichen Stellen. Bezüglich der Versichertenseite wurde dagegen auf vorhandene bzw. parallel laufende Untersuchungen zurückgegriffen, insbesondere die Erhebung „Auswirkungen des KVG auf die Versicherten“; bei der Konzeption dieser Erhebung wurden die Anliegen des vorliegenden Gutachtens eingebracht.

2. Der Bund

Das **Bundesamt für Sozialversicherung** (BSV) ist für die Durchführung der sozialen Krankenversicherung zuständig. Es trifft Entscheidungen über den Leistungsumfang der obligatorischen Grundversicherung und genehmigt die Versicherungsprämien. Die Zulassung alternativer Versicherungsangebote fällt ebenfalls in seine Zuständigkeit. Um einen Überblick über die Informationsaktivitäten des Bundes zu bekommen wurde der Informationsdienst des Bundesamtes für Sozialversicherung um die Überlassung der einschlägigen Materialien gebeten. Neben den Pressemitteilungen wurden die vom BSV vertriebenen Broschüren, Periodika, Übersichten sowie das Informationsangebot im Internet ausgewertet.

Das **Bundesamt für Privatversicherung** (BPV) ist seit Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) zuständig für die Zusatzversicherungen. Es erfüllt dabei die folgenden Kernaufgaben:

- Bewilligung des Geschäftsbetriebs im Bereich der Privatversicherungen,
- die Prüfung und Genehmigung von Versicherungsprodukten in der Lebens- und Krankenversicherung,
- die Kontrolle der Jahresrechnungen der Versicherer.

Seitens des BPV wurde hieraus bisher kein expliziter Auftrag zur Information der Öffentlichkeit über den Bereich der Privatversicherungen abgeleitet. Aufgrund der ca. 700 Briefe, die jährlich allein zum Thema Krankenversicherung beim BPV eingehen, ist man allerdings gegenwärtig dabei, eine Stelle für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit einzurichten. Die Anfragen, bei denen es sich zum überwiegenden Teil um die Höhe von Versicherungsprämien dreht, hat man laut telefonischer Auskunft bisher entweder direkt beantwortet oder an das BSV weitergeleitet.

2.1 Pressemitteilungen

Im Jahr 1999 sowie im 1. Halbjahr 2000 wurden vom BSV insgesamt 33 Pressemitteilungen über das KVG herausgegeben. Davon betrafen 18 die Belange von Versicherten. Die Inhalte dieser Pressemitteilungen bezogen sich auf:

- die Vernehmlassung über die Aufhebung des Kontrahierungszwanges im ambulanten Bereich,
- Regelung der Prämienverbilligung für Personen in EU-Staaten,
- die Genehmigung der Prämien 2000,
- die Anpassung des Franchisesystems in der Grundversicherung,
- besondere Versichertengruppen (Asyl- und Schutzsuchende),
- Volksinitiativen zur Krankenversicherung,

-
- den Leistungskatalog (Medikamente, Vorsorge),
 - einen einzelnen Krankenversicherer (Visana),
 - Sicherung und Finanzierung der Leistungen bei Pflegebedürftigkeit (Spitex).

Weitere Pressemitteilungen enthielten Informationen zu den Themen:

- Kostendämpfung (Versorgungsplanung, Qualitätssicherung),
- Abgeltungsmodell für die Medikamentenabgabe,
- TarMed,
- Spitalfinanzierung,
- Wirkungsanalysen des KVG.

Es zeigt sich, dass einige der genannten Themen die Interessen aller Versicherten direkt betreffen: Die Genehmigung der Versicherungsprämien für das Jahr 2000, die Anpassung des Franchisesystems, die Sicherung und Finanzierung der Pflegebedürftigkeit im Rahmen des KVGs, die Entscheide über die Zulassung oder Ablehnung bestimmter Volksinitiativen und die Vernehmlassung über die Aufhebung des Kontrahierungszwanges haben umfassende Auswirkungen auf die Konzeption der sozialen Krankenversicherung.

Die Ausweitung der obligatorischen Grundversicherung und der individuellen Prämienverbilligung auf in der Schweiz arbeitende EU-AusländerInnen, die Aufnahme bzw. Ablehnung der Erstattungspflicht bestimmter Medikamente, der Rückzug des Krankenversicherers Visana aus der Grundversicherung in 8 Kantonen sowie die Krankenkassenwahl von Asyl- und Schutzsuchenden innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung betreffen hingegen nur ein bestimmtes Versicherungsklientel.

2.2 Periodika

Von den vom BSV herausgegebenen Periodika sind im Zusammenhang mit unserer Fragestellung drei von Bedeutung:

- **Soziale Sicherheit (CHSS)** erscheint seit 1993 sechsmal jährlich in einer Auflage von 6'400 deutschsprachigen und 2'600 französischsprachigen Exemplaren. Die Zeitschrift informiert über Neuerungen, Projekte und Entwicklungen in allen Sozialversicherungszweigen und den angrenzenden Gebieten.
- In **Rechtsprechung und Verwaltungspraxis der Kranken- und Unfallversicherung (RKUV)** werden 5- bis 6-mal pro Jahr die wichtigsten Entscheide des Eidgenössischen Versicherungsgerichts, des Bundesrates und des Bundesgerichts zur Krankenversicherung und Unfallversicherung publiziert. Die dreisprachige Auflage liegt insgesamt bei 1'900 Exemplaren.

-
- Die **Statistik über die Krankenversicherung** enthält einen umfassenden, zahlenmässigen Überblick über die vom Bund anerkannten Krankenversicherer sowie Statistiken zum Krankenversicherungsgesetz, z.B. über die individuelle Prämienverbilligung, die freiwillige Taggeldversicherung, Zusatzversicherungen, Versicherungsprämien oder den Risikoausgleich zwischen den Kassen. Sie erscheint in einer Auflage von 1'300 deutschsprachigen und 800 französischsprachigen Exemplaren.

Die genannten Periodika richten sich nicht unbedingt an die interessierte Öffentlichkeit. Sie sind vielmehr als eine Informationsquelle für Fachleute und Multiplikatoren konzipiert und in ihrem Informationsangebot entsprechend spezialisiert.

2.3 Broschüre

Informationen für die breite Öffentlichkeit enthält die vom BSV herausgegebene Broschüre **Die Obligatorische Krankenversicherung kurz erklärt**. Sie wurde auf Deutsch, Französisch und Italienisch erstellt und im Oktober 1997 an alle Haushalte der Schweiz verschickt. Das Heft ist weiterhin auf Anfrage erhältlich.

Im November/Dezember 1997 hat das LINK Institut für Markt- und Sozialforschung, Luzern, im Auftrag des BSV eine **Rezeptionsevaluation** dieser Broschüre vorgenommen.¹ In der gesamten Schweiz wurden 2'114 Personen im Alter zwischen 15 und 74 Jahren, die sich in ihren Haushalten mit Fragen rund um das Thema Krankenkasse befassen, telefonisch befragt. Folgende Ergebnisse konnten hinsichtlich der **Wahrnehmung** der Broschüre und ihrer **Bewertung** erhoben werden:

- 43 % der Befragten konnten sich an den Erhalt der Broschüre erinnern, 51 % verneinten dies, 6 % konnten hierüber keine Auskunft geben
- 20 % der Befragten haben die Broschüre tatsächlich angeschaut (7 % haben sie ganz durchgelesen, 7 % haben nur bestimmte Teile gelesen und weitere 6 % haben sie lediglich durchgeblättert)
- 15 % der Befragten gaben an, dass die Broschüre auch von anderen Haushaltsmitgliedern gelesen wurde.

Die Wahrnehmung der Broschüre muss somit als relativ gering bezeichnet werden. Vor allem in der Westschweiz, wo der Anteil derer, die sich an ihren Erhalt erinnern konnten bei nur 36 % lag, ist die effektive Verbreitung nicht gross.

1 LINK: Rezeptionsevaluation zur BSV-Broschüre „Die obligatorische Krankenversicherung kurz erklärt“, Bern 1997.

Von den 20 % der Befragten, die sich den **Inhalt der Broschüre** tatsächlich angeschaut haben,

- hielten 84 % die dahinterstehende **Idee** für sehr gut oder gut, 6 % fanden sie weniger oder gar nicht gut
- beurteilten 77 % die **Verständlichkeit** des Inhalts mit sehr gut oder gut, der Rest gab eine schlechtere Beurteilung ab oder beantwortete die Frage mit „weiss nicht“
- beantworteten 81 % die Frage nach der **Übersichtlichkeit** der Broschüre mit sehr übersichtlich oder übersichtlich, 9 % hielten die Broschüre hingegen für wenig oder gar nicht übersichtlich
- beurteilten 48 % die **Vollständigkeit** des Informationsangebots als gegeben, 23 % beurteilten es als nicht ganz vollständig und 5 % bezeichneten es als unvollständig. Mit 24 % ist der Anteil derer, die die Frage nach der Vollständigkeit mit „weiss nicht“ geantwortet haben auffallend hoch.

Wurde die Idee und der Inhalt der Broschüre im **gesamtschweizerischen Durchschnitt** von denen, die sie tatsächlich gelesen haben, im puncto Verständlichkeit, Übersichtlichkeit und Vollständigkeit deutlich positiv beurteilt, so sind auf **regionaler Ebene** Unterschiede festzustellen. Im Gegensatz zur Deutschschweiz und zur Romandie wird im Tessin vor allem die Verständlichkeit der Broschüre schlechter beurteilt: Nur 56 % der im Tessiner Befragten sagen, die Broschüre sei sehr gut oder gut verständlich im Vergleich zu 78 % der in der Westschweiz und 77 % der in der Deutschschweiz Befragten. Das vergleichsweise schlechtere Urteil fällt dort mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil derer zusammen, die die Frage nach der Verständlichkeit und der Vollständigkeit der Informationen mit „weiss nicht“ beantwortet haben.

Weitere Differenzierungen der Ergebnisse können nach dem Kriterium der **Schulbildung** vorgenommen werden. Dabei ist festzustellen, dass mit steigendem Bildungsabschluss auch die Wahrnehmung der Broschüre zunimmt und deren Verständlichkeit besser beurteilt wird. Übersicht 2.1 verdeutlicht diesen Zusammenhang.

Übersicht 2.1: Wahrnehmung und Beurteilung der BSV-Broschüre nach Schulabschlüssen

	Höchster Schulabschluss		
	Grundschule	Berufsschule	Höhere Schule
Kann mich erinnern, die Broschüre erhalten zu haben	36 %	42 %	50 %
Habe die Broschüre angeschaut¹⁾	32 %	45 %	52 %
Broschüre ist wenig oder gar nicht verständlich¹⁾	7 %	5 %	3 %

1) in % derer, die sich an den Erhalt der Broschüre erinnern.

Als **fehlende Informationen** und inhaltliche **Kritikpunkte** wurden von denen, die die Broschüre gelesen und Informationsdefizite festgestellt haben, folgendes am häufigsten genannt:

- Broschüre vermittelt oberflächliche Informationen / zuwenig vertieft / klärt nicht ganz auf (14 %)
- Informationen über Zusatzversicherungen (8 %)
- Wie günstigere Modelle geschaffen werden können (Kosten senken) (7 %)
- Vergleich mit anderen Krankenkassen (6 %)
- Information über Grundversicherung (6 %)
- Information über die verschiedenen Versicherungsmöglichkeiten (5 %)
- Einfacher schreiben, damit man alles versteht (5%).

Als **nützlich** wurde die Broschüre von 12 % aller Befragten bzw. von 62 % derer, die die Broschüre gelesen haben eingestuft, wobei die Einschätzung der Nützlichkeit mit der Leseintensität (durchgeblättert, nur bestimmte Themen gelesen, ganz durchgelesen) deutlich zunahm.

Ein Indiz für die **Wirksamkeit** der Broschüre gibt die Aussage, dass 3 % aller Befragten bzw. 22 % derer, die die Broschüre nützlich fanden, aufgrund der erhaltenen Informationen etwas an ihrer Krankenversicherung geändert haben.

2.4 Übersichten

Die Übersicht „**Prämien 2000**“ wurde in einer Auflage von ca. 15'000 Exemplaren hergestellt und war beim BSV gratis erhältlich. Darüber hinaus wurde die Übersicht auch im Internet bereitgestellt. Sie enthält:

- Tipps für die Versicherten (Kündigungsfristen bei Wechsel der Grundversicherung wegen Erhöhung der Prämien),
- Grundversicherungsprämien und kantonale sowie landesweite Durchschnittsprämien für Erwachsene, Personen in Ausbildung und Kinder,
- Möglichkeiten der Prämienreduktion durch die Wahl einer höheren Franchise oder alternativer Versicherungsmodelle (Bonus- oder HMO-Versicherung, Hausarzt-Modell) sowie eine Aufstellung der HMO-Standorte.

Die mit insgesamt 130 Seiten sehr umfangreiche Gesamtzusammenstellung für alle Kantone besteht zum grössten Teil aus querformatigen Computerausdrucken. Um ihre Handhabung zu vereinfachen, ist die Ausgabe der Übersicht nach Kantonen getrennt möglich, wodurch sich ihr Umfang auf ca. 30 Seiten reduziert. Gleichwohl ist

anzunehmen, dass diese zwar sehr effektive und kostengünstige Darstellungsform auf Laien abschreckend wirkt.

Die **Übersicht über die Schweizerische Soziale Sicherheit** ist eine tabellarische Darstellung aller Versicherungszweige, die in die Kompetenz des BSV fallen. Es handelt sich bei dieser Übersicht um eine sehr pointierte und vollständige Darstellung des KVGs, in der alle wesentlichen Fakten in übersichtlicher und systematischer Weise zusammengestellt sind. Allerdings wurde bei der Konzeption der Übersicht das Ziel verfolgt, einem fachbezogenen AdressatInnenkreis Informationen über das Schweizerische System zum Zweck des internationalen Vergleichs zur Verfügung zu stellen. Laien zählen somit nicht zur Zielgruppe der Übersicht.

2.5 Internet

BSV-Online bringt zu allen Sozialversicherungszweigen aus dem Verantwortungsbe-
reich des BSV Informationen, Zahlen und Fakten und zwar in deutscher, französi-
scher, italienischer und englischer Sprache. Die Site ist in einen Informations- und
einen Serviceteil gegliedert und diese wiederum in Unterrubriken:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> – Information Sozialversicherungen AHV Invalidenversicherung Ergänzungsleistungen Berufliche Vorsorge Krankenversicherung Unfallversicherung Erwerbsersatzordnung Familienfragen Internationales | <ul style="list-style-type: none"> – Service Aktuell Publikationen Statistiken Bestellbüro Beratung Organisation |
|---|--|

Hinzu kommen die Hilfsdienste mit Sitemap, Hilfethemen und Suchmaschine.

Unter der im Informationsteil aufgeführten Rubrik Krankenversicherung findet man laufend aktualisierte Informationen zum Thema. Zum Zeitpunkt dieser Untersuchung wird beispielsweise ein Prämienvergleich angeboten. Dahinter verbergen sich:

- Eine Übersicht des BSV für die obligatorische Krankenpflege-Grundversicherung inklusive Unfalldeckung. Aufgeführt sind sämtliche Krankenkassen, die in einem Kanton tätig sind, sowie Tipps zum Kassenwechsel, Spartipps und HMO-Standorte.

-
- Ein von der Firma Comparis GmbH unverbindlich angebotener Online-Prämienvergleich zwischen den grossen Krankenversicherern, Prämien nach Wohnort der Versicherten sowie unter Berücksichtigung besonderer Versicherungsmodelle, Berechnung der optimalen Franchise, Links zu diversen Krankenversicherern sowie sonstige Tipps und Links.
 - Alternativ zu dem Angebot von Comparis besteht ein Link zu <http://www.pricecheck.ch> und dem dort angebotenen Online-Prämienvergleich zwischen grossen Krankenversicherern; Prämien nach Wohnort der Versicherten, Berechnung der optimalen Franchise, Links zu diversen Krankenversicherern sowie Tipps und Links.

Weiterführende Informationen werden über die Unterkategorien "Grundlagen", "Statistiken", "Projekte", "Gesetze", "Media", "Beratung" sowie "Links" angeboten.

Eine Informationshilfe ist ferner die Rubrik FAQ (Frequently asked Questions). Sie beinhaltet Antwortlinks auf die folgenden Fragen:

1. Können Personen in der Schweiz versichert bleiben, wenn sie den Wohnsitz ins Ausland verlegen?
2. Können sich in die Schweiz zurückkehrende Personen wieder in der Schweiz versichern?
3. Können Personen, die in der Schweiz wohnen, von der Versicherungspflicht befreit werden, wenn sie über eine ausländische Versicherung mit mindestens gleichwertiger Deckung verfügen?
4. Kann der Krankenversicherer die Leistungen im Pflegeheim oder bei der Pflege zu Hause kürzen, wenn Versicherte eine Hilflosenentschädigung der anderen Sozialversicherer beziehen?
5. Deckt die Krankenversicherung Arzt- und Spitalkosten im Ausland?
6. Was für eine Kündigungsfrist gilt bei der Grundversicherung?
7. Unterliegt der Brillenbeitrag auch einem Selbstbehalt und einer Franchise?
8. Welche Kasse zahlt die Arztrechnung?

Die BesucherInnenfrequenz der Informationsseiten zum KVG von ca. 900 Personen pro Monat kann mangels Vergleichszahlen nicht gewertet werden.

2.6 Individuelle Informationsmöglichkeiten beim BSV

Das BSV dient vielen Versicherten als direkte Informationsquelle bei Fragen zum KVG. Vor allem im Oktober, wenn die Versicherungsprämien für das kommende Jahr bekanntgegeben werden, treffen viele Anfragen ein. Hierauf hat man sich u.a. durch die Einrichtung einer temporären **Telefon-Hotline** eingestellt, die mittlerweile mit 5 Personen besetzt ist. Jährlich werden aufgrund der telefonischen Nachfragen u.a. ca. 6'000 Prämienübersichten verschickt.

Weiterhin treffen beim BSV zahlreiche **Briefe** mit Fragen zu allen Sozialversicherungszweigen ein. Nach Angaben des BSV betrifft davon ein Grossteil den Krankenversicherungsbereich: Im Jahr 1999 wurden allein 826 Briefe mit Fragen zur Kranken- und Unfallversicherung an Frau Bundesrätin Dreifuss und Herrn Direktor Piller adressiert. Im Vergleich dazu waren es 151 Briefe mit Bezug zur Abteilung Invalidenversicherung und 362 Briefe mit Bezug zur Alters- und Hinterbliebenenversicherung.

Hinzuzurechnen sind die Briefe, die den jeweiligen Abteilungen direkt zugestellt werden. Verlässliche Schätzungen kann das BSV für die Sektionen Rechtsfragen und Tarife/Leistungen geben: Im Jahr 1999 gingen 869 Briefe mit Rechtsfragen der Versicherten ein, die Sektion Tarife/Leistungen beantwortete etwa 200 Briefe von BürgerInnen. Für das Jahr 2000 ist die Tendenz etwa gleichbleibend.

2.7 Zusammenfassung

Der Bund hat als Information für die breite Öffentlichkeit im Herbst 1997 das Heft "Die obligatorische Krankenversicherung kurz erklärt" an alle Haushalte der Schweiz verschickt. Eine Rezeptionsevaluation zeigte, dass knapp die Hälfte der Haushalte sich an den Erhalt erinnern konnte, aber nur 20 % die Broschüre angeschaut haben. Jährlich, nach Festlegung der Prämien, veröffentlicht der Bund eine komplette Prämienübersicht, die um Tipps für die Versicherten zu den Kündigungs- und Prämien-sparmöglichkeiten ergänzt ist. Die Übersichten sind beim Bund auf Anfrage kostenlos erhältlich und können auch im Internet abgerufen werden. Indirekt an eine breite Öffentlichkeit wendet sich der Bund mit Pressemitteilungen. Die vom Bund herausgegeben Periodika, die sich (auch) auf die Krankenversicherung beziehen, sind an eine **Fachöffentlichkeit** adressiert. Im Internet findet die interessierte BenutzerIn neben den o.g. Informationen Übersichten zu den einzelnen Sozialversicherungszweigen, Angebote zum Prämienvergleich und in der Rubrik FAQ (Frequently asked Questions) Antworten auf eine Reihe von Fragen, die häufig im Zusammenhang mit der Krankenversicherung aufgetreten sind. Schliesslich besteht auch die Möglichkeit der individuellen schriftlichen oder telefonischen Information: im Oktober besteht eine mit 5 Personen besetzte Telefon-Hotline; das ganze Jahr über gehen Anfragen ein, allerdings besteht keine spezialisierte Informationsstelle für die Versicherten.

Mit Ausnahme der bisher einmaligen Broschüre zum neuen Krankenversicherungsgesetz sind die Informationsaktivitäten des Bundes in Inhalt und Aufmachung insgesamt eher an eine Fachöffentlichkeit bzw. vermittelnde Institutionen, wie die Medien, gerichtet, als an die Versicherten direkt.

3. Die Kantone

Die folgenden Ausführungen über die Öffentlichkeitsarbeit der Kantone beziehen sich in erster Linie auf die Informationspflicht über die **individuelle Prämienverbilligung** für wirtschaftlich schwächere Personen und Familien. Grundlage für die Analyse ist eine Studie des Interface Instituts für Politikstudien aus dem Jahr 1998.¹ Ergänzend hierzu wurden eigene Recherchen in den Kantonen Basel-Stadt, Waadt, Genf, Zürich, St. Gallen und Luzern durchgeführt. Bei der Auswahl der Kantone wurden zum Einen die gewünschten regionalen Untersuchungsschwerpunkte berücksichtigt, zum Anderen sollten alle möglichen Methoden zur Ermittlung der Anspruchsberechtigten einbezogen werden.

Ausser zur Durchführung der Prämienverbilligung sind die Kantone dazu verpflichtet, periodisch über die **allgemeine Versicherungspflicht** zu informieren. Inwieweit dieser Informationspflicht nachgekommen wird, kann im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht verallgemeinerbar geklärt werden. Exemplarische Nachfragen in den oben genannten Kantonen haben jedoch ergeben, dass eine diesbezügliche Öffentlichkeitsarbeit so gut wie nicht stattfindet. Die kontaktierten kantonalen Stellen beschränken sich darauf, die Versicherungspflicht bei ZuzügerInnen zu kontrollieren und unversicherte Personen aufzufordern, eine dem Obligatorium entsprechende Krankenversicherung abzuschliessen. Ausländische ZuzügerInnen bekommen bei der Anmeldung des Wohnsitzes ein Merkblatt, in dem auf das Versicherungsobligatorium hingewiesen wird. Lediglich im Kanton Basel-Stadt werden gezielt Schulen mit Informationsmaterial versorgt, die sie an SchülerInnen bzw. Eltern weitergeben können.

3.1 Auswertung der Interface-Studie

Der Gesetzgeber hat bei Einführung des KVGs vorgesehen, dass die Prämienbelastung der Versicherten ihr Haushaltseinkommen nicht über Gebühr belasten soll. Als Richtwert wurden in der Botschaft 8 % des individuellen Bruttoeinkommens genannt. Bei einer höheren Belastung sollten die Personen bzw. Haushalte berechtigt sein, die aus Bundes- und kantonalen Mitteln finanzierte individuelle Prämienverbilligung in Anspruch zu nehmen. Mit dieser Bestimmung wurde das alte System der Prämienstützung durch Pauschalzahlungen an die Krankenversicherer abgelöst. Die konkrete Ausgestaltung der individuellen Prämienverbilligung wurde allerdings in den Kompetenzbereich der einzelnen Kantone gelegt, so dass in der Schweiz nun 26 Systeme

¹ Interface Institut für Politikstudien (1998): Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen. Evaluationsergebnisse und Monitoringkonzept. Erarbeitet im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung, Bern.

nebeneinander existieren, die sich hinsichtlich der Ermittlung der Anspruchsberechtigung, der Höhe der Unterstützungszahlungen, der Auszahlungs- und der Informationsmodalitäten voneinander unterscheiden.

Die Notwendigkeit, umfassend über die Möglichkeiten der Prämienverbilligung zu informieren, besteht nicht zuletzt angesichts ihrer hohen quantitativen Bedeutung: 1996, im Berichtsjahr der Interface-Studie, bezogen 23,3 % der Wohnbevölkerung der Schweiz eine Prämienverbilligung¹, wobei dieser Anteil zwischen den Kantonen erheblich schwankt. Er lag zwischen 53,6 % im Kanton Uri und 12,9 % im Aargau.

Die in den Kantonen eingeführten Verfahren zur Umsetzung der individuellen Prämienverbilligung weisen folgende **Differenzierungen** auf:

- Als **Berechnungsmethode** der Anspruchsberechtigung werden sowohl Richtprämien als Mindestprozentsätze des massgeblichen Einkommens als auch fixe Einkommensgrenzen festgesetzt.
- Als **Bemessungsgrundlage** des Anspruchs wird das steuerbare Einkommen, das Reineinkommen, das bundessteuerpflichtige Reineinkommen oder das verfügbare Einkommen herangezogen.
- Beim Einbezug von **Vermögenswerten** für die Anspruchsberechnung, werden unterschiedliche Vermögensdefinitionen, Anrechnungssätze, Freibeträge und Höchstgrenzen benutzt.
- **Abzugsmöglichkeiten** bestehen aufgrund der Anzahl von Kindern, wegen Mietzahlungen, Eigenmietwerten oder der 3. Säule der Altersvorsorge.
- Die **Auszahlung** der Prämienverbilligung erfolgt in 1/3 der Fälle an die Versicherten und in 2/3 direkt an die Krankenkassen. Während die Versicherten eine Einmalzahlung pro Jahr erhalten, beziehen die Kassen die Prämienverbilligung in monatlichen Teilbeträgen.
- Die **Ermittlung der Anspruchsberechtigung** geschieht automatisch aufgrund der Steuerunterlagen oder auf Antrag der Bezügerinnen und Bezüger.

Vor allem dann, wenn die Gewährung einer Prämienverbilligung nicht automatisch, sondern auf Initiative der Versicherten erfolgt, bekommt das Informationsverhalten der Kantone eine besondere Wichtigkeit. So muss nicht nur über die Kriterien der Leistungsberechtigung informiert werden, auch das Antragsverfahren an sich ist erklärungsbedürftig und stellt nicht selten eine Schwelle für potentielle und BezügerInnen dar, Leistungen tatsächlich in Anspruch zu nehmen. Ein reines **Antragssystem** hatten zum Zeitpunkt der Erstellung der hier zitierten Studie die Kantone LU, OW, FR, BS und AG, wobei die BürgerInnen in LU und OW nach der erstmaligen Antrag-

1 1998 waren es nach Angabe der Statistik über die Krankenversicherung sogar 31,4 % der Wohnbevölkerung.

stellung in den Folgejahren individuelle Benachrichtigungen erhalten. Im Kanton AG wurde mittlerweile das Antragsystem um die gleichzeitige Benachrichtigung potenzieller BezügerInnen ergänzt, diese Änderung konnte aber in der Interface-Studie noch nicht berücksichtigt werden.

Um den gravierenden Nachteil des Antragsverfahrens zu kompensieren und potenzielle BezügerInnen mit dem bürokratischen Aufwand nicht abzuschrecken, wird in den meisten Kantonen eine Kombination aus Antragstellung bei **gleichzeitiger Benachrichtigung** im Falle der Anspruchsberechtigung angewendet, wobei mit der Benachrichtigung entweder die Aufforderung verbunden ist, sich bei den zuständigen Stellen um ein Antragsformular zu bemühen oder bereits die zum Teil ausgefüllten Antragsformulare mitgeschickt werden, die dann unterschrieben eingereicht werden müssen. Auf diese Weise soll die Antragsprozedur so weit wie möglich vereinfacht werden. Ein Antragsverfahren mit Benachrichtigung der Bezugsberechtigten haben nach der zitierten Studie die Kantone UR, SZ, NW, ZG, SO, BL, SH, AR, SG, GR, TG, TI, VS und VD.

Die **automatische Ermittlung** der Leistungsberechtigung aufgrund von Steuerangaben ohne jegliches Zutun der Begünstigten erfolgt in den Kantonen ZH, BE, GL, AI, NE, GE und JU. Auf Empfehlung der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz ist in diesen Kantonen mittlerweile die zusätzliche Möglichkeit der Antragstellung eingeführt worden. Damit soll verhindert werden, dass Personen, deren wirtschaftliche Verhältnisse sich im Laufe eines Jahres verschlechtert haben, erst in der nächsten Steuerperiode durch das automatische Verfahren ermittelt werden und eine Prämienverbilligung beziehen können.

Ausser dem Verfahren zum erstmaligen Leistungsbezug wird in den Kantonen die jährliche Verlängerung der Bezüge unterschiedlich geregelt. In den meisten Kantonen erfolgt nur eine Überprüfung und ggf. die Bestätigung der Bezugsberechtigung. In den „Antragssystemen“ der Kantone LU, OW, SG, GR und AG müssen die Versicherten hingegen auch ihre Verlängerung beantragen.

Zusammenfassend sind also folgende **Informationsinhalte** an die Versicherten zu übermitteln:

- Wer ist anspruchsberechtigt und wie wird die Anspruchsberechtigung ermittelt?
- Wie wird die Prämienverbilligung beantragt bzw. verlängert?
- Wie werden Unterstützungszahlungen abgewickelt?

Die **Informationen** der Kantone können sich direkt an die Versicherten richten oder allgemein über Aushänge oder die Medien gestreut werden. Laut Interface-Studie werden etwa von der Hälfte der Kantone (UR, SZ, NW, ZG, SO, BL, SH, AR, GR, TG, TI, VD, VS, JU und nach eigenen Recherchen auch in den Kantonen BS und SG) die Haushalte direkt angeschrieben und über die Möglichkeiten der Prämienreduzierung informiert. Hierunter befinden sich die Kantone, die die BürgerInnen im

Fälle der Bezugsberechtigung benachrichtigen bzw. ein reines Antragssystem haben. Nach einer in der Interface-Studie zitierten Befragung der Firma HealthEcon¹ wurde 1997 von den Kantonen die Erreichung von Zielgruppen als eines der grössten Durchführungsprobleme bei der Gewährung von Prämienverbilligungen genannt. Acht Kantone wiesen auf das Problem hin, allgemein schwierig erreichbare Bevölkerungsgruppen, alleinstehende ältere Personen und Fahrende gezielt ansprechen zu können. Es ist aber davon auszugehen, dass aufgrund der Informationsanstrengungen der Kantone und der wachsenden Bekanntheit der Prämienverbilligung die Probleme gemildert wurden. Die grossen Unterschiede in den Inanspruchnahmequoten zwischen den Kantonen sind sicher zum erheblichen Teil auf unterschiedliche Bestimmungen der Anspruchsberechtigung zurückzuführen. Der zweite Faktor dürfte das gewählte System zur Ermittlung der Anspruchsberechtigten sein: Je höher der Aufwand ist, der geleistet werden muss, um eine Prämienverbilligung zu erhalten, desto geringer ist die Ausschöpfungsquote.

3.2 Exemplarische Betrachtung einzelner Kantone

Zur Veranschaulichung werden im folgenden die sechs Kantone Basel-Stadt, Waadt, Genf, Zürich, St. Gallen und Luzern mit ihren jeweiligen Informationsaktivitäten exemplarisch dargestellt. Die Kantone Basel-Stadt und Luzern sind Beispiele für ein reines Antragssystem. Ein Antragssystem bei gleichzeitiger Benachrichtigung der potentiellen BezügerInnen wird in den Kantonen St. Gallen und Waadt praktiziert und in den Kantonen Genf und Zürich werden die Anspruchsberechtigten automatisch ermittelt.

Wo liegen vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Ermittlung der Anspruchsberechtigten nun die Unterschiede in den jeweiligen Informationsaktivitäten? Grundlage für die Ausführungen sind telefonische ExpertInnengespräche mit den leitenden MitarbeiterInnen der jeweils zuständigen kantonalen Verwaltungseinrichtungen sowie die Auswertung des zur Verfügung gestellten Informationsmaterials.

3.2.1 Kantone mit einem reinen Antragssystem

Kanton Basel-Stadt

Im Kanton Basel-Stadt ist das Amt für Sozialbeiträge im Wirtschafts- und Sozialdepartement für die Durchführung der Prämienverbilligung zuständig. Die vom Amt ge-

1 HealthEcon (1998): Evaluation der Prämienverbilligung in den Kantonen, nicht veröffentlichter, interner Schlussbericht.

steuerten Informationsaktivitäten bestehen im Versand einer **Broschüre** sowie in der Herausgabe von **Medienmitteilungen** zum Thema Prämienverbilligung.

Der Versand der **Broschüre** findet alle zwei Jahre im Herbst statt und richtet sich an alle Haushalte. Auf sechs Seiten wird darauf hingewiesen,

- dass vom Kanton Basel-Stadt auf Antrag Beiträge zur Krankenversicherungsprämien gezahlt werden, sofern die aktuellen Einkommens- und Vermögensverhältnisse zum Bezug der Unterstützung berechtigen,
- welches die massgebliche Berechnungsgrundlage für die Unterstützungszahlungen sind,
- wie hoch die Einkommensgrenzen und die Unterstützungsbeiträge sind und
- wie im Weiteren vorzugehen ist, wenn man glaubt, zu den Anspruchsberechtigten zu gehören. An dieser Stelle befindet sich der Hinweis auf den beigefügten Talon, mit dem das entsprechende Antragsformular mit einem Merkblatt angefordert werden kann.
- Weiterhin werden Beispielberechnungen zur Ermittlung des anrechenbaren Einkommens und der entsprechenden Prämienverbilligung gegeben.
- Um weitere Informationen und Beratung zu erhalten werden die BürgerInnen aufgefordert, sich an das Amt zu wenden. Hierfür wird neben der Adresse und der Telefonnummer sowie den Büro- und Schalteröffnungszeiten auch auf eine zeitweise eingerichtete Telefon-Hotline hingewiesen, unter der Auskünfte erfragt werden können.

Fristen sind nicht einzuhalten, vielmehr kann die Zahlung einer Prämienverbilligung jederzeit beantragt werden. Bei Bewilligung des Antrags setzen die Zahlungen bereits einen Monat danach ein.

Neben dem Postversand an die Haushalte wird die Broschüre allen Versicherern zugestellt, die Mitglieder aus dem Kanton haben. Auf diese Weise können die Versicherer ebenfalls Auskunft über die Möglichkeiten der Prämienverbilligung im Kanton Basel-Stadt geben.

Eine spezielle Beratungsstelle für **ausländische BürgerInnen** gibt es im Amt für Sozialbeiträge nicht. Die Broschüre und das Merkblatt für das Antragsformular sind nur auf deutsch erhältlich, es existiert lediglich eine Aufstellung der zu berücksichtigenden Einkommensarten in jugoslawischer und türkischer Sprache.

In den **Medienmitteilungen** des Regierungsrates Basel-Stadt wird ca. 1 mal jährlich auf die Möglichkeit der Prämienverbilligung hingewiesen, zuletzt am 08.09.1999 aus Anlass der Teilrevision der Verordnung.

Kanton Luzern

Im Kanton Luzern ist die Ausgleichskasse im Auftrag des Gesundheits- und Sozialdepartements für die Prämienverbilligung zuständig. Anlaufstellen für die Bevölkerung sind die 108 AHV-Zweigstellen in den Gemeinden. Hier können die Antragsformulare angefordert und bis zum 30. April, dem Ende der Einreichfrist für das laufende Jahr, abgegeben werden.

Im Gegensatz zum Kanton Basel-Stadt wird die Bevölkerung nicht persönlich sondern durch die allgemeinen Informationsaktivitäten der kantonalen Stellen informiert. Lediglich Personen, die in den Vorjahren bereits einmal eine Prämienverbilligung beantragt haben, egal ob mit positivem oder negativem Bescheid, wird um den Jahreswechsel herum von der Ausgleichskasse Luzern ein **Antragsformular mit einem dazugehörigen Merkblatt** zugeschickt. Auf diese Weise wurden zum Jahreswechsel 1999/2000 57'500 Haushalte informiert; dies sind etwa 50 % aller Haushalte.

Des weiteren wurden 1999 **Merkblätter und Plakate** zur Prämienverbilligung zu 600 Exemplaren an ÄrztInnen, sowie zu 500 Exemplaren an den Zentralschweizerischen Krankenversicherungsverband und zu 35 Exemplaren an Apotheken im Kanton geschickt. Anmeldeformulare, Merkblätter und Plakate wurden auch an die AHV-Zweigstellen, an die Pro-Werke, das kantonale Sozialamt, weitere Sozialdienste, die Kommission für Altersfragen, Beratungsstellen und Personaldienste von Firmen verschickt. Sämtliches Material ist nur in deutscher Sprache erhältlich.

Eine **Medienmitteilung** der Ausgleichskasse vom April 2000 weist ebenfalls auf das Ende der Einreichfrist hin.

Den 108 **AHV-Zweigstellen** obliegt die Abwicklung der Prämienverbilligung. Sie sind in ihren zusätzlichen Informationsaktivitäten sehr selbständig:

- 106 von ihnen weisen im Jahr 1999 in Aushängen auf die Möglichkeit zur individuellen Prämienverbilligung hin,
- 83 haben in den Gemeinde- und Regionalzeitungen Artikel zum Thema publiziert,
- 40 AHV-Zweigstellen haben einen zusätzlichen Versand des obengenannten Merkblattes der Ausgleichskasse an Einzelpersonen (z.B. ZuzügerInnen, säumige PrämienzahlerInnen, ehemalige SozialhilfeempfängerInnen etc.) und Institutionen (Firmen, Praxen, Krankenkassen etc.) durchgeführt,
- 12 haben ein eigenes Merkblatt verschickt, z.T. an alle Haushalte der Gemeinde, z.T. an Personen, die gemäss Steuerregister die Unterstützungsvoraussetzungen erfüllen,
- ausländische Mitbürger und Mitbürgerinnen wurden von 8 Zweigstellen gezielt über persönliche Schreiben, das Sozialamt, durch entsprechende Schalter- oder Telefondienste etc. angesprochen,

- 57 informieren über andere Institutionen wie z.B. Sozialämter, Spitex, Betreuungsamt, Heimverwaltungen etc.,
- weitere Aktivitäten bezogen sich auf die Information bei Gemeindeversammlungen, die mündliche Information von Ämtern, persönliche Gespräche, etc.

3.2.2 Kantone mit einem Antragssystem bei gleichzeitiger Benachrichtigung

Kanton Waadt

Das Amt für Sozialversicherung des Kantons Waadt ermittelt die bezugsberechtigten BürgerInnen aufgrund der Steuerunterlagen und informiert sie in einem **persönlichen Anschreiben** über ihren Unterstützungsanspruch. Die Inanspruchnahme der Prämienverbilligung erfolgt aber nur auf Antrag der potenziellen BezügerInnen, der beim Sozialversicherungsbüro der Gemeindeverwaltung erhältlich ist und dort auch eingereicht werden muss.

Die Informationsaktivitäten des Kantons Waadt beschränken sich auf **Presseerklärungen**, die im Anschluss an das jährlich Mailing an die bezugsberechtigten Haushalte gegeben werden. Eine persönliche Beratung erhalten die BürgerInnen in den **Sozialversicherungsbüros** der Gemeinden. Dort ausliegendes Informationsmaterial ist nur auf französisch erhältlich.

Kanton St. Gallen

Im Kanton St. Gallen benachrichtigt die Sozialversicherungsanstalt ebenfalls die aufgrund der Steuerunterlagen ermittelten möglichen BezügerInnen jährlich. Im Unterschied zum Kanton Waadt erhalten sie aber gleichzeitig mit der Benachrichtigung die entsprechenden Berechtigungsscheine. Diese müssen ausgefüllt und zusammen mit dem Versicherungsausweis bis zum 31.03. an die AHV-Zweigstellen zurückgeschickt werden.

Im Kanton St. Gallen wird weitgehend auf Pressekonferenzen, Mailings an die Haushalte o.ä. verzichtet. Vielmehr obliegt es den einzelnen **Gemeinden**, per Anzeigen in den jeweiligen Amtsblättern und der örtlichen Presse auf die Prämienverbilligungsmöglichkeiten hinzuweisen. Informationsmaterial in ausländischen Sprachen liegt nicht vor. Die AHV-Zweigstellen in den Gemeinden beraten die BürgerInnen per Telefon oder in den öffentlichen Sprechstunden.

3.2.3 Kantone mit automatischer Abwicklung der Prämienverbilligung

Kanton Zürich

Im Kanton Zürich wird der Anspruch auf Prämienverbilligung durch die Gemeinde festgestellt. Im Unterschied zu den Kantonen St. Gallen und Waadt muss von den BezügerInnen kein Antrag gestellt werden. Sie erhalten von der Sozialversicherungsanstalt Zürich eine persönliche **Mitteilung** über den Bezug der Prämienverbilligung sowie ein beiliegendes **Merkblatt** über die zugrundeliegenden Bestimmungen. Bezugsberechtigte Personen, die der Quellensteuer unterliegen, erhalten ebenfalls ein Merkblatt, das in sieben Sprachen über die individuelle Prämienverbilligung informiert.

Sollte sich jemand übergangen fühlen besteht die Möglichkeit, bis zum 1. Januar über die Wohngemeinde eine Nachmeldung bei der Sozialversicherungsanstalt zu veranlassen. Die **Gemeindekanzleien** sind somit die Anlaufstellen für die BürgerInnen, hier werden sie **telefonisch oder persönlich beraten**.

Die Öffentlichkeit wird alljährlich auf einer **Pressekonferenz** der Gesundheitsdirektion Zürich über die aktuellen Einkommensbemessungsgrenzen und die festgelegte Höhe der Unterstützungen informiert.

Kanton Genf

Das Vorgehen im Kanton Genf ist praktisch identisch mit dem in Zürich. Auch hier werden die Bezugsberechtigten zwischen Oktober und Januar über den Erhalt der individuellen Prämienverbilligung informiert, ohne dass sie einen weiteren Nachweis zu erbringen haben. Allerdings müssen sie diese Information in Form des sog. „feuille rose“ an ihre Krankenkasse weiterleiten. Zur Information der Öffentlichkeit werden entsprechende **Pressemitteilungen** herausgegeben, Mailings finden nicht statt. **Broschüren** sowie die **persönliche oder telefonische Beratung** beim Service de L'assurance Maladie du Canton Genève sind die Hauptinformationskanäle, die die Bevölkerung in Anspruch nehmen kann. Informationen in ausländischen Sprachen können nur mündlich gegeben werden.

3.3 Zusammenfassung

Die **Kantone** sind vorallem im Rahmen der Prämienverbilligungen als Informationsgeber von Bedeutung, da ihnen die Durchführung der Prämiensubventionierung obliegt. Die Informationsaktivitäten sind jedoch vor dem Hintergrund des gewählten Systems der Ermittlung der Anspruchsberechtigten zu sehen, da davon der Informationsbedarf für die Versicherten stark abhängt. Nur in einer Minderheit der Kantone (5

im Jahr 2000) besteht ein reines Antragssystem, d.h., dass die potenziellen BezügerInnen ganz von sich aus tätig werden müssen. Die meisten Kantone praktizieren ein gemischtes System, bei dem die Anspruchsberechtigten benachrichtigt werden und sodann einen Antrag zu stellen haben. Wiederum eine Minderheit praktiziert die automatische Ermittlung aufgrund von Steuerdaten ohne dass die Berechtigten einen Antrag stellen müssten. Die Informationsaktivitäten der Kantone sind sehr unterschiedlich; Kantone mit einem reinen Antragssystem entfalten mehr Aktivitäten als solche mit einem Benachrichtigungssystem.

Den Kantonen obliegt es auch, darauf hinzuwirken, dass die EinwohnerInnen der Versicherungspflicht nachkommen. Eine eigentliche Öffentlichkeitsarbeit diesbezüglich findet kaum statt, sondern es werden nur die ZuzügerInnen angesprochen.

4. Die Krankenversicherer

Die Krankenversicherer sind nach Art. 16 des KVGs dazu verpflichtet, „interessierte Personen“ zu informieren und zu beraten. Inwiefern sie dieser Verpflichtung nachkommen, soll die inhaltliche Auswertung des Informationsmaterials der Krankenversicherer zeigen. Zu diesem Zweck wurde eine Auswahl von Krankenversicherern mit der Bitte angeschrieben, uns die folgenden Materialien zur Verfügung zu stellen:

- Informationen, die 1999 in periodischen Abständen allen Versicherten zugegangen sind, das sind i.d.R. **Zeitschriften, Infoblätter, „Versichertenbriefe“** u.ä.,
- allgemeine Informationen über das Angebot von **Grund- und Zusatzversicherungen** des Jahres 1999, die an alle Versicherten oder auf Anfrage verschickt wurden,
- ein Muster des **Prämienbescheides** für das Jahr 2000,
- spezifische Informationen, die an bestimmte **Zielgruppen** (Schwangere, Diabetiker, Allergiker, Senioren, Auszubildende o.ä.) verschickt wurden,
- **sonstige allgemeine Informationen**, die den Versicherten auf Anfrage zugeschickt wurden.

Des weiteren war von Interesse, ob es seit Einführung der KVG einmal eine **umfassende Versicherteninformation** über die Neuerungen des Gesetzes, insbesondere über Grundversicherung, Prämien und Freizügigkeit gegeben hat. Auch dieses Material sollte uns geschickt werden.

Wir baten darum, jeweils die **Zielgruppe der Materialien** (alle / ausgewählte / ggf. welche) zu vermerken und ob sie **unaufgefordert oder auf Anfrage** verschickt wurden.

Bei der Zusammenstellung der **Stichprobe** wurde zunächst ein Auswahlansatz nach der Mitgliederstärke der Versicherer bestimmt: Es wurden alle Versicherer mit mehr als 200'000 Mitgliedern, die Hälfte derer mit 50'000 – 199'999 Mitgliedern, 30 % derer mit 10'000 – 49'999 Mitgliedern und ein Viertel der Versicherer mit 1'000 bis 9'999 Mitgliedern angeschrieben. Die Stichproben wurden nach dem Zufallsprinzip gezogen.

Um die regionalen Schwerpunkte der parallelen Studie zur Auswirkung des KVG auf die Versicherten (vgl. Kap. 7) zu berücksichtigen, war es notwendig, noch zwei Kassen im Kanton Waadt hinzuzuziehen. Insgesamt umfasste die Stichprobe damit 30 Versicherer. Der Aufbau ist im Einzelnen Übersicht 4.1 zu entnehmen. Kursiv gestellte Versichertenzahlen bedeuten, dass der jeweilige Versicherer auch nach einem Erinnerungsschreiben nicht geantwortet hat.

Übersicht 4.1: Aufbau der Versicherungsstichprobe¹

Krankenkassen ... ¹⁾	Anzahl der Versicherten
... mit 200'000 + Versicherten (100 %):	
<i>Assura</i>	213'065
Concordia	571'339
CSS	1'154'113
Helsana	1'409'405
Intras	341'557
KPT	261'290
Sanitas	334'738
Supra	276'917
Swica	627'063
Visana	1'054'778
Wincare	311'331
... mit 50'000 bis 199'999 Versicherten (50 %):	
La Caisse Vaudoise	127'389
"Die Eidgenössische" Gesundheitskasse	124'345
<i>Futura</i>	18'829
Krankenkasse KBV	62'135
Krankenkasse SBB	76'123
OeKK Basel	84'026
<i>PHILOS</i>	75'017
... mit 10'000 bis 49'999 Versicherten (33 %):	
KluG	13'041
Krankenkasse Zuzach	25'169
Mutualite Assurances	14'889
Unitas	35'683
... mit 1'000 bis 9'999 Versicherten (25 %):	
Bezirkskrankenkasse Einsiedeln	1'968
BKK Lindt & Sprüngli AG	1'212
<i>Caisse-maladie Vallée D'Entremont</i>	2'869
<i>Krankenkasse Visperterminen</i>	1'843
<i>Krankenkasse Wädenswil</i>	1'749
Krankenkasse Zermatt	5'235
<i>Krankenkassenverein St. Moritz</i>	2'735
OeKK Lugnez II	2'055
Stichprobengrösse:	
Brutto	6'604'845
Netto	6'363'755

Quelle: Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer: Handbuch der Schweizerischen Krankenversicherung, 2000, Solothurn

¹ Die Prozentangaben beziffern den Auswahlansatz in der jeweiligen Grössenkategorie.

Auf das Anschreiben antworteten 23 Krankenversicherer, darunter 10 mit über 200'000, 5 mit 50'000 bis 199'999, 4 mit 10'000 bis 49'999 und 4 mit 1'000 bis 9'999 Versicherten. Zusammen hatten diese Versicherer 1999 6'363'755 Mitglieder. Bei einem Versichertenbestand von insgesamt 7'228'018 Personen¹ liegt der **Abdeckungsgrad** der Stichprobe damit insgesamt bei 87% aller Versicherten.

In den folgenden Ausführungen werden zunächst die von den Versicherern im Jahr 1999 verwendeten **Informationsträger** und deren Verbreitungsgrade dargestellt. Zusätzlich zu den oben genannten Informationsträgern dokumentieren wir das Vorhandensein eines Internetauftrittes sowie eines telefonischen Beratungsangebotes, z.B. in Form einer Telefon-Hotline. Daran anschliessend werden die Mitgliederzeitschriften einer **Inhaltsanalyse** unterzogen, um zu ermitteln, welche Informationsschwerpunkte die Krankenversicherer dort im Jahr 1999 setzten. Ein **Testlesen** von Mitgliederzeitschriften soll schliesslich Anhaltspunkte darüber geben, ob sich diese Informationsschwerpunkte dem Informationsbedürfnis der Versicherten gerecht werden.

4.1 Informationsträger der Krankenversicherer

Zeitschriften / Periodika

Mitgliederzeitschriften sind für die weit überwiegende Mehrheit der Versicherten ein Informationsträger, den sie regelmässig erhalten. Wie Übersicht 4.2 zu entnehmen ist, verschickten 19 von 23 Krankenversicherer, die auf unser Anschreiben geantwortet haben, darunter fast alle grossen mit über 200'000 Mitgliedern, mehrmals pro Jahr eine Zeitschrift in die Haushalte ihrer KundInnen. Für die kleinen Kassen mit weniger als 10'000 Mitgliedern scheint die Information per regelmässig erscheinender Zeitschrift i.d.R. zu aufwendig zu sein, hier verfügt nur eine unserer Stichprobe über ein solches Presseorgan. Dennoch kann der Verbreitungsgrad der Zeitschriften mit 94 % der Versicherten unserer Stichprobe für das Jahr 1999 als sehr gross bezeichnet werden.

¹ Versicherte für Krankenpflege allein bzw. für Krankenpflege und –geld per 31.12.1998. Vgl.: Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (2000): Handbuch der Schweizerischen Krankenversicherung. Solothurn.

Übersicht 4.2: Ausgabenanzahl und Verbreitung der Mitgliederzeitschriften nach Grösse der Krankenversicherer

Anzahl der Ausgaben p.a.	200.000 + Versicherte	50.000 – 199.999 Versicherte	10.000 – 49.999 Versicherte	1.000 – 9.999 Versicherte	Insgesamt
2	1	—	—	1	2
3	—	—	1	—	1
4	7	4	3	—	14
5	1	—	—	—	1
11	—	1	—	—	1
Gesamt	9	5	4	1	19
Anzahl der antwortenden Kassen	10	5	4	4	23

Die Aufmachung der Zeitschriften ist sehr unterschiedlich. Das Spektrum reicht von einfachen, eher als Faltblatt konzipierten schwarz-weiss Drucken, bis hin zu seitenstarken und aufwendig gestalteten Zeitschriften im Stil einer Illustrierten, in denen sich neben sachbezogenen Themen auch Rubriken wie Knobelspann, Kurse, Boutique, Tagebuch u.ä. finden.

Zusätzlich oder auch anstatt eines Periodikums verschicken weitere 3 Versicherer jedes Jahr einmal eine aktuelle Kurzinformation in Form eines kleinen, einfach gestalteten Heftes in die Haushalte ihrer Kunden. Hiervon befinden sich 2 in der Gruppe mit über 200'000 Mitgliedern.

Leistungsübersichten

Ein für die Versicherten wesentlicher Informationsgehalt geht aus den Leistungsübersichten der Kassen hervor. Hier wird die Trennung von Grund- und Zusatzversicherung und das jeweils abgedeckte Leistungsspektrum ersichtlich. Wie den uns zur Verfügung gestellten Unterlagen zu entnehmen ist, halten 21 der 23 untersuchten Versicherer entsprechendes Informationsmaterial über die Leistungen der Grund- und Zusatzversicherungen bereit. Den meisten Versicherten werden sie aber nicht regelmässig zugestellt. Allerdings wurden Leistungsübersichten während des Berichtszeitraums in fünf Fällen in der Mitgliederzeitschrift der jeweiligen Krankenkasse abgedruckt und fanden so einen gewissen Verbreitungsgrad. Zusammengenommen wurden 1999 63 % der Versicherten unserer Stichprobe durch die unnachgefragte Zusendung der Leistungsübersichten bzw. durch deren Veröffentlichung in der Mitgliederzeitschrift informiert.

Versicherungsbedingungen

Ebenfalls grundsätzliche Informationen über Versicherungsleistungen und –modalitäten bieten die allgemeinen Versicherungsbedingungen, allerdings in einer sehr formalisierten, gesetzestextähnlichen Art. Die Versicherungsbedingungen wurden 1999 nur 33 % der Versicherten unserer Stichprobe unaufgefordert zugestellt.

Gleichwohl bleibt festzuhalten, dass im Rahmen der Stichprobe bei 20 Versicherungen entweder die Leistungsübersichten oder die Versicherungsbedingungen oder auch beides vorrätig sind und somit der überwiegenden Mehrheit der Versicherten auf Anfrage zur Verfügung gestellt werden können.¹ NeukundInnen bzw. InteressentInnen bekommen dieses Material ebenfalls ausgehändigt. Es liegt also an den Versicherten, dieses Informationsangebot der Versicherer wahrzunehmen.

Versicherungspolice / Begleitschreiben zur Police

Die Versicherungspolice wird den Versicherten jährlich zugestellt. Sie beinhaltet Angaben über die abgeschlossenen Versicherungsverträge sowie die monatliche Prämienhöhe. Nur bei 10 Versicherern findet sich direkt auf der neuen Police ein Hinweis auf die Kündigungsfristen.

Mit der Police schicken 18 der 23 Versicherer ein Begleitschreiben und erreichen damit 72 % der Versicherten der Stichprobe. Bevorzugte Themen der Begleitschreiben waren die Entwicklung der Prämien und die Performance der Krankenkasse im vergangenen Jahr sowie der Hinweis auf eine mögliche Änderung des Versichertenstatus aufgrund der Volljährigkeit der versicherten Person oder des Eintritts ins Berufsleben. Aber nur zwei Versicherer verwiesen in den Begleitschreiben auf die Freizügigkeit in der Grundversicherung.

Individuelle Zielgruppeninformationen

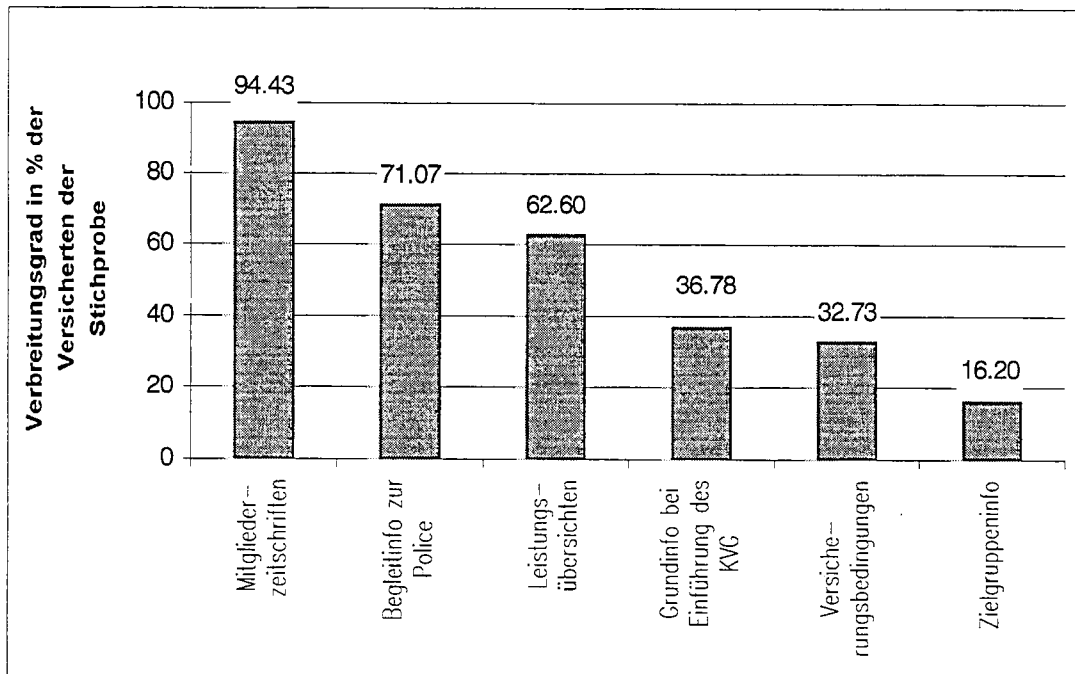
Individuelle Anschreiben anlässlich eines bevorstehenden Wechsels des Versichererstatus in der Grundversicherung wurden 1999 nur von 3 Krankenkassen an die betroffene Versichertengruppe verschickt. Zwei davon sind aus der Gruppe derer mit über 200'000 Mitgliedern, eine aus der Gruppe mit bis zu 200'000 Versicherten. Der Verbreitungsgrad dieser speziellen Zielgruppeninformationen lag 1999 bei 16 % der Versicherten.

Die nachfolgende Abbildung veranschaulicht den Verbreitungsgrad von Informationen der Krankenversicherer nach Informationsträgern für das Jahr 1999. Kranken-

¹ Bei 21 Versicherern sind die Leistungsübersichten und bei 13 die Versicherungsbedingungen als Broschüren vorrätig, 11 Versicherer verschicken auf Anfrage sowohl Leistungsübersichten als auch Versicherungsbedingungen.

versicherer, die überhaupt keine Informationen verschickten, kamen in unserer Stichprobe nicht vor.

Übersicht 4.3: Verbreitungsgrad von Informationsträgern der Krankenversicherer



prognos 2000

Sprachen

Die Informationsträger werden von 17 Krankenversicherern der Stichprobe auf deutsch, französisch und italienisch hergestellt, hierunter befinden sich alle grossen Versicherer. Lediglich 6 kleine Versicherer, die einen stark regionalen Bezug haben, bieten ihre Informationen lediglich auf deutsch bzw. französisch an.

Internet / Telefon-Hotline

Sonstige Informationskanäle, die die Krankenkassen ihren Mitgliedern, aber auch den übrigen Interessenten anbieten, sind vor allem das Internet sowie telefonische Beratungsmöglichkeiten (Telefon-Hotline). Auch wenn das Internet nach wie vor nur von einer begrenzten Anzahl von Versicherten als Informationsquelle genutzt wird, besitzen mittlerweile 16 der 23 untersuchten Versicherer, darunter fast alle Versicherer ab einer Grösse von 50'000 Mitgliedern ein solches Informationsangebot. Die kleinen Versicherer unserer Stichprobe mit weniger als 10'000 Mitgliedern scheuen hingegen diesen Aufwand. Das Angebot, sich über eine Telefon-Hotline direkt und unentgeltlich beim Versicherer zu informieren, haben nur drei grosse Versicherer eingerichtet.

Information bei Einführung des KVGs

Zusätzlich zu den Informationen, die im Jahr 1999 gegeben wurden, wollten wir wissen, ob die Versicherten vor oder bei Einführung des KVGs 1996 von ihrer Krankenkassen umfassend über die Neuerungen des Gesetzes informiert wurden. Die Befragung hat ergeben, dass das Informationsverhalten der Versicherer in diesem Punkt insgesamt als zurückhaltend beschrieben werden kann. Nur 5 der 23 antwortenden Versicherer haben anlässlich der Einführung des KVGs eine Informationsbroschüre an die Haushalte ihrer Mitglieder verschickt. Hierbei handelte es sich entweder um ein eigenes Erzeugnis oder um die vom Kondordat der Schweizerischen Krankenversicherer (KSK) erstellte Broschüre (siehe Punkt 4.4). Alternativ oder auch zusätzlich zu den Broschüren informierten in den Jahren 1995/96 drei Krankenkassen in mehreren Artikeln ihrer Mitgliederzeitschrift über die wesentlichen Gesetzesänderungen. Insgesamt wurden 1995/96 nur 37 % der Versicherten von ihren Versicherern mit grundlegenden Informationen versorgt. Die Versicherten müssen folglich im wesentlichen andere Quellen genutzt haben, um sich über das Gesetz zu informieren. Die an alle Haushalte verschickte Broschüre des BSV (s.o.) dürfte neben den Medien die Hauptinformationsquelle gewesen sein.

4.2 Inhaltsanalyse der Mitgliederzeitschriften

Wie bereits geschildert, sind die Mitgliederzeitschriften ein weit verbreitetes Informationsmedium für die Krankenversicherten: 19 der 23 Versicherer unserer Stichprobe verschicken Zeitschriften an ihre KundInnen, der Verbreitungsgrad liegt damit bei 94 % der Versicherten. Die folgende Analyse gibt einen Überblick über die Informationsinhalte dieser Publikationen. Insgesamt wurden 79 Zeitschriftenausgaben mit dem Ziel ausgewertet, die Häufigkeit des Auftretens einzelner Informationsinhalte und damit die **Informationsschwerpunkte** der Versicherer im Berichtsjahr 1999 zu ermitteln. Da der Fokus dieser Untersuchung auf Informationen zum Krankenversicherungsgesetz liegt, werden Artikel mit gesundheitserzieherischen oder freizeitorientierten Inhalten nicht mit in die Analyse einbezogen. Der folgende Abschnitt ist daher nach den folgenden drei relevanten Themenbereichen gegliedert:

- Informationen zur Grundversicherung
- Informationen zur Zusatzversicherung
- sonstige Themen.

Insgesamt sind diesen Themenbereichen 228 Artikel zuzuordnen. Die Übersichten 4.3 bis 4.5 verdeutlichen die inhaltliche **Schwerpunktsetzung** in den untersuchten Zeitschriften. Um zu berücksichtigen, dass einzelne Themen im Laufe des Berichtsjahres mehrfach aufgegriffen werden, wird die Anzahl der berichtenden Krankenkassen zusammen mit der Anzahl der Artikel aufgeführt.

Informationen zur Grundversicherung

Von den insgesamt 78 Artikeln, die dem Themenkomplex Grundversicherung zuzuordnen sind, fielen mit 31 die meisten auf das Thema **Prämien in der Grundversicherung** und hier vor allem auf Erläuterungen zur Prämienentwicklung. **Prämienübersichten** nach Kantonen werden hingegen selten, Prämienvergleiche zwischen Kassen gar nicht gegeben. Über die Gestaltung der Prämien durch die Wahl einer höheren **Franchise** wird 11mal geschrieben.

Weitere 23 Artikel besprechen die **neuen Versicherungsmodelle** mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer, dies zumeist im Zusammenhang mit eigenen Angeboten der jeweiligen Versicherungen.

Durch das relativ häufige Aufgreifen der Themen Prämien und Versicherungsmodelle wird deutlich, dass es sich hierbei um zwei wesentliche Punkte handelt, mit denen Versicherungen ihre **Aussendarstellung** betreiben und ihren Kundenstamm an sich binden wollen. Das Thema **Freizügigkeit** in der Grundversicherung spielt daher in den Mitgliederzeitschriften mit insgesamt 5 Artikeln nur eine sehr untergeordnete Rolle. Die Möglichkeit, Grund- und Zusatzversicherungen bei verschiedenen Kassen abzuschliessen wurde in den untersuchten Mitgliederzeitschriften gar nicht erwähnt.

Insgesamt 19 Artikel informierten über das **Leistungsangebot in der Grundversicherung**. Neben allgemeinen Informationen über das Leistungsspektrum standen hier Informationen zu den neu aufgenommenen **komplementärmedizinischen Leistungen** im Vordergrund.

Übersicht 4.3: Informationen zur Grundversicherung

Informationen zum Thema ...	Anzahl der Artikel	Anzahl der berichtenden Kassen
... Leistungen der Grundversicherung:	19	
• Allgemeine Informationen über das Leistungsspektrum	7	6
• Informationen zum Leistungskomplex Komplementärmedizin	12	9
... Prämien in der Grundversicherung:	31	
• Prämienübersichten nach Kantonen	2	2
• Erläuterung der Prämienentwicklung	18	11
• Wahlmöglichkeit der Franchise	11	10
... Freizügigkeit/Kündigungsfristen in der Grundversicherung:	5	4
... neue Versicherungsmodelle:	23	
• Davon allgemeine Informationen	4	4
• Informationen über versicherungseigene Produkte	19	11
Informationen zur Grundversicherung insgesamt:	78¹⁾	

1) Insgesamt ausgewertete Artikel: 228.

Informationen zur Zusatzversicherung

Wie Übersicht 4.4 zu entnehmen ist, nutzten die Krankenversicherer ihre Mitgliedszeitschriften 1999 in relativ grossem Umfang dazu, um über den Bereich der Zusatzversicherungen zu informieren. 36 von 45 Artikeln, die in dieses Informationsgebiet fallen, befassen sich mit den **Leistungspaketen**, sei es in Form allgemeiner Übersichten oder in Form von Einzelartikeln. Letztere beziehen sich hauptsächlich auf das Angebot von **Reisezusatz-** und **Hotelversicherungen**. Die im Zusammenhang mit den Spitalzusatzversicherungen wichtige Information über die **Spitäler**, bei denen die Leistungen der Zusatzversicherung überhaupt in Anspruch genommen werden können (Spitallisten), werden in 14 Artikeln gegeben.

Über die Prämien im Bereich der Zusatzversicherungen wird im Gegensatz zum Grundversicherungsbereich sehr zurückhaltend informiert. Nur zwei Artikel geben **Prämienübersichten** für Produkte aus der Zusatzversicherung. Auch die Abstufung der Prämien nach **Risiko-**, sprich **Altersgruppen** wird insgesamt in nur drei Artikeln thematisiert.

Das Thema **Kündigung einer Zusatzversicherung** wird von den Versicherern ebenfalls sehr zurückhaltend behandelt. Es lassen sich in den untersuchten Zeitschriften nur vier entsprechende Artikel finden.

Übersicht 4.4: Informationen zur Zusatzversicherung

Informationen zum Thema ...	Anzahl der Artikel	Anzahl der berichtenden Kassen
... Leistungen der Zusatzversicherungen:	34	
• Allgemeine Informationen über das Leistungsspektrum	6	6
• Informationen zur Reisezusatzversicherung	8	8
• Informationen zur Hotelversicherung	6	3
• Spitallisten	14	9
... Prämien der Zusatzversicherungen:	5	
• Prämienübersichten	2	2
• Erläuterungen der Prämien-/Risikogruppen	3	3
... Kündigungsfristen in der Zusatzversicherung:	4	4
Informationen zur Zusatzversicherung insgesamt:	43¹⁾	

1) Insgesamt ausgewertete Artikel: 228.

Sonstige Themen

Gesundheitspolitische Themen, die von ihrem Informationsgehalt nicht unmittelbar den Versicherungsschutz der Mitglieder tangieren, wurden in den untersuchten Zeitschriften in grossem Umfang aufgegriffen. Die Themenpalette ist breit gestreut. Zahlreiche Artikel befassten sich mit allgemeinen Informationen zum KVG indem sie die gesundheitspolitische Auseinandersetzung zwischen den Parteien oder die Gesetzesrevision dokumentierten bzw. kommentierten. Themen, die vereinzelt aufgegriffen wurden, sind die Aufhebung des Kontrahierungszwangs, die Veränderung des Grundleistungskatalogs und die Rückerstattungspflicht neuer Medikamente sowie die Spitalfinanzierung, das Heilmittelgesetz oder auch die Neuausrichtung des Risikostrukturausgleichs und der Tarifordnung für ärztliche Leistungen. Der Schwerpunkt im Themenkomplex Gesundheitspolitik lag aber bei der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. Allein hierüber wurde 1999 in 13 Mitgliederzeitschriften insgesamt 28 mal berichtet.

In acht Mitgliederzeitschriften werden die Patientenrechte thematisiert. Insgesamt 18 Artikel geben sowohl allgemeine Informationen über **Patientenrechte** als auch Beispiele aus der aktuellen **Rechtsprechung**. Nur dreimal wird hingegen auf **Patientenorganisationen** hingewiesen, an die sich die Versicherten wenden können. Der **Ombudsmann** der gesetzlichen Krankenversicherung wurde nur einmal erwähnt.

Die individuelle **Prämienvorbilligung** für einkommensschwache Haushalte ist 8 mal Thema von Zeitschriftenartikeln. Auf Möglichkeiten, über **kostensparende Massnahmen** individuell Einfluss auf die Versicherungs- und Gesundheitskosten zu nehmen, wird insgesamt in 28 Artikeln hingewiesen. Die Versicherungen informieren z.B. über die Verwendung von Generika anstatt von Originalpräparaten, über ambulante Operationen, Hausgeburten oder die Gewährung von Rabatten bei geringer Inanspruchnahme von Spitalzusatzversicherungen etc.

Übersicht 4.5: Sonstige Themen

Informationen zum Thema ...	Anzahl der Artikel	Anzahl der berichtenden Kassen
... Gesundheitspolitik allgemein:	49	
• Informationen zum Krankenversicherungsgesetz allgemein (Parteipolitik, Revision etc.)	14	7
• Aufhebung des Kontrahierungszwangs , Veränderung des Grundleistungskatalogs , Rückerstattungspflicht neuer Medikamente , Spitalfinanzierung , Heilmittelgesetz , Neuausrichtung des Risikostrukturausgleichs , Tarifordnung für ärztliche Leistungen	7	7
• Informationen zur Kostenentwicklung im Gesundheitswesen	28	13
... Patientenrechte:	22	
• Allgemeine Rechtsauskünfte , aktuelle Rechtsprechung	18	8
• Hinweise auf Patientenorganisationen	3	3
• Hinweise auf den Ombudsmann der gesetzlichen Krankenversicherung	1	1
... individuelle Prämienverbilligung:	8	5
... individuelle Möglichkeiten zur Kosteneinsparung:	28	11
Sonstige gesundheitspolitische Themen insgesamt:	107¹⁾	

1) Insgesamt ausgewertete Artikel: 228.

4.3 Testlesen der Mitgliederzeitschriften

Im vorhergehenden Abschnitt wurden die thematischen Schwerpunkte der Mitgliederzeitschriften ermittelt. Um nun Anhaltspunkte darüber zu erhalten, ob diese Schwerpunkte sowie die Art und Weise der Informationsaufbereitung den **Informationsbedürfnis der Versicherten** entsprechen, haben wir 6 zufällig ausgewählte Männer und 8 Frauen im Alter von 24 bis 46 Jahren einen Jahrgang einer Zeitschrift lesen lassen. Von den 14 TestleserInnen waren vier AkademikerInnen und zehn NichtakademikerInnen. Insgesamt kursierten vier Zeitschriftensätze à 4 Ausgaben. Zwei der Sätze waren von Krankenkassen mit über 200'000 Mitgliedern und jeweils einer von Kassen mit 10'000 bis 50'000 bzw. 50'000 – 100'000 Mitgliedern. Im Anschluss an die Lektüre baten wir die Probanden, in einem kurzen Gespräch Aussagen darüber machen,

- welche Themen für sie besonders interessant gewesen sind,
- ob sie sich aufgrund der Zeitschriftenlektüre umfassend über die Bestimmungen des KVGs informiert fühlen,

-
- ob die gegebenen Informationen zum KVG ansprechend und verständlich aufbereitet waren,
 - welche Informationen zusätzlich zu den bereits in den Zeitschriften enthaltenen gegeben werden sollten und
 - wie die jeweilige Broschüre am ehesten zu charakterisieren ist (hier standen die Attribute allgemein-informativ, speziell-aufklärend, glaubwürdig, werbelastig und wenig sachbezogen zur Auswahl).

Zur Auswertung der Gespräche wurden Antwortkategorien gebildet und die Aussagen der ProbandInnen wurden einer oder mehrerer dieser Kategorien zugeordnet. Auf diese Weise zeigt sich, dass der **Interessenschwerpunkte** der TestleserInnen bei den Themen Ernährung, Sport, Freizeit und sonstige Gesundheitstipps liegen. KVG-Themen, der Versicherungsschutz, Versicherungsprodukte, Spartipps oder die Prämienentwicklung treffen ebenso wie Themen aus dem Bereich Gesundheitspolitik auf ein geringeres Interesse.

Die **sprachliche Aufbereitung** der Artikel zum KVG wird von allen ProbandInnen positiv bewertet. Angemerkt wurde in diesem Zusammenhang allerdings, dass die Texte teilweise zu sehr mit Layout überfrachtet seien, was die Lesbarkeit beeinträchtigt. Weiterhin sei es zur schnelleren Informationsvermittlung hilfreich, Kurzzusammenfassungen zu erstellen.

Trotz der allgemein guten Verständlichkeit beurteilten nur wenige TestleserInnen den **Informationsgehalt** der Artikel zum KVG positiv. Die gemachten Einschränkungen reichen bis zu der Aussage, überhaupt nicht gut informiert zu werden. Den ProbandInnen fehlten vor allem kassenunabhängige Informationen wie z.B. Leistungsvergleiche zwischen Krankenkassen, Hinweise auf das Kündigungsrecht der Versicherten oder auf Patientenrechte. Des Weiteren wird mehr Aufklärung über das Leistungsspektrum in der Grund- und Zusatzversicherung und die Prämien – vor allem für Zusatzversicherungen – gewünscht. Verweise auf weiterführende Informationsquellen (Adressen, Literatur, Internet etc.) wurden allgemein als nützlich angesehen.

Der **Gesamteindruck** der Broschüren wurde von den meisten TestleserInnen als allgemein-informativ bezeichnet. Ein speziell-aufklärenden Charakter wurde ihnen von keiner Person zugesprochen. Die Attribute glaubwürdig, werbelastig und wenig sachbezogen wurden je zweimal genannt.

Die meisten TestleserInnen machten in dem Gespräch über die Mitgliederzeitschriften noch zusätzliche **Anmerkungen** über ihre Informationsgewohnheiten und ihre Erwartungen. So wurde mehrmals gesagt, dass man Mitgliederzeitschriften i.d.R. nicht aufmerksam lese. Begründet wurde das zum einen damit, dass die Zeitschriften nicht ansprechend, zum Teil zu altbacken und zu konservativ sowie in ihrem Themenangebot zu beliebig und zu allgemein seien. Andererseits wurde öfter gesagt, dass die Mitgliederzeitschriften ohnehin nur eine Informationsquelle unter vielen

sein könnten, um sich umfassend zu informieren. Die Veröffentlichung von Leistungs- und Prämienvergleichen zwischen Kassen könne man von einer Kasse z.B. nicht erwarten, solche Informationen müssen über die Tagespresse oder das BSV gegeben werden. Darüber hinaus werden spezielle Informationen über Leistungen, Kündigungsbestimmungen o.ä. im Bedarfsfall eher telefonisch oder persönlich im direkten Beratungsgespräch bei der jeweiligen Kasse erfragt. Mitgliederzeitschriften werden somit nicht unbedingt und schon gar nicht ausschliesslich als Informationsträger über die Bestimmungen des KVGs, sondern eher als eine Art Gesundheitsmagazin gesehen.

4.4 Das Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer

Der Informationspflicht der Krankenversicherer kann auch durch das Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (KSK) nachgekommen werden. Momentan sind beim KSK folgende **Broschüren** erhältlich:

– **1 x 1 der Krankenversicherung**

Die Broschüre richtet sich in erster Linie an Jugendliche in Ausbildung. Sie erschien im Herbst 1998 mit einer Auflage von 30'000 Exemplaren auf deutsch und im Frühjahr 1999 mit einer Auflage von 8'000 Exemplaren auf französisch.¹ Als Klassensatz bis zu 25 Expl. und als Einzelexemplar ist sie gratis erhältlich, zusätzliche Einzelexemplare werden mit je Fr. 1.-- berechnet. Für Lehrer gibt es ein Begleitpaket mit Hintergrundinformationen und Folienvorlagen zum Preis von Fr. 18.- .

Die Broschüre ist nach fünf Fragebereichen gegliedert:

- Wie gut soll ich mich versichern?
- Welche Krankenversicherung soll ich wählen?
- Wie senke ich meine Prämie?
- Stimmt die Rechnung?
- Wie bleibe ich gesund?

– **Handbuch der Schweizerischen Krankenversicherung 2000**

Das Handbuch ist ein Nachschlagewerk für alle, die beruflich oder aus anderen Interessen mit dem Schweizerischen Krankenversicherungswesen zu tun haben. Es ist in einen Verbands- und einen Gesetzesteil untergliedert. Der Verbandsteil beinhaltet u.a. Zahlen zur sozialen Krankenversicherung in der Schweiz, Verzeichnis der Konkordatsorgane, der angeschlossenen Verbände

¹ Zahlen zur tatsächlichen Distribution liegen nicht vor.

und weiterer Institutionen. Die Konkordatsmitglieder sind mit Detailangaben aufgelistet, ebenso Gruppierungen von Krankenversicherern und die Statuten und Reglemente des KSK. Im Gesetzesteil finden Sie u.a. die Bundesgesetze und Verordnungen zur Kranken- und Unfallversicherung (z.B. das KVG).

Das Handbuch der Schweizerischen Krankenversicherung ist in Deutsch und Französisch zum Preis von Fr. 29.- erhältlich.

– **Zahlen & Fakten im Gesundheitswesen**

Diese Gratispublikation ist in einer Stärke von 30'000 Exemplaren auf deutsch und 8'000 Exemplaren auf französisch aufgelegt worden. Sie erscheint zweimal pro Jahr und informiert vor allem über die Kosten- und Prämienentwicklung. Mit diesen Informationen möchte sie sowohl Multiplikatoren wie z.B. Versicherungsangestellte, Behörden, PolitikerInnen und LehrerInnen aber auch die interessierte Bevölkerung erreichen.

– **Brennpunkt/Gesundheitspolitik**

In erster Linie ist diese Publikation für PolitikerInnen, Medienleute und Kader der Krankenversicherer gedacht. Sie erscheint 4mal pro Jahr in Loseblattform und wird gratis verbreitet.

– **KSK-Aktuell und Rundschreiben**

Beide Publikationen sind ebenfalls für Multiplikatoren gedacht.

Neben diesen aktuellen Veröffentlichungen wurden vom KSK weiterhin herausgegeben:

– **Der Durchblick – Das neue Krankenversicherungsgesetz KVG**

Erscheinungsdatum: Herbst 1995, Auflage: 2'335'915 (deutsch 1.66 Mio., französisch 0.49 Mio., italienisch 0.184 Mio.)

– **Ist das nötig? – Kostenspartipps**

Erscheinungsdatum: September 1996, Auflage: 686'950 (deutsch 429'160, französisch 200'070, italienisch 57'720)

Die KSK-Materialien sind also nur zum Teil an „EndverbraucherInnen“ adressiert. Die tatsächliche Verbreitung der Informationen für Versicherte ist nicht bekannt.

4.5 Zusammenfassung

Um die Informationen durch die **Versicherer** zu erfassen wurden die Mitgliederzeitschriften oder ähnliche Publikationen und sonstige den Versicherten zugehende Un-

terlagen bei allen grossen Versicherern und einer Stichprobe mittlerer und kleiner für das Jahr 1999 ausgewertet. Der grösste Teil der Versicherten erhält mehrmals jährlich eine Mitgliederzeitschrift ihrer Krankenkasse, lediglich einige kleinere Versicherer verzichten auf ein solches Organ. Eine Mehrheit der Versicherten erhält auch Leistungsübersichten der eigenen Krankenkasse. Die durchgeführte Inhaltsanalyse der Mitgliederzeitschriften bezog sich nur auf Informationen zur Krankenversicherung; die, in den meisten Zeitschriften dominierenden, Artikel mit gesundheitserzieherischen oder freizeitorientierten Inhalten wurden nicht einbezogen. Die Inhalte lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Im Zusammenhang mit **der Grundversicherung** werden am häufigsten die Prämien thematisiert, insbesondere als Erläuterung zur Prämienentwicklung. Prämienvergleiche/-übersichten kommen jedoch so gut wie nicht vor. Relativ häufig wird über die (selbst angebotenen) Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer und auch noch über die Sparmöglichkeiten durch Wahl einer höheren Franchise berichtet. Auch das Leistungsangebot in der Grundversicherung ist häufig Thema, vorallem im Zusammenhang mit der Änderung bei der Komplementärmedizin. Ganz selten nur wird über die Freizügigkeit berichtet. Auch die neuen Versicherungspolice oder die Begleitschreiben dazu enthalten nur in einer Minderheit der Fälle Hinweise auf die **Kündigungsmöglichkeiten**.
- Häufig berichtet wird auch über die Leistungspakete in der **Zusatzversicherung**, nicht erstaunlich, da es sich doch um Werbung für diese Produkte handelt. Kosten- resp. Prämienübersichten für diese Produkte fehlen jedoch fast ganz; auch die Prinzipien der risikoabhängigen Prämiengestaltung werden nur in Ausnahmefällen dargelegt. Genauso zurückhaltend wird das Thema Kündigung behandelt.
- Gesundheitspolitische Themen nehmen einen breiten Raum ein: Revision des KVG, Auseinandersetzungen zwischen den Parteien, Spitalfinanzierung, Kostensteigerungen im Gesundheitswesen, neuer Arzttarif ect.
- Patientenrechte und Versichertenschutz werden gelegentlich thematisiert; nur in drei der insgesamt ausgewerteten 228 Artikel findet sich aber ein Hinweis auf den Ombudsmann der sozialen Krankenkassen.
- Nur wenige Versicherer haben im Zusammenhang mit der Einführung des KVG eine Informationsbroschüre versandt und auch nur einige haben in ihren Mitgliederzeitschriften umfassend informiert.

Es ist offenkundig und auch gar nicht überraschend, dass durch die Versicherer zwar partielle Informationen über die Krankenversicherung vermittelt werden, aber keine neutralen, Markttransparenz schaffenden.

5. Die LeistungserbringerInnen

Es ist bekannt, dass sich viele PatientInnen in konkreten Behandlungsfällen mit Fragen ihres persönlichen Versicherungsschutzes an ihren Arzt bzw. ihre Ärztin wenden. Um zu ermitteln, in welchem Umfang und mit welchen Frageschwerpunkten dies geschieht, haben wir eine E-Mail-Befragung unter AllgemeinmedizinerInnen und HausärztInnen durchgeführt. Auch wenn mit dem Ergebnis der Befragung keinerlei Anspruch auf Repräsentativität erhoben werden kann, rechtfertigt die Absicht, einen exemplarischen Eindruck vom Praxisalltag der ÄrztInnen zu bekommen diese Vorgehensweise. Die Resultate der Befragung werden unter Punkt 5.1 dargestellt.

Das Informationsangebot, das die Landesvertretungen an die Ärzteschaft richten, soll Anhaltspunkte darüber geben, welche Beratungsleistungen von ÄrztInnen bei Fragen der PatientInnen zum KVG erwartet werden können. Hierfür wurden ExpertInnengespräche mit VertreterInnen der Verbindung der Schweizer Ärzte FMH, den kantonalen Ärztesellschaften Bern, Basel-Stadt, Aargau und Luzern, mit den Schweizerischen Gesellschaften für Inner- und Allgemeinmedizin geführt und zugesandtes Material ausgewertet. Weiterhin wurden der Krankenhausverband H + Die Spitäler der Schweiz sowie vier Krankenhausverwaltungen kontaktiert um zu erfahren, wieweit die Spitäler Informationen zum KVG an die PatientInnen weitergeben. Gespräche mit ApothekerInnen und dem Spitex Hauptverband runden das Bild über die Informationsaktivitäten der LeistungserbringerInnen ab.

5.1 Die niedergelassenen ÄrztInnen

ÄrztInnenbefragung

Mit der ÄrztInnenbefragung wurde beabsichtigt, auf möglichst unaufwendigem Wege einen Eindruck davon zu bekommen, in welcher Häufigkeit niedergelassene ÄrztInnen mit den Fragen von PatientInnen zu einzelnen Belangen des KVGs konfrontiert werden und welche Informationsquellen sie nutzen, um in solchen Situationen kompetent beraten zu können. Per E-Mail wurden 162 AllgemeinmedizinerInnen in den Kantonen Bern (38), Basel-Stadt und Basel-Land (19), Solothurn, Aargau und Zug (zusammen 31), Luzern (14) sowie Zürich (60) angeschrieben. Die Adressen wurden einem Internetverzeichnis, das neben den Praxis- auch die E-Mail-Adressen aufführt, entnommen.¹ Der Abdeckungsgrad des Verzeichnisses liegt bei ca. 70 % der in der Schweiz praktizierenden ÄrztInnen.

¹ <http://www.doktor.ch>. Alle in den genannten Kantonen niedergelassenen dort verzeichneten AllgemeinärztInnen wurden einbezogen.

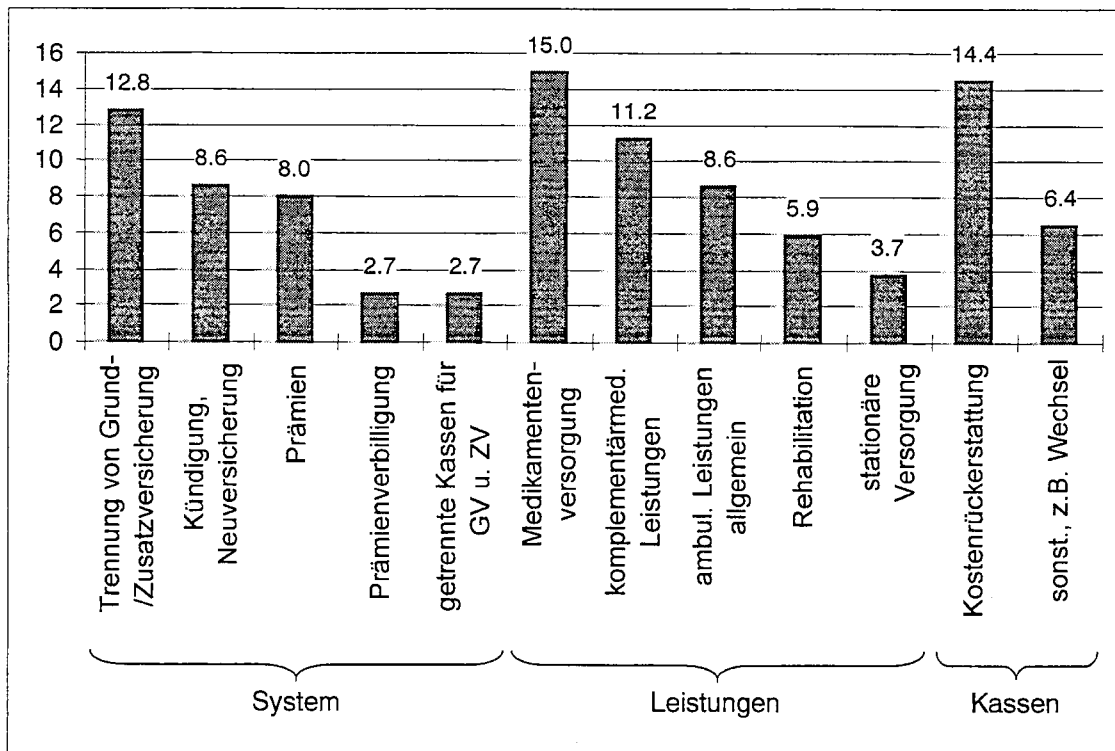
Die MedizinerInnen wurden über das Anliegen dieser Studie unterrichtet und gebeten, in dem beigefügten, bewusst kurz gehaltenen Fragebogen die Häufigkeit des Auftretens entsprechender Fragen pro Monat anzugeben sowie die Frageschwerpunkte der PatientInnen in einer gegebenen Auswahl von Themenfeldern zu markieren. Hierbei hatten sie die Möglichkeit, Mehrfachnennungen zu machen. Schliesslich baten wir darum, die verwendeten Informationsquellen anzugeben. Der ausgefüllte Bogen sollte dann per E-Mail oder Fax an uns zurückgeschickt werden. Der Rücklauf lag mit 38 Fragebögen bei 23.5 % der Stichprobe. Im einzelnen antworteten aus dem Kanton Bern 7, den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Land zusammen 10, den Kantonen Solothurn, Aargau und Zug zusammen 8, dem Kanton Luzern 3 sowie aus Zürich 10 der angeschriebenen ÄrztInnen.

97 % der antwortenden ÄrztInnen gaben an, dass sie regelmässig von ihren PatientInnen zum KVG um Rat gefragt werden. Die am meisten gegebene Antwort auf die Frage nach der **Häufigkeit** des Vorkommens solcher Fragen war 10 mal pro Monat. Im Durchschnitt werden die ÄrztInnen 13 mal pro Monat von ihren PatientInnen wegen Versicherungsangelegenheiten befragt.

Die Frage nach den **Schwerpunkten der PatientInnenfragen** erbrachte insgesamt 187 Nennungen. Ihre Verteilung über die aufgelisteten Themenbereiche ist in Übersicht 5.1 dargestellt. Danach ist das Thema Trennung von Grund- und Zusatzversicherung für 13 % der ÄrztInnen einer der Schwerpunkte der PatientInnenfragen. 9 % der ÄrztInnen gaben an, dass sie häufig Auskünfte zur Kündigung der Krankenversicherung und zur Wahl des neuen Versicherers geben müssen und 8 % zählten Fragen zu den Versicherungsprämien zu den häufig gestellten. Die individuelle Prämienverbilligung und die Möglichkeit, sich bei verschiedenen Kassen im Grund- und Zusatzbereich versichern zu lassen, nannten jeweils nur 3 % der befragten ÄrztInnen als häufig vorkommende Fragen.

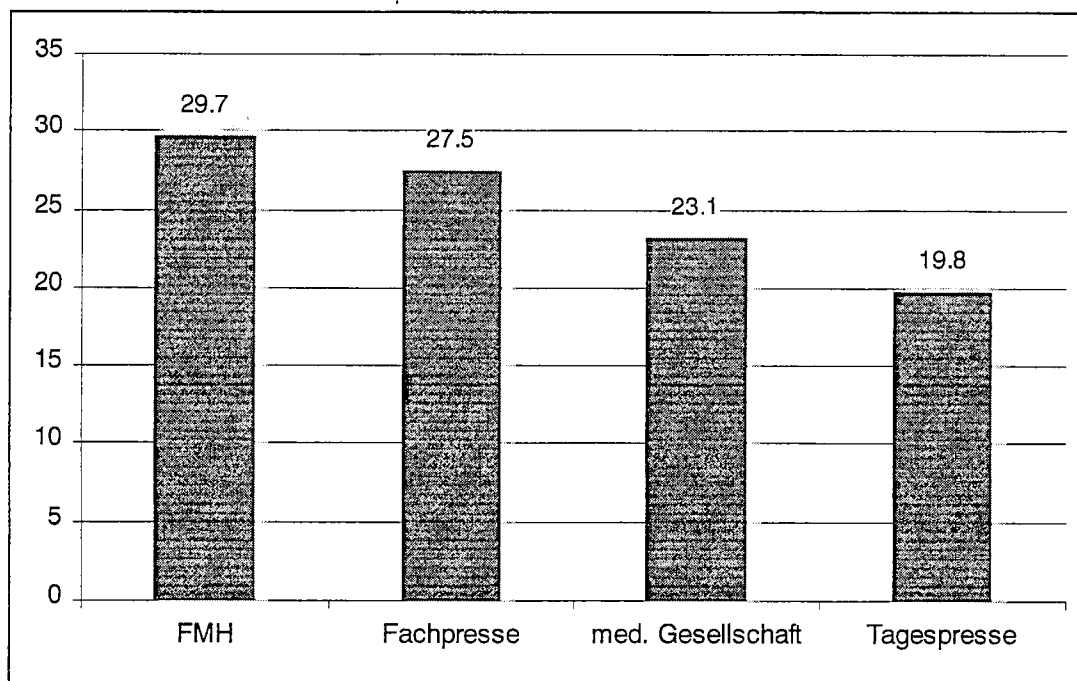
Im Bereich der Versicherungsleistungen betrifft der deutlichste Frageschwerpunkt mit 15 % der Nennungen den Bereich der Medikamentenversorgung (Rückerstattung bzw. Selbstbehalt), gefolgt von speziellen Fragen zu komplementärmedizinischen Leistungen und allgemeinen Fragen zur ambulanten Versorgung. Auskünfte zu Rehabilitation und zur stationären Versorgung werden von 6 bzw. 4 % der ÄrztInnen häufig gegeben.

Schliesslich werden ÄrztInnen von ihren PatientInnen auch zu Rate gezogen, wenn Schwierigkeiten mit der Krankenkasse auftreten. 14 % der MedizinerInnen geben an, dass es in diesem Zusammenhang häufig um Probleme bei der Rückerstattung von Kosten geht. Sonstige Auskünfte, z.B. im konkreten Fall des Kassenwechsels, müssen 6 % der ÄrztInnen häufig geben.

Übersicht 5.1: Schwerpunkte der Fragen von PatientInnen in % aller Nennungen

prognos 2000

Wie aus Übersicht 5.2 zu ersehen ist, nehmen 30 % der ÄrztInnen die Angebote der FMH als **Informationsquelle** in Sachen Krankenversicherungsgesetz wahr. Ausserdem informieren sich 28 % in der Fachpresse sowie 23 % bei den medizinischen Gesellschaften. Die Tagespresse ist für 20 % der antwortenden MedizinerInnen eine regelmässige Informationsquelle für Versicherungsfragen.

Übersicht 5.2: Informationsquellen der ÄrztInnen

prognos 2000

Verbindung der Schweizer Ärzte FMH

Nach Auskunft der Verbindung der Schweizer Ärzte FMH wird in den Gremien des Verbandes etwa die Hälfte der Zeit dem KVG gewidmet. Es finde eine detaillierte Diskussion aller Aspekte statt, auch die Folgen des Gesetzes für die Versicherten sind regelmässig ein eigener Tagesordnungspunkt.

Ihren Niederschlag finden solche Diskussionen in Artikeln der Ärztezeitung sowie in einem umfangreichen Internet-Angebot der FMH, das Auskunft zu grundlegenden und aktuellen Fragen des Krankenversicherungsgesetzes gibt. Neben einem Kommentar zum KVG und Erläuterungen gerichtlicher Entscheide gibt eine Sammlung häufig gestellter Fragen ausführlich und praxisnah Auskunft über konkrete Behandlungs- und Versicherungsfragen.

Des weiteren werden viele Anfragen telefonisch an die FMH heran getragen, dies in erster Linie von ÄrztInnen aber auch von PatientInnen und JournalistInnen. Nach Schätzungen der FMH betreffen etwa die Hälfte der eingehenden Anfragen versichertenrelevante Belange des KVGs, so z.B. die Kostenerstattung von Physiotherapie, Komplementärmedizin, ausserkantonaler Hospitalisation, ambulanter Privatbehandlung oder auch die Rolle und Befugnisse von VertrauensärztInnen der Versi-

cherungen.¹ Allerdings haben die grundlegenden Fragen zum Versicherungssystem deutlich abgenommen, der Informationsstand der ÄrztInnen kann nach Auskunft der FMH als gut bezeichnet werden. Bei Einführung des KVGs wurde die Ärzteschaft auf die Broschüre des BSV hingewiesen, um sich grundlegend zu informieren. Die Resonanz hierauf sei gut gewesen. Heute stehen vielmehr spezielle Behandlungsfälle und oftmals Konflikte über die Leistungserstattung durch die Versicherungen im Vordergrund der Anfragen. Als ein grundlegendes Problem erscheint in diesem Zusammenhang, dass der Pflichtleistungskatalog in der Grundversicherung nicht eindeutig festgelegt ist und die enge Auslegung der Rückerstattungspflicht durch viele Versicherungen den ÄrztInnen eine umständliche Begründungsprozedur aufnötigt. An die FMH herangetragene Klagen von PatientInnen beziehen sich oftmals darauf, dass sich MedizinerInnen schliesslich weigern, bestimmte Medikamente zu verschreiben, weil sie wissen, dass sie von der Krankenkasse der Betroffenen nicht erstattet werden.

Dem informellen Austausch der ÄrztInnen kommt laut FMH ebenfalls eine grosse Bedeutung zu, was die Aufklärung über PatientInneninteressen angeht.

Auswertung Schweizerische Ärztezeitung

Die Schweizerische Ärztezeitung erschien 1999 in 50 Ausgaben. Entgegen dem oben gegebenen Hinweis auf das häufige Aufgreifen von Themen des KVGs, die die Versicherten betreffen, ergibt die Auswertung der Inhaltsverzeichnisse der einzelnen Ausgaben, dass das zu untersuchende Thema im vergangenen Jahr nur eine marginale Rolle spielte. Unter der Rubrik „Politik, Ökonomie und Recht“ finden sich zwar Artikel zum KVG, allerdings setzte im vergangenen Jahr die Diskussion um die Neuordnung des ärztlichen Vergütungssystems (GRAT/INFRA) als unmittelbare Folge der Gesetzgebung den Schwerpunkt. Den Überschriften nach zu urteilen, wurden PatientInnenthemen gar nicht in eigenen Artikeln besprochen. Allenfalls werden sie z.B. im Zusammenhang mit der Umsetzung der FMH-Richtlinien für ärztliche Werbung und Information, in Berichten über alternative Versorgungsmodelle u.ä. angeschnitten.

Die Schweizerische Ärztezeitung war 1999 somit auch keine Informationsquelle für Fragen zur gesetzlichen Krankenversicherung. Da allerdings in den 1998 erschienen Ausgaben sehr wohl diesbezügliche Themen behandelt wurden, liegt der Schluss nahe, dass die Aktualität dieser Themen 1998 grösser war als 1999.

1 Präzise Auswertungen der telefonischen Anfragen liegen der FMH nicht vor.

Orientiert man sich am Jahresinhaltsverzeichnis 1998, so sind die für die gegebene Fragestellung einschlägigen Stichworte:

- Krankenkassen
- Krankenzusatzversicherungen
- KVG
- Zusatzversicherung
- Gesundheitskosten

Unter diesen Stichworten sind 21 Artikel zu finden, die patientInnen-/versichertenrelevante Themen des KVG aufgreifen, z.B. Versicherungstarife und –rabatte, modulare Versicherungskonzepte, Angebote bestimmter Versicherer, alternative Versorgungsmodelle, Gesetzgebung und Teilrevisionen usw.

Kantonale Ärztesellschaften

Die Gespräche mit den kantonalen Ärztesellschaften Bern, Basel-Stadt, Aargau und Luzern ergaben, dass in den dortigen Gremien das KVG in seinen Auswirkungen auf die Versicherten keine grosse Beachtung finden. Im Mittelpunkt der Arbeit steht die standespolitische Vertretung der Ärzteschaft. Informationsangebote für die ÄrztInnen richten sich dementsprechend auf die tätigkeitsbezogenen, gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Interessen der ÄrztInnen.

Von der Ärztesgesellschaft Aargau wurde mitgeteilt, dass das KVG in seinen Auswirkungen auf die Versicherten bei Einführung des Gesetzes diskutiert wurde, momentan bestehe aber kein weiterer Gesprächs- oder Klärungsbedarf dieser Art. Auch die anstehenden Gesetzesrevisionen werden nur im Hinblick auf die Konsequenzen für die Ärzteschaft diskutiert.

Der Ehrenrat der Ärztesgesellschaft Basel-Stadt befasst sich mit Fragen der ärztlichen Berufsausübung und in diesem Zusammenhang auch mit Konfliktfällen zwischen ÄrztInnen und PatientInnen. Er gibt Empfehlungen und kann auf Antrag der Parteien als Schiedsgericht bei zivilrechtlichen Streitigkeiten zwischen ÄrztInnen fungieren. Darüber hinaus ist die sogenannte Blaue Kommission für Tariffragen und Anliegen der PatientInnen und Versicherten zuständig. Bei der Bearbeitung dieser Themen wird des öfteren auf die Konsequenzen, die sich für die Versicherten aus dem KVG ergeben Bezug genommen.

Von allen Ärztesgesellschaften wurde mitgeteilt, dass selten Anfragen an sie gerichtet werden, die Versicherteninteressen betreffen. Sollte dies doch der Fall sein, versuche man, sie zu beantworten. In der Regel wird aber empfohlen, sich direkt an die Krankenversicherungen, den Ombudsmann oder an die Vereinigung der Schweizer Ärzte FMH zu wenden.

Informationsmaterial zum KVG wird von den kontaktierten Ärztesgesellschaften nicht zur Verfügung gestellt. Die Ärztesgesellschaft Aargau gibt zwar 5 – 6 x pro Jahr ein Rundschreiben für die Mitglieder heraus, allerdings werden dort nur standespolitische Themen behandelt. Gleiches gilt für die Kurzinformationen der Ärztesgesellschaft Bern und für die Zeitschrift MedGesFlash, das Mitteilungsorgan der Medizinischen Gesellschaft Basel. Letztere erscheint 10 – 11 x pro Jahr. Unter der Rubrik „Der Juristische Ratgeber“ werden dort nur gelegentlich Versicherungsfragen erläutert, so z.B. Kündigungsfristen, Kostenübernahme oder Selbstbehalte im Grundversicherungsbereich.

Insgesamt fühlen sich die kantonalen Ärztesgesellschaften nicht dafür zuständig, ÄrztInnen über die Bestimmungen des KVGs zu informieren. Es war die einhellige Meinung aller befragten Personen, dass die Ärzteschaft von ihnen in erster Linie die standespolitische Vertretung erwarte und sich in Versicherungsfragen in der Regel an andere Stellen wende.

Medizinische Fachgesellschaften

Bei den medizinischen Fachgesellschaften zeichnet sich das gleiche Bild wie bei den kantonalen Ärztesgesellschaften ab. Gespräche mit den für die Primärversorgung massgeblichen fachärztlichen Vertretungen, der **Schweizerischen Gesellschaften für Allgemeinmedizin** und für **Innere Medizin** ergaben, dass Versicherungsfragen nur im Zusammenhang mit den Auswirkungen für die ÄrztInnen, z.B. was ihre Leistungspflicht, die Tarifstruktur o.ä. angeht, besprochen werden. Von Seiten der Gesellschaft für Innere Medizin wird betont, dass das Engagement auf diesen Themenfeldern in den letzten 5 Jahren deutlich zugenommen habe. Von beiden GesprächspartnerInnen wurde zum Ausdruck gebracht, dass darüber sehr wohl auch Kenntnisse über das Versicherungssystem entstehen, die bei der Beantwortung von PatientInnenfragen genutzt werden können.

Als wichtige Informationsquelle für die ÄrztInnen wird wiederum die Vereinigung der Schweizerischen Ärzte FMH sowie die Informationen, die direkt von den Versicherern gegeben werden, aber auch die Tagespresse angegeben. In den eigenen Publikationen, der Schweizerischen Medizinischen Wochenschrift und der Ars Medici, sowie im eigenen Internetangebot wird hingegen vorwiegend über standespolitische Themen informiert. Die Auskunft der VertreterInnen der beiden angesprochenen medizinischen Gesellschaften, dass dies den Erwartungen der jeweiligen Zielgruppen entspreche, steht im Widerspruch zum Ergebnis der oben ausgewerteten Befragung von ÄrztInnen, in der die medizinischen Gesellschaften von 23 % der Antwortenden sehr wohl als Informationsquellen bei Fragen zum KVG angegeben wurden.

Informationsbedarf wird von beiden GesprächsteilnehmerInnen identifiziert. Im Bereich der Zusatzversicherungen und bei den neuen Versicherungsformen, die sich am Managed-Care Modell orientieren, bestehe nach wie vor auch unter den ÄrztInnen grosse Unsicherheit über Angebote und Leistungen. Allerdings seien hier in erster Linie die Versicherer gefordert, mehr Transparenz zu schaffen. Gleichwohl be-

steht seitens der Gesellschaft für Innere Medizin ein Interesse, z.B. eine Broschüre über Versicherungsfragen zu erstellen und den ÄrztInnen an die Hand zu geben. Auch spezielle Seminarangebote zum Thema würden sicherlich auf eine Nachfrage treffen.

5.2 Die Spitäler

Die Informationsaktivitäten des Krankenhausverbandes H+ Die Spitäler der Schweiz sind nach Auskunft des Verbandes ausschliesslich auf Fragen des Krankenhausmanagements ausgerichtet. Nicht das medizinische Personal sondern die Verwaltung ist die Zielgruppe ihrer Publikationen. Das spiegelt auch die Inhaltsanalyse der Zeitschrift H+ wider:

H+ erschien 1999 in 11 Ausgaben. Das Jahresinhaltsverzeichnis weist 18 Themengebiete aus:

- | | | |
|----------------------|---------------------|----------------------|
| - Bildung | - Literatur | - Qualität |
| - Editorial | - Management | - SVS aktuell |
| - Fallgruppensysteme | - Ökologie | - Tarife |
| - H+ aktuell | - Pflege | - Technologien |
| - H+ Stiftung | - Pharmazie | - Tessin |
| - Hotellerie | - Politik und Recht | - Unternehmenskultur |

Keines der Themen weist explizit auf eine Behandlung des KVG hin. Weder werden relevante Aspekte für die Krankenhausverwaltung und –ärzte noch für stationär behandelte PatientInnen als eigene Kategorie geführt.

H+ erscheint pro Heft mit einem Schwerpunktthema, das neben den wiederkehrend behandelten Themen einmalig und in mehreren Artikeln besonders ausführlich behandelt wird. 1999 gab es folgende Schwerpunktthemen:

- | | | |
|------------------------|----------------------|------------------------|
| - Ökologie | - Tar Med | - Kongress-Review: Das |
| - Strategieentwicklung | - Tessin | Spital der dritten Art |
| - Gastronomie für die | - Unternehmenskultur | - Qualitätsmanagement |
| Kunden | - Fallgruppensysteme | - H+ aktuell |
| - Spitaltarife | | |

Versicherteninformationen bezüglich des KVGs waren 1999 demnach auch nicht Gegenstand eines Schwerpunktthemas.

Auch die Durchsicht und Auswertung der Artikel und Meldungen ergibt, dass das KVG in seinen Auswirkungen für Versicherte/PatientInnen – insbesondere für stationär untergebrachte PatientInnen – im vergangenen Jahr kein Thema war.

Das KVG wurde nur im Zusammenhang mit den sich aus ihm ergebenden Auflagen für die Spitäler behandelt, und zwar im puncto

- Tarif- und Abrechnungssysteme,
- Kostenplanung/Budgetierung,
- Qualitätsmanagement und
- (alternative) Strukturen der Leistungserbringung.

Dabei handelt es sich i.d.R. um die Nennung der im KVG geregelten gesetzlichen Grundlagen für die jeweiligen Themen, ohne dass diese weiter erläutert oder diskutiert werden.

Die Informationen bezüglich des KVGs, die 1999 in H+ Die Spitäler der Schweiz verarbeitet wurden, versetzen die Leserschaft somit nicht in die Lage, etwaige PatientInnenanfragen bezüglich ihres Versicherungsschutzes in der stationären Behandlung zu beantworten. Sie orientieren sich vielmehr – entsprechend der Zielgruppe der Zeitschrift – an der für das Krankenhausmanagement relevanten Umsetzung der Gesetzgebung.

Die inhaltlichen Schwerpunkte von H+ spiegeln die Tatsache wider, dass die grundsätzlichen politischen Fragen der Finanzierung von Spitälern zwar auf der Agenda stehen, nicht aber die konkreten Vorgänge in der Schadensregulierung im Rahmen der Krankenversicherung. Letztere spielen aber im Spitalalltag eine erhebliche Rolle. Um einen Einblick zu gewinnen, in welche Weise die Spitäler in die Information der Versicherten involviert sind wurden telefonische Gespräche mit 4 Spitalverwaltungen zu folgenden Schwerpunkten geführt:

- Mit welchen Fragen zur Krankenversicherung für die PatientInnen sind die Spitäler befasst?
- Wer ist im Spital AnsprechpartnerIn, welche Rolle spielen Pflegende, ÄrztInnen und Verwaltung?
- Können die Fragen kompetent geklärt werden und welches sind die Informationsquellen?

Im Zentrum stehen die Fragen zur Versicherungsdeckung. Nach übereinstimmender Auskunft stechen zwei Beobachtungen hervor, nämlich die zunehmende Kompliziertheit der Versicherungsverhältnisse und eine sehr weit verbreitete Unkenntnis der Versicherten über ihre Versicherungsdeckung. Die stark ausdifferenzierten Pakete der Versicherer im Rahmen der Spitalzusatzversicherungen (Höhe der Franchisen, Spitallisten, Hotelversicherungen), die Vorbehalte, die Differenzierung der Leistungen

(ambulantes Operieren, Tageschirurgie), für die unterschiedliche Versicherungsdekungen existieren ebenso wie neue Verträge zwischen Kantonen mit Plafonds für Leistungsmengen, mache die Situation sehr unübersichtlich. Dies, sowie nach der Meinung der Gesprächspartner wohl noch mehr die generell geringe Bereitschaft, sich mit Fragen seiner Krankenversicherung auseinanderzusetzen, führe dazu, dass viele Versicherte keinen Überblick über ihre Versicherungsverhältnisse hätten.

- Sie seien z.B. der Meinung, privat versichert zu sein, obwohl dies gar nicht oder vielleicht nur für die Unfallversicherung zutrefte;
- Sie wüssten sehr oft nicht, welche Franchise für sie gelte;
- Dass ggf. in der Zusatzversicherung Vorbehalte existieren, nähmen sie kaum je zur Kenntnis;
- Mit den alternativen Versicherungsformen (eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer) tauchten zusätzliche Probleme auf, da sich die Versicherten der von ihnen akzeptierten Einschränkungen bei weitem nicht immer bewusst seien.

Das Hauptproblem dabei ist, dass sich die Versicherungsverhältnisse in vielen Fällen nicht vor Spitaleintritt klären lassen bzw. dass sie nicht vor Eintritt geklärt werden. Dies gilt selbstverständlich für Notfälle aber auch für viele geplante Eingriffe und Aufenthalte. Das Spital klärt von sich aus offene Fragen der Kostengutsprachen i.d.R. erst bei Spitaleintritt. Da eine solche Klärung mehrere Tage beanspruchen kann (auch viel länger, wenn die Versicherung z.B. einen Vertauensarzt einschaltet) ist meist der teure Teil des Spitalaufenthaltes (Eingriffe, Intensivstation) schon vorbei und die ggf. nicht durch die Versicherung gedeckten Kosten sind schon entstanden.

Sofern die PatientInnen keine Kostengutsprachen mitbringen, schützt das Spital seine finanziellen Ansprüche für alle Fälle ausserhalb der Grundversicherung entweder durch Depot-Leistungen der PatientInnen und/oder mindestens durch schriftliche Bestätigung der PatientInnen über ihre Versicherungsverhältnisse.

Eine Problemlösung oder Milderung sehen die Spitäler nur in einer besseren Kenntnis der Versicherten über ihre Versichertenverhältnisse, gestützt evtl. durch mehr Anstrengungen der Versicherer, die Versicherten zur rechtzeitigen Einholung von Kostengutsprachen zu animieren

In den Spitälern sind Pflegende, ÄrztInnen und die Verwaltung AnsprechpartnerInnen für die PatientInnen in Krankenversicherungsfragen. Man bemühe sich aber, das Personal dazu zu bringen, alle Anfragen an die zuständige Stelle weiterzuleiten. Nur dort sei eine kompetente Behandlung möglich; es sei nicht sinnvoll, das Personal gesamthaft zu "Experten" in diesen Fragen machen zu wollen. Ein Grundwissen, was von der Allgemeinversicherung abgedeckt sei und was nicht, müsse aber von den ÄrztInnen erwartet werden (und sei wohl auch vorhanden), da sie oft die ersten An-

sprechpartnerInnen der PatientInnen seien und es nicht vorkommen sollte, dass falsche Behandlungsversprechen gegeben werden.

5.3 Andere LeistungserbringerInnen

Apotheken

Testgespräche sollten klären, ob auch ApothekerInnen in die Information von Versicherten zur Krankenversicherung involviert sind. Drei Gespräche wurden geführt und haben folgendes Ergebnis gebracht: Primär kommen Fragen der Krankenversicherung im Zusammenhang mit der Kassenpflichtigkeit von Medikamenten vor (Spezialitätenliste), da ÄrztInnen nicht immer die Regeln beachten. Diese Fragen lassen sich aber durch die Apotheken zweifelsfrei beantworten; ggf. wird nach Rücksprache mit dem Arzt oder der Ärztin eine Rezeptur verändert. Insbesondere für ältere gute KundInnen sind ApothekerInnen aber auch AnsprechpartnerInnen für zahlreiche Informationsbedürfnisse: von der (sehr oft angesprochenen) Unverständlichkeit von Rechnungen über die Fragen der Grund- und Zusatzversicherungen und der Prämien bis zu den Fragen, welche Krankenkasse am besten sei, taucht das ganze Spektrum auf, für das Laien von "Experten" Hilfe erwarten. Soweit es die Zeit erlaube und man selbst ausreichend informiert sei, berate man die KundInnen selbstverständlich. Es könne aber nicht zum Aufgabenspektrum von ApothekerInnen gehören, sich als Krankenversicherungsberater fortzubilden. Bei der heutigen Komplexität der Materie seien daher der Beratung enge Grenzen gesetzt.

Spitex

Die „Spitex-Landschaft“ ist in drei Ebenen gegliedert:

- Der **Spitex Verband Schweiz** sowie
- die **kantonalen Spitex Verbände** repräsentieren als Dachorganisationen die Arbeitgeberseite im Bereich der häuslichen Pflege.
- Die **Leistungserbringer** sind i.d.R. Mitglieder der kantonalen Verbände.

Die BürgerInnen werden in erster Linie von den LeistungserbringerInnen über das Angebot an Spitex-Leistungen informiert. Vom Dachverband und von den kantonalen Verbänden werden sie dabei unterstützt.

Beim **Zentralsekretariat des Spitexverbandes** in Bern können die Mitgliederorganisationen beispielsweise ein **Faltblatt** beziehen, das über das von den Krankenkassen finanzierte Spitex-Angebot informiert. Weiterhin gibt das Zentralsekretariat regelmässig ein sogenanntes **Spitex-Partner-Info** für Multiplikatoren (PolitikerInnen, JournalistInnen, Interessierte) heraus, um auf aktuelle Ereignisse, die den Bereich der häuslichen Pflege betreffen, hinzuweisen. **Pressekonferenzen** zu aktuellen Spitex-Themen finden durchschnittlich 1 – 2 x pro Jahr statt.

Die Informationsaktivitäten der **kantonalen Verbände** richten sich ebenfalls in erster Linie an die Mitgliederorganisationen. Der kantonale Spitex Verband Zürich informiert beispielsweise seit der Einführung des KVGs ausführlich über den Stand der Verhandlungen über Leistungen und Tarife. Die Mitgliederzeitschrift „**Schauplatz**“ und regelmässige **Rundschreiben** für die Mitgliederorganisationen sind die wichtigsten Informationsträger. In der Mitgliederzeitschrift finden sich gelegentlich auch Informationen, die als konkrete Ratschläge und Hilfen an die Versicherten weitergegeben werden können, so z.B. Hinweise zum Einspruchsverfahren gegen Krankenkassenentscheide oder Adressen von Patientenberatungsstellen (Ausgaben 1 und 2/1998). Allerdings sind solche Tipps die Ausnahme. Die Informationen des Verbandes für die Ärzteschaft beziehen sich auf das Antragsverfahren von häuslichen Pflegeleistungen. Sie werden den ÄrztInnen in kleinformatischen Faltschriften zur Verfügung gestellt.

In einigen bevölkerungsschwachen Kantonen sind die Spitexverbände zugleich Leistungserbringer und wenden sich daher mit ihren Informationen auch direkt an die Bevölkerung. Der **Spitex Verein Nidwalden** nutzt beispielsweise das Internet, um über die Abdeckung von Spitexleistungen durch die Grund- und Zusatzversicherung zu informieren. Hier besteht nach Auskunft der Vereinsleitung ein grosser Informationsbedarf. Da die Erstattung von Leistungen, die über die häusliche Grundversorgung hinausgeht, stark von den Zusatzversicherungsprodukten der jeweiligen Krankenversicherer abhängt, sind die diesbezüglichen Informationen notwendigerweise allgemein gehalten. Des Weiteren wird auf die Möglichkeit der Tarifiereduktionen bei hauswirtschaftlichen Leistungen hingewiesen und das notwendige Vorgehen bei der Inanspruchnahme erklärt. Es besteht die Möglichkeit, sich mit konkreten Fragen per E-Mail an den Verband zu wenden. Beratungsangebote und Leistungsinformationen werden auch über eine **Image-Broschüre** und den **Jahresbericht** publik gemacht.

5.4 Zusammenfassung

Als Informationsquellen für die Versicherten kommen auch die **LeistungsanbieterInnen** in Betracht. Sowohl niedergelassene ÄrztInnen, wie auch ApothekerInnen, Spitäler und Spitex werden mit Fragen der Versicherten zur Krankenversicherung konfrontiert. In ihrem jeweiligen eigenen Zuständigkeitsbereich fühlen sie sich auch als kompetente AnsprechpartnerInnen. Eher kritisch wird die Situation von Spitälern beurteilt, wo es um Kostenübernahme in beträchtlicher Höhe geht. Die Versicherten wüssten oft über ihre Versicherungsverhältnisse nicht Bescheid und angesichts der zunehmenden Komplexität könne oft keine rechtzeitige Klärung herbeigeführt werden.

6. Medienanalyse

6.1 Einleitung

Als allgemeine Informationsquelle für das Thema Krankenversicherung sind **Printmedien**, **Radio** und **Fernsehen** neben den fachbezogenen Informationsträgern von Bund, Kantonen, Versicherern und Leistungserbringern für die Versicherten von grosser Bedeutung. Die folgende Medienanalyse basiert auf der Auswertung zahlreicher Archive. Bei der Auswahl der Medien war zum einen ihr Verbreitungsgrad massgeblich. Weiterhin sollten auch bei der Medienanalyse die gewählten regionalen Schwerpunkte (Romandie, St. Gallen) berücksichtigt werden und schliesslich waren neben der Tagespresse auch Verbraucherzeitschriften einzubeziehen. Im einzelnen wurden folgende Medien ausgewertet:

Printmedien:

- 24 heures
- Beobachter
- Blick / Sonntagsblick
- K-Tip
- Le Matin / Le Matin Dimanche
- Le Temps
- La Tribune de Genève
- Neue Zürcher Zeitung
- St. Galler Tagblatt
- Tages-Anzeiger

TV-Sender:

- Schweizer Fernsehen DRS
- Télévision Suisse Romande TSR

Radiosender:

- Schweizer Radio DRS
- Radio Suisse Romande RSR

Bei den Printmedien wurden alle redaktionellen Inhalte (nicht die Leserbriefe) ausgewertet, ebenso beim Fernsehen, während sich die Recherche und Auswertung beim Radio nur auf spezielle Sendefässer, nicht auf die allgemeinen Nachrichten, bezog. Der mit der Medienanalyse abgedeckte Zeitraum reicht vom 01.07.1999 bis zum 31.06.2000.

6.2 Printmedien

Die Auswertung der Zeitungsarchive erfolgte anhand der Suchbegriffe Krankenversicherung, Krankenversicherungsgesetz und Krankenkasse. Sie erbrachte insgesamt 478 einschlägige Artikel. Diese Artikel wurden anhand der folgenden Kriterien bearbeitet:

Form der Artikel:

- Bericht / Meldung
- Kommentar
- Informationen für VerbraucherInnen
- Interview

Tenor der Artikel:

- Positiv
- Negativ
- Differenzierend / Neutral

Artikel mit Informationen zur Grundversicherung:

Darin enthalten Informationen zum Bereich

- Leistungen
- Prämien
- Franchise
- Freizügigkeit
- Neue Versicherungsmodelle

Artikel mit Informationen zur Zusatzversicherung:

Darin enthalten Informationen zum Bereich

- Leistungen
- Prämien
- Kündigung

Artikel mit sonstigen Informationen:

Darin enthalten Informationen zum Bereich

- PatientInnenrechte
- PatientInnenorganisationen
- Prämienverbilligung
- Gesundheitspolitik

Bei den 478 Artikeln handelte es sich zum grössten Teil (375 Artikel) um **Berichte oder Meldungen**, d.h. die Artikel gaben Ereignisse wieder wie z.B. den Verlauf von Diskussionsveranstaltungen oder Stellungnahmen von Parteien und Personen bzw. sie informierten über bestimmte Sachverhalte wie z.B. die Genehmigung der Versicherungsprämien durch das BSV. Weitere 61 Artikel waren als **Kommentar** verfasst

und es wurden 15 **Interviews** veröffentlicht. **Informationen für VerbraucherInnen**, die im Gegensatz zu allgemein erörternden Berichten und Meldungen die konkrete Entscheidung für eine Krankenkasse oder eine Versicherungsform erleichtern sollen, wurden 63 mal gegeben. In diese Kategorie flossen auch die Tipps ein, die in Berichten (30) oder Kommentaren (7) enthalten waren.

Entsprechend der vorherrschenden Art der Berichterstattung überwiegen **differenzierende und neutrale Aussagen** zum Thema KVG gegenüber den eindeutig positiv oder negativ wertenden.

Ordnet man die Artikel den Inhaltskategorien Grundversicherung, Zusatzversicherung und sonstige Informationen (Patientenrechte, Patientenorganisationen, Prämienverbilligung, Gesundheitspolitik) zu, so wird deutlich, dass die Zeitungsberichterstattung vor allem den Bereich der **sonstigen Informationen** (308 Artikel) sowie den Bereich der **Grundversicherung** (207 Artikel) abdeckt. **Zusatzversicherungen** werden mit insgesamt 43 Artikeln hingegen kaum behandelt. Auch hier wurden wiederum Doppelzählungen vorgenommen, wenn in einem Artikel mehrere Inhaltskategorien berührt wurden.

Informationen zur Grundversicherung

In der Inhaltskategorie Grundversicherung werden 115 Informationen über die **Prämien** gegeben. Dabei werden vor allem folgende Inhalte transportiert:

- Der Zusammenhang zwischen der Entwicklung der Prämien und den Gesundheitskosten,
- die Gestaltung von Kopfprämien – zumeist im Zusammenhang mit politischen Vorstellungen zu ihrer Abschaffung zugunsten von einkommensabhängigen Prämien,
- die Prämienhöhung für das Jahr 2000,
- die Reduktionsmöglichkeiten der Prämienhöhe durch die Wahl einer höheren Franchise bzw. durch die Möglichkeit der Prämienverbilligung sowie durch den Wechsel zu einer günstigeren Kasse.

Zum **Leistungsspektrum in der Grundversicherung** werden insgesamt 68 Informationen gegeben. Informationsschwerpunkte sind:

- Die Kostenübernahme von Psychotherapien sowie des Medikaments Xenical durch die obligatorische Grundversicherung,
- die Aufnahme komplementärmedizinischer Leistungen in den Grundleistungskatalog,
- die gedeckten spitalexternen und Pflegeheimleistungen.

Die im Bereich **Freizügigkeit** gegebenen Informationen stehen überwiegend im Zusammenhang mit dem Kündigungsrecht bei der Erhöhung der Prämien und überschneiden sich daher – wie oben bereits zu sehen ist - mit dem Informationsbereich Prämien.

Gleiches gilt für den Bereich **Franchise**. Auch die Franchisen sind ein wesentlicher Parameter der individuellen Prämienhöhe und werden daher zumeist in Zusammenhang mit den Prämien thematisiert. Hinzu kommen die Informationen über die Reduktion der erlaubten Rabatte bei höherer Wahlfranchise.

Über die **neuen Versicherungsmodelle** wird eher selten berichtet. Die Berichte stehen entweder im Zusammenhang mit Sparmöglichkeiten bei den Gesundheitsausgaben/Prämien oder beziehen sich auf den Rückzug von Kassen aus diesem Versorgungssegment.

Informationen zur Zusatzversicherung

Artikel mit Informationen zur Zusatzversicherung werden insgesamt nur relativ selten veröffentlicht. Vereinzelt wird über **Leistungen** von Reise-, Unfall-, Spital- und Pflegezusatzversicherungen berichtet. Gleiches gilt für die Informationen über die entsprechenden **Prämien**, deren alters- und geschlechtsabhängige Gestaltung sowie für Prämienvergleiche. Informationen zur **Kündigungsmöglichkeit** von Zusatzversicherungen sind ebenfalls selten.

Informationen zu sonstigen Themen

In der Kategorie sonstige Themen dominiert mit 258 Informationen der Bereich **Gesundheitspolitik**. Hier wird vor allem folgendes thematisiert:

- Die hohen Kosten der Gesundheitsversorgung;
- die Entwicklung der Arzneimittelpreise: in diesem Zusammenhang wurde ausgiebig über Reimporte von Arzneimitteln, Versandapotheken sowie die direkte Medikamentenabgabe durch ÄrztInnen als kostengünstige Möglichkeit des Arzneimittelbezugs berichtet;
- das Pro und Contra zur Aufhebung des Kontrahierungszwangs zwischen Versicherern und LeistungserbringerInnen;
- die Diskussion „Kopfprämien versus einkommensabhängige Prämien“;
- die Festlegung der Tarifstruktur für medizinische Leistungen (TarMed) sowie das System der Spitalfinanzierung.

Im Bereich **Prämienverbilligung** liegen die Informationsschwerpunkte zum einen in der Erklärung des Antragsverfahrens in den jeweiligen Kantonen, zum anderen wird die Ausschöpfung der Bundesbeiträge sowie die soziale Wirksamkeit der Subventionen problematisiert.

Über die **PatientInnenrechte** werden die LeserInnen der untersuchten Zeitungen kaum informiert. In diesem Zusammenhang dreht sich die Berichterstattung allenfalls um die Unrechtmässigkeit von Zweithonoraren, die einige ÄrztInnen zusätzlich zur Kassenabrechnung von PatientInnen verlangten. Des weiteren wird der Rechtsschutz der PatientInnen bei Kunstfehlern thematisiert.¹ Über die Mitspracherechte der Versicherten während des Behandlungsverlaufs, das Vorhandensein eines Anspruchs auf Einsicht in die Krankenakte, die Berücksichtigung von sog. Pflēgetestamenten oder ähnliche Rechtsansprüche wird nicht berichtet.

Information über die **PatientInnenorganisationen** werden so gut wie gar nicht gegeben, nur in zwei Artikeln wird hierauf Bezug genommen.

Informationen für VerbraucherInnen

Welche Inhalte transportierten nun die Informationen für VerbraucherInnen? Die „Verschlagwortung“ der entsprechenden Beiträge ergibt, dass

- Informationen über die Prämienhöhe für das Jahr 2000 sowie der Prämienvergleich zwischen Kassen und Kantonen,
- Informationen zur Freizügigkeit in der Grundversicherung und
- zu den Beantragungformalitäten der Prämienverbilligung die häufigsten Themen der Informationen für VerbraucherInnen darstellen.
- Des weiteren wurden den LeserInnen Tipps gegeben, wie sie - z.B. durch die Nutzung der Wahlfranchise - ihre Gesundheitskosten reduzieren können.

Zwischen den einzelnen Zeitungen bestehen gewisse Unterschiede in der Art und der Häufigkeit der Berichterstattung und den thematischen Schwerpunkten. Bei der Bewertung des Informationsangebotes durch die Printmedien stellt sich vor allem die Frage, ob sich jeder Leser und jede Leserin – die regelmässige Lektüre einer der untersuchten Zeitungen vorausgesetzt – mindestens einmal im Jahr über alle versicherungsrelevante Themen informieren kann.

Übersicht 6.1 zeigt die Verteilung der ausgewerteten Artikel auf die untersuchten Zeitungen.

¹ Meldungen über gerichtliche Entscheide bei strittigen Ansprüchen der Versicherten gegenüber ihrer Krankenkasse werden unter der Kategorie Leistungen in der Grund- bzw. Zusatzversicherung erfasst.

Übersicht 6.1: Artikelauswertung

	St. Galler Tagblatt	NZZ	Tages-Anzeiger	K-tip	Be-obachter	Blick Sonntags-Blick	Le Temps	24 heures	Le Matin Le Matin Dimanche	La Tribune de Genève	Gesamt
Anzahl der Artikel insgesamt:	44	120	148	12	11	44	62	17	13	7	478
Form der Artikel:											
• Bericht / Meldung	31	107	109	11	5	27	54	15	9	7	375
• Kommentar	6	12	27	-	-	10	5	1	-	-	61
• Infos für VerbraucherInnen	7	7	20	1	6	16	2	4	-	1	64
• Interview	-	1	3	-	-	4	3	-	4	-	15
Tenor der Artikel:											
• Positiv	4	-	1	-	1	1	1	-	1	-	9
• Negativ	12	2	16	-	-	6	14	9	6	4	69
• Differenzierend / Neutral	28	118	131	12	10	37	47	8	6	3	400
Anzahl der Artikel mit Informationen zur Grundversicherung:	15	30	76	8	4	31	20	12	6	5	207
Darin enthalten Informationen zum Bereich											
• Leistungen	4	13	30	1	1	9	5	-	-	-	63
• Prämien	7	11	45	1	1	18	11	11	6	4	115
• Franchise	3	2	5	3	1	8	7	3	-	3	35
• Freizügigkeit	1	2	7	3	2	6	3	3	-	1	28
• Neue Versicherungsmodelle	3	4	5	-	-	4	-	-	-	-	16
Anzahl der Artikel mit Informationen zur Zusatzversicherung:	-	9	17	3	3	6	1	2	1	1	43
Darin enthalten Informationen zum Bereich											
• Leistungen	-	2	11	2	3	2	1	-	1	-	22
• Prämien	-	7	10	1	2	4	-	1	-	1	26
• Kündigung	-	-	2	-	-	2	-	2	-	1	7
Anzahl der Artikel mit sonstigen Informationen:	30	91	101	2	4	17	37	12	9	5	308
Darin enthalten Informationen zum Bereich											
• PatientInnenrechte	2	3	2	2	2	-	-	-	-	-	11
• PatientInnenorganisationen	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	2
• Prämienverbilligung	7	8	14	-	-	-	5	3	3	2	42
• Gesundheitspolitik	21	80	86	-	2	17	32	9	8	3	258

St. Galler Tagblatt

Das St. Galler Tagblatt veröffentlichte im 2. Halbjahr 1999 und im ersten Halbjahr 2000 44 Artikel zum Thema Krankenversicherung. Diese Artikel wurden vorwiegend als Berichte oder Meldungen verfasst, Informationen für VerbraucherInnen kamen 7 mal, Kommentare 6 mal vor.

Insgesamt orientieren sich die im St. Galler Tagblatt gegebenen Informationen zum Thema Krankenversicherung deutlich an einer politischen Berichterstattung und tragen von daher wenig dazu bei, dass die Versicherten die Wahl ihres Versicherungsschutzes optimieren können. Prämienübersichten werden beispielsweise gar nicht gegeben. Eine Ausnahme stellen Informationen zur individuellen Prämienverbilligung dar: 7 der 13 Beiträge zu diesem Thema erläutern das Antragsverfahren.

Der Tenor der Berichte und Kommentare ist vornehmlich differenzierend/neutral. Wertende Beiträge sind überwiegend negativ. So wird das Thema neue Versicherungsmodelle im Berichtszeitraum beispielsweise ausschliesslich im Zusammenhang mit dem Rückzug der CSS und diverser kleiner Krankenversicherungen aus diesem Versicherungssegment aufgegriffen und auch bei der Berichterstattung über die Revision des KVGs werden die Mängel des bisherigen Systems und Vorschläge zu ihrer Beseitigung dargestellt. Die parteipolitischen Stellungnahmen hierzu gründen ebenfalls auf einer Kritik am Bestehenden.

Neue Zürcher Zeitung

Im Untersuchungszeitraum konnten die LeserInnen der NZZ insgesamt 120 Artikel zum Thema Krankenversicherungsgesetz lesen. Hiervon sind 107 Meldungen und Berichte. Informationen für VerbraucherInnen wurden nur 7 mal veröffentlicht, darunter aber als wichtige Information Prämienvergleiche für den Kanton Zürich sowie die Beantragungsmodalitäten der Prämienverbilligung. Tipps zur Freizügigkeit wurden gar nicht gegeben.

Mit 80 Informationen überwiegt bei der NZZ deutlicher noch als beim St. Galler Tagblatt die gesundheitspolitische Berichterstattung (Parteipolitik, KVG-Revision etc.). Der Tenor der Beiträge ist aber weniger kritisch als im St. Galler Tagblatt, negative Schilderungen fallen so gut wie gar nicht ins Gewicht, der Stil der NZZ ist fast ausschliesslich differenzierend/neutral.

Tages-Anzeiger

Auch der Tages-Anzeiger hat eine umfangreiche Berichterstattung zur Krankenversicherung veröffentlicht. 148 Artikel setzten sich mit dem Thema auseinander. Im Vergleich zur NZZ und auch zum St. Galler Tagblatt bekamen die LeserInnen des Tages-Anzeigers deutlich mehr Informationen über die obligatorische Grundversiche-

rung und hier insbesondere über Leistungen (30 Informationen) und Prämien (45 Informationen). Auch der Zusatzversicherungsbereich wurde mit 17 Artikeln vergleichsweise besser abgedeckt.

Relativ hoch ist auch die Anzahl von konkreten Informationen für VerbraucherInnen. Die LeserInnen wurden sowohl über die Prämien für das Jahr 2000 als auch über die Freizügigkeit, die Beantragung der Prämienverbilligung und die Nutzung der Franchisen zur Reduktion der Gesundheitskosten informiert.

Daneben spielt beim Tages-Anzeiger wie auch schon bei den bisher genannten Tageszeitungen die gesundheitspolitische Berichterstattung eine wesentliche Rolle.

Blick / Sonntags-Blick

Die LeserInnen des Blick und seiner Sonntagsausgabe erhielten in 44 Artikeln Informationen zum Thema Krankenversicherung. Zwar ist die Gesamtzahl der Artikel damit nicht besonders hoch, bemerkenswert ist aber, dass der Bereich Grundversicherung, und hier insbesondere der Informationsbereich Prämien gut abgedeckt wird und auch der Anteil der Informationen für VerbraucherInnen hoch ist. Hier werden mindestens einmal die relevanten Informationen zur Freizügigkeit, Prämienvergleiche, vor allem aber Sparmöglichkeiten genannt.

K-tip, Beobachter

K-tip und Beobachter sind Verbraucherzeitschriften, die in 14-tägigen Abständen erscheinen.

In den 20 Ausgaben des K-tip, die während des Untersuchungszeitraums erschienen sind, wurden 12 Artikel zum Thema Krankenversicherung veröffentlicht. Die politische Berichterstattung im K-tip spielte keine Rolle, es werden nur Artikel zu Thema Grund- und Zusatzversicherung und zu den PatientInnenrechten – und zwar bezüglich des Rechtsschutzes und der Unzulässigkeit doppelter Honorare – veröffentlicht. Der Tenor der überwiegend als Bericht verfassten Beiträge ist durchgängig differenzierend/neutral. Konkrete Informationen für VerbraucherInnen werden nur einmal zum Thema Freizügigkeit gegeben.

Der Beobachter erscheint 26 mal pro Jahr. Während des Untersuchungszeitraums wurden 11 Artikel zum Thema Krankenversicherung veröffentlicht. Stärker als der K-tip bringt der Beobachter konkrete Informationen für VerbraucherInnen, hierunter einen Prämienvergleich, Informationen zur Franchise, zur Freizügigkeit sowie zu Unfallzusatzversicherungen. Die inhaltliche Gewichtung der Themen Grund- und Zusatzversicherung sowie sonstige Themen ist in etwa gleich.

Le Temps, 24 heures, La Tribune de Genève, Le Matin/Le Matin Dimanche

Diese in der Romandie erscheinenden Tageszeitungen behandelten das Thema Krankenversicherung in sehr unterschiedlicher Intensität.

Bei Le Temps lag das Gewicht der Berichterstattung deutlich auf der Gesundheitspolitik. In den insgesamt 62 Artikeln zum Thema Krankenversicherung wurden 32 diesbezügliche Informationen gegeben. Auch die Prämien in der Grundversicherung wurden relativ häufig thematisiert. Auffallend hoch ist mit 14 Artikeln der Anteil der negativ wertenden Beiträge.

Die drei anderen Tageszeitungen haben in etwas das gleiche Profil: Sie veröffentlichen während des Berichtszeitraums weniger als 20 einschlägige Artikel, neben der Gesundheitspolitik sind die Prämien das dominante Thema, differenzierende und negative Beiträge sind in etwa gleich stark vertreten.

Gemeinsam ist den vier Zeitungen, dass sich die gegebenen Informationen für VerbraucherInnen überwiegend auf das Thema Prämien beziehen. So haben z.B. alle bis auf Le Matin/Le Matin Dimanche während des Untersuchungszeitraums eine Prämienübersicht veröffentlicht. Weitere handlungsrelevante Informationen werden aber so gut wie gar nicht gegeben, nur 24 heures und Le Temps geben anlässlich der Prämienbekanntgabe noch Tipps zur Freizügigkeit und zur Franchise.

6.3 Radio

Schweizer Radio DRS

Die Abteilung Dokumentation und Archiv des Schweizer Radios DRS wurde beauftragt, eine Aufstellung von Sendebiträgen zum Thema Krankenversicherung für den Zeitraum vom 01.07.1999 bis zum 30.06.2000 zu erstellen. Bei der Recherche wurden alle Redaktionen berücksichtigt.

Das Rechercheergebnis ergibt, dass im deutschsprachigen Schweizer Radio während des Untersuchungszeitraums 41 einschlägige Beiträge gesendet wurden. Das Thema wurde von den Sendungen

- Treffpunkt
- Espresso
- Ratgeber
- Kontext
- Rendez-vous
- Echo sowie vom
- Morgen-, Mittags- und Samstagsjournal

aufgegriffen. Auch ohne den direkten Vergleich mit der Berichterstattung über andere Themen zu haben, scheint die Beitragszahl zum Thema Krankenversicherung während des Untersuchungszeitraums nicht besonders hoch und der Stellenwert dieses Themas in den Radioprogrammen entsprechend niedrig zu sein.

Die vom Archiv des DRS übermittelte Aufstellung der einzelnen Beiträge gibt Auskunft über Beitragstitel und -inhalt. Aufgrund dieser Angaben wurden die Beiträge in Anlehnung an die Auswertung der Mitgliederzeitschriften der Versicherer den drei Inhaltskategorien **Grundversicherung**, **Zusatzversicherung** sowie **sonstige Themen** und den jeweiligen Unterkategorien zugeordnet.¹ Wie aus Übersicht 6.2 ersichtlich, sind die meisten Beiträge der Kategorie sonstige Themen zuzuordnen. Wie schon bei den Printmedien war auch hier die **Gesundheitspolitik** mit Beiträgen über das Revisionsverfahren des KVG, parteipolitischen Stellungnahmen und mit allgemeinen Berichten über Kosten und Leistungen des Gesundheitswesens das am häufigsten besprochene Thema. Weiterhin wurden relativ häufig Beiträge über **Patientenrechte** – zumeist aus Anlass eines gerichtlichen Entscheids – und über die **Prämien in der Grundversicherung** gesendet, letzteres zumeist im Zusammenhang mit der für das Jahr 2000 zu erwartenden Prämienhöhung. Das Thema **Leistungen in der Grundversicherung** wurde 5 mal aufgegriffen, wobei sich alleine drei Beiträge mit der Erstattungspflicht von Medikamenten im Rahmen der Grundversorgung befassten. Über die Themen **Freizügigkeit** und neue **Versicherungsmodelle**, **Leistung** und **Kündigung im Bereich Zusatzversicherung**, **Patientenorganisationen** sowie **Prämienverbilligung** wurden mit 1 – 3 Beiträgen sehr selten berichtet. Die Verteilung der Beiträge auf diese Kategorien ist im einzelnen wie folgt:

Übersicht 6.2: Radiobeiträge (ohne Nachrichtenbeiträge)

Informationen zum Thema ...	Anzahl
... Grundversicherung:	19
• Leistungen	5
• Prämien	7
• Franchise	1
• Freizügigkeit	3
• Neue Versicherungsmodelle	3
... Zusatzversicherung:	3
• Leistungen	2
• Spitalisten	-
• Prämien	-
• Kündigung	1
... sonstige Themen:	25
• Patientenrechte	7
• Patientenorganisationen	2
• Prämienverbilligung	1
• Gesundheitspolitik	15

¹ War eine eindeutige Zuordnung nicht möglich, wurde eine Doppelnennung markiert, dies war bei sechs Beiträgen der Fall.

Soweit es den knappen Inhaltsbeschreibungen zu entnehmen ist, kann man lediglich 4 der 41 Beiträge eindeutig der Kategorie **Verbrauchertipp** zuordnen. Hierbei wurden die HörerInnen über die Unzulässigkeit doppelter Honorare sowie über die Kündigung der Grund- und Zusatzversicherung informiert. 16 Beiträge waren als **Interview-** oder **Diskussionsbeiträge** gekennzeichnet und 21 als **Berichte**. Auch wenn diese Zuordnung mit einigen Unsicherheiten behaftet ist (es ist zumeist nicht erkennbar, ob in den Berichten oder Interviews auch Verbrauchertipps gegeben werden) ist festzuhalten, dass der verbraucherorientierten Berichterstattung keine grosse Bedeutung zukommt.

Radio Suisse Romande RSR

Die Recherche beim Radio Suisse Romande RSR ist dadurch erschwert, dass dort keine thematisch auszuwertenden Archive geführt werden. Der Verweis vom RSR auf die im Internet angebotene Recherche-Funktion für das laufende Jahr brachte lediglich 2 Nennungen bis zum 31.06.2000. Sie bezogen sich alle drei auf die Sendung „On en parle“ (eine KonsumentInnensendung) und thematisieren die Auswirkungen der bilateralen Verträge auf die Versicherungspflicht für Grenzgänger sowie eine Gesamtdarstellung des Schweizer Versicherungssystems.

6.4 Fernsehen

Schweizer Fernsehen DRS

Die Recherche nach Fernsehbeiträgen führte das Unternehmen Telepool GmbH durch, das das Sendearchiv des Schweizer Fernsehens betreibt. 41 Beiträge konnten zum Thema Krankenversicherung gefunden werden. Die einschlägigen Beiträge wurden in den Sendungen

- 10 vor 10
- Arena
- Kassensturz
- Lipstick
- Marktplatz
- Puls
- Quer
- Schweiz aktuell
- Tagesfernsehen und
- Tagesschau

gesendet. Wie aus Übersicht 6.3 ersichtlich wird, sind die meisten Fernsehbeiträge dem Themenbereich **Grundversicherung** zuzuordnen, gefolgt von der Kategorie

sonstige Themen.¹ Der Themenbereich **Zusatzversicherung** ist, wie schon bei der deutschsprachigen Radioberichterstattung und den Printmedien, kaum vertreten.

Relativ häufig werden Beiträge über **Leistungen in der Grundversicherung** ausgestrahlt. Anhand der archivierten Beitragstitel und der Inhaltsstichworte ist zu erkennen, dass 8 der 11 Beiträge die Weigerung von Krankenkassen, bestimmte Behandlungskosten zu übernehmen, als Aufhänger dient. Titel wie „Ärger mit der Krankenkasse“ (Marktplatz) oder „Abschiebung ins Pflegeheim – Kasse kürzt Spitex-Gelder“ (10 vor 10) sind beispielhaft für solche Beiträge.

Beim Thema **Prämien in der Grundversicherung** dominiert, wie schon in der Radioberichterstattung, die Diskussion und die Entscheidung über die zu erwartende Prämienhöhung für das Jahr 2000.

Die Beiträge sind den Inhaltskategorien folgendermassen zuzuordnen:

Übersicht 6.3: Fernsehbeiträge

Informationen zum Thema ...	Anzahl
... Grundversicherung: <ul style="list-style-type: none"> • Leistungen • Prämien • Franchise • Freizügigkeit • Neue Versicherungsmodelle 	26 11 10 1 3 1
... Zusatzversicherung: <ul style="list-style-type: none"> • Leistungen • Spitalisten • Prämien • Kündigung 	3 1 1 1 -
... sonstige Themen: <ul style="list-style-type: none"> • Patientenrechte • Patientenorganisationen • Prämienverbilligung • Gesundheitspolitik 	15 4 - 3 8

Télévision Suisse Romande

Die Themenrecherche für das französischsprachige Fernsehen der Schweiz TRS erfolgte über die Internetarchive der jeweiligen Redaktionen bzw. durch einen telefo-

¹ War eine eindeutige Zuordnung nicht möglich, wurde eine Doppelnennung markiert, dies war bei drei Beiträgen der Fall.

nischen Rechercheauftrag. Insgesamt 5 Beiträge zum Thema Krankenversicherung wurden während des Untersuchungszeitraums in den Sendungen

- Duel
- Droit de Cité
- Mise Au Point
- A bon entendeur

gesendet. Sie betrafen zweimal das Themengebiet Patientenrechte und dreimal die Erhöhung der Prämien in der Grundversicherung für das Jahr 2000.

6.5 Zusammenfassung

Ausgewertet wurde die Berichterstattung zum Thema Krankenversicherung / Krankenversicherer für den Zeitraum Juli 1999 bis Juni 2000 für öffentliches Fernsehen und Radio sowie für 5 überregionale, 3 regionale Tageszeitungen und 2 14-tägig erscheinende KonsumentInnenzeitungen. Die Fragestellung war, welche Themen im Rahmen der Krankenversicherung in welcher Häufigkeit, in welcher Form und mit welchem Tenor aufgegriffen werden. Für die insgesamt ausgewerteten 478 Artikel in **Printmedien** lässt sich folgendes festhalten:

- Die überwiegende Anzahl der ZeitungsleserInnen erhält ein aktuelles Informationsangebot über den gesundheitspolitischen Diskurs und über die aktuellen Entwicklungen: im Herbst wird über die Versicherungsprämien in der obligatorischen Grundversicherung informiert; i.d.R. wird mit den neuen Prämien auch auf die Freizügigkeit im Rahmen der Grundversicherung und die Möglichkeit, die Prämienhöhe durch Wahl einer höheren Franchise zu senken, hingewiesen. Auch Informationen zur Prämienverbilligung finden sich in den Tageszeitungen mindestens zweimal jährlich. Die Verbreitung von Informationen zum Bereich Leistungen in der Grundversicherung ist dagegen lückenhaft bzw. sehr selektiv
- Nur selten wird zu Leistungen, Prämien oder Kündigungsmöglichkeiten in den Zusatzversicherungen berichtet. Eine Diskussion der Bedeutung von Zusatzversicherungen als Ergänzung zur Grundversicherung kommt nur ganz vereinzelt vor.
- Schlecht sieht es auch aus mit den Informationen über HMO- und Hausarztversicherungen. Die meisten Zeitungen berichten so gut wie gar nicht darüber bzw. haben allenfalls den partiellen Rückzug eines Versicherers gemeldet.
- Schliesslich kamen nur in einer Zeitung Hinweise auf PatientInnenorganisationen vor.

Im Einzelnen gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Zeitungen: Handlungsrelevante Informationen für die Versicherten haben z.B. ein sehr unterschiedliches Gewicht. Auffallend ist, dass die Printmedien der französischen Schweiz hierin mehr Zurückhaltung üben als die der deutschen Schweiz.

In **Radio und Fernsehen** hat die Berichterstattung zum Thema Krankenversicherung quantitativ keinen sehr hohen Stellenwert und bezieht sich inhaltlich eher auf gesundheitspolitische Fragen sowie auf die Darstellung von Konfliktfällen als auf Information für KonsumentInnen.

7. Die Versicherten

7.1 Einleitung

HauptadressatInnen der dargestellten Informationsangebote sind die Versicherten. Sie sollen durch die Informationen in die Lage versetzt werden, ihre Rolle als souveräne MarktteilnehmerInnen wahrzunehmen. In diesem Abschnitt werden zunächst die Informiertheit der Versicherten und ihre Informationswünsche/-bedürfnisse dargestellt. Dann wird auf das KonsumentInnenverhalten gegenüber der Krankenversicherung eingegangen, da Informiertheit und Informationsbedarf nur im Rahmen der Verhaltensgewohnheiten richtig eingeordnet werden können. Der letzte Abschnitt (7.5) stellt kurz einige zentrale Befunde aus der KonsumentInnenforschung zur Informationsaufnahme und -verarbeitung zusammen und strukturiert den Sollbedarf an Informationen über die Krankenversicherung.

Die Ergebnisse zur Informiertheit, zum subjektiven Informationsbedarf und zum Verhalten gegenüber der Krankenversicherung sind fast ausnahmslos der Untersuchung „**Auswirkungen des Krankenversicherungsgesetzes auf die Versicherten**“ entnommen.¹ **Wörtliche Entnahmen sind kursiv geschrieben.** Diese Untersuchung wurde im Rahmen der KVG-Evaluationen durch IPSO durchgeführt. Es handelt sich um eine umfangreiche Versichertenbefragung, die zwischen Mai und Juli 2000 durchgeführt wurde. Diese Befragung hat ein breites Themenspektrum (Versicherungssituation, Informiertheit und Informationsverhalten, Zufriedenheit mit der Krankenkasse, Prämienverbilligung, Wechselverhalten) innerhalb dessen das Thema „Information“ nur einen begrenzten Raum hatte.

Die Studie beruht auf zwei repräsentativen Befragungen, die miteinander verknüpft waren:

- Bevölkerungsbefragung (2036 Interviews)
- Haushaltsbefragung (2152 Interviews).²

Die Bevölkerungsbefragung, repräsentativ für die **Bevölkerung** der Schweiz, enthält wenige Basisfragen zur Krankenversicherung. Der grösste Teil der Fragen wurde im Rahmen der Haushaltsbefragung an die Personen gestellt, die in ihrem Haushalt für die Krankenversicherung zuständig sind = **Zuständige Person**. Die meisten der im Folgenden dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die Haushaltsbefragung und damit die **Auskünfte der zuständigen Personen**. Gegenüber einem repräsentativen

1 Einige wenige im Zusammenhang relevante Ergebnisse wurden zusätzlich dem GfS-Gesundheitsmonitor entnommen.

2 Eine Beschreibung von Analyse und Durchführung findet sich im IPSO-Abschlussbericht vorliegt. IPSO: Auswirkungen des KVG auf die Versicherten. Januar 2001.

Bevölkerungsquerschnitt ist das Informationsniveau leicht höher. Dies ist vor allem zu bedenken, wenn man die Ergebnisse mit denen anderer Untersuchungen vergleichen will.

Um auch vertiefende regionale Analysen durchführen zu können, wurde in drei Kantonen die Stichprobe aufgestockt: St.Gallen, Genf, Waadt.

Neben dieser Befragung wurden Auswertungen der Anfragen beim Ombudsmann der sozialen Krankenversicherung und bei PatientInnen- und Versichertenorganisationen herangezogen (Kapitel 7.3). Diese Angaben sind natürlich sehr selektiv, können aber doch zeigen, wo der Schuh besonders drückt.

7.2 Informiertheit der Versicherten und Informationswünsche

Die subjektive Informiertheit der Bevölkerung, also die Einschätzung über das eigene Informationsniveau zum KVG ist mittelmässig: Auf einer 10-Punkte-Skala (1 = sehr schlecht informiert, 10 = sehr gut informiert) liegt der Mittelwert bei 5.1 Punkten. Knapp ein Fünftel stuft sich als gut informiert (8-10 Punkte), ein Viertel als schlecht informiert (1-3 Punkte) ein. Etwas besser sieht es aus, wenn nicht nach dem KVG allgemein sondern nach der Informiertheit über die Leistungen in der Grundversicherung gefragt wird; aber auch hierin bezeichnet sich nur eine Minderheit als gut informiert (Übersicht 7.1).

Die in den Haushalten für die Krankenversicherung zuständigen Personen fühlen sich etwas besser informiert als der Bevölkerungsdurchschnitt, der Abstand ist aber nicht übermässig gross.

Die Veränderungen, die das KVG mit sich gebracht hat, sind der Bevölkerung nicht spontan präsent. Zwar sagt gut die Hälfte, dass das KVG Veränderungen für die Versicherten bedeutet habe, auf die Nachfrage nach der Art der Veränderungen wurden jedoch die wichtigen Neuerungen (Freizügigkeit, Obligatorium, einheitlicher Grundleistungskatalog, alters- und geschlechtsneutrale Prämien) nur von winzigen Minderheiten (1-4 %) genannt. Die registrierten Veränderungen beziehen sich im Wesentlichen auf den Prämienanstieg, den allgemeinen Kostenanstieg im Gesundheitswesen, Entwicklungen also, die nicht unbedingt KVG-spezifisch sind. Daraus auf nahezu totale faktische Uninformiertheit der Bevölkerung über das KVG zu schliessen, wäre allerdings weit überzogen. Da eine offene, nicht durch Antwortalternativen gestützte, Frage nach der Art der Veränderungen gestellt wurde, war zu erwarten, dass „vordergründige“ Entwicklungen genannt würden. Verstärkt wird dies noch durch die Tatsache, dass für den grössten Teil der Versicherten die Neuerungen des KVG nicht handlungsrelevant waren: Bei einer nahezu 100 %igen Versicherungsdichte wird das

Obligatorium nicht spürbar; die hohe Krankenkassentreue reduziert die individuelle Bedeutung der Freizügigkeit.

Übersicht 7.1: Subjektive Informiertheit

	Informiertheit über das KVG		Informiertheit über die Leistungen der GV	
	Bevölkerung	zuständige Person	Bevölkerung	zuständige Person
Mittelwert (10-Punkte-Skala; 1= sehr schlecht, 10= sehr gut)	5.1	5.3	5.5	5.8
%-Verteilung Skalenstufe				
1	8	7	9	7
2	10	9	6	5
3	7	7	6	6
4	8	7	6	5
5	27	27	17	16
6	11	11	11	12
7	9	9	13	14
8	12	13	14	16
9	2	3	5	6
10	5	6	9	10
Σ	100	100	100	100

Quelle: IPSO-Erhebung

Zur Prüfung der Informiertheit wurden vier Wissensfragen gestellt, die handlungsrelevante Sachverhalte betreffen und für das Wechselverhalten wichtig sein dürften:

- Können die Krankenkassen die Prämien für Erwachsene in der Grundversicherung nach dem Alter abstufen, so das z.B. eine 70-Jährige mehr zahlt als eine 30-Jährige, oder geht das nicht?
(richtige Antwort: nein)
- Können Sie die Grundversicherung bei der Krankenkasse abschliessen, wo Sie wollen, oder können die Krankenkassen sich aussuchen, wen sie aufnehmen?
(richtige Antwort: Krankenkassen können nicht aussuchen)
- Wie ist es mit der Kündigung: Kann man die Grundversicherung nur kündigen, wenn die Prämie erhöht wird oder gibt es auch eine andere Kündigungsmöglichkeit?
(richtige Antwort: andere Möglichkeiten)
- Kann man die Grundversicherung und die Zusatzversicherung bei verschiedenen Kassen haben oder muss man da die gleiche Kasse nehmen?
(richtige Antwort: verschiedene Kassen möglich)

Das Ergebnis zeigt, dass jeweils die Mehrzahl der Befragten (hier der zuständigen Personen) die richtige Antwort kennt¹ (Übersicht 7.2). 70-80 % wissen über die freie Kassenwahl in der Grundversicherung Bescheid, über die Möglichkeit, Grund- und Zusatzversicherung bei verschiedenen Versicherern zu wählen und über Prinzipien der Kündigungsmöglichkeiten. Die altersneutralen Prämien für Erwachsene sind knapp 60 % bekannt; allerdings mag dabei, trotz der Präzisierung durch den Bezug auf eine 30- bzw. 70-jährige Frau, ein Missverständnis (Jugendliche – Erwachsene) eine gewisse Rolle gespielt haben. Insgesamt kann man zwei Drittel als eher gut informiert einstufen (3 oder 4 richtige Antworten) ein Drittel als mässig oder schlecht informiert (0-2 richtige Antworten).

Auch die Kenntnis der verschiedenen Versicherungsmöglichkeiten in der Grundversicherung ist nicht schlecht: Nahezu alle (86 %) geben an, über die Möglichkeit, eine höhere Franchise zu wählen, Bescheid zu wissen, zwischen 40 und 46 % kennen die Hausarzt-, HMO- oder Bonus-Versicherung. Im Vergleich zu 1991/92 ist die Kenntnis der Franchise- und HMO-Versicherung stark angestiegen. Damals wussten nur rd. 40 % über die Möglichkeit Bescheid, eine höhere Franchise zu wählen, weniger als 20 % kannten die HMO-Versicherung.² Allerdings lässt sich nichts darüber sagen, ob die Versicherten die Funktionsweisen wirklich kennen oder nur die Begriffe.

Ob die Befragten über ihren eigenen Versichertenstatus Bescheid wissen, lässt sich nicht korrekt ermitteln, da nicht festgestellt werden kann, ob die Angaben richtig sind. Immerhin fast ein Fünftel kann aber die eigene Krankenversicherungsprämie nicht nennen (16%) oder nennt eine Prämie, die völlig ausserhalb der Plausibilität liegt (3%). Ferner wurde bei den Pretests festgestellt, dass sehr viele Befragte Mühe haben, zwischen Grund- und Zusatzversicherung zu unterscheiden.

Subjektive Informiertheit und tatsächlicher Kenntnisstand korrelieren zwar, der Zusammenhang ist aber nicht sehr eng (Übersicht 7.3)

Übersicht 7.3: Subjektive Informiertheit und Kenntnisstand

	Subjektive Informiertheit KVG Mittelwert der Skala von 1-10
Kenntnisstand (4 Fragen)	
0-1 Fragen richtig	4.8
2 Fragen richtig	5.0
3 Fragen richtig	5.4
4 Fragen richtig	5.6

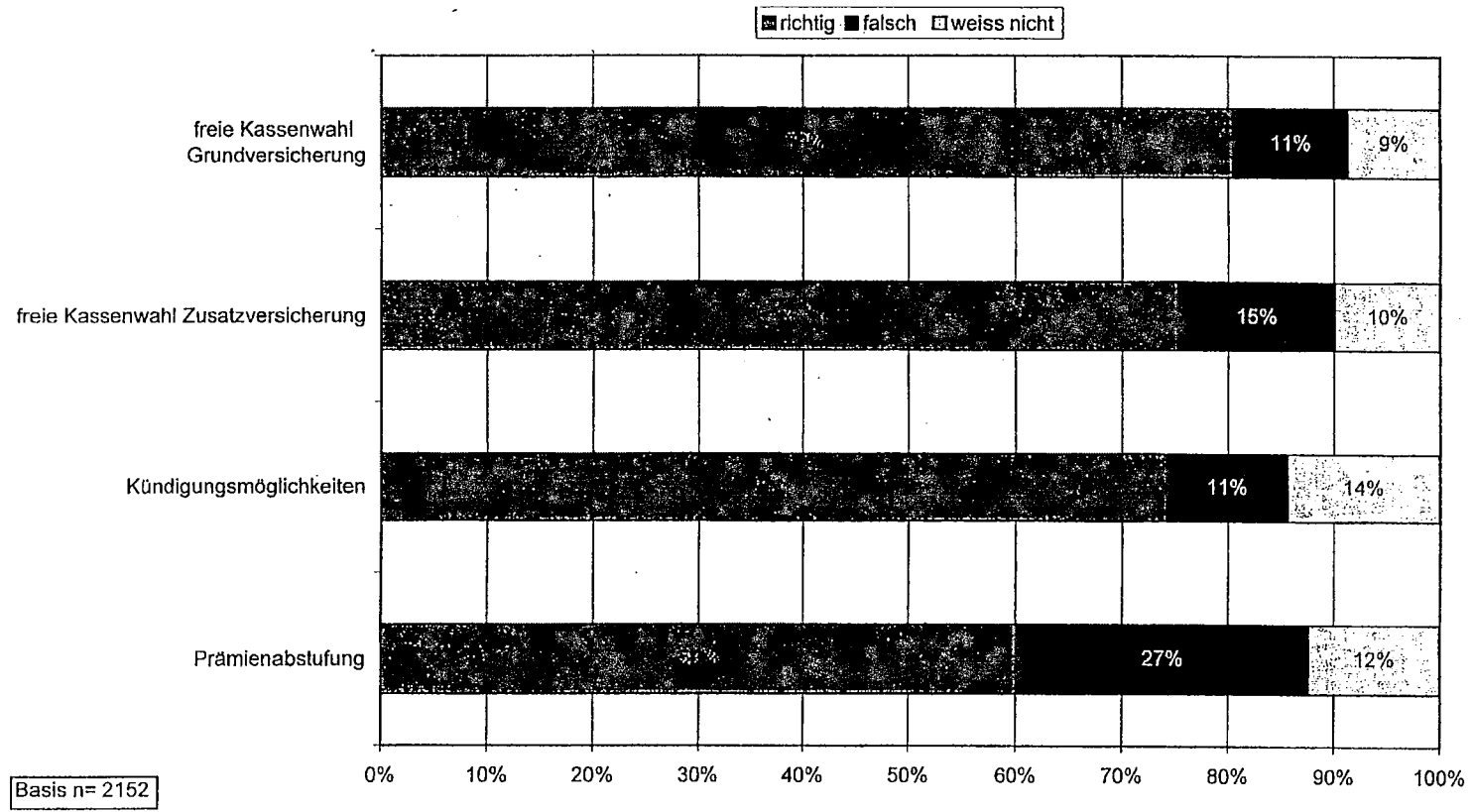
Quelle: IPSO-Erhebung

1 Da nur 2 Alternativen jeweils vorgegeben waren, wäre bei reinem Raten eine Trefferquote von 50 % zu unterstellen. „Reines Raten“ ist jedoch keine wirklichkeitsnahe Unterstellung, da sich immer ein gewisser Prozentsatz zur Unkenntnis bekennt.

2 Prognos AG: Neue Formen der Krankenversicherung, Untersuchungsbericht 1, 1998.

Übersicht 7.2

Beantwortung der Wissensfragen



Quelle: IPSO, S. 77

Das spricht dafür, dass die Bevölkerung ihr Informationsniveau eher überschätzt. Dafür sprechen auch die genutzten Informationsquellen und der eher gering verbreitete Wunsch, mehr Informationen zu erhalten.

Knapp die Hälfte (43 %) der Haushalte informiert sich über die Grundversicherung durch die Mitgliederzeitung oder andere Informationsmittel der Krankenkasse, und 23 % fragen direkt bei der Krankenkasse nach. 15 % informieren sich aus der Zeitung, während gleich viele angeben, sich überhaupt nicht über die Grundversicherung zu informieren. Auffallend ist beim Informationsverhalten im Weiteren, dass Policen, Verträge und Statuten kaum benutzt werden (Übersicht 7.4).

Alle anderen Informationskanäle sind ohne Bedeutung. Im Weiteren zeigt sich, dass die meisten Haushalte sich eher einseitig informieren, werden doch je Haushalt durchschnittlich nur 1.3 Informationsquellen genannt.

Fasst man die verschiedenen Informationsmöglichkeiten zusammen, so erweisen sich die Krankenkassen als die weitaus bedeutendste Informationsquelle für die Haushalte, die Medien stehen an zweiter Stelle, während Amtsstellen ohne Bedeutung sind:

– Krankenkasse	66 %
– Medien	23 %
– Persönliches Umfeld	7 %
– Beratung	7 %
– Amtsstellen	1 %

Diese Reihenfolge ist aber bedingt durch die Fragestellung und gibt wohl kaum die allgemeine Bedeutung der verschiedenen Informationskanäle zum KVG an.

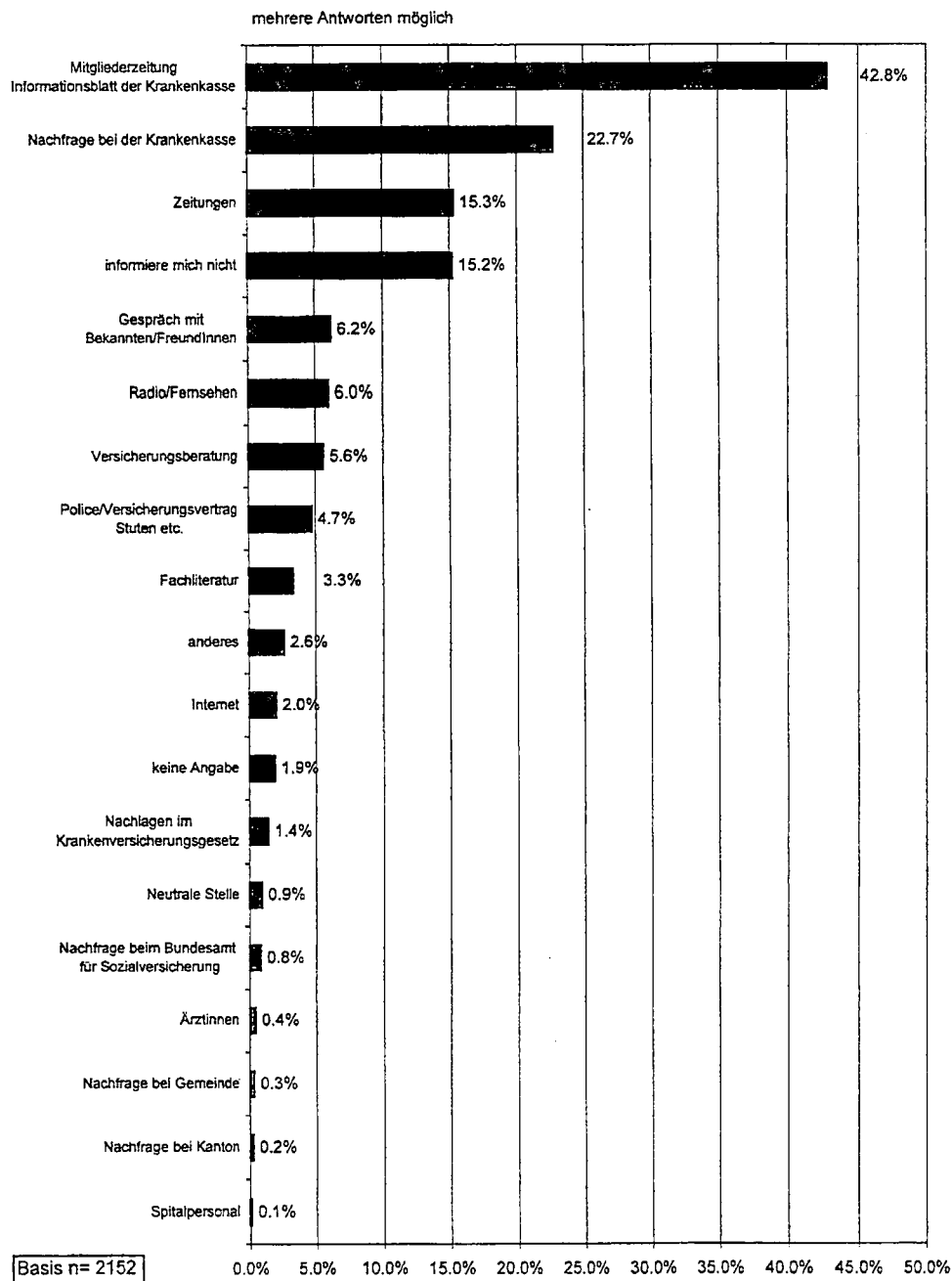
Die meisten Haushalte (88 %) geben an, von ihrer Krankenkasse eine Mitgliederzeitschrift, andere regelmässige Informationen oder etwas ähnliches zu erhalten. In der deutschen Schweiz sind es mehr, in der französischen Schweiz deutlich weniger.

Die Verarbeitungstiefe dieser regelmässigen Information ist jedoch mässig: Nur 24 % lesen die meisten Artikel und 36% lesen einige Artikel währenddem 30 % das Ganze nur überfliegen oder ungelesen auf die Seite legen (10%).

Die Verständlichkeit der von den Krankenkassen erhaltenen Informationen zur Grundversicherung allgemein wird recht gut bewertet: 79 % weisen Werte von 6 oder höher auf der 10-stufigen Skala auf. Schlechter sieht es mit den Informationen zu den Kündigungsmöglichkeiten aus: nur noch 55 % geben die Noten 6 oder höher.

Übersicht 7.4

"Wie informieren Sie sich über die Grundversicherung?"



Quelle: IPSO, S. 82

Mehr Informationen über die Grundversicherung wünschen sich nur 31 % der Haushalte und es sind nicht unbedingt die subjektiv oder objektiv besonders schlecht informierten, die ein Defizit empfinden. Wer allerdings subjektiv besonders gut informiert ist, wünscht auch besonders selten zusätzliche Informationen (Übersicht 7.5).

Übersicht 7.5: Informationsstand und Informationswunsch

	Wünschen mehr Informationen über die Grundversicherung
Subjektive Informiertheit	
schlecht (Werte 1-3)	33%
eher schlecht (Werte 4-5)	37%
mittel (Werte 6-7)	29%
gut (Werte 8-10)	22%
Objektiver Kenntnisstand	
schlecht (0-1 richtige Antwort)	33%
mittel (2-3 richtige Antworten)	32%
gut (4 richtige Antworten)	29%

Quelle: IPSO-Erhebung

Wer mehr Informationen wünscht, möchte diese in erster Linie von der Krankenkasse erhalten, gefolgt vom Bundesamt für Sozialversicherung und einer neutralen Stelle (Übersicht 7.6)¹

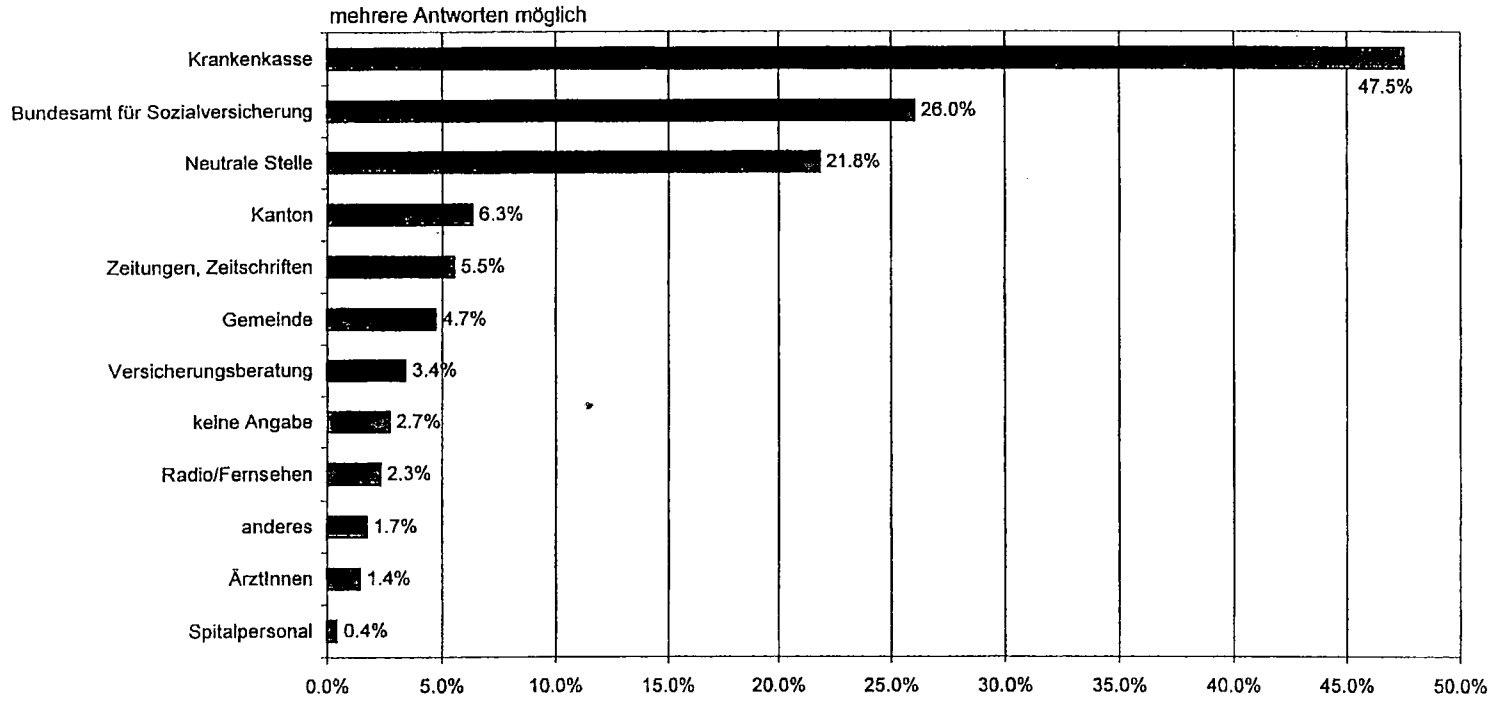
Bezogen auf alle Befragten sind es aber nur kleine Gruppen, die von der einen oder anderen Stelle mehr Informationen wünschen.

In der zusammenfassenden Darstellung zeigt sich, dass sich die Haushalte vor allem von (neutralen) Beratungs- und Stellen Informationen wünschen (Übersicht 7.7).

¹ Die häufige Nennung des BSV hängt lt. IPSO wohl mit der häufigen Erwähnung des BSV bei der Untersuchung zusammen.

Übersicht 7.6

"Von welcher Stelle würden Sie gerne mehr Informationen bekommen?"



Basis n= 667 (Befragte, die mehr Information wünschen)

Übersicht 7.7: Heutige und vermehrt gewünschte Informationsquellen

	heute	mehr gewünscht	
		Befragte, die mehr Info wünschen	Alle Befragten
Krankenkasse	66%	48%	15%
Medien	23%	8%	3%
Persönliches Umfeld	7%	2%	–
Beratung	7%	25%	8%
Amtsstellen	1%	38%	12%

Quelle: IPSO-Erhebung

Die Ergebnisse zu den zusätzlichen Informationswünschen und auch zu den Informationsquellen stehen – zumindest auf den ersten Blick – in ziemlich eklatantem Widerspruch zu den Ergebnissen einer etwa zur gleichen Zeit bei einem repräsentativen Querschnitt der Schweizer StimmbürgerInnen durchgeführten Befragung im Rahmen des **GfS-Gesundheitsmonitors** (rd. 1000 Interviews).¹ Nach dieser Befragung wünschen sich rd. zwei Drittel mehr Informationen zum Krankenversicherungsbereich, und zwar

- 67 % zu Modellen der Prämienreduktion;
- 65 % zum KVG allgemein;
- 58 % zu Fragen der Kostenexplosion.

Das (zusätzliche) Informationsbedürfnis wäre also mehr als doppelt so hoch wie in der Versichertenbefragung (31 %). Wie kommt es zu einer derartigen Diskrepanz?

- Eher unwahrscheinlich ist, dass die unterschiedliche Grundgesamtheit (hier zuständige Personen in Haushalten, dort StimmbürgerInnen) dafür verantwortlich ist.
- Die genaue Frageformulierung spielt dagegen sicher eine Rolle. In der Versichertenbefragung wurde gefragt: „Würden Sie gern mehr Informationen zur Grundversicherung bekommen?“ In der StimmbürgerInnen-Befragung war die Formulierung: „Ganz konkret gefragt: Zu welchen der folgenden Bereiche des Gesundheitswesens möchten Sie mehr Informationen haben und bei welchem fühlen Sie sich ausreichend informiert?“ (Abfrage von 5 Bereichen). Was immer sich die Befragten in der IPSO-Erhebung unter „mehr Informationen zur Grundversicherung“ vorgestellt haben mögen, sieht es doch nach einer sehr engen Interpretation aus.

1 GfS-Forschungsinstitut: Gesundheitsmonitor 2000, Oktober 2000.

- Schliesslich ist bekannt, dass das Fragemfeld eine erhebliche Rolle spielt, vor allem dann, wenn keine festen Meinungen gebildet sind. Im konkreten Fall mag es durchaus sein, dass Befragte, die sich vielleicht kurz zuvor als einigermassen wohlinformiert bezeichnet hatten, zögerlich waren, zusätzlichen Informationsbedarf zu artikulieren.

Als Informationsquelle zu Fragen der Grundversicherung hat die Versichertenbefragung die Krankenkassen (66 %) mit weitem Abstand vor den Medien (23 %) geortet. Der **Gesundheitsmonitor** erbringt – bei anderer Akzentsetzung in der Fragestellung – genau das umgekehrte Resultat: „Wie informieren Sie sich, wenn Sie sich beispielsweise über die Vor- und Nachteile verschiedener Krankenkassen informieren möchten. Welches Medium verwenden Sie am meisten und welches am zweitmeisten?“

	Am meisten oder zweitmeisten
Fernsehen/Radio	46%
Zeitungsartikel	46%
Gespräch mit Leuten	28%
Fachzeitschriften	19%
Gespräch mit Freunden	18%
über Krankenkassen	18%
Gespräch mit Arzt	17%
Gespräch mit Apotheker	5%
über Internet	3%

Dies zeigt mit aller Deutlichkeit, dass Informationsquellen „zur Grundversicherung“ nicht interpretiert werden dürfen als Informationsquellen „zum KVG“ oder „zur Krankenversicherung“.

Es gibt in der Informiertheit sowie im Informationsverhalten gruppenspezifische Unterschiede – zwischen Altersgruppen, Bildungsgruppen, Landesteilen etc. – auf die im Folgenden kurz eingegangen wird. Sie sind jedoch in keinem Fall so gewichtig, dass sich ein völlig neues Bild gegenüber der Gesamtdarstellung ergäbe (Übersicht 7.8).

Alter der zuständigen Person: Das grösste subjektive Informationsdefizit haben die unter 30-Jährigen; deren objektiver Kenntnisstand ist zwar nicht schlecht, bleibt aber doch hinter dem höherer Altersgruppen zurück. Die Jungen sind auch häufiger als die Älteren an zusätzlichen Informationen interessiert. Vermutlich wird der Informationsstand in einer Altersgruppe, die eine nennenswerte Wechselneigung hat eher (selbst-)kritisch bewertet als in anderen Gruppen.

Am anderen Ende der Skala, bei den ab 70-Jährigen, ist das subjektive Informationsniveau teilweise ebenfalls niedriger als bei den mittleren Altersgruppen und der objektive Kenntnisstand ist sogar tiefer als bei den Jungen. Ebenfalls tief ist aber auch

das Informationsbedürfnis: Nur noch gut 20 % würden sich mehr Informationen wünschen.

Übersicht 7.8: Informiertheit nach Gruppen (zuständige Person im Haushalt)

	Subjektive Informiertheit			Subjekt. Inform. Vers.-formen	Objektive Kenntnis	Mehr Info gewünscht
	KVG	Leistungen GV	Kündigungs-mögl.			
	Mittelwert 10-Punkte-Skala			gut ¹⁾ - %	gut ²⁾ - %	ja - %
Altersgruppen						
- 29	4.2	5.4	4.9	26	65	43
30-39	5.2	6.0	5.7	45	72	36
40-49	5.3	6.3	6.0	52	73	36
50-59	5.4	6.2	6.0	44	73	28
60-69	5.8	6.3	5.8	40	64	24
70 +	5.5	5.7	5.5	24	53	21
Geschlecht						
Frauen	5.3	6.1	5.7	41	66	34
Männer	5.3	6.0	5.8	41	70	28
Schul-/Ausbildung						
oblig. Schule	5.2	5.3	5.0	19	50	36
Sekundarstufe	5.3	6.1	6.0	41	69	32
Tertiärstufe	5.4	6.4	5.7	51	76	26
Haushaltseinkommen (standardisiert)						
unter 3000 Fr.	5.2	5.8	5.6	33	62	37
3000 – 5000 Fr.	5.4	6.3	5.9	42	72	31
über 5000 Fr.	5.4	6.2	5.7	54	73	26
Landesteil						
deutsche Schweiz	5.3	6.0	6.1	47	69	26
französische Schweiz	5.3	6.1	4.9	25	69	40
italienische Schweiz	4.9	6.4	4.5	31	42	61

1) gut = mind. 3 bekannt

2) gut = mind. 3 Fragen richtig beantwortet

Quelle: IPSO-Erhebung

Geschlecht: Sowohl in der subjektiven wie auch in der objektiven Informiertheit besteht kein Unterschied zwischen (zuständigen) Frauen und Männern; Frauen haben aber einen leicht höheren zusätzlichen Informationsbedarf.

Schul-/Ausbildung: Eklatant sind die Unterschiede im objektiven Kenntnisstand und in der (subjektiven) Informiertheit über die verschiedenen Versicherungsformen in der Grundversicherung: Personen mit (nur) obligatorischer Schulbildung sind erheblich schlechter informiert als solche mit Sekundarbildung und diese wiederum schlechter als solche mit Tertiärbildung. Dies korrespondiert nur begrenzt mit dem subjektiven Informationsniveau: Die allgemeine Informiertheit über das KVG wird von allen Grup-

pen praktisch gleich eingeschätzt, die Informiertheit über die Leistungen und die Kündigungsmöglichkeiten von den „unteren“ Bildungsgruppen allerdings etwas schlechter. Bei diesen besteht auch etwas häufiger zusätzlicher Informationsbedarf, wenn auch bei weitem nicht in dem Ausmass, wie es der mangelnden Informiertheit entspräche.

Haushaltseinkommen: Gleichgerichtet wie bei der Schulbildung, wenn auch weniger stark ausgeprägt, sind die Unterschiede nach Einkommensgruppen.

Sprachregionen: Tendenziell sind oder fühlen sich Personen in der italienischen Schweiz schlechter informiert als solche in den beiden anderen Sprachregionen, wobei aber die Unterschiede wegen der geringen Befragtenbasis nur vereinzelt statistisch signifikant sind. In der französischen Schweiz fällt auf, dass man sich schlechter als in der deutschen über Kündigungsmöglichkeiten informiert fühlt und dass die Kenntnis der verschiedenen Versicherungsformen gering ist. Dies bezieht sich nicht auf die wählbare Jahresfranchise, sehr deutlich aber auf die HMO- und Hausarztversicherung sowie auf die Bonusversicherung, alles Formen, die in der französischen Schweiz auch sehr viel seltener vorkommen als in der deutschen. Eindeutig ist der sehr viel ausgeprägtere Wunsch nach zusätzlichen Informationen in der italienischen und auch noch in der französischen Schweiz gegenüber der deutschen Schweiz. Die Befunde decken sich mit den Ergebnissen der Medienanalyse, wonach die Informationsdichte zur Krankenversicherung in der französischen Schweiz geringer ist als in der deutschen.

Betrachtet man die drei regionalen Untersuchungsschwerpunkte, so ergibt sich für den Kanton St. Gallen kein wesentlicher Unterschied in der Informiertheit gegenüber der deutschen Schweiz insgesamt. Im Kanton Genf fühlt man sich jedoch tendenziell etwas schlechter informiert als im Kanton Waadt bzw. in der französischen Schweiz insgesamt. Worauf dies evt. zurückzuführen ist, lässt sich mit den vorhandenen Informationen nicht klären.

Neben der allgemeinen Informiertheit über das KVG ist ein besonders wichtiger Spezialaspekt, ob die Haushalte Kenntnisse von den **Möglichkeiten der Prämiensubventionierung** haben und wie sie selbst agieren. Der Informationsgrad ist hoch: *85 % der zuständigen Personen haben schon einmal von der im neuen KVG geschaffenen Möglichkeit zur Prämienverbilligung gehört. Printmedien, die Gemeinde und Bekannte/Freunde sind die wichtigsten Informationsquellen, wobei in der Regel nur eine Quelle genannt wird. Im letzten Jahr, d.h. im Jahre 1999 ist rund ein Viertel der Haushalte in Sachen Prämienverbilligung kontaktiert worden und ein Zehntel hat automatisch eine Auszahlung erhalten. Wer in Sachen Prämienverbilligung kontaktiert wurde, hat meist darauf reagiert.*

Die Informiertheit über die Prämienverbilligung ist in allen Bevölkerungsgruppen und Sprachregionen hoch. Sehr unterschiedlich ist jedoch der Bevölkerungsanteil, der kontaktiert wurde oder automatisch eine Auszahlung erhielt. Betrachtet man die drei

Schwerpunktregionen, so sind - nach eigenen Angaben- im Kanton St. Gallen 33%, im Kanton Genf 26% und im Kanton Waadt 14% der Befragten kontaktiert worden oder haben automatisch eine Auszahlung erhalten. Diese Unterschiede haben wohl weniger mit der unterschiedlichen Informationspraxis der Kantone zu tun (vgl. Kap. 3.2), als mit der unterschiedlichen Subventionierungspraxis. Die Abstände decken sich nämlich in etwa mit den (allerdings nur für das Jahr 1996 vorliegenden) Abständen im Anteil der Bevölkerung, der eine Prämiensubvention erhält.¹

7.3 Anfragen beim Ombudsmann der sozialen Krankenkassen und bei PatientInnen und Versichertenorganisationen

Tätigkeitsbericht des Ombudsmanns der sozialen Krankenkassen 1998²

Die Dienststelle des Ombudsmanns der sozialen Krankenkassen in Luzern ist neben dem Ombudsmann mit zwei weiteren juristischen MitarbeiterInnen und einer Sekretärin besetzt. Hier werden auf telefonischem oder schriftlichem Weg Anfragen in deutscher, französischer und italienischer Sprache beantwortet.

Im Berichtsjahr 1998 gingen **6'967 Anfragen** von Versicherten beim Ombudsmann ein. Das entspricht einer Steigerung von 27 % gegenüber dem Jahr 1997 und führt zu dem bisher **höchsten Eingangsbestand** seit der Einrichtung der Beratungsstelle. Selbst im Einführungsjahr des neuen Krankenversicherungsgesetzes lagen die Eingänge mit 6'358 Dossiers auf einem niedrigeren Niveau.

Zuzüglich eines Restbestandes aus dem Jahr 1997 von 325 Anfragen summierte sich das Tätigkeitsvolumen des Ombudsmanns 1998 auf insgesamt 7'292 Dossiers, wobei auch im Berichtsjahr ein Restbestand von 276 Fällen in das Folgejahr übernommen werden musste. Diese regelmässig auftretenden Überhänge erklären sich laut Tätigkeitsbericht aus dem steigenden Nachfragevolumen im letzten Jahresquartal: 1998 entfielen fast 50 % der Anfragen auf die Monate Oktober, November, Dezember.

Die Anfragen verteilten sich 1998 im Verhältnis 83 zu 15 zu 2 auf die **Landessprachen** Deutsch, Französisch und Italienisch. Diese Relation ist seit 1993 weitgehend konstant geblieben.

Die Gliederung der **Eingänge nach Themen** gibt Aufschluss über den Informationsbedarf der Versicherten.

1 Interface, a.a.O.

2 Ombudsmann der sozialen Krankenversicherung: Tätigkeitsbericht 1998, Luzern 1999.

Übersicht 7.9: Patientenfragen beim Ombudsmann nach Themenfeldern im Jahr 1998

Themenfelder	Anzahl / %	Veränderung gegenüber 1997	Prognose
Versicherungsleistungen	3.045 / 44 %	+ 278 / +10 %	Bleibt hoch
Abschluss od. Wechsel einer Versicherung	2.241 / 32 %	+ 683 / + 43 %	Rückläufig
Beiträge und Prämien	1.322 / 19 %	+ 450 / + 52 %	Rückläufig
Anfragen ohne Zusammenhang mit dem KVG	359 / 5 %	+ 82 / + 30 %	—
Summe	6.967 / 100 %	+ 1.493 / + 27 %	—

Mit einem Anteil von 44 % betrafen 1998 die meisten Anfragen der Versicherten das Themenfeld **Versicherungsleistungen**, also die Frage, welche medizinischen Behandlungen kassenpflichtig sind oder privat bezahlt werden müssen. Hier war 1998, wie schon in den Vorjahren, ein weiterer Zuwachs zu verzeichnen (+ 278 / + 10 % gegenüber 1997). Laut Tätigkeitsbericht wird davon ausgegangen, dass sich dieser Trend auch in den kommenden Jahren fortsetzt.

Die stärksten Zuwächse an Nachfragen ergaben sich in den Themenfeldern **Abschluss oder Wechsel einer Versicherung** (+ 683 / + 43 % gegenüber 1997) sowie **Beiträge und Prämien** (+ 450 / + 52 % gegenüber 1997). Da erwartet wird, dass sich die Versicherungsprämien in Zukunft mehr und mehr angleichen werden, womit der Grund zum Kassenwechsel für viele Versicherte wegfällt, und da die Entwicklung in diesen beiden Themenfeldern darüber hinaus stark von singulären Ereignissen¹ des Berichtsjahres beeinflusst wurde, sollte diese Tendenz in der Zukunft rückläufig sein.

Der Tätigkeitsbericht des Ombudsmanns gibt einen Überblick über häufig gestellte Fragen. Wie bereits der obigen Darstellung zu entnehmen ist, bezieht sich der Grossteil des Beratungsbedarfs auf das Themenfeld **Versicherungsleistungen**. Leistungsstreitigkeiten zwischen den Krankenkassen und der Versicherten treten mit den folgenden Schwerpunkten auf:

- Welches sind die von der Grundversicherung zu tragenden zahnärztlichen Pflichtleistungen (212 Dossiers)?

1 Durch den Rückzug der Krankenkasse Visana aus der Grundversicherung in 8 Kantonen und den enormen Anstieg der Prämien für die Zusatzversicherungen, wandten sich 1998 alleine 1.581 Visana-Versicherte mit Fragen bezüglich der Prämien und des Kassenwechsels an den Ombudsmann.

-
- Ab welcher Verschreibungsmenge (Limitatio) oder bei welchen Indikationen kann die Krankenkasse die Rückerstattung von Medikamentenkosten verweigern, obwohl sie auf der Spezialitätenliste aufgeführt sind?
 - Unter welchen Umständen werden medizinische Behandlungen als nicht kassenpflichtige kosmetische Behandlungen angesehen (z.B. Laserbehandlungen in der Dermatologie oder Brustoperationen bei Frauen)?
 - Unter welchen Umständen ist die medizinische Rehabilitation stationär durchzuführen, wann werden nur ambulante Leistungen von der Krankenversicherung übernommen?
 - Darf eine Krankenkasse aufgrund der Wirtschaftlichkeitsprüfung des Vertrauensarztes einem Versicherten die Kosten für einen Teil seines verordneten Krankenhausaufenthalts im Nachhinein aufbürden, weil eine kürzere Hospitalisation ausgereicht hätte?

Im Bereich **Abschluss und Wechsel einer Versicherung** wurden folgende Auskünfte erfragt:

- Können Kassen die Aufnahme in die Grundversicherung verweigern (50 Anfragen)?
- Ist bei der Einhaltung der Kündigungsfrist das Datum des Poststempels oder des Posteingangs massgeblich?
- Wie ist zu verfahren, wenn der neu gewählte Krankenversicherer die Weiterversicherungsbetätigung nicht rechtzeitig an die gekündigte Versicherung schickt?
- Dürfen Krankenkassen eine Kündigung ablehnen, wenn der Versicherte mit den Prämien oder der Kostenbeteiligung in Verzug geraten ist?
- Weiterhin gab es eine Reihe von Nachfragen wegen des Teilrückzugs der Visana aus der Grundversicherung.

Im puncto **Prämien und Beiträge** waren neben allgemeinen Fragen zum Prämieninkasso u.a. folgende Anliegen zu klären:

- Dürfen Krankenkassen die Versicherten ausschliessen, wenn diese mit den Prämienzahlungen in Verzug geraten oder unbekannt verzogen sind?
- Dürfen Krankenkassen Sondergebühren bei der Anfertigung von Kontoauszügen des Versicherungskontos eines Versicherten, bei Mahnungen oder bei vereinbarter Ratenzahlung im Falle von aufgelaufenen Prämien und Selbstbeteiligungen erheben?
- Wie funktioniert das Rückerstattungsverfahren bei Behandlungen im Ausland?

Im Bereich der **Zusatzversicherungen** waren Fragen bezüglich der **Taggeldversicherungen** unverändert hoch (218 Anfragen). Weiterhin ist die **risikobezogene Prämienhöhung** in der Zusatzversicherung erklärungsbedürftig. Hiervon waren vor allem ältere Personen und insbesondere Visana-Versicherte betroffen, da diese Versicherung 1998 die Prämien für Spitalzusatzversicherungen um bis zu 100 % anheb. Schliesslich beklagten viele Versicherte, dass die Bekanntmachung der **Listen mit den Leistungserbringern**, bei denen Leistungen aus der Zusatzversicherungen in Anspruch genommen werden können, mangelhaft sei und man oft erst im Nachhinein erfahre, dass frequentierte Leistungserbringer nicht (mehr) erstattungsfähig sind.

Inhaltsanalyse von Anfragen bei PatientInnen- und Versichertenorganisationen

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die Auswertung von 3.173 aktenkundigen Anfragen bei 17 Beratungsstellen in der gesamten Schweiz aus den Jahren 1995 und 1998.¹ Unter anderem war es das Ziel der Erhebung herauszufinden, welche Problembereiche in der Gesundheitsversorgung aus der Sicht von Patienten und Versicherten existieren und ob diese auf die Revision der Krankenversicherung zurückzuführen sind.

Bezüglich des Personenkreises, der sich an die Beratungsstellen gewandt hat, sind folgende Aussagen ermittelt worden:

- Für beide Erhebungszeiträume gilt, dass ca. 2/3 der Anfragen von **Frauen** gestellt wurden und dass ca. 58 % der Ratsuchenden **über 50 Jahre** alt waren.
- Der Prozentsatz der Anfragen, die nicht Einzelpersonen sondern **Familien** betrafen auf, stieg während des Beobachtungszeitraums von 1.4 % auf 13.1 %.

Beim Vergleich der Themenbereiche, zu denen 1995 bzw. 1998 Erkundigungen eingeholt wurden, konnte folgendes festgestellt werden:

- Nach Einführung des KVGs gab es eine deutlich Umschichtung des Informationsbedarfs die einzelnen Versicherungstypen betreffend: Während der Anteil der Anfragen zur **Grundversicherung** von 87.9 % auf 65.5 % sank, nahmen die Anfragen bezüglich der **Zusatzversicherung** von 33.3 % auf 64.1 % zu.² Mit 4.2 % aller Anfragen im Jahr 1998 versechsfachte sich das Beratungsvolumen bezüglich der **Sparmodelle** in der Grundversicherung während des Beobachtungszeitraums.

1 Vgl. zu den Einzelheiten der Erhebung: Dr. med Karin Faisst MPH, Dr med. Julian Schilling (1999): Inhaltsanalyse von Anfragen bei PatientInnen- und Versichertenorganisationen. Erarbeitet im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung, Forschungsbericht Nr. 4/99, Reihe Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Bern. Bestellnummer EDMZ 318.010.4/99 d.

2 Die %-Werte beziehen sich auf die Anzahl der Dossiers, wobei ein Dossier mehreren Themenbereichen zugeordnet werden konnte.

- Der Anteil der Anfragen, die die **medizinischen Leistungserbringer** betrafen, sank im Beobachtungszeitraum beträchtlich von 68.3 % auf 43.6 %. Hierbei handelte es sich vorwiegend um Anfragen wegen
 - vermuteter oder tatsächlicher Behandlungs- bzw. Diagnosefehler,
 - Kommunikationsstörungen zwischen Ärzten und Patient,
 - Komplikationen im Behandlungsverlauf,
 - mangelnder Aufklärung bezügl. der Kostenhöhe und -übernahme,
 - Patientenrechte,
 - Einholung von Zweitmeinungen und Rechnungen für medizinische Leistungen.

Das Profil der Anfragen blieb über den Beobachtungszeitraum hinweg in etwa gleich.

- Der Anteil der Anfragen zu **versicherungstechnischen Aspekten** des Krankenversicherungssystems bzw. bei geplanten oder erbrachten **medizinischen Leistungen** stieg von 31.7 % auf 56.4 %. Hierbei handelte es sich 1995 vorwiegend um Anfragen:
 - bezüglich der Übernahme von Behandlungskosten,
 - wegen unklarer Rechnungen für Prämien und
 - um zweifelhafte oder unverständliche Auskünfte des Krankenversicherers.

1998 bezogen sich die häufigsten Fragen auf :

- die Prämienhöhe,
- den Wechsel des Krankenversicherers,
- die Kostenübernahme und
- auf zweifelhafte oder unverständliche Auskünfte des Krankenversicherers.

Hier wurde deutlich, dass der mit dem neuen KVG vollzogene Systemwechsel in der Krankenversicherung den Informationsbedarf der Versicherten stark beeinflusst hat: Durch die neu eingeführte Freizügigkeit ist die Höhe der Prämien und das Prozedere des Kassenwechsels für die Versicherten zu wichtigen Entscheidungs- und Verhaltensfaktoren geworden. Entsprechende Nachfragen haben die zuvor am häufigsten gestellte Frage nach der Kostenübernahme im Behandlungsfall verdrängt.

- Die detaillierte Auswertung der Anfragen zum Krankenversicherungssystem aus dem Jahr **1998** ergab, dass die Anfragen zur **Grundversicherung** am häufigsten im Zusammenhang standen mit:
 - dem Wechsel des Krankenversicherers,
 - der Kostenrückerstattung,
 - der Prämienhöhe,
 - der Kostengutsprache und
 - der zweifelhaften oder unverständlichen Auskünften des Krankenversicherers.

- Die Fragen zur **Zusatzversicherung** standen **1998** am häufigsten im Zusammenhang mit:
 - der Prämienhöhe,
 - dem Wechsel des Versicherers,
 - der Kostenrückerstattung,
 - Vorbehalten bei der Zusatzversicherung,
 - Verweigerung der Zusatzversicherung und
 - der Kostengutsprache.

7.4 Information und KonsumentInnenverhalten gegenüber der Krankenversicherung

Für das Verständnis der Informiertheit und des Informationsbedarfs ist es wichtig, wenigstens kurz auf einige zentrale Merkmale des KonsumentInnenverhaltens im Zusammenhang mit der Krankenversicherung einzugehen. Solche Verhaltenscharakteristiken sind zwar nicht unveränderlich und sie stehen auch in Wechselbeziehung mit der Information, aber sie beschreiben doch die gegenwärtige Situation.

Wichtige Merkmale, auf die im Folgenden kurz eingegangen wird, sind:

- Krankenkassentreue und –wechsel sowie Begründungen dafür;
- Wahl und Wechsel von Versicherungsformen in der Grundversicherung;
- Verhältnis Grundversicherung/Zusatzversicherungen.

Das KVG hat in der Grundversicherung die volle Freizügigkeit gebracht. Diese Freizügigkeit wurde bisher aber sehr wenig genutzt, obwohl die Kostenunterschiede zwischen den Versicherern zumindest in den vergangenen 4 Jahren beträchtlich waren. Kennzeichnend ist vielmehr eine sehr hohe Krankenkassentreue. Rd. die Hälfte aller Haushalte ist länger als 20 Jahre bei der gleichen Kasse, nur knapp 20 % sind erst seit 1996 (1-4 Jahre) bei ihrer jetzigen Kasse. Bei diesen kann es sich um Wechsler handeln oder auch um Neuzuzüger bzw. erstmalig Versicherte (Obligatorium). *15 % der Befragten (zuständigen Personen) haben in den letzten 4 Jahren die Kasse für die Grundversicherung gewechselt, 14 % einmal, 1 % mehrmals. Die Quote der jährlichen Wechsel liegt somit zwischen 2 % und 5 % und hat in den letzten zwei Jahren abgenommen.*

Wechselabsichten für die nächste Zukunft haben maximal 9 % der Haushalte (2 % sicher, 1 % wahrscheinlich, 6 % vielleicht), während 90 % nicht wechseln wollen. Wer in den letzten 4 Jahren schon einmal gewechselt hat, neigt eher zu erneutem Wechsel (13 %) als die NichtwechslerInnen (8 %).

Veränderungen können, ausser durch Kassenwechsel auch durch **Wechsel der Versicherungsform** vorgenommen werden. Mit 24 % kommen solche Änderungen häufiger vor als ein Kassenwechsel. Meist handelt es sich um die Wahl einer erhöhten Franchise (11 % aller Haushalte); rd. 2 % aller Haushalte sind einem Hausarztmodell oder einer HMO beigetreten, ebensoviele haben eine entsprechende Versicherung aufgelöst.

Die beiden Veränderungsarten sind weitgehend unabhängig voneinander. Insgesamt ergibt sich folgendes Bild:

- 5 % haben die Kasse und die Versicherungsform gewechselt;
- 19 % haben nur die Versicherungsform gewechselt;
- 10 % haben nur die Kasse gewechselt.

Zusammengenommen wären somit innerhalb der letzten 4 Jahre doch bei gut 1/3 der Haushalte Veränderungen in der Grundversicherung vorgenommen worden. Relativiert wird dies allerdings durch die Tatsache, dass die 400er-Franchise, die die am häufigsten gewählte Stufe ist, von vielen Versicherern standardmässig angeboten wurde und man so kaum von einer „Wahl“ oder bewusster Entscheidung für ein Sparmodell sprechen kann.

Als **Grund für den Kassenwechsel** wird in den allermeisten Fällen (63 %) der Preis resp. die Prämie genannt. Der Umkehrschluss, dass eine (zu) hohe Prämie zum Kassenwechsel führt, ist allerdings nicht zulässig: Es beklagen sich viele Befragte über die hohe Prämienbelastung und es sind auch nennenswerte Anteile der Meinung, dass sie im intraregionalen Vergleich besonders hohe Prämien zahlen und dennoch haben sie nicht die Absicht, die Kasse zu wechseln (s. weiter unten).

Das Wechselverhalten ist nach Altersgruppen und Sprachregionen sehr unterschiedlich, während Schulbildung und Einkommen keine so grosse Rolle spielen.

Kassenwechsler sind vor allem die unter 30-Jährigen; auch noch die 30-39-Jährigen sind relativ mobil. Ab 50 wird ein aktueller oder beabsichtigter Kassenwechsel zum seltenen Ereignis: Nur noch um 10 % haben in 4 Jahren einmal einen Kassenwechsel vollzogen, deutlich weniger als 10 % beabsichtigen einen Wechsel. Es zeigt sich klar, dass gerade die Bevölkerungsgruppe, die von der Freizügigkeit profitieren sollte (die Jungen waren in der Freizügigkeit auch vor dem KVG kaum eingeschränkt) sie am wenigsten nutzt. Auch Wechsel in den Versicherungsformen der GV kommen bei den Jungen weit häufiger vor als bei den Alten, wenn der Abstand auch nicht ganz so gross ist wie beim Kassenwechsel (Übersicht 7.10).

Bildungs- und Einkommensniveau stehen praktisch in keinem Zusammenhang mit dem Kassenwechsel, was etwas überrascht, da man doch von höheren Bildungs- und/oder Einkommensgruppen mehr Mobilität erwartet hätte. Andererseits lastet vermutlich bei den „höheren“ Gruppen der Prämienruck weniger schwer. Ein deutli-

cher Zusammenhang besteht jedoch zwischen dem Wechsel der Versicherungsform und der Bildungsstufe: Befragte mit Abschluss „Tertiärstufe“ haben einen solchen Wechsel dreimal so häufig vorgenommen wie Befragte mit Abschluss „obligatorische Schule“. Möglicherweise haben sie besser erkannt, dass sie mit einer 400er Franchise völlig risikolos auf der Gewinnerseite waren.¹

Nach Sprachregionen untergliedert zeigt sich, dass in der französischen Schweiz Kassenwechsel am häufigsten vorkamen (20 % gegenüber 14 % in der deutschen Schweiz); die Unterschiede zur italienischen Schweiz sind statistisch nicht signifikant. Ein Wechsel in der Versicherungsform dagegen kam in der deutschen Schweiz häufiger vor als in der französischen. Die Erklärung dafür ist vermutlich, dass die französische Schweiz schon vor dem KVG eine Hochburg der höheren Franchisen war und deshalb das Potential schon viel mehr ausgeschöpft war.

Übersicht 7.10: Wechsel von Krankenkasse/Versicherungsform nach Gruppen

	In den letzten 4 Jahren Kasse für GV gewechselt	Kassenwechsel geplant ¹⁾	Wechsel in der Versicherungsform vorgenommen
	- in % -		
Insgesamt	15	9	24
Altersgruppen			
- 29	29	19	32
30-39	22	14	30
40-49	16	11	23
50-59	10	7	27
60-69	11	4	17
70 +	7	1	12
Schul-/Ausbildung			
obligatorische Schule	14	7	10
Sekundarstufe	14	9	23
Tertiärstufe	16	12	32
Haushaltseinkommen			
unter 3000 Fr.	16	9	21
3000 bis 5000 Fr.	14	9	23
über 5000 Fr.	14	9	28
Sprachregion			
deutsche Schweiz	14	9	26
französische Schweiz	20	8	18
italienische Schweiz	17	14	13

1) „sicher“, „wahrscheinlich“, „vielleicht“
Quelle: IPSO-Erhebung

1 Die Kassen haben die Konditionen für diese Stufe so gestaltet, dass die Prämieinsparungen grösser sind als das maximale Beteiligungsrisiko.

Nicht im Sinne einer Ursachenforschung sondern im Sinne einer interpretativen Annäherung sollen im Folgenden einige Hintergründe für die geringe Mobilität aufgezeigt werden, wie sie sich aus der Versichertenbefragung ergeben.

Krankenkassenwahl: Bei den Gründen für die Wahl der jetzigen Krankenkasse wird die Prämienhöhe nur nachrangig spontan genannt. *Der am Häufigsten genannte einzelne Grund ist die Kassenzugehörigkeit der Eltern, welche die Versicherten übernommen haben (30 %). Insgesamt 32 % geben an, ihre Krankenkasse auf Empfehlung von verschiedenen Seiten hin gewählt zu haben. Die Empfehlenden waren bei 15 % Personen aus dem beruflichen Umfeld, bei 11 % Bekannte oder Freunde sowie bei 5 % professionelle Berater oder Versicherungsagenten. Lediglich 1 % der befragten Personen gibt an, ihre Krankenkasse aufgrund von Medienberichten gewählt zu haben. 17 % der für die Krankenversicherung zuständigen Personen nennt die Höhe der Prämie als Entscheidungsgrund für ihre aktuelle Krankenkasse. Bei über einem Fünftel (22 %) der Befragten spielten diverse Gründe eine Rolle.* Die Aussagekraft dieser Angaben ist allerdings sehr begrenzt, handelt es sich doch um eine Entscheidung, die bei vielen Befragten schon 20 oder mehr Jahre zurückliegt.

Unter den spontan genannten Gründen, warum man seit 1996 keinen Kassenwechsel vorgenommen hat, dominiert mit 45 % eine allgemeine, unspezifische Zufriedenheit, gefolgt von „Gewohnheit, Tradition“ (18 %) und Bequemlichkeit (14 %). Die guten Leistungen oder das gute Preis-Leistungs-Verhältnis wurden nur von 15 % bzw. 12 % explizit genannt.

Zufriedenheit mit der Krankenkasse: *Die allgemeine Zufriedenheit der zuständigen Personen mit der Krankenkasse, bei der sie die Grundversicherung haben, ist hoch: 70 % erreichen Werte von 8-10¹ und der Mittelwert beträgt 8.0 (STDW 1.8). Der Wert entspricht aber dem, was man aus andern Kundenzufriedenheitsstudien kennt, so dass er nichts Besonderes darstellt. Eine andere Frage zur Messung der Zufriedenheit betrifft die Zufriedenheit im Schadenfalle, wenn es also darum geht, dass die Kasse Kosten übernehmen soll. Der Mittelwert liegt mit 8.3 noch höher als die allgemeine Zufriedenheit.*

Knapp die Hälfte der zuständigen Personen begründen ihre Zufriedenheit mit den „guten Leistungen“. Serviceaspekte sind insgesamt jedoch noch wichtiger: An erster Stelle die „prompten Auszahlungen“ mit 41 % und 31 % weitere Serviceleistungen wie gute Information, gute Auskunft, freundliches Personal und gute telefonische Erreichbarkeit. Der „günstige Preis“ wird nur von 8 % genannt. Rund ein Drittel (35 %) nennt Punkte, die auf eine langfristige Kundenbeziehung hinweisen, wie positives Erlebnis, gutes Vertrauensverhältnis und sehr guter Kontakt.

1 Auf einer 10-er Skala, wobei 1 = gar nicht zufrieden, 10 = sehr zufrieden bedeutet, Mehrfachnennungen waren möglich.

Die wichtigsten Gründe, weshalb man nicht hundertprozentig mit der Krankenkasse zufrieden ist ¹, sind der Preis und der Service. Ein Viertel der zuständigen Personen findet, die Kasse sei zu teuer. Serviceleistungen wie späte Auszahlungen, schlechte Information, schlechte Auskünfte bei Fragen, schlechte telefonische Erreichbarkeit und Unfreundlichkeit des Personals machen ein weiteres Drittel aus. Vor allem Personen mit hoher Prämienbelastung führen „zu teuer“ als Grund ihrer Unzufriedenheit an. Es fällt auch auf, dass Unzufriedenheit viele Ursachen hat: 23 % der zuständigen Personen nennen „andere Gründe“.

Zusatzversicherungen: In 76 % der Haushalte existieren Zusatzversicherungen, mit folgender Verbreitung (bezogen auf alle Haushalte):

–	halbprivat/private Abteilung	30 %
–	allgemeine Abteilung ganze Schweiz	30 %
–	Zahnpflege	11 %
–	Spitaltaggeld	10 %
–	Auslandsversicherung	8 %
–	Erwerbsausfall bei Krankheit	2 %
–	andere (z.B. Alternativmedizin, Prävention, Transport, Brillen)	36 %

Von Bedeutung ist ferner, dass nahezu alle Haushalte (93 %) die Zusatzversicherung(en) bei der gleichen Kasse abgeschlossen haben, wie die Grundversicherung. Es gibt keine Befragungsergebnisse dazu, ob sich diese Kombination de facto als „goldene Fessel“ auswirkt, weil bei der Aufspaltung von Grund- und Zusatzversicherung oder beim Wechsel des Versicherten für die Zusatzversicherung Umtriebe und/oder Nachteile befürchtet werden. Anzunehmen ist jedoch, dass die faktische Koppelung von Grund- und Zusatzversicherung der Mobilität nicht gerade förderlich ist.

Was immer man heranzieht zeigt sich, dass der Preis/die Prämie nur ein Faktor unter vielen ist, die das Verhalten der Haushalte beeinflussen. Dabei sind die Kosten für die Krankenversicherung für die Mehrzahl der Haushalte keineswegs eine quantité négligable:

- 48 % finden die finanzielle Belastung des Haushaltes durch die Kosten der Grundversicherung sehr gross oder gross;
- 43 % finden sie angemessen;
- 8 % finden sie gering oder sehr gering.

¹ Noten unter 8 auf der 10-stufigen Skala.

Fast ein Viertel ist auch der Meinung, dass die Prämien ihrer Krankenkasse viel oder etwas höher sind als bei anderen Kassen in der Region.¹ Und mehr als die Hälfte (58 %) sagen von sich, dass sie systematisch versuchen, Kosten in der Krankenversicherung einzusparen.

All dies bewegt jedoch nur eine Minderheit, nach günstigeren Lösungen zu suchen und ihre Krankenkasse oder die Versicherungsform zu wechseln, wie an ein paar ausgewählten Beispielen gezeigt werden soll:

- Nur 11 % derer, die die Prämienbelastung für ihren Haushalt als hoch empfinden, haben evtl. die Absicht, die Kasse zu wechseln.
- Nur 14 % derer, die ihre Prämie im regionalen Vergleich als hoch empfinden, denken daran, evtl. die Kasse zu wechseln.
- Auch von denen, die ihre Kosten systematisch tief zu halten versuchen, haben nur 16 % die Krankenkasse gewechselt, rd. 10 % wollen sie evtl. wechseln. Immerhin haben die „Sparer“ häufiger eine erhöhte Franchise oder eine andere besondere Versicherungsform gewählt (gut 60 %) als die Nicht-Sparer (47 %).

Welche Rolle spielt nun die Information bzw. Informiertheit in diesem Zusammenhang? Sind (subjektiv oder objektiv) gut informierte Versicherte „rationaler“ in ihrem Versicherungsverhalten? Wenn man – wie es in diesem Zusammenhang fast immer geschieht – Rationalität an der Versicherungsmobilität misst, zeigt sich (auch alterskontrolliert) kein Zusammenhang zwischen der hier gemessenen Informiertheit und Verhalten: Weder sind die Informierten häufiger Krankenkassenwechsler noch haben sie häufiger Wechselabsichten. Wie bezüglich des Preises zeigt sich auch bei der Informiertheit, dass viele andere Einflussfaktoren das Verhalten beeinflussen.

7.5 KonsumentInnensouveränität und Informationsbedarf

„Rational“ handelnde KonsumentInnen sind eine Art Idealfigur der Wirtschaftswissenschaften. Wenn festgestellt werden muss, dass Wirklichkeit und Leitbild auseinanderklaffen, wird dies mangelnder vollkommener Informiertheit und/oder einer Informationsasymmetrie (z.B. im ArztInnen-/PatientInnenverhältnis) zugeschrieben. VerbraucherInnenaufklärung und –information hat in diesem Zusammenhang zum Ziel, die VerbraucherInnen zu befähigen, als überlegt agierende MarktpartnerInnen aufzutreten. Dabei bleibt aber oft völlig unklar, welche Bedürfnisse der KonsumentInnen

¹ Eine Überprüfung an Hand der relativen Prämienposition der einzelnen Krankenkassen in den drei Schwerpunktregionen ergab, dass die Befragten schon eine realitätsnahe Vorstellung davon haben, ob sie eine vergleichsweise hohe oder niedrige Prämie zahlen. Wer z.B. bei einer teuren Krankenkasse ist, meint allenfalls, seine Prämie liege im Mittelfeld, sagt jedoch so gut wie nie, er habe eine günstige Prämie.

bestehen und wie diese in den Informationsinhalten bzw. dem Informationsprozess integriert werden können. Konsequenz ist allzu oft eine Fixierung auf ein eng verstandenes rationales Entscheidungsverhalten, „die KonsumentInnen werden wie ein Computer behandelt: Es werden ihnen zu viele, schwer verständliche und schwer auswertbare Informationen vermittelt“.¹

Im Rahmen dieses Gutachtens ist es nicht möglich, die Ergebnisse aus der KonsumentInnenforschung systematisch aufzuarbeiten und darzustellen. Einige Hinweise, die besonders auch im Hinblick auf das KonsumentInnenverhalten gegenüber dem Produkt „Krankenversicherung“ von Bedeutung sind, sind im Folgenden referiert.

- Der Preis alleine ist selbst bei sog. homogenen Gütern (wie es zumindest vordergründig die GV ist) nicht kaufentscheidend. Zugeschriebene/vermutete, aber „objektiv“ nicht feststellbare Qualitätsunterschiede können ebenso eine Rolle spielen, wie entscheidungsentlastende Gewohnheiten und Traditionen.
- Jede Veränderung (Wechsel einer Marke, eines Dienstleisters, eines Produktes) bedeutet, soweit sie „rational“ gesteuert sein soll, einen erheblichen Aufwand für die Informationsbeschaffung. Es kann für die KonsumentInnen individuell durchaus rationaler sein, ihre Routine nicht zu ändern und ihre knapp bemessene Zeit anders zu verwenden.
- Jedes Marketing und auch die KonsumentInnenaufklärung sieht sich der beschränkten Kapazität der KonsumentInnen gegenüber, Informationen aufzunehmen, zu verarbeiten und zu speichern. Nur ein Bruchteil der Informationen überhaupt wird im Langzeitgedächtnis gespeichert. „Der Konsument benutzt zu seiner Entscheidung nur einen geringen Teil der angebotenen Informationen“.² Es haben die Informationen grössere Chancen, aufgenommen zu werden, die „geringe Kosten“ (der Einordnung/Verknüpfung) verursachen und ein breites Merkmalspektrum abdecken (z.B. „Ökolabels“ an Stelle von Inhaltsangaben von Produkten).
- Der Informationsbedarf hängt auch von der Risikohaltigkeit einer Entscheidung ab: Eine wenig riskante Entscheidung (z.B. Ausprobieren eines Produktes des täglichen Bedarfs) braucht weniger Information als z.B. eine teure und/oder längerfristig bindende Wahl; mangelnde (subjektive) Informiertheit führt in diesem Fall eher zum Festhalten am Bekannten.
- Versicherungen speziell haben das Merkmal, ihre Qualität für die KonsumentInnen erst im Schadenfall zu offenbaren. Auch deshalb ist eine Neigung, am bereits Bekannten festzuhalten, bei Versicherungen nicht unbedingt irrational.

1 Kroeber-Riel e.c. 1999, S. 663.

2 Kroeber-Riel, a.a.O. S. 370.

Nun mag eingewandt werden, dass die meisten dieser Überlegungen für die Grundversicherung wenig Relevanz haben, da es sich um ein homogenes Gut handle, bei dem nur der Preis differiere, der Informationsbeschaffungs- und -verarbeitungsaufwand für die KonsumentInnen – gewisse Basisinformationen über das System vorausgesetzt – also gering sei. Die Versichertenbefragung zeigt aber klar, dass die Hypothese vom „homogenen Gut“ nicht aufrechterhalten werden kann. Für die Versicherten existieren durchaus tatsächliche oder vermeintliche Qualitätsunterschiede, die für sie von Gewicht sind: die Rückerstattungsmodalitäten, Kulanz, Service, Verlässlichkeit und Sicherheit, um nur die wichtigsten zu nennen. Man wird also vorsichtig sein müssen, aus der geringen Mobilität auf mangelndes rationales Verhalten und/oder auf geringe Preissensibilität zu schliessen.

Welche Informationen brauchen/bräuchten nun die Versicherten, um die Unsicherheit von Entscheidungen reduzieren zu können. Wir unterscheiden im Folgenden zwischen drei Ebenen, wovon zwei die Krankenkassenwahl bzw. Wahl der Versicherungsform betreffen, die dritte sich auf die Abwicklung von Versicherungsfällen bezieht.

1. Struktur- oder Systeminformationen

Diese Informationen befähigen die Versicherten, überhaupt ihre Rolle zu erkennen und prinzipiell wahrnehmen zu können. Dazu gehören

- Grundkenntnisse des **Umfangs der Grundversicherung** und der Gleichheit der Grundversicherung bei allen Krankenkassen;
- Kenntnisse von der **Freizügigkeit** bzw. des Kontrahierungszwangs gegenüber den Versicherten und des Verbots von Vorbehalten; Grundkenntnisse der Kündigungsmöglichkeiten;
- Kenntnisse über das Prinzip der alters- und geschlechtsneutralen **Prämiengestaltung**;
- Kenntnis über verschiedene **Versicherungsformen** in der Grundversicherung;
- Kenntnis der Möglichkeit der Aufteilung von **Grund- und Zusatzversicherung auf verschiedene Versicherer**;
- Kenntnis der **Prämienverbilligung**.

Diese Grundkenntnisse müssten bei einem grossen Teil der KonsumentInnen vorhanden und jederzeit präsent sein.

2. Aktuelle Handlungsinformationen

Zu den Strukturinformationen müssen Handlungsinformationen kommen, die eine konkrete Entscheidung für eine Krankenkasse (Beibehalt oder Wechsel) erleichtern. Dazu gehören:

- Information über die **aktuellen Prämien** und die Rabatte bei alternativen Versicherungsformen;
- Kenntnisse über die inhaltlichen Formen **alternativer Versicherungsmodelle** (HMO, Hausarzt);
- Kenntnis der **Kündigungsfristen**, der Kündigungs- und Beitrittsformalitäten;
- Information über (potentielle) Berechtigung für **Prämiensubvention** und Zugangsweg;
- Informationen über (kundenbezogene) **Qualität der Krankenkassen** und deren mittelfristige Performance;
- Informationen über Nutzen, Preis-Leistungs-Verhältnis, Prämiengestaltung in den **Zusatzversicherungen**.

Während die ersten vier Punkte unumstritten sein dürften, sind die Punkte 5 und (besonders) 6 eher Neuland. Informationen über die Qualität der Krankenkassen sind für die Versicherten jedoch, wie oben gezeigt, wichtige Parameter. Ob Rechnungen schnell und ohne grosse Rückfragen beglichen werden, ob Anfragen rasch und kompetent beantwortet werden, ob der Service allgemein gut und freundlich ist, sind durchaus wichtige Kriterien. Nicht minder wichtig ist (zumindest für aufgeklärte Versicherte), wie es mit der mittelfristigen Performance aussieht: Wie ist die Prämienentwicklung, wie hoch sind die Verwaltungskosten, die Rücklagen, kurz, wie „stabil“ sind die Prämien der Krankenkassen.

Informationen über die Zusatzversicherungen sind im Rahmen des KVG im Prinzip systemfremd, weil die Zusatzversicherungen in die Privatversicherung ausgelagert wurden. Für die Realität der Versicherten und auch die Darstellung durch die Krankenkassen ist diese Trennung jedoch artifizuell. Die Versicherten, die zu rd. drei Vierteln Zusatzversicherungen abgeschlossen haben, halten diese zu fast 100 % bei dem gleichen Versicherer, bei dem sie auch die Grundversicherung halten und das wird wohl auch so bleiben. Von daher würde ein der Aufklärung dienender Verbraucherservice sich auch dieses Segments annehmen müssen.

Im Gegensatz zu den Systeminformationen können die aktuellen Handlungsinformationen z.T. schon der Sache nach (Prämien) nur ad hoc vermittelt werden; generell ist nicht zu erwarten, dass solche (veränderlichen) Informationen in das allgemeine Wissen eingehen. Sie müssen vielmehr im Entscheidungsfall – und das ist i.d.R. die herbstliche Prämienrunde – präsent sein. Um sie überhaupt für die KonsumentInnen relevant werden zu lassen, müssen zwei Bedingungen erfüllt sein:

- Die Informationsbeschaffung muss mit „geringen Kosten“ verbunden sein, was bedeutet, dass sie kompakt sind (s. „Ökolabel“) und leicht zugänglich.
- Der Entscheidungszeitraum muss lange genug sein, um den KonsumentInnen überhaupt Handlungsspielraum zu geben. Vier bis sechs Wochen, wie jetzt Praxis, genügen dieser Anforderung sicher nicht, wenn man bedenkt, dass in dieser Zeit Informationsbeschaffung und –verarbeitung, Entscheidung und technische Abwicklung zu erledigen sind.

3. Informationen im Zusammenhang mit Versicherungsfällen

Unter diesem Stichwort sind die Fragen angesprochen, die im konkreten Versicherungsfall (Schadensfall) auftreten können. Sie lassen sich zunächst kaum in ein allgemeines Informationsangebot integrieren, da es um individuelle Fragen und Konflikte geht: Die Berechtigung einer Rechnung, die Verweigerung der (vollen) Kostenübernahme durch die Versicherung, die Umstände, unter denen eine Leistung (z.B. Zahnbehandlung) in der Grundversicherung gedeckt ist u.a.m. Für solche Fragen kann nicht erwartet werden, dass die Versicherten allgemeine Informationen brauchen und abrufen. Die Häufigkeit bestimmter Probleme/Fragen kann jedoch Indiz dafür sein, dass ein allgemeiner Informationsbedarf besteht, der dann in Punkt 2 zu integrieren wäre.

7.6 Zusammenfassung

Die Versicherten fühlen sich subjektiv mittelmässig über das KVG informiert; etwas besser sieht es bezüglich der Leistungen in der Grundversicherung aus. Jedoch weiss die Mehrzahl der Versicherten über Grundprinzipien des KVG, die für sie von Bedeutung sind, Bescheid: Freizügigkeit, altersneutrale Prämien, Kündigungsmöglichkeiten, Möglichkeit, für Grund- und Zusatzversicherung verschiedene Kassen zu wählen. Auch die Bekanntheit der verschiedenen Versicherungsmöglichkeiten in der Grundversicherung ist nicht schlecht, ebenso wie die der Möglichkeit der Prämien-subventionierung. Als Informationsquellen zur Grundversicherung werden in erster Linie die Krankenkassen, an zweiter Stelle, mit Abstand, die Medien genannt. Die Medien stehen aber vorn, wenn es um Informationen zu den Krankenkassen geht. Zur Frage, ob mehr Informationen gewünscht werden, sind die Ergebnisse aus verschiedenen Erhebungen widersprüchlich: je nach genauer Frageformulierung liegt der Anteil derer, die sich zusätzliche Informationen wünschen zwischen einem und zwei Dritteln. Gefragt sind in erster Linie Informationen durch neutrale Stellen. Junge und alte Versicherte sind insgesamt am schlechtesten informiert; auffällig ist auch das schlechtere Informationsniveau in der italienischen und teilweise der französischen Schweiz.

Die Beratungsstellen (Ombudsmann der Sozialen Krankenkassen, PatientInnen- und Versichertenorganisationen) verzeichneten 1998 (das Jahr, auf das sich die aktuellste Auswertung bezog) einen Höchststand an Anfragen. Dies ist ein Zeichen dafür, dass die Verunsicherung unter den Versicherten zugenommen hat. Versicherungsleistungen in der Grund- und Zusatzversicherung, Fragen zum Abschluss oder Wechsel einer Versicherung sowie zu den Prämien stellten die hauptsächlichen Themenblöcke. Wie ein roter Faden zieht sich durch, dass die Leistungsübernahme in Grund- und Zusatzversicherung sowie die Prämiengestaltung in der Zusatzversicherung intransparent ist.

In der Auseinandersetzung mit Fragen ihrer Krankenversicherung sind die Versicherten eher zurückhaltend. Kennzeichnend ist eine hohe Krankenkassentreue; seit Inkrafttreten des KVG haben jährlich nur knapp 4% die Krankenkasse für die Grundversicherung gewechselt und maximal 9% erwägen evtl. einen Wechsel in der näheren Zukunft. Krankenkassenwechsel ist eine Sache der Jüngeren, bei den ab 50-Jährigen wird der Wechsel zu einem sehr seltenen Ereignis. Häufiger, aber auch nur bei einer Minderheit, ist ein Wechsel der Versicherungsform vorgekommen, wobei die Wahl einer höheren Franchise im Vordergrund stand. Kennzeichnend ist auch, dass nahezu alle Haushalte mit einer Zusatzversicherung diese bei dem gleichen Versicherer halten wie die Grundversicherung. In dieser, stark durch Immobilität gekennzeichneten Beziehung zwischen Versicherten und Versicherer, darf man auch nicht erwarten, dass sich die Versicherten aktiv und intensiv um Informationen bemühen. Wichtig ist ferner, dass die Prämienhöhe für das Verhalten der Haushalte nur ein Faktor unter mehreren ist: Serviceaspekte, wie die prompte Auszahlung, gute Information und Auskunft und freundliches Personal spielen eine erhebliche Rolle. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass sich eine Übung im Krankenkassenvergleich und -wechsel erst allmählich einstellen wird.

In der Gegenüberstellung von Informationsangebot und -bedarf wird zwischen drei Informationsebenen unterschieden:

1. Struktur- oder Systeminformationen: Diese Informationen befähigen die Versicherten, überhaupt ihre Rolle zu erkennen und prinzipiell wahrnehmen zu können. Dazu gehören Grundkenntnisse über den Umfang der Grundversicherung, die Freizügigkeit, die alters- und geschlechtsunabhängige Prämiengestaltung, die Versicherungsformen, die Prämienverbilligung.
2. Aktuelle Handlungsinformationen: Diese setzen die Versicherten in Stande, tatsächlich eine begründete Entscheidung zu treffen. Dazu gehören Informationen über die aktuellen Prämien und Rabatte, der Angebote der alternativen Modelle, Kündigungsfristen und -vorgehensweise, die potentielle Berechtigung für Prämiensubventionen, die Qualität verschiedener Versicherer, Nutzen und Kosten von Zusatzversicherungen.

3. Informationen im Zusammenhang mit Versicherungsfällen: hier geht es nicht um allgemeine Informationen, sondern um Fragen, die im konkreten Versicherungsfall/Schadensfall auftreten.

8. Informiertheit und Informationsangebot: Zusammenfassung, Kommentar und Empfehlungen

Versicherte: Informiertheit, Informationsbedarf	Informationsangebot	Kommentar	Empfehlungen
1. Struktur- und Systeminformationen <ul style="list-style-type: none"> – Leistungen der Grundversicherung – Freizügigkeit, Kontrahierungszwang, Kündigung – Alters- und geschlechtsunabhängige Prämiengestaltung – Verschiedene Versicherungsformen in der Grundversicherung – Grund- und Zusatzversicherung bei verschiedenen Versicherern – Prämienverbilligung 			
<p>Der Kenntnisstand bezüglich Struktur- und Systeminformationen ist zufriedenstellend. Mit rd. zwei Dritteln relativ gut Informierter dürfte eine Art Maximum erreicht sein. Auch die (subjektive) Informiertheit über den Leistungsumfang der Grundversicherung ist relativ gut. Ein zusätzlicher (subjektiver) Informationsbedarf zur Grundversicherung allgemein besteht nur bei einer Minderheit (rd. 30 %). Insgesamt ist das Bild in der französischen und italienischen Schweiz aber etwas schlechter.</p>	<p>Als Basisinformation stand/steht die Broschüre des BSV zur Verfügung. Über die verschiedenen Versicherungsformen und den Umfang der Grundversicherung informieren die Versicherer in ihren Mitgliederzeitschriften. Die Printmedien greifen relativ häufig alle genannten Aspekte auf (vielleicht mit Ausnahme des Leistungskatalogs GV) und tun dies in einer Weise, das man von der Vermittlung von Basisinformationen sprechen kann. In der französischen Schweiz ist das Informationsangebot der Printmedien schlechter.</p>	<p>Eine grosse Lücke ist in diesem Bereich nicht erkennbar, wenn man nicht die eher unrealistische Erwartung hegt, das 100 % der Bevölkerung ausreichend informiert ist.</p>	<p>Neuerungen durch die KVG-Revision (neue Kündigungsregeln) sollten wieder an alle Haushalte kommuniziert werden. Evtl. wäre eine Neuauflage der Broschüre „Die obligatorische Krankenversicherung kurz erklärt“ bzw. ein Merkblatt zu überlegen. Damit könnte auch ein gewisser Ausgleich für die geringere Informationsaktivität der welschen Medien geschaffen werden.</p>

<p>2: Aktuelle Handlungsinformationen</p> <ul style="list-style-type: none"> – über die aktuellen Prämien und die Rabatte bei alternativen Versicherungsformen; – über die alternativen Versicherungsmodelle (HMO, Hausarzt); – Kündigungsfristen, der Kündigungs- und Beitrittsformalitäten; – über potentielle Berechtigung für Prämiensubventionen, Zugangswege – über (kundenbezogene) Qualität der Krankenkassen und deren mittelfristige Performance; – über Nutzen, Preis-Leistungs-Verhältnis, Prämien-gestaltung in den Zusatzversicherungen. 			
<p>Die Informationslage zu den Punkten, die das KVG betreffen, ist nicht eindeutig zu klären. Es gibt jedoch Indizien, dass sie nicht zum besten steht:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Der Wunsch, mehr über die Prämien bei alternativen Versicherungsformen und allgemein mehr über das KVG zu erfahren; – Die nur mässige Bewertung der Information über die konkreten Kündigungsmöglichkeiten; – Der relativ grosse Anteil der Versicherten, der seine Prämie nicht kennt; – Die Immobilität der Versicherten. <p>Recht gut scheint aber die Information zu den Prämien-subventionen zu sein.</p>	<p>Die Informationsmöglichkeiten bezüglich der KVG-relevanten Aspekte sind gut. Durch die vom BSV veröffentlichten Prämienübersichten zusammen mit den Tipps für die Versicherten besteht eine gute Basis. Jedoch kommt es auf den Transport dieser Informationen an. Die Versicherer fallen als Informationsgeber weitgehend aus, weil es sich meist um konkurrenz-relevante Informationen handelt. Sie informieren nur über ihre eigenen Angebote, dies überwiegend umfassend und mehrfach. Die Printmedien schliessen teilweise die Lücke. Fast alle geben – meist im Zusammenhang mit der herbstlichen Prämienrunde – Prämienübersichten. Diese sind zwar weder vollständig bezüglich der Kassen noch aller Reduktionen, sind aber meist ergänzt durch den Hinweis auf Bezugsquellen für die vollständige Information. Auch die Kündigungsmöglichkeiten und –formalitäten sind i.d.R. exakt beschrieben.</p>	<p>Das relativ vollständige Informationsangebot des BSV bezüglich der Prämien (Grundversicherung) muss aktiv abgerufen werden, was sicher eine erhebliche Hürde darstellt. Inhaltliche Informationen zu den HMOs/Hausarzt-netzen fehlen. Die Presse informiert überwiegend gut, aber nicht vollständig. Von den Versicherern wird man nicht erwarten können, dass sie objektive vergleichende Informationen liefern. Dies wäre von Wettbewerbern zuviel verlangt. Erwarten müsste man jedoch, dass sie die Versicherten über die Kündigungsmöglichkeiten aufklären, da diese Bestandteil des Versicherungsvertrages sind.</p>	<p>Es sollte überlegt werden, eine Information, wie sie das BSV bereitstellt, kantonal aufgebrochen und verbraucherfreundlich gestaltet (z.B. Reduktionen nicht in % ausgedrückt sondern im Absolutbetrag der Prämie) zum einschlägigen Zeitpunkt den Haushalten leicht zugänglich zu machen. Beispielsweise könnte dies durch eine Beilage in der Tagespresse geschehen, die sich auf den Kanton/die Kantone des Hauptverbreitungsgebietes bezieht. Auf die Krankenkassen sollte eingewirkt werden, die Kündigungsvorschriften auf jeden Prämienbescheid zu drucken. Der Bund könnte durch entsprechende Pressemitteilungen mehr Transparenz über die Struktur der Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer schaffen. Grundsätzlich ist der Handlungsspielraum (Kündigungsfrist) für die Versicherten zu kurz, die Zeit zwischen Vorliegen der wichtigen Informationen und Kündigung sollte verlängert werden.</p>

	<p>Die Presse widmet sich auch den verschiedenen Versicherungsformen in der GV, so dass die LeserInnen insbesondere über die Vorzüge/Nachteile der erhöhten Franchisen Informationen erhalten können. Wenig ist allerdings zu erfahren über den konkreten Rahmen der HMO- und Hausarztmodelle, z.B. darüber, wieviel ÄrztInnen beteiligt sind und welchen (Nicht-)Restriktionen man in der Wahl der PrimärärztInnen unterliegt.</p> <p>Prämiensubventionen werden in der Presse besprochen, am Wichtigsten dürften aber die Informationen durch die Kantone sein. Merkwürdigerweise fallen die Krankenkassen als Informationsgeber zu diesem Thema nicht ins Gewicht.</p>		
<p>Zur Qualität und Performance der Krankenkassen dürften bei den Versicherten kaum Informationen vorhanden sein. Es gibt nur Meinungen zur eigenen Krankenkasse und vielleicht ein „Hörensagen“ über andere.</p>	<p>Das Informationsangebot über Qualität und Performance der sozialen Krankenkassen ist nahe bei Null. Die einzige Quelle – die Medien – berichtet vielleicht über einzelne grosse Krankenkassen, wenn diese in Schwierigkeiten geraten, aber zieht auch nicht ansatzweise Vergleiche. Unter den nahezu 500 ausgewerteten Presseartikeln fanden sich keine 5, die auf Informationsmöglichkeiten zum Qualitätsvergleich hinwiesen.</p>	<p>Die KVG-Akteure haben ihr Augenmerk zu sehr nur auf die Preise/Prämien gerichtet und vernachlässigt, dass für die Versicherten auch noch andere Faktoren von Bedeutung sind.</p>	<p>Es kann nicht Aufgabe des Bundes/der Kantone sein, einen Qualitätsvergleich unter Wettbewerbern anzustellen.</p> <p>Die Verbraucherorganisationen sollten jedoch materiell/personell in die Lage versetzt werden, solche Aufgaben anzugehen.¹</p>

¹ Vergleichbar etwa der deutschen Stiftung Warentest, die in regelmässigen Abständen Krankenversicherer testet.

<p>Zum ganzen Bereich der Zusatzversicherungen ist anzunehmen, dass sehr wenig Informationen vorhanden sind. Indizien dafür sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> – die Aussagen aus den Fachgesprächen mit Spitalverwaltungen, wonach sehr viele Versicherte ihren genauen Versichertenstatus nicht kennen; – die Erkenntnisse aus den Pretests zur Versichertenbefragung, die zeigten, dass es vielen Befragten sehr schwer fällt, zwischen Grund- und Zusatzversicherung zu unterscheiden; – die relativ vielen Anfragen bei Verbraucherschutzorganisationen über Prämiengestaltung und Leistungen in den Zusatzversicherungen. 	<p>Das Informationsangebot zu den Zusatzversicherungen ist schlecht. Für das BSV liegen die Zusatzversicherungen ausserhalb seiner Kompetenzen, das BPV versteht sich als reines Aufsichtsorgan, zu dessen Aufgaben die KonsumentInnenaufklärung nicht gehört. Die Versicherer informieren über ihre Zusatzversicherungen im Sinne des Marketing; über die Prämiengestaltung schweigen sie sich aus. Die Medien widmen dem Thema ebenfalls relativ wenig Aufmerksamkeit und wenn, dann geht es hauptsächlich um die Probleme, die aus der Abkoppelung von der „sozialen“ Prämiengestaltung entstanden sind. Aufklärung über die Zweckmässigkeit einzelner Zusatzversicherungen, über Prinzipien der Prämiengestaltung, die für die Versicherten bedeutsam sind (z.B. „Alterssprünge“, „Treueprämien“) finden sich ebenso selten (oder nie) wie Vergleiche zwischen den Versicherern.</p>	<p>Die schwache Information über die Zusatzversicherungen wird deren Bedeutung nicht gerecht. Wenn immerhin rd. drei Viertel der Haushalte eine Zusatzversicherung haben, kann man dies nicht einfach übersehen unter Hinweis darauf, dass Zusatzversicherungen nicht zum KVG gehören. Die Transparenz ist, wie auch bei allen anderen Privatversicherungen, extrem gering. Die Zusatzversicherung gegen Krankheit ist für die Versicherten aber nicht irgendeine Bestandteil ihrer Krankenversicherung.</p>	<p>Auch wenn die ZV Privatversicherungen sind, sollte eine Einigung darüber herbeigeführt werden, dass Verbraucheraufklärung und –schutz im Rahmen der Zusatzversicherungen zur Krankenversicherung dazu gehören. Die Aufgabe wäre wohl am Besten beim BSV angesiedelt. Eine solche Aufgabenzuordnung vorausgesetzt, müsste sodann ein Konzept der Verbraucherinformation entwickelt werden, dessen Umsetzung wohl im Wesentlichen an die Verbraucherorganisationen zu delegieren wäre. Das BSV sollte jedoch, über Informationen an die Presse, für eine grössere Transparenz über Grundprinzipien sorgen.</p>
---	---	--	---

3. Informationen im Zusammenhang mit Versicherungsfällen

Das starke Anwachsen der Anfragen beim Ombudsmann der sozialen Krankenversicherung von 1997 auf 1998 zeigt, dass für die Versicherten die Transparenz ab- und die Unsicherheit zugenommen hat. In die gleiche Richtung weisen die Aussagen von Spitalern, ÄrztInnen, Apothekern und des BSV. Der Informationsbedarf bezieht sich sowohl auf konkrete Versicherungsfälle (Rechnungen, Kostenübernahmen etc.) wie auch auf Fragen der Krankenversicherung allgemein.

Hier geht es hauptsächlich um die Frage, ob die Beratungsmöglichkeiten bekannt gemacht werden. Sowohl die Medienauswertung als auch die Auswertung der Krankenkassenmitteilungen zeigen, dass Versicherte nur eine geringe Chance haben, von der Existenz von Beratungsmöglichkeiten zu erfahren. Lediglich die KVG-Broschüre des BSV listet entsprechende Adressen explizit auf, aber in den jährlichen Prämienübersichten fehlen sie. In der KVG-Broschüre wird nicht erwähnt, dass man auch beim BSV direkt Informationen einholen kann. Kommuniziert werden in den Medien z.T. Gerichtsurteile, Fälle von „Ungechtigkeit“ oder mangelnder Kulanz der Versicherer; für die Information der Versicherten dürfte dies allenfalls am Rande einmal von Bedeutung sein. Die Beratungsmöglichkeiten für ÄrztInnen (vor allem FMH) scheinen ausreichend bekannt zu sein.

Die Beratungsstellen (Ombudsmann, Patientenorganisationen) sollten vermehrt Öffentlichkeitsarbeit betreiben.

Die Krankenkassen sollten gebeten werden, in ihren Mitteilungsblättern auf die Stellen aufmerksam zu machen.

Das BSV sollte sich als „Informationsstelle“ präsentieren. Voraussetzung dafür wäre aber, dass über die saisonale Hotline hinaus eine Informationsstelle für Versichertenanfragen vorhanden ist, denn es ist eher zweifelhaft, dass die fachlichen Stellen für diese Aufgabe gut geeignet sind.

Die Kapazitäten der Beratungsstellen sollten (ggf. mit vermehrten öffentlichen Mitteln) so aufgestockt werden, dass sie die Anfragen innert nützlicher Frist bearbeiten können.

Die Anfragen bei den Beratungsstellen sollten kontinuierlich evaluiert werden. Daraus liesse sich auch erkennen, welche Lücken bezüglich allgemeiner (nicht auf den konkreten Schadensfall bezogener) Informationen vor allem bestehen. Diese sollten dann bei 2) aufgegriffen werden. Die Krankenkassen sollten gebeten werden, vermehrt „Verhaltensregeln“ zu publizieren („was sollten sie tun, wenn ein Spitalaufenthalt ansteht“), um die Fehlerquellen zu verringern.

Literaturverzeichnis

- Faisst, K., Schilling, J.: Inhaltsanalyse von Anfragen bei PatientInnen- und Versichertenorganisationen. Bern 1999.
- Figge, P.: Möglichkeiten und Grenzen der Konsumentinformation als umweltpolitisches Instrument. Bamberg 1996.
- GfS-Forschungsinstitut: Gesundheitsmonitor 2000, Oktober 2000.
- Interface Institut für Politikstudien: Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen. Evaluationsergebnisse und Monitoringkonzept. Bern 1998.
- IPSO: Auswirkungen des KVG auf die Versicherten. Abschlussbericht. Januar 2001.
- Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer: Handbuch der Schweizerischen Krankenversicherung 2000. Solothurn 2000.
- Kroeber-Riel, W., Weinberg, P.: Konsumentenverhalten. München 1999.
- LINK Institut für Markt- und Sozialforschung: Rezeptionsevaluation zur BSV-Broschüre „Die obligatorische Krankenversicherung kurz erklärt“ im Auftrag des Bundesamts für Sozialversicherung, Bern. Luzern 1997.
- Ombudsmann der sozialen Krankenversicherung: Tätigkeitsbericht 1998. Luzern 1999.
- Prognos: Neue Krankenversicherungsformen. Untersuchungsbericht 1. Bern 1998.

Beiträge zur sozialen Sicherheit

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

Aspects de la sécurité sociale

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

Aspetti della sicurezza sociale

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

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

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

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

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

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

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

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

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: BASS: Tobias Bauer. Literaturrecherche: Modelle zu einem garantierten Mindesteinkommen. Nr. 2/95	EDMZ* 318.010.2/95 d
Forschungsbericht: IPSO: Peter Farago. Verhütung und Bekämpfung der Armut: Möglichkeiten und Grenzen staatlicher Massnahmen. Nr. 3/95	EDMZ* 318.010.3/95 d
Rapport de recherche: IPSO: Peter Farago. Prévenir et combattre la pauvreté: forces et limites des mesures prises par l'Etat. N° 3/95	OCFIM* 318.010.3/95 f
Bericht des Eidgenössischen Departementes des Innern zur heutigen Ausgestaltung und Weiterentwicklung der schweizerischen 3-Säulen-Konzeption der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge. Oktober 1995	EDMZ* 318.012.1/95 d
Rapport du Département fédéral de l'intérieur concernant la structure actuelle et le développement futur de la conception helvétique des trois piliers de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité. Octobre 1995	OCFIM* 318.012.1/95 f
Rapporto del Dipartimento federale dell'interno concernente la struttura attuale e l'evoluzione futura della concezione svizzera dei 3 pilastri della previdenza per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità. Ottobre 1995	UCFSM* 318.012.1/95 i
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil I	BSV** 96.217
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil II	BSV** 96.538
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen" (IDA FiSo 1): Bericht über die Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (unter besonderer Berücksichtigung der demographischen Entwicklung). Nr. 1/96	EDMZ* 318.012.1/96 d
Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales" (IDA FiSo): Rapport sur les perspectives de financement des assurances sociales (eu égard en particulier à l'évolution démographique). N° 1/96	OCFIM* 318.012.1/96 f
Forschungsbericht: Laura Cardia-Vonèche et al.: Familien mit alleinerziehenden Eltern. Nr. 1/96	EDMZ* 318.010.1/96 d
Rapport de recherche: Laura Cardia-Vonèche et al.: Les familles monoparentales. N° 1/96	OCFIM* 318.010.1/96 f
Bericht der Arbeitsgruppe "Datenschutz und Analysenliste / Krankenversicherung". Nr. 2/96	BSV** 96.567
Rapport du groupe de travail "Protection des données et liste des analyses / assurance-maladie". N° 2/96	OFAS** 96.568

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Berufliche Vorsorge: Neue Rechnungslegungs- und Anlagevorschriften; Regelung des Einsatzes der derivativen Finanzinstrumente; Verordnungstext / Erläuterungen / Fachempfehlungen. Nr. 3/96	EDMZ* 318.010.3/96 d
Prévoyance professionnelle: Nouvelles prescriptions en matière d'établissement des comptes et de placements. Réglementation concernant l'utilisation des instruments financiers dérivés. Texte de l'ordonnance / commentaire / recommandations. N° 3/96	OCFIM* 318.010.3/96 f
Previdenza professionale: Nuove prescrizioni in materia di rendiconto e di investimenti. Regolamentazione concernente l'impiego di strumenti finanziari derivati. N° 3/96	UCFSM* 310.010.3/96 i
Forschungsbericht: Martin Wechsler, Martin Savioz: Umverteilung zwischen den Generationen in der Sozialversicherung und im Gesundheitswesen. Nr. 4/96	EDMZ* 318.010.4/96 d
Forschungsbericht: Wolfram Fischer: Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich. Nr. 1/97	EDMZ* 318.010.1/97 d
Forschungsbericht: Infrac: Festsetzung der Renten beim Altersrücktritt und ihre Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung. Überblick über die Regelungen in der EU. Nr. 2/97	EDMZ* 318.010.2/97 d
Forschungsbericht: Heinz Schmid: Prämiengenehmigung in der Krankenversicherung. Expertenbericht. Nr. 3/97	EDMZ* 318.010.3/97 d
Rapport de recherche: Heinz Schmid: Procédure d'approbation des primes dans l'assurance-maladie. Expertise. N° 3/97	OCFIM* 318.010.3/97 f
Forschungsbericht: Eine Zusammenarbeit zwischen IPSO und Infrac: Perspektive der Erwerbs- und Lohnquote. Nr. 4/97	EDMZ* 318.010.4/97 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher, BASS: Auswirkungen von Regelungen des AHV-Rentenalters auf die Sozialversicherungen, den Staatshaushalt und die Wirtschaft. Nr. 5/97	EDMZ* 318.010.5/97 d
Forschungsbericht: Günther Latzel, Christoph Andermatt, Rudolf Walther, BRAINS: Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit. Band I und II. Nr. 6/97	EDMZ* 318.010.6/97 d

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (IDA FiSo) 2": Analyse der Leistungen der Sozialversicherungen; Konkretisierung möglicher Veränderungen für drei Finanzierungsszenarien.	EDMZ* 318.012.1/97 d
Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales (IDA FiSo) 2": Analyse des prestations des assurances sociales; Concrétisation de modifications possibles en fonction de trois scénarios financiers.	OCFIM* 318.012.1/97 f

- * EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

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

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

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

- | | |
|---------|---|
| * EDMZ | = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern |
| * OCFIM | = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne |
| * UCFSM | = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna |
| ** BSV | = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern |
| ** OFAS | = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne |
| ** UFAS | = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna |

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Mikroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. INFRAS. Nr. 19/98 d	EDMZ* 318.010.19/98 d
Rapport de recherche: INFRAS: Effets microéconomiques de la 1 ^{re} révision de la LPP. Rapport final N° 19/98	OCFIM* 318.010.19/98 f
Forschungsbericht: Makroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. KOF/ETHZ, Zürich. Nr. 20/98 d	EDMZ* 318.010.20/98 d
Rapport de recherche: KOF/ETHZ: Effets macroéconomiques de la 1 ^{re} révision de la LPP. Rapport final N° 20/98	OCFIM* 318.010.20/98 f
Forschungsbericht: Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen; Dr. Andreas Balthasar; Interface Institut für Politikstudien; Nr. 21/98 d	EDMZ* 318.010.21/98 d
Rapport de recherche: Dr. Andreas Balthasar (Interface Institut d'études politiques): Efficacité sociopolitique de la réduction de primes dans les cantons. N° 21/98	OCFIM* 318.010.21/98 f
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS): Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung. Nr. 1/99	EDMZ* 318.010.1/99 d
Forschungsbericht: Kurzfassung von 1/99. Nr. 2/99	EDMZ* 318.010.2/99 d
Rapport de recherche: Condensé du n° 1/99. N° 2/99	OCFIM* 318.010.2/99 f
Rapport de recherche: Institut de santé et d'économie ISE en collaboration avec l'Institut du Droit de la Santé IDS: Un carnet de santé en Suisse? Etude d'opportunité. N° 3/99	OCFIM* 318.010.3/99 f
Forschungsbericht: Inhaltsanalyse von Anfragen bei PatientInnen- und Versichertenorganisationen. Dr. med. Karin Faisst MPH, Dr. med. Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich. Nr.4/99	OCFIM* 318.010.4/99 d
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	EDMZ* 318.010.6/99 d

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Christopher Prinz, Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien: Invalidenversicherung: Europäische Entwicklungstendenzen zur Invalidität im Erwerbsalter. Band 1 (Vergleichende Synthese). Nr. 7/99	EDMZ * 318.010.7/99 d
Forschungsbericht: siehe Nr. 7/99. Band 2 (Länderprofile). Nr. 8/99	EDMZ * 318.010.8/99 d
Forschungsbericht: Bekämpfung sozialer Ausgrenzung. Band 3. Sozialhilfe in Kanada und in der Schweiz. (OECD). Nr. 9/99	EDMZ * 318.010.9/99 d
Forschungsbericht: Karin Faisst, Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Qualitätssicherung – Bestandesaufnahme. Nr. 10/99	EDMZ * 318.010.10/99 d
Forschungsbericht: Neue Finanzordnung mit ökologischen Anreizen: Entlastung über Lohn- und MWST-Prozente? Ecoplan. Nr. 1/00	EDMZ * 318.010.1/00 d
Forschungsbericht: Freie Wahl der Pensionskasse: Teilbericht. PRASA. Nr. 2/00	EDMZ * 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. Nr. 3/00	EDMZ * 318.010.3/00 d
Forschungsbericht: Wilhelmine Stürmer, Daniela Wendland, Ulrike Braun, Prognos: Veränderungen im Bereich der Zusatzversicherung aufgrund des KVG. Nr. 4/00	EDMZ * 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	EDMZ * 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	OCFIM* 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	EDMZ * 318.010.6/00 dfi
Forschungsbericht: Auswirkungen des KVG im Tarifbereich; INFRAS, Zürich. Nr. 7/00	EDMZ* 318.010.7/00 d

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Rapport de recherche: Beat Sterchi, Marcel Egger, Véronique Merckx (Ernst & Young Consulting AG, Bern): Faisabilité d'un „chèque-service". N° 8/00	OCFIM* 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	OCFIM* 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	EDMZ * 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	EDMZ * 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	OCFIM* 318.010.12/00 f
Forschungsbericht: Kurt Wyss: Entwicklungstendenzen bei Integrationsmassnahmen der Sozialhilfe. Nr. 13/00	EDMZ * 318.010.13/00 d
Rapport de recherche: Kurt Wyss: Évolution des mesures d'intégration de l'aide sociale. N° 13/00	OCFIM* 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	OCFIM* 318.010.14/00 f
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	OCFIM* 318.010.1/01 f
Forschungsbericht: Andreas Balthasar, Interface Institut, Luzern: Die Sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen: Monitoring 2000. Nr. 2/01	EDMZ * 318.010.2/01 d
Rapport de recherche: Andreas Balthasar, Interface Institut, Lucerne: Efficacité sociopolitique de la réduction de primes dans les cantons. N° 2/01	OCFIM* 318.010.2/01 f

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Matthias Peters, Verena Müller, Philipp Luthiger, IPSO: Auswirkungen des Krankenversicherungsgesetzes auf die Versicherten. Nr. 3/01	EDMZ * 318.010.3/01 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Andreas Heimer, Prognos: Wirkungsanalyse KVG: Information der Versicherten. Nr. 4/01	EDMZ * 318.010.4/01 d

- * EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
- * OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
- * UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
- ** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
- ** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
- ** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna