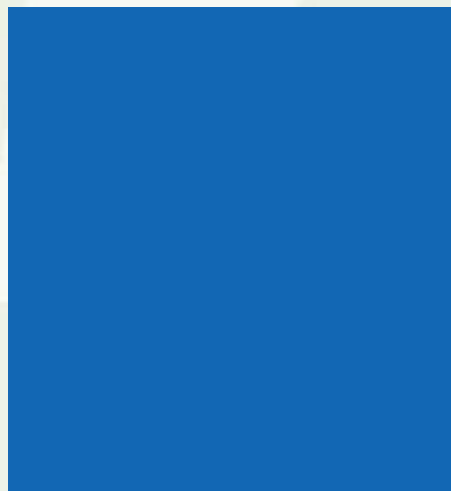


BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

Monitoring 2002 von Anfragen an PatientInnen- und Versichertenorganisationen

Forschungsbericht Nr. 1/04



BSV /
OFAS /
UFAS /

*Bundeskamt für Sozialversicherung
Office fédéral des assurances sociales
Ufficio federale delle assicurazioni sociali
Ufficio federal da las assicuraziuns socialas*

Das Bundesamt für Sozialversicherung veröffentlicht in seiner Reihe "Beiträge zur Sozialen Sicherheit" konzeptionelle Arbeiten und Forschungsbereiche 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.

Autoren/-in: Karin Faisst, Dr. Med.
Ueli Zellweger, lic. phil.
Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität
Zürich (ISPMZ)
Sumatrastrasse 30
8006 Zürich
Tel. (01) 634 46 11
Fax (01) 634 49 86

Auskünfte: Daniel Wiedmer
Bundesamt für Gesundheit
Effingerstrasse 20
3003 Bern
Tel. 031 324 07 37
Fax 031 322 90 20
E-mail: daniel.wiedmer@bag.ch

ISBN: 3-905340-96-8

Copyright: Bundesamt für Sozialversicherung
CH-3003 Bern

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

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

Bestellnummer: [318.010.1/04 d](#)

Monitoring 2002 von Anfragen an PatientInnen- und Versichertenorganisationen

Erarbeitet im Auftrag des Bundesamtes für
Sozialversicherung

Ueli Zellweger, Karin Faisst
Institut für Sozial- und Präventivmedizin der
Universität Zürich

September 2003

Vorwort

Die Einführung des Krankenversicherungsgesetzes 1996 bedeutete für die Versicherten einige grundlegende Änderungen wie etwa das Obligatorium und die volle Freizügigkeit. Ein Systemwechsel, wie ihn die Einführung des neuen Gesetzes darstellte, verunsichert und weckt Informationsbedarf. Dass dieser für etliche Versicherte nicht ausreichend befriedigt werden konnte, zeichnete sich schon früh ab. Bereits 1998 lancierte das BSV deshalb eine Untersuchung der Anfragen an verschiedene Patient/innen- bzw.

Versichertenorganisationen. Die Aufschlüsselung der Anfragen nach Themengebieten ermöglichte Rückschlüsse über Befindlichkeiten und Informationsdefizite. Der Beschluss, ein kontinuierliches Beobachten und systematisches Auswerten der Anfragen und Beschwerden von Versicherten zu unterstützen, verfolgte einen doppelten Zweck: Es sollte Aufschluss über die grösseren Einführungs- und Vollzugsprobleme des KVG im beobachteten Jahr geben und Änderungen zu den Vorjahren aufzeigen, und es sollte den Organisationen bei Ihrer Auskunfts- und Vermittlertätigkeit als Instrument der Qualitätssicherung dienen.

Seit 2000 wird das „Monitoring Versichertenanfragen“ jährlich durchgeführt. Dabei fällt auf, dass, abgesehen von ein paar „Ausreissern“, die auf spezielle Gegebenheiten (z.B. Prämienhöhung eines Versicherers während des Jahres) oder auf punktuelle Medienberichterstattung zurückzuführen sind, keine spektakuläre Veränderungen eintreten. Zwar nehmen elementare Systemfragen im Zeitvergleich tendenziell ab und es rücken andere, insbesondere Qualitätsfragen stärker in den Vordergrund. Doch der Wandel geht relativ langsam vor sich, was die Bedeutung differenzierter Informationsaktivitäten unterstreicht.

Die im vorliegenden Bericht analysierten Anfragen bei Patient/innen- und Versichertenorganisationen decken einen ansehnlichen Teil der Beschwerden und Informationsdefizite der Versicherten ab. Mengenmässig werden ähnlich viele Anfragen behandelt wie durch den Ombudsman der Krankenversicherer oder durch die 2002 neu eingerichtete Fachstelle zur Beantwortung von Versichertenfragen im BSV.

Selbstverständlich erteilen auch weitere Stellen wichtige Auskünfte zur Krankenversicherung, seien es kantonale oder kommunale Instanzen etwa zur Prämienverbilligung oder Versicherer für spezifische Produkteinformationen oder zu Leistungspflichten. Doch schmälert dies nicht die Wichtigkeit, welche den Versichertenorganisationen als neutrale Auskunftsstellen zukommt.

Deshalb wird das Monitoring auch im laufenden Jahr 2003 fortgesetzt. Dabei wird der wachsenden Bedeutung des Themas „Qualität der Leistungserbringung“ mit einer differenzierteren Erfassung und Analyse dieses Themenbereichs Rechnung getragen.

Martin Wicki, Projektleiter

Bereich Forschung und Entwicklung im Kompetenzzentrum Grundlagen

Avant-propos

L'introduction en 1996 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) a entraîné pour les assurés quelques changements radicaux, comme l'obligation de s'assurer et le libre passage intégral. Un tel changement de système crée des incertitudes et suscite un besoin d'informations. Il est rapidement apparu que pour un certain nombre d'assurés, ce besoin n'était pas assez satisfait. Aussi l'OFAS a-t-il lancé en 1998 déjà une enquête sur les questions posées à diverses organisations de patients et d'assurés. La répartition des questions par thèmes a permis de tirer des conclusions sur la situation et les lacunes en matière d'information. La décision de soutenir une observation continue et un dépouillement systématique des questions et des plaintes des assurés poursuivait un double objectif : cette démarche devait, d'une part, renseigner sur les principaux problèmes de mise en œuvre et d'application de la LAMal au cours de l'année observée et indiquer les changements par rapport aux années précédentes et, d'autre part, servir aux organisations d'instrument de garantie de la qualité dans leur activité de renseignements et de médiation.

Depuis 2000, le « monitoring » des questions des assurés est effectué chaque année. Il en ressort clairement qu'à part quelques « poussées » dues à des événements particuliers (p. ex. l'augmentation des primes d'un assureur en cours d'année) ou à des interventions ponctuelles des médias, aucune modification spectaculaire ne se dessine. Certes, des questions élémentaires concernant le système tendent à diminuer avec le temps et d'autres, se rapportant en particulier à la qualité, à émerger davantage. Mais le changement est relativement lent, ce qui souligne l'importance d'activités d'information différenciées.

Les questions posées aux organisations de patients et d'assurés, qui sont analysées dans le présent rapport, représentent une part importante du manque d'information des assurés et des faits dont ils ont à se plaindre. A peu près autant de questions sont traitées par l'ombudsman des assureurs-maladie ou par l'unité spécialisée mise en place à l'OFAS en 2002 pour répondre aux demandes des assurés. Il va de soi que d'autres services fournissent des renseignements importants en matière d'assurance-maladie, qu'il s'agisse d'instances cantonales ou communales à propos des réductions de primes ou encore d'assureurs à propos de produits spécifiques ou de l'obligation de prise en charge. Mais cela n'enlève rien à l'importance de la fonction que remplissent les organisations d'assurés en tant que source de renseignements neutre.

C'est pourquoi le monitoring sera poursuivi en 2003 aussi. Il tiendra désormais compte de l'importance croissante du thème « qualité des soins » en enregistrant les questions de ce domaine de manière plus détaillée et en offrant une analyse plus nuancée.

Martin Wicki, chef de projet

Secteur Recherche et développement du Centre de compétence Analyses fondamentales

Premessa

L'entrata in vigore della legge sull'assicurazione malattie nel 1996 ha comportato per gli assicurati alcuni cambiamenti fondamentali, quali il regime obbligatorio e il libero passaggio integrale. Il cambiamento di sistema dovuto alla nuova legge crea insicurezza e necessità d'informazione. Presto ci si è resi conto che queste esigenze degli assicurati non avrebbero potuto essere soddisfatte in misura sufficiente. Per questo motivo, l'UFAS ha avviato già nel 1998 un esame delle domande pervenute a diverse organizzazioni dei pazienti e degli assicurati. La suddivisione delle domande in campi tematici ha permesso di trarre conclusioni riguardo all'umore della popolazione e alle carenze informative. La decisione di rendere costante l'osservazione e di valutare sistematicamente le domande ed i reclami degli assicurati aveva un duplice scopo: il primo era quello di individuare i maggiori problemi legati all'entrata in vigore della legge ed alla sua esecuzione nell'anno preso in considerazione e di mostrare le differenze rispetto agli anni precedenti, il secondo era di offrire alle organizzazioni uno strumento per la garanzia della qualità nel quadro della loro attività di informazione e mediazione.

Dal 2000, il "monitoraggio delle domande degli assicurati" viene condotto annualmente. Quello che si nota è che, fatta eccezione per alcune "sbavature" riconducibili ad avvenimenti particolari (p. es. l'aumento dei premi da parte di un assicuratore nel corso dell'anno) o a notizie di cronaca puntuali apparse nei mass media, non vi sono variazioni vistose. Se è vero che le domande fondamentali sul sistema tendono a diminuire rispetto al passato mentre aumentano per esempio quelle relative alla qualità, questo cambiamento di tendenza è tuttavia relativamente lento, il che sottolinea l'importanza di attività d'informazione differenziate.

Il presente rapporto analizza una parte considerevole dei reclami e delle carenze informative registrati dalle organizzazioni dei pazienti e degli assicurati. Quantitativamente queste ultime trattano un numero di richieste simile a quello trattato dall'ombudsman degli assicuratori-malattie o dall'Unità specializzata Domande degli assicurati dell'UFAS, creata nel 2002. Naturalmente vi sono anche altri organi che forniscono importanti informazioni sull'assicurazione malattie. Tra di essi vi sono le istanze cantonali o comunali (che offrono p. es. informazioni riguardo alla riduzione dei premi) o gli assicuratori (che danno informazioni specifiche sui prodotti o sulle prestazioni obbligatorie). Questo non sminuisce però l'importanza delle organizzazioni degli assicurati in quanto organi informativi neutrali.

Per questo motivo il monitoraggio proseguirà anche durante il 2003, preoccupandosi di effettuare rilevazioni ed analisi più differenziate sul tema della "qualità delle prestazioni", al fine di tenerne in debita considerazione la crescente importanza.

Martin Wicki, responsabile del progetto
Settore Ricerca e sviluppo del Centro di competenza Analisi fondamentali

Foreword

The introduction of the Federal Law on Sickness Insurance (KVG) in 1996 meant some fundamental changes for policyholders, such as the insurance obligation, and the freedom to switch insurers. Changing the system, as the introduction of the new law proposed, can be unnerving and give rise to a demand for more information. The fact that some policyholders were less than satisfied with the information they had was clear very early on. As far back as 1998, the OASI launched a survey of the queries made to various patient and policyholder organisations. The categorisation of queries according to subject area made it possible to draw conclusions on the policyholders' attitudes and information deficits. The decision to back continual monitoring and systematic evaluation of policyholders' queries and complaints had two objectives. The first was to gain an insight into the main problems due to the introduction and execution of the KVG in the given year, and highlight changes relative to previous years. The second was to serve as a quality assurance instrument for organisations in relation to their information and arbitration services.

Every year since 2000 a "monitoring of policyholders' queries" survey has been conducted. As a result, it has become clear that, in spite of a few "one-offs", which are due to special circumstances (e.g. an insurer raising its premiums during the year) or selective media reporting, there have not been any spectacular changes. In fact, basic questions on the system have tended to fall over time, while specific quality-related questions have increased. It appears that the change is occurring at a relatively slow rate, which underlines the importance of a comprehensive and differentiated provision of information.

The queries from patient and policyholder organisations analysed in this report cover a considerable share of policyholders' complaints and information deficits. In quantitative terms, the survey dealt with a similar number of questions as the Sickness Insurers' Ombudsman or the new OASI *Fachstelle zur Beantwortung von Versichertenfragen* (helpdesk for policyholders), set up in 2002. Of course, other institutions provide important information on sickness insurance, such as cantonal and municipal authorities dealing with premium reduction queries, or insurers offering information on specific products and entitlements. However, the status of policyholder organisations as unbiased information providers remains very important.

For this reason, the monitoring continues throughout 2003. This year it also accommodates the growing importance of "service provision quality" by means of a specifically tailored survey and analysis of this issue.

Martin Wicki, Project manager
Research and Development, competence centre

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Verzeichnis der Grafiken und Tabellen.....	III
Zusammenfassung	V
Résumé	XI
Riassunto	XV
Summary.....	XXI
1. EINLEITUNG.....	1
1.1 FRAGESTELLUNG DER EVALUATION.....	1
2. METHODE UND VORGEHEN	3
2.1 DATENSAMMLUNG	3
2.1.1 Erhebungszeitraum.....	4
2.1.2 Studienpartner	4
2.1.3 Erhebungsinstrument	4
2.1.4 Auswertung.....	5
2.2 ANMERKUNGEN ZUR INTERPRETATION DER ERGEBNISSE	6
3. ERGEBNISSE.....	9
3.1 BESCHREIBUNG DER RATSUCHENDEN.....	9
3.2 ÜBERSICHT ÜBER DIE BERATUNGSWEGE DER RATSUCHENDEN.....	13
3.2.1 Wie wurde die beratende Person auf die Organisation aufmerksam?.....	13
3.2.2 Bestand bereits Kontakt mit dem Versicherer und dem Leistungserbringer?.....	14
3.2.3 Wie wurde die ratsuchende Person beraten und war die Information ausreichend?	15
3.3 ÜBERBLICK ÜBER DIE INHALTLICHEN THEMENBEREICHE DER ANFRAGEN	19
3.4 DETAILLIERTE ANALYSE VON ANFRAGEN ZU DEN VERSCHIEDENEN THEMENBEREICHEN.....	26
3.4.1 Änderung des Versicherungsverhältnisses (z.B. Wechsel des Versicherers).....	26
3.4.2 LEISTUNGSVERGÜTUNG	32
3.4.3 TAGGELDVERSICHERUNG.....	39
3.4.4 PRÄMIENVERBILLIGUNG	40
3.4.5 QUALITÄT DER MEDIZINISCHEN LEISTUNGSERBRINGUNG	40
3.5 DETAILLIERTE ANALYSE UND INTERPRETATION DER BERATUNGSWEGE VON RATSUCHENDEN	44
4. FAZIT UND EMPFEHLUNGEN	49
5. LITERATURVERZEICHNIS	53
ANHANG	55

Verzeichnis der Grafiken und Tabellen

Tabelle 1:	Absolute und relative Verteilung der Fragebogen, die bei den beteiligten Beratungsstellen in den Untersuchungszeiträumen 1998, 2000, 2001 und 2002 ausgefüllt wurden.....	5
Tabelle 2:	Wohnkanton der Personen, die in den Untersuchungen 1998, 2000, 2001 und 2002 eine der beteiligten Beratungsstellen kontaktierten.....	10
Tabelle 3:	Geschlecht und Altersverteilung der Ratsuchenden.....	11
Grafik 1:	Altersverteilung der Anfragenden nach Altersjahren (geglätteter fliessender 5-Jahres-Mittelwert) im Vergleich mit der Altersverteilung der Wohnbevölkerung der Schweiz.....	12
Grafik 2:	Wissen von der PatientInnenorganisation.....	14
Grafik 3:	Vorgängiger Kontakt zu Versicherer bzw. Leistungserbringer.....	15
Grafik 4:	Wie wurde die ratsuchende Person beraten.....	16
Grafik 5:	Konnte die Anfrage ausreichend beantwortet werden?.....	16
Grafik 6:	Wohin wurden die Personen weitervermittelt.....	17
Grafik 7:	Themen der Beratung.....	20
Tabelle 4:	Absolute und relative Häufigkeit der Anfragen zu den fünf Themenbereichen.....	21
Tabelle 5:	Verteilung der Anfragen nach Thema und Sprachregion (Deutschschweiz, Romandie).....	22
Tabelle 6:	Übersicht über die Verteilung der Anfragen nach Themenbereich und PatientInnenorganisationen.....	23
Grafik 8:	Zeitliche Verteilung der Anfragen (1. Spalte 2000; 2. Spalte 2001, 3. Spalte 2002; oberer Teil der Säulen: Änderung des Versicherungsverhältnisses).....	24
Tabelle 7:	Übersicht über die Verteilung der Anfragen nach Themenbereichen für Grundversicherung, Zusatzversicherung und Grund- und Zusatzversicherung.....	28
Grafik 9:	Anlass für den Wunsch einer Änderung des Versicherungsverhältnis.....	29
Grafik 10:	Art des Problems mit dem Leistungserbringer.....	33
Tabelle 8:	Absolute und relative Häufigkeit von Anfragen zu den einzelnen Rubriken der Leistungsvergütung und deren Verteilung auf Grund- und Zusatzversicherung.....	34
Grafik 11:	Leistungsvergütung ist ein Problem bei welcher Art der Leistung.....	35

Tabelle 9:	Absolute und relative Häufigkeit der Leistungen, auf die sich die Anfragen zur Vergütung bezogen.....	36
Tabelle 10:	Verteilung der Probleme mit dem Versicherer nach Art der medizinischen Leistung (Mehrfachantworten möglich; Prozente der Anfragen).....	37
Grafik 12:	Anfragen zur Taggeldversicherung	39
Grafik 13:	Weitervermittlung bei Anfragen zu Prämienverbilligung	40
Tabelle 11:	Absolute und relative Häufigkeiten von Anfragen zur Qualität der medizinischen Leistungserbringung aufgeschlüsselt nach Themenbereichen.....	42
Grafik 14:	Übersicht über den Umfang der Beratung nach Themengebieten.....	45
Grafik 15:	Übersicht über die vorgängige Kontaktaufnahme mit dem Versicherer / Leistungserbringer nach Themengebieten.....	45
Tabelle 12:	Weitervermittlung nach Themengebiet	46

Zusammenfassung

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

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

Das KVG hat seit dem Beginn des Pilotprojektes 1998 keine wesentlichen Veränderungen erfahren. Ein Grossteil der Ergebnisse des "Monitoring" 2002 entspricht jenen der Vorjahre und des Pilotprojekts. In den Jahren 2001 und 2002 war ein weitgehend identischer Fragebogen wie im Jahr 2000 verwendet worden: Deshalb treffen vor allem die in den Jahren 2000 und 2001 formulierten Interpretationen in vielen Bereichen auch auf die vorliegenden Ergebnisse zu. Die Übereinstimmung der Ergebnisse kann als Validierung gewertet werden.

Da im Bericht 2000 ausführliche Interpretationen zu den Ergebnissen geliefert wurden, werden bei den vorliegenden Resultaten, die damaligen Interpretationen nicht wiederholt, vielmehr werden sie schwerpunktmässig auf den Vergleich zu den Vorjahren ausgerichtet.

Methoden der Analyse

Seit dem Jahr 2000 wird eine fortlaufende Erhebung (Monitoring) durchgeführt, an der vier national oder sprachregional tätige Organisationen¹ mit insgesamt 10 Beratungsstellen teilnehmen. Im Jahr 2000 wurden 5628 Anfragen, im Jahr 2001 6618 und im Jahre 2002 deren 6894 erfasst und ausgewertet; diese bildeten die Grundlage für die detaillierte Beschreibung des Zustandes 2002 und des Vergleichs mit den Vorjahren.

Welches sind die wichtigsten Erkenntnisse der aktuellen Erhebung?

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

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

Die wesentlichen inhaltlichen Ergebnisse der Beratungen im Überblick:

Anzahl der Anfragen und Themenverteilung

Die Anzahl der Anfragen an die PatientInnen-/Versichertenorganisationen nehmen jährlich zu. Qualität der medizinischen Leistungserbringung (42% der Anfragen), Änderung des Versicherungsverhältnisses (39%) und Probleme bei der Leistungsvergütung (17%) sind die dominierenden Themen, Anfragen zu Taggeldversicherung und Prämienverbilligung sind marginal. Während die Anfragen zur Leistungsvergütung über die Jahre und Monate relativ konstant sind, sind bei den Themen Änderung des Versicherungsverhältnisses und Qualität der medizinischen Leistungserbringung grosse Ausschläge zu verzeichnen: Bei Ersterem zeigt sich ein Rückgang im Jahr 2001 mit anschliessendem Anstieg im Jahre 2002, bei Letzterem ein starker Anstieg zwischen 2000 und 2001 mit anschliessender Konsolidierung im Jahre 2002. Die Zunahme von Anfragen zur Änderung des Versicherungsverhältnisses 2002 lässt sich auf ein einzelnes Ereignis (Prämienerhöhung der Krankenkasse "Supra" auf Mitte Jahr) zurückführen: Dies hatte zu einer eigentlichen Anfragewelle in den Monaten April und Mai geführt. Ohne dieses Ereignis wäre die Themenverteilung der Anfragen weitgehend identisch zum Vorjahr.

Änderung des Versicherungsverhältnisses

Die Anfragen zur "Änderung des Versicherungsverhältnisses" – in der Mehrheit sind es Anfragen zum Versicherungswechsel wegen zu hohen Prämien – sind in der Romandie das dominierende Thema (regelmässige Anfragewellen nach der Ankündigung von Prämien-erhöhungen), in der Deutschschweiz machen solche Anfragen nur einen kleinen Anteil der Anfragen aus. Es ist jedoch festzustellen, dass auch in der Deutschschweiz die Anzahl der Ratsuchenden, welche wegen zu hohen Prämien einen Wechsel des Versicherers prüfen, kontinuierlich ansteigt

In den Monaten Oktober und November hatten die PatientInnenorganisationen eine grosse Serie von Anfragen zum Thema Zusatzversicherung – immer verbunden mit einer schlechten telephonischer Erreichbarkeit des Versicherers – zu bewältigen: Sie betraf rund ein Fünftel aller Anfragen zu Änderungen des Versicherungsverhältnisses. Auch hier war es gemäss den Aussagen der PatientInnenorganisationen derselbe Krankenversicherer ("Supra"), welcher diese Probleme verursacht hat. Es war befürchtet worden, dass der Versicherer Konkurs anmelden müsste; wochenlang wurden vom Versicherer keine Telephonate entgegengenommen. Während ein Wechsel der Grundversicherung wegen dem Aufnahmepflicht der Versicherer üblicherweise wenig Probleme bereitet, kann ein Wechsel bei den Zusatzversicherungen wegen der Möglichkeit des neuen Versicherers, Vorbehalte oder Ausschlüsse anbringen zu können, Menschen vor grosse Probleme stellen: Vor allem Versicherte, welche jahrelang Beiträge für Zusatzversicherungen bezahlt hatten und nun befürchten mussten, von diesen beim neuen Versicherer ausgeschlossen zu werden, waren hier die Leidtragenden. In solchen Momenten übernehmen die PatientInnen- und Versichertenorganisationen wesentliche Aufgaben.

Leistungsvergütung

Im Bereich der "Leistungsvergütung" betreffen wie in den Vorjahren ein Drittel der Anfragen die Kostenübernahme. Ebenfalls wie in den Vorjahren machen Fragen zur Kostengutsprache knapp 20%, solche zur Kostenbeteiligung rund 15% der Anfragen aus. Eine zu lange Dauer bis zur Kostenrückerstattung war bei gut 10% der Anfragenden Thema. Im Jahr 2002 wurden erstmals "administrative Probleme mit dem Versicherer" erfasst: Bei fast einem Viertel aller Ratsuchenden war dies das Thema der Anfrage. Identifizierbare Problemgebiete sind nach wie vor die Kostengutsprache bei Kur- und Rehabilitation und die Kostenbeteiligung bei Schwangerschaft und Geburt. Neu identifiziert werden konnten auch die Gebiete Kostenrückerstattung bei ambulanten Leistungen und Kostengutsprachen bei geplanten Operationen. Die in den Vorjahren gefundenen Probleme bei komplementärmedizinischen Leistungen sind nicht mehr auffällig.

Qualität der medizinischen Leistungserbringung

Anfragen zur "Qualität der medizinischen Leistungserbringung" sind das Thema der meisten Anfragen bei PatientInnenorganisationen. Nach wie vor ist es allerdings so, dass dies vor allem ein Thema der Deutschschweiz ist; die PatientInnenorganisationen in der Romandie sind damit kaum konfrontiert. Nachdem im Jahre 2001 ein markanter Anstieg der Anfragen zu beobachten war, sind die Anfragen im Jahr 2002 – sowohl in absoluten Zahlen, als auch, was deren prozentualer Anteil betrifft – wieder etwas zurückgegangen. Inhaltlich zeigen die Anfragen zu PatientInnen- und Versichertenrechten keinerlei Veränderung gegenüber den Erhebungen 2000 und 2001: Knapp die Hälfte der Ratsuchenden hatten Fragen zu Patienten- bzw. Versichertenrechten, rund zwei Drittel hatten Probleme, welche direkt die Qualität der medizinischen Leistungserbringung (z.B. Verdacht auf Diagnose-/Behandlungsfehler) betrafen. Diese Stabilität über viele Jahre ist insofern bemerkenswert, als die PatientInnenorganisationen betonen, dass die Ratsuchenden sehr sensibel auf Berichte in den Medien reagieren, in welchen auf (vermeintliche) Missstände im Gesundheitswesen hingewiesen wird: Nach spektakulären Medienberichten nehmen Anfragen bei den Organisationen häufig sprunghaft zu. Von einer detaillierteren Erfassung der Anfragen in diesem Themengebiet, wie sie im Jahr 2003 erfolgt, wird hier ein differenzierteres Bild erwartet.

Gibt es Handlungsbedarf?

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

A Information: Die Möglichkeiten, die Prämienlast individuell zu senken, ist systematischer und verständlicher zu kommunizieren, und der Spielraum, den die volle Freizügigkeit gemäss KVG bietet, ist besser aufzuzeigen. Die bereits vorhandenen Instrumente wie der Prämienspiegel des Bundesamtes für Sozialversicherung und die

von der comparis.ch AG betriebene Internetseite, welche Prämienvergleiche anbieten, sind entweder zu wenig bekannt oder sie genügen für die Beantwortung der Problemstellungen des Einzelfalles nicht. Es sollte deshalb geprüft werden, wie diese beiden Instrumente besser bekannt gemacht und optimiert werden können.

- B Individuelle unabhängige Beratungen:** Offensichtlich besteht das Bedürfnis nach einer "neutralen" Stelle, welche Prämienvergleiche und Möglichkeiten für Kosteneinsparungen im Einzelfall aufzeigen kann: Zu prüfen ist, ob die Krankenversicherer, welche gemäss Gesetz dazu verpflichtet wären, wegen der Wettbewerbssituation, in der sie stehen, dazu überhaupt in der Lage sind und ob diese Aufgaben nicht an die PatientInnenorganisation abgetreten und finanziell entschädigt werden müssten.
- C Qualität der Dienstleistungen:** Es ist zu prüfen, ob die berichteten administrativen Probleme, die die Versicherten auf Seiten der Versicherer wahrnehmen, eine reale Basis haben, und die Dienstleistungen tatsächlich schlechter werden.

Angesprochen mit diesem "Pflichtenheft" sind bei der

Information in erster Linie die Versicherer, in zweiter Linie die öffentliche Hand und die Medien, aber auch die PatientInnen- und Versichertenorganisationen und die Leistungserbinger (ein neuer Ansatz, das Netzwerk "Prämienoptimierung", wurde vom Bundesamt für Sozialversicherung in Zusammenarbeit mit KonsumentInnenorganisationen kürzlich ins Leben gerufen, die Website www.bsv.admin.ch/info_praemien befindet sich im Aufbau), bei den

Individuellen unabhängige Beratungen der Gesetzgeber, Krankenversicherer und die PatientInnen- und Versichertenorganisationen, und bei der

Qualität der Dienstleistungen die Krankenversicherer und das BSV.

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

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

Wünschenswert wäre aber, dass noch weitere, bisher nicht am Monitoring teilnehmende Institutionen (insbesondere in der Romandie auch eine Organisation, die sich schwerpunktmässig mit der Qualität der medizinischen Leistungserbringung befasst), oder das Bundesamt für Sozialversicherung selbst, welches ja auch mit einer Vielzahl von Anfragen in diesem Bereich konfrontiert ist, ins Monitoring aufgenommen werden könnten. Damit wäre ein noch umfassenderes Bild über die Nöte und Unsicherheiten der Bevölkerung in Sachen Krankenversicherung und medizinische Leistungen möglich.

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

Résumé

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

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

La LAMal n'a pas connu de modifications marquantes depuis le lancement du projet pilote en 1998. Dans l'ensemble, les résultats du monitoring 2002 correspondent à ceux des années précédentes et du projet. Le questionnaire utilisé en 2001 et 2002 étant largement le même que celui employé en 2000, les interprétations formulées en 2000 et en 2001 sont toujours valables pour les résultats actuels dans de nombreux domaines. Cette concordance peut être considérée comme une confirmation des premiers résultats.

Dans le rapport de l'année 2000, les résultats étaient interprétés d'une manière fouillée ; aussi ces interprétations ne sont-elles pas répétées pour les résultats actuels, mais axées principalement sur la comparaison avec les années précédentes.

Méthode d'analyse

Depuis l'année 2000 est réalisée une enquête statistique continue (monitoring), à laquelle participent des organisations actives sur tout le territoire national ou dans toute une région linguistique² et comprenant au total dix services de conseil. 5628 questionnaires ont été remplis et dépouillés en 2000, 6618 en 2001 et 6894 en 2002 ; ils ont constitué les bases d'une description détaillée de l'état en 2002 et de la comparaison avec les années précédentes.

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

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

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

Principaux résultats concernant les sujets traités :

Nombre de questions et distribution des sujets abordés

Le nombre des questions posées aux organisations de patients et d'assurés augmente chaque année. Les sujets dominants sont la qualité des soins médicaux (42 % des questions), le changement du contrat d'assurance (39 %) et les problèmes de remboursement des prestations (17 %), les questions portant sur l'assurance d'indemnités journalières et sur les réductions de primes restant marginales. Alors que le nombre de questions touchant le remboursement des prestations reste relativement constant d'un mois et d'une année à l'autre, on note d'importants écarts concernant le changement de contrat d'assurance et la qualité des soins médicaux : pour celle-ci, une forte augmentation de 2000 à 2001 a été suivie d'une consolidation en 2002 ; pour celui-là, après un recul en 2001, les questions se sont multipliées en 2002. Cette augmentation du nombre de questions touchant le changement de contrat d'assurance est dû à un seul événement (l'augmentation des primes de la « Supra » au milieu de l'année), qui a provoqué une véritable avalanche de questions en avril et mai. Sans cela, la répartition des sujets aurait été sensiblement la même que l'année précédente.

Changement du contrat d'assurance

Les questions ayant trait au changement du contrat d'assurance – dans la plupart des cas il s'agit d'un changement d'assurance en raison de primes trop élevées – sont le sujet dominant en Suisse romande (afflux réguliers de questions après l'annonce des augmentations de primes), alors qu'elles ne constituent qu'une petite part des questions en Suisse alémanique. On constate cependant qu'en Suisse alémanique aussi, parmi les personnes qui demandent conseil, le nombre de celles qui envisagent de changer d'assureur en raison de primes trop élevées est en constante augmentation.

Durant les mois d'octobre et de novembre, les organisations de patients ont dû faire face à une importante vague de questions concernant l'assurance complémentaire, toujours liées avec des difficultés à joindre l'assureur par téléphone : ces questions ont représenté le cinquième de celles touchant au changement du contrat d'assurance. Là aussi, selon les déclarations des organisations de patients, c'est le même assureur (Supra) qui a provoqué ces problèmes. L'on craignait qu'il ne doive annoncer sa faillite ; pendant des semaines, il ne répondait pas au téléphone. Alors qu'un changement de l'assurance de base cause d'ordinaire peu de problèmes en raison de l'obligation faite à l'assureur d'admettre ceux qui lui en font la demande, un changement dans les assurances complémentaires peut placer les gens devant de grosses difficultés du fait que le nouvel assureur peut formuler des réserves ou des exclusions : c'était surtout le cas d'assurés qui avaient payé des primes d'assurance complémentaire pendant des années et qui craignaient d'être exclus de ces assurances chez le nouvel assureur. A des moments pareils, les organisations de patients et d'assurés remplissent des tâches très importantes.

Remboursement des prestations

En matière de remboursement des prestations, comme les années précédentes, un tiers des demandes se rapportent à la prise en charge des coûts. Comme les années précédentes aussi, quelques 20 % des questions concernaient l'accord préalable, et 15 % la participation aux coûts. Un délai de remboursement trop long a été le sujet d'un bon dixième des questions. Les problèmes administratifs avec l'assureur constituent depuis 2002 une nouvelle rubrique ; ce sujet est abordé par près d'un quart des personnes qui ont demandé conseil. Les domaines identifiables où se posent des problèmes restent l'accord préalable pour les cures et la réadaptation ainsi que la participation aux coûts en cas de grossesse et d'accouchement. Deux nouveaux domaines à problèmes ont été identifiés : le remboursement des prestations ambulatoires et l'accord préalable pour des opérations planifiées. En revanche, les problèmes rencontrés les années précédentes en relation avec les prestations de médecine complémentaire n'apparaissent plus guère.

Qualité des soins médicaux

La qualité des soins médicaux est le thème de la majorité des questions posées aux organisations de patients. Mais le phénomène reste essentiellement alémanique ; les organisations romandes n'y sont presque pas confrontées. Après une augmentation marquante du nombre de questions en 2001, celles-ci ont quelque peu diminué en 2002, tant en pourcentage qu'en chiffres absolus. Par rapport à 2000 et 2001, on ne note pas de changement dans la matière des questions posées aux organisations : plus de la moitié des personnes avaient des questions se rapportant aux droits des patients et des assurés, deux tiers avaient des problèmes concernant directement la qualité des soins médicaux (p. ex. soupçons d'erreur de diagnostic ou de traitement). Cette stabilité sur plusieurs années est remarquable dans la mesure où les organisations de patients soulignent que les personnes qui demandent conseil réagissent de manière très sensible à des émissions ou des articles qui mettent le doigt sur des dysfonctionnements (réels ou non) du système de santé : souvent, après des émissions spectaculaires, le nombre de questions posées augmente brusquement. Un relevé plus détaillé des questions posées dans ce domaine, tel qu'il s'effectue depuis 2003, devrait permettre de donner un tableau plus nuancé.

Une intervention s'impose-t-elle ?

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

A Information : il importe de communiquer de façon plus systématique et plus compréhensible la possibilité de réduire la charge représentée par les primes et de mieux expliquer la marge de manœuvre que laisse le libre passage intégral selon la LAMal. Les instruments déjà disponibles, comme l'aperçu des primes de l'Office fédéral des assurances sociales et la page Internet conçue par la société comparis.ch, qui offrent des comparaisons entre les primes, sont trop peu connues ou ne suffisent pas à répondre aux

questions qui se posent dans les cas particuliers. Il convient donc d'examiner comment il serait possible de mieux faire connaître ces instruments et de les optimiser.

B Conseils individuels indépendants : A l'évidence, le public a besoin de services « neutres » capables de lui proposer, dans chaque cas particulier, des comparaisons de primes et des possibilités d'économiser sur les coûts. Il conviendrait donc d'examiner si, en raison de la concurrence, les assureurs-maladie sont dans une situation qui leur permet de jouer ce rôle (auquel ils sont tenus par la loi) et si ces tâches ne devraient pas plutôt être confiées aux organisations de patients, moyennant dédommagement.

C Qualité des prestations : Il faudrait examiner si les problèmes administratifs que les assurés disent rencontrer auprès des assureurs ont une base réelle et si la qualité des prestations baisse effectivement.

Ce « cahier des charges » concerne

pour l'**information**, d'abord les assureurs, ensuite les pouvoirs publics et les médias, mais aussi les organisations de patients ou d'assurés et les fournisseurs de prestations (une nouvelle approche, le réseau « Optimisation des primes », est tentée depuis peu par l'Office fédéral des assurances sociales en collaboration avec des organisations de consommateurs ; le site Internet www.ofas.admin.ch/info_praemien est en train de se mettre en place) ;

pour les **conseils individuels indépendants**, le législateur, les assureurs-maladie et les organisations de patients et d'assurés ;

pour la **qualité des prestations**, les assureurs-maladie et l'OFAS.

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

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

Il serait toutefois souhaitable d'intégrer au monitoring des institutions qui n'y participent pas encore (notamment, en Romandie, une organisation se préoccupant de la qualité des soins) ou l'Office fédéral des assurances sociales lui-même, qui est aussi confronté dans ce domaine à de nombreuses questions. Le tableau des besoins et des doutes de la population en matière d'assurance-maladie et de prestations médicales serait ainsi encore plus complet.

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

Riassunto

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

Il presente studio prosegue il monitoraggio delle domande pervenute ai centri svizzeri di consulenza per i pazienti e gli assicurati, iniziato nel 2000 sulla base delle esperienze raccolte nel progetto pilota del 1998. Si sono così potuti rilevare e documentare in modo sistematico i cambiamenti avvenuti nel corso degli anni.

Dall'inizio del progetto pilota nel 1998, la LAMal non ha subito sostanziali modifiche. Gran parte dei risultati del "monitoraggio" 2002 corrisponde a quelli degli anni precedenti e del progetto pilota. Nel 2001 e nel 2002 è stato utilizzato un questionario perlopiù identico a quello del 2000, ragion per cui le interpretazioni formulate nel 2000 e nel 2001 valgono in molti casi anche per i presenti risultati. La coincidenza dei risultati può essere considerata come una loro conferma.

Le interpretazioni dettagliate dei risultati, contenute in un rapporto consegnato nel 2000, non verranno ripetute qui di seguito. Ci si concentrerà invece essenzialmente su un confronto con gli anni precedenti.

Metodo d'analisi

Dall'anno 2000 viene eseguita una rilevazione permanente (monitoraggio) alla quale partecipano quattro organizzazioni attive su scala nazionale o a livello di regione linguistica che contano in totale 10 centri di consulenza. Nel 2000 erano state rilevate e valutate 5628 domande, nel 2001 ne sono state registrate 6618 e l'anno scorso 6894: esse hanno costituito la base per la descrizione dettagliata della situazione del 2002 e per il confronto con gli anni precedenti.

Quali sono i risultati più importanti scaturiti dall'attuale rilevazione?

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

Ecco riassunti i principali risultati relativi al contenuto delle consulenze:

Numero di domande e ripartizione tematica

Il numero delle domande rivolte alle organizzazioni dei pazienti e degli assicurati aumentano di anno in anno. I temi dominanti sono la qualità delle prestazioni fornite (42% delle domande), il cambiamento del rapporto assicurativo (39%) e i problemi legati al rimborso delle prestazioni (17%), mentre si registrano poche domande sull'assicurazione d'indennità giornaliera e sulla riduzione dei premi. Mentre il numero delle domande relative al rimborso delle prestazioni è rimasto costante sull'arco di tutto il periodo, sui temi del cambiamento del rapporto assicurativo e della qualità delle prestazioni mediche si sono registrate notevoli oscillazioni: nel primo caso le domande sono diminuite nel 2001 per aumentare, invece, nel 2002; nel secondo vi è stato un forte aumento tra il 2000 ed il 2001 e una stabilizzazione nel 2002. L'aumento di richieste di informazioni sul cambiamento del rapporto assicurativo nel 2002 è riconducibile ad un fatto isolato (aumento dei premi da parte della cassa malati "Supra" a metà anno) che ha portato ad una vera e propria ondata di domande nei mesi di aprile e maggio. Senza questo avvenimento, la ripartizione tematica delle domande sarebbe rimasta identica all'anno precedente.

Cambiamento del rapporto assicurativo

Le domande sul "cambiamento del rapporto assicurativo" (perlopiù a causa di premi troppo elevati) sono il tema dominante nella Svizzera romanda (regolari ondate di domande dopo l'annuncio di aumenti dei premi), mentre nella Svizzera tedesca esse rappresentano solo una piccola parte del totale. Si constata tuttavia che anche qui il numero delle persone che chiedono una consulenza, perché pensano di cambiare l'assicuratore a causa dei premi troppo elevati, è in continuo aumento.

Nei mesi di ottobre e di novembre le organizzazioni dei pazienti hanno dovuto rispondere ad una grande quantità di domande sulle assicurazioni complementari (circa un quinto di quelle concernenti il rapporto assicurativo), sempre accompagnate da lamentele dovute alle difficoltà nel raggiungere telefonicamente gli assicuratori. Stando alle organizzazioni i problemi erano anche in questo caso dovuti all'assicuratore summenzionato ("Supra"). Si era temuto che l'assicuratore, il quale per diverse settimane non aveva risposto ad alcuna telefonata, dovesse dichiarare fallimento. Se di regola nell'ambito dell'assicurazione di base il cambiamento di assicuratore non causa problemi grazie all'obbligo imposto alle casse malati di accettare qualsiasi assicurato, in quello delle assicurazioni complementari per alcune persone un cambiamento può risultare molto problematico, dal momento che il nuovo assicuratore ha la possibilità di esprimere riserve o di escludere le persone da determinate assicurazioni: a far le spese di questa situazione sono soprattutto gli assicurati che hanno pagato per anni premi per assicurazioni complementari e temono ora di esserne esclusi dal nuovo assicuratore. In tali circostanze il compito svolto dalle organizzazioni dei pazienti e degli assicurati diventa essenziale.

Rimborso delle prestazioni

Come negli anni precedenti, anche questa volta un terzo delle domande concernente il “rimborso delle prestazioni” verte sull’assunzione dei costi, il 20% sulla garanzia di pagamento e il 15% sulla partecipazione ai costi.

Il 10% delle richieste d’informazioni riguarda la durata eccessiva del rimborso delle spese. Nel 2002 sono stati registrati per la prima volta “problemi amministrativi con gli assicuratori” (un quarto delle richieste). Tra i temi individuati continuano ad esservi la garanzia di pagamento dei costi di cura e riabilitazione e la partecipazione ai costi in caso di gravidanza e parto, mentre costituiscono una novità il rimborso delle prestazioni ambulatoriali e la garanzia di pagamento dei costi di operazioni previste. I problemi segnalati negli anni precedenti riguardo alle prestazioni mediche complementari sono ormai insignificanti.

Qualità delle prestazioni mediche fornite

La maggior parte delle domande poste alle organizzazioni dei pazienti concerne la “qualità delle prestazioni fornite”. A questo tema è data importanza, come sempre, soprattutto nella Svizzera tedesca, mentre le organizzazioni dei pazienti romande non vengono quasi mai interpellate al riguardo. Dopo che nel 2001 si era osservato un notevole aumento delle domande, nel 2002 vi è stato un ridimensionamento sia in cifre assolute che in percentuale. Sul piano del contenuto le domande sui diritti dei pazienti e degli assicurati non mostrano alcun cambiamento rispetto alle rilevazioni del 2000 e del 2001: circa la metà riguardava direttamente i diritti dei pazienti e degli assicurati, mentre due terzi delle persone aveva problemi concernenti le prestazioni fornite (p. es. sospetto errore diagnostico/medico). La stabilità di queste cifre sull’arco degli anni è notevole, in quanto le organizzazioni dei pazienti sottolineano che i loro clienti reagiscono emozionalmente alle notizie dei mass media che denunciano (presunte) disfunzioni della sanità pubblica: fatti di cronaca spettacolari provocano spesso un repentino aumento delle domande rivolte alle organizzazioni. La rilevazione dettagliata delle domande sui temi menzionati in questo paragrafo, in corso nel 2003, consentirà di delineare un quadro più differenziato.

E’ necessario agire?

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

A Informazione: vanno comunicate in modo più comprensibile e sistematico le possibilità atte a ridurre l’onere assicurativo individuale e va illustrato più efficacemente il margine di manovra concesso dalla libertà di passaggio integrale stabilita dalla LAMal. Gli strumenti già disponibili, quali la panoramica dei premi dell’Ufficio federale delle assicurazioni sociali e il sito Internet gestito dalla comparis.ch AG, che permettono di

paragonare i premi, sono troppo poco conosciuti o non sufficientemente per rispondere agli interrogativi che insorgono nei singoli casi. Vanno pertanto valutate le possibilità di ottimizzare questi due strumenti o di aumentarne la notorietà.

- B Consulenze individuali indipendenti:** si sente chiaramente il bisogno di un organo "neutrale" che effettui confronti tra i premi e mostri le possibilità di risparmio dei costi nei singoli casi, poiché gli assicuratori-malattie, che per legge ne avrebbero l'obbligo, non sembrano in grado di svolgere questo compito a causa della concorrenza: si deve quindi valutare se esso non debba essere affidato, dietro compenso, alle organizzazioni dei pazienti.
- C Qualità delle prestazioni:** si deve valutare se le segnalazioni di problemi amministrativi sul fronte degli assicuratori abbiano un reale fondamento e se i servizi siano veramente peggiorati.

Questo capitolato d'oneri è rivolto:

per quanto riguarda l'**informazione:** in primo luogo agli assicuratori e secondariamente all'ente pubblico e ai mass media, senza dimenticare però le organizzazioni dei pazienti e degli assicurati ed i fornitori di prestazioni (un nuovo progetto, la "rete per l'ottimizzazione dei premi, è stato lanciato di recente dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali in collaborazione con diverse associazioni dei consumatori; il sito Internet www.bsv.admin.ch/info_praemien è in fase d'allestimento);

per quanto riguarda le **consulenze individuali indipendenti:** al legislatori, agli assicuratori e alle organizzazioni dei pazienti e degli assicurati;

per quanto riguarda la **qualità delle prestazioni:** agli assicuratori e all'UFAS.

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

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

E' tuttavia auspicabile che nel monitoraggio vengano prese in considerazione ulteriori istituzioni finora escluse, in particolare organizzazioni romande specializzate in questione relative alla qualità delle prestazioni mediche fornite o lo stesso Ufficio federale delle assicurazioni sociali, già confrontato con un gran numero di domande in merito. In questo modo sarebbe possibile completare il quadro dei problemi e delle insicurezze della popolazione nelle questioni riguardanti l'assicurazione malattie e le prestazioni mediche.

Le organizzazioni dei pazienti e degli assicurati assumono, quali organi neutrali, importanti funzioni di consulenza e informazione. La rilevazione di dati a scadenze regolari garantisce che gli interessi dei pazienti e degli assicurati vengano considerati in modo adeguato e vengano trattati alla pari di quelli dei fornitori di prestazioni mediche e degli assicuratori.

Restiamo dell'idea che il monitoraggio possa contribuire ad avvicinare l'assistenza sanitaria alle esigenze dei pazienti e che siano necessari investimenti per rafforzare questo strumento.

Summary

Patient and policyholders' organisations are an important contact point for persons with specific questions or problems concerning the Swiss sickness insurance system or concerning service providers. By analysing these questions and problems, we can pinpoint the areas of dissatisfaction and highlight whether any action is needed.

The present study was borne out of the new system of monitoring queries registered by Swiss patient and policyholder advisory services. The monitoring survey, conducted since 2000, enables the systematic tracking and documenting of changes over time. It is the result of experiences gained from the 1998 pilot project.

Since the start of the pilot project in 1998, the Swiss Law on Sickness Insurance (KVG/LAMal) has not undergone any significant changes. A large proportion of the results from the 2002 monitoring survey are similar to those from previous years and the pilot project. In 2001 and 2002, a largely identical questionnaire to that of 2000 was used. In this way most previous findings, particularly for the years 2000 and 2001, also apply to the present study. We interpret the consistency of the results as a validation of the survey.

Since a detailed analysis of the findings appeared in the 2000 report, they are not replicated in the present document. Instead, we focus here on year-to-year comparisons.

Methodology

A continual monitoring survey has been carried out since 2000, involving four patient/policyholder organisations³ from the four linguistic regions of Switzerland; ten advice centres in total. The number of queries gathered and evaluated breaks down as follows: 5,628 in 2000, 6,618 in 2001 and 6,894 in 2002. Those data form the basis for the present analysis of the situation in 2002 and its comparison with previous years.

What are the main findings of the current monitoring survey?

The evaluation results show that the nature of queries and persons seeking advice from patient organisations has remained more or less stable for the 2000-2002 period. However, the survey has recorded a few significant changes.

The main findings:

³ Fédération Romande des Consommateurs (consumer association of French-speaking Switzerland), Pro Mente Sana, Schweizerische Patientenstelle (Swiss patient umbrella organisation), Schweizerische Patienten-Organisation (Swiss patients organisation).

Number of queries and distribution across topics

The annual number of queries to patient/policyholder organisations are on the increase. The quality of medical services provision (42% of queries), changes to insurance conditions (39%) and reimbursement issues (17%) are the main problem areas. Queries concerning daily allowance insurance and insurance premium reductions are rare. While reimbursement queries have remained relatively constant over the years and on a month-to-month basis, the number of queries on changes to insurance conditions and the quality of medical services provision is very volatile. The former fell in 2001, then rose in 2002. The latter increased significantly in 2000 and 2001, but remained stable in 2002. There is a clear cause behind the 2002 rise in the number of queries concerning changes to insurance conditions, namely the increase in insurance premiums by the “Supra” insurance company half way through the year, which led to a surge in queries during the months of May and April). Otherwise, the distribution of queries across topics would have been more or less identical to the previous year.

Changes in insurance conditions

Queries about “changes to insurance conditions”, which mostly concern switching to insurers who offer lower premiums, are predominant in French-speaking Switzerland (regular surges in queries follow announcements of premium hikes). In German-speaking Switzerland, they account for only a small share of queries. However, the number of people seeking advice on switching to an insurer with lower premiums is continually rising.

In the months of October and November, the patient organisations were swamped with queries concerning supplementary insurance. This is virtually always due to policyholders being unable to contact their insurer by telephone, and it constituted about a fifth of all queries concerning changes to insurance conditions. According to information from patient organisations, the sickness insurer “Supra” was at the root of this problem too; for weeks, the insurer refused to accept telephone queries. While changes to basic insurance do not generally cause a problem, since the insurers are legally obliged to insure any person, a change to the supplementary insurance, which a new insurer may tie to specific conditions or refuse altogether are often a source of considerable problems. People who had been longstanding supplementary insurance policyholders and then face the risk of refusal by their new insurer feel particularly disadvantaged. The patient and policyholder organisations have an important role to play at such times.

Reimbursement

As in previous years, a third of queries on "reimbursement" specifically concerned the meeting of costs. Also, as in previous years, pre-approval issues account for just 20% of the queries and cost sharing approx. 15%. 10% of queries concerned the late reimbursement of costs. For the first time, “administrative problems with the insurer” were recorded in 2002, with almost one quarter of all queries relating to this issue. Evident problem areas remain pre-approval of cure and rehabilitation measures, and the sharing of pregnancy and childbirth related costs. Some new problem areas have also been pinpointed: reimbursement

of ambulatory services and pre-approval of planned surgical interventions. Complementary medicine queries have fallen off compared to previous years.

Quality of medical services provision

Most queries to patient organisations concern the "quality of medical services provision". As before, this is particularly pronounced in German-speaking Switzerland. Patient organisations in French-speaking Switzerland rarely have to handle such queries. After a significant rise in 2001, the number of such queries has declined in 2002 both in absolute and relative terms. As regards query content, the 2002 monitoring survey found it be the same as in 2000 and 2001. Just over half of persons seeking advice had questions on patient or policyholders rights, and around two thirds had problems directly related to the quality of medical services provision (e.g. suspicions of wrong diagnosis/treatment). The fact that the number of quality-related queries has remained stable for many years may be considered surprising, since patient organisations claim that those who seek advice are heavily influenced by reports in the media dealing with (alleged) grievances against the Swiss health service. Following dramatic media reports, these organisations are inundated with queries. A more refined analysis is planned for 2003, following a more detailed, open collection of queries in this area.

Is there a need for action?

In our opinion, the results of the present study show the need for the following action:

- A Information:** There should be more systematic and easy-to-understand information on the possibility of lowering individual premiums. The scope provided by the freedom to switch insurers, as set down in the KVG/LAMal, should be highlighted. Existing instruments, such as the premium tables of the Federal Social Insurance Office (OASI) and the website run by *comparis.ch* AG, which compares insurances premiums, appear to be insufficiently well-known or unable to respond to individual queries. A review of how to raise awareness and optimise these instruments should be carried out.
- B Individual and independent advice:** There is an evident need for a "neutral" source of advice, which can provide premium comparisons and inform individuals of ways to reduce their premiums. It should be assessed whether sickness insurers, although legally obliged to provide such information, can actually do so given their competitive environment, and whether these tasks should be transferred to the patient organisations, who would be financially compensated for this service.
- C Quality of service provision:** It should be investigated whether administrative problems with insurers reported by policyholders are well founded and whether the quality of services is actually deteriorating.

In terms of **information**, these tasks mainly concern the insurers, but to some extent also the public sector and the media, as well as patient and policyholder organisations and service providers (a new approach, the “premium optimisation” network, will shortly be set up by the Federal Social Insurance Office and consumer organisations; the website www.bsv.admin.ch/info_praemien is currently under construction);

In terms of **individual and independent advice** the need for action falls on the legislator, insurers and patient/policyholder organisations;

In terms of **quality of the service provision** it falls on the sickness insurers and the OASI.

Should regular monitoring surveys be continued?

The present results strengthen our view that the ongoing monitoring of queries made to Swiss advice centres for patients and policyholders is a worthwhile and necessary monitoring instrument.

The survey should also include other institutions which have yet to participate (in particular an organisation in French-speaking Switzerland that deals with the quality of medical services provision as a priority), or the Federal Social Insurance Office itself, which deals with an array of questions in this area. This would enable us to form a more comprehensive view of the needs and concerns of the population in relation to sickness insurance and medical services.

The patient and policyholder organisations take on the role of neutral information points, thereby offering important advice on and raising awareness of the Swiss sickness insurance system. Regular data collection guarantees that the requests of patients and policyholders are considered in a structured fashion at federal level and that they can be given their due weight compared to the interests of medical services providers and insurers in policy discussions. We continue to believe that such a monitoring system can contribute to the design of a patient-friendly health service. Hence, we see a strong case for the continued funding of such a system.

1. Einleitung

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

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

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

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

1.1 Fragestellung der Evaluation

Das Projekt "Monitoring von PatientInnen- und Versichertenbeschwerden 2002" soll zeigen, ob und wie Patientinnen und Patienten sowie Versicherte in der Schweiz mit Problemfeldern des Krankenversicherungssystems konfrontiert sind (Umfang und Richtung). Nachdem das Monitoring des Jahres 2000, welches auf den Erfahrungen des Pilotprojekts "PatientInnenbeschwerden" von 1998 aufbaute, wesentliche neue Informationen zu den Tätigkeiten der PatientInnenorganisationen aufzeigte, sollte nun mit unverändertem Fragebogen vor allem festgestellt werden, ob und gegebenenfalls wie sich diese Tätigkeiten und Aufgaben über die Zeit verändern. Das Monitoring sollte im weiteren dazu beitragen,

- Hinweise auf kurz-, mittel- und langfristige Wirkungen des KVG zu erhalten,
- die Grundlage zu schaffen, um konkrete Empfehlungen zu formulieren und
- die Kooperation der verschiedenen Organisationen mit Verantwortlichen des Bundes zu verbessern und so diesen Organisationen mehr Gewicht in der Öffentlichkeit zu verschaffen.

2. Methode und Vorgehen

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

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

2.1 Datensammlung

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

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

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

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

- Die Beraterinnen und Berater wurden zu Beginn der Erhebung geschult.
- Die Beratungsstellen schickten die ausgefüllten Fragebogen regelmässig an die Projektleitung zurück. So konnte der Rücklauf kontrolliert werden.

- Die ausgefüllten Fragebogen wurden intermittierend auf Konsistenz und Vollständigkeit geprüft und gegebenenfalls wurden die Beraterinnen und Berater um Ergänzung ihrer Angaben gebeten.

2.1.1 Erhebungszeitraum

Die Datenerhebung begann im Januar 2002 und endete am 31.12.2002.

2.1.2 Studienpartner

Wie bereits 1998, 2000 und 2001 wurden Angaben bei folgenden Organisationen erhoben:

- Fédération Romande des Consommateurs (FRC)
- Pro Mente Sana
- Schweizerische Patienten-Organisation (SPO): Bern, St. Gallen, Lausanne, Zürich und Olten
- Schweizerische Patientenstellen: Basel, Luzern, und Zürich

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

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

2.1.3 Erhebungsinstrument

Für die Erhebung wurde den beteiligten Organisationen ein Fragebogen – je nach Sprachregion in deutscher oder französischer Sprache – zur Verfügung gestellt (siehe Anhang). Es handelte sich dabei im wesentlichen um denselben Fragebogen, welcher bereits im Jahre 2000 bzw. 2001 verwendet worden war: Eine überarbeitete Version des im Pilotprojekt 1998 verwendeten Instruments. Gemäss den Erfahrungen aus dem Jahr 1998 war der Fragebogen 2000 vor Beginn der damaligen Erhebung so verändert worden, dass sich ein Teil der Anfragen besser kategorisieren liess (z.B. Versichertenrechte). Ausserdem waren im Jahr 2000 weitere Kategorien aufgenommen worden (z.B. Beratungswege der Ratsuchenden). Der Aufbau des Fragebogens ist seit dem Jahr 2000 wie folgt:

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

Zum Bereich des Versicherungssystems zählen dabei die folgenden Themenbereiche:

- Änderung des Versicherungsverhältnisses
- Leistungsvergütung
- Taggeldversicherung
- Prämienverbilligung

Zum Bereich der medizinischen Leistungserbringung zählt der folgende Themenbereich:

- Qualität der medizinischen Leistungserbringung

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

2.1.4 Auswertung

Insgesamt wurden im Jahr 2002 6894 Anfragen erfasst und in der Auswertung berücksichtigt. Für den Längsschnittvergleich wurden die 6'618 Anfragen aus dem Jahr 2001, die 5628 Anfragen aus dem Jahr 2000 und – soweit möglich – die 2716 Anfragen aus dem Jahr 1998 verwendet, die bereits für die Auswertung der Pilotstudie zur Verfügung gestanden hatten. Die absolute und relative Verteilung der Anfragen auf die einzelnen PatientInnenorganisationen, die 1998, 2000, 2001 und 2002 bei den beteiligten Beratungsstellen erfasst wurden, sind in Tabelle 1 aufgelistet.

Tabelle 1: Absolute und relative Verteilung der Fragebogen, die bei den beteiligten Beratungsstellen in den Untersuchungszeiträumen 1998, 2000, 2001 und 2002 ausgefüllt wurden.

Organisation	1998		2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%	n	%
SPO	1225	45.3%	1955	35.0%	2465	37.2%	2338	33.9%
Patientenstellen	433	16.0%	1267	22.7%	1805	27.3%	1767	25.6%
FRC	1008	37.3%	2258	40.5%	2260	34.1%	2729	39.6%
Pro Mente Sana	38	1.4%	102	1.8%	88	1.3%	60	0.9%
Total Fragebogen*	2704**	100.0%	5628#	100.0%	6618	100.0%	6894	100.0%

* Im Jahr 1998 fehlen bei 12, im Jahr 2000 bei 46 Fragebogen die Angaben, welche Organisation sie dokumentiert haben

** Zeitraum 15.6.-15.11.1998

Zeitraum 1.2.-31.12.2000

Stellt man die Anfragen an die PatientInnenorganisationen in den Kontext anderer Anlaufstellen für PatientInnenprobleme, so zeigt sich die staatspolitische Bedeutung dieser vorwiegend ehrenamtlich arbeitenden Organisationen: Die Anfragen verteilen sich fast gleichmässig auf die PatientInnenorganisationen (6'894 Anfragen), das Bundesamt für Sozialversicherung (6'742) und den Ombudsmann der sozialen Krankenversicherung (6'140). (Quellen: Bundesamt für Sozialversicherung: Mündliche Mitteilung Herr M. Wicki, BSV; Ombudsmann der sozialen Krankenversicherung: Tätigkeitsbericht 2002).

Da die Anzahl der Telefonlinien und BeraterInnen, welche den einzelnen Organisationen zur Verfügung stehen, beschränkt ist und nach spektakulären Medienberichten die Telephone in einzelnen Organisationen zwar heiss laufen, aber viele Menschen wegen der beschränkten Anzahl BeraterInnen kein Durchkommen haben, wäre die effektive Anzahl Beratungen der Organisationen wohl noch deutlich höher, könnten alle Anrufenden an diesen Tagen auch beraten werden.

2.2 Anmerkungen zur Interpretation der Ergebnisse

Eine Vorversion dieses Berichtes war Gegenstand einer Arbeitssitzung der StudienpartnerInnen. Wesentliche Punkte dieser Diskussion, an der die VertreterInnen der beteiligten PatientInnen- und Versichertenorganisationen, des Bundesamtes für Sozialversicherung und des Institutes für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich teilnahmen, sind in die hier vorliegende Schlussfassung des Berichtes eingeflossen.

Bei der Interpretation der Ergebnisse sind im weiteren folgende Punkte zu berücksichtigen:

Erhebung von objektiven versus subjektiven Problembeschreibungen

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

Vollständigkeit der Angaben

Die vollständige Erhebung von sozio-demographischen Angaben zur ratsuchenden Person sowie zur Beschreibung der Beratungswege wurde von der Projektleitung ausdrücklich

gewünscht. Um den Ablauf des Beratungsgesprächs möglichst wenig zu stören, mussten die Beraterinnen und Berater vor allem im Jahr 2000 in einigen Fällen auf konkrete Rückfragen verzichten, in den Jahren 2001 und 2002 konnte diese Rate erheblich gesenkt werden, so dass nur sehr wenige Angaben fehlten (Ausnahme: Die Erfassung des Alters der anfragenden Person wird zunehmend lückenhafter). Dennoch können geringe Schwankungen der Angaben im Gesamttotal auch 2001 aufscheinen.

Beratungsspektrum der PatientInnen- und Versichertenorganisationen

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

Auswahl der Beratungsstellen

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

Längsschnittvergleich

Die kontinuierliche Erhebung von Anfragen bei PatientInnen- und Versichertenbeschwerden soll erlauben, Veränderungen in der medizinischen Versorgung und Systemprobleme zu identifizieren. Um entsprechende Aussagen machen zu können, sind Vergleiche mit früheren Untersuchungen notwendig. Im Jahr 1998 wurde eine Pilotuntersuchung durchgeführt, im Jahre 2000 eine erste Datenerhebung mit dem (fast) identischen Fragebogen, wie er auch für die Jahre 2001 und 2002 verwendet wurde. Im vorliegenden Bericht werden aktuelle Zahlen systematisch den Daten der letztjährigen Erhebung gegenübergestellt und – soweit möglich – mit der Pilotstudie 1998 verglichen.

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

Das Erhebungsinstrument

Die Erfahrungen der Pilotstudie 1998 flossen im Sinne einer Qualitätsverbesserung ins neue Erhebungsinstrument ein und haben zu einer Überarbeitung des Fragebogens geführt. Das Erhebungsinstrument 2000/2001/2002 vereinfachte zwar die Erfassung, der

Längsschnittvergleich mit den Ergebnissen aus dem Jahr 1998 wurde jedoch in vielen Bereichen erschwert oder verunmöglicht.

Der Erhebungszeitraum

In den Untersuchungen 2001/2002 dauerte die Datenerhebung das ganze Jahr, im Jahr 2000 hingegen elf Monate (Februar bis Dezember 2000), in der Pilotuntersuchung 1998 gar nur sechs Monate (Juni bis November). Inhaltliche Änderungen der Anfragen, die mit der Jahreszeit gekoppelt sind, wie z.B. die Bekanntgabe der Prämienhöhe für das kommende Jahr im Herbst, fallen beim Vergleich 2000/2001/2002 kaum, beim Vergleich dieser Jahre mit dem Jahre 1998 hingegen stark ins Gewicht.

Die Erhebung von objektiven versus subjektiven Problembeschreibungen

In den Untersuchungen 2000/2001/2002 wurde die Problematik aus Sicht der Beraterinnen und Berater erfasst, in der Pilotstudie 1998 hingegen aus Sicht der Anrufenden. Bei Vergleichen muss dies berücksichtigt werden.

Mehrfachantworten

Im Fragebogen wurden bei vielen Fragen Mehrfachantworten zugelassen. Daher kann bei der Darstellung der Ergebnisse in Form von Häufigkeitsverteilungen die Summe der Prozente grösser als 100 sein. Bei der Interpretation der Prozentzahlen muss deshalb auch darauf geachtet werden, ob, sich diese auf das Kollektiv der Ratsuchenden, oder auf die Gesamtsumme der Antworten bezieht.

Statistische Auswertungen

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

3. Ergebnisse

Die Ergebnisse gliedern sich in folgende Unterabschnitte:

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

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

3.1 Beschreibung der Ratsuchenden

Von den 6794 Ratsuchenden, von welchen die Wohnregion bekannt ist, wohnten 58% in der Deutschschweiz, 41% in der Romandie (2001: 63.1% bzw. 35.9%; 2000: 57.5% bzw. 41.5%); 0.3% der Anfragenden lebten im Tessin (Vorjahre: 0.4%), 0.7% im Ausland

(Vorjahre: 0.6%; 0.4%). Zwar wohnten wie in den Untersuchungen 1998, 2000 und 2001 die meisten Anfragenden noch im Kanton Zürich, gefolgt von den Kantonen Waadt, Bern und Genf. Auffallend ist aber ein starker Anstieg der Anfragen in den Westschweizer Kantonen, allen voran in der Waadt und in Neuenburg und eine stabile oder leicht rückläufige Anzahl der Anfragen in den Deutschschweizer Kantonen (in Bern stark abnehmend).

Kantone mit über 6 Anfragen pro 10'000 Einwohner sind: Die Waadt (27.6), Neuenburg (15.2), Zürich (14.5), Genf (12.0), Basel-Stadt (10.6), Jura (9.1), Zug (8.2), Appenzell Innerrhoden (7.3) Fribourg (6.2). Es sind also BewohnerInnen der Westschweizer Kantone und von städtisch geprägten Deutschschweizer Kantonen (Ausnahme Appenzell Innerrhoden), die die Klientel der PatientInnenorganisation wesentlich bilden.

Detailliertere Angaben zum Kollektiv der Ratsuchenden sind in Tabelle 2 unten aufgeführt.

Tabelle 2: Wohnkanton der Personen, die in den Untersuchungen 1998, 2000, 2001 und 2002 eine der beteiligten Beratungsstellen kontaktierten.

Wohnkanton	1998*			2000**			2001			2002		
	n	%	Rate#	n	%	Rate#	n	%	Rate#	n	%	Rate#
Zürich	619	23.1	5.0	1285	23.2	10.5	1808	27.3	14.7	1780	25.8	14.5
Waadt	467	17.5	7.5	1126	20.3	18.0	1335	20.3	21.3	1731	25.1	27.6
Bern	402	15.0	4.2	567	10.2	6.0	672	10.2	7.1	559	8.1	5.9
Genf	223	8.3	5.4	529	9.5	12.8	448	6.8	10.8	499	7.2	12.0
Neuenburg	156	5.8	9.4	225	4.1	13.5	187	2.8	11.3	253	3.7	15.2
Aargau	117	4.4	2.1	248	4.5	4.5	302	4.6	5.5	305	4.4	5.5
St. Gallen	93	3.5	2.1	215	3.9	4.8	292	4.4	6.5	254	3.7	5.6
Basel Stadt	96	3.6	5.1	180	3.2	9.6	186	2.8	10.0	198	2.9	10.6
andere	502	18.8		1174	21.2		1'388	21.0		1315	19.1	

* Angaben total für den Zeitraum 15.6.-15.11.1998

** Angaben total für den Zeitraum 1.2.-31.12.2000

Anfragen pro 10'000 Einwohner

Die soziodemographische Merkmale der Ratsuchenden waren in allen Untersuchungsperioden weitgehend identisch: Etwa zwei Drittel der Anfragen betrafen Frauen. Erstmals wurde im Jahr 2002 danach gefragt, ob die ratsuchende Person eine Privatperson ist, oder eine professionelle, respektive ehrenamtliche Stelle. Es zeigt sich dabei, dass die überwiegende Mehrzahl der Anfragen von Privatpersonen kommt (97.8%). 2.1% (144) Anfragen stammen von einer professionellen Stelle und weitere 6 Anfragen aus einer Institution, welche ehrenamtlich arbeitet. Ausserdem wurde erstmals erhoben, ob das

Problem der ratsuchenden Person, diese bzw. deren Familie selbst betrifft, oder ob es sich um eine generelle "System-" Frage handelt. Letzteres war nur bei 1.4% der Anfragen der Fall (n=98). Diese generellen Fragen wurden dabei erwartungsgemäss eher dann gestellt, wenn eine Institution um Rat fragte (bei 23.6% der Anfragen von professionellen Stellen und einem Drittel der Anfragen von ehrenamtlichen Stellen), als von Privatpersonen (0.9%).

Das Durchschnittsalter der Ratsuchenden hat sich in den vergangenen zwei Jahren: von 49.5 (2000) über 50.0 (2001) auf nun 51.8 Jahren leicht erhöht. Betrachtet man die Altersgruppen (Tabelle 3), so zeigt sich, dass die relativ wenigen Anfragen der unter 30-Jährigen in etwa konstant geblieben, die der 30 bis 60-Jährigen zurückgegangen sind. Etwas zugenommen haben Anfragen der über 60-Jährigen Personen. Die Gruppe der 30 bis 70-Jährigen stellt mit etwa 60% die Mehrheit der Anfragen; ab dem 70. Altersjahr nehmen Anfragen deutlich ab.

Tabelle 3: Geschlecht und Altersverteilung der Ratsuchenden

	1998*		2000**		2001		2002	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Geschlecht								
männlich	783	33.3	1661	31.8	2020	32.8	2142	33.2
weiblich	1565	66.7	3561	68.2	4143	67.2	4316	66.8
Altersgruppe								
<=19 Jahre	91	5.1	221	5.5	224	5.3	239	6.0
20-29 Jahre	137	7.7	335	8.4	332	7.9	320	8.0
30-39 Jahre	265	15.0	692	17.3	656	15.5	506	12.7
40-49 Jahre	232	13.1	681	17.0	697	16.5	574	14.4
50-59 Jahre	251	14.2	721	18.0	769	18.2	698	17.5
60-69 Jahre***			509	12.7	633	15.0	640	16.0
70-79 Jahre***	796	44.9	382	9.5	443	10.5	490	12.3
>= 80 Jahre***			203	5.1	198	4.7	252	6.8
RentnerInnen unbekanntes Alters			263	6.6	269	6.4	270	6.8
missing								
			1621		2379		2905	

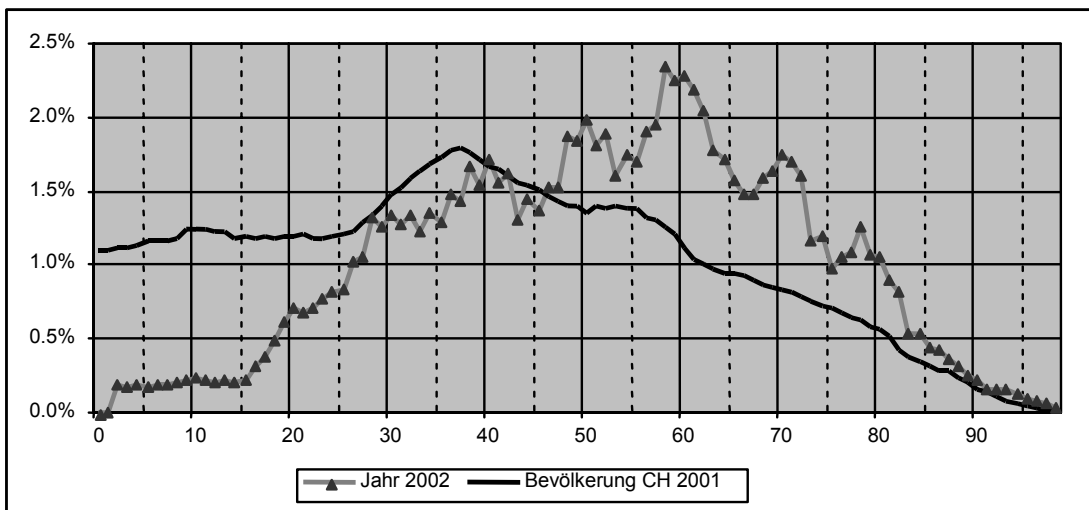
* Angaben total für den Zeitraum 15.6.-15.11.1998

** Angaben total für den Zeitraum 1.2.-31.12.2000

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

Vergleicht man die Anfragen mit der Altersverteilung der Wohnbevölkerung in der Schweiz (siehe Grafik 1), so zeigt sich, dass Anfragen zu Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen unter 28 Jahren krass untervertreten sind, die Anfragen von Personen von 28 bis 45 Jahren in etwa deren Bevölkerungsanteil entsprechen und die Anfragen der 46 bis 85-Jährigen stark übervertreten sind.

Grafik 1: Altersverteilung der Anfragenden nach Altersjahren (geglätteter fließender 5-Jahres-Mittelwert⁴) im Vergleich mit der Altersverteilung der Wohnbevölkerung⁵ der Schweiz.



Interpretation

Insgesamt zeigt sich ein über die Jahre hinweg überaus konstantes Bild der ratsuchenden Personen: Die Ergebnisse der Untersuchung unterstützen die bereits in den Vorjahren gemachten Beobachtungen, dass sich ältere Personen häufiger an die Beratungsstellen wenden und auch im Jahr 2002 ist der Anteil von Frauen im Kollektiv deutlich höher. Mögliche Gründe für Letzteres sind: Frauen haben eine höhere Lebenserwartung; Frauen haben eine grössere Krankheitslast; Frauen gehen häufiger zu Ärztinnen und Ärzten; Frauen interessieren sich mehr für gesundheitliche Belange; nicht-berufstätige Frauen können die tagsüber geöffneten und telefonisch bedienten Beratungsstellen leichter erreichen.

In der regionalen Verteilung der Anfragenden zeigt sich, dass in der Deutschschweiz die Anzahl der Ratsuchenden konstant, bzw. leicht abnehmend ist, während sie in der

4 Da die Altersangaben in den Fragebogen häufig auf 5 bzw. 10 Jahre gerundet sind, würde die unbearbeitete Darstellung der Alterskurve ein unübersichtliches und zudem verfälschtes Bild zeichnen.

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

Romandie zunimmt. Vor allem die Waadt hat einen Zuwachs der Anfragen um fast einen Drittel zu verzeichnen, ein Zuwachs allerdings, der – wie weiter unten beschrieben wird – vor allem auf ein einzelnes Ereignis in den Monaten April und Mai zurückzuführen ist.

Da im Interesse der Ratsuchenden auf die detailliertere Erhebung von sozio-demographischen Angaben verzichtet werden musste, kann nicht gesagt werden, inwieweit das Kollektiv der Ratsuchenden mit den Bevölkerungsmerkmalen übereinstimmt. Unterschiede bezüglich Bildung, sozialem Status oder anderen Merkmalen, die es erlauben würde, Zielgruppen mit Problemen mit dem Gesundheitssystem auszumachen, können leider nicht bestimmt werden.

3.2 *Übersicht über die Beratungswege der Ratsuchenden*

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

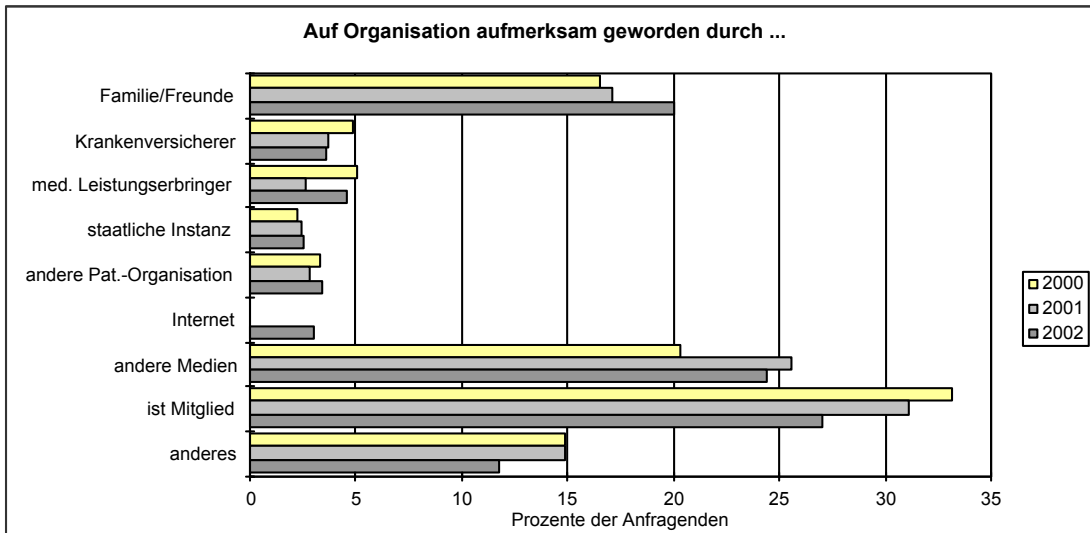
3.2.1 *Wie wurde die beratende Person auf die Organisation aufmerksam?*

Wie in den vorhergehenden Jahren, war auch im Jahre 2002 der grösste Teil der Ratsuchenden bereits Mitglied der beratenden Organisation. Allerdings ist hier ein Rückgang über die Zeit festzustellen: Von 33% im Jahre 2000 fiel der Anteil 2001 auf 31% und liegt nun im Jahre 2002 bei nur noch 27%. Nochmals mehr Personen als in den Vorjahren sind durch Medien oder Familie/Freunde auf die Organisation aufmerksam geworden:

- Bei den Medien waren es nun 27% (3% via das – erstmals erhobene – Internet); in den Vorjahren waren es noch 25% respektive 20%.
- Mit 20% liegt der Anteil der auf Empfehlung von Familie, Freunden oder Bekannten entstandene Kontakt deutlich höher als in den Vorjahren.

Durch Krankenversicherer, Leistungserbringer, staatliche Instanzen oder andere (PatientInnen-)Organisationen wurden – ähnlich wie in den Jahren zuvor – je 2 bis 5% mit der Organisation bekannt; 12% der Anfragenden kennen die Organisation auf andere Art.

In einigen Aspekten bestehen wesentliche Unterschiede zwischen den einzelnen Organisationen: Während 43% der in der FRC Ratsuchenden Mitglieder sind (2001: 65%; 2000: 63%), sind es bei SPO 20%, bei den Patientenstellen 13% und bei Pro Mente Sana nur gerade 2%.

Grafik 2: Wissen von der PatientInnenorganisation

Mit Ausnahme der Pro Mente Sana sind die Organisationen den Ratsuchenden auf ähnliche Weise bekannt: Zwischen 25% und 30% (Ausnahme Pro Mente Sana: 19%) der Ratsuchenden, welche die Organisation durch die Medien (inklusive Internet) kannten, und zwischen 15% und 27% durch die Familie, Freunde oder Bekannte.

Personen, welche bei Pro Mente Sana Rat suchten, waren zu 17% (Vorjahre: 24%; 28%) durch andere PatientInnenorganisationen auf diese aufmerksam gemacht worden, und zu 25% durch den medizinischen Leistungserbringer.

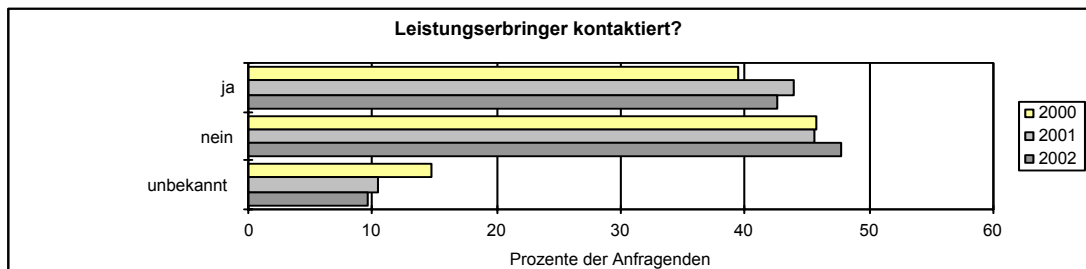
Zusammenfassend kann festgehalten werden: Mitgliedschaft, Medien und Familie/Bekanntes sind die wichtigsten Kanäle, wie man auf die PatientInnenorganisationen aufmerksam wird. 74% der Ratsuchenden haben so davon erfahren. Die Ergebnisse zeigen, dass die Medien im Vergleich zum Vorjahr etwas an Bedeutung zugenommen haben. Fasst man das neu erhobene Internet mit den anderen Medien zusammen, so wurden diese nun gleich häufig genannt wie die Mitgliedschaft. Die anderen Informationsquellen hatten nur marginale Bedeutung. Dies gilt allerdings nicht für Pro Mente Sana, wohin viele Ratsuchende vom medizinischen Leistungserbringer und von anderen PatientInnenorganisationen gewiesen wurden.

3.2.2 Bestand bereits Kontakt mit dem Versicherer und dem Leistungserbringer?

Zu 42.6% war vorgängig zur Anfrage bei den Patientenorganisationen ein Kontakt mit dem Versicherer/Leistungserbringer erfolgt (2001: 44%; 2000: 39.5%). Bei fast der Hälfte aller Anfragen bestand kein vorheriger Kontakt: 47.8% (Vorjahre: 45.5%; 45.8%). Am häufigsten wandten sich Mitglieder der Organisation direkt (54.4%; Vorjahre: 59.2% bzw. 54.4%) an diese, ohne zuvor Versicherer respektive Leistungserbringer zu kontaktieren. Während nur 16.9% aller Ratsuchenden zwischen 18 und 35 Jahren alt war, war ein Drittel

aller Personen, die die Organisationen via Internet kennengelernt haben, in diesem Alter. Je jünger die Ratsuchenden waren, desto häufiger haben sie mit dem Leistungserbringer zuvor Kontakt gehabt. Das Geschlecht der Anfragenden war – wie in den Jahren zuvor – ohne Einfluss.

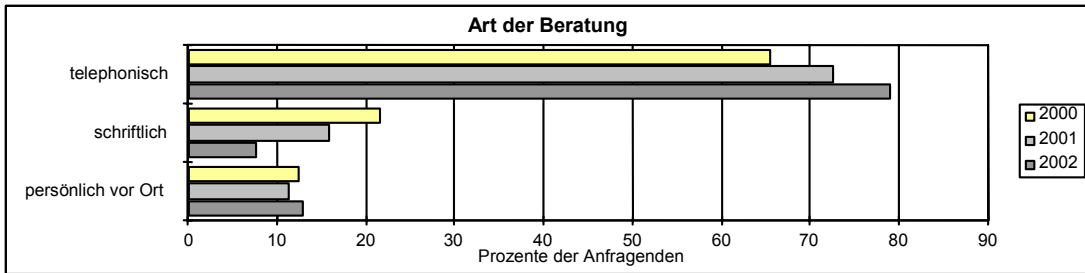
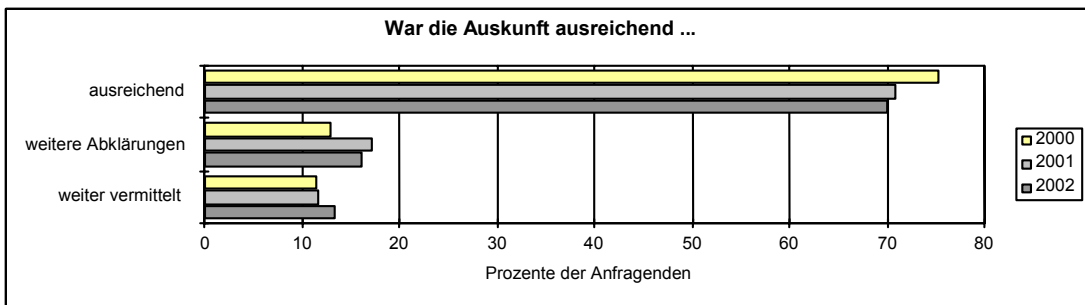
Grafik 3: Vorgängiger Kontakt zu Versicherer bzw. Leistungserbringer



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

Seit dem Jahre 2000 ist ein permanenter Anstieg der telephonischen Beratungen feststellbar. Waren dies im Jahre 2000 noch zwei Drittel der Anfragen, sind es im Jahre 2002 schon drei Viertel (von: 65.6% auf 79.1%). Während der Anteil der persönlichen Beratungen vor Ort über diese Zeit praktisch konstant blieb (2002: 13.1%; 2001: 11.4%; 2000: 12.6%), hat entsprechend die schriftliche Beratung abgenommen: Im Jahre 2002 noch 7.8% (Vorjahre: 16%; 21.8%). Dieser kontinuierlich sinkende Anteil an schriftlichen Auskünften ist darauf zurückzuführen, dass in der FRC, welche die Mehrheit aller schriftlichen Antworten gibt (301 von 534), der Anteil der schriftlichen Auskünfte deutlich zurückging (von 48% im Jahre 2000 über 40% im Jahre 2001 auf nun 11%). Wie viele Anfragen via E-Mail eingegangen sind, lässt sich nicht feststellen: Es wurde im Fragebogen nicht separat erhoben (codiert wurden sie als schriftliche Beratungen). Gemäss Auskünften der PatientInnenorganisationen werden E-Mail-Anfragen nur bei den Patientenstellen und bei der FRC beantwortet: Bei den Patientenstellen sind es weniger als 5% der Anfragen, bei der FRC überlegt man sich die Abschaffung dieses Dienstes wegen fehlender finanzieller Entschädigung und schlechter Qualität der Anfragen (wenig reflektierte Anfragen).

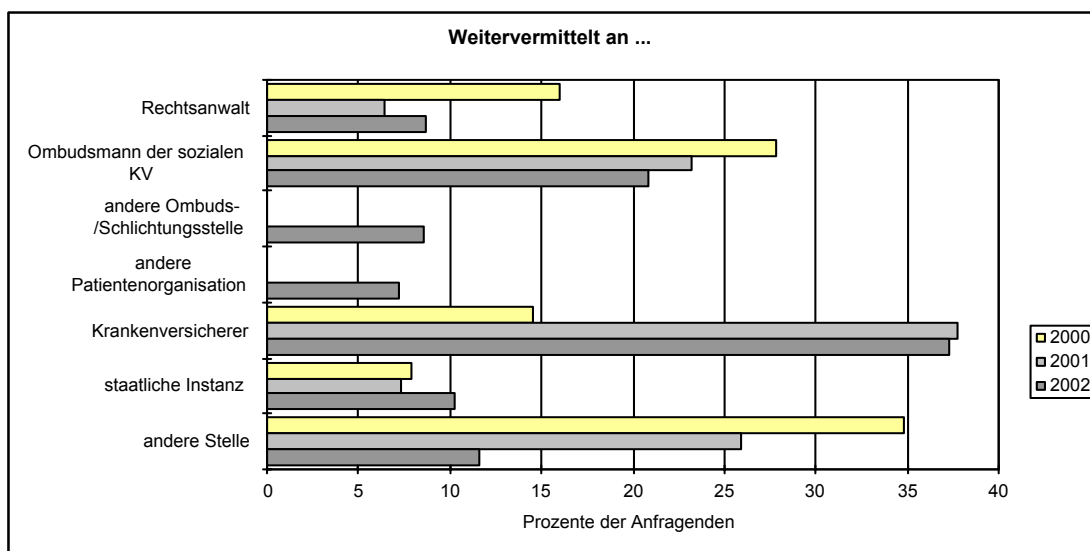
Am höchsten lag der Anteil der schriftlichen Auskünfte in der Altersgruppe der über 65-Jährigen, am niedrigsten bei den 36- bis 45-Jährigen, doch diese Angaben sind mit sehr viel Vorsicht zu geniessen, denn es fehlen bei rund zwei Dritteln der schriftlich Anfragenden die Altersangaben (keine Rückfragen seitens der PatientInnenorganisationen möglich).

Grafik 4: Wie wurde die ratsuchende Person beraten**Grafik 5: Konnte die Anfrage ausreichend beantwortet werden?**

Eine einmalige Auskunft bzw. Beratung war praktisch identisch zu den Vorjahren in 70.2% der Fälle ausreichend (2001: 70.9%; 2000: 75.4%); bei 16.3% der Anfragen (Vorjahre: 17.3; 13.1%) beauftragte die Person die Organisation mit weiteren Abklärungen und 13.4% (Vorjahre je knapp 12%) der Anfragenden wurden an eine der folgenden Stellen weiter vermittelt (aus erhebungstechnischen Gründen sind nur diejenigen Personen als "weitervermittelt" bezeichnet, denen dies direkt im Erstgespräch geraten wurde und nicht solche, welche nach weiteren Abklärungen schliesslich doch noch weitervermittelt wurden). Vermittelt wurde an folgende Stellen:

	2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%
Ombudsmann der sozialen Krankenversicherung	179	27.8%	178	23.2%	187	20.9%
andere Ombuds-/Schlichtungsstelle	---	---	---	---	77	8.6%
andere PatientInnenorganisation	---	---	---	---	64	7.2%
Rechtsanwalt / Rechtsanwältin	103	16.0%	49	6.4%	78	8.7%
Krankenversicherer	93	14.5%	290	37.8%	334	37.3%
staatliche Stelle	51	7.9%	56	7.3%	91	10.2%
andere Stelle	224	34.8%	199	25.9%	104	11.6%
Total Ratsuchende	643	101.1%	772	100.7%	895	104.5%

Grafik 6: Wohin wurden die Personen weitervermittelt



Nach den grossen Veränderungen im Jahre 2001 gibt es im Jahre 2002 kaum mehr wesentliche Veränderungen zum Vorjahr: Unverändert gross ist die Weiterleitung der Ratsuchenden an den Krankenversicherer. An den Ombudsmann der sozialen Krankenversicherung wurde etwas seltener vermittelt, an Rechtsanwälte und staatliche Instanzen etwas häufiger. Die in früheren Jahren sehr grosse Restkategorie "andere Stelle" (26% bzw. 35%) konnte mit den 2002 neu aufgenommenen Rubriken "andere Ombuds-/Schlichtungsstelle" (8.6%) und "andere PatientInnenorganisation" (7.2%) drastisch reduziert werden: Bei nur mehr knapp 12% der Ratsuchenden ist es unklar, wohin sie schliesslich vermittelt werden. Wahrscheinlich waren auch in den Vorjahren viele

Ratsuchende entweder an diverse Schlichtungsstellen oder andere PatientInnenorganisationen verwiesen worden.

Die im Jahr 2001 veränderte Praxis der PatientInnenorganisationen (vor allem der FRC), viele Ratsuchende an den Krankenversicherer zu verweisen, wurde offenbar im Jahr 2002 beibehalten: Nach wie vor sind es aber fast ausschliesslich Anfragende, welche in der FRC beraten wurden (90.1%), welche an den Versicherer weitergeleitet wurden.

Im Jahre 2002 waren es allerdings nicht mehr wie im Jahre 2001 vor allem Anfragen aus dem Themenbereich "Leistungsvergütung" (236: 81.4%), sondern mehrheitlich Ratsuchende, bei welchen Änderungen des Versicherungsverhältnisses Thema waren (59.9%). Leistungsvergütung war noch bei 38.6% (2001: 87%) der an den Versicherer weitergeleiteten Personen Grund der Anfrage.

Interpretation

Die Beratungswege der Ratsuchenden zeigen über die Jahre hinweg eine grosse Konstanz:

Mitgliedschaft, Medien und Familie/Bekannte sind die wichtigsten Kanäle, wie man auf die PatientInnenorganisationen aufmerksam wird. Drei Viertel der Ratsuchenden haben so davon erfahren. Die Medien haben im Vergleich zum Vorjahr etwas an Bedeutung zugenommen und sind nun – fasst man das neu erhobene Internet mit den anderen Medien zusammen – gleich häufig genannt wie die Mitgliedschaft. Die anderen Informationsquellen hatten nur marginale Bedeutung (Ausnahme der Pro Mente Sana). Diese Konstanz ist erstaunlich, könnte man doch annehmen, dass spektakuläre, aber in unterschiedlicher Kadenz auftretende Medienereignisse einerseits, die zunehmende Nutzung des Internets im Alltag andererseits, sich auch als Veränderungen der Informationsquellen in den Daten widerspiegeln. Zwei Faktoren können ausgemacht werden, die zu einer möglichen Nivellierung beitragen:

1. Die Anzahl Telephonlinien und BeraterInnen, welche den einzelnen Organisationen zur Verfügung stehen, ist beschränkt. Nach spektakulären Medienberichten laufen die Telephone in einzelnen Organisationen zwar heiss, aber viele Menschen haben wegen der beschränkten Anzahl BeraterInnen kein Durchkommen. Die effektive Anzahl Beratungen ist so im Vergleich zur Anzahl der Anrufenden relativ klein. Die Organisationen dienen damit zwar als Blitzableiter, die Anzahl der Beratungen nimmt aber nicht wesentlich zu, Medienereignisse können so nur bedingt "durchschlagen".

2. Die Organisationen sind zwar im Internet präsent, aber nur die Patientenstellen und die FRC beantworten auch E-Mail-Anfragen: Bei den Patientenstellen sind es weniger als 5% der Anfragen, welche per E-Mail eintreffen, die FRC denkt darüber nach, das Beantworten von E-Mail Anfragen wieder einzustellen, da ihr bei elektronischen Antworten dringende benötigte Einnahmen aus kostenpflichtigen Telephonberatungen entgehen.

Ebenso hat sich das Beratungsprofil der Organisationen in den vergangenen Jahren nur unwesentlich verändert:

- Zwischen 70% und 75% der Anfragen konnten sofort erledigt werden, zwischen 13 und 17 % der Anfragen bedurften weiterer Abklärungen und zwischen 12 und 13% wurden an andere Stellen weitervermittelt, wobei sich die Ziele der Weitervermittlung gegenüber dem Vorjahr kaum verändert haben: Einzig die Restkategorie "andere Stelle" konnte drastisch reduziert werden: Wahrscheinlich sind diese Personen an die neu in den Fragebogen aufgenommenen Ziele "anderer Ombudsmann als der der sozialen Krankenversicherung" und "andere PatientInnenorganisation", verwiesen worden.

Dass 70% der Anfragen sofort abschliessend behandelt werden konnten – nur geringfügig weniger als in den Jahren 2000 und 2001 – deutet darauf hin, dass nach wie vor ein Grossteil der registrierten Anfragen durch ein Informationsdefizit bei den Versicherten bedingt sind. Dieser grosse Anteil an Personen, deren Anliegen abschliessend geklärt werden konnte, lässt jedoch auch auf eine gute fachliche Ausbildung und Qualität der Auskunft Gebenden schliessen. Da allerdings zu vermuten ist, dass sowohl die Intensität der Beratung als auch die Angaben über die Stellen, an welche eine Person weiter vermittelt wurde, nach thematischen Schwerpunkten variieren, wurde eine detailliertere Auswertung zu diesem Thema vorgenommen und in Abschnitt 3.5 vorgestellt.

- Einzig bei der "Art der Beratung" sind die schriftlichen Beratungen von 22% auf 8% zurückgegangen: Verantwortlich dafür ist der Rückgang der schriftlichen Beratungen in der FRC.

3.3 Überblick über die inhaltlichen Themenbereiche der Anfragen

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

Das Versicherungssystem betreffend (Themengebiet 1-4):

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

Die medizinische Leistungserbringung betreffend:

- 5 Qualität der medizinischen Leistungserbringung

Zunächst ist festzuhalten, dass in den Jahren 2002 und 2001 die Fragebogen so ausgefüllt waren, dass es nur selten vorkam, dass ein Fragebogen mehr als ein Thema abdeckte, während im Jahr 2000 über 15% der Fragebogen mehrere Themengebiete ansprachen.

Vergleicht man die Häufigkeit der angesprochenen Themengebiete, so ist darauf zu achten, ob man die Häufigkeiten 2002 und 2001 mit der Häufigkeit der **Anfragen** 2000 oder der Häufigkeit der **Anfragenden** 2000 vergleicht.

57.6% der Anfragen (Vorjahre: 51.1%; 62.2%) bzw. 57.7% der Anfragenden (Vorjahre: 51.2%; 68.2%) hatten Fragen zum Versicherungssystem, 42.6% der Anfragenden solche zur Qualität der medizinischen Leistungserbringung (Vorjahre: 49%; 41.4%).

Innerhalb des Themenbereichs "Krankenversicherungssystem" betrafen wie in den Vorjahren rund zwei Drittel aller Anfragen die "Änderung des Versicherungsverhältnisses" (n=2719); knapp ein Drittel drehte sich um die Leistungsvergütung 29.9% (Vorjahre je 35%). Fast identisch zum Vorjahr waren Anfragen zur Taggeldversicherung nach KVG (N=77) und der Prämienverbilligung (N=25) nur noch marginal vertreten. Tabelle 4 zeigt die absolute und relative Häufigkeit der Probleme nach Themenbereichen.

Für einen Vergleich mit dem Jahre 1998 können nur die Angaben der SPO Zürich ausgewertet werden: Dort ist die Entwicklung für die Anfragen zur "Qualität der medizinischen Leistungserbringung":

- 1998: 43.6%
- 2000: 62.0%
- 2001: 78.8%
- 2002: 75.5%.

Grafik 7: Themen der Beratung

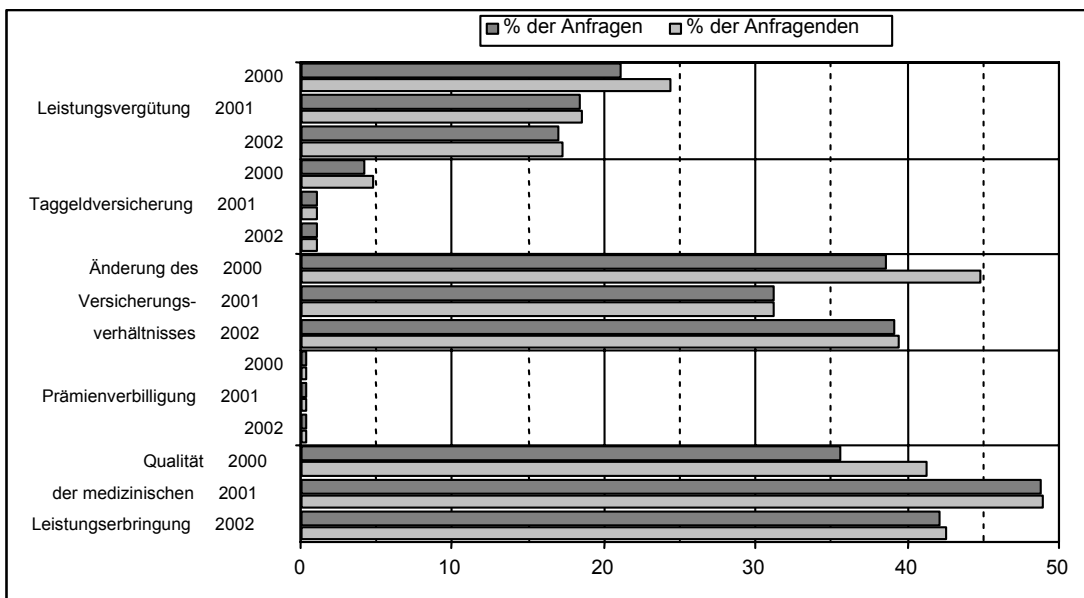


Tabelle 4: Absolute und relative Häufigkeit der Anfragen zu den fünf Themenbereichen

Themenbereich	2000			2001			2002		
	n	% der Anfragen	% der Anfragenden	n	% der Anfragen	% der Anfragenden	n	% der Anfragen	% der Anfragenden
Änderung des Versicherungsverhältnisses	2516	38.7	44.9	2070	31.2	31.3	2719	39.2	39.5
Leistungsvergütung	1375	21.1	24.5	1230	18.5	18.6	1189	17.1	17.3
Taggeldversicherung [#]	271	4.2	4.8	74	1.1	1.1	77	1.1	1.1
Prämienverbilligung	24	0.4	0.4	26	0.4	0.4	25	0.4	0.4
Qualität der medizinischen Leistungserbringung	2321	35.7	41.4	3244	48.8	49.0	2933	42.2	42.6
Total Anfragen	6507	100	116.1	6644	100	100.4	6943	100	100.7
Total Ratsuchende	5605			6618			6892		
Themengebiet fehlend	23			0			2		

2000 und 2001 nur Taggeldversicherung nach KVG; 2002 Taggeldversicherung auch nach VVG

Themengebiete nach Sprachregion

In den Vorjahren hatte sich gezeigt, dass die Verteilung der Themenbereiche für die Deutsch- und Westschweiz variierte. Daher wurden die Themenbereiche auch dieses Mal für diese Landesteile getrennt ausgewertet. Das Tessin und Personen mit Wohnsitz im Ausland wurden hier wegen der kleinen Fallzahlen (zusammen 72) nicht berücksichtigt.

In der Romandie wurden auch im Jahre 2002 fast ausschliesslich Fragen zum Versicherungssystem gestellt (94.7% der Ratsuchenden). In der Deutschschweiz überwogen Fragen zur Qualität der medizinischen Leistungserbringung (68.5%). Die detaillierte Auflistung der Themenbereiche nach Sprachregion ist in Tabelle 5 dargestellt.

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

Themenbereich	2000*		2001*		2002*	
	Deutschschweiz	Romandie	Deutschschweiz	Romandie	Deutschschweiz	Romandie
	n %**	n %**	n %**	n %**	n %**	n %**
Änderung des Versicherungsverhältnisses	523 16.4	1946 85.0	356 8.7	1673 71.9	434 11.2	2232 80.2
Leistungsvergütung	986 31.7	233 14.3	765 18.7	419 18.0	762 19.4	392 14.1
Taggeldversicherung [#]	201 6.3	65 2.8	53 1.3	17 0.7	57 1.4	16 0.6
Prämienverbilligung	9 0.3	15 0.7	9 0.2	17 0.7	9 0.2	16 0.6
Qualität der medizin. Leistungserbringung	2095 65.0	158 6.9	2913 71.2	218 9.4	2700 68.6	152 5.5
Total Anfragen	3814 119.7	2417 109.7	4090 100.1	2326 100.7	3937 100.8	2738 101.0
% der Anfragenden						

* Missing Cases: 2000: 111; 2001: 138; 2002: 101. Wohnort Tessin oder Ausland: 2000: 45; 2001: 64; 2002: 72

** Prozente der Anfragenden

[#] 2000 und 2001 nur Taggeldversicherung nach KVG; 2002 Taggeldversicherung auch nach VVG

Themenverteilung nach Institution und Zeit

Die Themenverteilung in den einzelnen Institutionen zeigt klare Schwerpunkte: In der FRC haben 85.2% der Ratsuchenden Fragen zur Änderung der Versicherungsverhältnisse; in den übrigen Institutionen 65% – 75% Fragen zur "Qualität der medizinischen Leistungserbringung". Fragen zur Leistungsvergütung machen bei allen Organisationen etwa 15% – 20% der Anfragen aus. Prämienverbilligung ist überall ein eher marginales Problem; ebenso die Taggeldversicherung.

Pro Mente Sana hatte bei letzterem in allen Jahren den deutlich höchsten Anteil: Im Jahre 2002 hat sich dieser Anteil jedoch vergrössert (von unter 10% auf 16.5% der Anfragenden); wegen der kleinen absoluten Zahl der Anfragenden, ist es allerdings unklar, ob dies als Trend oder als Zufall interpretiert werden muss.

Insgesamt haben sich somit zwischen 2000 und 2002 nur unwesentliche Veränderungen in diesen Verteilungen ergeben.

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

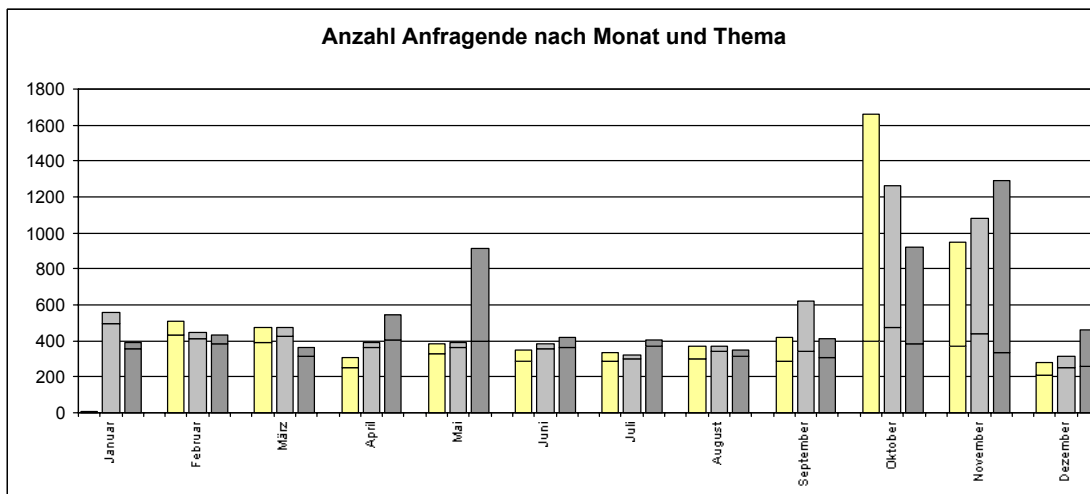
Themenbereich	2000				2001				2002			
	FRC	Pro Mente Sana	SPO	DVSP	FRC	Pro Mente Sana	SPO	DVSP	FRC	Pro Mente Sana	SPO	DVSP
Änderung des Versicherungsverhältnisses	2004 89.3%	4 3.9%	265 13.6%	224 17.7%	1751 77.5%	2 2.3%	164 6.7%	153 8.5%	2324 85.2%	0	219 9.4	176 10.0
Leistungsvergütung	313 13.9%	20 19.6%	512 26.2%	524 41.4%	422 18.7%	14 15.9%	423 17.2%	371 20.6%	377 13.8%	11 18.3	436 18.7	365 20.7
Taggeldversicherung*	64 2.9%	9 8.8%	91 4.7%	106 8.4%	16 .7%	4 4.5%	20 .8%	34 1.9%	15 0.5	10 16.7	14 0.6	38 2.2
Prämienverbilligung	15 0.7%	0	3 0.2%	6 0.5%	17 0.8%	0	1 0.0%	8 0.4%	16 0.6	0	3 0.1	6 0.3
Qualität der medizin. Leistungserbringung	67 3.0%	76 74.5%	1375 70.5%	781 61.7%	72 3.2%	71 80.7%	1858 75.4%	1243 68.9%	9 0.3	39 65.0	1685 72.1	1200 68.0
Total Anfragende	2244	102	1951	1265	2260	88	2465	1805	2729	60	2337	1766
% der Anfragenden	109.8	106.8	115.2	129.7	100.9	103.4	100.1	100.3	100.4	100.0	100.9	101.2

* 2000 und 2001 nur Taggeldversicherung nach KVG; 2002 Taggeldversicherung auch nach VVG

Betrachtet man die Verteilung der Anfragen über die Kalendermonate, so zeigt sich eine starke Häufung in den Monaten Oktober und November (besonders ausgeprägt im Jahre 2000), während sie in der übrigen Zeit – mit Ausnahme eines leichten Rückganges im Sommer – relativ gleichmässig verteilt sind: Jeden Monat ca. 5% der Anfragen.

Im Jahre 2002 hat jedoch in den Monaten April und Mai eine zweite Anfragewelle stattgefunden, eine Anfragewelle, die allerdings wie die jährlichen herbstlichen Häufungen der Anfragen ein einziges Thema betraf: die Änderung des Versicherungsverhältnisses.

Grafik 8: Zeitliche Verteilung der Anfragen (1. Spalte 2000; 2. Spalte 2001, 3. Spalte 2002; oberer Teil der Säulen: Änderung des Versicherungsverhältnisses)



Interpretation

Einer nur ganz leicht rückläufigen Zahl von Anfragen zur Leistungsvergütung steht ein grosser Anstieg der Fragen zur Änderung der Versicherungsbedingungen und eine geringere Anzahl von Fragen zur Qualität der medizinischen Leistungserbringung gegenüber.

Dieses Ergebnis lässt sich jedoch kaum so interpretieren, dass die Bedeutung des Gebietes Qualität der medizinischen Leistungserbringung abgenommen hat. Die zeitliche Verteilung der Anfragen zeigt auf, dass diese zusätzlichen Anfragen in den Monaten April und vor allem Mai eintreffen. Ein einzelnes Ereignis (Prämienhöhung der Krankenkasse Supra per Mitte Jahr) hat dazu geführt, dass sich viele Menschen in dieser Zeit an die Organisationen wandten.

Abgesehen von diesem Einzelereignis lässt sich aufgrund der übrigen Konstanz der Anfragen in den Sprachregionen und den einzelnen Institutionen, wohl festhalten, dass die letztjährig getroffene Interpretation nach wie vor gültig ist:

Nach einem Anstieg der Anfragen zum Krankenversicherungssystem zwischen 1995 und 1998, was 1998 als erhöhtes Informationsbedürfnis zu versicherungstechnischen Fragen aufgrund des Systemwechsels (Einführung des KVG im Jahre 1996) interpretiert wurde, als Verunsicherung einerseits und fehlendes Wissen über das Gesetz andererseits, hat sich seit dem Jahre 2000 eine Sättigung abgezeichnet: Die Anzahl der Anfragen ist zwar gross, aber nicht mehr ansteigend. Die früher bestehenden Informationslücken nach dem Systemwechsel der Krankenversicherung sind offenbar nach wie vor vorhanden, der ursprünglich erwartete starke Rückgang nach einer Übergangszeit, wo grosse Unsicherheiten und Informationslücken bestehen, hat nicht stattgefunden. Dass kein starker Rückgang festzustellen ist, dazu tragen sicher wesentlich die alljährlichen Prämienhöhungen bei, welche jedes Jahr im Herbst vor allem in der Romandie zu einer

grossen Anfragewelle führen. Wie die Prämienlast individuell zu senken ist, dazu brauchen offenbar viele Menschen nach wie vor eine persönliche Beratung.

Die grossen Unterschiede zwischen den Landesteilen in der Thematik der Anfragen gibt zu Fragen Anlass: Was ist mit den Themen, welche in den Anfragen in den einzelnen Landesteilen kaum vertreten sind? Gibt es keine Probleme mit der Qualität der medizinischen Leistungserbringung in der Romandie? Sind Änderungen der Versicherungsverhältnisse in der Deutschschweiz kein Problem? Die Antworten dazu sind spekulativ.

Zur Qualität der medizinischen Leistungserbringung: Hier ist zunächst die thematische Ausrichtung der im Monitoring vertretenen FRC zu berücksichtigen. Als KonsumentInnenorganisation ist sie nicht spezifisch auf medizinische Fragen ausgerichtet, Menschen mit medizinischen Fragen wenden sich vermutlich nicht in erster Linie an diese Organisation. Dass es Probleme im Bereich der Qualität der medizinischen Leistungserbringung in der Romandie gibt, zeigen die folgenden Tatsachen. Erstens weist die SPO Lausanne ähnliche Beratungsschwerpunkte wie die Niederlassungen der SPO in der Deutschschweiz auf. Dies lässt vermuten, dass bei ähnlicher inhaltlicher Ausrichtung der Organisationen auch in der Romandie Fragen zur Qualität der medizinischen Leistungserbringung einen grösseren Raum einnehmen. Zweitens verzeichnet die Gutachterstelle der FMH, welche bei vermuteten Behandlungs- und Diagnosefehlern Gutachten erstellt, für das Jahr 2000 knapp 40% Gutachten aus der Romandie⁶, eine Zahl die deutlich höher liegt als sie dem Bevölkerungsanteil entspricht. Gutachten, die einen Fehler bejahen, stammen nur zu rund 30% aus der Romandie. Übernehmen hier die PatientInnenorganisationen in der Deutschschweiz eine Triagefunktion, während die PatientInnen in der Romandie direkt an die FMH gelangen?

Änderungen des Versicherungsverhältnisses: In der Schweiz bestehen nach wie vor beträchtliche Unterschiede in der Prämienhöhe zwischen einzelnen Kantonen, besonders aber zwischen der Deutschschweiz und der Romandie. So verwundert es kaum, dass es so viele Anfragen zum Wechsel des Versicherers in der Westschweiz gibt. Dass die Anfragen in der Deutschschweiz so wenig zahlreich sind, kann so zum einen sicher durch die deutlich tieferen Prämien erklärt werden, möglicherweise werden Fragen zu diesem Thema aber in der Deutschschweiz auch besser über Medien wie "Kassensturz", "K-Tipp" und "Beobachter" aufgefangen. Dass aber auch in der Deutschschweiz die Prämienlast zu drücken beginnt, kann an der im folgenden Kapitel beschriebenen Zunahme der Deutschschweizer Anfragen wegen zu hoher Prämien vermutet werden.

⁶ Kuhn, HP: FMH-Gutachterstelle - Berichtsperiode 2000. Schweizerische Ärztezeitung, 2001;82: Nr 29/30, S. 1585 - 1591.

3.4 Detaillierte Analyse von Anfragen zu den verschiedenen Themenbereichen

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

Nach dem Rückgang der Anfragen zu diesem Gebiet im Jahre 2001 sind im Jahre 2002 die Anfragen zum Thema "Änderung des Versicherungsverhältnisses" sogar noch häufiger als im Jahre 2000: 39.2% (2002) vs. 31.2% (2001) bzw. 38.7% (2000); oder - in absoluten Zahlen: 2719 vs. 2070 bzw. 2516.

Der genaue Vergleich der Anfragen zeigt, dass diese Zunahme fast ausschliesslich auf die Monate April und Mai zurückzuführen sind, in denen eine eigentliche Anfragewelle stattgefunden hat. Eine Welle von Anfragen, die wohl durch die bisher einmalige Tatsache zu erklären ist, dass erstmals seit Einführung des KVG eine Krankenversicherung (Supra) mitten im Jahr massive Prämien erhöhungen angekündigt hatte.

Wie in den Vorjahren hatten 18.5% der Ratsuchenden mit dem Versicherer zuvor Kontakt aufgenommen (2001: 19%; 2000: 17.8%). Etwas weniger häufig als in den Jahren zuvor konnten die Anfragen mit einer einmaligen Auskunft / Beratung ausreichend beantwortet werden: 88.9% (Vorjahre: 93.7% bzw. 92.4%). Mehr als doppelt so häufig als in den Jahren zuvor (9.9% vs. 4.3% bzw. 4%) mussten Personen weiter vermittelt werden, in der überwiegenden Mehrheit an den Versicherer (zu 74.6%; n=200) und den Ombudsmann der sozialen Krankenversicherung (n=36).

Wechsel des Versicherers

Bei rund zwei Drittel der Anfragenden (63.9%) (2001: 81.4%; 2000: 78.2%) war der Wechsel des Versicherers das Thema. Grund dafür war fast identisch zu den Vorjahren bei 92.5% eine zu hohe Prämie.

Änderung der Versicherungsbedingungen

Viel zahlreicher als in den Vorjahren waren die Anfragen zur Änderung der Versicherungsbedingungen (z.B. Erhöhung der Franchise): Bei fast einem Viertel der Anfragenden (23.4%) (Vorjahre: 6.7% bzw. 6.3%) war dies das Thema. Unzufriedenheit mit den Dienstleistungen des Versicherers war hier bei 439 Personen oder fast 70% der 634 Anfragenden, welche eine Änderung der Versicherungsbedingungen wünschte, der Grund; eine Begründung, welche in den Vorjahren nur marginale Bedeutung hatte (2000: 5 Personen; 2001: 19 Personen) Im Detail waren es die schlechte telefonische Erreichbarkeit (92.8%) und eine schlechte Qualität der Auskünfte des Versicherers (24%), welche die Anfragenden bemängelten. Zeitlich gesehen tauchten diese Probleme in den Monaten November (77%) und Dezember (21%) auf, - also nicht bei der oben beschriebenen Anfragewelle im April/Mai.

Kündigung der Zusatzversicherung

6.7% der Anfragen (2001: 6%; 2000: 6.2%) betrafen die Kündigung der Zusatzversicherung (N=207), von diesen gaben 125 Personen (69%; Vorjahre: 71.1% bzw. 71.6%) eine zu hohen Prämie als Grund an.

Weitere Themen

4.2% aller Anfragen betrafen das 2002 erstmals erhobene Thema "Vorbehalte/Ausschluss aus der Zusatzversicherung" und 1.7% der Anfragen betrafen "Probleme beim Neueintritt in eine Schweizer Krankenpflegeversicherung". In der Hälfte dieser Fälle (47.5%) war das Problem als "schlechte Dienstleistung" beschrieben (je hälftig wiederum wegen schlechter telefonischer Erreichbarkeit und schlechter Qualität der Auskünfte). Die anderen Gründe: 16.5% zu hohe Prämie; 13.3% der Anfragenden wünschen einen besseren Versicherungsschutz und bei 28.5% führten andere Gründe zur Anfrage.

Anfragespektrum für Grundversicherung bzw. Zusatzversicherung

Die Anfragen zur Grundversicherung bewegten sich im Rahmen des Vorjahres (1499 vs. 1524 im Jahre 2001) und wie in den Vorjahren bezogen sich die meisten Anfragen zur Grundversicherung auf den Wechsel des Krankenversicherers (90%).

Mehr als vervierfacht haben sich jedoch die Anfragen zur Zusatzversicherung (von 223 auf 915): Diese Zunahme ist mehrheitlich auf Anfragen zum Thema "Änderung der Versicherungsbedingungen" (z.B. Franchisenerhöhung) zurückzuführen (521 vs. 52 im Jahre 2001 und 56 im Jahre 2000; vgl. Tabelle 7): 82% dieser Personen sind mit den Dienstleistungen nicht mehr zufrieden. Es sind dies Personen, welche fast ausschliesslich in den Monaten November und Dezember bei der FRC um Rat gebeten haben.

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

Thema der Anfrage:	Grundversicherung			Zusatzversicherung			Grund- und Zusatzversicherung			Total*		
	2000	2001	2002	2000	2001	2002	2000	2001	2002	2000	2001	2002
	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Wechsel des Versicherers	1582	1384	1309	67	39	73	236	254	350	1905	1679	1733
	90.9	91.7	90.1	28.3	18.3	8.8	76.1	75.1	82.4	78.2	81.4	63.9
Änderungen der Versicherungsbedingungen	81	48	60	56	52	521	35	38	53	179	138	634
	4.7	3.2	4.1	23.6	24.4	62.8	11.3	11.2	12.5	7.3	6.7	23.4
Kündigung der Zusatzversicherung				79	84	123	63	38	55	151	124	182
				33.3	39.4	14.8	20.3	11.2	12.9	6.2	6.0	6.7
Vorbehalte, Ausschluss aus Zusatzversicherung						107			14			123
						12.9			3.3			4.5
Neueintritt in CH-Krankenversicherung			38			7			5			50
			2.6			0.8			1.2			1.8
andere Problematik	139	92	92	62	48	84	38	65	60	366	205	237
	8.0	6.1	6.3	26.1	22.5	10.1	12.3	19.2	14.1	15.0	9.9	8.7
Total Anfragen	1802	1524	1499	264	223	915	372	395	537	2601	2146	2959
	113.9	101.0	103.1	121.3	104.6	101.2	120.0	116.7	126.4	106.7	104.1	109.2
Total Anfragende	1504	1507	1448	237	213	830	310	338	425	2437	2062	2710

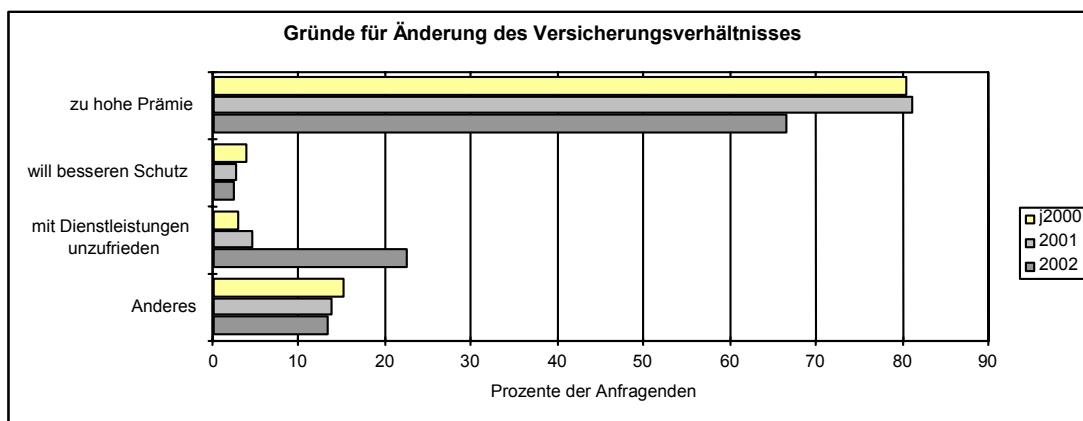
* Prozente der Anfragenden innerhalb jedes Versicherungstypus

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

Gründe, die dazu führen, dass eine Änderung des Versicherungsverhältnisses erwogen wird
 Ähnlich viele Personen wie in den vergangenen Jahren erwogen eine Änderung des Versicherungsverhältnisses wegen zu hoher Prämienbelastung (n=1793; 2001: 1673; 2000: 1839) oder weil sie einen besseren Versicherungsschutz wünschten (n=72; Vorjahre: 60 bzw. 93).

Markant zugenommen haben hingegen die Personen, die mit den Dienstleistungen des Versicherers unzufrieden waren: Es waren dies 609 Personen, sechs Mal mehr Personen als im Vorjahr: 99 (2000: 71). Zugenommen hat diese Unzufriedenheit mit den Dienstleistungen ausschliesslich bei den in der FRC Rat Suchenden (25% der Anfragen; SPO: 8%, Patientenstellen: 7%), und dies ausschliesslich in den Monaten November und Dezember. Während bei den anderen Anfragen in diesem Themenbereich nur 6% der Ratsuchenden weitervermittelt wurden, waren dies hier 22%, 92% davon (vermutlich zurück) an den Krankenversicherer.

Grafik 9: Anlass für den Wunsch einer Änderung des Versicherungsverhältnis



Die Ursachen der Unzufriedenheit mit den Dienstleistungen waren: 2000 2001 2002

• Qualität der Auskünfte	27	43	160
• Entgegenkommen bei der Kostenrückerstattung	17	22	12
• Dauer der Kostenrückerstattung	16	16	72
• schlechte telefonische Erreichbarkeit	13	18	476
Total (Mehrfachantworten waren möglich)	60	81	609

Ziele, mit denen die Ratsuchenden die Organisation kontaktierte:

- 1361 Personen (51.1%); kontaktierten die Organisationen mit dem Wunsch nach einem Prämienvergleich (Vorjahre: 1462: 71.5% bzw. 1639: 71.6%);
- 367 Ratsuchende erkundigten sich über Kündigungsfristen (Vorjahre 169 bzw. 225);
- 136 Personen wünschten Informationen über andere Möglichkeiten, die Prämien zu vermindern (z.B. höhere Franchise) (Vorjahre 115 bzw. 135);
- 192 Personen erwogen die Grund- und Zusatzversicherung bei verschiedenen Anbietern abzuschliessen (Vorjahre 103 bzw. 134);

- 124 Personen hatten Fragen zum Leistungsumfang der Grund- und Zusatzversicherung (Vorjahre 79 bzw. 85);
- Mit 913 Anfragen haben sich die Personen, welche die Organisationen in einer anderen, nicht näher definierten Angelegenheit kontaktierten, fast verdreifacht (Vorjahre 338 bzw. 295). Zugenommen haben hier diejenigen Anfragen, die sich auf die Zusatzversicherung beziehen.

Anfragespektrum nach Sprachregion

In der Romandie betrafen 55.7% (Vorjahre: 79.7%; 82.6%) der Anfragen ausschliesslich die Grundversicherung, in der Deutschschweiz waren es identisch zu den Vorjahren 43.5% (Vorjahre: 43.3%; 39.1%). Anfragen ausschliesslich zur Zusatzversicherung sind in der Romandie stark angestiegen: Sie machen nun 30.9% aus (Vorjahre: 7.0%; 6.9%). Sie haben damit etwa dieselbe Häufigkeit wie in der Deutschschweiz. Die Anfragen, welche Grund- und Zusatzversicherung in gleichem Masse betreffen, sind in beiden Landesteilen im Vergleich zu den Vorjahren stabil geblieben (13.5% in der Romandie, 27.1% in der Deutschschweiz).

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

Westschweiz

Während die Anfragen zur Grundversicherung seit 2001 leicht zurückgehen (von 1330 zu 1241), hat es in der Romandie einen sprunghaften Anstieg der Anfragen zu den Zusatzversicherungen gegeben: Waren es in den Jahren 2000 und 2001 nur 133 bzw. 116 Anfragen, so sind es nun 689.

65.2% aller Anfragenden stellten Fragen zum Wechsel des Versicherers (Vorjahre: 87.6% bzw. 87.4%), gefolgt von Fragen zu Änderungen der Versicherungsbedingungen 24.4% (Vorjahre: 5.3% bzw. 5.9%) und Kündigung der Zusatzversicherung 5.8% (Vorjahre 4% und 4.2%). 4.1% hatten Probleme wegen Vorbehalten respektive Ausschluss aus der Zusatzversicherung. Bei 1.3% der Anfragenden war der Neueintritt in eine Schweizer Krankenpflegeversicherung das Thema.

Der Wechsel des Versicherers betraf überwiegend die Grundversicherung: 78.6% (2001: 85.1%; 2000: 86.9). 67.5% (Vorjahre: 85.7%; 84.3%) der Ratsuchenden gaben an, dass sie wegen zu hoher Prämienbelastung eine Änderung des Versicherungsverhältnisses erwogen, und 25.5% erklärten, sie seien mit den Dienstleistungen des Versicherers unzufrieden (Vorjahre: 3.7%; 2.1%). Letzteres ein Anstieg um den Faktor 7 (in absoluten Zahlen sogar um den Faktor 9), ein Phänomen, das in der Deutschschweiz nicht zu beobachten ist (je ca. 30 Personen, 9% pro Jahr).

Deutschschweiz

Am häufigsten waren Anfragen zum Wechsel des Versicherers; der Anteil lag zwar mit 58.8% (Vorjahre: 53.1%; 40.6%) wie in den Vorjahren noch deutlich tiefer als in der Romandie (und in absoluten Zahlen ist er nach wie vor nicht zu vergleichen: 254 vs. 1451), ist aber nun seit dem Jahr 2000 um rund 50% angestiegen. Gleichfalls deutlich

zugenommen haben die Anfragen zu Änderungen der Versicherungsbedingungen von 13.3% auf 18.1%.

Anfragen zur Kündigung der Zusatzversicherung waren zahlenmässig in etwa stabil (52 Anfragende), wegen der steigenden Anzahl der Anfragen zum Thema Änderung des Versicherungsverhältnisses aber prozentual rückläufig: Noch bei 12% der Anfragenden war dies Thema (Vorjahre: 16.4%, 58 Anfragende; 13.6%, 69 Anfragende).

In Bezug auf den Wechsel des Versicherers zeigt sich, dass ähnlich wie in den Vorjahren rund 60%, ausschliesslich zur Grundversicherung anfragten (60.1%; Vorjahre: 62.8% bzw. 55.6%) und etwa ein Drittel zu Grund- und Zusatzversicherung. 7.9% der Anfragenden fragten ausschliesslich zur Zusatzversicherung (Vorjahre: 2.1%; 9.9%).

Interpretation

Wie in allen früheren Untersuchungen standen Anfragen zum Wechsel des Grundversicherers im Vordergrund. Was schon 1998 gemutmasst wurde und sich in den späteren Jahren bestätigt hatte, wird auch mit der vorliegenden Untersuchung nochmals untermauert: Die Versicherten erwägen den Wechsel ihres Versicherers in erster Linie wegen der Höhe ihrer bisherigen Prämie. Da in der Schweiz nach wie vor beträchtliche Unterschiede zwischen einzelnen Kantonen, besonders aber zwischen der Deutschschweiz und der Romandie bestehen, verwundert es kaum, dass der Anteil Anfragen zum Wechsel des Versicherers gerade in der Westschweiz so hoch war. Wie sehr die Prämienhöhe belastet, ist im Jahre 2002 auch daraus abzulesen, dass in der Folge einer für die Schweiz erstmaligen Ankündigung einer Prämienhöhung mitten im Jahr die Anfragen vor allem bei der FRC markant angestiegen sind und dabei fast das Niveau der alljährlichen herbstlichen Anfragen erreichten, wenn die Prämienhöhungen üblicherweise angekündigt werden.

Während es in der Romandie eine etwa gleichbleibend hohe Zahl von Ratsuchenden ist, welche wegen zu hoher Prämie den Versicherer zu wechseln prüft, nimmt der Anteil der Menschen die aus diesem Grund in der Deutschschweiz Rat bei PatientInnenorganisationen suchen, zu: von etwa 40% (188) im Jahre 2000 auf fast 60% (254) der Ratsuchenden zum Thema Änderung des Versicherungsverhältnisses im Jahre 2002. Ein Indiz, dass die Prämienhöhe auch in der Deutschschweiz zunehmend die Schmerzgrenze überschreitet.

Neu aufgetreten in diesem Jahr ist das Phänomen, dass von den 2719 Personen, welche eine Änderung des Versicherungsverhältnisses wünschten, 609 als Grund angaben, dass sie mit den Dienstleistungen des Versicherers unzufrieden seien (ein Anstieg gegenüber den Vorjahren von etwa 4% auf nun über 22%), unzufrieden vorwiegend mit dessen telephonischen Erreichbarkeit. Diese Unzufriedenheit konzentriert sich ausschliesslich auf die Romandie und die Monate November und Dezember und betrifft vor allem Anfragen zur Zusatzversicherung.

Auch hier ist es gemäss den Aussagen der PatientInnenorganisationen ein einzelner (derselbe!) Krankenversicherer ("Supra"), welcher diese Probleme verursacht hat. Es war befürchtet worden, dass der Versicherer Konkurs anmelden müsste; wochenlang wurden vom Versicherer keine Telefonate entgegengenommen. Ein Wechsel der

Grundversicherung bereitet wegen dem Aufnahmewang der Versicherer wenig Probleme. Bei Menschen mit Zusatzversicherungen hingegen (welche zum Teil jahrelang Beiträge bezahlt hatten), hätte bei einem Wechsel des Versicherers der neue Versicherer Vorbehalte oder Ausschlüsse anbringen können. Diese Aussichten und die Kommunikationsstille seitens des Versicherers haben zu einer grossen Verunsicherung und in der Folge zu einer wahren Anfragewelle bei den PatientInnenorganisationen geführt. Es zeigt sich hier, dass es für viele Menschen um existenzielle Probleme geht, wenn ein Versicherer grosse finanzielle Probleme hat, und diese Probleme irgendwie aufgefangen werden müssen. In solchen Momenten übernehmen die PatientInnen- und Versichertenorganisationen wesentliche Aufgaben.

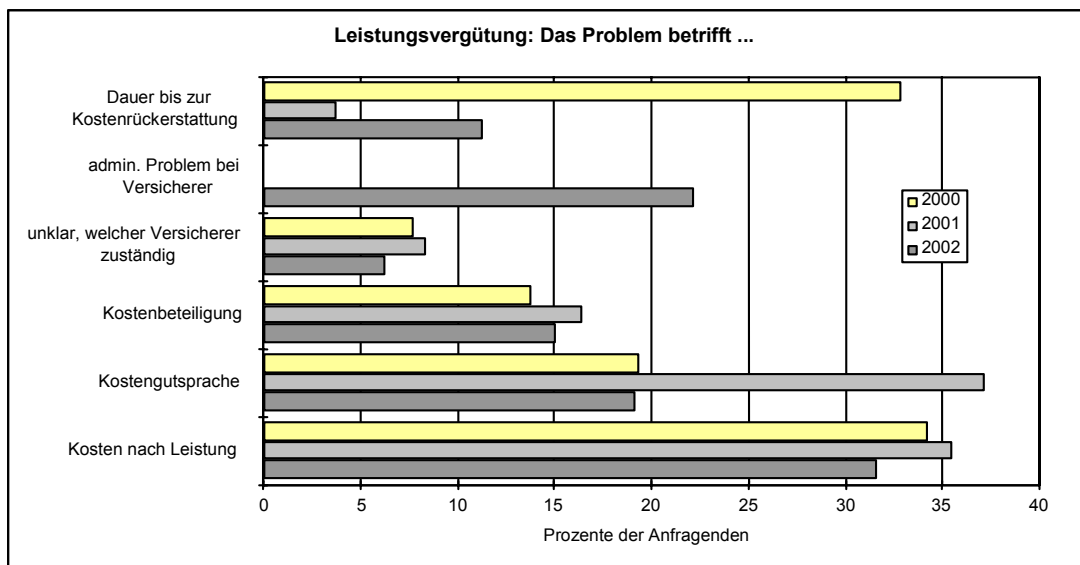
3.4.2 Leistungsvergütung

Das Thema Leistungsvergütung war mit 1189 Anfragen etwa gleich wichtig vertreten wie in den vergangenen Jahren (2001: 1230; 2000: 1375 Anfragen). 68.2% dieser Personen (Vorjahre: 60% bzw. 64.8%) hatten zuvor bereits ihren Versicherer oder ihren Leistungserbringer in dieser Angelegenheit kontaktiert. Zu 56.9% (Vorjahre: 52.7%; 64.9%) war die Auskunft / Beratung ausreichend; bei 14.1% der Fälle (Vorjahre: 13%; 13.7%) wurde die Organisation mit weiteren Abklärungen beauftragt. 339 Ratsuchende (29%; Vorjahre: 34.3% bzw. 21.4%) wurden weiter vermittelt: Im Gegensatz zum Vorjahr – aber ähnlich wie im Jahr 2000 – am häufigsten an den Ombudsmann der sozialen Krankenversicherung (42.3%; Vorjahre: 34.1%; 51%), gefolgt vom Krankenversicherer mit 39% (Vorjahre: 57.0%; 20.5%) und einer staatlichen Instanz / Behörde: 9.7%; (Vorjahre: 2.4%; 6.5%). Zusätzlich wurden 18 Anfragende (5.4%) an einen anderen Ombudsmann verwiesen, 11 Personen an eine andere PatientInnenorganisation (beides nicht erfasst in den Vorjahren) und gleich wie im Jahre 2001 3 Personen an einen Rechtsanwalt. An diverse weitere Stellen wurden 27 Personen verwiesen (8.2%; Vorjahre: 6.3%; 14.7%).

Während im Vorjahr drei Viertel der Ratsuchenden wegen Kostengutsprachen und Kostenübernahmen für bereits erbrachte Leistungen an die Organisationen herangetreten waren, sind dies im Jahre 2002 nur noch die Hälfte der Anfragenden. Dabei haben sich vor allem die Anfragen zur Kostengutsprache halbiert: Von 37.2% (n=454) im Jahre 2001 auf nun 19.2% (n=228). Kostenbeteiligung und das Problem, welcher Versicherer für die Kostenrückerstattung zuständig ist, war in etwa im selben Rahmen präsent wie in den Vorjahren: 15.1% und 6.3%.

Eine lange Dauer bis zur Kostenrückerstattung war etwas häufiger ein Problem der Ratsuchenden als noch im Vorjahr (11.3% vs. 3.8%).

Dieser Rückgang der Kostengutsprachen hat allerdings einen technischen Grund. Im Jahre 2001 wurden eine Zeit lang kassenpflichtige Medikamente von einer Krankenkasse nicht bezahlt.

Grafik 10: Art des Problems mit dem Leistungserbringer

KundInnen dieser Krankenkasse mussten die Medikamente in den Apotheken bar bezahlen, wobei es einige Zeit lang unsicher war, wann und ob diese Rechnungen von der Kasse übernommen würden. Dieser Vorgang wurde im Fragebogen als 2001 als "Problem mit der Kostengutsprache" definiert. De facto war dies nicht wirklich ein Problem der Kostengutsprache, sondern die (drohende) Verweigerung einer Pflichtleistung. Werden diese Fälle vom Thema Kostengutsprache im Jahr 2001 abgezogen, so ergibt sich ein über die drei Jahre fast konstanter Anteil von Problemen im Bereich Kostengutsprache.

Neu in den Fragenkatalog aufgenommen wurde im Jahr 2002 "administrative Probleme auf Seiten des Versicherers (telefonische Erreichbarkeit, ungenügende Auskünfte)": Solche Probleme hatten fast ein Viertel der Anfragenden: 22.2%. Diese Probleme verteilten sich (im Gegensatz zu den Dienstleistungsproblemen im Bereich "Änderung des Versicherungsverhältnisses") sehr gleichmässig über die Monate. Weder zwischen den Sprachregionen und PatientInnenorganisationen (mit Ausnahme von Pro Mente Sana, die keine Ratsuchenden mit diesem Problem beriet) gab es wesentliche Unterschiede – FRC 28.6%, SPO 15.2%, Patientenstellen 24.4% – noch in der Bearbeitung der Anfragen durch die PatientInnenorganisationen: Je knapp 60% konnten ausreichend beantwortet werden, je rund 30% der Anfragenden wurden weitervermittelt, zu 60% an den Krankenversicherer.

55.8% der Anfragen betrafen die Grundversicherung (2001: 62.9%; 2000: 54.8%), 17.1% die Zusatzversicherung (Vorjahre: 13% bzw. 15.7%) und 27% Grund- und Zusatzversicherung (Vorjahre: 24.1%; 29.5%).

Tabelle 8: Absolute und relative Häufigkeit von Anfragen zu den einzelnen Rubriken der Leistungsvergütung und deren Verteilung auf Grund- und Zusatzversicherung.

Leistungsvergütung,	Grundversicherung			Zusatzversicherung			Grund- + Zusatzversicherung			Total*		
	2000	2001	2002	2000	2001	2002	2000	2001	2002	2000	2001	2002
	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Kostenübernahme	229 44.3	208 28.1	201 32.3	77 52.0	87 56.9	77 40.3	115 41.4	128 45.2	75 24.9	429 34.2	434 35.5	375 31.6
Kostenrückerstattung dauert zu lange	60 11.6	32 4.3	77 12.4	9 6.1	2 1.3	13 6.8	45 16.2	12 4.2	38 12.6	412** 32.9	47 3.8	134 11.3
Kostengutsprache	137 26.5	340 46.0	127 20.4	30 20.3	31 20.3	32 16.8	72 25.9	54 19.1	48 15.9	243 19.4	454 37.2	228 19.2
Kostenbeteiligung (Selbstbehalt / Franchise)	104 20.1	123 16.6	104 16.7	22 14.9	25 16.3	22 11.5	40 14.4	51 18.0	45 15.0	173 13.8	201 16.4	179 15.1
unklare Zuständigkeit: Grund-/Zusatzversicherung	35 6.8	46 6.2	29 4.7	20 13.5	9 5.9	13 6.8	40 14.4	43 15.2	31 10.3	96 7.7	103 8.4	75 6.3
Administratives Problem bei Versicherer	--	--	114 18.3	--	--	49 25.7	--	--	85 28.2	--	--	263 22.2
Total Anfragen	565	749	652	158	154	224	312	288	322	1353	1239	1254
	109.3	101.2	104.8	106.8	100.7	110.8	112.3	101.7	106.9	108.0	101.3	105.7
Total Anfragende	517	739	622	148	153	191	278	283	301	1254	1222	1186

* inklusive Anfragen, für die keine Angaben zum Versicherungstypus vorliegen: 2000: 311, 2001: 47, 2002: 23.

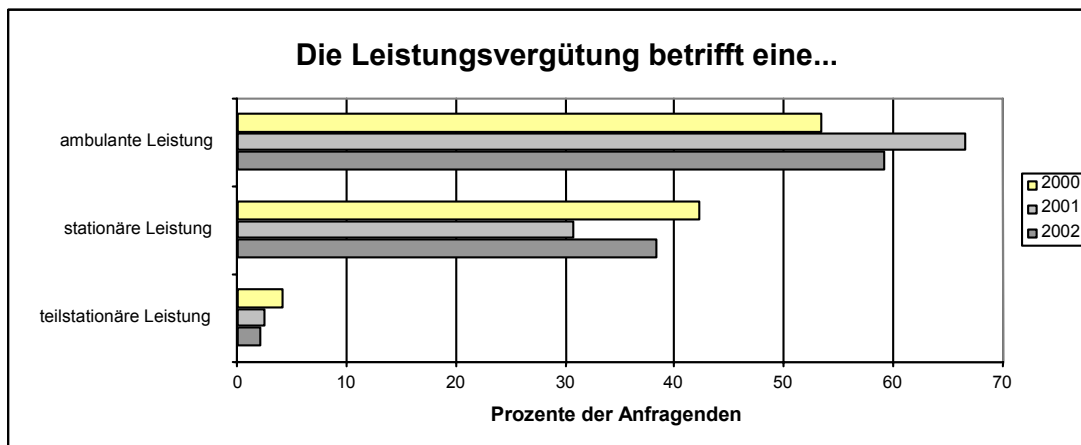
** bei 298 Anfragen wegen zu langer Frist bis zur Kostenrückerstattung liegen für das Jahr 2000 keine Angaben vor, auf welchen Versicherungstypus sie sich beziehen.

Die Themen Kostenübernahme nach erbrachter Leistung, Kostengutsprache, zu lange Dauer bis zur Kostenrückerstattung und Kostenbeteiligung waren dabei anteilmässig auf Grund-, Zusatzversicherung und Grund- und Zusatzversicherung verteilt.

Die 2002 neu aufgenommene Frage nach administrativen Problemen beim Versicherer (schlechte telefonische Erreichbarkeit, ungenügende Auskünfte) betraf etwas überproportional die Rubrik Grund- und Zusatzversicherung (34.3%).

Bei 59.3% der Fälle (2001: 66.6%; 2000: 53.4%) handelte es sich um ambulante Leistungen, bei 38.5% (Vorjahre: 30.8%; 42.2%) um stationäre und bei 2.2% (Vorjahre: 2.6%; 4.2%) um eine teilstationäre Leistungen (< 24 Std.).

Grafik 11: Leistungsvergütung ist ein Problem bei welcher Art der Leistung



Wie in den Jahren zuvor betrafen die Anfragen zur Leistungsvergütung am häufigsten ärztliche Leistungen, nämlich zu 59.9% (n=513; im Jahr 2001: 44.8%; 2000: 58.6%). Im weiteren:

- Leistung, eines anerkannten, aber nicht-ärztlichen Leistungserbringers: 13.2% (Vorjahre: 12.5%; 15.7%),
- Medikamente: 11.6% (Vorjahre: 29.9%; 8.0%),
- zahnärztliche Leistung: 11.1% (Vorjahre: 7.4%; 8.8%),
- Hilfsmittel: 4.2% (Vorjahre: 4.8%; 5.1%),
- nicht-ärztlichen Leistung durch einen nicht anerkannten Leistungserbringer: 4.2% (Vorjahre: 3.9%; 5.8%),
- Analysen (z.B. Labor): 2.3% (Vorjahre: 1.8%; 2.4%).

54 (5.6%) Anfragen (Vorjahre: 5.2% bzw. 5.6%) konnten keiner dieser Kategorien zugeordnet werden.

Tabelle 9 zeigt, auf welche Leistungen sich die Anfragen zu Vergütungen bezogen. Wie in den Vorjahren sind es auch 2002 mit Abstand am häufigsten die Operationen (27.1%).

Die Anfragen zu den vier nächst wichtigen Gebieten (Spitex/ambulante Pflege 8.8%, Kur/Rehabilitation 6.9%, Leistungen zu Schwangerschaft/Geburt 6.8% und komplementärmedizinische Leistungen 6.2%) haben sich wie folgt verändert: Die Anfragen zu Kur/Rehabilitation und zu komplementärmedizinischen Leistungen sind seit 2000 deutlich zurückgegangen, die Anfragen zu Spitex/ambulanten Leistungen und zu

Leistungen im Bereich Schwangerschaft/Geburt sind nach einem deutlichen Rückgang im Jahre 2001 wieder ähnlich dem Jahre 2000.

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

Leistung	2000			2001			2002		
	n	% Anfragen	% der Anfragen	n	% Anfragen	% der Anfragen	n	% Anfragen	% der Anfragen
Operation	264	24.7	28.3	249	24.9	26.0	231	27.1	28.1
Kur / Rehabilitation	109	10.2	11.7	93	9.3	9.7	59	6.9	7.2
Komplementärmedizinische Leistungen	90	8.4	9.6	85	8.5	8.9	51	6.0	6.2
Spitex / ambulante Pflege	87	8.2	9.3	60	6.0	6.3	75	8.8	9.1
Leistungen zu Schwangerschaft/Geburt	78	7.3	8.4	60	6.0	6.3	58	6.8	7.1
Psychotherapie	70	6.6	7.5	54	5.4	5.6	40	4.7	4.9
Physiotherapie	45	4.2	4.8	40	4.0	4.2	36	4.2	4.4
Leistungen im Ausland	37	3.5	4.0	39	3.9	4.1	20	2.4	2.4
Präventive Leistungen	35	3.3	3.7	32	3.2	3.3	19	2.2	2.3
Leistungen aus dem Bereich Pflegeheim	32	3.0	3.4	25	2.5	2.6	16	1.9	1.9
keiner Kategorie zuzuordnen	220	20.6	23.6	265	26.4	27.6	246	28.9	30.0
Total	1067	100.0	114.3	1002	100.0	104.6	851	100.0	103.6

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

Aktuelle Problemfelder lassen sich wie folgt identifizieren:

- 8.9% aller Anfragen zum Problem Leistungsvergütung betrafen ambulante bzw. spitex-Leistungen: Wenn das Problem des Ratsuchenden eine lange Dauer bis zur Kostenrückerstattung war, war bei einem Drittel der Personen ambulante bzw. Spitex-Leistungen die Kostenquelle.
- 27.2% der Anfragen betrafen Operationen, aber bei 36.7% der Anfragen zur Kostengutsprache, war eine vorgesehene Operation der Grund der Anfrage.

- Das bereits in den Jahren 2000 und 2001 festgestellte Problem, dass übermässig viele Anfragen zur Kostenbeteiligung im Bereiche der Schwangerschaft und Geburt auftreten, ist auch im Jahre 2002 vorhanden: 6.8% der Anfragen betrafen Schwangerschaft und Geburt; bei Problemen wegen Kostenbeteiligung des Versicherers waren es 14%.
- Dasselbe gilt für das in den Vorjahren festgestellte Problem der Kur und Rehabilitation: 6.9% aller Anfragen hatten dieses Thema, aber über 10% aller Probleme aufgrund von Kostengutsprachen betrafen die Leistung Kur/Rehabilitation.
- Bei den Problemen mit komplementärmedizinischen Leistungen (im Jahr 2002 sind dies 5.9% aller Anfragen zum Thema Leistungsvergütung), sind die in den vergangenen Jahren aufgetretenen Häufungen im Bereich der Kostenübernahmen und der Unklarheiten, ob Grund- oder Zusatzversicherung zuständig ist, nicht mehr festzustellen.

Tabelle 10: Verteilung der Probleme mit dem Versicherer nach Art der medizinischen Leistung (Mehrfachantworten möglich; Prozente der Anfragen)

	zu lange Dauer bis zur Kostenrück-erstattung	admini-strative Probleme beim Ver-sicherer	unklar, welcher Versicherer zuständig	Kostenbe-teiligung	Kosten-gutsprache	Kosten-übernahme	Total
Operation	2 9.5%	13 30.2%	14 20.3%	46 26.9%	81 36.7%	87 23.6%	243 27.2%
Schwangerschaft / Geburt	1 4.8%	1 2.3%	4 5.8%	24 14.0%	10 4.5%	21 5.7%	61 6.8%
Spitex / ambulante Leistung	7 33.3%	5 11.6%	6 8.7%	25 14.6%	10 4.5%	27 7.3%	80 8.9%
Pflegeheim	1 4.8%	2 4.7%	2 2.9%	2 1.2%	2 .9%	7 1.9%	16 1.8%
Physiotherapie	2 9.5%	1 2.3%	6 8.7%	5 2.9%	17 7.7%	8 2.2%	39 4.4%
Kur / Rehabilitation	0 .0%	1 2.3%	5 7.2%	7 4.1%	23 10.4%	26 7.0%	62 6.9%
Psychotherapie	0 .0%	2 4.7%	0 .0%	2 1.2%	15 6.8%	23 6.2%	42 4.7%
Komplementärmedi-zinische Leistung	0 .0%	2 4.7%	5 7.2%	4 2.3%	16 7.2%	26 7.0%	53 5.9%

Präventive Leistung	0 .0%	1 2.3%	2 2.9%	3 1.8%	6 2.7%	8 2.2%	20 2.2%
Leistung im Ausland	0 .0%	1 2.3%	1 1.4%	0 .0%	4 1.8%	15 4.1%	21 2.3%
anderes	8 38.1%	14 32.6%	24 34.8%	53 31.0%	37 16.7%	121 32.8%	257 28.7%
Total	21 100%	43 100%	69 100%	171 100%	221 100%	369 100%	894 100%

Interpretation

Nachdem sich im Jahre 2001 die Anfragen zur Kostengutsprache gegenüber dem Vorjahr fast verdoppelt hatten, haben sich im Jahre 2002 diese Anfragen wieder dem Jahre 2000 angeglichen. Ausschlaggebend für die Zunahme im Jahre 2001 war gewesen, dass vor allem eine Krankenkasse eine gewisse Zeit nicht bereit gewesen war, kassenpflichtige Medikamente zu bezahlen (gut die Hälfte aller Anfragen wegen Kostengutsprachen bezogen sich auf Medikamente, drei Viertel aller Anfragen wegen Medikamenten betrafen den Bereich Kostengutsprache). Dieses Problem hat sich nun offenbar erledigt. Probleme mit Medikamenten sind wieder etwas in den Hintergrund getreten.

Auffallend sind die in diesem Jahr erstmals erhobenen administrativen Probleme mit dem Versicherer: Fast ein Viertel aller Ratsuchenden nannten dieses Problem: Schlechte telefonische Erreichbarkeit, ungenügende Auskünfte. Da sich weder eine zeitliche Häufung, noch eine Häufung nach Landesregion oder bei bestimmten PatientInnenorganisationen feststellen lässt, scheinen diese Anfragen kaum Reaktion auf ein einzelnes Ereignis zu sein (wie dies zum Beispiel bei der Unzufriedenheit mit den Dienstleistungen des Versicherers im Bereich der "Änderung des Versicherungsverhältnisses" wahrscheinlich scheint – vgl. die Interpretation zu diesem Kapitel), sondern vielmehr ein permanentes Problem des "current normal", mit dem viele Menschen konfrontiert sind.

Für das Jahr 2001 wurde festgehalten, dass sich im Vergleich zum Jahr 2000 die Konzentration der Anfragen auf die Bereiche Kostengutsprachen und Kostenübernahme vermuten lässt, dass zum einen die Versicherer den Spardruck, unter dem sie wegen den steigenden Gesundheitskosten stehen, an ihre Klientel insofern weiterreichen, als der Sparwille zeitlich früher einsetzt: Offensichtlich zu bezahlende Leistungen werden bezahlt, dafür wird hart verhandelt, wenn es darum geht, welche Leistungen prospektiv (Kostengutsprache) beziehungsweise nachträglich (Kostenübernahme) zu übernehmen sind; zum anderen nach Auskunft der PatientInnenorganisationen heute sowohl die Versicherten als auch die Leistungserbringer (insbesondere die Ärzte) besser darüber informiert sind, dass es z. B. Probleme mit Kuren/Rehabilitationen geben kann und sich so früher über Möglichkeiten und Rechte informieren. Auch wenn sich die Probleme mit einer langen

Dauer bis zur Kostenrückerstattung im Jahre 2002 wieder etwas gehäuft haben, kann diese letztjährige Interpretation auch für das Jahr 2002 gelten.

Identifizierbare Problemgebiete sind nach wie vor die Kostengutsprache bei Kur- und Rehabilitation und die Kostenbeteiligung bei Schwangerschaft und Geburt. Neu sind es auch Kostenrückerstattung bei ambulanten Leistungen und Kostengutsprachen bei geplanten Operationen. Die in den Vorjahren gefundenen Probleme bei komplementärmedizinischen Leistungen sind nicht mehr auffällig.

3.4.3 Taggeldversicherung

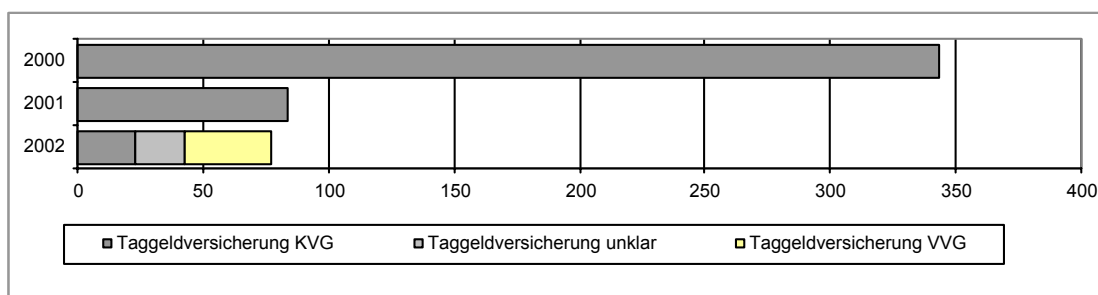
Da in den Vorjahren nur Anfragen zur Taggeldversicherung nach KVG erhoben wurden, diese aber in den vergangenen Jahren zum einen nur selten zu Anfragen bei PatientInnenorganisationen führten und zum anderen erst noch markant abnahmen, wurde die Fragestellung erweitert auf Anfragen zu Taggeldversicherungen generell.

77 Personen kontaktierten im Jahr 2002 die Organisationen zur Taggeldversicherung, davon waren 23 Anfragen solche zur Taggeldversicherung nach KVG, 34 solche zur Taggeldversicherung nach VVG. Bei 20 Personen war es unklar, um welche Art der Taggeldversicherung es sich handelte.

Vergleicht man mit den Vorjahren, hat die Zahl der Anfragen zur Taggeldversicherung nach KVG (n=23) nochmals deutlich abgenommen: Im Jahre 2001 waren es noch 74 Personen gewesen; im Jahre 2000 immerhin: 271).

41 Personen (53.2%; Vorjahre: 44: 60.3%; 118, 43.5%) hatten bereits ihren Versicherer oder Leistungserbringer in dieser Angelegenheit kontaktiert. Bei 44.7% (Vorjahre: 47.9% bzw. 66.9%) der Ratsuchenden konnten mit einer einmaligen Auskunft zufrieden gestellt werden, 22.4% (Vorjahre: 13.7%, 18.2%) beauftragten die Organisation mit zusätzlichen Abklärungen und 25 Personen (Vorjahre: 28 bzw. 40) wurden weiter vermittelt: An den Ombudsmann der sozialen Krankenversicherung (n=7); an eine andere Ombudsstelle (n=5); an einen Rechtsanwalt (n=4); an den Versicherer (n=3) und 6 an diverse weitere Stellen.

Grafik 12: Anfragen zur Taggeldversicherung



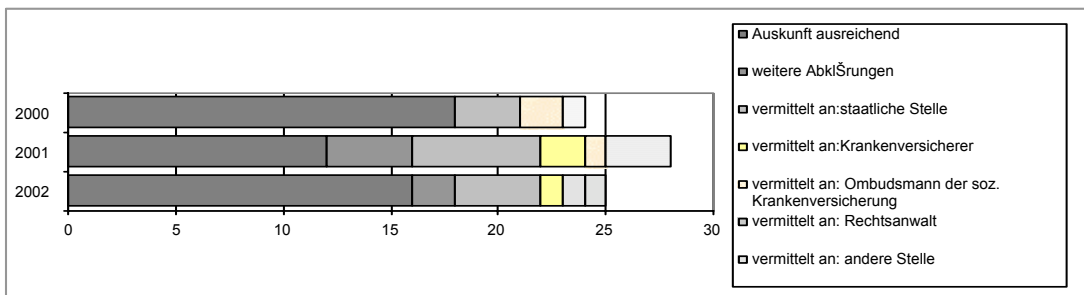
Interpretation

Nach der Einführung des KVG Anfang 1996 hatte sich die Zahl der freiwillig Taggeld-versicherten nach KVG drastisch reduziert; ein Grossteil der Abgänger wechselte zu einem Zusatzversicherer gemäss Versicherungsvertragsgesetz (VVG), da die Leistungen nach KVG meist sehr niedrig und diese Versicherung daher unattraktiv ist. Der Fragebogen wurde deshalb 2002 so angepasst, dass auch Anfragen zur Versicherung nach VVG erhoben werden konnten. Die kleine Anzahl von Ratsuchenden die sich an PatientInnenorganisationen wenden, lässt vermuten, dass es hier entweder kaum Probleme gibt, oder dass sich die Versicherten bei Schwierigkeiten eher an andere Organisationen (Ombudsstellen/Schlichtungsstellen) wenden.

3.4.4 Prämienverbilligung

25 (Vorjahre: 26 bzw. 24) Anfragen betrafen die Prämienverbilligung. Nur 6 von diesen hatten ihren Krankenversicherer oder Leistungserbringer in dieser Angelegenheit zuvor kontaktiert (Vorjahre: 11 bzw. 10 Personen). Zwei Drittel der Anfragen konnten mit einer einmaligen Auskunft / Beratung beantwortet werden 2 bedurften weiterer Abklärungen und 7 Personen wurde weitervermittelt: 4 davon an eine staatliche Stelle, je eine an den Krankenversicherer, an einen Rechtsanwalt und an eine andere Stelle.

Grafik 13: Weitervermittlung bei Anfragen zu Prämienverbilligung



Interpretation

Das KVG sieht vor, dass die Kantone Prämienverbilligungen für sozial Schwächere ermöglichen. Offenbar werden diese Möglichkeiten zur Prämienverbilligung von den Kantonen sehr gut kommuniziert und in der Regel auch problemlos umgesetzt.

3.4.5 Qualität der medizinischen Leistungserbringung

2933 Personen (2001: 3244; 2000: 2321) gelangten an die Beratungsstellen mit Problemen zur "Qualität der medizinischen Leistungserbringung". 54.7% der Personen (Vorjahre: 53.3%; 49.2%) hatten bereits ihren Leistungserbringer oder Versicherer in dieser Angelegenheit kontaktiert. In 58.8% der Fälle (Vorjahre: 63.8%; 62.2%) war eine einmalige

Auskunft ausreichend. 31% der Fälle (Vorjahre: 28.9%; 24.5%) wurde die Organisation mit weiteren Abklärungen beauftragt und 10.2% der Personen (N=295; Vorjahre: 7.3%; 13.3%) wurde geraten, sich an eine andere Stelle zu wenden: An einen Rechtsanwalt 69 (Vorjahre: 42 bzw. 85), an eine staatliche Instanz 42 (Vorjahre: 30 bzw. 30); an den Krankenversicherer 7 (Vorjahre: 8 bzw. 10); an den Ombudsmann der sozialen Krankenversicherung 10 (Vorjahre: 10 bzw. 5); und an eine andere Stelle 74 (Vorjahre: 145 bzw. 189). Die 2002 erstmals erhobenen Kategorien: "andere Ombuds-/Schlichtungsstelle" und "andere PatientInnenorganisation" waren bei 50 bzw. 42 Personen Ziel der Weitervermittlung.

Tabelle 11 zeigt, auf welche Leistungen zur Qualität der medizinischen Leistungserbringung sich die Anfragen 1998, 2000, 2001 und die Anfragen 2002 bezogen.

Tabelle 11: Absolute und relative Häufigkeiten von Anfragen zur Qualität der medizinischen Leistungserbringung aufgeschlüsselt nach Themenbereichen

Kategorisierung der Anfragen	1998		2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Verdacht auf Behandlungs- / Diagnosefehler	195	43.7	1009	43.5	1404	43.3	1295	44.2
Kommunikationsstörungen im Sinne von "die Person nicht ernst nehmen"	95	21.3	636	27.4	760	23.4	618	21.1
andere Probleme, die Qualität der Leistungserbringung betreffend	nicht erhoben		200	8.6	425	13.1	378	12.9
medizinische Aufklärung (Kosten ausgeschlossen)	99	22.2	242	10.4	242	7.5	182	6.2
wirtschaftliche Aufklärung	24	5.4	67	2.9	55	1.7	59	2.0
Rechnung(en) für medizinische Leistungen	51	11.4	305*	13.1	344	10.6	416	14.2
Zweitmeinung	46	10.3	252	10.9	404	12.5	354	12.1
Zeugnisse	12	2.7	83	3.6	39	1.2	37	1.2
Infrastruktur	9	2.0	nicht erhoben		nicht erhoben		nicht erhoben	
Fürsorgerischer Freiheitsentzug / Zwangsbehandlung	17	3.8	103	4.4	70	2.2	59	2.0
Missachtung des Arztgeheimnisses	nicht erhoben		83	3.6	52	1.6	62	2.1
Verweigerung des Zugangs zu Krankenunterlagen	nicht erhoben		264	11.4	316	9.7	241	8.2
andere – nicht näher präzierte – Probleme	38	8.5	191	8.2	448	13.8	487	16.6
Total Nennungen	742	166.3	3435	148.0	4559	140.6	4188	142.8

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

Der Fragebogen unterteilt die Anfragen in zwei Teilgebiete: Das eine beinhaltet "eigentliche" Qualitätsmängel (z.B. einen Verdacht auf Diagnose-/Behandlungsfehler und/oder ein Kommunikationsproblem zwischen Leistungserbringer und versicherter Person), das andere bezieht sich auf PatientInnenrechte:

- Dabei hatten 1940 Personen insgesamt 2291 Anfragen direkt zur Qualität der medizinischen Leistungserbringung (66.1% der Ratsuchenden, welche ein Problem im Bereich Qualität hatten). In den Vorjahren waren es 70% respektive 69% gewesen.
- 1301 Personen (44% der Ratsuchenden) hatten Fragen zu PatientInnen- und Versichertenrechten (Vorjahre je 55%).

416 Anfragende nannten Unstimmigkeiten mit der Rechnungsstellung als Grund ihres Anrufes (25.4%; 2001: 19.3%; 2000: 24.1%), gefolgt von:

- Wunsch nach einer Zweitmeinung: 354 (21.6%) (Vorjahre: 22.6% bzw. 19.9%);
- Verweigerung des Zugangs zu Krankenunterlagen 14.7% (Vorjahre 17.7% bzw. 20.9%);
- Nicht-Erfüllen der medizinischen Auskunftspflicht 11.1% (Vorjahre: 13.6%; 19.1%).

Deutlich seltener waren Anfragen zu fürsorglichem Freiheitsentzug / Zwangsbehandlung (n=59; Vorjahre: 70, 103), zur Verletzung der wirtschaftlichen Aufklärungspflicht (n=59; Vorjahre: 55; 67), zur Missachtung des Arztgeheimnisses (n=62; Vorjahre: 52; 83), zu Zeugnissen im Zusammenhang mit Akut-/Langzeitpatient (n=30; Vorjahre: 33; 57) und zu Zeugnissen im Zusammenhang mit Kur / Rehabilitation (n=7; Vorjahre: 6; 26).

Interpretation

Die Analyse des Themenspektrums betreffend Leistungserbringer nach KVG zeigt einen wichtigen Aufgabenbereich der Beratungsstellen vor allem in der Deutschschweiz: die Beratung von Patientinnen und Patienten, die sich von ärztlicher Seite nicht ernst genommen fühlen und ihre Rechte bei Verdacht auf Behandlungs- und/oder Diagnosefehler abklären möchten.

Nachdem im Jahre 2001 ein markanter Anstieg der Anfragen zum Thema Qualität der medizinischen Leistungserbringung zu beobachten war, sind die Anfragen im Jahr 2002 – sowohl in absoluten Zahlen, als auch was den prozentualen Anteil betrifft – wieder etwas zurückgegangen. Doch noch immer ist es dieses Gebiet, wo die meisten Anfragen bei PatientInnenorganisationen eingehen.

Die Anfragen zu PatientInnen- und Versichertenrechten zeigen keinerlei Veränderung gegenüber den Erhebungen 2000 und 2001 und nur eine einzige nennenswerte Abweichung, zum Jahre 1998: Wie bereits in den Jahren 2000 und 2001 wurden nur halb so viele Anfragen zur medizinischen und wirtschaftlichen Aufklärung registriert wie im Jahr 1998. Eine Abweichung, die wohl durch die damals andere Untersuchungsanlage zu erklären ist: Die Problemlagen waren aus der Sicht der PatientInnen erhoben worden, seit dem Jahre 2000 ist die Sicht der BeraterInnen massgebend.

Diese Stabilität über viele Jahre ist insofern bemerkenswert, als die PatientInnenorganisationen betonen, dass die Ratsuchenden sehr sensibel auf Berichte in den Medien reagieren, in welchen auf (vermeintliche) Missstände im Gesundheitswesen hingewiesen wird: Nach spektakulären Berichten nehmen Anfragen bei den Organisationen häufig sprunghaft zu. Zudem zeigt sich bei der Auswertung der anderen Themenbereiche, dass sich einmalige Ereignisse (z.B. Prämienerrhöhung mitten im Jahr, oder die Probleme mit der Medikamentenverrechnung im Jahre 2001 deutlich ablesen lassen. Eine

differenziertere Erfassung der Anfragen auch in diesem Themengebiet, wie sie für das Jahr 2003 bereits erfolgt ist, wird hier wohl weiteren Aufschluss bringen.

3.5 Detaillierte Analyse und Interpretation der Beratungswege von Ratsuchenden

Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass über 70% der Beratungen direkt zu einer zufriedenstellenden Antwort geführt haben (siehe Abschnitt 3.2.3). Da die Intensität der Beratungen wie auch die weiterführenden Massnahmen je nach Thema variierten, werden diese Beratungswege für die fünf grossen Themenbereiche hier im direkten Vergleich dargestellt.

Grafik 15 und 16 geben einen Überblick über die Beratungswege der Ratsuchenden für die Themenbereiche "Änderung des Versicherungsverhältnisses", "Leistungsvergütung", "Taggeldversicherung", "Prämienverbilligung" und "Qualität der Leistungserbringung". Wesentliche Veränderungen gegenüber den Vorjahren sind kaum feststellbar, die grössten Veränderungen betreffen die Gebiete Taggeldversicherung und Prämienverbilligung, Gebiete, in welchen mit nur 77 bzw. 24 Ratsuchenden schon einige wenige Fälle zu grossen prozentualen Abweichungen führen.

Für die drei Themenbereiche, die die Arbeit der PatientInnenorganisationen prägen – "Qualität der medizinischen Leistungserbringung", "Änderung des Versicherungsverhältnisses" und "Leistungsvergütung" – lassen sich die Beratungswege wie folgt beschreiben:

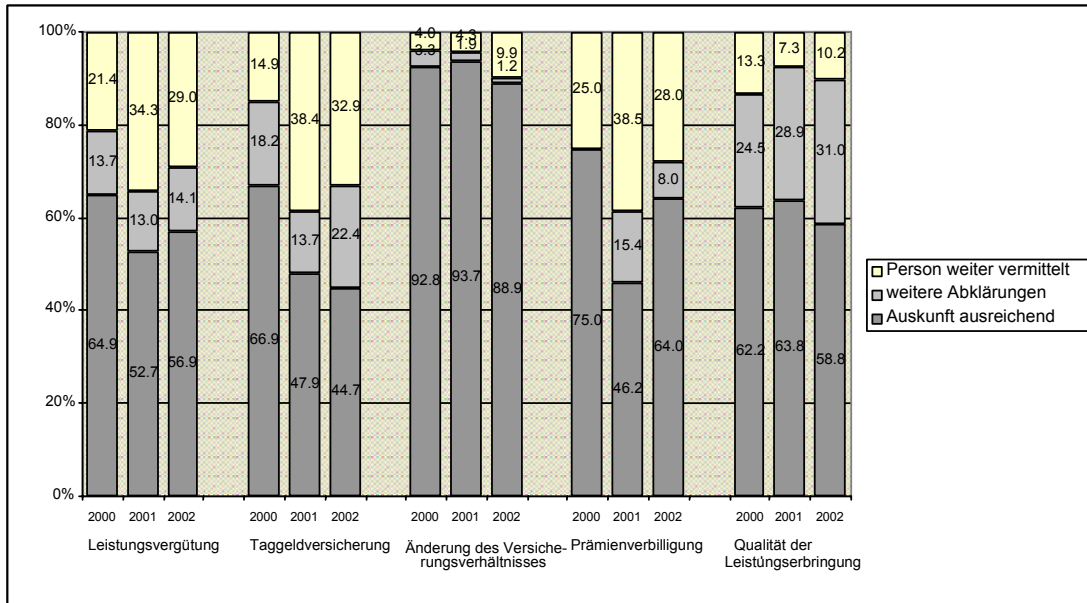
Umfang der Beratungen

Am aufwändigsten für die PatientInnenorganisationen sind die Anfragen zur **Qualität der medizinischen Leistungserbringung**: Nur zwei Drittel der Anfragen können direkt erledigt werden, entweder durch eine einmalige Auskunft, oder durch eine Weitervermittlung an die geeignete Stelle. Bei fast einem Drittel aller Anfragen müssen die Organisationen individuelle Abklärungen vornehmen, bevor die Anfrage abschliessend behandelt werden kann.

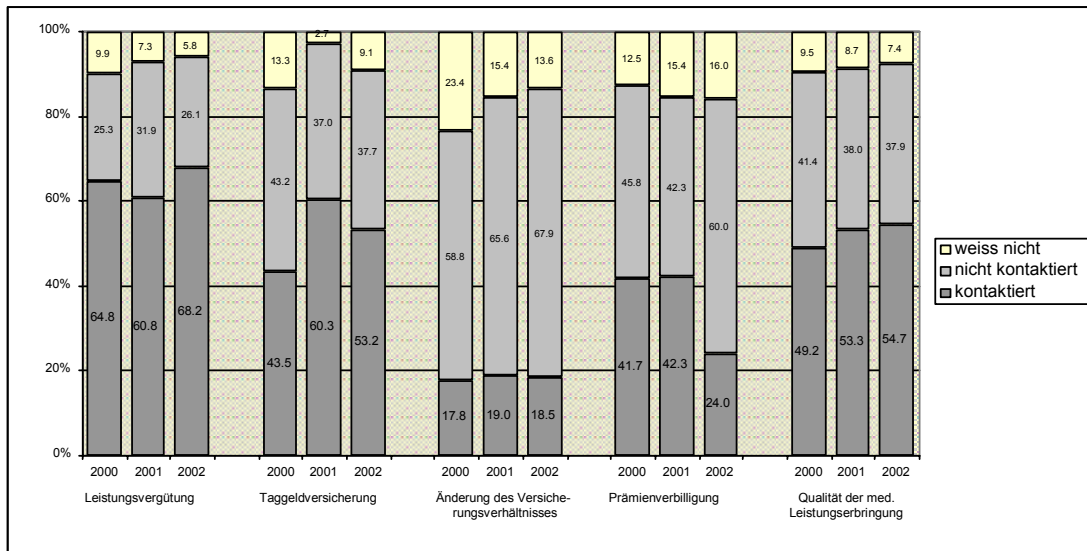
Mit einmaligen Auskünften lassen sich hingegen die Anfragen zur **Änderung des Versicherungsverhältnisses** fast immer (zu fast 90%) erledigen, nur 1% der Anfragen bedarf Abklärungen seitens der Organisationen. Die Zahl der Weiterleitungen hat sich hier mit 10% gegenüber den Vorjahren fast verdoppelt. Auffallend ist, dass rund 200 Personen, das sind 5 Mal mehr als in den Vorjahren, an den Versicherer weitergeleitet wurden.

Bei der **Leistungsvergütung** können nur wenige Anfragen abschliessend behandelt werden. Häufig können dafür die Ratsuchenden direkt weitergeleitet werden; fast immer an einen Ombudsmann oder (zurück) an den Krankenversicherer.

Grafik 14: Übersicht über den Umfang der Beratung nach Themengebieten



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



Verhalten der Ratsuchenden

Nur wenige Personen, welche eine Änderung der Versicherungsbedingungen wünschten, hatten zuvor den Versicherer kontaktiert: 19%. Bei der Qualität der medizinischen Leistungserbringung 55% und der Leistungsvergütung 68%.

Bei der Leistungsvergütung zeigt sich, dass 60% der Ratsuchenden, welche an den Leistungserbringer weiter gewiesen wurden, keinen vorgängigen Kontakt mit diesem aufgenommen hatten, während drei Viertel aller Personen, die an einen Rechtsanwalt, einen Ombudsmann oder an eine staatliche Instanz weitergeleitet wurden, bereits mit dem Leistungserbringer gesprochen hatten.

Tabelle 12: Weitervermittlung nach Themengebiet

Themenbereich	Rechtsanwalt			Ombudsmann der sozialen Krankenversicherung			andere Ombudsstelle*		andere PatientInnen-Organisation*	
	2000	2001	2002	2000	2001	2002	2000/1	2002	2000/1	2002
Leistungsvergütung	26 25.5%	3 6.1%	3 3.8	149 83.7%	141 79.2%	140 74.9	--	18 23.4	--	11 17.2
Taggeldversicherung	8 7.8%	3 6.1%	4 5.1	8 4.5%	6 3.4%	7 3.7	--	5 6.5	--	1 1.6
Änderung Versicherungs- verhältnis	9 8.8%	1 2.0%	1 1.3	30 16.9%	21 11.8%	36 19.3	--	4 5.2	--	11 17.2
Prämien- verbilligung	0	1 2.0%	1 1.3	2 1.1%	1 0.6%	0	--	0	--	0
Qualität der med. Lei- stungserbringung	85 83.5%	42 85.7%	69 88.5	5 2.8%	10 5.6%	10 5.3	--	50 64.9	--	42 65.6
Total Anfragende	102	49	78	178	178	187		77		64

* wurde im Jahr 2002 erstmals erhoben.

Themenbereich	Krankenversicherer			Staatliche Instanz			andere Stelle		
	2000	2001	2002	2000	2001	2002	2000	2001	2002
Leistungsvergütung	61 59.8%	236 81.4%	129 38.6	21 38.2%	10 17.9%	32 35.2	44 19.2%	26 13.1%	27 26.0
Taggeldversicherung	8 7.8%	6 2.1%	3 0.9	4 7.3%	4 7.1%	2 2.2	13 5.7%	9 4.5%	1 1.0
Änderung Versicherungs- verhältnis	37 36.3%	41 14.1%	200 56.9	4 7.3%	7 12.5%	12 13.2	26 11.4%	17 8.5%	4 3.8
Prämien- verbilligung	0	2 0.7%	1 0.3	3 5.5%	6 10.7%	4 4.4	1 0.4%	3 1.5%	1 1.0
Qualität der med. Lei- stungserbringung	10 9.8%	8 2.8%	7 2.1	30 54.5%	30 53.6%	42 46.2	189 82.5%	145 72.9%	74 71.2
Total Anfragende	102	290	334	55	56	91	229	199	104

Interpretation

Die Komplexität der Anfragen scheint je nach Themengebiet stark zu variieren, der Vergleich der Beratungswege zeigt aber einsichtige Ergebnisse:

- Anfragen zu Änderungen der Versicherungsbedingungen verlangen vor allem allgemeine Informationen, z.B. Prämienvergleiche und Kenntnisse der gesetzlichen Grundlagen. Diese Anfragen können von informierten Personen in der Regel mit einem Gespräch geklärt werden. Dass man zunächst eine "neutrale" Stelle um Informationen angeht, bevor man zum Beispiel bei einem Versicherungswechsel mit der "Partei" Kontakt aufnimmt, erstaunt nicht.
- Bei Fragen zur Leistungsvergütung kann mit einer Information (z.B. zur rechtlichen Situation) die Person an den Leistungserbringer weitergeleitet werden. Gleichfalls ist es einsichtig, dass bei Fragen zur Leistungsvergütung zunächst der Versicherer kontaktiert wird, und erst bei – für die Ratsuchenden – unbefriedigenden Ergebnissen an die PatientInnenorganisationen gelangt wird.
- Fragen zur Qualität der medizinischen Leistungserbringung bedürfen wohl in vielen Fällen die individuellen Umstände genauerer Prüfung.

4. Fazit und Empfehlungen

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

Das KVG hat seit dem Beginn des Pilotprojektes 1998 keine wesentlichen Veränderungen erfahren. Ein Grossteil der Ergebnisse des "Monitoring" 2000, 2001 und 2002 entspricht jenen des Pilotprojekts. Seit dem Jahre 2000 wird zudem der identische Fragebogen verwendet: Die bereits in den Jahren 2000 und 2001 formulierten Interpretationen treffen in vielen Bereichen auch auf die vorliegenden Ergebnisse zu. Die Übereinstimmung der Ergebnisse kann als Validierung gewertet werden.

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

- Die Prämien der obligatorischen Grundversicherung zeigen ungebrochen nach oben, und die Versicherer stehen unter erhöhtem Kostendruck. Die fast gleichbleibend hohen Zahlen von Anfragen zur Leistungsvergütung lassen vermuten, dass die Versicherer zumindest einen Teil des Kostendrucks an die Versicherten weitergeben, indem eine früher möglicherweise dagewesene Bereitschaft, die Übernahmepflicht von Kosten medizinischer Leistungen grosszügig zu interpretieren, aufgrund des Kostendrucks nicht mehr gegeben ist. War es dabei im Jahr 2000 noch die Kostenübernahme nach erbrachter Leistung und die "zu lange Dauer" bis zur Kostenrückerstattung, welche bei der Klientel zu Problemen führte, hat sich 2001 der Sparwille der Versicherer sozusagen nach vorne verschoben: Zu bezahlende Leistungen wurden bezahlt, dafür wurde härter verhandelt, wenn es darum ging, welche Leistungen prospektiv (Kostengutsprache) beziehungsweise nachträglich (Kostenübernahme) zu erbringen waren. Im Jahre 2002 nun sind es augenfällig die administrativen Probleme wie schlechte telefonische Erreichbarkeit und ungenügende Auskünfte – sowohl im Bereiche der Leistungsvergütung, als auch im Bereich der Änderung des Versicherungsverhältnisses, die die Ratsuchenden vermehrt zu den PatientInnenorganisationen führen. Man muss sich hier fragen, ob sich der Sparwille der Versicherer nun beim Kundendienst bemerkbar macht.
- Auch kleinere Anpassungen im KVG oder Änderungen bei den Krankenversicherern, welche die Versicherten direkt betreffen, können zu neuen Problemen oder Unklarheiten auf seiten des Versicherers oder des Versicherten führen. Diese widerspiegeln sich gelegentlich direkt in den Anfragen, die die PatientInnenorganisationen zu bearbeiten haben: Waren es im Jahr 2001 gewisse Medikamente, welche vor allem ein Versicherer einige Zeit lang nicht mehr zu bezahlen bereit war, sind es im Jahr 2002 die mitten im Jahr angekündigten Prämien erhöhungen eines Versicherers, welche zu einer

Anfragewelle geführt haben. Zudem hat der drohende Konkurs desselben Versicherers gegen Jahresende zu einer grossen Verunsicherung geführt. Da ein Wechsel der Grundversicherung wegen dem Aufnahmepflicht der Versicherer grundsätzlich wenig Probleme bereitet, die Versicherer hingegen beim Abschluss neuer Zusatzversicherungen Vorbehalte oder Ausschlüsse anbringen können, hat dies zu einem Ansturm von Anfragen von Versicherten bei den PatientInnenorganisationen geführt: Versicherte, welche zum Teil jahrelang Beiträge für Zusatzversicherungen bezahlt hatten, und nun fürchten mussten, bei einem neuen Versicherer von solchen Leistungen ausgeschlossen zu werden. Dieses Problem war auch deshalb so gravierend, als der Versicherer über längere Zeit für die Versicherten telefonisch nicht erreichbar war. Es zeigt sich damit auch, dass es für viele Menschen auch um Existenzielles geht, wenn ein Versicherer grosse finanzielle Probleme hat. Diese Probleme müssen irgendwie aufgefangen werden. In solchen Momenten übernehmen die PatientInnen- und Versichertenorganisationen, wie sich hier gezeigt hat, wesentliche Aufgaben.

- Im schweizerischen Gesundheitswesen hat in den letzten Jahren eine Qualitätsdiskussion eingesetzt, die nun auch die Dienstleistungen der Krankenversicherer erfasst. Die Anfragen zu diesem Bereich nehmen zu. Dabei ist auch zu hoffen, dass die Versicherten in Kürze diesem Aspekt bei der Wahl ihres Versicherers deutlich mehr Gewicht geben werden als heute.

Es scheint eine Sensibilisierung der Medien für die Qualität der medizinischen Leistungserbringung stattgefunden zu haben, die sich in einer nun anhaltend hohen Anzahl von Anfragen der Bevölkerung an die PatientInnenorganisationen zu diesem Bereich äussert. Deren konkrete Ursachen und Ausmasse sind noch nicht klar zu beurteilen. Das Monitoring des Jahres 2003 wird hier mit einer differenzierteren Erfassung der Anfragen wohl wesentliche Aufschlüsse bringen.

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

A Information: Die Möglichkeiten, die Prämienlast individuell zu senken, ist systematischer und verständlicher zu kommunizieren, und der Spielraum, den die volle Freizügigkeit gemäss KVG bietet, ist besser aufzuzeigen. Die bereits vorhandenen Instrumente wie der Prämienspiegel des Bundesamtes für Sozialversicherung und die von der comparis.ch AG betriebene Internetseite, welche Prämienvergleiche anbieten, sind entweder zu wenig bekannt oder sie genügen für die Beantwortung der Problemstellungen des Einzelfalles nicht. Es sollte deshalb geprüft werden, wie diese beiden Instrumente besser bekannt gemacht und optimiert werden können.

B Individuelle unabhängige Beratungen: Offensichtlich besteht das Bedürfnis nach einer "neutralen" Stelle, welche Prämienvergleiche und Möglichkeiten für Kosteneinsparungen im Einzelfall aufzeigen kann: Zu prüfen ist, ob die Krankenversicherer, welche gemäss Gesetz dazu verpflichtet wären, wegen der Wettbewerbssituation, in der sie stehen, dazu überhaupt in der Lage sind und ob diese Aufgaben nicht an die PatientInnenorganisation abgetreten und finanziell entschädigt werden müssten.

C Qualität der Dienstleistungen: Es ist zu prüfen, ob die berichteten administrativen Probleme, die die Versicherten auf Seiten der Versicherer wahrnehmen, eine reale Basis haben, und die Dienstleistungen tatsächlich schlechter werden.

Angesprochen mit diesem "Pflichtenheft" sind bei der

Information in erster Linie die Versicherer, in zweiter Linie die öffentliche Hand und die Medien, aber auch die PatientInnen- und Versichertenorganisationen und die Leistungserbringer (ein neuer Ansatz, das Netzwerk "Prämienoptimierung", wurde vom Bundesamt für Sozialversicherung in Zusammenarbeit mit KonsumentInnenorganisationen kürzlich ins Leben gerufen, die Website www.bsv.admin.ch/info_praemien befindet sich im Aufbau), bei den

Individuellen unabhängige Beratungen der Gesetzgeber, Krankenversicherer und die PatientInnen- und Versichertenorganisationen, und bei der

Qualität der Dienstleistungen die Krankenversicherer und das BSV.

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

Wünschenswert wäre aber, dass noch weitere, bisher nicht am Monitoring teilnehmende Institutionen (insbesondere in der Romandie auch eine Organisation, die sich schwerpunktmässig mit der Qualität der medizinischen Leistungserbringung befasst), oder das Bundesamt für Sozialversicherung selbst, welches ja auch mit einer Vielzahl von Anfragen in diesem Bereich konfrontiert ist, ins Monitoring aufgenommen werden könnten. Damit wäre ein noch umfassenderes Bild über die Nöte und Unsicherheiten der Bevölkerung in Sachen Krankenversicherung und medizinische Leistungen möglich.

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

5. Literaturverzeichnis

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

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

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

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

Hanspeter Kuhn. FMH-Gutachterstelle - Berichtsperiode 2000. Schweizerische Ärztezeitung, 2001;82: Nr. 29/30, S. 1585 - 1591.

Ombudsmann der sozialen Krankenversicherung: Tätigkeitsbericht 2002.

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

Ueli Zellweger, Karin Faisst, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (2002): *Monitoring 2001 von Anfragen an PatientInnen- und Versichertenorganisationen. Erarbeitet im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung*, Forschungsbericht 2/021, Reihe Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Bern.

Anhang

Fragebogen (deutschsprachige Fassung)

Fragebogen zur Erhebung von Anfragen

1 Wo wurde dieser Fragebogen ausgefüllt?

FRCO1
Pro Mente SanaO2
SPO ZH...O3 SPO BE.....O4 SPO SGO5 SPO LausanneO6
DVSP ZH.O7 DVSP BS ...O8 DVSP LU.....O9

2 Wie wurde die anfragende Person beraten?

telefonischO1 schriftlichO2 persönlich vor OrtO3

--	--	--	--

3 Datum der Anfrage

(Tag/Monat/Jahr)

4 Wohnkanton der betroffenen Person

AG O01 AI. O02 AR O03 BE O04 BL O05 BS...O06 FR.. O07 GE O08
GL O09 GR O10 JU. O11 LU O12 NE O13 NW .O14 OW. O15 SG O16
SH O17 SO O18 SZ O19 TG O20 TI..O21 UR ..O22 VD.. O23 VS O24
ZG O25 ZH O26 Wohnort im Ausland . O27 keine Aussage möglich O28

5 Die Anfrage kommt von

einer PrivatpersonO1 einer professionellen Stelle.... O2 einer ehrenamtlichen Stelle....O3

6 Die Anfrage betrifft

ein konkretes Problem einer Person/Familie ..O1 ein generelles Problem/Systemfrage... O2⇒ bitte weiter bei Frage 9

7 Alter der betroffenen Person¹

--	--

 Jahre

8 Geschlecht der betroffenen Person

weiblichO1 männlich O2

9 Wie ist die anfragende Person auf Ihre Organisation aufmerksam geworden?

über Familie / Freunde / BekannteO1
durch ihren KrankenversichererO2
durch ihren medizinischen Leistungserbringer (z.B. ÄrztInnen, Spitäler etc.).....O3
durch staatliche Instanz / Behörde (z.B. BSV)O4
durch andere PatientInnen-/ Versichertenorganisation, Liga, Selbsthilfegruppe, andere BeratungsstellenO5
via InternetO6
via andere Medien (Print, TV, Radio).....O7
ist bereits Mitglied bei Ihrer Organisation.....O8
anderesO9

10 Hat die anfragende / betroffene Person bereits ihren Versicherer bzw. Leistungserbringer in dieser Angelegenheit kontaktiert?

jaO1
neinO2
weiss nichtO3

11 War die Auskunft ausreichend oder mussten weitere Schritte unternommen werden?

Auskunft / Beratung war ausreichendO1
Die Person hat Organisation mit weiteren Abklärungen beauftragtO2
Die Person wurde weiter vermitteltO3 nämlich an
.....RechtsanwaltO31
.....Ombudsmann der sozialen Krankenversicherung ..O32
.....andere Ombudsstelle / SchlichtungsstelleO33
.....andere PatientInnen-/VersichertenorganisationO34
.....KrankenversichererO35
.....staatliche Instanz / BehördeO36
.....andere StelleO37

¹ ⇒ falls es sich um ein Kind handelt, aber das konkrete Alter unklar ist, bitte 1 Jahre angeben
⇒ falls es sich um einen Rentner / eine Rentnerin handelt, aber das konkrete Alter unklar ist, bitte 99 Jahre angeben

Themengebiet 1: Leistungsvergütung

- 12 Die Anfrage betrifft die**
 Grundversicherung..... 01
 Zusatzversicherung 02
 beides 03
- 13A Die Kostenrückerstattung des Krankenversicherers dauert zu lange 01**
nämlich die Rechnung wurde eingereicht vor
 1-3 Monate ... 011 3-6 Monate ... 012 >6 Monate 013
- 13B Die Anfrage steht im Zusammenhang mit (einem) anderen administrative(n) Problem(en) auf Seite des Versicherers (z.B. tel. Erreichbarkeit, ungenügende Auskünfte, etc.)..... 01**
- 14 Die Anfrage steht im Zusammenhang mit dem Problem, welcher Versicherer (Grund- / Zusatzversicherer) für die Kostenrückerstattung zuständig ist 01 weiter bei Frage 18**
- 15 Die Anfrage steht im Zusammenhang mit einer Kostenbeteiligung (Selbstbehalt / Franchise) 01 weiter bei Frage 18**
- 16 Die Anfrage steht im Zusammenhang mit einer Kostengutsprache (d.h. einer noch nicht erbrachten Leistung) 01 weiter bei Frage 18**
- 17 Die Anfrage steht im Zusammenhang mit einer erbrachten Leistung, deren Kosten vom Versicherer nicht übernommen wird 01 weiter bei Frage 18**
- 18 Falls die Beratung im Zusammenhang mit einer Leistungsvergütung steht, bitte beschreiben Sie den Leistungsbereich**
- 18A Es handelt sich um eine**
 ambulante Leistung 01
 stationäre Leistung 02
 teilstationäre Leistung (< 24 Std)..... 03
- 18B Es handelt sich um (eine) (Mehrfachantworten möglich)**
 ärztliche Leistung..... 01
 zahnärztliche Leistung 02
 nicht ärztliche Leistung durch anerkannte Leistungserbringer nach KVG 03
 nicht ärztliche Leistung durch **nicht** anerkannte Leistungserbringer nach KVG..... 04
 Analysen (Labor, etc)..... 05
 Medikamente 06
 Hilfsmittel und Gegenstände..... 07
 anderes 08
- 18C Bitte ordnen Sie die Leistung den unten aufgeführten Kategorien zu (Mehrfachantworten möglich)**
 Operation 001
 Leistung während der Schwangerschaft / Geburt..... 002
 Leistung aus dem Bereich Spitex / ambulante Pflege 003
 Leistung aus dem Bereich des Pflegeheims 004
 Physiotherapie 005
 Kur /Rehabilitation 006
 Psychotherapie..... 007
 Komplementärmedizinische Leistung 008
 Präventive Leistung 009
 Leistung im Ausland..... 010
 Leistung, die keiner der oben genannten Kategorien zugeordnet werden kann..... 011

Themengebiet 2: Taggeldversicherung

- 19 Die Beratung betrifft**
die Taggeldversicherung nach KVGO1
die Taggeldversicherung nach VVGO2
unklar ob Taggeldversicherung nach KVG oder VVGO3

Themengebiet 3: Änderung des Versicherungsverhältnisses

- 20 Die Beratung betrifft die**
Grundversicherung.....O1
ZusatzversicherungO2
beidesO3
- 21 Die Anfrage betrifft folgendes Thema**
Wechsel des VersicherersO1
Änderung der Versicherungsbedingungen (z.B. Erhöhung der Franchise)O2
Kündigung der ZusatzversicherungO3
Vorbehalte / Ausschluss aus der ZusatzversicherungO4
Neueintritt in eine schweizerische KrankenpflegeversicherungO5
andere ProblematikO6
- 22 Warum erwägt die anfragende Person, das Versicherungsverhältnis zu ändern?**
zu hohe PrämieO1
wünscht besseren Versicherungsschutz.....O2
ist mit den Dienstleistungen des Versicherers unzufriedenO3 nämlich mit
Dauer der KostenrückerstattungO31
Kulanz der KostenrückerstattungO32
schlechte telefonische Erreichbarkeit..O33
Qualität der AuskünfteO34
andere GründeO4
- 23 Wozu hat die Person Ihre Organisation in dieser Angelegenheit kontaktiert?**
wünscht einen PrämienvergleichO1
wünscht Information über andere Möglichkeiten (z.B. höhere Franchise), die Prämienhöhe zu vermindernO2
hat sich über Kündigungsfristen erkundigt.....O3
möchte Grund- und Zusatzversicherung bei verschiedenen Anbietern abschliessenO4
hat Fragen zum Leistungsumfang der Grund- und ZusatzversicherungO5
andere GründeO6

Themengebiet 4: Prämienverbilligung

- 24 Die Anfrage steht im Zusammenhang mit der Prämienverbilligung.....O1**

Themengebiet 5: Qualität der medizinischen Leistungserbringung

- 25 Die Beratung betraf folgende Problematik(en)? (Mehrfachantworten möglich)**
Qualität der Leistungserbringung
Kommunikationsprobleme mit behandelnder Person(en).....O01
Verdacht auf Diagnose-/BehandlungsfehlerO02
andere Problematik.....O03
- PatientInnen- und Versichertenrechte*
Verweigerung des Zugangs zu KrankenunterlagenO04
Missachtung des Arztgeheimnisses.....O05
medizinische Aufklärungspflicht wurde nicht erfüllt.....O06
wirtschaftliche Aufklärungspflicht wurde nicht erfülltO07
Fürsorgerischer Freiheitsentzug / ZwangsbehandlungO08
Zeugnisse im Zusammenhang mit Akut-/Langzeitpatient.....O09
Zeugnisse im Zusammenhang mit Kur / RehabilitationO10
wünscht eine Zweitmeinung.....O11
Unstimmigkeiten mit der Rechnungsstellung (z.B. nicht ausgeführte Leistungen werden verrechnet)O12
andere Problematik.....O13