



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

Auswirkungen des KVG auf die Leistungserbringer

Forschungsbericht Nr. 8/01

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

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

Autoren: Stephan Hammer, Raffael Pulli, Nicolas Schmidt,
Rolf Iten, Jean-Claude Eggimann
Infras
Gerechtigkeitsgasse 20
8039 Zürich
Tel. 01/205 95 95
Fax 01/205 95 99
E-mail: zuerich@infr.ch

Auskünfte: Sandra Schneider
Bundesamt für Sozialversicherung
Sektion Tarife und Leistungserbringer
Effingerstrasse 20
3003 Bern
Tel. 031/322 91 49
Fax 031/322 78 80
E-mail: sandra.schneider@bsv.admin.ch

ISBN: 3-905340-34-8

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

Bestellnummer: 318.010.8/01 d 8.01 400 60613



Bundesamt für Sozialversicherung

**A u s w i r k u n g e n d e s K V G a u f
d i e L e i s t u n g s e r b r i n g e r**

ausgearbeitet durch

INFRAS, Zürich

in Zusammenarbeit mit

J.C. Eggimann, Ballens

**Stephan Hammer
Raffael Pulli
Nicolas Schmidt
Rolf Iten
Jean-Claude Eggimann**

Zürich, Juli 2000



INFRAS

Gerechtigkeitsgasse 20, Postfach, CH-8039 Zürich, Tel. +41 1 205 95 95, Fax +41 1 205 95 99, E-Mail zuerich@infrass.ch
Mühlemattstrasse 45, CH-3007 Bern, Tel. +41 31 370 19 19, Fax +41 31 370 19 10, E-Mail bem@infrass.ch

Zertifiziert nach ISO 9001/14001

Inhalt

Zusammenfassung.....	Z-1
Résumé	Ré-1
Riassunto	Ri-1
Summary	S-1
1. Einleitung.....	1
1.1. Ausgangslage	1
1.2. Zielsetzung, Fragestellungen und Eingrenzungen.....	1
1.3. Methodik.....	4
1.3.1. Evaluationskonzept	4
1.3.2. Forschungsmethoden und Vorgehen.....	5
1.4. Aufbau des Berichts	12
2. Veränderung der Rahmenbedingungen für die Leistungserbringer.....	13
2.1. Änderungen für die Leistungserbringer	13
2.1.1. Stossrichtungen des KVG	13
2.1.2. Ausbau der Leistungen und neue Leistungserbringer	16
2.1.3. Zulassung	18
2.1.4. Bedarfsabklärung	20
2.1.5. Wahl des Leistungserbringers, Kostenübernahme und Rechnungsstellung.....	20
2.1.6. Tarifierung	21
2.1.7. Alternative Versicherungsmodelle.....	23
2.1.8. Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskontrollen.....	24
2.2. Änderungen in den Beziehungen zu anderen Leistungserbringern.....	25
2.2.1. Koordination unter den Leistungserbringern.....	25
2.2.2. Wettbewerb unter den Leistungserbringern.....	27
2.3. Änderungen in den Beziehungen zu anderen Akteuren.....	30
2.3.1. Beziehungen zu den Versicherten	30
2.3.2. Beziehungen zu den Versicherern	30
2.3.3. Beziehungen zu den Kantonen	31
2.3.4. Beziehungen zum Bund	32

2.4.	Veränderung des Handlungsspielraums der Leistungserbringer	33
2.5.	Fazit.....	33
3.	Auswirkungen auf die Leistungserbringer	37
3.1.	Spitäler.....	37
3.1.1.	Handlungsspielraum	38
3.1.2.	Trennung der Grund- von der Zusatzversicherung/ Erweiterung des Leistungskatalogs	39
3.1.3.	Spitalplanung	40
3.1.4.	Tarifierung und Finanzierung	51
3.1.5.	Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrollen.....	59
3.1.6.	Qualitätssicherung.....	61
3.1.7.	Koordination und Wettbewerb.....	66
3.1.8.	Beziehungen zu anderen Akteuren.....	72
3.1.9.	Innerbetriebliche Veränderungen	74
3.1.10.	Einfluss auf die Kostenentwicklung	78
3.1.11.	Verbesserungsmöglichkeiten.....	80
3.1.12.	Fazit	81
3.2.	Pflegeheime.....	87
3.2.1.	Handlungsspielraum	87
3.2.2.	Pflegeheimplanung	89
3.2.3.	Bedarfsabklärung.....	89
3.2.4.	Finanzierung und Tarifierung	90
3.2.5.	Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrollen.....	92
3.2.6.	Qualitätssicherung.....	92
3.2.7.	Wettbewerb und Koordination.....	93
3.2.8.	Beziehungen zu den übrigen Akteuren.....	95
3.2.9.	Innerbetriebliche Veränderungen	96
3.2.10.	Einfluss auf die Kostenentwicklung	97
3.2.11.	Verbesserungsmöglichkeiten.....	99
3.2.12.	Fazit	100
3.3.	Spitex-Organisationen.....	103
3.3.1.	Handlungsspielraum	103
3.3.2.	Zulassung.....	103
3.3.3.	Bedarfsabklärung.....	104
3.3.4.	Tarifierung und Finanzierung	105
3.3.5.	Wirtschaftlichkeitskontrollen.....	105
3.3.6.	Qualitätssicherung.....	106
3.3.7.	Wettbewerb und Koordination.....	107
3.3.8.	Beziehungen zu den übrigen Akteuren.....	108
3.3.9.	Innerbetriebliche Veränderungen	109
3.3.10.	Einfluss auf die Kostenentwicklung	110
3.3.11.	Fazit	112
3.4.	Ärztinnen und Ärzte	115
3.4.1.	Handlungsspielraum	116

3.4.2.	Zulassung	117
3.4.3.	Alternative Versicherungsmodelle	117
3.4.4.	Tarifierung	124
3.4.5.	Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrollen	125
3.4.6.	Qualitätssicherung	126
3.4.7.	Wettbewerb und Koordination	127
3.4.8.	Innerbetriebliche Veränderungen	128
3.4.9.	Einfluss auf die Gesundheitskosten	129
3.4.10.	Verbesserungsmöglichkeiten	131
3.4.11.	Fazit	131
3.5.	Übrige Leistungserbringer	134
3.5.1.	ApothekerInnen	134
3.5.2.	PhysiotherapeutInnen	139
3.5.3.	ChiropraktorInnen	145
3.5.4.	ErgotherapeutInnen	148
3.5.5.	Hebammen	151
3.5.6.	Krankenschwestern und -pfleger	154
3.5.7.	LogopädInnen	157
3.5.8.	ErnährungsberaterInnen	160
4.	Synthese	165
4.1.	Vollzug der Massnahmen und bisherige Auswirkungen	165
4.1.1.	Zulassung neuer Leistungserbringer und Leistungen	165
4.1.2.	Trennung der OKPV von der Zusatzversicherung	166
4.1.3.	Zulassungsvorschriften (inkl. Spital- und Pflegeheim- planung)	166
4.1.4.	Bedarfsabklärung	168
4.1.5.	Tarifierung	169
4.1.6.	Finanzierung	172
4.1.7.	Alternative Versicherungsmodelle	172
4.1.8.	Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrolle	174
4.1.9.	Qualitätssicherung	175
4.2.	Koordination und Wettbewerb	176
4.3.	Beziehungen zu den übrigen Akteuren	180
4.4.	Innerbetriebliche Veränderungen	182
4.5.	Einfluss auf die Gesundheitskosten und das Leistungsangebot	184
4.6.	Gesamtbeurteilung	189
4.7.	Empfehlungen	191
Anhang	195
Anhang 1:	Kantonale Fallbeispiele: Spitäler	197
Anhang 2:	Auswertungen zur Spitalplanung	209

Anhang 3: Kantonale Fallbeispiele: Medikamenten-kosten.....	213
Anhang 4: Methodische Angaben zu den Interviews.....	214
Glossar.....	219
Literatur.....	223

Zusammenfassung

Zielsetzung

Die vorliegende Wirkungsanalyse untersucht die Auswirkungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) auf die Leistungserbringer. Die Untersuchung hat eine synthetisierende Funktion, indem bestehende Evaluationsergebnisse durch eigene Analysen und Befragungen gezielt ergänzt werden. Mit der Untersuchung sollen folgende Fragen geklärt werden:

- Wie hat sich der Handlungsspielraum der Leistungserbringer mit der Einführung des KVG verändert?
- Wie ist der Vollzug des KVG hinsichtlich der Leistungserbringer zu beurteilen?
- Welche Verhaltensänderungen haben die neuen Rahmenbedingungen bei den Leistungserbringern ausgelöst?
- Wie hat sich die Koordination und der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern verändert?
- Wie haben sich die Beziehungen der Leistungserbringer zu den übrigen Akteuren verändert?
- Welche innerbetrieblichen Veränderungen sind bei den Leistungserbringern aufgrund des KVG festzustellen?
- Inwiefern haben die Veränderungen bei den Leistungserbringern zur Kosteneinsparung beigetragen?

Methodik

Die Beurteilung der Auswirkungen des KVG auf die Leistungserbringer erfolgt analytisch in zwei Schritten:

1. Beurteilung mittels eines Vorher/Nachher-Vergleichs zwischen den Situationen unter dem früheren Krankenversicherungsgesetz (KUVG) und dem KVG, inwiefern sich der Handlungsspielraum der Leistungserbringer, ihr Verhalten und die von ihnen verursachten Kosten verändert haben.
2. Beurteilung, welchen Einfluss das KVG auf die festgestellten Veränderungen der Leistungserbringer ausgeübt hat (kausale Analyse).

Folgende Arbeitsschritte wurden gewählt:

- Analyse der durch das KVG bewirkten Veränderungen des Handlungsspielraumes der Leistungserbringer,
- Auswertung bestehender Wirkungsanalysen,
- 27 persönliche und 10 telefonische qualitative Interviews mit Leistungserbringerverbänden und Leistungserbringern,
- Ergänzende Interviews mit vier kantonalen Behörden, dem Bundesamt für Sozialversicherung (BSV), der Schweizerischen Sanitätsdirektionskonferenz (SDK) und dem Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (KSK).
- Auswertung von 63 Protokollen der im Rahmen der Analysen der Auswirkungen des KVG auf den Tarifbereich (INFRAS 2000) und auf die Versicherer (INFRAS 2001) geführten Interviews mit kantonalen Behörden, Leistungserbringerverbänden, Versichererverbänden und Versicherern.
- Analyse der Veränderungen bei den Leistungserbringern auf die Entwicklung der Gesundheitskosten.

Auswirkungen des KVG auf die Leistungserbringer

Das KVG beeinflusste den Handlungsspielraum der Leistungserbringer in verschiedener Hinsicht. Einerseits haben die Handlungsmöglichkeiten mit der Zulassung neuer Leistungserbringer und neuer Leistungen, den neuen wettbewerblichen Instrumenten im Tarifbereich und den Möglichkeiten bei den alternativen Versicherungsmodellen (insbes. HMO und Hausarztmodelle) zugenommen. Andererseits wurde der Spielraum durch den zunehmenden finanziellen Druck der Kantone und der Versicherer sowie die regulatorischen Massnahmen enger. Im Folgenden werden der Vollzug und die bisherigen Auswirkungen der neuen Massnahmen hinsichtlich der Leistungserbringer zusammenfassend beurteilt.

Zulassung neuer Leistungserbringer und Leistungen

Die Zulassung neuer Leistungserbringer und neuer Leistungen hat das Leistungsangebot in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKPV) verbessert und zu einer Mengenausdehnung sowie zusätzlichen Kosten geführt.

Trennung der OKPV von der Zusatzversicherung

Die Trennung der OKPV von der Zusatzversicherung hat zusammen mit der Schliessung der Lücken im Leistungskatalog zu einem deutlichen Rückgang des Zusatzversicherungsvolumens (Privat- und Halbprivatversicherte) geführt, was sich insbesondere

auf die Privatspitäler ertragsmässig auswirkte. Die Privatkliniken versuchen, ihre Ertragsausfälle durch einen verstärkten Wettbewerb im Zusatzversicherungsmarkt und vermehrte Angebote im teilstationären Bereich zu kompensieren.

Zulassungsvorschriften (inkl. Spital- und Pflegeheimplanung)

Die neuen Zulassungsvorschriften im ambulanten Bereich (Weiterbildung) wirkten sich nicht bei allen Leistungserbringern im selben Masse aus. Während sie bei mehreren betroffenen Leistungserbringern praktisch keine Auswirkungen hatten, führten sie bei der Spitex zur Professionalisierung und Erhöhung des Organisationsgrades, bei den ApothekerInnen und den ErgotherapeutInnen zur Verbesserung der Ausbildungsqualität und den ErnährungsberaterInnen und den KomplementärmedizinerInnen zu einer besseren Positionierung der Leistungen.

Im stationären Bereich konnte das KVG zusammen mit dem auf den Kantonen lastenden Druck die Spitalplanungsprozesse beschleunigen. Die kantonalen Spitalplanungen wurden jedoch von den Kantonen zeitlich und inhaltlich sehr unterschiedlich umgesetzt. Aufgrund des grossen politischen Widerstands in vielen Kantonen setzten nur eine Minderheit die Spitalplanung dazu ein, um mittels Spitalschliessungen den Abbau von Überkapazitäten einzuleiten. Die interkantonale Koordination und die Abstimmung mit anderen Leistungsbereichen sind mangelhaft. Die Auswirkungen der Spitalplanung sind kantonal sehr unterschiedlich und umfassen Spitalschliessungen, den Bettenabbau, vermehrte Fusionen und Zusammenarbeitsprojekte, jedoch auch Verlagerungseffekte (bspw. Verlagerung von Kosten zu den verbleibenden Spitälern). Zudem haben die Spitalplanungen mit ihrer Fokussierung auf die kantonalen Kapazitäten den Föderalismus tendenziell verstärkt und die interkantonale Koordination nicht spürbar verbessert. Die bisherigen Auswirkungen sind aufgrund der grösstenteils nicht sehr restriktiven Planungen und der mangelhaften interkantonalen Koordination als eher gering und ungenügend zu bezeichnen. Bei den Pflegeheimen hatte die Planung keine grossen Auswirkungen, weil mehrheitlich keine Überkapazitäten bestanden.

Bedarfsabklärung

Die bei mehreren ambulanten Leistungserbringern eingeführte Beschränkung der Vergütungspflicht je ärztliche Anordnung hatte keinen Einfluss hinsichtlich einer Einschränkung der Leistungsmengen. Die Pflicht zur Bedarfsabklärung bei den Pflegeheimen und der Spitex hat zur Weiterentwicklung und Erprobung verschiedener Instrumente geführt. Während bei den Pflegeheimen Defizite in der Anwendung der

Bedarfsabklärung festzustellen sind, hat die Bedarfsabklärung bei der Spitex das Kosten- und Qualitätsbewusstsein gestärkt.

Tarifierung

Mit Ausnahme der gesamtschweizerischen Tarifstruktur bei den Ärztinnen und Ärzten konnten die Tarifverträge inzwischen grundsätzlich den neuen Anforderungen des KVG angepasst werden. Praktisch alle Tarifverhandlungen gestalteten sich jedoch aufgrund des gestiegenen Drucks der Versicherer als schwierig und zeitraubend. Insbesondere bei den Verhandlungen der stationären Spitaltarife führten der Tarifdruck, die duale Spitalfinanzierungsregel, die fehlenden Ausführungsbestimmungen und offenen Begriffsformulierungen zu einem besonders angespannten Verhandlungsklima und in der Folge zu etlichen Tarifbeschwerden. Wesentliches Hemmnis in den Verhandlungen im Spitalbereich und der Langzeitpflege ist, dass der Bundesrat bis anhin keine verbindliche Bestimmung für eine einheitliche Kostenrechnung erlassen hat.

Durch den grossen Druck auf die Tarife konnten bei praktisch allen Leistungserbringern Tarifstabilisierungen oder nur geringe Zunahmen der Tarife erreicht werden:

- Bei den Spitälern und den Ärztinnen und Ärzten konnte eine weitgehende Tarifstabilisierung erzielt werden.
- Die Tarife bei den Pflegeheimen und der Spitex decken nicht die vollen Pflegekosten ab und sind weiterhin umstritten.
- Die übrigen ambulanten Leistungserbringer mussten grösstenteils Einbussen in Kauf nehmen (z.B. PhysiotherapeutInnen, Krankenschwestern und -pfleger, LogopädInnen). Die ApothekerInnen leisten mit dem neuen Abgeltungsmodell einen Kostenstabilisierungsbeitrag und können aufgrund eines neu eingeführten Steuerungsmechanismus die entgangenen Einkünfte nicht mehr über Mengenausweitungen kompensieren.

Finanzierung

Die duale Spitalfinanzierung hat zu Konflikten in den Tarifverhandlungen geführt und teilweise den Privatisierungstrend sowie die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich unterstützt, weil sich die Kantone aufgrund des finanziellen Drucks entlasten wollen.

Die neue Regelung der Finanzierung der ausserkantonalen Hospitalisierung erhöhte den administrativen Aufwand, führte über interkantonale Freizügigkeitsabkommen zu einer leicht verbesserten Koordination der Spitäler, aber auch teilweise zum Aufbau

zusätzlicher eigener kantonaler Kapazitäten in den Kantonen, wodurch unliebsame Kostenfolgen für die Kantone vermieden werden sollten.

Alternative Versicherungsmodelle

Die Anzahl der Versicherten, die ein Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer gewählt haben (HMO und Hausarztmodelle) hat nach Inkrafttreten des KVG sprunghaft zugenommen. Das Wachstum dieser Versicherungsformen hat sich in den letzten Jahren jedoch deutlich abgeschwächt. Die alternativen Versicherungsmodelle haben sich bisher nicht bedeutend verbreitet. Wichtige Hemmnisse sind das mangelnde Interesse der Versicherten an der eingeschränkten Wahlfreiheit, das geringe Interesse der Ärztinnen und Ärzte aufgrund des Kontrahierungszwangs sowie die Skepsis der Versicherer betreffend die Wirtschaftlichkeit dieser Modelle. Die Verbreitung der alternativen Versicherungsmodelle konnte eine gewisse Sensibilisierung der Ärzteschaft, einen höheren Organisationsgrad in Netzwerken und teilweise die Berücksichtigung der ökonomischen Folgen der Behandlungen der Ärzteschaft sowie der nachgelagerten Behandlungen auslösen. Am spürbarsten sind die Veränderungen bei den sich an HMO-Gruppenpraxen beteiligenden Ärztinnen und Ärzten, die über die Tarifierung (Versichertenpauschale) und teilweise eigene Investitionen finanzielle Risiken übernehmen. Während mit HMO-Modellen durch die aktive Steuerung der PatientInnen und eine kostenbewusste medizinische Behandlung Kosteneinsparungen von 10% bis 15% gegenüber konventionellen Behandlungsformen erzielt werden können, erzielen die Hausarztmodelle durch die weitgehend fehlenden ökonomischen Anreize und die fehlende Selektion der Mitglieder wesentlich geringere Erfolge.

Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrolle

Die Kostenkontrollen seitens der Versicherer wurden in den meisten Leistungserbringerbereichen verstärkt. Auf Wirtschaftlichkeitskontrollen wird jedoch aufgrund fehlender Datengrundlagen insbesondere auch bei den Spitälern verzichtet. Die verstärkten Kontrollen haben bei praktisch allen Leistungserbringern administrative Umtriebe, jedoch kaum Einschränkungen der Leistungsmengen zur Folge.

Qualitätssicherung

Die meisten Leistungserbringer befinden sich am Anfang eines längerfristigen Prozesses zur Institutionalisierung der Qualitätssicherung, der vom KVG ausgelöst oder beschleunigt worden ist. Sie sind zur Zeit mit konzeptionellen Arbeiten oder der ersten Erprobung von Instrumenten beschäftigt. Der Stand der Arbeiten ist insgesamt noch als ungenügend zu beurteilen. Teilweise konnten die durch das KVG ausgelösten oder geförderten Arbeiten bereits zu einer Verstärkung des Qualitätsmanagements beitragen (z.B. bei den Spitälern, den Pflegeheimen, der Spitex, den Apothekern und den Krankenschwestern resp. -pflegern). Erfolge in Richtung einer spürbaren Verbesserung der Leistungsqualität oder Kosteneinsparungen können jedoch noch nicht erwartet werden.

Koordination und Wettbewerb

Das KVG bezweckt, über regulative und wettbewerbliche Elemente sowohl die Koordination als auch den Wettbewerb unter den Leistungserbringern zu fördern, um eine verbesserte Ressourcenverwendung und damit Kosteneinsparungen zu erzielen. Die bisherigen Ergebnisse sind jedoch sehr ernüchternd. Das KVG hat weder die Koordination der Leistungserbringer noch den Wettbewerb spürbar gefördert:

- Die Koordination zwischen den Leistungserbringern ist generell unbefriedigend. Die Ärztinnen und Ärzte haben ihre zentrale Koordinationsrolle nicht verstärkt wahrgenommen. Die Koordination zwischen den Pflegeheimen und der Spitex ist ungenügend. Im Spitalbereich konnte die innerkantonale Koordination der Spitäler nur beschränkt und interkantonal kaum gefördert werden. Massgebend für die ungenügende Koordination sind vor allem die ungenügende Nutzung des Handlungsspielraums der Akteure in der Spitalplanung und bei den alternativen Versicherungsmodellen.
- Die mit dem KVG beabsichtigten wettbewerblichen Impulse (alternative Versicherungsmodelle, Sonderverträge) haben sich bisher nicht durchgesetzt. Der bei praktisch allen stationären und ambulanten Leistungserbringern kaum vorhandene Wettbewerb konnte mit dem KVG nicht gefördert werden. Im Spitalbereich sind die Handlungsmöglichkeiten der Spitäler durch die starke Reglementierung (Leistungsaufträge und Tarifbereich) sowie die Wettbewerbsverzerrungen zwischen den öffentlichen und den privaten Spitälern kaum vorhanden. Bei den Pflegeheimen, der Spitex, den Ärztinnen und Ärzten sowie den übrigen ambulanten Leistungserbringern findet kein oder allenfalls kaum Wettbewerb statt.

Beziehungen zu den übrigen Akteuren

Die Beziehungen der Leistungserbringer zu den übrigen Akteuren haben sich mit dem KVG nicht stark verändert. Die markantesten Auswirkungen sind im Verhältnis zu den Versicherern spürbar, die aufgrund des Kostendrucks einen wesentlich stärkeren Druck auf die Leistungserbringer ausüben.

Innerbetriebliche Veränderungen

Durch das KVG wurden folgende innerbetrieblichen Veränderungen bei den Leistungserbringern ausgelöst oder beschleunigt:

- Verstärkte Professionalisierung und Marktorientierung (v.a. bei den öffentlichen Spitälern, den Pflegeheimen und der Spitex),
- Veränderung der organisatorischen Strukturen: Fusionen bei Spitälern, grössere Organisationseinheiten bei der Spitex, vermehrte Gemeinschaftspraxen bei den Ärztinnen und Ärzten,
- Teilweise Veränderung des Leistungsangebots (v.a. bei den Spitälern und im Bereich der Langzeitpflege),
- Förderung der Entwicklung, Erprobung und teilweise auch der Einführung neuer Instrumente (Qualitätssicherung, Bedarfsanalyse, Kostenrechnung),
- Spürbarer administrativer Aufwand durch die Tarifverhandlungen und die Anforderungen an die einzuführenden Instrumente.

Einfluss auf die Gesundheitskosten und das Leistungsangebot

Mit dem KVG konnte bisher kein spürbarer Beitrag zur Kosteneindämmung geleistet werden. Die Gesundheitskosten sind vor allem aus strukturellen Gründen (medizinischer und technischer Fortschritt, zunehmende Ansprüche, Zunahme der Anzahl Leistungserbringer, Alterung der Bevölkerung) weiterhin angestiegen. Die Analyse der Kostenentwicklung in den einzelnen Leistungsbereichen zeigt, dass das KVG bei den neu zugelassenen Leistungserbringern eine systembedingte Steigerung der OKPV-Kosten zur Folge hatte, bei den Pflegeheimen und der Spitex spürbare Kostenverlagerungen von den Privaten und der öffentlichen Hand hin zu den Versicherern bewirkte und die geringen Erfolge bei den Spitälern im Wesentlichen durch Ausweichreaktionen kompensiert wurden. Bei den Ärztinnen und Ärzten wurden allfällige Einnahmehausfälle durch Mengenausweitungen kompensiert. Die durch die Managed Care-Modelle erzielten Einsparungen sind aufgrund der geringern Verbreitung dieser Modelle kaum spürbar.

Die vom KVG eingeführten Instrumente zur Kosteneindämmung bei den Leistungserbringern haben bisher aufgrund des mangelhaft genutzten Handlungsspielraums, verschiedenen Vollzugsdefiziten und bedeutenden Hemmnissen kaum eine spürbare Wirkung gezeigt:

- Die Spitalplanung wurde von den Kantonen aufgrund politischer Widerstände zu wenig restriktiv umgesetzt.
- Die Erfolge im Tarifbereich wurden weitgehend über Ausweichreaktionen kompensiert. Die Möglichkeit, Sonderverträge abzuschliessen, wurde kaum genutzt.
- Die alternativen Versicherungsmodelle haben sich aufgrund der fehlenden Nachfrage seitens der Versicherten und der durch den Kontrahierungszwang bedingten mangelnden Risikobereitschaft der Ärztinnen und Ärzte sowie generell der mangelnden Innovationskraft der Akteure nicht bedeutend verbreitet.
- Das KVG beinhaltet ungenügende Anreize (resp. übt zu wenig Druck) auf die Leistungserbringer aus, sich zu koordinieren. Die mangelhaften Erfolge in diesem Bereich haben kaum zu Kosteneinsparungen beigetragen. Einen kosteneindämmenden Wettbewerb hat das KVG nicht gefördert.

Die Erweiterung des Leistungsangebots durch das KVG hat zu einer verbesserten medizinischen Versorgung der Versicherten bei den neu eingeführten Leistungen geführt.

Gesamtbeurteilung und Empfehlungen

Mit dem KVG konnten bei den Leistungserbringern verschiedene Prozesse ausgelöst oder in Gang gesetzt werden. Das Hauptziel, die Gesundheitskosten einzudämmen, konnte jedoch bisher noch nicht erreicht werden. Die Wirkungsdefizite des KVG sind hauptsächlich auf folgende Gründe zurückführbar:

- Die Umsetzung des KVG, das die Akteure des Gesundheitswesens in vielfältiger Hinsicht beeinflusst und fordert, benötigt Zeit.
- Die Akteure haben den sich ihnen neu bietenden Handlungsspielraum im Bereich der alternativen Modelle und der Spitalplanung bisher nur mangelhaft genutzt. Zudem haben sich aufgrund der vielen offenen Begriffe des KVG sowie fehlender Ausführungsvorschriften Vollzugsprobleme und entsprechende Verzögerungen ergeben.
- Die massgeblichen Instrumente zur Kosteneindämmung haben bis heute nur eine beschränkte und damit ungenügende Wirkung entfaltet. So wurde die Spitalplanung von den Kantonen zu wenig restriktiv vollzogen. Die alternativen Versicherungsmodelle haben sich kaum verbreitet. Zudem wurden die teilweise erziel-

ten Erfolge im Tarifbereich und bei der Spitalplanung durch Ausweichreaktionen weitgehend kompensiert.

- Das KVG setzt zu wenig Anreize, damit sich die Leistungserbringer verstärkt koordinieren.
- Kosteneinsparungen über den Leistungswettbewerb sind aufgrund der Bestimmung des Angebots durch die Leistungserbringer („Angebotsfixierung“) nur sehr schwer zu erzielen. Das KVG hat den Wettbewerb insgesamt kaum gefördert.
- Die Leistungserbringer und die übrigen Akteure des Gesundheitswesens optimieren in erster Linie ihren eigenen Nutzen und handeln dementsprechend. Dies hat zu etlichen unerwünschten Wirkungen geführt (z.B. zusätzlicher Kapazitätsaufbau, ungenügende Koordination, Mengenausdehnung bei Einnahmenverlusten).

Das Leistungsangebot konnte mit der Aufnahme zusätzlicher Leistungen verbessert werden, was die medizinische Versorgungsqualität der Versicherten erhöht.

Aus unserer Sicht wären folgende drei Massnahmenpakete zur Brechung des Kostenwachstums notwendig:

- Strengere Selektion und verstärkte Reduktion der Anzahl Leistungserbringer durch restriktivere Spitalplanungen und einen stärkeren Wettbewerb, v.a. unter den Ärztinnen und Ärzten (Aufhebung des Kontrahierungszwangs).
- Wesentlich verstärkte Koordination unter den Leistungserbringern durch verbesserte und erweiterte Spitalplanungen (Planung auf regionaler Ebene, bessere Abstimmung mit anderen Leistungserbringern), neue Tarifierungsmodelle (bspw. patientInnenpfadabhängige Fallpreispauschalen) sowie die Förderung und Erweiterung von Managed Care-Modellen.
- Zusätzlich sollten die bestehenden Wettbewerbshemmnisse im Spitalbereich (heute gültige duale Spitalfinanzierung, etc.) beseitigt, das Kostenbewusstsein sowie die Information der Versicherten über die Leistungsangebote und Versicherungsmodelle verbessert und einheitliche Qualitätsanforderungen definiert werden, damit unter den verbleibenden Leistungserbringern ein möglichst grosser Wettbewerb unter Einhaltung von Qualitätsstandards resultieren kann.

Résumé

Objectif

La présente analyse examine les effets de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) sur les fournisseurs de prestations. Notre examen a fonction de synthèse, dans la mesure où les résultats de l'évaluation sont complétés de manière ciblée par nos propres analyses et par les réponses des personnes interrogées. Il a pour objectif de clarifier les questions suivantes :

- Comment la marge de manœuvre des fournisseurs de prestations s'est-elle modifiée depuis l'introduction de la LAMal ?
- Comment doit-on juger l'application de la LAMal en ce qui concerne les fournisseurs de prestations ?
- Quelles modifications de comportement les nouvelles conditions-cadres ont-elles provoqué chez les fournisseurs de prestations ?
- Comment la coordination et la compétitivité entre les fournisseurs de prestations se sont-elles modifiées ?
- Comment les relations des fournisseurs de prestations avec les autres acteurs se sont-elles modifiées ?
- Quels changements internes constate-t-on chez les fournisseurs de prestations en raison de la LAMal ?
- Dans quelle mesure les changements chez les fournisseurs de prestations ont-ils contribué à endiguer les coûts ?

Méthode

Dans notre analyse, l'appréciation des effets de la LAMal sur les fournisseurs de prestations se fait en deux étapes :

1. Appréciation, par une comparaison entre la situation antérieure sous le régime de l'ancienne loi sur l'assurance-maladie (LAMA) et la situation ultérieure sous celui de la LAMal, de l'importance des changements intervenus dans la marge de manœuvre des fournisseurs de prestations, dans leur comportement et les coûts qu'ils engendrent.
2. Appréciation de l'importance de l'influence exercée par la LAMal sur les changements constatés chez les fournisseurs de prestations (analyse causale).

Nous avons opté pour les étapes de travail suivantes :

- Analyse des changements provoqués par la LAMal dans la marge de manœuvre des fournisseurs de prestations.
- Evaluation des analyses existantes sur les effets.
- 27 interviews personnelles et 10 interviews par téléphone d'associations de fournisseurs de prestations et de fournisseurs de prestations.
- Interviews complémentaires auprès de quatre autorités cantonales, de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS) et du Concordat des assureurs-maladie suisses (CAMS).
- Evaluation de 63 procès-verbaux des interviews menées dans le cadre des analyses des effets de la LAMal dans le domaine des tarifs (INFRAS 2000) et sur les assureurs (INFRAS 2001) auprès d'autorités cantonales, d'associations de fournisseurs de prestations, d'associations d'assureurs et d'assurés.
- Analyse des effets des changements observés chez les fournisseurs de prestations sur l'évolution des coûts de la santé.

Effets de la LAMal sur les fournisseurs de prestations

La LAMal a influencé la marge de manœuvre des fournisseurs de prestations à divers égards. D'un côté, les possibilités d'action ont augmenté avec l'admission de nouveaux fournisseurs et de nouvelles prestations, avec les nouveaux instruments stimulant la compétitivité dans le domaine des tarifs et avec les options offertes par les autres modèles d'assurance (en particulier les HMO et les modèles du médecin de famille). D'un autre côté, la marge de manœuvre s'est rétrécie en raison de la pression financière croissante des cantons et des assureurs, ainsi que des mesures de régulation. Nous résumons ci-après l'évaluation, en ce qui concerne les fournisseurs de prestations, de l'application de la loi et des effets des nouvelles mesures constatés jusqu'ici.

Admission de nouveaux fournisseurs de prestations et de nouvelles prestations

L'admission de nouveaux fournisseurs et de nouvelles prestations a amélioré l'offre de prestations dans l'assurance obligatoire des soins (AOS), tout en entraînant une augmentation du volume des prestations, ainsi que des coûts supplémentaires.

Séparation de l'AOS d'avec l'assurance complémentaire

La séparation de l'AOS d'avec l'assurance complémentaire a entraîné, avec la couverture des lacunes que comportait le catalogue des prestations, un net recul du volume

des assurés au bénéfice d'une assurance complémentaire (assurés en privé et en demi-privé), ce qui s'est répercuté sur les résultats financiers des hôpitaux privés. Ces derniers tentent de compenser leur manque à gagner en accentuant la concurrence sur le marché des assurances complémentaires et en multipliant leur offre dans le domaine semi-hospitalier.

Prescriptions d'admission (y compris planification des hôpitaux et des établissements médico-sociaux)

Les nouvelles prescriptions d'admission dans le domaine ambulatoire (formation post-grade) n'ont pas eu des effets de même importance pour tous les fournisseurs de prestations. Alors qu'elles n'en ont eu pratiquement aucun pour beaucoup d'entre eux, elles ont entraîné une professionnalisation et une augmentation du degré d'organisation dans les soins à domicile (spitex), une amélioration de la qualité de la formation chez les pharmaciens/nes et les ergothérapeutes et un meilleur positionnement des prestations des diététiciens/nes et des praticiens de la médecine complémentaire.

Dans le domaine hospitalier, la LAMal a pu, conjointement avec la pression exercée sur les cantons, accélérer les processus de planification hospitalière. Au niveau des cantons, la pratique a cependant varié considérablement de l'un à l'autre en ce qui concerne les délais et le contenu de la planification. En raison d'une forte résistance politique dans bien des cantons, seule une minorité d'entre eux ont fait usage de la planification hospitalière pour supprimer les surcapacités par le biais de la fermeture d'hôpitaux. La coordination intercantonale et l'harmonisation avec d'autres domaines de prestations sont imparfaites. Les effets de la planification hospitalière sont très différents selon les cantons et comprennent la fermeture d'hôpitaux, la suppression de lits, la multiplication des fusions et des projets de collaboration, mais aussi des effets de transfert (par exemple transferts de coûts sur les hôpitaux restants). En outre, les planifications hospitalières, en se focalisant sur les capacités du canton, ont eu tendance à renforcer le fédéralisme et n'ont pas amélioré de manière sensible la coordination entre les cantons. Les effets constatés jusqu'ici sont plutôt minimes et insuffisants en raison du caractère en général peu restrictif des planifications et d'un manque de coordination intercantonale. En ce qui concerne les établissements médico-sociaux, la planification n'a eu que peu d'effets car il était rare qu'il y ait surcapacité.

Clarification des besoins

L'introduction d'un nombre limite de prestations par prescription médicale chez plusieurs fournisseurs de prestations ambulatoires ne s'est pas traduite par une réduction du volume des prestations. L'obligation de clarifier les besoins pour les établissements médico-sociaux et les soins à domicile a conduit à perfectionner divers instruments et à en expérimenter de nouveaux. Alors que, dans les établissements médico-sociaux, on peut constater des lacunes dans l'application de la clarification des besoins, celle-ci a renforcé, dans les soins à domicile, la conscience des coûts et de la qualité.

Tarification

A l'exception de la structure tarifaire valable dans toute la Suisse pour les médecins, les conventions tarifaires ont pu, dans l'intervalle, être en principe adaptées aux nouvelles exigences de la LAMal. Presque toutes les négociations tarifaires ont cependant été longues et pénibles en raison de la pression accrue des assureurs. En particulier dans les négociations concernant les tarifs hospitaliers, la pression sur les tarifs, le principe du financement partagé (cantons/assureurs) des hôpitaux, l'absence de dispositions d'exécution et les imprécisions dans la formulation des concepts ont eu pour effet de tendre singulièrement le climat des négociations et ont suscité, par la suite, quelques recours sur des tarifs. Le fait que le Conseil fédéral n'a édicté jusqu'ici aucune disposition contraignante en vue d'un calcul uniforme des coûts constitue l'obstacle essentiel rencontré dans les négociations relatives au domaine hospitalier et aux soins à long terme.

La forte pression exercée sur les tarifs a permis, chez presque tous les fournisseurs de prestations, de stabiliser les tarifs ou de ne leur faire subir que de minimes augmentations :

- Dans les hôpitaux et chez les médecins, une stabilisation des tarifs a pu être obtenue dans une large mesure.
- S'agissant des établissements médico-sociaux et des soins à domicile, les tarifs ne couvrent pas tous les frais de soins et continuent d'être controversés.
- Les autres fournisseurs de prestations ambulatoires ont dû, pour la plupart, accepter des pertes de revenus (par exemple les physiothérapeutes, le personnel infirmier, les logopédistes/orthophonistes). Le modèle de rémunération qui vient d'être introduit permettra aux pharmaciens de contribuer à la stabilisation des coûts et l'introduction à venir d'un nouveau mécanisme de contrôle ne leur per-

mettra plus de compenser la baisse de leur chiffre d'affaires par une extension du volume de leurs prestations.

Financement

Le principe du partage du financement hospitalier a conduit à des conflits et a parfois favorisé la tendance à la privatisation, ainsi que le transfert de soins hospitaliers dans le domaine ambulatoire, du fait que la pression financière ambiante incite les cantons à se décharger.

La nouvelle réglementation du financement de l'hospitalisation hors du canton a augmenté le travail administratif et a amené, par des accords intercantonaux de libre choix, une légère amélioration de la coordination entre les hôpitaux, mais aussi parfois une augmentation des capacités de certains cantons, quand cette mesure leur permettait d'éviter des répercussions fâcheuses sur les coûts.

Modèles alternatifs d'assurance

Le nombre d'assurés à avoir opté pour un modèle d'assurance prévoyant un choix limité des fournisseurs de prestations (HMO et modèles du médecin de famille) a augmenté très rapidement après l'entrée en vigueur de la LAMal, mais l'intérêt pour ces formes d'assurance est nettement retombé ces dernières années. A ce jour, ces formes d'assurance (HMO modèles du médecin de famille) ne sont pas encore très répandues. Cela est dû en grande partie au manque d'intérêt des assurés, peu enclins à limiter leur liberté de choix. Par ailleurs, les médecins eux-mêmes ne sont guère intéressés par ces modèles qui restreignent leur liberté contractuelle (obligation de contracter) et ils n'ont, dans leur majorité, pratiquement pas utilisé la marge de manœuvre à leur disposition. Les assureurs sont, quant à eux, sceptiques concernant la rentabilité de ces modèles. L'apparition d'autres modèles d'assurance a permis une certaine sensibilisation du corps médical, un plus haut degré d'organisation en réseaux et peut-être aussi une prise en considération des conséquences économiques des traitements prescrits par les médecins et des traitements ultérieurs qui en découlent. Les changements les plus perceptibles sont ceux que l'on constate chez les médecins qui participent à des cabinets de groupe HMO et qui assument des risques financiers par le biais de la tarification (forfaits d'assurés) et, en partie, par leurs propres investissements. Alors que les modèles HMO permettent des économies de 10 à 15% sur les coûts par rapport aux formes traditionnelles de traitement, grâce à un suivi actif des patients et à une conscience permanente du coût des traitements médicaux, les résultats obtenus avec les modèles du

médecin de famille sont nettement moindres en raison de l'absence de stimulation économique et de l'absence de sélection.

Contrôle des coûts et de rentabilité

Les contrôles des coûts de la part des assureurs ont été renforcés dans la plupart des domaines de prestations. On a renoncé aux contrôles de rentabilité en raison du manque de bases de données, notamment dans les hôpitaux. Le renforcement des contrôles entraîne des complications administratives pour presque tous les fournisseurs de prestations, sans aboutir toutefois à une réduction notable du volume des prestations.

Garantie de la qualité

La plupart des fournisseurs de prestations se trouvent au début d'un processus à long terme visant à institutionnaliser la garantie de la qualité, qui a été lancé ou accéléré par la LAMal. Ils sont actuellement occupés à des travaux de conception ou commencent à expérimenter certains instruments. L'avancement des travaux est dans l'ensemble encore insuffisant. Les travaux lancés ou encouragés par la LAMal ont cependant déjà pu en partie contribuer à renforcer la gestion de la qualité (par exemple dans les hôpitaux, les établissements médico-sociaux, les soins à domicile, les pharmacies et auprès du personnel infirmier). Reste qu'on ne peut pas encore s'attendre à de réels résultats dans le sens d'une amélioration concrète de la qualité des prestations ou d'une économie sur les coûts.

Coordination et compétitivité

Par des éléments d'ordre régulateur ou stimulateur, la LAMal cherche à encourager aussi bien la coordination que la concurrence entre les fournisseurs de prestations afin d'améliorer l'utilisation des ressources et de réaliser ainsi des économies sur les coûts. Jusqu'ici, les résultats sont toutefois très décevants. La LAMal n'a favorisé de manière notable ni la coordination ni la compétitivité des fournisseurs de prestations :

- La coordination entre les fournisseurs de prestations est de manière générale insatisfaisante. Les médecins n'ont pas exercé davantage leur rôle central de coordination. La coordination entre les établissements médico-sociaux et les soins à domicile est insuffisante. Dans le domaine hospitalier, la coordination intracantonale n'a pu être activée que de manière limitée et n'a guère pu l'être au niveau intercantonal. Ce fait s'explique surtout par un recours insuffisant à la marge de manœuvre laissée aux acteurs dans la planification hospitalière comme en ce qui concerne les autres modèles d'assurance.

- Les impulsions à la compétitivité visées par la LAMal (autres modèles d'assurance, conventions spéciales) n'ont jusqu'ici pas réussi à s'imposer. La LAMal n'a pu stimuler la compétitivité, vu la quasi-inexistence de concurrence chez presque tous les fournisseurs de prestations hospitalières ou ambulatoires. En ce qui concerne les hôpitaux, une forte réglementation (mandats de prestations et domaine tarifaire), ainsi que des distorsions de la concurrence entre les hôpitaux publics et privés, leur enlève presque toute possibilité d'action. La concurrence est minimale, voire inexistante entre les établissements médico-sociaux, les soins à domicile, les médecins et les autres fournisseurs de prestations ambulatoires.

Relations avec les autres acteurs

Les relations des fournisseurs de prestations avec les autres acteurs ne se sont pas beaucoup modifiées avec la LAMal. Les effets les plus marqués concernent leur relation avec les assureurs qui, en raison de la pression exercée sur les coûts, soumettent à leur tour les fournisseurs de prestations à une pression nettement plus forte.

Changements internes à l'entreprise

La LAMal a provoqué ou accéléré chez les fournisseurs de prestations les changements internes suivants :

- Augmentation de la professionnalisation et de l'attention aux mécanismes du marché (surtout dans les hôpitaux, les établissements médico-sociaux et les soins à domicile).
- Modification des structures organisationnelles : fusion d'hôpitaux, agrandissement des unités administratives dans les soins à domicile, nombre plus élevé de cabinets de groupe chez les médecins.
- Parfois, modification de l'offre de prestations (surtout dans les hôpitaux et dans le domaine des soins de longue durée).
- Encouragement du développement, de l'expérimentation et en partie aussi de l'introduction de nouveaux instruments (garantie de la qualité, analyse des besoins, calcul des coûts).
- Augmentation des frais administratifs en raison des négociations tarifaires et des exigences posées par les instruments à introduire.

Influence sur les coûts de la santé et sur l'offre de prestations

La LAMal n'a pas permis jusqu'ici une maîtrise notable des coûts. Pour des motifs structurels (progrès médicaux et techniques, augmentation de la demande, augmenta-

tion du nombre des fournisseurs de prestations, vieillissement de la population), les coûts de la santé ont même continué de croître. L'analyse de l'évolution des coûts dans les divers secteurs de prestations montre que la LAMal a entraîné, chez les fournisseurs de prestations nouvellement admis, une augmentation des coûts de l'AOS, conditionnée par le système ; qu'elle a causé, dans les établissements médico-sociaux et les soins à domicile, d'importants transferts de coûts des particuliers et des pouvoirs publics vers les assureurs ; et que les faibles résultats obtenus dans les hôpitaux ont été neutralisés pour l'essentiel par des réactions de contournement. Chez les médecins, les éventuels manques à gagner ont été compensés par une augmentation du volume des soins. Les économies réalisées grâce aux modèles de managed care ne sont guère perceptibles, du fait que ces modèles sont peu répandus.

Les instruments introduits par la LAMal pour maîtriser les coûts chez les fournisseurs de prestations n'ont guère eu jusqu'ici l'effet escompté en raison d'un recours insuffisant aux marges de manœuvre, de diverses lacunes dans l'application de la loi et d'obstacles importants :

- La planification hospitalière a été effectuée de manière trop peu restrictive par les cantons en raison de résistances politiques.
- Les résultats obtenus dans le domaine tarifaire ont été largement compensés par des réactions de contournement. La possibilité de conclure des conventions dérogatoires n'a guère été utilisée.
- Les autres modèles d'assurance ne se sont pas répandus de façon notable parce que la demande a été très faible chez les assurés, que les médecins n'étaient pas prêts à prendre des risques en raison du principe de l'obligation de contracter et que, plus généralement, les divers acteurs n'ont pas assez fait preuve d'une volonté d'innover.
- Les mesures incitatives de la LAMal à l'égard des fournisseurs de prestations sont insuffisantes (ou alors la LAMal n'exerce sur eux que trop peu de pression) pour qu'ils agissent de manière coordonnée. Les résultats insuffisants dans ce domaine n'ont guère contribué à des économies sur les coûts. La LAMal n'a pas favorisé une compétitivité aboutissant à une maîtrise des coûts.

L'extension de l'offre de prestations par la LAMal a entraîné une amélioration des soins médicaux dispensés aux assurés dans le cadre des prestations nouvellement introduites.

Appréciation globale et recommandations

La LAMal a déclenché ou permis de mettre en route divers processus chez les fournisseurs de prestations. Le principal objectif visé, à savoir maîtriser les coûts de la santé, n'a toutefois pas encore pu être atteint. L'échec de la LAMal à produire les effets escomptés peut être imputé principalement aux causes suivantes :

- La mise en œuvre de la LAMal, qui influence à maints égards les acteurs du domaine de la santé publique et qui leur pose de nouvelles exigences, prend du temps.
- Lesdits acteurs n'ont que très peu mis à profit jusqu'à présent la marge de manœuvre qui leur est désormais offerte dans le domaine des modèles alternatifs et de la planification hospitalière. En outre, l'imprécision de nombreux concepts contenus dans la LAMal, ainsi que le manque de prescriptions d'exécution, ont provoqué des problèmes en matière d'application, lesquels ont inévitablement entraîné des retards.
- Les instruments déterminants pour une maîtrise des coûts n'ont eu jusqu'à maintenant qu'un effet limité et dès lors insuffisant. Ainsi, la planification hospitalière a été réalisée de manière trop peu restrictive par les cantons. Les autres modèles d'assurance ne se sont guère répandus. De plus, les résultats partiels obtenus dans le domaine des tarifs et dans la planification hospitalière ont été largement neutralisés par des réactions de contournement.
- La LAMal prévoit trop peu de mesures stimulant les fournisseurs de prestations à étendre leur coordination.
- Les fournisseurs de prestations peuvent difficilement réaliser des économies de coûts par le biais de la concurrence du fait que ce sont eux qui fixent l'offre ("fixation de l'offre"). Globalement, la LAMal n'a guère favorisé la compétitivité.
- Les fournisseurs de prestations et les autres acteurs du domaine de la santé publique cherchent en premier lieu à optimiser leur propre profit et agissent en conséquence. Cela a conduit à quelques effets indésirables (par exemple création de capacités supplémentaires, coordination insuffisante, extension du volume de prestations en cas de manque à gagner).

L'admission de prestations supplémentaires a permis d'améliorer l'offre de prestations, ce qui a pour effet d'élever la qualité des soins médicaux dispensés aux assurés.

A notre avis, trois trains de mesures seraient nécessaires pour stopper la croissance des coûts :

- Sélectionner plus sévèrement les fournisseurs de prestations et en réduire encore le nombre par le biais de planifications hospitalières plus restrictives et en suscitant une concurrence accrue, notamment entre médecins (suppression de l'obligation de contracter).
- Renforcer sensiblement la coordination entre les fournisseurs de prestations en améliorant et en élargissant les planifications hospitalières (planification à l'échelon régional, meilleure harmonisation avec d'autres fournisseurs de prestations), en introduisant de nouveaux modèles de tarification (par exemple forfaits par cas selon la filière de soins suivie par les patients), en encourageant et en développant les modèles de managed care.
- Ecarter en outre les obstacles entravant la compétitivité dans le domaine hospitalier (financement partagé actuellement en vigueur, etc.), amener les assurés à mieux prendre conscience des coûts et mieux les informer sur les offres de prestations et sur les modèles d'assurances ; enfin, définir des exigences de qualité applicables pour tous afin de susciter la plus grande compétitivité possible entre les fournisseurs de prestations restants, tout en assurant le respect des normes de qualité.

Riassunto

Obiettivi

La presente analisi degli effetti esamina le ripercussioni della legge sull'assicurazione malattie (LAMal) sui fornitori di prestazioni. Essa va intesa come sintesi: i risultati di valutazione esistenti vengono completati in modo mirato con analisi e inchieste proprie. Si vuole così rispondere alle seguenti domande:

- con l'introduzione della LAMal come si è modificato il margine di azione dei fornitori di prestazioni?
- Come si deve valutare l'esecuzione della LAMal per quanto riguarda i fornitori di prestazioni?
- Quali modifiche di comportamento hanno fatto registrare le nuove condizioni quadro presso i fornitori di prestazioni?
- Che modifiche hanno subito la coordinazione e la concorrenza tra i fornitori di prestazioni?
- Come si sono modificate le relazioni dei fornitori di prestazioni con le altre parti interessate?
- Quali modifiche interne alla gestione vanno osservate per i fornitori di prestazioni in seguito all'introduzione della LAMal?
- In che misura le modifiche presso i fornitori di prestazioni hanno contribuito a contenere i costi?

Metodica

La valutazione delle ripercussioni della LAMal sui fornitori di prestazioni avviene in modo analitico in due tappe:

1. valutazione mediante un confronto tra la situazione esistente quando era in vigore la legge federale sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni (LAMI) e quella attuale per sapere in che misura il margine di azione dei fornitori di prestazioni ha modificato il loro comportamento e i costi da essi causati;
2. valutazione dell'influenza esercitata dalla LAMal sulle modifiche osservate presso i fornitori di prestazioni (analisi causale).

Sono state scelte le seguenti fasi lavorative:

- analisi delle modifiche del margine di azione dei fornitori di prestazioni causate dalla LAMal,
- valutazione delle analisi degli effetti esistenti,
- 27 interviste personali e 10 telefoniche con associazioni di fornitori di prestazioni e con fornitori di prestazioni,
- interviste complementari con quattro autorità cantonali, con l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, con la Conferenza dei direttori cantonali della sanità (CDS) e con il Concordato degli assicuratori malattia svizzeri (CAMS),
- valutazione di 63 verbali di interviste con le autorità cantonali, associazioni di fornitori di prestazioni, associazioni di assicuratori e assicuratori nell'ambito delle analisi delle ripercussioni della LAMal sul settore delle tariffe (INFRAS 2000) e sugli assicuratori (INFRAS 2001),
- analisi delle modifiche presso i fornitori di prestazioni nell'ambito dell'evoluzione dei costi sanitari.

Ripercussioni della LAMal sui fornitori di prestazioni

La LAMal ha influenzato il margine di azione dei fornitori di prestazioni sotto molti aspetti. Da un lato, con l'autorizzazione di nuovi fornitori di prestazioni e di nuove prestazioni, con i nuovi strumenti di concorrenza nel settore delle tariffe e con le possibilità nell'ambito dei modelli assicurativi alternativi (in particolare HMO e modelli del medico di famiglia) le possibilità di manovra sono aumentate, mentre dall'altro lato, queste ultime sono diminuite in seguito alla pressione finanziaria crescente dei Cantoni e degli assicuratori nonché alle misure regolatrici. In seguito l'esecuzione e le ripercussioni attuali delle nuove misure concernenti i fornitori di prestazioni vengono valutate in modo riassuntivo.

Autorizzazione di nuovi fornitori di prestazioni e nuove prestazioni

L'autorizzazione di nuovi fornitori di prestazioni e di nuove prestazioni ha migliorato l'offerta di prestazioni nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e ha comportato un'estensione della quantità e costi supplementari.

Separazione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dall'assicurazione complementare

L'integrazione del catalogo delle prestazioni (ne sono state colmate le lacune) e la separazione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dall'assicurazione complementare hanno comportato una chiara diminuzione del numero degli assicurati

che hanno stipulato un'assicurazione complementare (assicurati in camera privata e semiprivata), il che ha avuto ripercussioni nell'ambito dei proventi in particolare riguardo gli ospedali privati. Le cliniche private cercano di compensare la perdita di proventi con una concorrenza rafforzata sul mercato delle assicurazioni complementari e con maggiori offerte nel settore semiospedaliero.

Disposizioni d'autorizzazione (compresa la pianificazione ospedaliera e delle case di cura)

Le nuove disposizioni d'autorizzazione nel settore ambulatoriale (perfezionamento professionale) non hanno inciso nella stessa misura su tutti i fornitori di prestazioni. Mentre per molti fornitori di prestazioni non hanno avuto praticamente nessuna ripercussione, per lo spitex hanno portato ad una professionalizzazione e ad un aumento del grado di organizzazione, per i farmacisti e gli ergoterapisti ad un miglioramento della qualità della formazione e per i dietisti e i medici che praticano la medicina complementare ad un miglior posizionamento delle prestazioni.

Unitamente alla pressione che grava sui Cantoni, nel settore ospedaliero la LAMal ha potuto accelerare i processi inerenti la pianificazione ospedaliera. Le pianificazioni ospedaliere cantonali sono state tuttavia realizzate dai Cantoni in modo molto diverso dal punto di vista temporale e del contenuto. A causa della forte opposizione politica in molti Cantoni solo una minoranza ha utilizzato la pianificazione ospedaliera per eliminare sovracapacità mediante la chiusura di ospedali. La coordinazione intercantonale e l'armonizzazione con altri settori delle prestazioni sono insufficienti. Gli effetti della pianificazione ospedaliera sono molto diversi da Cantone a Cantone e comprendono la chiusura di ospedali, la diminuzione dei posti letto ed un aumento delle fusioni e dei progetti di collaborazione, ma anche trasferimenti (p. es. trasferimenti di costi agli ospedali rimanenti). Inoltre, concentrandosi sulle capacità cantonali, le pianificazioni ospedaliere hanno tendenzialmente rafforzato il federalismo e non hanno migliorato in modo considerevole la coordinazione intercantonale. Le conseguenze attuali devono essere considerate piuttosto come esigue e insufficienti a causa delle pianificazioni per la maggior parte non molto restrittive e della scarsa coordinazione intercantonale. Per le case di cura la pianificazione non ha avuto grandi ripercussioni poiché nella maggior parte dei casi non vi erano sovracapacità.

Accertamento del fabbisogno

La limitazione dell'obbligo di remunerazione per prescrizione medica introdotta presso diversi fornitori di prestazioni ambulatoriali non ha inciso sulla limitazione della quantità delle prestazioni. L'obbligo di effettuare accertamenti del fabbisogno presso case di cura e nell'ambito dello spitex ha portato a sviluppare e a sperimentare diversi strumenti. Mentre per le case di cura sono stati rilevati deficit nell'applicazione dell'accertamento del fabbisogno, nell'ambito dello spitex questo accertamento ha rafforzato la consapevolezza inerente costi e qualità.

Tariffazione

Ad eccezione della struttura tariffaria per i medici a livello nazionale, le convenzioni tariffali hanno di regola potuto essere adeguate alle nuove esigenze della LAMal. Tuttavia, in seguito all'aumento della pressione degli assicuratori quasi tutte le trattative tariffali sono diventate difficili e lunghe. In particolare per quanto riguarda le trattative delle tariffe ospedaliere stazionarie la pressione tariffaria, la regola del finanziamento ospedaliero duale, la mancanza di disposizioni d'esecuzione e le formulazioni di nozioni ancora aperte hanno portato ad un clima assai teso e quindi a numerosi ricorsi in materia di tariffe. Un ostacolo importante nelle trattative per il settore ospedaliero e delle cure per pazienti lungodegenti consiste nel fatto che il Consiglio federale non ha ancora emanato disposizioni vincolanti per una contabilità analitica uniforme.

In seguito alla forte pressione esercitata sulle tariffe si sono potuti raggiungere stabilizzazioni tariffarie o solo aumenti esigui delle tariffe presso quasi tutti i fornitori di prestazioni:

- presso ospedali e medici si è potuta conseguire un'ampia stabilizzazione tariffaria;
- le tariffe delle case di cura e dello spitex non coprono tutti i costi delle cure e continuano ad essere contestate;
- gli altri fornitori di prestazioni ambulatoriali hanno dovuto per la maggior parte sopportare delle perdite (p. es. fisioterapisti, infermieri e infermiere, logopedisti). Con l'introduzione del nuovo modello di remunerazione i farmacisti potranno contribuire a stabilizzare i costi e, in virtù di un nuovo meccanismo di controllo, non potranno più compensare le entrate mancanti con un aumento quantitativo.

Finanziamento

Il finanziamento ospedaliero duale ha causato conflitti nelle trattative tariffali e sostenuto in parte la tendenza alla privatizzazione nonché il trasferimento dal settore ospedaliero a quello ambulatoriale, poiché i Cantoni vogliono essere sgravati in seguito alla pressione finanziaria.

La nuova regolamentazione del finanziamento dell'ospedalizzazione extracantonale ha aumentato i costi amministrativi e migliorato lievemente il coordinamento degli ospedali grazie a convenzioni di libero passaggio intercantionali, ma anche in parte alla creazione di capacità supplementari proprie all'interno dei Cantoni per mezzo delle quali si dovrebbero evitare conseguenze finanziarie spiacevoli.

Modelli assicurativi alternativi

Il numero degli assicurati che hanno scelto modelli assicurativi alternativi con scelta limitata dei fornitori di prestazioni (HMO e modelli del medico di famiglia) ha subito un'impennata dopo l'introduzione della LAMal. Negli ultimi anni tuttavia la crescita di queste forme di assicurazione è nettamente calata. Finora i modelli assicurativi alternativi (HMO e modelli del medico di famiglia) non hanno raggiunto un livello di diffusione significativo. Ad ostacolarne l'espansione sono in particolare la mancanza d'interesse degli assicurati per la libertà di scelta limitata, lo scarso interesse dei medici (dovuto all'obbligo di contrarre) e lo scetticismo degli assicuratori circa la loro economicità. La diffusione dei modelli assicurativi alternativi ha comportato una certa sensibilizzazione del corpo medico, un maggior grado organizzativo nelle reti e, in parte, la considerazione delle conseguenze economiche delle terapie eseguite dai medici o delegate ad altri. Si riscontrano in particolare le modifiche per i medici attivi in un centro HMO che assumono rischi finanziari per quanto riguarda la tariffazione (forfait per assicurato) e a volte gli investimenti propri. Mentre con i modelli HMO, tramite il controllo attivo dei pazienti e una cura medica per cui si tenga conto in modo adeguato dei costi, si possono conseguire risparmi sui costi del 10-15% rispetto alle forme di trattamento convenzionali, i modelli del medico di famiglia hanno avuto molto meno successo in seguito alla crescente mancanza di stimoli economici e alla scarsa selezione degli assicurati.

Controllo dei costi e dell'economicità

Si è registrato un aumento dei controlli dei costi da parte degli assicuratori nella maggior parte dei settori inerenti i fornitori di prestazioni. A causa della mancanza di dati si rinuncia ai controlli dell'economicità, in particolare presso gli ospedali. L'aumento dei controlli comporta un aumento dei lavori amministrativi praticamente per tutti i fornitori di prestazioni, ma non cagiona nessuna limitazione degna di nota della quantità delle prestazioni.

Garanzia della qualità

La maggior parte dei fornitori di prestazioni si trovano all'inizio di un processo duraturo volto a istituzionalizzare la garanzia della qualità introdotta o accelerata dalla LAMal. Attualmente elaborano concetti o sperimentano strumenti per la prima. Complessivamente lo stato dei lavori deve essere valutato ancora come insufficiente. I lavori istituiti o promossi dalla LAMal hanno già potuto in parte contribuire al rafforzamento della gestione della qualità (p. es. presso ospedali, case di cura, farmacisti e infermieri/e e nell'ambito dello spitex). Non ci si può tuttavia ancora aspettare risultati per quanto riguarda un sensibile miglioramento della qualità delle prestazioni o dei risparmi sui costi.

Coordinazione e concorrenza

Mediante elementi di regolazione e di concorrenza la LAMal mira a promuovere la coordinazione e la concorrenza tra i fornitori di prestazioni al fine di ottenere una migliore utilizzazione delle risorse e quindi risparmi sui costi. I risultati finora raggiunti sono però molto deludenti. La LAMal non è riuscita a promuovere in modo chiaro né la coordinazione dei fornitori di prestazioni, né la concorrenza:

- la coordinazione tra i fornitori di prestazioni è in linea generale insoddisfacente. I medici non hanno fatto uso maggiormente del loro ruolo centrale di coordinatori. La coordinazione tra le case di cura e lo spitex è insufficiente. Nel settore ospedaliero la coordinazione intracantonale degli ospedali ha potuto essere promossa solo in modo limitato e quella intercantonale lo è stata ancora in minor misura. Determinante per questa coordinazione insufficiente è specialmente lo scarso sfruttamento del margine di manovra delle parti nell'ambito della pianificazione ospedaliera e dei modelli assicurativi alternativi;
- gli stimoli alla concorrenza previsti dalla LAMal (modelli assicurativi alternativi, convenzioni speciali) non si sono finora affermati. La LAMal non è stata in grado

di promuovere la concorrenza quasi inesistente presso praticamente tutti i fornitori di prestazioni ospedaliere e ambulatoriali. Nel settore ospedaliero le possibilità di azione degli ospedali sono quasi inesistenti a causa della forte regolamentazione (mandati di prestazioni e settore tariffale) e delle alterazioni della concorrenza tra ospedali pubblici e privati. Per quanto riguarda le case di cura, lo spitex, i medici e gli altri fornitori di prestazioni ambulatoriali non vi è nessuna o eventualmente molto poca concorrenza.

Relazioni con le altre parti

Con l'entrata in vigore della LAMal le relazioni dei fornitori di prestazioni con le altre parti non hanno subito modifiche rilevanti. Le ripercussioni più evidenti si riscontrano per quanto riguarda gli assicuratori che, in seguito alla pressione sui costi, esercitano una pressione molto più forte sui fornitori di prestazioni.

Modifiche interne alla gestione

Per quanto riguarda i fornitori di prestazioni la LAMal ha provocato o accelerato le seguenti modifiche interne alla gestione:

- rafforzamento della professionalizzazione e dell'orientamento del mercato (soprattutto per quanto riguarda gli ospedali pubblici, le case di cura e lo spitex),
- modifica delle strutture organizzative: fusioni tra ospedali, unità organizzative più grandi nell'ambito dello spitex, aumento della medicina di gruppo praticata dai medici,
- modifica parziale dell'offerta di prestazioni (soprattutto nell'ambito degli ospedali e delle cure per pazienti lungodegenti),
- promozione dello sviluppo, della sperimentazione e in parte anche dell'introduzione di nuovi strumenti (garanzia della qualità, analisi del fabbisogno, contabilità analitica),
- maggiore onere amministrativo dovuto alle trattative tariffali e ai requisiti richiesti per gli strumenti da introdurre.

Effetti sui costi sanitari e sull'offerta di prestazioni

Finora la LAMal ha contribuito in modo irrilevante al contenimento dei costi. I costi sanitari hanno continuato ad aumentare specialmente per motivi strutturali (progresso medico e tecnico, aumento delle esigenze, aumento del numero dei fornitori di prestazioni, invecchiamento della popolazione). L'analisi dell'evoluzione dei costi nei singoli

settori delle prestazioni mostra che, per i nuovi fornitori di prestazioni autorizzati, la LAMal ha causato un aumento dei costi dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie dovuto al sistema e, per quanto riguarda le case di cura e il settore dello spitex, trasferimenti percettibili dei costi dal settore privato e da quello dei poteri pubblici agli assicuratori. Essa indica inoltre che i successi esigui conseguiti negli ospedali sono stati essenzialmente compensati da reazioni di ripiego. Per i medici eventuali diminuzioni degli introiti sono state compensate con l'aumento del volume delle prestazioni. I risparmi ottenuti con i modelli Managed Care sono appena percettibili a causa della loro esigua diffusione.

Gli strumenti introdotti dalla LAMal presso i fornitori di prestazioni per contenere i costi hanno finora mostrato effetti appena percettibili a causa del margine di manovra non utilizzato pienamente, di diversi deficit d'esecuzione e di ostacoli importanti:

- in seguito a resistenze politiche, i Cantoni hanno realizzato la pianificazione ospedaliera in modo troppo poco restrittivo;
- i successi nel settore delle tariffe sono stati compensati ampiamente con reazioni di ripiego. Non ci si è praticamente avvalsi della possibilità di stipulare contratti speciali;
- a causa della domanda insufficiente da parte degli assicurati, della carente disponibilità dei medici di assumere rischi dovuta all'obbligo di contrarre e in generale dell'assenza di forza innovativa delle parti, i modelli assicurativi alternativi non si sono diffusi in modo considerevole;
- la LAMal non contiene abbastanza incentivi (o esercita troppo poca pressione) per spingere i fornitori di prestazioni a coordinarsi. I successi insufficienti in questo settore non hanno praticamente contribuito a risparmiare sui costi. La LAMal non ha promosso una concorrenza volta a contenere i costi.

L'ampliamento dell'offerta di prestazioni previsto dalla LAMal ha permesso di migliorare l'assistenza medica agli assicurati con le nuove prestazioni introdotte.

Valutazione globale e raccomandazioni

La LAMal ha permesso di instaurare o di avviare diversi processi presso i fornitori di prestazioni. Finora però l'obiettivo principale - contenere i costi sanitari - non è stato ancora raggiunto. Ai deficit degli effetti della LAMal vanno addotti i motivi seguenti:

- l'introduzione della LAMal, che influenza e sfida sotto molteplici punti di vista le parti attive nel settore sanitario, ha bisogno di tempo;
- finora le parti hanno utilizzato in modo insufficiente il margine di manovra offerto loro nel settore dei modelli alternativi e della pianificazione ospedaliera. Inoltre vi sono stati problemi d'applicazione e relativi ritardi in seguito alle nozioni ancora aperte dalla LAMal e alla mancanza di disposizioni d'esecuzione;
- finora gli strumenti determinanti volti al contenimento dei costi hanno prodotto solo un effetto limitato e quindi insufficiente. La pianificazione ospedaliera è stata così realizzata dai Cantoni in modo troppo poco restrittivo. I modelli assicurativi alternativi non si sono praticamente diffusi. Inoltre i successi in parte ottenuti nel settore delle tariffe e della pianificazione ospedaliera sono stati compensati ampiamente con reazioni di ripiego;
- la LAMal non stimola abbastanza i fornitori di prestazioni affinché aumentino la coordinazione tra di loro;
- dal momento che sono i fornitori di prestazioni a definire l'offerta, è molto difficile ottenere risparmi sui costi attraverso la concorrenza. Complessivamente la LAMal non ha praticamente promosso la concorrenza;
- i fornitori di prestazioni e le altre parti attive nel settore sanitario ottimizzano in primo luogo il proprio profitto e agiscono di conseguenza provocando numerosi effetti indesiderati (p. es. ulteriore strutturazione delle capacità, coordinazione insufficiente, estensione della quantità in caso di perdite di introiti);

L'offerta di prestazioni ha potuto essere migliorata con l'ammissione di ulteriori prestazioni, il che ha aumentato la qualità dell'assistenza medica agli assicurati.

A nostro parere per interrompere la crescita dei costi sarebbero necessari i tre pacchetti di misure seguenti:

- selezione più severa e riduzione più accentuata del numero dei fornitori di prestazioni per mezzo di pianificazioni ospedaliere più restrittive e di una maggiore concorrenza, fra l'altro tra i medici (soppressione dell'obbligo di contrarre);
- coordinazione notevolmente rafforzata tra i fornitori di prestazioni per mezzo di pianificazioni ospedaliere migliorate e ampliate (pianificazione a livello regionale, migliore armonizzazione con gli altri fornitori di prestazioni), nuovi modelli tariffari (p. es. importi forfetari per singoli casi che dipendono dal percorso sanitario seguito dal paziente) nonché promovimento e ampliamento dei modelli Managed Care;

- inoltre si dovrebbero eliminare gli ostacoli attuali alla concorrenza nel settore ospedaliero (il finanziamento ospedaliero duale oggi in vigore ecc.), migliorare la consapevolezza dei costi e l'informazione degli assicurati per quanto riguarda le offerte di prestazioni e i modelli assicurativi e definire condizioni qualitative uniformi affinché tra i rimanenti fornitori di prestazioni si instauri una concorrenza possibilmente forte mantenendo però gli standard di qualità.

Summary

Objectives

The following study analyses the impact of the Federal Law on Sickness Insurance (Krankenversicherungsgesetz KVG) on service providers. It compiles the results of past evaluations with new ad hoc analyses and surveys, in order to find answers to the following questions:

- Has the introduction of the KVG modified the possibilities open to service providers and if so, in what manner?
- How is one to assess the implementation of the KVG with reference to providers?
- How have the new framework conditions modified the providers' behaviour?
- Have co-ordination and competition between providers changed, and if so, in what manner?
- What changes in the relationship between providers and the other players can be observed?
- What internal changes in the providers' behaviour are due to the KVG?
- To what extent have such changes helped to curb costs?

Methodology

The impact of the KVG on providers was analysed and assessed in two stages:

1. The situation as it existed under the previous legislation (KUVG) and the present KVG, was compared, analysed and assessed in terms of the leeway it gives to providers, of their behaviour and the costs they generate;
2. Observable changes in the providers' behaviour due to the KVG were assessed (causal analysis).

The study was based on the following investigations:

- An analysis of the new possibilities offered to providers as a result of the KVG;
- An evaluation of previous impact analyses;
- 27 personal and 10 telephone interviews (qualitative) with providers' associations and individual providers;

- Complementary interviews with four cantonal authorities, the Federal Office for Social Security, the Swiss Conference of Cantonal Ministers of Health (Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz SDK) and the Association of Swiss Health Insurance Companies (Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer KSK).
- An evaluation of 63 interviews with cantonal bodies, service providers' associations, insurers' associations, and insurers, conducted as part of the analysis of the KVG's impact on rates (INFRAS 2000) and on insurers (INFRAS 2001).
- An analysis of the impact changes in providers' behaviour have had on health cost trends.

Effects of the KVG on service providers

The KVG has modified the possibilities open to providers in several ways. On the one hand, the authorisation of new providers and new services, the introduction of new instruments to make rates more competitive, and alternative insurance options (especially HMO and the family doctor model) have given them greater leeway. On the other hand, they are subject to increased financial pressure by the cantons and insurers, and to more stringent regulatory measures. A summary assessment of the implementation of the law and of its repercussions on providers is given below.

The authorisation of new providers and services

New providers and new services were included in the list as subject to obligatory coverage under the basic health insurance scheme. This has improved the quality of health care, while boosting the volume of services and generating additional costs.

Separating obligatory and supplementary insurance

The separation of the obligatory basic insurance scheme from supplementary insurance closed the gaps that used to exist in the list of available health services, and cut the volume of services to patients with supplementary insurance (private and semi-private). Private clinics in particular experienced a slump in revenue, which they attempted to compensate by increased competition in the supplementary insurance market, and more offers relative to short-term in-patients.

Provisions for authorisation (including hospital and nursing home planning)

The new provisions regulating authorisations for outpatient care (ongoing training) did not influence all providers in equal measure. In certain cases they had no effect at

all. But they upped the level of professionalism and organisation in Spitex home care services, and improved training among pharmacists and speech therapists, as well as the positioning of nutritionists and other complementary therapies.

With the financial pressure on the cantons, the KVG has also speeded up hospital planning processes, although their rate and details of implementation differ considerably from one canton to the next. Because of strong political resistance, only a few cantons have started using hospital planning as an instrument to close down hospitals and reduce overcapacity. Co-ordination between the cantons and other areas of health care is poor. Hospital planning and the resulting measures: closures, reducing the number of beds, hospital mergers or other forms of co-operation, as well as shifting costs to the remaining hospitals and similar moves, vary widely from canton to canton. Moreover, by focusing on cantonal hospital capacity, the plans have reinforced federalist trends, and not done much to improve co-ordination between the cantons. As a result of this and of the fact that plans tend to be not restrictive enough, the effects that have made themselves felt are too limited and weak. Impact on nursing homes was non-existent for the simple reason that nursing homes rarely suffer from overcapacity.

Assessing demand

The restrictions on coverage of services per doctor's prescription for certain providers of outpatient care did not reduce the volume of services. Certain instruments for assessing demand for nursing home and home care services have been improved and tested as a result of KVG provisions. Although they have yet to be fully implemented for nursing homes, they have definitely improved cost and quality awareness within Spitex.

Setting rates

Rate agreements have been successfully adapted to the new KVG requirements, except for physicians' rates. Increased pressure from the insurance industry makes negotiations consistently long and difficult. For in-patient rates above all, financial pressure, the dual hospital financing rule, lacking rules concerning practical implementation and – last but not least, the fact that certain relevant concepts are never clearly defined, negotiations are often strained and give rise to numerous complaints. The fact that the Federal Council has not yet introduced binding regulations to make cost calculations more uniform is a further obstacle to negotiating rates for hospital and long term care.

As a result of financial pressure, rates remained stable or increased only slightly for most providers:

- They remained largely stable for hospitals and physicians.
- Rates for nursing homes and Spitex care do not cover the full costs, and continue to be a problem.
- Providers of other forms of outpatient care, such as physiotherapists, nurses, speech therapists, have suffered some losses. The new drug payment scheme will induce pharmacists to stabilise costs; a new steering mechanism should keep them from compensating for lost income by boosting sales volume.

Financing

The dual system of hospital financing has caused rates negotiations to be highly conflict-ridden. It has also reinforced the trend towards privatisation, and the shift from inpatient to outpatient care, caused by the cantons trying to rid themselves of a part of their financial burden.

The new regulations concerning hospitalisation outside of one's canton of residence have had a mixed impact: they improved co-ordination between hospitals as a result of free movement agreements between the cantons, but increased the amount of red tape involved. Moreover, a ruling by the Federal Insurance Court encouraged certain cantons to extend their services to avoid having to cover costs of care somewhere else.

Alternative insurance options

Immediately after the KVG came into force, the number of policyholders who opted for a scheme with a limited choice of providers (HMO and family doctor) jumped sharply, but has grown less strongly since. This is largely due to the fact that insured parties do not like to have their freedom of choice curtailed and thus avail themselves of these models quite seldom. Nor are they particularly interesting for physicians, whose services continue to be subject to obligatory coverage (Kontrahierungszwang). In fact, physicians are mostly unaware of the possibilities these schemes offer them. The insurers finally are sceptical about the profitability of these models. The increased popularity of these models could raise awareness among physicians, improve networks between them, and render them more attentive to the economic consequences of the treatment they prescribe or of the resulting follow-up treatment. Changes are most noticeable among physicians who are part of an HMO, or who assume a certain financial risk through capitation or through their own investments. By guiding patients and resort-

ing to more cost-conscious medical treatment, an HMO achieves savings of 10% to 15% on conventional medical treatment. Insurance schemes involving family doctors are less successful, due to insufficient economic incentives and a poor selection of participating physicians.

Cost and cost-effectiveness control

Cost control by insurers was reinforced in most areas of health care. Cost-effectiveness controls, on the other hand, are rare even in hospitals, due to insufficient data. As a result of controls, almost all providers have seen an increase in paperwork, but have not significantly reduced the volume of their services.

Quality assurance

Most providers are currently just embarking on a long-term process aiming for institutionalised quality assurance, either set off or stepped up by the KVG. Most are at the theoretical stage, or submitting their instruments to initial tests. Although in this area things are by no means satisfactory, the measures arising from the KVG have already improved quality management somewhat, for example in hospitals, nursing homes, Spitex services, and among pharmacists and nurses. However, it is as yet too early to expect a significant improvement in the quality of services, or notable savings.

Co-ordination and competition

The KVG aims to use both regulatory and market mechanisms to foster co-ordination and competition between providers, with a view to improving the use of available resources and cutting costs. Results until now have not been very encouraging – the KVG has not really reinforced co-ordination between providers, or competition between them:

- Generally speaking, the co-ordination between providers is unsatisfactory. Physicians have failed to perceive the focal role that accrues to them in this area. Co-ordination between nursing homes and Spitex also leaves much to be desired. Co-ordination between hospitals in the same canton has improved slightly; inter-cantonal co-ordination has not improved at all. This is due mainly to the fact that the parties involved in hospital planning and in the alternative insurance options fail to make full use of the possibilities open to them.
- The competitive impact targeted by the KVG (alternative options, special policies) has not made a breakthrough. In fact, competition is virtually unknown among providers of both inpatient and outpatient care, and the KVG has not changed this

situation. Competitive options for hospitals are strongly curtailed by current regulations, (service contracts and rates setting), and by distorted competition between public and private hospitals. Competition between nursing homes, Spitex services, physicians and other outpatient service providers is either non-existent, or extremely limited.

Third-party relationships

The relationship between providers and the other health care players has not been fundamentally modified by the KVG. The most tangible effects concern insurers, who tend to shift the financial pressure they themselves suffer to providers.

Internal changes

The KVG set off or speeded up the following internal changes for providers:

- Increased professionalism and market orientation, above all for public hospitals, nursing homes, and Spitex;
- Organisational changes: hospital mergers, larger organisational units in Spitex, more physicians in group practices;
- A partial modification of the services on offer, above all in hospitals and for long-term care;
- Promotion of the development, testing and in certain cases implementation of new instruments relative to quality assurance, assessment of demand, rate-setting;
- Noticeable increase in administrative procedures as a result of rates negotiations and the development of new instruments.

Influence on health care costs and range of services on offer

Until now the KVG has not made a significant contribution to curbing health costs. These have grown steadily, primarily for structural reasons related to progress in medicine and relevant technology, to growing patient demands, more service providers, and population ageing. An analysis of cost evolution in individual areas of health care shows that newly authorised providers upped their rates subject to obligatory coverage, that the coverage of nursing home and Spitex costs shifted from private or public spending to insurers; that hospitals have compensated for their failure to cut costs primarily by evasive measures; that physicians compensated their loss of income

by increasing the volume of care they dispense. Since Managed Care is still relatively unknown, the savings it generates are minimal.

The instruments introduced by the KVG to cut providers' costs have so far had little impact, having been badly implemented, made too little or wrong use of, or due to other obstacles:

- Giving in to political pressure, the cantons failed to implement sufficiently restrictive hospital planning.
- Positive developments relative to rates were largely compensated by evasive tactics. Few have seized the opportunity to sign special contracts.
- Alternative insurance options have not met with great success, due to minimal demand by the insured, lack of interest from physicians unwilling to take risks, the obligation for insurers to cover physicians' fees, and a general unwillingness to innovate which bedevils all concerned parties.
- The KVG does not offer sufficient incentives to, or puts too little pressure on, providers to improve co-ordination and contribute to savings. The KVG has as yet not fostered cost-cutting competition.

By extending the service offer, the KVG has improved the quality of services in the newly authorised areas.

Overall assessment and recommendations

The KVG generated or started up various processes among service providers, without reaching the main aim, which was to cut costs. The following reasons thwarted the attempt to reach the targeted effects by the KVG:

- It takes time to fully implement the KVG, which influences and challenges players in the area of health care in many different ways.
- The concerned parties have made little use of existing alternative insurance options and hospital planning possibilities. A lack of precise definitions and implementation regulations for the KVG has also slowed down developments.
- The principal cost cutting instruments have had limited, i.e. unsatisfactory impact. For example hospital planning was not implemented restrictively enough by the cantons, alternative insurance options have not found enough takers, and partially positive results in setting rates and hospital planning were counteracted by evasive moves.

- The KVG has failed to introduce sufficient incentives for providers to improve co-ordination.
- Cost-cutting through competition is a delicate matter, since providers themselves determine the services they provide to patients (Angebotsfixierung). Generally speaking, the KVG has not done enough to foster competition.
- Providers and other health service players tend to optimise their own benefits, and act accordingly. This has led to several undesirable effects, such as overcapacity, insufficient co-ordination, increased volume of services to compensate for loss of income.

On the other hand, the approval of additional services has improved the offer and the quality of health care services.

To curb costs, we advocate the following three sets of measures:

- Stricter selection and reduction of the number of providers by more restrictive hospital planning and stronger competition, particularly among physicians (abolition of obligatory coverage by insurers).
- Improved co-ordination between providers through better and more extensive hospital planning (at regional level, better contacts with other providers), new rate-setting models (for example, patient-pathway related flat rates, calculated on the basis of patient diagnosis), and the promotion and encouragement of Managed Care.
- In addition, existing obstacles to competition, such as the current dual hospital financing system, should be eliminated. Patients should be made more aware of cost issues and better informed of services on offer and of insurance options. Uniform quality benchmarks should be defined in view of increasing competition between service providers, while maintaining consistently high standards.

1. Einleitung

1.1. Ausgangslage

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), das am 1. Januar 1996 in Kraft getreten ist, umfasst folgende Schwerpunkte für die Reform der Krankenversicherung:

- Stärkung der Solidarität zwischen Versicherten mit unterschiedlichen Krankheitsrisiken und mit unterschiedlichem Einkommen,
- Kosteneindämmung,
- Angemessene Versorgung mit qualitativ hochstehenden Leistungen.

Die Wirkungen der Massnahmen, mit denen diese Reformziele erreicht werden sollen, sind gemäss der Verordnung zum Krankenversicherungsgesetz wissenschaftlich zu überprüfen. Das Konzept zur Wirkungsanalyse des KVG (BSV 1998) sieht aufgrund der Komplexität der Wirkungszusammenhänge eine projektorientierte Vorgehensweise vor. Während die bisher lancierten Projekte meist auf einzelne Massnahmen fokussiert waren (neue Versicherungsformen, Prämienverbilligung, Finanzierung des Gesundheitswesens, Risikoausgleich, Tarife, Zulassung von Leistungen, Qualitätssicherung), sollen in einem zweiten Schritt Evaluationen durchgeführt werden, die eine synthetisierende Querschnittsperspektive einnehmen (z.B. Auswirkungen des KVG auf die Versicherer, INFRAS 2001).

Die vorliegende Untersuchung befasst sich mit den Auswirkungen des KVG auf die Leistungserbringer. Dabei werden bestehende Evaluationsergebnisse durch eigene Analysen und Befragungen gezielt ergänzt. Im Zentrum steht die Frage, inwiefern die wettbewerbspolitischen Zielsetzungen des KVG und in der Folge deren kosteneindämmenden Wirkungen erreicht werden konnten.

1.2. Zielsetzung, Fragestellungen und Eingrenzungen

Ziel der Untersuchung ist die Beurteilung, wie sich das KVG auf die Leistungserbringer ausgewirkt hat. Zu beurteilen ist insbesondere, wie sich die neuen Handlungsspielräume und -einschränkungen auf die Leistungserbringer ausgewirkt haben und ob mit den neuen regulatorischen bzw. wettbewerblichen Massnahmen ein Beitrag zur Ein-

dämmung der Gesundheitskosten geleistet werden konnte. Folgende Fragen sollen beantwortet werden:

- Wie hat sich der Handlungsspielraum der Leistungserbringer mit der Einführung des KVG verändert?
- Wie ist der Vollzug des KVG hinsichtlich der Leistungserbringer zu beurteilen? Welchen Einfluss hat die jeweilige kantonale Umsetzung des KVG auf die Leistungserbringer?
- Welche Verhaltensänderungen haben die neuen Rahmenbedingungen bei den Leistungserbringern ausgelöst?
- Wie hat sich das Verhalten der Leistungserbringer zu den übrigen Leistungserbringern geändert (Wettbewerb und Koordination)?
- Wie haben sich die Beziehungen der Leistungserbringer zu den übrigen Akteuren (Versicherte, Versicherer, Kantone, Bund) verändert?
- Welche innerbetrieblichen Veränderungen sind bei den Leistungserbringern aufgrund des KVG festzustellen?
- Inwiefern haben die Veränderungen bei den Leistungserbringern zur Kosteneindämmung und zur Sicherstellung einer angemessenen Versorgung mit hochstehenden qualitativen Leistungen beigetragen?

In Absprache mit dem Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) wurden folgende Eingrenzungen des Untersuchungsgegenstandes vorgenommen:

a) Eingrenzung Leistungserbringer

Das KVG hat den Handlungsspielraum der verschiedenen Leistungserbringer unterschiedlich beeinflusst. Aufgrund der Bedeutsamkeit der verursachten Leistungskosten und des Ausmasses der Änderung des Handlungsspielraumes wurden die verschiedenen Leistungserbringer wie folgt in die Untersuchung miteinbezogen (vgl. Tabelle 1):

Beurteilung	Leistungserbringer	Begründung
Vertieft	Spitäler, Pflegeheime, Spitex-Organisationen sowie Ärztinnen und Ärzte	Aufgrund ihrer kostenmässigen Bedeutung und der vielfältigen durch das KVG bewirkten Änderungen wird bei den Spitälern ein Schwerpunkt gesetzt. Die Leistungserbringer der Langzeitpflege sind mit dem KVG neue Leistungserbringer zulasten der Krankenversicherung und kostenmässig bedeutsam. Die Ärztinnen und Ärzte sind ebenfalls kostenmässig bedeutsam. Zudem hat sich mit dem KVG ihr Handlungsspielraum erweitert (Managed Care-Modelle).
Grob	ApothekerInnen, ChiropraktorInnen, ErgotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen, Hebammen, Krankenschwestern und -pfleger, LogopädInnen, ErnährungsberaterInnen	Diese Leistungserbringer sind kostenmässig weniger bedeutsam. Zudem hat das KVG den Handlungsspielraum dieser Leistungserbringer nicht grundlegend verändert.
Verzicht	Laboratorien, Abgabestellen für Mittel und Gegenstände, Zahnärzte, Heilbäder, Transport- und Rettungsunternehmen	Geringe kostenmässige Bedeutung

Tabelle 1: Eingrenzung der Leistungserbringer: Vertieft untersucht werden die Auswirkungen des KVG auf die Spitäler, die Pflegeheime, die Spitex-Organisationen und die Ärztinnen und Ärzte.

b) Regionale Eingrenzung

Die Kantone haben in der Gesundheitspolitik eine wichtige Rolle. Die Auswirkungen des KVG hängen neben strukturellen Merkmalen (Organisation und Dichte der Leistungserbringer) und kulturellen Unterschieden (z.B. im Bereich Managed Care) in grossem Masse von der jeweiligen kantonalen Umsetzung des KVG ab, dies vor allem bei den Spitälern.

Die Auswirkungen des KVG wurden für alle in die Untersuchung miteinbezogenen Leistungserbringer für die ganze Schweiz grob beurteilt. Zur vertieften Beurteilung der Auswirkungen des KVG auf die Spitäler, die Pflegeheime, die Spitex-Organisationen und die ÄrztInnen und Ärzte wurde aufgrund der Unterschiede im Spitalbereich eine Eingrenzung auf folgende Kantone vorgenommen (Tabelle 2):

Ausgewählte Kantone	Merkmale
Zürich	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Einwohnerzahl („grosser Kanton“), • Restriktive Spitalliste, • Aktiv in den Bereichen Tarifierungsmodelle, Kostenrechnung und Qualitätssicherung.
Thurgau	<ul style="list-style-type: none"> • Geringe Einwohnerzahl („kleiner Kanton“), • Gründung einer Spital AG, die die öffentlichen Spitäler umfasst.
Waadt	<ul style="list-style-type: none"> • Bedeutendster Westschweizer Kanton, • Andere Planungsgrundlagen als in der Deutschschweiz.
Tessin	<ul style="list-style-type: none"> • Höchste Bettendichte und höchstes Angebot an Privatkliniken, • Andere Planungsgrundlagen als in der Deutschschweiz.

Tabelle 2: Eingrenzung der Kantone für die vertiefte Beurteilung der Auswirkungen des KVG auf die wichtigsten Leistungserbringer.

Ziel der regionalen Eingrenzung ist das Aufzeigen der Auswirkungen des KVG in verschiedenen Kantonen, die sich strukturell und in der Umsetzung des KVG unterscheiden. Aufgrund des grossen Einflusses der Kantone im Spitalbereich werden dabei schwergewichtig die Auswirkungen auf die öffentlichen und privaten Spitäler in den ausgewählten Kantonen beurteilt.

1.3. Methodik

1.3.1. Evaluationskonzept

Die Evaluation baut auf der zur Beurteilung der Auswirkungen des KVG auf den Tarifbereich (INFRAS 2000) und auf die Versicherer (INFRAS 2001) angewandten Methodik auf. In einem ersten Schritt wird der Stand des Massnahmenvollzugs anhand eines Soll/Ist-Vergleichs analysiert. In einem zweiten Schritt wird durch einen Vorher/Nachher-Vergleich zwischen den Situationen unter dem früheren Krankenversicherungsgesetz (KUVG) und dem KVG beurteilt, inwiefern sich der Handlungsspielraum der Leistungserbringer, ihr Verhalten, ihre Beziehungen sowie die Leistungskosten verändert haben. In einem dritten Schritt werden durch kausale Analysen die auf die Massnahmen des KVG zurückführbaren Wirkungen im Vergleich zu einer unbeeinflussten Entwicklung beurteilt („Policy on/Policy off“-Vergleich). Ziel ist die ursächliche Trennung von KVG-externen (z.B. finanzieller Druck der Kantone auf ihre

Spitäler) und –internen Beeinflussungsfaktoren (z.B. Spitalplanung). Bei der kausalen Analyse stehen drei Fragen im Vordergrund:

1. Kann die festgestellte Veränderung auf das KVG zurückgeführt werden?
2. Falls ja, auf welche Massnahmen resp. durch das KVG ausgelöste politische Rahmenbedingungen kann die Veränderung zurückgeführt werden?
3. Hat das KVG die Veränderung ausgelöst oder nur beschleunigt?

Ergänzend werden Querschnittsvergleiche zwischen den verschiedenen Leistungsbe-
reichen und den spezifischen Auswirkungen in den in die Untersuchung miteinbezo-
genen Kantone Zürich, Thurgau, Waadt und Tessin gezogen. Durch diese Vergleiche
sollen Entwicklungstendenzen sichtbar gemacht und Hinweise auf die Wirkungsunter-
schiede unter den verschiedenen Kantonen gewonnen werden.

Aufgrund der Breite und der Komplexität der Fragestellungen, der kurzen Zeit der
Inkraftsetzung der Massnahmen und der mit Ausnahme des Tarifbereichs kaum vor-
handenen Wirkungsanalysen einzelner Massnahmen konnten die Auswirkungen der
Massnahmen des KVG auf die Leistungserbringer insgesamt nur grob beurteilt wer-
den. Die kaum vorhandenen Datengrundlagen sowie das gewählte methodische Vor-
gehen schränkten insbesondere einer vertieften Analyse der Auswirkungen der kanto-
nalen Spitalplanungen ein.

1.3.2. Forschungsmethoden und Vorgehen

Die gestellten Evaluationsfragen wurden mit einem differenzierten methodischen Vor-
gehen untersucht. Im Kern wurden einerseits Ergebnisse von bestehenden Wirkungs-
analysen und von INFRAS bereits durchgeführte Befragungen (INFRAS 2000 und
2001) ausgewertet und andererseits neue Daten mittels persönlicher und telefonischer
Interviews sowie der Analyse von statistischen Daten erhoben. Tabelle 3 gibt einen
Überblick über die Arbeitsschritte und die jeweils angewandten Forschungsmethoden:

Arbeitsschritte	Forschungsmethoden
Analyse der veränderten Rahmenbedingungen für die Leistungserbringer	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentenanalyse
Auswertung von Wirkungsanalysen und Fachpublikationen	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentenanalyse
Befragung von Leistungserbringern resp. deren Verbänden	<ul style="list-style-type: none"> • 27 persönliche und 10 telefonische Interviews mit Leistungserbringerverbänden und Leistungserbringern,
Ergänzende Befragungen und Auswertungen	<ul style="list-style-type: none"> • 7 ergänzende persönliche Interviews (BSV, SDK, KSK, Kantone ZH, TG, VD und TI), • Auswertung folgender Interviewprotokolle der im Rahmen von INFRAS 2000 und INFRAS 2001 durchgeführten Interviews: <ul style="list-style-type: none"> - 9 Kantone, - 19 Leistungserbringerverbände und ein Leistungserbringer - 12 Krankenversichererverbände oder -vereinigungen und 23 Versicherer.
Analyse der Marktentwicklung der Leistungserbringer	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse der Krankenversicherungsstatistik des BSV und der Gesundheitsstatistik der Bundesamtes für Statistik (BFS), • Analyse der Spitalstatistiken, • Analyse der Rechnungssteller-Statistik des KSK.
Kostenbezogene Wirkungsanalysen	<ul style="list-style-type: none"> • Kombination von statistischen Angaben, vorliegenden Untersuchungen und Ergebnissen der Interviews.
Einfluss auf die übrigen Ziele des KVG	<ul style="list-style-type: none"> • Kombination von Dokumentenanalyse und Ergebnissen der Interviews.

Tabelle 3: Überblick über die durchgeführten Arbeitsschritte und die angewandten Forschungsmethoden. Kern des Vorgehens bildet die Befragung der Leistungserbringer resp. deren Verbände.

Folgendes mehrstufiges Vorgehen wurde im Rahmen dieser Untersuchung gewählt:

1. Analyse der veränderten Rahmenbedingungen für die Leistungserbringer

In einem ersten Schritt wurden die durch das KVG im Vergleich zum KUVG veränderten Rahmenbedingungen für die Leistungserbringer und die damit zusammenhängende Veränderung der Handlungsspielräume bzw. -einschränkungen analysiert. Dieser Arbeitsschritt dient der Klärung wichtiger Begriffe, der Darstellung der Unterschiede in den gesetzlichen Bestimmungen und den Rahmenbedingungen zwischen dem KUVG und dem KVG sowie der Klärung der Wirkungsmechanismen. Aufgrund

der Analyse der veränderten Rahmenbedingungen wurden die Erwartungen an die Leistungserbringer resp. die Fragestellungen je Leistungserbringer konkretisiert. Neben der Analyse von Dokumenten (insbesondere gesetzliche Grundlagen und bestehende Wirkungsanalysen) wurden insbesondere Ergebnisse der Befragungen für diesen Arbeitsschritt verwendet.

2. Auswertung von bestehenden Wirkungsanalysen resp. Bestandesaufnahmen

Einige Evaluationsfragen werden bereits durch bestehende Arbeiten beantwortet. Diese wurden gezielt ausgewertet, um das vorhandene Wissen zu nutzen und die nachfolgende Analyse zu fokussieren. Folgende Arbeiten waren für die Beantwortung der Evaluationsfragen von Bedeutung:

Themen	Arbeiten	Relevante Inhalte
Tarifierung	Auswirkungen des KVG auf den Tarifbereich (INFRAS 2000)	Auswirkungen des KVG auf: <ul style="list-style-type: none"> • Tarifverhandlungen, Beschwerden an den Bundesrat, Tarife (Höhe und Strukturen), • Sonderverträge, • Alternative Versicherungsmodelle, • Beziehungen der Leistungserbringer im Tarifbereich zu den übrigen Akteuren, • Einfluss der geänderten Tarife auf die Gesundheitskosten.
Beziehung zu den Versicherern	Auswirkungen des KVG auf die Versicherer (INFRAS 2001)	<ul style="list-style-type: none"> • Verhalten der Versicherer gegenüber den Leistungserbringern und den damit verbundenen Auswirkungen.
Spitalplanung	Evaluation der Spitalplanung und der Spitallisten nach Artikel 39 KVG (Rothenbühler 1999)	<ul style="list-style-type: none"> • Stand der Planungen und der Spital- und Pflegeheimlisten der Kantone (Stand April 1999), • Beurteilung der Spitalplanungen
Qualitätssicherung	Qualitätssicherung – Bestandesaufnahme (Faisst/Schilling 1999)	Bestandesaufnahme (Stand Juli 1999): <ul style="list-style-type: none"> • Systeme, Methoden und Instrumente der Qualitätssicherung, • Qualitätsmanagement-Aktivitäten
Zusatzversicherungen	Veränderung im Bereich der Zusatzversicherung aufgrund des KVG (Prognos 2000a)	<ul style="list-style-type: none"> • Reaktionen der Spitäler und der Kantone auf die Trennung von Grund- und Zusatzversicherung, • Massnahmen der Kantone und der Spitäler zur Kosteneindämmung im Spitalbereich.

Themen	Arbeiten	Relevante Inhalte
Alternative Versicherungsmodelle (HMO und Hausarztmodelle)	Bestandesaufnahme besonderer Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenversicherung (Prognos 2000b)	Bestandesaufnahme: <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl, Verteilung und Form der alternativen Modelle, • Auswirkungen auf die Ärzte.
Finanzierung des Gesundheitswesens	Analyse der Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und anderer Systeme der sozialen Sicherheit (Greppi et. al. 2000)	Auswirkungen des KVG auf: <ul style="list-style-type: none"> • Kosten der Leistungserbringer und deren Finanzierung, • Preise der Leistungen.

Tabelle 4: *Im Rahmen der Evaluation vertieft ausgewertete Wirkungsanalysen.*

Bisher wurden betreffend Leistungserbringer vor allem Bestandesaufnahmen zu verschiedenen Themen durchgeführt (Spitalplanung, Qualitätssicherungsmassnahmen, alternative Versicherungsmodelle), was vor allem auf die kurze Zeit der Inkraftsetzung zurückführbar ist. Auf eine Aktualisierung der vorhandenen Bestandesaufnahmen wurde aufgrund ihrer Aktualität und des damit verbundenen Aufwands verzichtet. Aufgrund der bereits durchgeführten Untersuchung der Auswirkungen des KVG auf den Tarifbereich wurde dieser Bereich nicht vertieft analysiert.

Ergänzend wurden folgende von den Akteuren des Gesundheitswesens (Leistungserbringer, Versicherer, Behörden) publizierte Fachzeitschriften im Hinblick auf die Evaluationsfragen ausgewertet:

- „Competence“ (Spitalverband),
- „Schweizerische Ärztezeitung“ (FMH),
- „Zeitpunkt“ (Schweiz. Vereinigung der Privatkliniken, SVPK),
- „Managed Care“ (Forum Managed Care),
- „Zahlen & Fakten im Gesundheitswesen“, „KSK Aktuell“ (KSK),
- „Soziale Sicherheit“ (BSV).

3. Befragung von Leistungserbringern resp. deren Verbände

Kern der Wirkungsanalyse bilden 27 persönliche und 10 telefonische¹ qualitative Interviews mit Leistungserbringerverbänden und Leistungserbringern anhand eines halbstrukturierten Gesprächsleitfadens.² Folgende Themen standen im Zentrum:

- Beurteilung des Vollzugs des KVG,
- Ausgelöste Verhaltensänderungen,
- Innerbetriebliche Veränderungen,
- Einfluss der durch das KVG ausgelösten Verhaltensänderungen auf die Gesundheitskosten.

Gemäss den vorgesehenen Eingrenzungen (siehe Kapitel 1.2.) wurden mit allen in die Untersuchung miteinbezogenen Leistungserbringergruppen auf gesamtschweizerischer Ebene und bei den zu vertiefenden Leistungserbringergruppen in den Kantonen Zürich, Thurgau, Waadt und Tessin³ Gespräche geführt. Tabelle 5 gibt einen Überblick über die Gesprächspartner:⁴

Leistungserbringer	Gesprächspartner
Spitäler	<ul style="list-style-type: none"> • Spitalverband H+, Schweizerische Vereinigung der Privatkliniken (SVPK) • Zwei öffentliche und drei private kantonale Spitalverbände, • Sechs öffentliche Spitäler, • Zwei Privatspitäler.
Pflegeheime	<ul style="list-style-type: none"> • Heimverband Schweiz, • Forum stationäre Altersarbeit Schweiz, • Zwei kantonale Heimverbände, • Ein privates Pflegeheim.
Spitex-Organisationen	<ul style="list-style-type: none"> • Spitex-Verband Schweiz, • Drei kantonale Spitex-Verbände.

1 Leistungserbringerverbände, die bereits im Rahmen des Projekts „Auswirkungen des KVG auf den Tarifbereich“ (INFRAS 2000) interviewt wurden, wurden im Rahmen dieser Arbeit telefonisch befragt.

2 Beispiel eines Gesprächsleitfadens siehe Anhang 4.

3 Im Kanton Tessin wurden nur die Auswirkungen auf die Spitäler vertieft untersucht.

4 Im Anhang 4 sind die Interviewpartner aufgeführt.

Leistungserbringer	Gesprächspartner
Ärztinnen und Ärzte	<ul style="list-style-type: none"> • FMH, • Zwei kantonale Ärztesellschaften, • MediX Gruppenpraxis, • Union schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen.
Übrige ambulante Leistungserbringer: ApothekerInnen, ChiropraktorInnen, ErgotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen, Hebammen, Krankenschwestern und -pfleger, LogopädInnen, ErnährungsberaterInnen	<ul style="list-style-type: none"> • Acht gesamtschweizerische Verbände, • Zwei kantonale PhysiotherapeutInnenverbände.

Tabelle 5: Überblick über die Gesprächspartner der persönlichen und telefonischen Interviews.

4. Ergänzende Befragungen und Auswertungen

Zur generellen Beurteilung der Auswirkungen auf die Leistungserbringer wurden ergänzend persönliche Interviews mit dem BSV, der SDK und dem KSK geführt. Zur Analyse der spezifischen Umsetzung des KVG sowie der Auswirkungen in den ausgewählten Kantonen wurden ferner die betreffenden Gesundheitsdirektionen oder -ämter befragt.

Ergänzend wurden die Protokolle der im Rahmen der Evaluationen der Auswirkungen des KVG auf den Tarifbereich (INFRAS 2000) und die Versicherer (INFRAS 2001) durchgeführten Interviews mit neun Kantonen, 19 Leistungserbringerverbänden und einem Leistungserbringer sowie 12 Versichererverbänden und 23 Versicherer hinsichtlich folgender Themen ausgewertet:

- Vollzugsprobleme,
- Veränderung der Beziehungen der Leistungserbringer zu den übrigen Akteuren,
- Innerbetriebliche Veränderungen (insbes. Kostenrechnung der Spitäler),
- Auswirkungen der neuen Finanzierungsregelungen (Spitäler, Pflegeheime und Spitex) und der Spitalplanung,
- Auswirkungen auf die Tarifierung,
- Veränderung des Wettbewerbsverhaltens und der Wettbewerbsintensität (v.a. Spitäler),
- Einfluss der Verhaltensänderungen auf die Kosten der Leistungserbringung.

5. Analyse der Marktentwicklung der Leistungserbringer

Die Darstellung der Marktentwicklung (Verursachten Kosten sowie Preise der in die Untersuchung miteinbezogenen Leistungserbringergruppen) dient als Grundlage zur Beantwortung der Frage, inwiefern das KVG bisher zur Kosteneindämmung beigetragen hat. Ausgewertet wurden folgende statistischen Grundlagen:

- Krankenversicherungsstatistik des BSV,
- Statistik der Gesundheitskosten des BFS,
- Rechnungssteller-Statistik des KSK,
- Vorhandene Spitalstatistiken des BFS,
- FMH-Ärzte-Statistik.

6. Kostenbezogene Wirkungsanalysen

Die Beurteilung des Zusammenhangs zwischen der Kostenentwicklung und dem veränderten Verhalten der Leistungserbringer sowie den Massnahmen des KVG ist methodisch schwierig, weil das Wirkungsgefüge komplex ist und sich der Einfluss der Leistungserbringer von den anderen Faktoren kaum isolieren lässt. Folgendes Vorgehen wurde gewählt:

- Aufzeigen der Kosten- und der Mengenentwicklung in den einzelnen Leistungsbereichen.
- Beurteilung des Einflusses des geänderten Verhaltens der Leistungserbringer (resp. die Auswirkungen des KVG auf die Leistungserbringer wie z.B. Spitalschliessungen) auf die Entwicklung der Kosten der Leistungserbringer (Mengen und Tarife). Die Beurteilung erfolgt qualitativ durch die Auswertung der Befragungsergebnisse und die Auswertung vorhandener Untersuchungen. Wichtige zu beurteilende Massnahmen und Faktoren sind:
 - Zulassung und Bedarfsbeschränkungen,
 - Spital- und Heimplanung,
 - Regelungen der Spitalfinanzierung,
 - Höhe der Tarife sowie Einfluss neuer Tarifierungsformen,
 - Kostenkontrolle und Qualitätssicherung,
 - Beurteilung des wettbewerblichen Verhaltens der Leistungserbringer und des Einflusses auf die Kostenentwicklung.

Neben einem allfälligen Einfluss der Verhaltensänderungen auf die Höhe der Kosten werden zusätzlich Kostenverlagerungen zwischen Leistungserbringerbereichen (z.B. stationäre/ambulante Behandlung) grob qualitativ beurteilt.

1.4. Aufbau des Berichts

Die vorliegende Evaluation der Auswirkungen des KVG auf die Leistungserbringer ist wie folgt aufgebaut:

- Kapitel 2 stellt die durch das KVG bedingten Veränderungen der gesetzlichen und politischen Rahmenbedingungen für die Leistungserbringer und die damit zusammenhängende Veränderung ihres Handlungsspielraums dar. Ergebnis ist die Beschreibung der neuen Anforderungen an die Leistungserbringer resp. der erwarteten Auswirkungen der veränderten Rahmenbedingungen.
- In Kapitel 3 werden die Auswirkungen der veränderten Rahmenbedingungen auf die Leistungserbringer dargestellt. Unterschieden wird dabei zwischen dem Vollzugsstand, den ausgelösten Verhaltensänderungen der Leistungserbringer und den Auswirkungen auf die Gesundheitskosten. Die Auswirkungen auf die Spitäler, die Pflegeheime, die Spitex-Organisationen sowie die ÄrztInnen und Ärzte werden vertieft, die Auswirkungen auf die übrigen ambulanten Leistungserbringer nur grob beurteilt.
- In Kapitel 4 werden die festgestellten Auswirkungen in wichtigen Bereichen (z.B. Qualitätssicherung) im Sinne einer Synthese zwischen den Leistungserbringergruppen vergleichend dargestellt. Anschliessend wird beurteilt, inwiefern die Leistungserbringer die in sie gesetzten Erwartungen bisher erfüllt haben resp. ob die vom KVG erwarteten Veränderungen realisiert werden konnten. An die Behörden und die Leistungserbringer werden Empfehlungen formuliert.
- Der Anhang enthält ergänzende Auswertungen und Informationen zu den befragten InterviewpartnerInnen.

2. Veränderung der Rahmenbedingungen für die Leistungserbringer

Als Grundlage für die folgenden Analysen werden in diesem Kapitel die durch das KVG bewirkten Veränderungen der Rahmenbedingungen für die Leistungserbringer aufgezeigt. Ziel ist die Darstellung der geänderten gesetzlichen und politischen Rahmenbedingungen für die Leistungserbringer und die damit zusammenhängende Veränderung der Handlungsspielräume bzw. -einschränkungen. Folgende Fragen werden geklärt:

- Welche Rahmenbedingungen haben sich mit dem KVG im Vergleich zum KUVG für die Leistungserbringer geändert? In welchen Bereichen wurden verstärkt regulatorische, in welchen Bereichen wettbewerbliche Instrumente eingeführt?
- Welchen Einfluss üben die gesetzlichen Bestimmungen des KVG auf den Handlungsspielraum der Leistungserbringer aus?
- Welche Verhaltensänderungen werden aufgrund der politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen sowie den gesetzlichen Bestimmungen von den Leistungserbringern erwartet?

Im Kapitel 2.1. werden die Stossrichtungen der Änderungen, die sich aufgrund des KVG für die Leistungserbringer selbst ergeben, aufgezeigt. Im anschliessenden Kapitel 2.2. werden die Änderungen des KVG dargestellt, die die Beziehungen zu den anderen Leistungserbringern sowie den übrigen Akteuren (Versicherte, Versicherer, Behörden) beeinflussen.

2.1. Änderungen für die Leistungserbringer

2.1.1. Stossrichtungen des KVG

Das KVG wurde von drei grundlegenden Entwicklungen geprägt, die einen entsprechenden politischen Druck auf die Akteure im Gesundheitswesen auslösten:

1. Druck zu Kosteneindämmung: Die Kostenerhöhung im Gesundheitswesen führte zu ständig steigenden Prämien und Ende der 80er Jahre zu einem grossen politischen Druck, die Kosten und damit die Prämien einzudämmen. Dieser Druck

führte zu den dringlichen Bundesbeschlüssen (dBB) gegen die Kostensteigerung von 1991 bis 1995 mit einer Begrenzung der Tarif- und der Preiserhöhungen und zur probeweisen Zulassung von besonderen Versicherungsformen, die zu Kosten- und Prämieeinsparungen führen sollten.

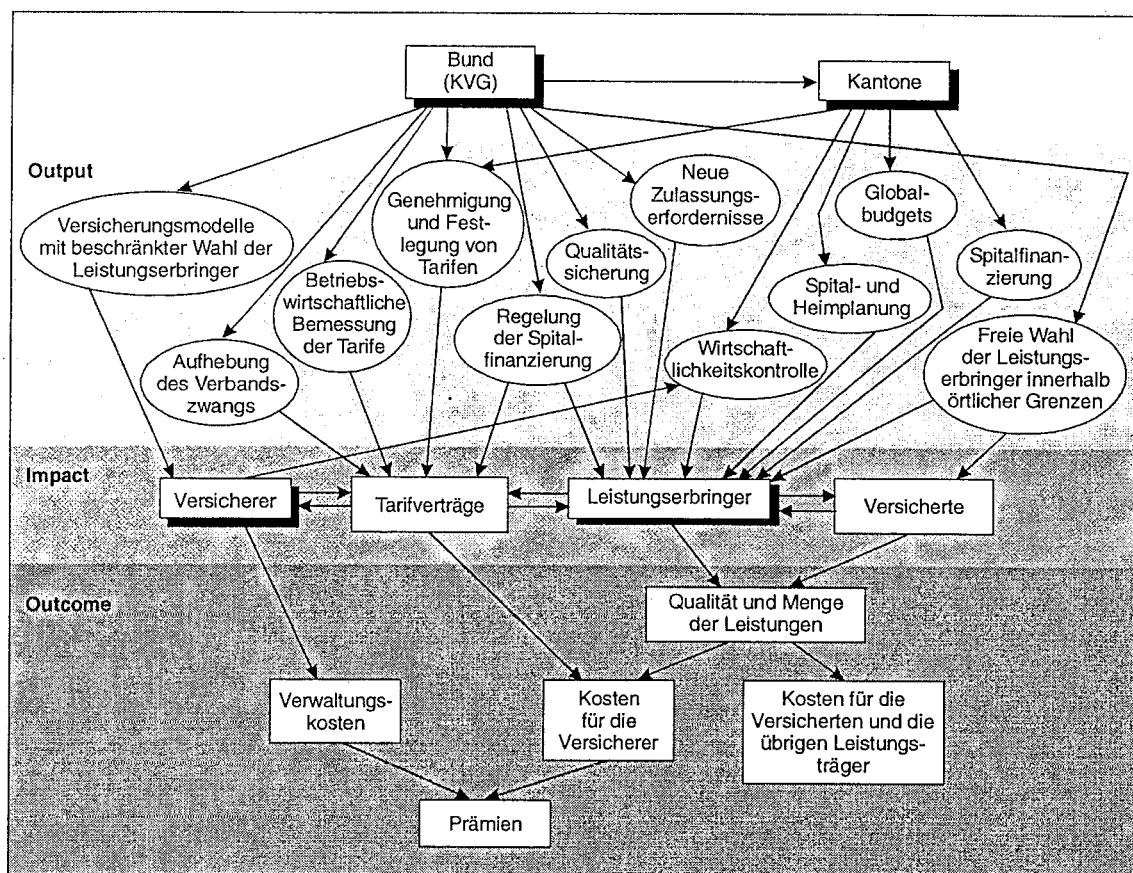
2. Entsolidarisierung: Der Anstieg der Versicherungskosten verstärkte das durch die unterschiedlichen Risikostrukturen der Kassen bewirkte Prämiengefälle. Dies führte aufgrund des Wettbewerbs zwischen den Kassen zu verstärkter Risikoselektion und in der Folge zu einer grösseren Entsolidarisierung, indem die Prämien der schlechteren Risiken enorm anstiegen. 1993 wurde der Risikoausgleich zwischen den Kassen in Kraft gesetzt.
3. Forderung nach Ausweitung des Leistungskatalogs: Die Ausweitung des Leistungskatalogs wurde bereits vielfach politisch gefordert. Damit sollte im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung allen Versicherten die selben Leistungen geboten werden.

Diese Entwicklungen beeinflussten die Stossrichtungen des KVG mit der Festsetzung der Ziele einer angemessenen Versorgung mit hochstehenden Leistungen, der Kosteneindämmung durch die Förderung des Wettbewerbs und der Stärkung der Solidarität zwischen den Versicherten wesentlich. Die Leistungserbringer stehen aufgrund der steigenden Gesundheitskosten und dem KVG vor allem unter dem politischen und wirtschaftlichen Druck, eine angemessene Versorgung mit qualitativ hochstehenden Leistungen zu möglichst günstigen Kosten zu erbringen und damit einen wesentlichen Beitrag zur Kosteneindämmung zu leisten.

Der Handlungsspielraum der Leistungserbringer wird vom KVG durch verschiedene wettbewerbliche und regulatorische Massnahmen beeinflusst, mit denen die erwähnten Ziele erreicht werden sollen. Neue wettbewerbliche Rahmenbedingungen wurden durch das KVG in der Tarifierung (Zulassung von Sonderverträgen, die von Verbandsverträgen abweichen), bei den alternativen Versicherungsmodellen (definitive Einführung von HMO-, Hausarzt-, und PPO-Modellen⁵) sowie durch die Zulassung neuer Leistungserbringer (v.a. Spitex) geschaffen. Durch diese neuen wettbewerblichen Rahmenbedingungen soll der Wettbewerb innerhalb der Leistungserbringergruppen (z.B. zwischen den Spitälern) und zwischen den Leistungserbringerkategorien (z.B.

5 Definitionen siehe Kapitel 2.1.7.

zwischen den freiberuflichen und den öffentlich angestellten ambulanten Leistungserbringern) gefördert werden. Neue regulatorische Elemente wurden neben der Erweiterung des Leistungskatalogs und der Zulassung neuer Leistungserbringer vor allem mit strengeren Zulassungsbedingungen für die Leistungserbringer (Pflicht zur Weiterbildung), im Tarifbereich (spezielle tarifliche Bestimmungen⁶), in der Finanzierung (Spitäler und Organisationen der Langzeitpflege), der Qualitätssicherung sowie der Spitalplanung geschaffen. Figur 1 stellt die Wirkungszusammenhänge der wichtigsten Massnahmen des KVG mit Fokus auf die Leistungserbringer übersichtsmässig dar.



Figur 1: Wirkungszusammenhänge der Massnahmen des KVG mit Fokus Leistungserbringer.

Die durch das KVG bewirkten Änderungen durch die einzelnen Massnahmen werden in den folgenden Kapiteln präzisiert.

6 Gesamtschweizerische Tarifstruktur bei Einzelleistungstarifen; Pauschaltarife für Spitäler.

2.1.2. Ausbau der Leistungen und neue Leistungserbringer

a) KUVG: Mindestleistungskatalog

Das KUVG schrieb lediglich einen Mindestkatalog an Leistungen fest, die die Krankenkassen ihren Versicherten garantieren mussten. Den Kassen war freigestellt, in ihren Statuten oder Reglementen die Übernahme anderer Leistungen im Rahmen der Grundversicherung vorzusehen. Dies erhöhte die Ungleichheiten zwischen den Versicherern und war gemäss dem Bundesrat nicht mehr mit dem neu einzuführenden obligatorischen Versicherungssystem vereinbar (Bundesrat 1991). Zudem bestanden stossende Lücken im bisherigen Mindestkatalog, die mit einem erweiterten Leistungskatalog beseitigt werden konnten.⁷ Unter dem KUVG durften die Kassen unter dem öffentlichen Recht zudem Zusatzversicherungen führen, die über die gesetzlich vorgesehenen Minimalleistungen gingen. Die Erzielung von Gewinnen war jedoch nicht möglich.

b) KVG: Erweiterung des Leistungskatalogs und Zulassung neuer Leistungserbringer

Mit dem KVG sind einerseits Lücken im Leistungskatalog und bei den Leistungserbringer geschlossen, andererseits eine klare Trennung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKPV) und der Zusatzversicherung eingeführt worden. Das KVG folgt dem Kostenvergütungsprinzip und übernimmt die Kosten der einzelnen Leistungskategorien. Nach Art. 25 KVG werden grundsätzlich die Kosten für die Leistungen übernommen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Dabei hält das KVG im Leistungskatalog und in zusätzlichen Verordnungsbestimmungen (KLV) diejenigen Leistungen fest, die von den Versicherern vergütet werden müssen (Pflichtleistungen). Neu wurden mit dem KVG folgende Leistungen aufgenommen (Bundesrat 1991):

- Pflegemassnahmen ausserhalb des Spitals: Pflege zu Hause (Spitex) oder in einem Pflegeheim,
- Zeitlich unbegrenzte Spitalpflege einschliesslich der „Hotelkosten“ in der allgemeinen Abteilung,
- Rehabilitationsmassnahmen,
- Ausgewählte Präventionsmassnahmen,

7 Z.B. zeitlich unbeschränkte Übernahme von Spitalpflegeleistungen; Vergütung bestimmter Zahnbehandlungen.

- Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen,
- Subsidiäre Versicherung bei Unfall,
- Unter den spezifischen Leistungen bei Mutterschaft die Kontrolluntersuchungen während und nach der normalen Schwangerschaft sowie die Stillberatung,
- Zahnärztliche Behandlungen, welche durch eine schwere Krankheit bedingt sind sowie, subsidiär, bei Unfall,
- Notfälle im Ausland,
- Beitrag an medizinisch notwendige Transportkosten und Rettungskosten.
- Beitrag an Badekuren.

Gemäss der Botschaft KVG (Bundesrat 1991) wurde mit einem Mehraufwand für die Leistungserweiterungen von CHF 1.3 Mia. resp. um rund 10% des Gesamtaufwandes gerechnet.

Der Leistungskatalog ist in den Folgejahren zusätzlich erweitert worden (z.B. Ernährungsberatung bei schwerer Krankheit ab Januar 1997, fünf Behandlungsmethoden der Alternativmedizin ab Juli 1999).

Der Leistungskatalog ist abschliessend. Art. 34 KVG verbietet den Versicherern, zusätzliche freiwillige oder mittels kasseninternen Bestimmungen festgeschriebene Leistungen im Rahmen der OKPV zu übernehmen. Damit wurde die Trennung der Grundvon der Zusatzversicherung vollzogen. Zusätzliche Leistungen können die Versicherer ausschliesslich in Zusatzversicherungen anbieten, die neu dem Privatrecht (Versicherungsvertragsgesetz, VVG) unterstellt sind.

Wichtige Voraussetzung zur Übernahme der Kosten ist, dass die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Die drei genannten Kriterien müssen bei den Leistungen periodisch überprüft und der Leistungskatalog entsprechend angepasst werden. Zusätzlich sind Fähigkeitsausweise der Leistungserbringer Voraussetzung für die Leistungspflicht.

Leistungserbringer sind Personen oder Organisationen, die befugt sind, zu Lasten der OKPV Dienstleistungen zu erbringen (z.B. Ärztinnen und Ärzte) oder Sachen (Medikamente, usw.) abzugeben. Mit dem KVG sind die Leistungserbringerkategorien erweitert worden. Neben den bestehenden Leistungserbringern wie Ärztinnen und Ärzte, ApothekerInnen, ChiropraktorInnen, ErgotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen,

Hebammen, Laboratorien und Spitäler wurde der Kreis der Leistungserbringer folgendermassen erweitert (Leistungen z.T. nur auf ärztliche Anordnung):

- Pflegeheime,
- Einrichtungen, die der teilstationären Krankenpflege dienen,
- Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex-Organisationen),
- ZahnärztInnen,
- LogopädInnen,
- ErnährungsberaterInnen,
- Abgabestellen für Mittel und Gegenstände,
- Heilbäder (neu explizite Aufnahme als Leistungserbringer),
- Transport- und Rettungsunternehmen.

2.1.3. Zulassung

Damit ein Leistungserbringer für die OKPV tätig werden kann, muss er zugelassen und mit dem Versicherer einen Tarifvertrag nach Art. 46 KVG eingegangen sein bzw. sich einem solchen angeschlossen haben oder einem behördlichen Ersatztarif unterstellt sein. Das KVG trägt zu einer Vereinheitlichung der Zulassungsverfahren bei, indem mit Ausnahme der Spitäler und Pflegeheime der Bund die Zulassungsvoraussetzungen regelt und gewisse Zulassungserfordernisse wie die zweijährige Weiterbildung für alle selbständigen Fachleute vereinheitlicht worden sind. In einigen Bereichen wurden die Zulassungsanforderungen strenger ausgestaltet. Die Kantone lassen die ambulanten Leistungserbringer aufgrund gesundheitspolizeilicher Erwägungen zu, stellen jedoch meist keine weiteren Anforderungen. Im Vergleich zum KUVG ergeben sich mit dem KVG folgende grundsätzliche Änderungen in der Zulassung der Leistungserbringer:

a) Spitäler

Spitäler umfassen nach Art. 39 KVG Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen. Bei den Spitälern ist mit dem KVG eine grundlegende Änderung eingeführt worden, indem sie einer von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen müssen (Spitalplanung resp. Bedarfs- und Koordinationsvoraussetzung). Private Trägerschaften sind dabei angemessen in die Planung miteinzu beziehen. Zudem müssen sie auf einer nach Leistungsaufträgen in Kategorien geglie-

dernten Spitalliste des Kantons aufgeführt sein (Publizitäts- und Transparenzvoraussetzung). Entscheide der Kantonsregierungen über die Aufnahme in die Spitalliste können durch Beschwerde an den Bundesrat weitergezogen werden (Art. 53 KVG). Gemäss der Botschaft zum KVG (Bundesrat 1991) sollen diese Massnahmen zur verbesserten Koordination der Leistungserbringer, zur optimalen Ressourcennutzung sowie zur Kosteneindämmung beitragen.

b) Pflegeheime

Für die Pflegeheime, d.h. für Anstalten, Einrichtungen oder deren Abteilungen, die der Pflege und medizinischen Betreuung sowie der Rehabilitation von LangzeitpatientInnen dienen, gelten ebenfalls dieselben Voraussetzungen wie für die Spitäler (Art. 39 Abs. 3 KVG). Die Pflegeheime müssen damit der Pflegeheimplanung entsprechen und auf der Pflegeheimliste aufgeführt sein.

c) Spitex-Organisationen

Die Spitex-Organisationen müssen kantonal zugelassen sein, ihr Tätigkeitsbereich festlegen, über das erforderliche Fachpersonal sowie über entsprechende Einrichtungen verfügen und an Massnahmen zur Qualitätssicherung teilnehmen (Art. 51 KVV).

d) Ärztinnen und Ärzte, ZahnärztInnen sowie ApothekerInnen

Ärztinnen und Ärzte, ZahnärztInnen und ApothekerInnen müssen zur Zulassung neu über eine zweijährige praktische Weiterbildung verfügen (Art. 38 KVV). Neu regelt der Bundesrat abschliessend die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten sowie von ApothekerInnen. Wie bisher bestimmen die Kantone, unter welchen Voraussetzungen Ärztinnen und Ärzte zur Führung einer Apotheke resp. zur Abgabe von Medikamenten (ärztliche Selbstdispensation) zugelassen sind.

Übrige ambulante Leistungserbringer

- Bei den ChiropraktorInnen und den Hebammen wird neben dem fachlichen Erfahrungsprofil und der Bewilligung nach kantonalem Recht neu eine zweijährige praktische Tätigkeit verlangt.
- Weitere Fachleute, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen (PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, Krankenschwestern und -pfleger, LogopädInnen und ErnährungsberaterInnen) müssen neu neben dem Fähigkeitsausweis über eine zweijährige praktische Tätigkeit verfügen.

Die Einhaltung der Zulassungsvoraussetzungen wird von den Versicherern überprüft, die Leistungserbringer zurückzuweisen haben, wenn die Zulassungsvoraussetzungen nicht gegeben sind.

2.1.4. Bedarfsabklärung

Bei der ärztlichen Psychotherapie und den auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbrachten Leistungen (Physiotherapie; Ergotherapie; Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim; Ernährungsberatung; Diabetesberatung und Logopädie) ist in der KLV eine Beschränkung der Vergütungspflicht enthalten. Weitere Leistungen werden nur aufgrund neuer ärztlicher Anordnungen vergütet. Dies entspricht den Anforderungen von Art. 32 KVG.

Bei der ärztlichen Anordnung von Leistungen der Krankenschwestern und -pfleger oder der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause sowie der Pflegeheime ist nach Art. 8 KLV eine explizite Bedarfsabklärung notwendig. Diese hat die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfeldes und des individuellen Pflege- und Hilfebedarfs zu umfassen.

2.1.5. Wahl des Leistungserbringers, Kostenübernahme und Rechnungsstellung

Mit dem KVG ist die Wahl des Leistungserbringers durch die Versicherten vereinheitlicht worden. Nach Art. 41 KVG können die Versicherten unter den zugelassenen Leistungserbringern, die zur Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, grundsätzlich frei wählen. Der Versicherer hat jedoch bei ambulanter Behandlung die Kosten nur bis zur Höhe des Tarifs zu übernehmen, der am Wohn- oder Arbeitsort des Versicherten oder in deren Umgebung gilt bzw. der bei stationärer oder teilstationärer Behandlung im Wohnkanton des Versicherten gilt. Bei der Beanspruchung eines auswärtigen Leistungserbringers haben die Versicherten die allfällige Kostendifferenz zwischen dem auswärtigen Tarif und dem Tarif am Wohn- oder Arbeitsort oder im Wohnkanton zu tragen. Erfolgt dies aus medizinischen Gründen (Notfall oder der Umstand, dass die erforderlichen Leistungen innerhalb der örtlichen Grenzen gar nicht angeboten werden), so hat der Versicherer den auswärtigen Tarif zu vergüten, auch wenn er höher ist als derjenige am Wohn- bzw. Arbeitsort. Neu ist, dass Versicherer, die wegen des höheren auswärtigen Tarifs einen Mehrpreis bezahlen müssen, diese Tarifdifferenz vom Wohnkanton zurückfordern können, jedoch nur dann, wenn es sich beim ausserkanto-

nenalen Spital um ein subventioniertes Spital handelt (Spitäler mit öffentlichen Trägern und durch die öffentlichen Hand subventionierte Spitäler). Diese Regelung soll gemäss dem Bundesrat (Bundesrat 1991) die verstärkte Koordination unter den Spitälern fördern. Den Kantonen steht es frei, Absprachen betreffend der Nutzung ihrer Spitäler zu treffen. Sie können andere Kantone zur Mitfinanzierung ihrer Spitäler bewegen und im Gegenzug auf die Verrechnung der höheren Tarife für PatientInnen dieser Kantone verzichten. Die Neuerung soll einen Druck auf die Kantone zur Koordination bei der Planung, Finanzierung und Belegung der Spitäler ausüben und damit wie die Spitalplanung einen Beitrag leisten zur Optimierung der Ressourcennutzung und der Kosteneindämmung. (Bundesrat 1991).

Bei der Rechnungsstellung stellt das KVG wie bisher das System des Tiers garant in den Vordergrund. Die Bestimmungen betreffend die Rechnungsstellung sind mit dem KVG präzisiert und verstärkt worden, um das Abrechnungswesen transparenter zu machen und damit einen Beitrag zur Eindämmung der Kostenentwicklung zu leisten. So hat der Leistungserbringer dem Versicherten eine detaillierte und verständliche Rechnung zuzustellen. Die Versicherer haben zudem die Möglichkeit, eine genaue Diagnose oder zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur zu verlangen. Diese zusätzlichen Auskünfte sind wesentlich zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen und zur Rechnungskontrolle.

2.1.6. Tarifierung

Die Tarife werden in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung grundsätzlich in Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern (Leistungserbringer und Versicherer) festgelegt. Das KVG setzt für die Tarifverhandlungen Rahmenbedingungen fest, um eine qualitativ hochstehende gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten zu erreichen. Durch neue wettbewerbliche Elemente soll der Wettbewerb unter den Versicherern und den Leistungserbringern erhöht und damit ein Beitrag zur Reduktion des Zuwachses der Gesundheitskosten geleistet werden. Mit dem KVG sind folgende Neuerungen im Tarifbereich eingeführt worden (vgl. auch INFRAS 2000):

- Neu können die Tarifpartner in ihren Verträgen Anforderungen an die Qualitätssicherung der Leistungen festlegen (Art. 43 KVG).
- Mit dem KVG ist der Verbandszwang aufgehoben worden (Art. 46 KVG). Die Leistungserbringer dürfen weder Sondervertragsverbote zulasten von Verbandsmitgliedern erlassen noch diese auf bestehende Verbandsverträge verpflichten.

- Das KVG folgt dem Kostenvergütungsprinzip (Art. 24 KVG). Neu fordert es ausdrücklich die betriebswirtschaftliche Bemessung der Tarife aufgrund transparenter Kostengrundlagen (Art. 43, 49 und 50 KVG). Bei den Spitälern und den Pflegeheimen sind die Kosten der Leistungen nach einer einheitlichen Methode zu ermitteln. Die Leistungserbringer sind in diesen Bereichen dazu angehalten, eine Kostenrechnung und eine Leistungsstatistik zu erstellen. Zusätzlich können die Behörden bei Spitälern und Pflegeheimen Betriebsvergleiche anordnen.
- Bereits unter dem KUVG waren verschiedene Tarifarten möglich. Vorherrschend war jedoch vor allem der Einzelleistungstarif. Die Erweiterung des Handlungsspielraumes durch die Aufhebung des Verbandszwangs und die Möglichkeit von alternativen Versicherungsmodellen soll einen Anreiz zur Anwendung neuer Tarifierungsformen in den verschiedenen Leistungsbereichen setzen. Diese Tarifvielfalt soll zur Kosteneindämmung beitragen.
- Mit dem KVG werden neu folgende spezielle Bestimmungen in Bezug auf die Tarife mit direktem Einfluss auf die Leistungserbringer eingeführt:
 - Bei Einzelleistungstarifen ist die Tarifstruktur neu gesamtschweizerisch einheitlich zu regeln (Art. 43 KVG).
 - Für die Vergütung in Spitälern schreibt Art. 49 KVG neu Pauschalen vor.
 - Bei den subventionierten Spitälern (Spitäler mit öffentlichen Trägern und durch die öffentlichen Hand subventionierte Spitäler) wurde mit dem KVG die duale Spitalfinanzierung gesetzlich verankert. Dabei darf die Vergütung der Versicherer an die anrechenbaren Betriebskosten der allgemeinen Abteilung der subventionierten Spitäler höchstens 50% betragen. Öffentliche und teilweise auch private Spitäler wurden bereits unter dem KUVG von den Kantonen und den Versicherern gemeinsam finanziert. Es war jedoch keine Grenze für den von den Versicherern zu übernehmenden Kostenanteil festgelegt.
 - Bei privaten Spitälern, die nicht durch die Steuerpflichtigen mitfinanziert werden, können die Vertragsparteien höhere Deckungsquoten vereinbaren.
 - Aufgrund eines Urteils des EVG müssen die Kantone bei der Hospitalisierung von zusatzversicherten Personen ausserhalb des Wohnkantons die Restkosten der Behandlungskosten der allgemeinen Abteilung von subventionierten Spitälern übernehmen. Im Wohnkanton gilt diese Regelung für Zusatzversicherte gemäss dem Stillhalteabkommen SDK/KSK, das bis Ende 2000 befristet war (mit Verlängerungsmöglichkeit von einem Jahr), nicht.

- Bei den Pflegeheimen und in der Spitex werden dieselben Leistungen vergütet wie bei ambulanter Krankenpflege (Art. 50 KVG). Die übrigen Kosten, z.B. für Unterkunft und Verpflegung, sind nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen. Bei den Pflegeheimen und der Spitex hat der Gesetzgeber Rahmentarife festgelegt, innerhalb derer von den Partnern Tarife vereinbart werden können. Die Rahmentarife gelten solange, bis die Leistungserbringer im Pflegebereich über transparente Kostenberechnungsgrundlagen verfügen (Art. 9a KLV).
- Neu haben die Tarifpartner nach Art. 56 in den Tarifverträgen Massnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit vorzusehen und dabei insbesondere dafür zu sorgen, dass diagnostische Massnahmen nicht unnötig wiederholt werden, wenn Versicherte mehrere Leistungserbringer konsultieren.

2.1.7. Alternative Versicherungsmodelle

Die alternativen Versicherungsmodelle bieten die Möglichkeit, von der Einheitsprämie abzuweichen und durch die reduzierte Wahl der Leistungserbringer und die effiziente PatientInnenversorgung (Gate Keeping) eine Prämienreduktion anzubieten. Sie umfassen grundsätzlich folgende Modelle:

- HMO (Health Maintenance Organisation): Gesundheitsorganisationen, die eine längerfristige Verantwortung für die Versicherten übernehmen und auch Präventions- und Gesundheitsförderung betreiben. Der Versicherer oder die Managed-Care-Organisation unterhält eine Gruppenpraxis, der verschiedene Ärztinnen und Ärzte und andere Medizinalpersonen angehören. Die Versicherten verpflichten sich, im Krankheitsfall zuerst den Arzt oder die Ärztin in der HMO-Praxis zu konsultieren.
- Hausarztmodell: Die Versicherten verpflichten sich, im Krankheitsfall stets zuerst ihren Hausarzt zu konsultieren. Dieser berät sie über den Beizug eines allfälligen Spezialisten, den Eintritt in ein Spital sowie über allfällige chirurgische Eingriffe.
- PPO (Preferred Provider Organisation): Die Versicherten müssen sich auf die Leistungserbringer (Ärztinnen und Ärzte, Spitäler, etc.) beschränken, mit denen der Versicherer besonders kostengünstige Tarifverträge abgeschlossen hat.

Unter dem KUVG waren die alternativen Versicherungsmodelle versuchsweise im Rahmen einer Pilotphase zugelassen. Mit dem KVG wurde die Möglichkeit, solche Modelle einzuführen, gesetzlich verankert und die Einführung erleichtert. Zudem

wurde die Wahl unterschiedlicher Modellformen durch die Möglichkeit, die alternativen Versicherungsmodelle organisatorisch aus den Versicherern auszugliedern, erhöht. Die alternativen Versicherungsmodelle sollen zur Kosteneindämmung beitragen. Sie geben den Leistungserbringern die Möglichkeit, sich anders zu organisieren und damit ein alternatives Produkt anzubieten. Bisher sind in der Schweiz praktisch ausschliesslich HMO- und Hausarztmodelle verbreitet. Diese funktionieren nach dem Gate-Keeping-Prinzip, was bedeutet, dass die Versicherten in diesen Modellen im Krankheitsfall immer zuerst ihre HMO oder ihren Hausarzt konsultieren müssen.

2.1.8. Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskontrollen

Wie bisher kann die Vergütung der Leistungen verweigert werden, wenn die Leistungen über das Mass hinausgehen, das im Interesse des Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 56 KVG). Die Leistungserbringer haben alle gebotene Sorgfalt darauf zu verwenden, nicht unnötig Leistungen zu erbringen oder zu veranlassen. Den Vertrauensärztinnen und den Vertrauensärzten misst das KVG grosse Bedeutung als Kontrollinstanz bei. Sie haben zu überprüfen, ob die Leistungserbringer das Gebot der Effizienz der Leistungen gemäss den Art. 32 und 56 KVG beachten. Ihre Stellung ist mit dem KVG gestärkt worden, indem sie neben der Wirtschaftlichkeit neu auch die Qualität der Leistungen überwachen sollen.

Das KVG führt erstmals Vorschriften über die Qualitätssicherung ein. Der Bundesrat kann nach Anhören der interessierten Organisationen „systematische wissenschaftliche Kontrollen zur Sicherung der Qualität oder des zweckmässigen Einsatzes der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen“ vorsehen (Art. 58 KVG). In Art. 77 KVV verpflichtet er die Leistungserbringer oder deren Verbände, Konzepte und Programme zu erarbeiten, die die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität festlegen. Dabei werden die Leistungserbringer und die Versicherer zur Mitwirkung herangezogen, indem sie die Besonderheiten der Durchführung (Kontrolle der Erfüllung und Folgen der Nichterfüllung der Qualitätsanforderungen sowie die Finanzierung) in den Tarifverträgen oder in besonderen Qualitätssicherungsverträgen zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern vereinbaren müssen. Neben der Sicherung der Qualität soll die Qualitätssicherung zur Kosteneindämmung beitragen, in dem sie Ressourcen von den Tätigkeiten abzieht, die unnötig, unwirksam und unzweckmässig sind. Dabei wird der Qualitätsbegriff weit gefasst, damit die drei Elemente Behandlungsergebnisse, Angemessenheit

der Leistungen und Zufriedenheit der PatientInnen erfasst werden können (Bundesrat 1991). Im April 1999 gab das BSV die Anforderungen an die Inhalte von Qualitätskonzepten und -programmen bekannt. Dabei soll ein strukturiertes und auf die kontinuierliche Verbesserung ausgerichtete Qualitätsmanagement eingeführt werden, das sich auf messbare Jahresziele und einen institutionalisierten Prozess der Durchführung von Qualitätsverbesserungsprojekten stützt. Der Verbesserungsprozess soll datenbasiert mittels der kontinuierlichen Messung von relevanten, kundenbezogenen Qualitätsindikatoren erfolgen. Die Schnittstellen zu den vor- und nachgelagerten Prozessen sind bei der Beurteilung des PatientInnenprozesses miteinzubeziehen. Die Angemessenheit der Leistungserbringung nach anerkannten Standards (Guidelines) und die Messung der Versorgungsqualität sind Bestandteile des Qualitätsmanagements.

2.2. Änderungen in den Beziehungen zu anderen Leistungserbringern

Das KVG verlangt von den Leistungserbringern einerseits eine verstärkte Koordination und andererseits ein ausgeprägteres wettbewerbliches Verhalten. Die durch regulatorische und wettbewerbliche Instrumente geänderten Rahmenbedingungen in diesen Bereichen sollen durch den gezielten Einsatz medizinischer Leistungen eine optimalere Ressourcennutzung bewirken und damit einen wichtigen Beitrag zur Kosteneindämmung leisten.

2.2.1. Koordination unter den Leistungserbringern

Mit dem KVG soll mit verschiedenen Instrumenten die Koordination und Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern gefördert werden. Zu unterscheiden ist dabei zwischen der Koordination in den einzelnen Leistungserbringerkategorien (z.B. Spitäler) und der Koordination zwischen den Leistungserbringern im Rahmen des gesamten Behandlungspfades einer Patientin resp. eines Patienten.

Das KVG will die Koordination in den Leistungserbringerkategorien vor allem in den stationären Bereichen Spitäler und Pflegeheime fördern. Bei den Spitälern soll die Spitalplanung der Kantone zu einer bedarfsgerechten und effizienten Versorgung führen. Zusätzlich sollen die Kantone über die Finanzierungsregel gemäss Art. 41 KVG, nach der sie bei medizinisch bedingter ausserkantonaler Hospitalisierung die Tariffdifferenz

zum Wohnkanton übernehmen müssen, zu vermehrten interkantonalen Absprachen bewegt werden. Wichtiges Ziel ist die Erzielung von Kosteneinsparungen durch die Reduktion von Überkapazitäten. Bei den Pflegeheimen erfolgt die Koordination über die kantonalen planerischen Massnahmen.

Die Koordination zwischen den Leistungserbringerkategorien in der Behandlungskette einer Patientin resp. eines Patienten soll u.a. durch eine Reduktion von Mehrfachleistungen und der Optimierung des gesamten Behandlungspfades zu einem gezielteren Einsatz der medizinischen Leistungen und damit zu einem effizienteren Ressourceneinsatz führen. Gemäss dem KVG kommt dabei der behandelnden Ärztin resp. dem behandelnden Arzt eine Schlüsselfunktion zu, indem sie/er durch die Bestimmung des Behandlungsbedarfs bei den PatientInnen und der damit verbundenen Steuerung und Überwachung eine zentrale „Scharnierfunktion“ wahrzunehmen hat (Bundesrat 1991). Die Ärztin resp. der Arzt übt betreffend der eigenen Leistung sowie der nachfolgenden Medizinalpersonen (Spital, Spitex, Physiotherapeuten, etc.) gegenüber den Versicherten und den Versicherern eine Angebotsmacht aus, indem sie/er entsprechende Behandlungen und Arzneien anordnen oder auch ablehnen kann (Bedarfsfixierer). Der Gesetzgeber fordert die Ärztinnen und die Ärzte dazu auf, den Leistungsbedarf und die Bedarfsdeckung in möglichst optimaler Form zu sichern und dabei mit den anderen Leistungserbringern zusammenzuarbeiten. Grundsätzlich wird die Koordination der Leistungserbringer wie bisher durch das Gebot der Wirtschaftlichkeit (Art. 56 KVG) gefördert, indem die Vergütungen, die über das erforderliche Mass hinausgehen, verweigert werden können. Das KVG ermöglicht jedoch zusätzliche Massnahmen, mit denen die Koordination gefördert werden kann:

- PatientInnenpfadabhängige Pauschalen, bei der die Vergütung pauschal für die ganze Behandlungskette erfolgt,
- Globalbudgets, die für mehrere Leistungserbringer erlassen werden,
- Alternative Versicherungsmodellen (HMO, Hausarztmodelle), die nach dem „Gate-Keeper-Modell“ funktionieren und die ökonomische Verantwortung der Leistungserbringer erhöhen,
- Koordinative Massnahmen im Rahmen der Qualitätssicherungskonzepte.

2.2.2. Wettbewerb unter den Leistungserbringern

Grundsätzlich besteht im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ein Kontrahierungszwang, der die Versicherer verpflichtet, mit den zugelassenen Leistungserbringern einen Tarifvertrag abzuschliessen. Zusätzliche wettbewerbliche Instrumente sind mit dem KVG v.a. im Tarifbereich und bei den alternativen Versicherungsmodellen geschaffen worden. Zudem könnte die Zulassung von neuen Leistungserbringern (z.B. Spitex und selbständig tätige ambulante Leistungserbringer) zusätzlichen Wettbewerbsdruck in den entsprechenden Bereichen auslösen. Im Tarifbereich ist der Handlungsspielraum der Leistungserbringer vor allem durch die Möglichkeit, Sonderverträge abzuschliessen, die von Verbandsverträgen abweichen, erhöht worden.

Der Wettbewerb unter den Leistungserbringern wird jedoch auch von den planerischen und den finanziellen Regelungen des KVG sowie der Trennung der Grund- und Zusatzversicherungen beeinflusst. Hauptsächlich betroffen sind dabei die Spitäler, bei denen in der stationären Grundversorgung eine staatlich regulierte Markt- und Preisordnung herrscht (vgl. VKKP 3/1996, RPW 1999/2a und RPW 1999/2b). Während der Wettbewerb zwischen den Pflegeheimen durch die kantonale Planung und die damit verbundene Regelung des Marktzutritts beeinflusst wird, bestehen bei den ambulanten Behandlungen neben den Zulassungs-, Qualitäts- und tariflichen Erfordernissen (gesamtschweizerische Tarifstruktur bei Einzelleistungstarifen) keine weitergehenden wettbewerblichen Einschränkungen.

Spezielle Beachtung verdient die Wettbewerbssituation bei der stationären Versorgung durch die Spitäler. In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bestehen in diesem Bereich zahlreiche Vorschriften des KVG sowie der Kantone, die eine weitgehende staatliche Markt- und Preisordnung begründen (vgl. VKKP 3/1996, RPW 1999/2a und RPW 1999/2b). Dabei sind neben den planerischen Instrumenten immer auch die Art der Finanzierung der Spitäler (v.a. Subventionen der Kantone) zu berücksichtigen. Diese beiden Instrumente bestimmen weitgehend den Markt, indem ein Spital in der Grundversicherung tätig werden kann. Der Wettbewerb wird durch diese Vorschriften nicht nur zwischen den subventionierten Spitälern innerhalb eines Kantons beeinflusst, sondern auch zwischen den subventionierten Spitälern verschiedener Kantone sowie den subventionierten und privaten Spitälern, die ungleiche Ausgangslagen im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vorfinden:

- Der Wettbewerb zwischen den subventionierten Spitälern innerhalb eines Kantons wird vor allem durch die Spitalplanung, die den Marktzutritt regelt, und die Bedingungen, die die Kantone an die Vergabe ihrer Subventionen verknüpfen, beeinflusst.
- Der Wettbewerb zwischen den subventionierten Spitälern verschiedener Kantone wird durch die Planung und die Kostenbeteiligung der Kantone bei der medizinisch bedingten ausserkantonalen Hospitalisierung resp. durch Absprachen zwischen den Kantonen beeinflusst. Im Rahmen der Spitalplanung ist der Bedarf zuerst mit den vorhandenen kantonalen Ressourcen abzudecken. Ausserkantonale Spitäler können auf die Spitalliste aufgenommen werden, wenn die innerkantonalen Kapazitäten nicht ausreichen. Die Regelung betreffend der ausserkantonalen Hospitalisierung kann für die Kantone sowohl ein Anreiz zur Koordination wie zum Aufbau von eigenen Kapazitäten darstellen.
- Die Wettbewerbsvoraussetzungen für die subventionierten und die privaten Spitäler sind sehr unterschiedlich. Grundsätzlich haben die subventionierten Spitäler einen öffentlichen Auftrag zu erfüllen, währenddem die Privatkliniken ihre Leistungen in einem wettbewerblichen Umfeld anbieten sollen. Die subventionierten Spitäler müssen alle PatientInnen annehmen und sind vorwiegend im Rahmen der OKPV (allgemeine Abteilung) tätig. Die Privatkliniken können ihre PatientInnen selbst auswählen, sind vorwiegend im Bereich der Zusatzversicherung (Privat- und Halbprivatabteilung) tätig und können ihr Angebot selbst bestimmen. Sie bieten die Hotellerie- und Pflegeleistungen sowie ärztliche Leistungen entsprechend den Spezialitäten bzw. Disziplinen der Belegärztinnen und der Belegärzte an. Neben den Grundversicherten übernimmt die OKPV bei den Zusatzversicherten entsprechend der Tarifierung in der Grundversicherung einen Teil der Rechnung für die stationäre Versorgung, sofern das rechnungsstellende Spital der kantonalen Planung entspricht. Entspricht das Spital nicht der Spitalplanung und ist daher nicht auf der Spitalliste aufgeführt, werden aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine Leistungen bezahlt. Folgende KVG-bedingte Unterschiede bestehen zwischen den subventionierten und den privaten Spitälern, die eine unterschiedliche Wettbewerbsstellung begründen:
 - Nach der Rechtsprechung des Bundesrates müssen grundsätzlich alle Privatkliniken, die für Zusatzversicherte tätig sein wollen, auf die kantonalen Spitallisten aufgenommen werden. Da sie dem Wettbewerb ausgesetzt werden sollen, haben sie bezüglich ihrer halbprivaten und privaten Abteilungen ne-

ben der Betriebsbewilligung keine zusätzlichen Voraussetzungen zu erfüllen. Die Kantone können damit auf die Privatspitäler in diesem Bereich nicht mit Leistungsaufträgen oder der Reduktion des Angebots Einfluss nehmen (Müller 1999). Hingegen haben Privatspitäler, die eine allgemeine Abteilung führen und somit auch Grundversicherte behandeln wollen, nach der bundesrätlichen Rechtsprechung dem Bedarf zu entsprechen, so dass eine Steuerung durch den Kanton möglich ist.

- Gemäss der Spitalfinanzierungsregel haben die Versicherer bei subventionierten Spitälern höchstens 50% der anrechenbaren Betriebskosten zu übernehmen. Bei den Privatkliniken müssen sie die Betriebs- und Investitionskosten tragen.

Dazu kommen weitere nicht KVG bedingte strukturelle Unterschiede zwischen den öffentlichen und den privaten Spitälern:

- Die Kantone sind oftmals auch Besitzer der subventionierten Spitäler und nehmen in den Tarif- und den Planungsentscheiden eine Doppelrolle ein.
- In den öffentlichen Spitälern werden die Investitionskosten durch den Kanton übernommen. Bei den Privatspitälern fliessen diese Kosten in die Tarife ein.
- In den öffentlichen Spitälern können nur Ärztinnen und Ärzte mit der Befugnis zur privatärztlichen Tätigkeit ein Privathonorar im Rahmen entsprechender individueller Verträge mit dem Spitalträger in Rechnung stellen. Durch diese Verträge fliesst ein Teil dieses Honorars an die öffentlichen Spitäler. In den Privatkliniken arbeiten die Belegärztinnen und Belegärzte in der Praxis nach eigener Tarifierung. Eine teilweise Ablieferung ihres Honorars ist nicht vorgesehen.
- Die Abgeltungen für grundversicherte PatientInnen in subventionierten Spitälern sind nicht kostendeckend. In öffentlichen Spitälern erfolgt die Deckung der Lücken durch Defizitgarantien der Kantone und vermutlich auch Quersubventionierungen.

Die neuen Regelungen des KVG beeinflussen auch den Wettbewerb zwischen den Leistungskategorien. So bevorzugt die geltende Spitalfinanzierung aus Sicht der Spitäler und der Kantone die ambulante und die teilstationäre im Vergleich zur stationären Behandlung, indem die subventionierten Spitäler in diesen Bereichen höhere Ein-

nahmen erzielen können. Die Zulassung der Spitex und der Pflegeheime könnte zudem zu einer erhöhten Konkurrenz im Pflegebereich führen.

2.3. Änderungen in den Beziehungen zu anderen Akteuren

2.3.1. Beziehungen zu den Versicherten

In den Beziehungen zu den Versicherten haben sich mit dem KVG folgende Änderungen ergeben:

- Wie bisher können die Versicherten die Leistungserbringer unter den zugelassenen Leistungserbringern grundsätzlich frei wählen. Die Planung im Spital- und Pflegeheimbereich sowie die Spitalfinanzierung mit dem daraus folgenden Marktgebiet der Spitäler schränkt das Angebot jedoch ein. Andererseits wird das Angebot durch den erweiterten Leistungskatalog und die neu aufgenommenen Leistungserbringer erweitert.
- Die Leistungserbringer können sich gegenüber den Versicherten mit alternativen Versicherungsmodellen im Bereich Managed Care neu positionieren.
- Die detaillierteren Abrechnungen gemäss KVG erlauben eine bessere Kontrolle der Leistungen und der Kosten seitens der Versicherten.

2.3.2. Beziehungen zu den Versicherern

Die Leistungserbringer pflegen vielfältige Beziehungen zu den Versicherern. Diese könnten in grundsätzlicher Hinsicht durch den politischen Auftrag zu kosteneindämmendem Verhalten und einem damit verbundenen härteren Auftreten der Versicherer in folgenden Bereichen beeinflusst werden:

- Härteres Verhalten in Tarifverhandlungen; Entwicklung neuer Tarifmodelle,
- Strengere Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrollen; vermehrte Betriebsvergleiche,
- Strengere Kontrollen durch die Vertrauensärztinnen und Vertrauensärzte,
- Strenge Anforderungen bei den Kostengrundlagen (v.a. bei den Spitälern) und den Qualitätsanforderungen.

Durch neue Massnahmen des KVG werden die Beziehungen zwischen Leistungserbringern und Versicherern wie folgt verändert:

- Wie bisher überprüfen die Versicherer die Zulassungsvoraussetzungen der Leistungserbringer. Neu müssen auch die Zulassungen der neu aufgenommenen Leistungserbringer überprüft werden.
- Wie bisher werden die Tarife in Verhandlungen zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern ausgehandelt. Durch die Aufhebung des Verbandszwangs können die Leistungserbringer versuchen, Sonderverträge abzuschliessen und damit einen Wettbewerbsvorteil zu erreichen.
- Mit den neuen Leistungserbringern sind Tarife auszuhandeln. In den Bereichen, in denen Einzelleistungstarife vorgesehen sind, haben die Tarifpartner neu gesamtschweizerische Tarifstrukturen auszuhandeln.
- Mit den Versicherern können unterschiedliche alternative Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer angeboten werden.
- In den Tarifverträgen haben die Versicherer und die Leistungserbringer neu Massnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen vorzusehen. Dabei geht es insbesondere um die Verhinderung der Wiederholung von diagnostischen Massnahmen, wenn Versicherte mehrere Leistungserbringer konsultieren.
- Die detaillierteren Abrechnungen sowie die Bekanntgabe der Diagnose erlaubt eine bessere Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen.
- Die Versicherer werden beim Vorschlag betreffend Kostenrechnung miteinbezogen.
- Die Versicherer werden in die Durchführung der Qualitätssicherung miteinbezogen. Die Modalitäten sind in Verträgen zwischen den beiden Partnern zu bestimmen.

2.3.3. Beziehungen zu den Kantonen

Die Beziehungen der Leistungserbringer zu den Kantonen werden durch das KVG in mehreren Bereichen stark beeinflusst:

- Die Zulassungen werden neu mehrheitlich durch den Bund einheitlich geregelt. Die Kantone haben jedoch die Zulassung im Bereich der Spitäler und der Pflegeheime zu regeln (Spital- und Pflegeheimplanung) die Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen (PhysiotherapeutInnen, etc.) sowie Spitex-

Organisationen und Organisationen der Ergotherapie nach kantonalem Recht zuzulassen.

- Die Kantone können Betriebsvergleiche zwischen Spitälern und zwischen Pflegeheimen anordnen.
- Der Ablauf betreffend die Genehmigung und Festsetzung der Tarife durch die Kantone hat sich mit dem KVG nicht verändert. Die Kantone sind mit dem KVG jedoch explizit angehalten, das Gebot der Wirtschaftlichkeit (wirtschaftliche Tragbarkeit) zu beachten.
- Neu haben die Kantone im stationären Bereich (Spitäler und Pflegeheime) explizit die Möglichkeit, als finanzielles Steuerungsinstrument einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler oder der Pflegeheime festzusetzen. Globalbudgets bestanden bereits unter dem KUVG in einzelnen Westschweizer Kantonen. Die Regelung wurde mit dem KVG jedoch explizit als Tarifierungsform in die gesetzlichen Grundlagen aufgenommen.
- Die Kantone können die Unterlagen zur Kostenrechnung der Spitäler einsehen.
- Die Doppelrolle der Kantone als Betreiber und Träger von Einrichtungen (Spitäler, Pflegeheime, Spitex) und als Genehmigungsbehörde hat sich nicht verändert.

2.3.4. Beziehungen zum Bund

Bei den Beziehungen zum Bund haben sich neben den bedeutenden Änderungen betreffend die Definition des Leistungskatalogs und der Leistungserbringer, die Beschwerdemöglichkeit bei den Spitalplanungen und die neuen Aufgaben im Bereich Qualitätssicherung eher geringfügige Veränderungen ergeben:

- Der Bund hat die Bestimmungen betreffend Kostenrechnung zu erlassen.
- Der Bund kann wie die Kantone Betriebsvergleiche zwischen Spitälern und Pflegeheimen anordnen.
- Der Bundesrat hat Tarifverträge, die in der gesamten Schweiz gelten sollen, zu genehmigen. Betroffen sind vor allem die neu gesamtschweizerisch festzulegenden Tarifstrukturen bei der Einzelleistungstarifizierung.

- Gegen Tarifentscheide der Kantone (Genehmigung oder Festsetzung von Tarifen) kann wie bisher beim Bundesrat Beschwerde geführt werden. Dieser ist angehalten, das Gebot der Wirtschaftlichkeit und der Billigkeit zu beachten. Die Stellung des Preisüberwachers hat sich durch die Praxis des Bundesrates verstärkt (INFRAS 2000).

2.4. Veränderung des Handlungsspielraums der Leistungserbringer

Der Handlungsspielraum der Leistungserbringer ist durch das KVG sowohl erweitert als auch eingeschränkt worden. Generell ist er durch die neuen wettbewerblichen Instrumente erweitert und die regulatorischen Massnahmen eingeschränkt worden (vgl. Tabelle 6):

Veränderung des Handlungsspielraums	Massnahmen (bzw. Entwicklungen)
Erweiterungen	<ul style="list-style-type: none"> • Die Ausweitung des Leistungskatalogs hat eine gestärkte Anerkennung der betroffenen Leistungserbringer zur Folge. • Möglichkeit von Sonderverträgen, • Möglichkeit von alternativen Versicherungsmodellen.
Verringerungen bzw. Einschränkungen	<ul style="list-style-type: none"> • Wirtschaftlicher und politischer Druck zu Kosteneinsparungen, • Teilweise verschärfte Zulassungsanforderungen, • Spital- und Heimplanung, • Erforderliche Bedarfsnachweise, • Beschränkung der Vergütungspflicht je ärztliche Anordnung, • Forderung nach betriebswirtschaftlicher Bemessung der Tarife; Möglichkeit von Betriebsvergleichen (Benchmarking); Forderung nach bestimmten Tarifstrukturen. • Verschärfte Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrolle, • Qualitätssicherung.

Tabelle 6: Massnahmen des KVG, die den Handlungsspielraum der Leistungserbringer erweitert resp. verringert haben.

2.5. Fazit

Mit dem KVG haben sich einige Neuerungen für die Leistungserbringer ergeben. Ihr Handlungsspielraum ist durch die neuen wettbewerblichen und regulatorischen Elemente sowohl eingeschränkt als auch erweitert worden. **Tabelle 7** stellt die wichtigsten Änderungen für die Leistungserbringer inkl. der damit verbundenen Erwartungen an die Leistungserbringer (resp. die erwarteten Auswirkungen) dar.

Bereich	Änderungen durch das KVG	Erwartungen an die Leistungserbringer/erwartete Auswirkungen
Politik und Gesellschaft	Druck zu Kosteneinsparungen	Kostenbewusstes Verhalten, Beitrag zur Kosteneindämmung.
Leistungsangebot und Leistungserbringer	Erweiterung der Leistungen und der Leistungserbringer.	Erweitertes Leistungsspektrum, Mengenbedingte Erhöhung der Kosten für die Versicherer.
Zulassung	Teilweise verschärfte Zulassungsanforderungen im ambulanten Bereich, Spital- und Heimplanung.	Gewährleistung einer angemessenen Versorgung mit qualitativ hochstehenden Leistungen, Kosteneinsparung durch Leistungsabbau und Koordination im Spitalbereich.
Bedarfsnachweis	Bei von Ärzten angeordneten Leistungen von Krankenschwestern und -pflegern und Spitex-Organisationen sowie bei Pflegeheimen ist eine Bedarfsabklärung notwendig.	Förderung des gezielten Einsatzes medizinischer Leistungen, Kosteneinsparung durch richtige Behandlung.
Vergütungspflicht	Beschränkung der Vergütungspflicht je ärztliche Psychotherapie und weiteren auf Anordnung eines Arztes erbrachten Leistungen.	Beitrag zur Kosteneindämmung.
Tarifierung	Möglichkeit von Qualitätsvereinbarungen in den Verträgen, Zulassung von Sonderverträgen, Forderung nach betriebswirtschaftlicher Bemessung der Tarife, resp. Einführung einer Kostenrechnung, Spezielle Tarifbestimmungen: Gesamtschweizerische Tarifstruktur bei Einzelleistungstarifen, Pauschalen in Spitälern, Finanzierungsregeln (s. unten).	Erhöhter Wettbewerb im Tarifbereich Einführung der erforderlichen Kostenrechnung und entsprechende Abgeltung. Beitrag zur Vereinheitlichung und Kosteneindämmung.

Bereich	Änderungen durch das KVG	Erwartungen an die Leistungserbringer/erwartete Auswirkungen
Finanzierung	Gesetzliche Verankerung der dualen Spitalfinanzierung, Finanzierungsregel bei der Hospitalisierung von zusatzversicherten Personen ausserhalb des Wohnkantons. Neue Finanzierung bei den neuen Leistungserbringern (v.a. Pflegeheime und Spitex).	Effiziente Betriebsführung bei subventionierten Spitälern.
Alternative Versicherungsmodelle	Gesetzliche Verankerung der Möglichkeit, alternative Versicherungsmodelle einzuführen.	Zusätzlicher Wettbewerb durch alternative Versicherungsmodelle (insbes. HMO und Hausarztmodelle).
Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrolle	Verschärfte Kontrolle durch die Versicherer durch detailliertere Abrechnungen.	Kosteneindämmung
Qualitätssicherung	Verpflichtung zur Entwicklung und Umsetzung von Qualitätssicherungsprogrammen.	Einführung der Qualitätssicherung, Förderung des gezielten Einsatzes medizinischer Leistungen

Tabelle 7: *Änderungen für die Leistungserbringer und damit zusammenhängende Erwartungen/Auswirkungen.*

Zur Eindämmung der Gesundheitskosten und zur Verbesserung des gezielten Einsatzes medizinischer Leistungen will das KVG sowohl die Koordination der Leistungserstellung als auch den Wettbewerb zwischen den Leistungserstellern fördern. Die Koordination soll im stationären Bereich durch die Planung und zwischen den Leistungserbringerkategorien durch die Schlüsselrolle des Arztes sowie weiterer Massnahmen (alternative Versicherungsmodelle, PatientInnenpfadabhängige Pauschalen, Qualitätssicherungskonzepte) gefördert werden. Zusätzliche wettbewerbliche Instrumente sind im Tarifbereich (Sonderverträge) und bei den alternativen Versicherungsmodellen geschaffen worden. Die Zulassung von neuen Leistungserbringern könnte ebenfalls einen zusätzlichen Wettbewerbsdruck auslösen. Der Wettbewerb (v.a. zwischen den Spitälern) wird jedoch andererseits von den planerischen und den finanziellen Regelungen des KVG begrenzt. Allerdings sollte auch im Rahmen der Planung Wettbewerb bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität stattfinden können. Der Handlungsspielraum der Leistungserbringer hat sich durch die neuen wettbewerblichen Elemente erweitert und ist durch die regulatorischen Instrumente (v.a. Planung) eingeschränkt worden.

3. Auswirkungen auf die Leistungserbringer

Im folgenden Kapitel werden die Auswirkungen des KVG auf die Leistungserbringer dargestellt. Unterschieden wird dabei zwischen dem Vollzugsstand, den ausgelösten Verhaltensänderungen der Leistungserbringer und den Auswirkungen auf die Gesundheitskosten. Für die Spitäler, die Pflegeheime, die Spitex-Organisationen sowie die Ärztinnen und Ärzte werden die Auswirkungen vertieft dargestellt. Die Auswirkungen des KVG auf die übrigen ambulanten Leistungserbringer werden nur grob aufgezeigt.

3.1. Spitäler

Das KVG beeinflusst mit seinen wettbewerblichen und regulatorischen Massnahmen die Spitäler in spürbarem Masse. Im Folgenden werden die Auswirkungen des KVG auf die privaten und subventionierten Spitäler aufgezeigt. Da diese in hohem Masse von der jeweiligen kantonalen Umsetzung des KVG abhängig sind, werden die Auswirkungen anhand der untersuchten kantonalen Fallbeispiele (Kantone ZH, TG, VD und TI) dargestellt und auf relevante Unterschiede zwischen dem Vollzug und den Auswirkungen hingewiesen (vgl. die Darstellung der Fallbeispiele in Anhang 1). Folgende Fragen werden untersucht:

- Wie hat sich der Handlungsspielraum der Spitäler verändert?
- Welche Auswirkungen hatte die Trennung der OKPV von der Zusatzversicherung in Verbindung mit dem Ausbau des Leistungskatalogs auf die Spitäler?
- Wie sind der Vollzug und die Auswirkungen der Spitalplanung zu beurteilen?
- Welche Auswirkungen hatte das KVG im Tarifbereich? Welche Auswirkungen hatten die neuen Spitalfinanzierungsregeln?
- Haben sich die Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrollen seitens der Versicherer verstärkt? Welche Auswirkungen haben diese Veränderungen auf die Spitäler?
- Welche Aktivitäten werden aufgrund des KVG in der Qualitätssicherung unternommen? Welche Wirkungen sind erkennbar?
- Hat das KVG zu einer Zunahme des Wettbewerb und der Koordination der Spitäler geführt?

- Inwiefern hat das KVG die Beziehungen der privaten und öffentlichen Spitäler zu den übrigen Akteuren verändert (andere Leistungserbringer, Kantone, Bundesbehörden)?
- Welche innerbetriebliche Veränderungen haben sich durch das KVG ergeben?
- Welchen Einfluss hatten die durch das KVG bewirkten Verhaltensänderungen auf die Entwicklung der Gesundheitskosten?

3.1.1. Handlungsspielraum

Der Handlungsspielraum der Spitäler ist durch die neuen Rahmenbedingungen des KVG in der Wahrnehmung der befragten Spitalverbände, Spitäler und Kantone tendenziell eingeschränkt worden. Die kantonalen Fallbeispiele zeigen, dass die Veränderung des Handlungsspielraumes der Spitäler und damit auch die Auswirkungen des KVG in entscheidendem Masse von der kantonalen Umsetzung des KVG sowie den kantonalen Spital-, Führungs- und Finanzierungsstrukturen abhängen. Dabei sind die öffentlichen Spitäler von den neuen Rahmenbedingungen stärker betroffen als die Privatkliniken, weil sie von der Spitalplanung und der kantonal unterschiedlichen Führung und Finanzierung der Spitäler unmittelbar betroffen sind. Spürbare Veränderungen haben sich aufgrund der Fallbeispiele durch die Spitalplanung, im Tarifbereich und die massgebliche Veränderung der Versichertenkategorien durch den Ausbau des Leistungskatalog und die Trennung der Grund- von der Zusatzversicherung ergeben:

- Die Spitalplanung führte vor allem in Kantonen mit restriktiver Umsetzung zu deutlichen Veränderungen, indem teilweise Spitäler geschlossen und die Spitäler zu einem Bettenabbau verpflichtet wurden (s. Kapitel 3.1.3.).
- Der Tarifbereich wurde durch die härtere Verhandlungskultur, die Forderung nach Kostentransparenz und die Regelung der Spitalfinanzierung bei subventionierten Spitälern, die zu zahlreichen Streitfällen führte, beeinflusst (s. Kapitel 3.1.4.).
- Die durch das KVG bewirkte Reduktion des Marktvolumens im Zusatzversicherungsbereich hat insbesondere die Privatspitäler getroffen, die teilweise neue Strategien zur Erhöhung des PatientInnenenguts entwickeln mussten (s. Kapitel 3.1.2.).

3.1.2. Trennung der Grund- von der Zusatzversicherung/ Erweiterung des Leistungskatalogs

Die Trennung der OKPV von der Zusatzversicherung und der Leistungsausbau in der Grundversicherung hat gemäss den befragten Spitalverbänden, Spitälern und Kantonen durch folgende Wirkungen zu einem deutlichen Rückgang des Zusatzversicherungsvolumens geführt:

- Die OKPV deckt ein grösseres Leistungsspektrum ab und hat sich verteuert. Die Zusatzversicherungen sind für viele Versicherte unerschwinglich geworden.
- Die bestehende Regelung, dass die Kosten der allgemeinen Abteilung bei Zusatzversicherten in einem Spital innerhalb des Wohnkantons aufgrund des fehlenden Beitrags der Kantone über die OKPV nur zu maximal 50% gedeckt werden, hat gemäss den Privatkliniken zu einer deutlichen Verteuern der Zusatzversicherungen geführt. Gemäss den Schätzungen einer Klinik sind die Prämien der Zusatzversicherungen aufgrund des fehlenden „Sockelbeitrags“ und der dadurch notwendigen Quersubventionierung um 20% bis 30% zu hoch.

Diese neuen Rahmenbedingungen haben gemäss den Privatkliniken einerseits zu einer Abnahme der Anzahl zusatzversicherter Personen (Privat- und Halbprivatversicherte) und andererseits zu vielen Rückstufungen (von privat zu halbprivat) resp. zu materiellen Reduktionen geführt, was zu einem Einnahmenverlust bei zusatzversicherten PatientInnen geführt hat.

Der Rückgang des Marktvolumens der Zusatzversicherten betrifft die Privatkliniken in ausgeprägtem Masse, da sie in spezieller Weise auf die Zusatzversicherten angewiesen sind. Teilweise hat sich ihre Ertragssituation merklich verschlechtert. Mehrere befragte Kliniken mussten ihr Bettenangebot reduzieren. Gemäss der Schweizerischen Vereinigung der Privatkliniken (SVPK) verfügen rund drei Viertel der Privatkliniken auch über eine allgemeine Abteilung. Aufgrund der nicht vollkostendeckenden Tarife können sie diese jedoch nicht kostendeckend betreiben und müssen sie über die Zusatzversicherung quersubventionieren. Der Rückgang des Marktvolumens im Zusatzversicherungsbereich hat zu einer deutlichen Verringerung des Volumens für Quersubventionierungen geführt (vgl. auch Prognos 2000a). Um den Ertragsausfall zu kompensieren, verfolgen die Kliniken verschiedene Strategien:

- Gemäss mehreren Privatkliniken und dem KSK wird der Wettbewerb im Zusatzversicherungsmarkt intensiver geführt. Einerseits werden gemäss dem KSK die Leistungen besser vermarktet und ausgebaut. Andererseits werden im Rahmen neuer Versicherungsprodukte zusätzliche Leistungen angeboten. Gemäss der SVPK versuchen die Privatkliniken, eine bessere Leistungsqualität anzubieten (v.a. im Pflegebereich, dem Handling und der Betreuung durch die Ärzte).
- Vermehrte Angebote im teilstationären Bereich.
- Im Kanton Thurgau haben mehrere Kliniken ihr bestehendes Angebot auf allgemein versicherte PatientInnen ausgedehnt.
- Die Einnahmefälle haben insbesondere bei den Privatspitälern zu einem verbreiteten Spektrum an Kosteneindämmungsmassnahmen geführt, indem die Massnahmen „Reduktion der Bettenzahl“ und die Leistungsverlagerung in den ambulanten Bereich durch Kooperationen mit anderen Spitälern und die Einführung von Fallkosten ergänzt wurden (Prognos 2000a).

Die Trennung der OKPV und der Zusatzversicherung hat gemäss mehreren Privatspitälern zu Unsicherheiten geführt, indem es aufgrund des umfassenden Leistungskatalogs in der OKPV zunehmend schwieriger wird, mit Ausnahme von Serviceleistungen neue eigenständige Zusatzversicherungsleistungen anzubieten.

Auch bei den öffentlichen Spitälern, die generell über einen deutlich geringeren Anteil an Privat- und HalbprivatpatientInnen verfügen, mussten im Bereich der Zusatzversicherung aufgrund der geringeren Anzahl Versicherter Einnahmenreduktionen und damit ein geringeres Volumen für Quersubventionierungen in Kauf genommen werden. Im Unterschied zu den Privatkliniken werden die dadurch gestiegenen Defizite grösstenteils durch eine zusätzliche Defizitdeckung seitens der Kantone gedeckt (Prognos 2000a). Bei den öffentlichen Spitälern hat die Trennung der OKPV und der Zusatzversicherungsleistungen gemäss mehreren Spitälern zu einem grösseren administrativen Aufwand geführt (erweiterte PatientInnenbefragung, Einholen von Kostengutsprachen, aufwendigere Rechnungsstellung).

3.1.3. Spitalplanung

Zum Thema Spitalplanung wurde bisher noch keine umfassende Evaluation erstellt. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung erfolgt aus methodischen und aufwandsmässigen Gründen ergänzend zur bestehenden Bestandesaufnahme (Rothenbühler

1999) eine erste grobe Beurteilung des Vollzugs und der Auswirkungen der kantonalen Spitalplanungen.

a) Vollzug der kantonalen Spitalplanung

Wie ist der Vollzugsstand der kantonalen Planungen zu beurteilen?

Die im Jahr 1999 erstellte Bestandesaufnahme des Stands der Spitalplanungen und der Spital- und Pflegeheimlisten (Rothenbühler 1999) zeigt, dass alle Kantone mit der Planung der stationären Gesundheitsversorgung und dem fristgerechten Einreichen der Spitallisten die gesetzlichen Erfordernisse erfüllt haben. Bisher haben die Spitallisten jedoch erst in einem Teil der Kantone Rechtskraft erhalten. Die Spitalplanung ist von den Kantonen zeitlich und inhaltlich unterschiedlich umgesetzt worden. Während die Planungen in einigen Kantonen schnell vorankamen, gab es in anderen Kantonen aufgrund des schwierigen politischen Prozesses und den Beschwerden an den Bundesrat, die meist von den Versicherern ergriffen wurden, erhebliche Verzögerungen. Das KVG lässt wichtige Begriffe im Planungsbereich offen (z.B. „bedarfsgerechte Planung“), was dazu führte, dass der Bundesrat die entsprechenden Interpretationen über die Rechtsprechung und entsprechende Richtlinien klären musste. Die Rechtsprechung des Bundes ist jedoch umstritten, was zu weiteren Vollzugsschwierigkeiten führte. So kritisiert beispielsweise die SDK die Planungsgrundsätze des Bundesrates als zu formalistisch und inhaltlich teilweise als nicht förderlich zum Abbau von Überkapazitäten. Ein befragter Kanton und die SVPK kritisieren die Orientierung an der Bettenbedarfsplanung, die noch keine Kapazitätsreduktion oder Kostenreduktion garantiert.

Welchen Einfluss hatte das KVG auf die kantonalen Planungsprozesse?

Gemäss der SDK hat die Planungspflicht des KVG zu einem zusätzlichen Druck geführt, durch den der Planungsprozess in den Kantonen beschleunigt wurde. Im Vergleich zu den früheren Planungen der Kantone werden unter dem KVG durch den expliziten Auftrag zur Kapazitätsreduktion und zur Kosteneindämmung verstärkte Anstrengungen in diese Richtung festgestellt. Gemäss der SDK, H+ und dem KSK ist für diesen verstärkten Druck zum Abbau von Kapazitäten jedoch vor allem die verschlechterte finanzielle Situation der Kantone und der damit einhergehende Kostendruck verantwortlich. Das KVG bietet den Kantonen ein Instrument, aus finanziellen Gründen Kapazitäten abzubauen (v.a. Schliessung von Spitälern) und damit finanzielle Einsparziele zu erreichen.

Wie restriktiv sind die Spitalplanungen der Kantone ausgestaltet?

Die Auswertung der Bestandesaufnahme der Spitalplanungen (Rothenbühler 1999) zeigt folgende Ergebnisse (vgl. auch Anhang 2):

- Von den Kantonen mit einer überdurchschnittlichen Akutbettendichte wird die Spitalliste nur von einer Minderheit (ZH, BE, TI) dazu eingesetzt, um mittels Spitalschliessungen einen Abbau der vorhandenen Überkapazitäten einzuleiten.
- Die Kantone mit unterdurchschnittlicher Akutbettendichte (v.a. kleinere Kantone) sehen keine Spitalschliessungen und nur geringfügige Bettenreduktionen vor.

Insgesamt können die Spitalplanungen der Kantone mit Ausnahmen aufgrund der nur spärlich vorgenommenen Betriebsschliessungen als nicht sehr restriktiv beurteilt werden. Vor allem von Seiten der Versicherer wird den Kantonen vorgeworfen, dass sie in den meisten Fällen im Stile von „Inventarlisten“ alle Spitäler auf die Spitalliste aufgenommen haben und damit Strukturpolitik betreiben.

Welche Faktoren beeinflussen den unterschiedlichen Restriktionsgrad der kantonalen Planungen?

1) Politische Faktoren

Der Planungsprozess ist in hohem Masse politisch geprägt. Gemäss mehreren befragten Vertreter von Bundesbehörden sowie Leistungserbringer- und Versichererverbänden wird im politischen Prozess entschieden, was in der Spitalplanung umsetzbar ist. Entscheidende Faktoren sind der finanzielle Druck, der auf den Kantonen lastet, die Intensität des Widerstandes des Parlamentes und der Bevölkerung sowie Vorgaben des Bundesrates im Rahmen von Beschwerdeentscheiden. Da einschneidende Massnahmen wie Spitalschliessungen immer noch auf grossen Widerstand der Bevölkerung stossen, verhalten sich die Kantone gemäss der Beurteilung des KSK und H+ bei der Spitalplanung vorsichtig. Restriktive Massnahmen werden erst ergriffen, wenn ein grosser finanzieller Einsparungsdruck besteht (Bsp. ZH) oder der Abbau von Kapazitäten politisch auferlegt wurde (Bsp. TI). Wie das Beispiel des Kantons Zürich (s. Anhang 1) zeigt, werden die politisch umsetzbaren Massnahmen sorgfältig abgeschätzt.

Betreffend den politischen Widerstand bestehen zwischen den Kantonen erhebliche Unterschiede. Während in den untersuchten Fallbeispielen im Kanton Zürich eine vergleichsweise restriktive Planung politisch durchgesetzt werden konnte, waren Spitalschliessungen im Kanton Tessin erst nach einem längeren politischen Prozess und aufgrund einer Intervention des Bundesrates möglich. Auf der kantonalen politischen

Ebene bestehen seitens des Parlaments und des Souveräns Sanktionsmöglichkeiten, die aus arbeitsmarktlichen und historischen Gründen oft verhindert haben, dass restriktive Planungen oder Spitalschliessungen realisiert werden konnten. An den politischen Bedingungen gescheitert sind gemäss der SDK beispielsweise die Anstrengungen der Kantone Fribourg, St. Gallen und Waadt. Teilweise wurden sogar Regierungsräte nicht mehr gewählt, weil sie sich zu weit vorgewagt hatten. In St. Gallen wurden die Spitalschliessungspläne klar abgelehnt. Im Kanton Solothurn wehrte sich die Bevölkerung erfolgreich gegen die Schliessung des Spitals Allerheiligenberg.

2) Strukturelle Faktoren

Die Spitalplanung wird in grossem Masse von vorhandenen Überkapazitäten bestimmt. Die Fallbeispiele zeigen, dass in Kantonen mit sehr geringen Überkapazitäten (Bsp. TG) eine wesentlich geringere Notwendigkeit zur Schliessung von Spitälern besteht als in den Kantonen mit einer überdurchschnittlichen Akutbettendichte (Bsp. ZH, VD, TI). Analog zeigt die Auswertung der kantonalen Spitalplanungen, dass die eher kleineren Kantone mit einer vergleichsweise tiefen Akutbettendichte keine Spitalschliessungen und nur geringfügige Bettenreduktionen vorsehen. Die Kantone mit einer überdurchschnittlichen Akutbettendichte schlagen mit wenigen Ausnahmen vor allem eine Reduktion der Betten in der Grössenordnung von 30% bis 40% vor.

3) Behandlung der Privatkliniken

Zur Behandlung der Privatkliniken bestehen unterschiedliche planerische Ansätze in den Kantonen, die sich in der Art der Spitallisten unterscheiden. Grundsätzlich kann zwischen integralen und unterteilten Spitallisten unterschieden werden (Müller 1999). Bei den integralen Listen, die nicht zwischen Spitälern mit Allgemeinabteilung und solchen mit Halbprivat- und Privatabteilung unterscheiden, sind in den Spitälern auf dieser Liste alle Abteilungen zur Tätigkeit zulasten der OKPV zugelassen. Bei der unterteilten Spitalliste (Bsp. ZH, TG) wird unterschieden zwischen einer A-Liste mit allen zur Behandlung von Allgemeinversicherten zugelassenen Spitälern und einer B-Liste mit denjenigen Spitälern, die zur Behandlung von Halbprivat- und Privatversicherten zugelassen sind. Während in den untersuchten Fallbeispielen die Kantone ZH und TG gewisse Privatkliniken zur Behandlung von nur Allgemeinversicherten zulassen und entsprechend auf der Spitalliste führen, sind die Privatkliniken im Kanton Waadt ganz von Planungsbestimmungen ausgenommen. Von entscheidender Tragweite ist gemäss dem BSV jedoch der Entscheid des Bundesrates, dass im Zusatzversicherungsbereich Wettbewerb herrschen soll und die Privatkliniken deshalb auf die Spitalliste aufge-

nommen werden müssen. Damit ist gemäss BSV das Angebot privater Anbieter für die Zusatzversicherten im Bereich der OKPV nicht mehr steuerbar (vgl. Kapitel auch 2.2.2.).

Wie ist die interkantonale Zusammenarbeit im Bereich der Spitalplanung zu beurteilen?

Die interkantonale Koordination wird übereinstimmend von den Kantonen, den Leistungserbringern und den Versicherern als ungenügend erachtet. Die meisten Kantone haben im Rahmen ihrer Spitalplanung bisher noch keine weitergehende interkantonale Zusammenarbeit entwickelt, was auf die unterschiedlichen Konzepte der Spitalplanung und die unterschiedlichen Randbedingungen zurückgeführt wird (Rothenbühler 1999). Die SDK vertritt jedoch die Ansicht, dass im interkantonalen Bereich Fortschritte erzielt werden konnten. Sie verweist dabei auf die bestehenden interkantonalen Planungen (Kantone Basel-Stadt und Basel-Land; Kantone Uri, Nidwalden und Obwalden) und die vielfältigen Absprachen in Grenzgebieten.⁸ Gemäss dem KSK bewirkte die Spitalplanung vor allem bei den kleinen Kantonen verstärkte Koordinationsbemühungen. Diese haben sich verstärkt mit den Universitätskantonen abgesprochen und eine entsprechende Koordination eingeleitet (z.B. in den Bereichen Herz- und Hirnchirurgie und Rehabilitation).

Von verschiedenen Kantonen, Leistungserbringern und dem KSK wird ein zunehmender Föderalismus durch die Spitalplanung beklagt. Aufgrund der Verpflichtung des KVG zur kantonalen Spitalplanung haben sich die meisten Kantone beinahe ausschliesslich auf ihr Kantonsgebiet beschränkt. Ziel war eine möglichst hohe Autonomie zu erreichen. Massgebend war dabei die Rechtsprechung des Bundesrates, der entschieden hatte, dass die Kantone zur Deckung ihres Bedarfs in erster Linie auf die innerkantonalen Kapazitäten abstellen dürfen. Wenn die Lücken nicht gedeckt werden können, kann der Kanton versuchen, diese durch die Aufnahme von ausserkantonalen Spitälern zu decken. Dies hat einerseits zu einer mangelnden interkantonalen Koordination der Kapazitäten und andererseits zu einer Abnahme der Möglichkeiten zur ausserkantonalen Hospitalisation geführt. Ein Kanton erwähnt explizit, dass die Mög-

8 Weitere Beispiele von bilateralen und multilateralen Abkommen für die Versorgung angrenzender Gebiete und für die Versorgung mit Spitzenmedizin und hochspezialisierter Medizin werden in Anhang 2 dargestellt.

lichkeiten der ausserkantonalen Hospitalisierung stark erschwert wurde und einige grenznahe Spitäler deswegen geschlossen werden mussten.

Als ungenügend wird die interkantonale Koordination vor allem in folgenden Bereichen erachtet:

- Vielfältig kritisiert wird die Koordination an den Kantonsgrenzen:
 - Ein Kanton weist darauf hin, dass er mit zwei Grenzkantonen keine Freizügigkeitsregel zustande gebracht hat. Gemäss dem KSK verpflichtet ein Urteil des EVG die Versicherer, in diesen Fällen dennoch die erbrachten Leistungen zu vergüten.
 - Der Verband der öffentlichen Spitäler des Kantons Waadt (FHV) vermisst eine verstärkte interkantonale Koordination (vgl. Anhang 1),
 - Ein kantonaler Spitalverband stellt fest, dass durch die kantonale Planung zwei Spitäler, die nahe an der Kantonsgrenze liegen, aufrechterhalten werden können.
- Es wird darauf hingewiesen, dass die Trägerkantone der Universitätsspitäler, die Kantone mit grossen Kantonsspitalern und die Standortkantone hochspezialisierter Kliniken die Steuerung der spitzenmedizinischen Angebote noch nicht oder nicht umfassend koordinieren (Rothenbühler 1999). Spezielle Kritik wird an den drei Deutschschweizer Universitätsspitalern geübt, die an einem möglichst umfassenden Angebot festhalten, was zu Überkapazitäten und Doppelspurigkeiten führt.
- Ein befragtes Spital hat festgestellt, dass durch die Spitalplanung teilweise spezifische Kapazitäten (z.B. MRI-Untersuchung) neu aufgebaut statt interkantonale genutzt werden.
- Gemäss KSK ist die interkantonale Koordination insbesondere bei den Notfallaufnahmen und der Notfallversorgung ungenügend.

Neu verlangt der Bundesrat gemäss einer kantonalen Behörde, dass die Kantone ihre Planungen interkantonale abstimmen. Von verschiedenen Seiten (insbesondere von den Versicherern und auch Rothenbühler 1999) wird eine überregionale Koordination gefordert.

Inwiefern besteht eine Koordination mit anderen Leistungsbereichen?

Die grosse Mehrheit der Kantone beschränkt sich auf eine Bettenbedarfsplanung (Rothenbühler 1999). Nur in einzelnen Fällen wurden die Spitalplanungen mit Überlegungen für den ambulanten und den teilstationären Bereich (Diagnostik, Therapie, teilstationäre und ambulante Rehabilitation) verbunden.

Diese sektorale Teilplanung ohne Berücksichtigung der gegenseitigen Beziehungen und Abhängigkeiten zwischen dem ambulanten, dem teilstationären und dem stationären Bereich wird als suboptimal kritisiert, da sie sich durch Verlagerungen kontraproduktiv auswirken kann (Rothenbühler 1999). Gefordert wird der Einbezug des ambulanten und teilstationären Bereichs in die Planung resp. eine Abstimmung des stationären Bereichs mit diesen Bereichen. Die SDK weist jedoch darauf hin, dass der Einbezug des ambulanten Bereichs in die Planung technisch schwierig ist, weil die entsprechenden Instrumente noch fehlen.

Welche Probleme ergaben sich durch die Spitalplanung für die privaten im Unterschied zu den öffentlichen Spitälern?

Die Spitalplanung hat bei den Privatspitälern zu grossen Unsicherheiten geführt. Kritisiert wird, dass die Spitalplanung von den Kantonen nur sehr zögerlich umgesetzt wurde und in vielen Kantonen lange unklar blieb, wie die Privatkliniken behandelt würden. Nicht geregelt war, auf welcher Liste die Privatkliniken geführt und ob ein Teil der Leistungen der OKPV bei zusatzversicherten PatientInnen durch die Kantone abgegolten würde („Sockelbeitrag“). Diese Unklarheiten haben zu Unsicherheiten in den Investitionsentscheiden und teilweise zu Verlusten im Geschäft mit ausserkantonalen PatientInnen geführt. In mehreren untersuchten kantonalen Fallbeispielen (ZH, TI) wird dem Kanton seitens der Privatspitäler vorgeworfen, dass er in der Planung die öffentlichen Spitäler gegenüber den privaten bevorzugt habe. Die SDK hat ebenfalls festgestellt, dass einige Kantone versucht haben, Kapazitäten möglichst bei den Privatkliniken abzubauen resp. die Kapazitäten bei öffentlichen Spitälern nicht stärker abgebaut haben als bei privaten. Mehrere befragte Vereinigungen von Privatkliniken werfen den Kantonen in diesem Zusammenhang eine willkürliche Umsetzung der Spitalplanung vor, die vor allem in der Doppelrolle der Kantone als Planer und Betreiber der öffentlichen Spitäler gründet.

b) Auswirkungen der kantonalen Spitalplanungen

Welche Auswirkungen haben die kantonalen Spitalplanungen bei den Spitälern ausgelöst?

Aufgrund der kantonalen Fallbeispiele (vgl. Anhang 1) konnten generell folgende Auswirkungen erzielt werden:

- Schliessung oder Umnutzung von Spitälern (ZH, TI),
- Personalabbau (ZH),
- Vermehrte Kooperationen und Fusionen von Spitälern (ZH, VD, TI),
- Leistungsreduktion von nicht berücksichtigten Privatklinken, die vor Inkrafttreten des KVG in der allgemeinen Abteilung tätig waren (ZH, TI),
- Bettenreduktion (ZH, TI, VD),
- Bessere Auslastung sowie Um- und Ausbauten der verbliebenen Spitälern bei Spitalschliessungen (ZH),

Die Auswirkungen in den Kantonen sind jedoch je nach kantonomer Umsetzung sehr unterschiedlich. In Kantonen mit einer restriktiven Umsetzung (z.B. ZH) konnten bedeutendere Effekte erzielt werden als in den übrigen Kantonen (z.B. VD).

Die SDK vertritt die Auffassung, dass die Kantone durch ihre Anstrengungen enorme Kapazitätsreduktionen erzielt haben. H+ schätzt, dass seit Inkrafttreten des KVG rund 10% der Akutbetten abgebaut worden sind. Gemäss der Bestandesaufnahme (Rothenbühler 1999) haben die von den Kantonen eingeleiteten kurzfristigen Massnahmen im stationären Bereich der Gesundheitsversorgung spürbare Auswirkungen gezeigt: Bis Anfang 1999 schätzungsweise 2'000 Akutbetten abgebaut, 8 Akutspitäler geschlossen oder umgenutzt und zwischen 600 und 700 Stellen gestrichen. Dies entspricht im Vergleich mit den gesamtschweizerischen Daten für 1998 (BSV 2000b) einem Abbau von rund 7% der Akutbetten, 4% der Akutspitäler und 1% der Beschäftigten. Die direkten Auswirkungen in den untersuchten Kantonen lassen sich wie folgt bilanzieren (vgl. Anhang 1):

- Im Kanton Zürich wurden sechs Regionalspitäler geschlossen. Zwei Regionalspitäler haben fusioniert. Eine weitere Fusion steht bevor. Bis 1998 mussten 600 Akutbetten und 500 Stellen abgebaut werden. Bis zum Jahr 2005 ist ein weiterer Abbau von 600 Betten und den entsprechenden Stellen zu vollziehen. Gemäss den kantonalen Behörden hat die Spitalplanung zu einem spürbaren Bettenabbau und zu einer erheblich besseren Auslastung der verbliebenen Spitäler geführt.

- Im Kanton Thurgau sind keine bedeutenden Auswirkungen zu verzeichnen, weil die Spitalstruktur (resp. die Überkapazitäten) bereits vor Inkrafttreten des KVG bereinigt wurden.
- Im Kanton Waadt wurde nur ein Spital umgenutzt. Bis 2005 müssen über 900 Betten abgebaut werden (Rothenbühler 1999).
- Der Tessin plant die Schliessung von sieben Spitälern, wovon vier Spitäler bereits eine Umnutzung oder Schliessung beschlossen haben. Insgesamt müssen 450 Akutbetten abgebaut werden. Auf das Jahr 2005 ist ein weiterer Bettenabbau vorgesehen. Der überwiegende Teil des Bettenabbaus muss von den Privatspitälern getragen werden

Konnte die effiziente Ressourcenverwendung gefördert und ein Beitrag zur Kosteneindämmung geleistet werden?

Die Frage, inwiefern durch die Spitalplanungen die effiziente Verwendung der Ressourcen gefördert und ein Beitrag zur Kosteneindämmung erzielt werden konnte, ist komplex und wird kontrovers diskutiert. Die Auswirkungen der Spitalplanung sind nur sehr schwierig nachzuweisen. Zur Beurteilung der Kosteneinsparungen ist ein umfassender Kostenvergleich der betroffenen kantonalen Spitäler auf Basis von umfangreichen Datengrundlagen (Mengen- und Kostengerüst) notwendig, bei dem auch verschiedene indirekte Effekte zu berücksichtigen sind. Dabei ist die bewirkte Entwicklung einer Referenzentwicklung ohne Planungseingriffe gegenüberzustellen. Folgende Fragen gilt es zu klären:

- Welche Kosten verursachten die kantonalen Spitäler vor der Umsetzung der Spitalplanung? Wie hätten sich die Kosten ohne Planungseingriffe entwickelt?
- Welche Ausweichreaktionen resp. Verlagerungen finden durch Betriebsschliessungen und Bettenreduktionen statt (Kosten der neuen Nutzungsformen wie der Langzeitpflege; Verlagerungen in den ambulanten und teilstationären Bereich)?
- Welche zusätzlichen Kosten entstehen bei den übrig gebliebenen Spitälern? Werden die Leistungen bei Betriebsschliessungen in den übrigen Spitälern wirtschaftlicher erbracht? Welche Kosten entstehen durch den allfälligen Aufbau zusätzlicher Kapazitäten (Infrastruktur, Geräte)?

Auf eine quantitative Auswirkungen der Spitalplanungen wurde bei den Fallbeispielen aufgrund der teilweise unvollständigen Datengrundlagen und aus Aufwandsgründen verzichtet. Die Beurteilung der Frage, inwiefern die Spitalplanung einen Beitrag zur

Kosteneindämmung geleistet hat, stützt sich demzufolge auf die qualitativen Ergebnisse der Interviews.

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass vor allem in Kantonen mit restriktiver Planung, in denen auch Spitäler geschlossen werden, ein gewisser Beitrag zur verbesserten Ressourcennutzung und zur Kosteneindämmung geleistet werden konnte:

- Gemäss der Bestandsaufnahme (Rothenbühler 1999) konnten mit der Spitalplanung vor allem kurzfristig gewisse Einsparungen erzielt werden. Es wird geschätzt, dass die bis Anfang 1999 umgesetzten Massnahmen (Abbau von 2'000 Akutbetten, Schliessung von 8 Akutspitälern, Streichung von 600 bis 700 Stellen) jährlich ungefähr 215 Mio. CHF eingespart werden. Kritisiert wird jedoch, dass sich die Diskussion um die Kosteneindämmung im stationären Bereich hauptsächlich um den Bettenbedarf dreht, und andere wichtige kostenverursachende Faktoren wie die Diagnose- oder Behandlungskapazitäten oder die Verschreibpraxis nicht miteinbezogen werden.
- Die SDK vertritt die Auffassung, dass das KVG die Planungsprozesse in den Kantonen beschleunigt und zu einem deutlichen Kapazitätsabbau geführt hat. Dadurch konnte ihrer Ansicht nach ein Beitrag zur effizienten Ressourcenverwendung und zur Kosteneindämmung geleistet werden. Hingewiesen wird jedoch darauf, dass sich der Abbau von Kapazitäten politisch nicht so schnell umsetzen lässt.
- Der Kanton Zürich schätzt, dass die Spitalplanung zusammen mit den Vorgaben im Rahmen des Globalbudgets im Vergleich zu einem Referenzszenario ab 1998 zu jährlichen Einsparungen von 10 bis 20 Mio. CHF geführt hat. Diese Einsparungen entsprechen rund 5% des Kantonsanteils bei den subventionierten Spitälern.

Das KSK geht davon aus, dass vor allem auch durch die verbesserte Koordination der kleinen Kantone mit den Universitätskantonen ein Beitrag zur Kosteneindämmung geleistet werden konnte, weil sonst die betreffenden Kapazitäten in den Kantonen aufgebaut worden wären. Ebenso vertritt der Kanton Waadt die Auffassung, dass die Fusionen und die verstärkte Zusammenarbeit unter den Spitälern die Nutzung der Ressourcen verbessert hat.

Die befragten Leistungserbringer sind jedoch sehr kritisch gegenüber dem Nutzen der Spitalplanung eingestellt. Im Kanton Zürich mit restriktiver Planung weisen sie auf

bedeutende Verlagerungseffekte, im Kanton Waadt auf die ungenügend restriktive Planung sowie die ungenügende interkantonale Koordination hin. Während die befragten Spitalverbände und Spitäler des Kantons Zürich an der Erzielung von Einsparungen durch die Spitalplanung ernsthaft zweifeln, gehen die Spitäler des Kantons Waadt nur von sehr geringen Auswirkungen und entsprechenden Einsparungen aus (vgl. auch Anhang 1):

- Gemäss den befragten öffentlichen Spitalern des Kantons Zürich ist der Nutzen der Spitalplanung nicht klar. Die vorliegenden Daten sind ihrer Ansicht nach für eine abschliessende Beurteilung ungenügend.
- Die öffentlichen und privaten Spitäler weisen auf bedeutende indirekte Verlagerungseffekte hin, die der Kosteneindämmung entgegenlaufen. Vermutet wird, dass die Schliessung der Regionalspitäler zu einer Verschiebung des Erbringens günstiger Basismedizin in teurere Spitäler geführt hat. Zudem mussten die grösseren Zentrumsspitäler aufgrund der zusätzlichen PatientInnen teilweise ihre Infrastruktur ausbauen. Hingewiesen wird auch darauf, dass die Umwandlung von Spitalern in Pflegeheime oder Privatkliniken die gesamten Gesundheitskosten nur bedingt senken.
- Die befragten Spitäler des Kantons Waadt beurteilen die Spitalplanung hinsichtlich einer besseren Ressourcenverwendung und Kosteneindämmung als ungenügend, weil sie ihrer Ansicht nach vor allem der Strukturhaltung dient. Die erreichten Kosteneinsparungen werden von einem Spital eher auf die Vorgaben im Rahmen des Globalbudgets als auf die Spitalplanung zurückgeführt.

Ebenfalls kritisch eingestellt sind einige befragte Versicherer sowie einzelne andere Kantone:

- Mehrere Versicherer bemängeln, dass ein Grossteil der Spitalisten lediglich den „Status Quo“ fortführen und damit keine relevanten Einsparungen erzielt werden können.
- Ein Kanton sowie ein Versicherer bezweifeln ebenfalls, dass die Schliessung von kleinen Spitalern mit günstigen Betriebskosten und die damit zusammenhängende Verlagerung in besser ausgestattete Spitäler wirtschaftlich ist. Einerseits können zwar Infrastrukturkosten gespart werden, andererseits wird jedoch vermutet, dass die Behandlung einfacher Fälle in diesen Spitalern heute höhere Kosten verursacht.

Insgesamt gehen wir davon aus, dass durch die Spitalplanung bisher nur ein geringer Beitrag an eine verbesserte Ressourcennutzung und nur in einem sehr geringem Masse ein Beitrag zur Kosteneindämmung geleistet werden konnte. Dies aus folgenden Gründen:

- Die Spitalplanung wird nur in sehr wenigen Kantonen restriktiv vollzogen. Spitalschliessungen resp. -umnutzungen sind Ausnahmen. Der alleinige Abbau von Betten genügt für einen substantiellen Abbau von Überkapazitäten noch nicht.
- Die inner- und die interkantonale Koordination der Spitalplanungen ist mangelhaft. Es ist davon auszugehen, dass durch die kantonale Fokussierung bei der Planung sogar zusätzliche Kapazitäten aufgebaut wurden.
- Die teilstationären und ambulanten Behandlungen werden in der Planung zu wenig berücksichtigt. Dadurch besteht bei einem verordneten Bettenabbau im stationären Bereich die Gefahr von Verlagerungen in diese Bereiche.
- Spitalschliessungen stehen indirekten Verlagerungseffekte gegenüber (höhere Behandlungskosten bei der Schliessung von vergleichsweise günstigen Spitälern; Aufbau von zusätzlicher Infrastruktur; Verlagerung in andere Leistungserbringerebereiche bei Umnutzungen), die den erzielten Einsparungen an Infrastrukturkosten entgegengestellt werden müssen.

3.1.4. Tarifierung und Finanzierung

a) Auswirkungen des KVG auf den Tarifbereich

Die Auswirkungen des KVG auf den Tarifbereich wurden umfassend untersucht (INFRAS 2000). Im Folgenden werden die wichtigsten die Spitäler betreffenden Ergebnisse zusammengefasst. Da die neue gesamtschweizerische Tarifstruktur im ambulanten Bereich (TarMed) noch nicht in Kraft ist, wird der Fokus auf den stationären Bereich gelegt.

Welche Auswirkungen hatte das KVG auf die Tarifverhandlungen im Spitalbereich?

Das KVG hat die Tarifverhandlungen zwischen den Versicherern und den Spitälern durch folgende Rahmenbedingungen massgeblich beeinflusst (INFRAS 2000):

- Politischer Druck zu Kosteneinsparungen,
- Regelung der Spitalfinanzierung, die neu gesetzlich verankert wurde; Betriebswirtschaftliche Bemessung der Tarife.

- Neue Vertragsverhandlungen im ambulanten Bereich aufgrund der Bestimmung, dass bei Verträgen mit Einzelleistungstarifizierung die Tarifstruktur auf gesamtschweizerischer Ebene auszuhandeln ist.

Generell haben sich die Rollen und der Einfluss der Spitäler und der Versicherer wie folgt geändert:

- Die Versicherer üben einen erhöhten Druck auf die Spitäler aus und haben ihre Streitbereitschaft wesentlich erhöht. Dadurch, dass sie betreffend die Tarife bei den subventionierten Spitälern durch die Empfehlungen des Preisüberwachers (Forderung nach Kostentransparenz; Anwendung der entwickelten Tarifberechnungsgrundsätze) und die Tarifentscheide des Bundesrates gestärkt geworden sind, hat ihr Einfluss auf die Tarifverhandlungen deutlich zugenommen.
- Die Spitäler sehen sich von den Versicherern verstärkt unter Druck gesetzt und befinden sich gegenüber der Situation unter dem KUVG in einer geschwächten Verhandlungsposition. Die subventionierten Spitäler werden zusätzlich von den Kantonen unter finanziellen Druck gesetzt.

Im ambulanten Bereich muss die bisher kantonal vereinbarte Tarifstruktur durch eine gesamtschweizerische Tarifstruktur mit kantonalen Taxpunktwerten ersetzt werden. Gemäss Art. 8 EinfKVG hätte der entsprechende Tarifvertrag spätestens Ende 1997 abgeschlossen werden müssen. Die Verhandlungen der Tarifpartner (H+, FMH, KSK, Medizinaltarifkommission MTK, Eidg. Invalidenversicherung und Eidg. Militärversicherung) gestalten sich als schwierig und ziehen sich in die Länge. Mitte September 2000 hat der Bundesrat die Tarifstruktur TarMed unter der Bedingung genehmigt, dass die Tarifpartner einen Vertrag über die kostenneutrale Einführung der Tarifstruktur abschliessen (BSV 2000a). Am 18. April 2001 hat das KSK gemäss einer Medienmitteilung (KSK 2001a) die revidierte neue Tarifstruktur genehmigt. Die Versicherer fordern ebenfalls eine kostenneutrale Einführung des neuen Einzelleistungstarifs. Noch ausstehend ist jedoch die Zustimmung der FMH und die anschliessende Genehmigung durch den Bundesrat. Damit ist weiterhin offen, wann die neue Tarifstruktur TarMed tatsächlich eingeführt wird.

Im stationären Bereich werden die Verhandlungen weiterhin von den kantonalen Versicherer- und den kantonalen Spitalverbänden geführt. Die vom Gesetzgeber erhoffte Entkartellierung bei den Tarifverträgen hat damit noch nicht stattgefunden (INFRAS 2000). Die Aushebung des Verbandszwangs hat bisher nur zu einer sehr geringen An-

zahl und unbedeutend von den Verbandsverträgen abweichenden Sonderverträgen geführt. Das geänderte Verhalten der Tarifpartner hat jedoch zu wesentlich härteren, aber sachlicheren Verhandlungen geführt (INFRAS 2000). Durch die konsequente Verfolgung der eigenen finanziellen Interessen der Tarifpartner in den Tarifverhandlungen und der Kantone in den Tariffestsetzungen hat sich die Verhandlungskultur wesentlich verschlechtert. Vertragsabschlüsse sind wesentlich schwieriger geworden. Im Spitalbereich hat das KVG zu einem besonders angespannten Verhandlungsklima und in der Folge zu zahlreichen Beschwerden vor allem bei öffentlichen Spitälern geführt. Massgeblicher Streitpunkt war dabei die Frage, welchen Anteil der Kosten die Versicherer übernehmen müssen (Höhe der anrechenbaren Kosten und zu übernehmende Deckungsquote resp. Erfordernisse betreffend Kostentransparenz). Da die Tarifpartner ihre eigenen Interessen verfolgen und möglichst hohe Einnahmen erzielen (Spitäler) resp. möglichst einen geringen Teil der Kosten übernehmen wollen (Versicherer und Kantone), werden in den Verhandlungen gegensätzliche Forderungen gestellt. Für das häufige Scheitern der Verhandlungen sind neben dem gestiegenen Kostendruck die Spitalfinanzierungsregel (mit der anfänglich unklaren Definition der Berechnung der anrechenbaren Kosten) und die Bestimmung, dass die Tarife betriebswirtschaftlich zu bemessen sind (mit der unklaren Definition der Erfordernisse zur Erreichung der Kostentransparenz) verantwortlich. Die Versicherer versuchen, mittels Betriebsvergleichen (Benchmarking) zusätzlich Druck auf die Spitälern auszuüben. Kostenvergleiche werden jedoch aufgrund fehlender Datengrundlagen (vergleichbare Kostenrechnungen; Diagnosecodes, die von den Spitälern nicht herausgegeben werden) und der fehlenden Leistungstransparenz nur behelfsmässig und in geringem Umfang durchgeführt.

Die im Rahmen der kantonalen Fallbeispiele durchgeführten Befragungen bestätigen im Wesentlichen die dargestellten Ergebnisse. Gemäss den befragten Spitalverbänden und Spitälern übt das KVG einen wesentlichen Einfluss auf den Tarifbereich aus. Die Tarifverhandlungen haben sich in allen vier untersuchten Kantonen deutlich verschärft und sind mühsamer, aufwendiger und langwieriger geworden. Die Mehrheit der befragten Spitalverbände und Spitälern kritisieren die Haltung der Versicherer. Sie werfen ihnen vor, die Tarifverhandlungen zu blockieren, indem sie sich auf Tarifierduktionen fixieren. Folgende Vollzugsaspekte werden kritisiert:

- Die Versicherer beanstanden in den Verhandlungen gestützt auf die Empfehlungen des Preisüberwachers und die Entscheide des Bundesrates die mangelnde Kostentransparenz seitens der Spitäler. Nach wie vor fehlen jedoch die Vorgaben zur Kostenrechnung.
- Der Begriff der anrechenbaren Kosten wird als ungenügend definiert empfunden. Dies führt dazu, dass die Umsetzung der dualen Spitalfinanzierungsregel infolge der umstrittenen Abzüge weiterhin unklar ist. Die pauschalen Abzüge können für einige Spitäler zur Existenzfrage werden. So wurden beispielsweise bei den Privatkliniken im Kanton Tessin durch die Versicherer Pauschalabzüge für die Ausbildung geltend gemacht, obwohl beinahe keine Ausbildung erfolgt. Zudem wird bei einer Unterbelegung ein pauschaler Abzug vorgenommen, obwohl die Privatspitäler sehr viel Personal auf Abruf angestellt haben und damit die leer stehenden Betten kein Zusatzaufwand bedeuten. Im Bereich der ambulanten und der teilstationären Leistungen sehen sich die privaten gegenüber den öffentlichen Spitälern benachteiligt, indem die Tarife für die öffentlichen Spitäler investitionsbereinigt berechnet werden, jedoch auch bei den Privatspitälern gelten.
- Die Verzögerungen bei den Beschwerdeentscheiden des Bundesrates werden als sehr problematisch erachtet. So wurde beispielsweise im Kanton Zürich nach dem Scheitern der Verhandlungen durch den Regierungsrat auf den 1. Januar 2000 das PLT-System in Kraft gesetzt. Da der Rekurs der Versicherer vom Bundesrat bisher nicht entschieden wurde, entstehen grosse Vollzugsunsicherheiten. Wenn rückwirkend wieder auf das alte System umgestellt werden müsste, wäre dies mit einem sehr hohen administrativen Aufwand verbunden (Fakturierung, Abrechnungen, etc.).

Die verstärkte Beachtung von betriebswirtschaftlich basierten Tarifen hat gemäss dem KSK zu einem neuen Bewusstsein der Spitäler geführt, indem die Sensibilisierung für Überkapazitäten und die Koordination zugenommen hat.

Welche Auswirkungen hatten die geänderten Tarifverhandlungen auf die Tarifverträge?

Die härter geführten Tarifverhandlungen sowie die Entscheide des Bundesrates bei Tarifbeschwerden, in denen er praktisch allen Anträgen der Versicherer auf Tarifsenkungen gefolgt ist, haben die Entwicklung der Höhe der stationären Spitaltarife spürbar geprägt (INFRAS 2000). Diese durch das KVG geprägten Änderungen im Tarifbereich haben zu einer weitgehenden Stabilisierung der Tarife beigetragen, indem nur

noch sehr moderate Tarifierhöhungen durchsetzbar waren. Bei den Privatkliniken hat der Kostendruck gemäss der SVPK und dem KSK dazu geführt, dass keine kostendeckenden Tarife resultieren und die Privatkliniken die Leistungen in der OKPV über die Zusatzversicherungen quersubventionieren oder spezielle Finanzierungsquellen aufbauen müssen.

Bei den Tarifierungsformen dominieren im stationären Spitalbereich weiterhin die Tagespauschalen (INFRAS 2000). Festzustellen ist jedoch ein deutlicher Trend in Richtung von Fallpauschalen, deren Anteil sich insbesondere bei den öffentlichen Spitälern auf einen Anteil von 20% erhöht hat. Die neuen Pauschalisierungsformen befinden sich in der Experimentierphase und haben sich aufgrund der langen Einführungszeit und dem Bedürfnis der Tarifpartner, Erfahrungen zu sammeln, noch nicht breit durchgesetzt. In Zukunft werden vor allem diagnosebezogene Fallpreispauschalen angestrebt, wobei hier allerdings noch erhebliche Anstrengungen in der Bereitstellung der notwendigen Datengrundlagen seitens der Spitäler unternommen werden müssen. Grundsätzlich haben alle Akteure ein Interesse an neuen Tarifierungsformen, von denen sie sich bessere Anreize zur Erreichung der Ziele des KVG, erhöhte Transparenz und die Möglichkeit des Benchmarkings versprechen. Ein Teil der Versicherer ist jedoch gegenüber den neuen Tarifierungsformen sehr skeptisch und verhält sich zurückhaltend, weil Kostenerhöhungen und -verlagerungen befürchtet werden.

Hat das KVG vermehrt zu von Kantonen festgesetzten Globalbudgets geführt?

Von den Kantonen festgesetzte Globalbudgets werden von den Akteuren mehrheitlich abgelehnt, weil sie interventionistisch und schwierig zu vollziehen sind. Das KVG hat bisher keine wesentliche Verbreitung der von Kantonen festgesetzte Globalbudgets im Sinne des KVG zur finanziellen Steuerung von Spitälern bewirkt (INFRAS 2000). Globalbudgets, die die gesamten Spitalkosten umfassen, sind erst in mehreren Westschweizer Kantonen eingeführt worden (Waadt, Neuenburg, Wallis, Jura).

Welchen Einfluss hatten die Änderungen im Tarifbereich auf die Gesundheitskosten?

Die Änderungen der Rahmenbedingungen des KVG im Tarifbereich haben bisher bei den Spitälern praktisch keinen Einfluss auf die Reduktion der Gesundheitskosten ausgeübt (INFRAS 2000). Einerseits kann mit der Tarifierung kaum auf die Mengenentwicklung Einfluss ausgeübt werden. Andererseits haben die Veränderungen in der Tarifierung aufgrund von Ausweichreaktionen seitens der Spitäler aus Sicht der Akteure nicht unbedingt zu Kosteneinsparungen, sondern zu Kostenverlagerungen und

zur Kompensation allfälliger Einnahmefälle durch eine Mengenausweitung geführt. So hat der durch die Versicherer und den Bundesrat erhöhte Druck auf die Spitaltarife durch Kompensationsmassnahmen seitens der Spitäler (v.a. Verlagerungen in den ambulanten und den teilstationären Bereich) u.a. zu Kostenverlagerungen geführt. Den neuen Pauschalisierungsformen haben sich die Spitäler weitgehend angepasst. Ertragseinbussen werden durch Ausweichreaktionen (wie frühere Entlassungen, Abschiebungen in den ambulanten Bereich, Kompensationen mit Tagespauschalen) kompensiert, was zu Kostenverlagerungen geführt hat. Bei den Privatspitalern konnten aufgrund der weitgehend ausgeschöpften Rationalisierungspotenziale gemäss den Angaben der Privatkliniken keine weiteren Einsparungen erzielt werden.

b) Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierungsregeln

Welche Auswirkungen hat die Verankerung der dualen Spitalfinanzierungsregel?

Die mit dem KVG erfolgte Verankerung der dualen Spitalfinanzierungsregel (vgl. Kapitel 2.1.6.) hatte folgende Auswirkungen:

- Die duale Spitalfinanzierung führte zu einer erhöhten Streitkultur um den jeweiligen Finanzierungsanteil (Versicherer/Kantone). Aus den mit ihr verbundenen offenen und umstrittenen Definitionen resultierten Konflikte in den Tarifverhandlungen und zahlreiche Beschwerden an den Bundesrat (s. auch Ausführungen zum Tarifbereich). Unklarheit herrscht insbesondere bei der Definition der anrechenbaren Kosten und der Erfordernisse zur Erreichung der Kostentransparenz. Aufgrund der Empfehlungen des Preisüberwachers hat der Bundesrat eine Praxis entwickelt, die von mehreren Kantonen und Leistungserbringern übernommen wurde (INFRAS 2000). Die SDK und mehrere befragte Spitäler sind der Auffassung, dass der Begriff der „anrechenbaren Kosten“ nach wie vor ungenügend definiert ist. Teilweise sind die Abgrenzungen jedoch immer noch umstritten (z.B. Abzüge für Ausbildung, Lehre und Forschung). Gemäss einem Verband öffentlicher Spitäler führen die fehlenden Vorgaben dazu, dass die Spitäler die ihnen nach KVG zustehenden Beiträge aufgrund der beanstandeten mangelnden Transparenz nicht ausschöpfen können. Falls die zusätzlichen angelaufenen Kosten nicht von den Versicherern übernommen werden, müssen sie über die Defizitbeiträge des Kantons oder die übrigen Trägerschaften (Gemeinden, etc.) finanziert werden. Dadurch wird die Spitalfinanzierung beeinflusst.

- Die Verankerung der dualen Spitalfinanzierung führte gemäss der SDK in mehreren Kantonen zu einer Veränderung des kantonalen Kostenanteils der subventionierten Spitäler und damit zu einer Verlagerung der Finanzierung. Während dieser Anteil in vielen Kantonen gesenkt werden konnte (z.B. VD), musste er in wenigen Kantonen erhöht werden (z.B. VS).
- Gemäss dem KSK und dem BSV hat die duale Spitalfinanzierungsregel einen Privatisierungstrend mitausgelöst (z.B. Privatisierung von Reha-Kliniken, Spital AG TG, Privatisierungen im Kanton TI). Es wird davon ausgegangen, dass sich die Kantone durch eine teilweise Privatisierung ihrer Spitäler aus der Finanzierung des Gesundheitswesens zurückziehen wollen. Der Kanton Thurgau hält dem gegenüber, dass es sich bei der Ausgliederung der Kantonsspitäler nicht um eine Privatisierung handelt, sondern um eine Ausgliederung in der Rechtsform nach Privatrecht. Der Kanton finanziert diese Spitäler wie bisher im Sinne von öffentlichen Spitälern, was die Einhaltung der Finanzierungsregelung des KVG miteinschliesst. Kerngedanke der Ausgliederung der kantonalen Spitäler war die Aufgabenentflechtung.
- Gemäss dem KSK hat die duale Spitalfinanzierung zu einer enormen Verlagerung der Behandlung vom stationären in den ambulanten Bereich geführt. Unterstellt wird dabei, dass sich die Kantone dadurch aus der Finanzierung der öffentlichen Spitäler zulasten der Versicherer zurückziehen wollen. Demgegenüber argumentieren die Kantone Zürich und Thurgau, dass sie die Verlagerung nicht zusätzlich beeinflusst haben. Der Entscheid der Behandlungsform wird von den Spitälern (eine hohe stationäre Auslastung führt zur vermehrten ambulanten Behandlung) und den PatientInnen (vermehrtes Aufsuchen von Spitälern) getroffen. Dabei erhöht der technische Fortschritt die Möglichkeiten für ambulante Behandlungen. Der Kanton übt gemäss den befragten Kantonen bei den subventionierten Spitälern über die Investitionen (Komfortbereich) einen geringen Einfluss aus. Ein Kanton wirft den Versicherern vor, Druck in Richtung vermehrter stationärer Behandlungen auszuüben und damit sinnvolle ambulante Eingriffe zu verhindern.
- Die Privatkliniken sehen sich durch die duale Spitalfinanzierung gegenüber den subventionierten Spitälern benachteiligt. Im Unterschied zu den öffentlichen Spitälern erhalten sie keine Beiträge des Kantons für die Leistungen der allgemeinen Abteilung. Nach Ansicht der SVPK hat die duale Spitalfinanzierung zu einem Wettbewerb mit „ungleichen Spiessen“ und damit zu Wettbewerbsverzerrungen

geführt. Gemäss der SVPK versuchen die Versicherer spürbar, den Versichertenstrom weg von den Privatkliniken hin zu den öffentlichen Spitälern zu lenken, was zu einer Verteuerung der Zusatzversicherungen geführt hat. Die Privatkliniken sind gezwungen, vermehrt andere Finanzierungsquellen wie Fonds, etc. zur Finanzierung beizuziehen. Auch gemäss dem KSK sind die Privatkliniken durch die Spitalfinanzierung und den Tarifdruck benachteiligt. Deshalb wird eine Abkehr von der dualistischen und die Einführung einer monistischen Finanzierung gefordert. Mehrere Privatkliniken fordern die Berücksichtigung der Vollkostenrechnung in den Tarifverhandlungen (inkl. Investitionen). Sie befürchten, dass ihnen sonst die Möglichkeit zur Tätigkeit im Rahmen der OKPV entzogen wird.

Von verschiedenen Seiten wird ein monistisches System der Spitalfinanzierung vorgeschlagen. Es wird jedoch bezweifelt, ob die Versicherer bereit sind, die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung und deren Qualität zu übernehmen. Zugleich stellt sich seitens der Kantone die Frage, wie sie bei dieser Regelung ihre Aufsichtspflicht wahrnehmen sollen. Generell wird gefordert, dass sich die Kantone bei einer monistischen Finanzierung nicht zurückziehen dürfen.

Welche Auswirkungen resultieren aufgrund der Regelung der Finanzierung der ausserkantonalen Hospitalisierung?

Die neue finanzielle Regelung der ausserkantonalen Finanzierung (vgl. Kapitel 2.1.6.) hatte folgende Auswirkungen:

- Die neue Bestimmung der Finanzierung der ausserkantonalen Hospitalisierung führte zu Vollzugsproblemen und zu einem zusätzlichen administrativen Aufwand seitens der Kantone und der Spitäler. Die ausserkantonale Hospitalisierung ist finanzmässig und administrativ schwieriger geworden (Kostengutsprachen, Gutachten der Vertrauensärzte). Gemäss der SDK musste ein neues Abgeltungsverfahren zwischen den Ärzten, den PatientInnen, den Versicherern und den Kantonen eingeführt werden. Die Kantone hatten neu zusätzliche finanzielle Mittel zu budgetieren, was teilweise zu innerkantonalen Spannungen führte. Der administrative Aufwand hat sich nach H+ für die Spitäler deutlich erhöht. Ein Spital erwähnt, dass die Rechnungsstellung bei der ausserkantonalen Hospitalisierung durch verschiedene Tarifsysteme und Abkommen äusserst komplex und kaum mehr übersichtlich geworden ist. H+ ist der Ansicht, dass viele Kantonsärzte mit den notwendigen Abklärungen (medizinische Notwendigkeit) überfordert sind.

- Gemäss der SDK führte die neue Finanzierung der ausserkantonalen Hospitalisierung zu Tarifstreitigkeiten zwischen den Kantonen, indem die Leistungsbezüger die verrechneten Tarife als viel zu hoch, die Leistungserbringer die Tarife jedoch als nicht kostendeckend beurteilen (v.a. in der Westschweiz).
- Teilweise hat die neue Bestimmung zu einer verbesserten Koordination geführt. So resultierten gemäss der SDK verschiedene neue Abkommen zwischen den Kantonen und Spitälern. Darauf hingewiesen wird auch, dass die regionalen Abkommen zwischen den Kantonen (Ostschweiz, Zentralschweiz und Westschweiz) im Wesentlichen der Regelung der Finanzierung der ausserkantonalen Behandlung dienen. Die Koordination findet vor allem auf der Ebene der Spitzenmedizin statt, konnte jedoch bereits vor Inkrafttreten des KVG beobachtet werden.
- Gemäss der SDK, H+ und mehreren Versicherern hat die Bestimmung zur ausserkantonalen Hospitalisierung dazu geführt, dass mehrere Kantone (v.a. kleinere und mittelgrosse) vermehrt Strukturpolitik betreiben und für gewisse Behandlungen eigene Kapazitäten (v.a. teure medizinische Einrichtungen) aufbauen, um ausserkantonale Hospitalisierungen mit den entsprechenden Kostenfolgen zu vermeiden. Für einen kleineren oder mittleren Kanton kann dies je nach Höhe der Tarife, der eigenen Kosten und den finanziellen Möglichkeiten von finanziellem Interesse sein. In diesem Zusammenhang wird von einem „perversen“ Effekt des KVG gesprochen, indem die Nutzung der vorhandenen Kapazitäten nicht besser genutzt, sondern durch neue Kapazitäten zusätzliche Kosten verursacht werden und der zunehmende Föderalismus beklagt.

3.1.5. Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrollen

Haben sich die Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrollen seitens der Versicherer verstärkt? Welche Auswirkungen hat dies auf die Spitäler?

Nach Ansicht der meisten befragten Spitalverbände und Spitäler haben sich die Rechnungskontrollen der Versicherer in den letzten Jahren verstärkt. Dabei sind jedoch anhand der untersuchten kantonalen Fallbeispiele erhebliche regionale Unterschiede festzustellen: Während die Versicherer die Rechnungskontrollen im Kanton Zürich deutlich verschärft haben, sind sie im Kanton Waadt nur unwesentlich oder punktuell und im Kanton Tessin praktisch nicht verstärkt worden. In der Beurteilung der Spitäler werden die Rechnungskontrollen von den Versicherern mit unterschiedlicher Qualität durchgeführt. Teilweise werden sie als unsystematisch, unprofessionell und als sehr

bürokratisch bezeichnet. Mehrere Spitäler fühlen sich durch den erhöhten administrativen Aufwand der Kontrollen schikaniert. Aufgrund der oft allgemeinen Anforderung von Berichten und Begründungen von verrechneten Leistungen fallen spürbare Mehrkosten an. Mehrere Spitäler kritisieren die fehlende fachliche Kompetenz der Versicherer, was dazu führt, dass diese die betreffenden Fälle nicht kompetent beurteilen können. Kritisiert wird die Qualität der Kontrollen insbesondere in den Kantonen Thurgau und Tessin. Generell wird eine systematische Kontrolle vermisst, die in engem Kontakt mit den betroffenen Spitälern durchgeführt wird.

Wie bereits in der Evaluation der Auswirkungen des KVG auf die Versicherer (INFRAS 2001) festgestellt, wird auf die Überprüfung der Angemessenheit und der Zweckmässigkeit einer Behandlung (Wirtschaftlichkeitskontrolle) aufgrund fehlender Daten praktisch verzichtet. Umstritten ist dabei die Herausgabe der Diagnosecodes seitens der Spitäler. Während die Versicherer mit Nachdruck die Herausgabe der Diagnosecodes als unabdingbare Voraussetzung für die Wirtschaftlichkeitskontrolle fordern (INFRAS 2001), lehnen die meisten befragten Spitäler eine Herausgabe dieser Daten mit Hinweis auf den Datenschutz ab. Als problematisch wird erachtet, dass die Versicherer im Rahmen der Wirtschaftlichkeitskontrolle im Nachhinein die Tätigkeit der Ärzte beurteilen müssten, was als ausserordentlich schwierig beurteilt wird. Insbesondere im Kanton Tessin wird kritisiert, dass die Bemühungen in Richtung einer „Evidence based medicine“ zur Qualitätsverbesserung von den Versicherern im Rahmen ihrer Kontrollen nicht beachtet werden. Bemängelt wird zudem, dass die Versicherer bei Kostenvergleichen die spezielle Spitalstruktur des Kantons Tessin mit einem grossen Anteil an Privatspitälern, die auch allgemein tätig sind, zu wenig berücksichtigen. So wurde z.B. als Kostenbenchmark eine Privatklinik ausgewählt, die nur Zusatzversicherte behandelt und damit auch eine andere Kostenstruktur aufweist.

Mehrere Spitäler zweifeln an der Effizienz und der Wirtschaftlichkeit der Rechnungskontrollen der Versicherer. Das Kosten/Nutzen-Verhältnis wird v.a. bei kleinen Rechnungsbeträgen als nicht gegeben erachtet. Einige Spitäler sind generell der Ansicht, dass das Aufdecken einiger Fehler den hohen Kontrollaufwand nicht rechtfertigt. Insbesondere die sehr grossen Versicherer beurteilen demgegenüber die erzielten Einsparungen in Millionenhöhe als deutlich spürbar (INFRAS 2001).

Wie werden die Bemühungen der Versicherer zum Fallmanagement beurteilt?

Die Bemühungen der Versicherer zur Verbesserung der Behandlungsketten im Rahmen des Fallmanagements werden von sehr vielen befragten Spitälern, ihren Verbänden und den Kantonen positiv beurteilt. Die Schnittstellentätigkeit der Fallmanager wird als nützlich und erfolgreich beurteilt. Durch die verstärkte Auslastung der Spitäler sind diese an einer möglichst kurzen Aufenthaltsdauer und einem erfolgreichen Schnittstellenmanagement interessiert. Geschätzt wird von den Spitälern insbesondere die aktive und intensive Zusammenarbeit zwischen den Versicherern und Spitälern durch den Fallmanager. Gemäss einem öffentlichen Spital führt die Zusammenarbeit mit den kompetenten Fallmanagern zu schnelleren Kostenabrechnungen und zur besseren Koordination bei komplizierten Fällen (z.B. mit der Pflege). Kritisiert werden die Fallmanager einzig von der Vereinigung der Privatspitäler des Kantons Tessin (ACTP), die den Fallmanagern vorwirft, mit der speziellen Situation der Tessiner Kliniken nicht vertraut zu sein. Die Konzentration auf die Privatversicherung ist beim hohen Anteil an OKPV-versicherten PatientInnen in den Tessiner Privatspitälern unangebracht. Das Fallmanagement wird vor allem durch die grossen Versicherer mit einem genügend grossen Versichertenbestand vorangetrieben (INFRAS 2001). Zur Zeit befindet es sich jedoch in der Erprobungsphase. Durch die Optimierung der Behandlungsabläufe erhoffen sich die Versicherer bedeutende Kosteneinsparungen.

3.1.6. Qualitätssicherung

Welche Aktivitäten hat das KVG bei den Spitälern in der Qualitätssicherung ausgelöst?

Bestrebungen zur Qualitätssicherung und -förderung bestanden in den Spitälern bereits vor der Einführung des KVG. Beispielsweise wurden von verschiedenen Institutionen Qualitätszirkel durchgeführt. Das KVG gab jedoch gemäss H+, dem KSK und dem BSV sowie der Bestandesaufnahme (Faisst/Schilling 1999) den Anstoss für die Spitäler, sich intensiver mit dem Thema Qualitätssicherung zu befassen, die Bestrebungen zu dokumentieren und der Qualitätssicherung eine hohe Priorität einzuräumen. Das KVG hat den Prozess zur verstärkten Qualitätssicherung ausgelöst und beschleunigt. Es wird jedoch übereinstimmend festgestellt, dass sich die Spitäler erst am Anfang dieses Prozesses zur Institutionalisierung des Qualitätsmanagements befinden und Verbesserungen nur langsam erzielt werden. Aufgrund des KVG hat dieser Prozess jedoch Fuss gefasst. Internes Qualitätsmanagement und externe Qualitätssiche-

rung sind zu wichtigen Themen für die Spitäler geworden. Gemäss H+ ist das Interesse der Spitäler am Qualitätsmanagement sehr gross. Die PatientInnenorientierung im Spital ist zu einem zunehmend wichtigeren Thema geworden. Mit dem KVG können die Spitäler auf einheitliche Spielregeln in der Qualitätssicherung verpflichtet werden. Ihre Aktivitäten werden damit vergleichbar.

Aufgrund des KVG unterzeichnete H+ per Ende 1997 mit dem KSK fristgerecht einen Rahmenvertrag zur Qualitätssicherung. Kern dieses Vertrags ist ein Qualitätskonzept, das wichtige Grundsätze des Qualitätsmanagements enthält und die Umsetzung der Qualitätssicherung regelt. Im Juli 1999 wurde von den Parteien ein Qualitätsprogramm genehmigt, das folgende zentrale Massnahmen enthält: jährliche Qualitätsberichte der Spitäler, Einführung von Qualitätsindikatoren (z.B. medizinische Indikationen, Stürze, Infektionen im Spital etc.), Schulung, Beratung und Information der Mitglieder (Faisst/Schilling 1999). Zur Beurteilung des umfassenden Qualitätsmanagements in den Spitälern werden nebst der Ergebnismessung auch Angaben über die Patientenorientierung, die Informationspolitik, die Mitarbeiterorientierung, Politik, Strategie und Führung erfasst. In absehbarer Zeit sollen auf Basis dieses Systems auch aussagekräftige Vergleiche gemacht werden können. Das KSK beanstandete vor allem, dass die bestehenden Ansätze zu Qualitätsmessungen auf Outcome-Ebene nicht koordiniert waren. Das KSK will nur vorgeben, was gemessen werden muss, bei den Methoden aber eine Vielfalt zulassen. Als wichtige Messgrössen werden die Rehospitalisations- und die Morbiditätsraten erachtet. Bei der Entwicklung dieses Systems zur Qualitätssicherung soll stufenweise vorgegangen werden (Qualitätsberichterstattung, PatientInnenzufriedenheitsbefragung, Entwicklung und Einführung von Ergebnisindikatoren). Die Umsetzung soll mit Sanktionsmöglichkeiten gefördert werden. So wurde beispielsweise den Spitälern, die nicht an der Qualitätsberichterstattung teilgenommen haben, seitens des KSK mit einer Reduktion der Spitaltaxen um 15% gedroht.

Durch die jährliche Qualitätsberichterstattung, die über den Stand der Qualitätsprojekte und die Verbesserungen Auskunft gibt, soll die Einführung eines auf die kontinuierliche Verbesserung ausgerichteten Qualitätsmanagement nachgewiesen werden. Der Bericht der Befragung 1998, an der 247 Spitäler teilnahmen (KSK/H+ 1999), folgert, dass das Qualitätsmanagement in den teilnehmenden Spitälern noch am Anfang steht, die Spitäler jedoch aktiv geworden sind und den Aufbau des Qualitätsmanagements an die Hand genommen haben. Die zweite Bestandesaufnahme 1999 zeigt gemäss der gemeinsamen Kommission H+/KSK, dass die Spitäler die Bedeutung der

Qualität erkannt haben, Fortschritte erzielt werden konnten und die mit der Qualitätssicherung verbundenen Umsetzungsprozesse positive Auswirkungen auf den Spitalalltag haben. Im Vergleich zum Vorjahr hat 1999 die Anzahl der Spitäler mit Qualitätsverantwortlichen sowie die Qualitätsaktivitäten stark zugenommen. Das Qualitäts-Know-how hat sich verbessert. Der Entwicklungsstand des Qualitätsmanagements kann 1999 wie folgt umschrieben werden (KSK/H+ 1999):

- Mehr als zwei Drittel der Spitäler haben Qualitätsverantwortliche innerhalb der Spitalleitung ernannt (Zunahme gegenüber 1998 um 10%) und eine Qualitätskommission gebildet (Zunahme gegenüber 1998 um 12,9%).
- Bei der praktischen Qualitätserfahrung der Qualitätsbeauftragten von mehr als einem Jahr kann eine über 50%ige Zunahme verzeichnet werden.
- In drei Vierteln der Spitäler wurde mit Qualitätszirkeln gearbeitet.
- Der Anteil der Institutionen, die mit PatientInnenbefragungen arbeiten, beträgt 80,2% (Zunahme um 8,5% gegenüber 1998).
- Es werden Projekte zur Erfassung der PatientInnenzufriedenheit, der Kommunikation und Kooperation, der Dokumentation, der Erfassung von Spitalinfektionen, Vermeidung von Doppelspurigkeiten, Austrittsplanung/-bericht und minimale Wartezeiten durchgeführt (Reihenfolge widerspiegelt die abnehmende Priorität).
- 47,7% der Spitalleitungen räumen der Entwicklung und Förderung von Qualitätsprojekten für das Jahr 2000 erste Priorität ein (Zunahme um 45% gegenüber 1998).

Die meisten befragten Spitäler und H+ sind der Ansicht, dass die Spitäler in den letzten Jahren viel in die Qualitätssicherung investiert haben und diese Fuss gefasst hat. Erwähnt wird von den Spitalern, dass das interne Qualitätsmanagement und die externe Qualitätssicherung in den Spitalern spürbare Mehrkosten zur Folge haben. Insbesondere die Privatkliniken betonen, dass das Thema Qualität für die Privatkliniken eine dauernde Herausforderung darstellt, weil sie sich über die Qualität vermarkten. Die Qualität wird von den Privatkliniken als wichtiges Wettbewerbselement betrachtet. Der SVPK hat sich bezüglich Qualitätssicherung dem H+ angeschlossen und beurteilt den Rahmenvertrag und die bisherigen Arbeiten als gut. In seinem Urteil fehlt jedoch eine genaue Definition des Begriffs „Qualität“. Die Privatspitäler sind generell der Ansicht, dass sie im Vergleich zu den öffentlichen Spitalern einige Vorleistungen erbracht haben.

Gemäss dem BSV genügen die bisherigen Arbeiten der Spitäler den Anforderungen des KVG noch nicht. Insbesondere bestehen noch keine verbindliche Qualitätssicherungsverträge auf Massnahmenebene, die eine Messung der Ergebnisqualität sowie Qualitätsverbesserungsprogramme umfassen. In der Beurteilung des BSV haben die Spitäler nach Abschluss des Rahmenvertrags nur wenige Massnahmen umgesetzt. Ergänzend zur Qualitätsberichterstattung wurde vorgegeben, dass die Spitäler eine PatientInnenzufriedenheitsbefragung durchführen müssen. Zudem wurde eine Expertengruppe eingesetzt, die Indikatoren zur Messung der Ergebnisqualität definieren soll. Die Definition dieser Kriterien sowie erste Messungen in Pilotspitälern hat jedoch noch nicht stattgefunden.

Welche Aktivitäten bestehen in den vertieft untersuchten Kantonen? Welche Bedeutung hatte das KVG bei diesen Aktivitäten?

Die Analyse der Fallbeispiele (vgl. Anhang 1) zeigt, dass die Kantone über die mit den Subventionen verknüpften Bedingungen die Aktivitäten im Bereich Qualitätssicherung entscheidend fördern können. Während einige Kantone in diesem Bereich sehr aktiv waren und insbesondere aufgrund des Kostendrucks die Vergaben der kantonalen Beiträge mit der Erreichung gewisser Qualitätsmerkmalen verbunden haben (v.a. ZH und TI), sind andere Kantone praktisch inaktiv (TG):

- Einen besonders grossen Einfluss übte der Kanton Zürich mit der Einführung einer Methode zur Messung der Ergebnis-Qualität (Outcome-Messung) und eines Fragebogens zur Beurteilung der KundInnenzufriedenheit auf die Qualitätssicherung der Spitäler aus. Diese wurde mit dem Projekt „Leistungsorientierte Ressourcenallokation im Spitalbereich“ (LORAS) im Zusammenhang mit dem neuen leistungsorientierten Steuerungsinstrument in den Spitälern eingeführt. Die Initiative des Kantons hat das Bewusstsein der Spitäler für Qualitätssicherungsmassnahmen erhöht und ihre diesbezügliche Aktivitäten wesentlich verstärkt. Die Spitäler weisen jedoch darauf hin, dass sie teilweise bereits vor LORAS Qualitätssicherungsmassnahmen umgesetzt haben und ergänzend zu LORAS interne Qualitätsmanagementmassnahmen realisieren. Als besonders fortschrittlich schätzen sich die Privatkliniken ein, die unabhängig von LORAS wesentliche Qualitätssicherungsmassnahmen zur Verbesserung der Leistungsqualität umsetzen.
- Im Kanton Tessin wurde ein Raster zur Beurteilung der Qualitätsmassnahmen erarbeitet und eingeführt, in dem die Behandlung, der Service und die Beziehungen zu den PatientInnen in Bezug auf Struktur, Prozess und Resultat beurteilt

werden. Der Kanton versucht verstärkt, die „Evidence based medicine“ einzuführen. Dazu wurde ein zentraler Service gebildet, der die Anstrengungen in diese Richtung koordiniert und an Indikatorensystemen arbeitet.

- Der Kanton Waadt will ein Akkreditierungssystem einführen, das zuerst auf die Rehabilitationskliniken und danach auf die Akutspitäler angewendet werden soll.
- Der Kanton Thurgau hat keine besonderen eigenen Anstrengungen im Bereich der Qualitätssicherung unternommen. Er hat einzig dafür gesorgt, dass die öffentlichen Spitäler bei den Aktivitäten von H+ involviert sind: Die Spitäler im Kanton Thurgau haben jedoch gemäss den kantonalen Behörden eigene Anstrengungen im Bereich der Qualitätssicherung unternommen. Beispielsweise befragen die Spitäler ihre Patienten, ihre zuweisenden Ärzte, etc. nach der Beurteilung der erbrachten Leistungen. Zudem haben einige der kantonalen Spitäler Qualitätssicherungssysteme eingeführt.

Betreffend die bisherigen Wirkungen des KVG auf die Förderung der Qualitätssicherung sind die befragten Kantone, Spitalverbände und Spitäler sehr skeptisch. Generell wird der bisherige Einfluss des KVG und des entsprechenden Rahmenvertrags als sehr gering beurteilt. Teilweise wird der Rahmenvertrag als „mager“ beurteilt und davon ausgegangen, dass vom KVG keine wesentliche Impulse zu erwarten sind. Der Eigeninitiative der Spitäler und den Impulsen der Kantone wird demgegenüber eine wesentlich grössere Bedeutung beigemessen. Insbesondere geben die Privatkliniken an, Qualitätssicherungsmassnahmen unabhängig vom KVG eingeführt zu haben und bereits wesentlich fortgeschrittener als die im Rahmenvertrag vereinbarten Massnahmen zu sein. Vereinzelt befragte Spitäler sind demgegenüber der Auffassung, dass das KVG das Bewusstsein der Spitäler für Qualitätssicherungsmassnahmen erhöht und durchaus zu einer Beschleunigung der Einführung der betreffenden Massnahmen geführt hat.

Von praktisch allen Spitälern wird auf die mit der Einführung von Qualitätssicherungsmassnahmen verbundenen zusätzlichen Kosten hingewiesen. Mehrere Spitäler bezweifeln stark, ob Qualitätssicherungsmassnahmen zu Kosteneinsparungen führen und fordern eine finanzielle Beteiligung der Versicherer. Für die Beurteilung, ob die Qualitätssicherungsmassnahmen zu einer Erhöhung der Leistungsqualität beigetragen haben, ist es gemäss vielen befragten Spitälern zu früh. Verschiedene Erfahrungen von Privatkliniken zeigen demgegenüber, dass Qualitätssicherungsmassnahmen durchaus

zu spürbaren Verbesserungen führen können (z.B. die im Zusammenhang mit PatientenInnenbefragungen ergriffenen Massnahmen).

3.1.7. Koordination und Wettbewerb

Wie bereits in den Kapiteln 2.2.1. und 2.2.2. dargestellt, soll das Verhältnis der Spitäler untereinander durch das KVG zum gezielten Einsatz medizinischer Leistungen und zur Erzielung von Kosteneinsparungen in unterschiedlicher Hinsicht beeinflusst werden. Einerseits soll durch die Instrumente der Spitalplanung und der ausserkantonalen Finanzierung die verstärkte Koordination der Spitäler zur effizienteren Ressourcennutzung gefördert werden. Wichtiges Ziel ist dabei die Reduktion von Überkapazitäten zur Erzielung von Kosteneinsparungen. Andererseits soll vor allem durch die Bestimmungen im Tarifbereich (Aufhebung des Sondervertragsverbots) der Wettbewerb unter den Spitälern gefördert werden. Im Folgenden werden die Entwicklungen hinsichtlich der Koordination und des Wettbewerbs unter den Spitälern aufgrund der bisherigen Resultate und den durchgeführten Befragungen beurteilt.

Hat das KVG zu einer Verstärkung der Koordination zwischen den Spitälern geführt?

Die Ergebnisse der Analyse der beiden Instrumente „Spitalplanung“ und „Finanzierung der ausserkantonalen Hospitalisierung“ zeigen, dass mit dem KVG die Koordination unter den Spitälern innerhalb der Kantone und interkantonal nur sehr beschränkt gefördert wurden (vgl. Kapitel 3.1.3. und 3.1.4.). Die Spitalplanung hat durch teilweise vorgenommene Spitalschliessungen (z.B. ZH und TI) und eine verbesserte Zusammenarbeit durch Fusionen und die Ausnutzung von Synergien (z.B. ZH und VD) zu einer verbesserten innerkantonalen Zusammenarbeit geführt. Die neue Regelung der Finanzierung der ausserkantonalen Hospitalisierung hat gewisse Impulse zum Abschluss von Freizügigkeitsvereinbarungen unter den Kantonen gegeben. Diesen Erfolgen stehen jedoch die ungenügende restriktive Umsetzung der Spitalplanung und entgegenlaufende Tendenzen gegenüber.

Die innerkantonale Koordination der Spitalkapazitäten muss aufgrund der grösstenteils nicht sehr restriktiven Spitalplanungsvorgaben und insbesondere der Tatsache, dass nur sehr wenige Kantone Spitalschliessungen realisieren, als ungenügend beurteilt werden. Durch die schwerpunktmässige Fokussierung auf den Bettenabbau kann kaum eine spürbar verbesserte Koordination erreicht werden. Grösstes Hemmnis zur Umsetzung von Spitalschliessungen sind politische Widerstände. Zudem können die

Kantone über Leistungsaufträge oder die Reduktion des Angebots keinen Einfluss auf die Privatklinken nehmen. Grund dafür ist u.a. die Rechtsprechung des Bundesrates, die die Kantone verpflichtet, die Privatkliniken für Zusatzversicherte auch ohne Bedarfsnachweise auf die Spitallisten aufzunehmen.

Bei der interkantonalen Koordination haben die Spitalplanung und die neue Regelung der ausserkantonalen Finanzierung dazu geführt, dass die föderale Sichtweise verstärkt und die Koordination zwischen den Kantonen tendenziell verschlechtert wurde (vgl. Kapitel 3.1.3. und 3.1.4.):

- Die interkantonale Koordination im Rahmen der Spitalplanung wird übereinstimmend als ungenügend beurteilt. Grund dafür ist die Verpflichtung der Kantone zur Spitalplanung und der damit einhergehenden verstärkten föderalen Fokussierung. Durch die in erster Priorität erfolgende Berücksichtigung von innerkantonalen Kapazitäten haben die Möglichkeiten der ausserkantonalen Hospitalisierung abgenommen. Als ungenügend wird die interkantonale Koordination vor allem an den Kantonsgrenzen und im Bereich der Spitzenmedizin erachtet.
- Die Regelung der ausserkantonalen Hospitalisierung hat neben gewissen Impulsen für interkantonale Abkommen vor allem auch dazu geführt, dass mehrere Kantone für gewisse Behandlungen eigene Kapazitäten (v.a. teure medizinische Einrichtungen) aufgebaut haben, um ausserkantonale Hospitalisierungen mit den entsprechenden Kostenfolgen zu vermeiden. Dies hatte die teilweise „Pervertierung“ des beabsichtigten Effekts einer verstärkten Koordination unter den Kantonen zur Folge und die effiziente Ressourcenverwendung behindert.

Gemäss H+, der SDK, der SVPK, einiger Kantone und mehreren Spitälern hat hingegen vor allem der Kostendruck aufgrund des allgemeinen Finanzdrucks und die Marktsituation zu einer verstärkten Zusammenarbeit zwischen den Spitälern geführt:

- Gemäss H+ hat der Kostendruck dazu geführt, dass zwischen den Spitälern vermehrt Kooperationsnetze entstehen, die vor allem für kleinere Spitäler zu einer wichtigen Überlebensstrategie geworden sind. So arbeiten die kleineren Spitäler in der Versorgung vermehrt mit den Zentrumsspitalern zusammen, was zu einer verstärkten Leistungskoordination führt. Der finanzielle Druck hat im Bereich des Informationsaustausches zu Kooperationen zwischen ähnlichen Spitälern geführt. Zudem werden vermehrt administrative und logistische Bereiche zusammengelegt (z.B. Informatik) und eine Konzentration auf das Kerngeschäft vorgenommen.

- Die SDK hat festgestellt, dass sich verschiedene Spitäler gruppieren, um einen besseren Marktauftritt zu erreichen.
- Die Bemühungen der Privatkliniken zur Koordination haben nach der SVPK vor allem aus Wettbewerbsgründen stattgefunden (z.B. Koordination zweier Privatkliniken hinsichtlich ihrer Leistungen).
- Gemäss dem Kanton Zürich führte der über den Kanton ausgeübte Kostendruck teilweise zur vermehrten Zusammenarbeit zwischen den Spitälern (z.B. im Bereich Beschaffung und Informatik). Im Kanton Zürich erfolgten einige lokale Zusammenschlüsse und teilweise die regionale Zusammenarbeit zwischen mehreren Spitälern zur Nutzung von Synergien in klar definierten Feldern (z.B. Aus- und Weiterbildung).

Insgesamt ist zu folgern, dass das KVG die innerkantonale und interkantonale Koordination unter den Spitälern kaum spürbar gefördert hat. Aufgrund der kantonalen Spitalplanungen und der Regelung der ausserkantonalen Hospitalisierung sind Tendenzen zur Erhöhung der Kantons Grenzen mit den entsprechenden negativen Auswirkungen auf die Ressourcenverwendung festzustellen. Das KVG hat damit bisher durch die Koordination der Spitäler kaum zu einer effizienteren Ressourcenverwendung und damit zusammenhängenden Kosteneinsparungen geführt.

Hat das KVG den Wettbewerb zwischen den Spitälern gefördert?

Bei der Beurteilung des Wettbewerbs unter den Spitälern ist zu unterscheiden zwischen dem Wettbewerb im Bereich der OKPV (allgemeine Abteilung) und demjenigen in der Zusatzversicherung (Privat- und Halbprivatabteilungen). Während der Markt in der allgemeinen Abteilung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKPV) unterstellt ist, wird der Bereich der Zusatzversicherungen neu durch das Privatrecht geregelt. Die Voraussetzungen sind in diesen beiden Bereichen aufgrund der planerischen und der finanziellen Regelungen unterschiedlich. Zu berücksichtigen ist zudem, dass die Märkte im stationären Bereich weitgehend regional geprägt sind und damit auch massgebend von den unterschiedlichen kantonalen Bestimmungen beeinflusst werden.

a) OKPV-Markt (allgemeine Abteilung)

Wie in Kapitel 2.2.2. dargestellt, ist der OKPV-Markt in der stationären Spitalversorgung durch planerische und finanzielle Bestimmungen weitgehend geregelt. Im Wesentlichen besteht eine staatlich regulierte Markt- und Preisordnung. Dabei sind die

Wettbewerbsvoraussetzungen der subventionierten und der privaten Spitäler durch Spitalplanung (Aufnahme aller Privatkliniken, die für Zusatzversicherte tätig sein wollen), die duale Spitalfinanzierung, die Regelung der Finanzierung der ausserkantonalen Hospitalisierung sowie die strukturellen Unterschiede (z.B. betreffend den Investitionsentscheiden) sehr verschieden.

Gemäss der übereinstimmenden Ansicht der befragten Kantone, Spitalverbände und Spitäler besteht im OKPV-Markt praktisch kein Wettbewerb zwischen den Spitälern. Das KVG hat gemäss diesen Einschätzungen kaum etwas zur Verstärkung des Wettbewerbs beigetragen:

- Die Leistungen sind durch die Spitalplanung und die Leistungsaufträge vorgegeben. Durch die Spitalplanung ist in gewissen Kantonen mit restriktiver Planung (z.B. ZH) in einer ersten Phase ein erhöhter Wettbewerbsdruck ausgeübt worden. Mit der Veröffentlichung der Spitalliste hat sich der Wettbewerbsdruck wieder reduziert. Die verbliebenen Spitäler konnten in diesen Kantonen durch die Planung ihre regionale Monopolstellung und damit ihre Auslastung verbessern.
- Der mit der Spitalplanung und der Regelung zur ausserkantonalen Finanzierung einhergehende verstärkte Föderalismus hat den Wettbewerbsspielraum zwischen den Spitälern interkantonal eher verringert, indem ausserkantonale Hospitalisierungen schwieriger geworden sind.
- Im Tarifbereich sind im OKPV-Bereich praktisch keine zusätzliche Sonderverträge abgeschlossen worden, die von den Verbandsverträgen abweichen (vgl. Kapitel 3.1.4.). Weil die Entkartellierung nicht stattgefunden hat, ist damit durch das KVG im Tarifbereich kein zusätzlicher Wettbewerb ausgelöst worden.

Gemäss den Privatkliniken ist der Wettbewerb im OKPV-Bereich durch das KVG zunehmend verfälscht worden (vgl. auch Kapitel 2.2.2):

- Die Privatspitäler fühlen sich durch die wettbewerbsverzerrende duale Spitalfinanzierungsregel, aufgrund derer die Versicherer bei den Privatkliniken die vollen Kosten der OKPV übernehmen müssen, gegenüber den subventionierten Spitälern benachteiligt.
- Bei der ausserkantonalen Hospitalisierung übernehmen die Wohnkantone nur die Zusatzkosten der PatientInnen, die in subventionierten Spitälern behandelt werden. Zudem führt die Regel, dass gemäss EVG die Kantone bei einer ausserkantonalen Hospitalisierung von zusatzversicherten PatientInnen die nicht vom Versi-

cherer getragenen Kosten der allgemeinen Abteilung übernehmen, im Wohnkanton jedoch nicht zu einer Benachteiligung der Privatspitäler im interkantonalen Wettbewerb.

- Die Privatspitäler fühlen sich durch die Tarifberechnungsgrundsätze (Abgrenzungen bei der Definition der anrechenbaren Kosten) und den erhöhten Tarifdruck gegenüber den subventionierten Spitälern benachteiligt.
- Die Doppelrolle der Kantone als Besitzer der öffentlichen Spitäler und Aufsichtsbehörde hat sich mit den zunehmenden Streitigkeiten aufgrund des KVG im Tarifbereich und in der Spitalplanung verstärkt. Die Privatkliniken werfen den Kantonen vor, dass sie tendenziell die Interessen ihrer Spitäler vertreten und damit die Privatkliniken benachteiligen.

b) Zusatzversicherungsmarkt (Halbprivat- und Privatabteilung)

Im Unterschied zum OKPV-Markt konkurrenzieren sich die Spitäler im Zusatzversicherungsmarkt direkt. In der übereinstimmenden Wahrnehmung der meisten befragten Spitalverbände und Spitäler hat sich der Wettbewerb bei den Leistungen im Bereich der Zusatzversicherungen verstärkt, dies vor allem zwischen den öffentlichen und den privaten Spitälern. Im Wesentlichen findet er im Ausrüstungs-, Komfort- und Imagebereich statt, konkreter in der medizinischen Ausrüstung, der Hotellerie (Anspruchswettbewerb), der Leistungsangebote (Vorwurf des „Rosinenpickens“ seitens der Privatkliniken) und dem Personal (Ärztenschaft und Pflegepersonal). Demgegenüber vertritt die SVPK die Ansicht, dass der Wettbewerb im Zusatzversicherungsmarkt viel mehr unter den einweisenden Ärzten stattfindet. Dabei besitzen die Privatkliniken durch das Belegarztsystem einen Wettbewerbsvorteil.

Der Wettbewerb hat sich gemäss den weitgehend übereinstimmenden Ergebnissen der Befragungen aus folgenden Gründen verstärkt:

- Das Bewusstsein der öffentlichen Spitäler hat sich aufgrund des Kostendrucks gewandelt. Die Spitäler zielen vermehrt darauf ab, zusatzversicherte PatientInnen zu gewinnen, um dadurch ihre Defizite zu reduzieren. Die öffentlichen Spitäler verhalten sich marktgerechter und orientieren sich verstärkt an den Wünschen der Kunden. Sie investieren vermehrt in den Komfortbereich.
- Das KVG hat aufgrund der Trennung der OKPV von der Zusatzversicherung und des erweiterten Leistungskatalogs zu einer deutlichen Reduktion des Marktvolumens im Zusatzversicherungsbereich geführt (s. Kapitel 3.1.2.). Dies hat die Pri-

vatkliniken verstärkt unter Druck gesetzt und dazu geführt, dass sie ihr Wettbewerbsverhalten im Zusatzversicherungsmarkt durch den Aufbau zusätzlicher Kapazitäten (technische Geräte und Hotellerie) deutlich verstärkt haben. Vielfach spielen dabei Marketing- resp. Prestigeüberlegungen eine wichtige Rolle. Zusätzlich haben sie gemeinsam mit den Versicherern neue Produkte entwickelt, um das Marktvolumen zu vergrössern.

Im Zusatzversicherungsmarkt fühlen sich die öffentlichen gegenüber den privaten Spitälern benachteiligt, weil sie einen geringeren unternehmerischen Spielraum haben. So können sie nicht unabhängig vom Kanton über ihr Leistungsspektrum und Investitionen entscheiden. Der wirtschaftliche Druck verhindert gemäss einem Kanton über straffe Budgetvorgaben weitgehend Komfortinvestitionen. Ein Spitalverband stellt fest, dass die verschärften finanziellen Vorgaben seitens des Kantons den unternehmerischen Handlungsspielraum der öffentlichen Spitäler merklich reduziert hat. Besonders im Tessin wird den Privatspitälern vorgeworfen, dass sie aufgrund ihrer Wahlfreiheit die finanziell interessanten Fälle aussuchen und den öffentlichen Spitälern die schweren und teuren Fälle überlassen. Gemäss der Vereinigung der Privatkliniken des Kantons Zürich (VPKZ) haben die öffentlichen Spitäler aufgrund ihrer Wettbewerbsnachteile an zusatzversicherten PatientInnen verloren.

Der Wettbewerb zwischen den öffentlichen und den privaten Spitälern hat sich aufgrund der unterschiedlichen Spitalstrukturen nicht in allen untersuchten Kantonen in gleichem Masse erhöht. Er ist im Kanton Waadt durch die vergleichsweise konsequente Trennung der Märkte (die öffentlichen Spitäler sind im Wesentlichen im OKPV-Markt, die privaten im Zusatzversicherungsmarkt tätig.) wesentlich spürbarer als in den übrigen Kantonen (insbesondere TI).

Hat der intensivierete Wettbewerb zwischen den Spitälern einen Beitrag zur effizienteren Ressourcenverwendung und zur Kosteneindämmung geleistet?

Im OKPV-Markt haben die neuen Rahmenbedingungen des KVG nicht zu einer Intensivierung des ohnehin sehr geringen Wettbewerbs zwischen den Spitälern beigetragen. Die zusätzlichen Wettbewerbsverzerrungen, v.a. zwischen den öffentlichen und den privaten Spitälern, haben einer effizienteren Ressourcenverwendung tendenziell eher geschadet und damit keinen Beitrag zur Kosteneindämmung geleistet. Mehrere befragte Spitäler befürchten, dass ein intensivierter Wettbewerb über die Kosten resp.

Preise im OKPV-Markt zu deutlichen Einbussen in der Leistungsqualität führen könnte.

Im Zusatzversicherungsmarkt hat der erhöhte Wettbewerb tendenziell zu einer „Auf-rüstung“ (technische Einrichtungen, Hotellerie, etc.) der Privatkliniken und der öffentlichen Spitäler geführt, um Wettbewerbsvorteile und damit einen grösseren Marktanteil zu erreichen. Dies hat vermutlich zu zusätzlichen Kosten geführt.

3.1.8. Beziehungen zu anderen Akteuren

Generell geben die Spitalverbände und die Spitäler an, dass sich ihre Beziehungen zu den anderen Akteuren im Gesundheitswesen durch das KVG nicht wesentlich verändert haben. Die spürbarsten Veränderungen werden in den Beziehungen zu den Versicherern festgestellt. Diese Beziehungen haben sich aufgrund der verschärften Verhandlungsführung und den resultierenden Tarifstreitigkeiten merklich verschlechtert. Insgesamt hat sich der Einfluss der Spitäler durch den von verschiedenen Akteuren ausgeübten Druck tendenziell vermindert. In mehreren Kantonen wird festgestellt, dass die unterschiedlichen Akteure im Rahmen von regelmässigen Zusammenkünften einen intensivierten Kontakt miteinander pflegen: Arbeitsgruppe Tarife (ZH), Spitalplanungsgruppe (TI), Zusammenkünfte der Generalsekretäre verschiedener Leistungserbringerverbände (VD). Eine institutionalisierte und intensive Koordination und Zusammenarbeit (auch auf strategischer Ebene) zwischen den Akteuren besteht jedoch nicht.

a) Andere Leistungserbringer

Die Beziehungen zu den anderen Leistungserbringern haben sich nicht wesentlich verändert. Zusammen mit den von den Versicherern eingesetzten Fallmanagern konnten die Schnittstellen zu den nachgelagerten Bereichen teilweise verbessert werden. Im Kanton Waadt wird erwartet, dass durch die unabhängig vom KVG geplante Einführung der Koordination zwischen verschiedenen Leistungserbringern im Rahmen von regionalen Gesundheitsnetzwerken (Nouvelles orientations de politique sanitaire, NOPS) die Kontakte verbessert werden können.

Die Koordination mit anderen Leistungserbringern konnte jedoch durch das KVG bisher nicht massgeblich gefördert werden. Einerseits wird der ambulante und teilstationäre Bereich in der Spitalplanung kaum berücksichtigt. Andererseits sind die Entwicklungen in den Tarifierungsformen noch nicht so weit fortgeschritten, dass durch

eine PatientInnenpfadabhängige Tarifierung die Zusammenarbeit und die Koordination unter den Leistungsbereichen gefördert worden wäre.

b) Versicherte

Die Beziehungen zu den Versicherten haben sich ebenfalls nicht massgebend verändert. Die Spitalplanung und die Regelung der ausserkantonalen Hospitalisierung hat teilweise zu Unsicherheiten geführt. Dabei bestanden insbesondere bei den Privatspitälern Unklarheiten, welche PatientInnen aufgenommen werden durften. Aufgrund des umkämpften Zusatzversicherungsmarktes ist eine verstärkte Ausrichtung der öffentlichen Spitäler auf die Bedürfnisse der Kunden sowie ein genereller Leistungsausbau festzustellen.

c) Versicherer

Die Beziehungen zwischen den Spitälern und den Versicherern haben sich vor allem aufgrund der Tarifstreitigkeiten verschlechtert. Die Tarifverhandlungen haben sich aufgrund des gestiegenen Kostendrucks deutlich verschärft (s. Kapitel 3.1.4.). Dabei üben die Versicherer einen verstärkten Druck auf die Leistungserbringer aus (INFRAS 2000). Die Spitalverbände geben an, den erhöhten Druck und Einfluss der Versicherer deutlich zu spüren. Während sie früher unter dem KUVG ihre Anliegen leicht durchsetzen konnten, sind sie heute einem grossen Druck der Versicherer durch gemeinsame Verhandlungspositionen und der Forderung nach Betriebsvergleichen ausgesetzt. Der Einfluss der Versicherer hat sich vor allem durch den politischen Auftrag zu Kosteneinsparungen und die Tarifberechnungsgrundsätze der Preisüberwachers (insbes. die Forderung nach transparenten Kostengrundlagen), denen der Bundesrat gefolgt ist, verstärkt. Die Tarifstreitigkeiten haben dazu geführt, dass in vielen Bereichen die Verhandlungsbereitschaft beider Parteien deutlich abgenommen hat und in vielen Fällen der Beschwerdeweg beschritten wird. Die Privatkliniken sind gemäss der SVPK ebenfalls einem wesentlich verschärften Verhandlungsdruck seitens der Versicherer ausgesetzt, der als „Tarifdiktat“ empfunden wird.

Die Spitäler beklagen sich zudem über die oft als inkompetent und unprofessionell vorgenommenen verstärkten Rechnungskontrollen der Versicherer, die vor allem auch zu einem zusätzlichen administrativen Aufwand geführt haben. Begrüsst wird demgegenüber die Zusammenarbeit im Rahmen des Fallmanagements.

d) Kantone

Die Beziehungen der Spitäler zu den Kantonen hat sich nicht grundlegend verändert. Sie sind jedoch durch folgende Entwicklungen tendenziell beeinträchtigt worden:

- Die öffentlichen Spitäler sehen sich zunehmend einem finanziellen Druck seitens der Kantone ausgesetzt. Dieser reduziert ihren Handlungsspielraum und zwingt sie zu Kosteneinsparungen.
- Die Privatkliniken sehen sich in mehreren Kantonen in der Spitalplanung im Vergleich zu den öffentlichen Spitälern benachteiligt (z.B. ZH, TI). Dies hängt ihrer Ansicht nach mit der nach wie vor bestehenden Doppelrolle der Kantone zusammen, die dazu führt, dass diese vor allem ihre eigenen Interessen vertreten.

e) Bund

Zum Bund bestehen wenig direkte Beziehungen. Seitens mehrerer Spitalverbände, Spitäler und Kantone werden jedoch der mangelhafte Vollzug wichtiger KVG-Bestimmungen (z.B. Kostenrechnung), die ungenügende Definition wichtiger Begriffe (z.B. „anrechenbare Kosten“, „bedarfsgerechte Spitalversorgung“) sowie die Verzögerungen in den Beschwerdeentscheiden kritisiert. Vor allem die Verzögerungen haben bei den Spitälern Rechtsunsicherheiten und zusätzliche administrative Aufwendungen (Fakturierungen, etc.) verursacht.

3.1.9. Innerbetriebliche Veränderungen

Die befragten Spitäler und Verbände nehmen das Ausmass der durch das KVG ausgelösten oder beschleunigten innerbetrieblichen Veränderungen sehr unterschiedlich wahr. Für die Beurteilung entscheidend ist dabei der Entwicklungsstand des jeweiligen Spitals und die bestehende Führungsstruktur. Während im Urteil in vielen Spitälern die innerbetrieblichen Veränderungen durch das KVG beschleunigt wurden, vertreten einzelne Spitäler die Auffassung, dass die Entwicklungen auch ohne die neuen Rahmenbedingungen stattgefunden hätten und vor allem auf den finanziellen Druck der Kantone und den Wettbewerbsdruck zurückgeführt werden können. Im Folgenden werden die durch das KVG beeinflussten innerbetrieblichen Veränderungen in verschiedenen Unternehmensbereichen aufgezeigt.

a) Management und Führungsstrukturen

Allgemein wird festgestellt, dass die Spitäler sich verstärkt zu modernen Unternehmen entwickeln und ein Professionalisierungstrend erkennbar ist. Die Spitalverwalter stel-

len das unternehmerische und ökonomische Denken vermehrt in den Vordergrund und haben ihr Management-Know-how verstärkt. Insbesondere bei den öffentlichen Spitälern ist eine zunehmende Marktorientierung feststellbar, die vor allem auf den erhöhten Kostendruck und die Wettbewerbsstrategien im Zusatzversicherungsmarkt zurückgeführt werden. Gemäss H+ hat der erhöhte Leistungsdruck zu klareren Führungsstrukturen in den Spitälern geführt (klarere Entscheidungswege und Hierarchien) und die Position der Spitaldirektoren gegenüber den Chefärzten verstärkt. Mehrheitlich wird die Ansicht vertreten, dass das verstärkte unternehmerische Denken und die neuen Führungsstrukturen vor allem durch den stärkeren finanziellen Druck der Kantone massgeblich gefördert worden ist. Das KVG hat die Entwicklung über den ebenfalls ausgelösten Kostendruck in den Tarifverhandlungen und den Wettbewerb im Zusatzversicherungsbereich beschleunigt.

b) Rechtliche Organisationsstruktur

Gemäss mehreren befragten Organisationen hat das KVG einen Trend zur Privatisierung der Spitäler ausgelöst. Während das KSK und das BSV diesen Trend auf die duale Spitalfinanzierung und die beabsichtigte Entlastung der Kantone aus der Finanzierung ihrer Spitäler zurückführen, werden die zunehmenden Verselbständigungen der Spitäler von der SDK vor allem auf die Absicht der Kantone zur Entflechtung ihrer Doppelrolle begründet. Diese Rollenkumulierung wurde aufgrund der härteren Tarifverhandlungen und die vielen Beschwerden verstärkt kritisiert. Der Kanton Thurgau bestätigt die mit der Ausgliederung in der Rechtsform nach Privatrecht beabsichtigte Rollenentflechtung und führt zusätzlich an, dass durch die Verselbständigung der unternehmerische Handlungsspielraum vergrössert werden sollte. In der Beurteilung des Kantons Thurgau hat die Ausgliederung der öffentlichen Spitäler einen Schub in Richtung unternehmerisches Denken mit einem professionalisierten Verwaltungsrat und Management ausgelöst. Viele öffentliche Spitäler begrüssen eine Verselbständigung, weil sie dadurch einen grösseren unternehmerischen Handlungsspielraum erhalten, die Betriebe entpolitisiert werden und insgesamt bessere Wettbewerbsvoraussetzungen realisiert werden können.

c) Leistungsangebot

Folgende Veränderungen im Leistungsangebot werden auf das KVG zurückgeführt:

- Gemäss dem KSK haben die Kostensituation und die Spitalfinanzierung einen Druck auf den stationären Bereich ausgelöst, der die innerbetrieblichen Verlage-

rungen in den ambulanten Bereich und die Entwicklung von Fallpauschalen unterstützt hat.

- Aufgrund des zunehmenden Wettbewerbs im Zusatzversicherungsmarkt haben sowohl die öffentlichen wie die privaten Spitäler neue Kapazitäten aufgebaut. Der Aufbau von neuen Kapazitäten wurde bei mehreren Kantonen auch durch den zunehmenden Föderalismus (Spitalplanung und ausserkantonalen Hospitalisierung) gefördert.
- Bei den Privatspitälern hat infolge des KVG der Anteil Kliniken mit einer allgemeinen Abteilung zugenommen. Viele Privatspitäler haben sich laut SVPK entschieden, einige allgemeine Betten einzuführen, um auf den Spitallisten berücksichtigt zu werden. Folge davon waren neue Verträge mit den Ärzten sowie neue Betreuungsstrukturen.
- Durch die teilweise verstärkte Zusammenarbeit zwischen den Spitälern sind die betreffenden Leistungsangebote neu bestimmt worden.
- Generell hat der Kostendruck zu einem Leistungsdruck im personellen Bereich geführt. Die Effizienz der Behandlungen wurden erhöht, die Aufenthaltsdauer im Spital reduziert. Allerdings leidet die Leistungsqualität teilweise unter dem Leistungsdruck. Gemäss dem BSV haben sich die Fluktuation und die Engpässe beim Pflegepersonal erhöht.

d) Kostenrechnung und Statistik

Die Kosten werden heute von den Spitälern nach ganz unterschiedlichen Methoden erfasst. Neben regionalen Unterschieden bestehen vor allem auch Unterschiede nach der Art des Spitals. Dabei sind die Kostenrechnungen der privaten Spitäler gemäss mehreren Spitalverbänden aus Wettbewerbsgründen generell besser entwickelt als bei den öffentlichen. Gemäss H+ und den befragten kantonalen Spitalverbänden sind Kostenstellenrechnungen weit verbreitet, Kostenträgerrechnungen jedoch erst in wenigen Spitälern eingeführt. Der Bundesrat hat bis heute keine verbindliche Bestimmung für eine einheitliche Kostenrechnung erlassen, was sowohl seitens der Leistungserbringer als auch der Versicherer als grosses Hemmnis für die Tarifverhandlungen erachtet wird (INFRAS 2000).

Der Einfluss, den die Forderung des KVG nach Einführung einer einheitlichen Kostenrechnung in den Spitälern hat, ist umstritten. Im Urteil der SDK sowie mehrerer befragter Spitalverbände und einiger Spitäler hat die Forderung des KVG vor allem auf

die öffentlichen Spitäler zusätzlichen Druck zur Verbesserung der Kostenrechnungen ausgelöst. Die Forderungen der Versicherer in den Tarifverhandlungen nach transparenteren Kostengrundlagen und die entsprechende Unterstützung durch den Preisüberwacher und den Bundesrat haben die Verbesserungen der Kostengrundlagen beschleunigt (INFRAS 2000). Gemäss H+ sind bei den Kostenrechnungen in den Spitälern Fortschritte erzielt worden, indem diese vereinheitlicht und professionalisiert wurden. Anderer Ansicht sind das KSK sowie mehrere befragte Spitäler, die in der unklaren Bestimmung des KVG und den fehlenden Vorgaben seitens des Bundesrates ein wesentliches Hemmnis zur Weiterentwicklung der Kostenrechnung sehen. Gemäss dem KSK hat die unklare Bestimmung zu einem unkoordinierten Aktivismus der Spitäler geführt. Viele Spitäler haben andererseits mit der Entwicklung ihrer Kostengrundlagen gewartet, weil die Vorgaben nicht klar sind, um allenfalls unnötigen Investitionen vorzubeugen. Einzelne Spitäler vertreten die Auffassung, dass die Spitäler heute mehr erreicht hätten, wenn der Bund nicht dauernd eine Ausführungsbestimmung dazu versprochen hätte. Generell hat die bis heute nicht präzierte Forderung nach einer einheitlichen Kostenrechnung bei den Spitälern den administrativen Aufwand deutlich erhöht (Tarifstreitigkeiten, Entwicklung neuer Kostengrundlagen). Bemängelt wird insbesondere, dass bis heute den Spitälern keine nützlichen Auswertungen zur Verfügung gestellt worden sind.

e) Marketing

Die Spitäler sind heute marketingmässig u.a. aufgrund des zunehmenden Kosten- und Wettbewerbsdrucks wesentlich aktiver als früher. Die Spitäler präsentieren sich via Internet oder Jahresberichte verstärkt als moderne Unternehmen. Sie führen aktiv Marktanalysen durch und verfolgen aus wettbewerblichen Gründen die Entwicklung verschiedener Leistungsindikatoren. Privatspitäler aus verschiedenen Kantonen haben sich zusammengeschlossen, um ihre Marketinganstrengungen zu verstärken. Die Informationspolitik und auch die politische Arbeit wurde verstärkt.

f) Administration

Die neuen Rahmenbedingungen und Anforderungen des KVG haben gemäss den befragten Spitalverbänden und Spitälern übereinstimmend einen spürbaren administrativen Mehraufwand in folgenden Bereichen zur Folge:

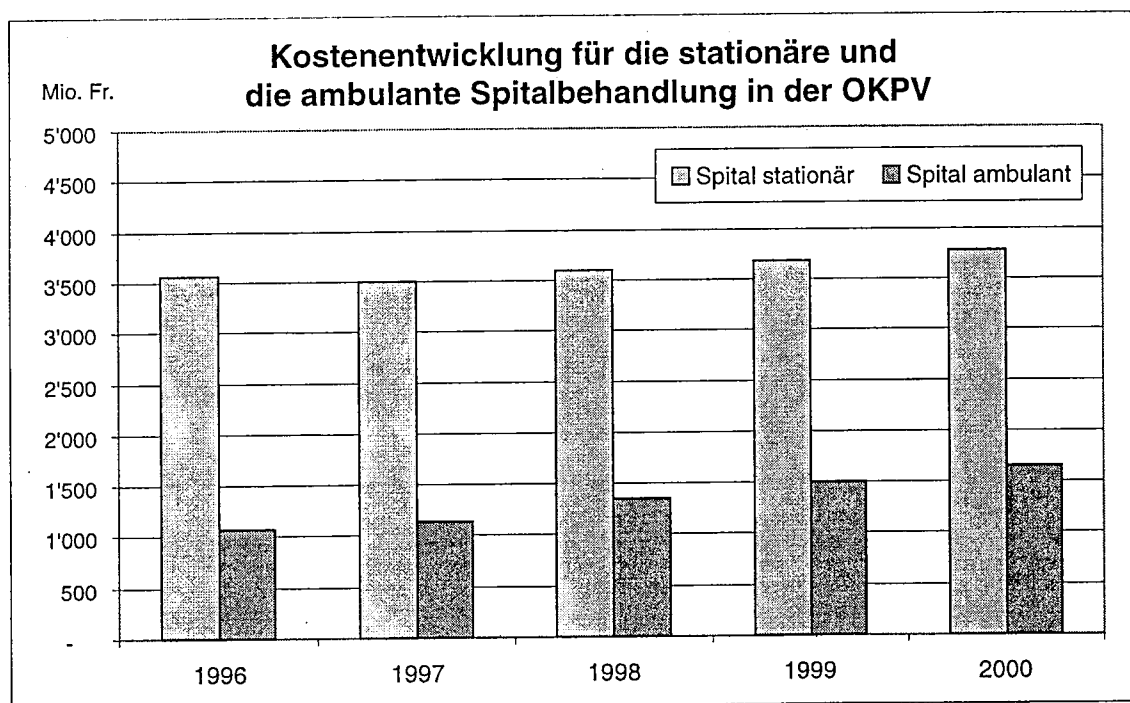
- Tarifverhandlungen (schwierigere Verhandlungen, mehr Beschwerden an den Bundesrat, Unsicherheiten in der Fakturierung aufgrund verzögerter Entscheide),
- Anforderungen an die Kostenrechnung und statistische Daten,

- Spitalplanung (Beschwerden, Unsicherheiten),
- Finanzierung der ausserkantonalen Hospitalisierung (Unsicherheiten, Abklärungen),
- Verstärkte Rechenkontrollen der Versicherer (zusätzliche Berichte und Begründungen, teilweiser Ausbau der elektronischen Rechnungsübermittlung).

In allen Spitälern wurden in den letzten Jahren umfangreiche Mittel in die Informatik investiert. Dabei dienen die Anforderungen des KVG als gute Begründung für den Ausbau der Informatik. Es wird erwartet, dass die Einführung des TarMed aufgrund der geforderten elektronischen Abrechnung wesentliche zusätzliche Investitionen im Informatikbereich notwendig machen wird.

3.1.10. Einfluss auf die Kostenentwicklung

Figur 2 stellt die Kostenentwicklung in der OKPV für die stationäre und die ambulante Spitalbehandlung dar.



Figur 2: Entwicklung der Leistungen für die stationären und die ambulanten Spitalbehandlungen in der Grundversicherung. Die Leistungen der stationären Behandlung haben im Jahr 2000 gegenüber 1996 um rund 6% zugenommen, diejenigen für ambulante Behandlungen hingegen um rund 53% (Quelle: BSV 1999).

Die Ausgaben für die stationäre Spitalbehandlung werden für das Jahr 2000 auf ca. 3.8 Mia. CHF geschätzt. Damit sind sie gegenüber 1996 um rund 6% gestiegen (BSV 1999⁹). Diese Ausgaben sind stark von der Preissteigerung abhängig (Greppi et al. 2000). Bei der ambulanten Spitalbehandlung kann im Zeitraum von 1996 bis 2000 ein wesentlicher Zuwachs festgestellt werden. Für das Jahr 2000 werden die Ausgaben im Rahmen der OKPV auf rund 1.7 Mia. CHF geschätzt. Damit erhöhten sich die Ausgaben seit 1996 um über 53%. Die grösste Zunahme hat 1997/1998 stattgefunden mit einer Steigerung um 18%. In den letzten beiden Jahren ist die jährliche Kostensteigerung in den Bereich von 10% bis 12% zurückgegangen.

Die befragten Akteure sind sich darin einig, dass die Kostenentwicklung bei den Spitälern durch das KVG insgesamt nicht wesentlich beeinflusst werden konnte. Allerdings konnte im stationären Bereich eine weitgehende Stabilisierung der Kosten erzielt werden, was vor allem auf die fast unveränderten Tarife und die Verlagerungen in den ambulanten Bereich zurückzuführen ist. Generell wird festgehalten, dass die bisher getätigten Anstrengungen (z.B. in der Spitalplanung, in der Qualitätssicherung, durch den Kostendruck der Kantone, etc.) im Einzelfall zu Einsparungen geführt haben können. So konnte gemäss den meisten Spitälern die Wirtschaftlichkeit der Behandlungen grundsätzlich verbessert, die Aufenthaltszeiten reduziert und Eingriffe, die früher zwingend einen stationären Aufenthalt benötigten, nun ambulant durchgeführt werden. Nach Angabe der befragten Kantone und der Spitälern wird der grösste Kostendruck über die restriktive kantonale Finanzierungspolitik ausgeübt. Um ein möglichst wirtschaftliches Verhalten und damit Kosteneinsparungen zu erreichen, wurden von vielen Kantonen Globalbudgets oder leistungsabhängige Finanzierungsarten eingeführt. Gemäss einem befragten Kanton werden die Einsparmöglichkeiten bei den Spitälern jedoch durch die immer geringeren Potenziale im Personalbereich begrenzt. In der Pflege und bei den AssistenzärztInnen mussten nach längeren Lohnstagnationen in den letzten Jahren wieder deutliche Anpassungen vorgenommen werden, was sich in Kostenerhöhungen manifestierte.

Diese kostenmässig positiven Effekte werden aber durch mehrere negativen Effekte überlagert und können daher kaum beziffert werden:

- Wichtigster kostentreibender Faktor ist gemäss mehreren Verbänden und Kantonen die generelle Mengenausweitung. Neue technologische Möglichkeiten, die

9 Die Angaben für die Jahre 1996, 1997 und 1998 stammen aus den Statistiken des KSK. Die Zahlen für 1999 und 2000 wurden gemäss den BSV-Erhebungen von Mai 1999 hochgerechnet.

konjunkturelle und insbesondere die demographische Entwicklung haben dazu beigetragen, dass die Kosten der Spitäler weiter angestiegen sind. Auch der mit dem KVG zunehmend ausgeweitete Leistungskatalog hat gemäss mehreren Akteuren zur generellen Mengenausweitung beigetragen. Die Leistungsmengen konnten bisher nicht beeinflusst werden.

- Die kantonalen Spitalplanungen haben in einem sehr geringen Masse einen Beitrag zur Kosteneindämmung geleistet. Einerseits sind die Spitalplanungen nur in wenigen Kantonen restriktiv vollzogen worden. Andererseits stehen Spitalschliessungen indirekten Verlagerungseffekten gegenüber, die den erzielten Einsparungen an Infrastrukturkosten gegenübergestellt werden müssen. Die Verlagerungseffekte umfassen höhere Behandlungskosten bei der Schliessung von vergleichsweise günstigen Spitälern, den Aufbau von zusätzlicher Infrastruktur sowie die Verlagerung in andere Leistungserbringerbereiche bei Umnutzungen. Die neue Finanzierungsregel der ausserkantonalen Behandlungen hat in mehreren Kantonen die Tendenz verstärkt, dass interne Kapazitäten auf- oder ausgebaut wurden.
- Die Änderungen der Rahmenbedingungen des KVG im Tarifbereich haben bisher praktisch keinen Einfluss auf die Spitalkosten ausgeübt (siehe auch Kapitel 3.1.4). Die aufgrund der Tarifierung und der Finanzierung zustande gekommenen Ausweichreaktionen seitens der Spitäler haben weniger zu Kosteneinsparungen, sondern eher zu Kostenverlagerungen und zur Kompensation allfälliger Einnahmefälle durch eine Mengenausweitung geführt.

Über die vom Gesetzgeber geplante verstärkte Koordination und den verstärkten Wettbewerb konnten ebenfalls keine wesentlichen Impulse in Richtung einer verstärkten Kosteneindämmung geleistet werden:

- Die Bemühungen der Kantone zur verstärkten Koordination der Spitäler ist unzureichend. Den über die Spitalplanung teilweise erzielten Verbesserungen stehen in der vermehrten Beachtung der kantonalen Grenzen und dem zusätzlichen Aufbau von Kapazitäten entgegenlaufende Tendenzen gegenüber.
- Zwischen den Spitälern besteht im OKPV-Markt praktisch kein Wettbewerb. Der durch das KVG bewirkte verstärkte Wettbewerb im Zusatzversicherungsmarkt hat durch den Qualitäts- und Komfortwettbewerb die Kosten tendenziell erhöht.

3.1.11. Verbesserungsmöglichkeiten

Von der befragten Kantone, Spitalverbänden und Spitalern werden zusammenfassend folgende Verbesserungsvorschläge zur besseren Erreichung der Ziele des KVG formuliert:

- Einige Spitäler orten ein grosses Vollzugsdefizit und fordern, dass die Ausführungsbestimmungen des KVG endlich ausgearbeitet und wirksam umgesetzt werden. Mehrheitlich wird verlangt, dass die offenen Vollzugsfragen (z.B. Verordnung Kostenrechnung) und bislang undefinierten Begriffe (z.B. „anrechenbare Kosten“) so rasch als möglich durch Vorgaben des Bundes geklärt werden. Zudem sollten die Bundesratsentscheide schneller getroffen werden.
- Alle Akteure fordern eine Neuregelung der Spitalfinanzierung: Ersatz der heute gültigen dualen objektbezogenen Finanzierung durch eine subjektbezogene monetarische Finanzierung. Damit soll die Transparenz erhöht und die Wettbewerbsvoraussetzungen zwischen den öffentlichen und privaten Spitalern verbessert werden.
- Mehrfach wird eine griffigere Umsetzung der Spitalplanung gewünscht, die zu einem verstärkten Abbau von Überkapazitäten führt. Vorgeschlagen wird, dass die Spitalplanung mindestens auf regionaler Ebene umgesetzt wird. Verschiedene Privatkliniken fordern demgegenüber, dass die Planung reduziert und vermehrt Wettbewerb ermöglicht wird.
- Vor allem von den Privatkliniken wird gefordert, dass der Pflichtleistungskatalog auf ein „vernünftiges“ Mass beschränkt wird. Nur von dieser Massnahme wird eine spürbare Mengenbeschränkung erwartet.
- Mehrere Spitäler fordern, dass die Kantone ihre Rollen entflechten und sich auf die regulierenden Aufgaben beschränken.
- Vor allem von der SDK und einigen Kantonen wird eine Verbesserung der Koordination der Leistungserbringer resp. eine stärkere Vernetzung gewünscht. Die SDK fordert zudem Schritte in Richtung „Evidence based Medicine“.
- Vereinzelt wird vorgeschlagen, dass die Wirtschaftlichkeitskontrollen in Verträgen vereinbart werden.

3.1.12. Fazit

Der Handlungsspielraum der öffentlichen und privaten Spitäler wurden mit dem KVG tendenziell eingeschränkt. Massgebend dafür sind der erhöhte politische Kostendruck,

die Spitalplanung sowie der erhöhte Druck der Versicherer in den Tarifverhandlungen. Die Untersuchung der Auswirkungen des KVG auf die Spitäler hat jedoch gezeigt, dass insbesondere die subventionierten Spitäler in hohem Masse von den kantonalen Vorgaben im Rahmen der Defizitfinanzierung abhängig sind. So können etliche Auswirkungen neben der Umsetzung des KVG in wesentlichem Masse auch auf den seitens der Kantone ausgeübten Kostendruck und den mit den Subventionen verbundenen Bedingungen zurückgeführt werden (z.B. restriktive Spitalplanungen, Bemühungen zu Kosteneinsparungen, fortschrittliche Instrumente im Bereich Qualitätssicherung und Kostenrechnung, etc.). Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse zum Vollzug und den Auswirkungen des KVG auf die öffentlichen und privaten Spitäler dargestellt.

Wie ist der Vollzug der KVG-Bestimmungen im Spitalbereich zu beurteilen?

Der Vollzug der die Spitäler betreffenden KVG-Bestimmungen gestaltete sich in den meisten Bereichen als schwierig. Teilweise sind erhebliche Verzögerungen festzustellen. Die Umsetzungsschwierigkeiten und Verzögerungen können einerseits auf den mangelhaften Vollzug von Bestimmungen (z.B. Kostenrechnung), die ungenügende Definition wichtiger Begriffe durch das KVG (z.B. „anrechenbare Kosten“, „bedarfsgerechte Spitalversorgung“) sowie die Verzögerungen bei Beschwerdeentscheiden zurückgeführt werden. Die begrifflichen Unklarheiten haben im Tarifbereich und bei der Spitalplanung zu etlichen Beschwerden an den Bundesrat geführt, der in der Folge mehrere Anforderungen präzisierete. Die Interpretation einiger Begriffe ist jedoch weiterhin umstritten. Andererseits hat der verstärkte Kostendruck auf die Spitäler und die Versicherer zu einem wesentlich gespannteren Verhältnis zwischen diesen beiden Akteuren geführt. Dies hat die Tarifverhandlungen verschärft und die Einführung neuer Instrumente wesentlich erschwert und verzögert.

Vor allem bei der Spitalplanung ist der Vollzug in hohem Masse kantonal geprägt und wird von den entsprechenden politischen Kräften bestimmt. Einen grossen Einfluss auf die Qualität des Vollzugs können die Kantone über die mit der Subventionsvergabe geknüpften Bedingungen auch auf die Einführung neuer Instrumente ausüben (z.B. Qualitätssicherung und Kostenrechnung).

Wir beurteilen den Vollzug der wichtigsten Instrumente und Massnahmen des KVG im Spitalbereich wie folgt:

- Alle Kantone haben eine Spitalplanung erstellt. Diese wurde jedoch zeitlich und inhaltlich unterschiedlich umgesetzt. Das KVG hat den Spitalplanungsprozess beschleunigt. Entscheidender Auslöser für eine restriktive Planung ist jedoch der auf dem Kanton lastende finanzielle Druck und sein politischer Spielraum. Aufgrund der erheblichen politischen Widerstände in vielen Kantonen wird die Spitalplanung nur von einer Minderheit dazu eingesetzt, um mittels Spitalschliessungen einen Abbau der vorhandenen Überkapazitäten einzuleiten. Insgesamt sind die bisherigen Spitalplanungen damit grösstenteils als nicht sehr restriktiv zu beurteilen. Ungenügend ist zudem die weitgehend einseitige Abstützung auf die Bettenzahl, die durch den zunehmenden Föderalismus mangelhafte interkantonale Koordination sowie die fehlende Abstimmung mit anderen Leistungsbereichen. So sollten die Berücksichtigung weiterer Parameter wie die Diagnose- oder Behandlungskapazität geprüft, die interkantonale Koordination im Bereich Spitzenmedizin und Spitäler in Grenznähe verbessert und die Abstimmung mit ambulanten und teilstationären Leistungen verstärkt werden.
- Die Tarifverhandlungen haben sich mit dem erhöhten Kostendruck wesentlich verschärft. Das angespannte Verhandlungsklima sowie die vielen umstrittenen Definitionen (z.B. Definition der anrechenbaren Kosten und der Erfordernisse zur Erreichung der Kostentransparenz) führten im stationären Bereich zu erheblichen Verzögerungen, Vollzugsproblemen und rechtlichen Unsicherheiten. Als wesentliches Hemmnis für die Tarifverhandlungen wird erachtet, dass der Bundesrat bis heute keine verbindliche Bestimmung für eine einheitliche Kostenrechnung erlassen hat. Teilweise hat dies die Spitäler davon abgehalten, ihre Kostengrundlagen zu verbessern. Die Möglichkeit zum Abschluss von Sonderverträgen, die von Verbandsverträgen abweichen, wurde im OKPV-Bereich kaum genutzt. Im ambulanten Bereich sind die kantonal vereinbarten Tarifstrukturen bisher noch nicht durch die gesamtschweizerische Tarifstruktur (TarMed) ersetzt worden.
- Die Rechnungskontrolle seitens der Versicherer wurde zwar verstärkt. Sie wird jedoch von den Spitälern als unsystematisch und unprofessionell beurteilt. Auf die Überprüfung der Angemessenheit und Zweckmässigkeit einer Behandlung (Wirtschaftlichkeitskontrolle) wird aufgrund fehlender Daten (Diagnosecodes) praktisch verzichtet. Die Wirtschaftlichkeitskontrolle ist damit aus Sicht des KVG als noch ungenügend zu beurteilen. Betreffend Fallmanagement werten wir die ersten Ansätze einer aktiven und intensiven Zusammenarbeit zwischen den Versicherern und den Spitälern als positiv.

- In der Qualitätssicherung konnte durch das KVG zwar ein Prozess zur Institutionalisierung der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements eingeleitet werden. Die jährliche Berichterstattung und die geplante PatientInnenbefragung genügen den Anforderungen des BSV noch nicht. Erforderlich sind die Messung der Ergebnisqualität und die Erarbeitung von Qualitätsverbesserungsprogrammen. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass die breite Einführung von Qualitätssicherungssystemen einen längerfristige Prozess darstellt und Zeit benötigt. Einzelne Kantone (z.B. ZH) haben auf eigene Initiative weitere Qualitätssicherungsaktivitäten gefördert (Outcome-Messung, Beurteilung der PatientInnenzufriedenheit, etc.).

Welche Wirkungen hat das KVG bei den öffentlichen und den privaten Spitälern ausgelöst?

Bei der Beurteilung der Auswirkungen des KVG auf die öffentlichen und die privaten Spitäler ist zwischen folgenden Massnahmen zu unterscheiden:

- Die Trennung der OKPV von der Zusatzversicherung sowie die Erweiterung des Leistungskatalogs hat zu einem deutlichen Rückgang der Zusatzversicherten (Privat- und Halbprivatversicherte) geführt, der sich insbesondere auf die Privatspitäler ertragsmässig bedeutend auswirkte. Die Privatkliniken versuchen, die Ertragsausfälle durch einen intensivierten Wettbewerb im Zusatzversicherungsmarkt, vermehrten Angeboten im teilstationären Bereich sowie Kosteneindämmungsmassnahmen zu kompensieren.
- Die Auswirkungen der kantonalen Spitalplanungen sind schwierig zu beurteilen. Die Auswirkungen hängen entscheidend von der kantonalen Umsetzung ab. Generell konnten folgende Auswirkungen erzielt werden:
 - Schliessung oder Umnutzung von Spitälern,
 - Personalabbau,
 - Vermehrte Kooperationen und Fusionen von Spitälern,
 - Leistungsreduktionen von Privatkliniken, die vor Inkrafttreten des KVG in der allgemeinen Abteilung tätig waren,
 - Bettenreduktionen,
 - Bessere Auslastungen sowie Um- und Ausbauten bei verbliebenen Spitälern.

Nach Schätzungen wurden bis Anfang 1999 2'000 Akutbetten abgebaut, 8 Akutspitäler geschlossen oder umgenutzt und zwischen 600 und 700 Stellen gestrichen. Dies entspricht im Vergleich mit den gesamtschweizerischen Daten für 1998 (BSV

2000b) einem Abbau von rund 7% der Akutbetten, 4% der Akutspitäler und 1% der Beschäftigten, was bei den anerkanntermassen bestehenden Überkapazitäten als eher gering zu betrachten ist.

- Die härter geführten Tarifverhandlungen im stationären Bereich sowie die Entschiede des Bundesrates bei Tarifbeschwerden haben zu einer weitgehenden Stabilisierung der Tarife beigetragen, indem nur sehr moderate Tarifierhöhungen durchsetzbar waren. Bei den Privatkliniken hat der Kostendruck dazu geführt, dass keine kostendeckenden Tarife durchsetzbar waren. Bei den Tarifierungsformen ist ein Trend in Richtung von Fallpauschalen feststellbar. Angestrebt werden sollten diagnosebezogene Fallpreispauschalen zur besseren Verknüpfung der Leistungserbringerbereiche.
- Die duale Spitalfinanzierung hat zu Konflikten in den Tarifverhandlungen über die Kostenabgrenzung geführt, einen Privatisierungstrend mitausgelöst und die Verlagerung der Behandlung vom stationären in den ambulante Bereich unterstützt. Die duale Spitalfinanzierung benachteiligt die privaten im Vergleich zu den öffentlichen Spitälern. Die neue Finanzierungsregel der ausserkantonalen Hospitalisierung erhöhte den administrativen Aufwand, führte zu einer leicht verbesserten Koordination, aber auch teilweise zum Aufbau eigener Kapazitäten, mit denen unliebsame Kostenfolgen vermieden werden sollen.
- Die verstärkten Rechnungskontrollen hatten einen erhöhten administrativen Aufwand seitens der Spitäler, jedoch keine weiteren spürbaren Wirkungen zur Folge. Die Zusammenarbeit mit den Fallmanagern führt zu schnelleren Kostenabrechnungen und zur besseren Koordination bei komplizierten Fällen.
- Im Bereich der Qualitätssicherung konnte bisher vor allem ein Prozess in Richtung einer verstärkten Qualitätssicherung und damit ein breitflächiger Bewusstseinsprozess ausgelöst werden. Teilweise wurde von den Spitälern das Qualitätsmanagement verstärkt. Ein spürbarer Einfluss der bisherigen Aktivitäten (Qualitätsberichterstattung, geplante PatientInnenbefragung) auf die Leistungsqualität kann jedoch noch nicht erwartet werden.

Konnte die Koordination und der Wettbewerb unter den Spitälern gefördert werden?

Die bisherigen Ergebnisse des regulatorischen und wettbewerblichen Ansatzes im Bereich der stationären Spitalversorgung (OKPV-Markt) sind ernüchternd. Die Koordination unter den Spitälern und die Koordination mit anderen Leistungserbringern konnte durch das KVG nicht massgeblich gefördert und der Wettbewerb im OKPV-

Markt nicht erhöht werden. Der durch das KVG bewirkte zusätzliche Wettbewerb im Zusatzversicherungsbereich hat durch den Ausbau von Kapazitäten tendenziell zusätzliche Kosten verursacht.

Inwiefern haben sich die Beziehungen zu den übrigen Akteuren verändert?

Die Beziehungen der Spitäler zu den anderen Akteuren des Gesundheitswesens haben sich durch das KVG nicht wesentlich verändert. Die spürbarsten Veränderungen betreffen die Beziehungen zu den Versicherern, die sich aufgrund der verschärften Tarifverhandlungen und den zunehmenden Tarifstreitigkeiten deutlich verschlechtert haben. Insgesamt hat sich der Einfluss der Spitäler durch den von verschiedenen Seiten ausgeübten Druck tendenziell vermindert.

Welche innerbetrieblichen Veränderungen sind feststellbar?

Folgende Tendenzen zur innerbetrieblichen Veränderung wurden durch das KVG, den finanziellen Druck der Kantone und den Wettbewerbsdruck beschleunigt:

- Professionalisierungstrend, Verstärkung des unternehmerischen Denkens, zunehmende Marktorientierung, verstärktes Marketing,
- Trend zur Privatisierung der Spitäler,
- Veränderung im Leistungsangebot: Verlagerungen in den ambulanten Bereich, Investition in zusätzliche Kapazitäten und zusätzlichen Komfort als Reaktion auf einen intensiver geführten Wettbewerb im Zusatzversicherungsbereich, effizientere Behandlungen,
- Teilweise Beschleunigung der Verbesserung der Kostengrundlagen,
- Spürbarer administrativer Mehraufwand.

Inwiefern konnte durch das KVG ein Beitrag zur Kosteneindämmung geleistet werden?

Die Kostenentwicklung konnte bei den Spitälern durch das KVG insgesamt nicht spürbar beeinflusst werden. Einer weitgehenden Stabilisierung der Kosten im stationären Bereich steht eine Mengenzunahme im ambulanten Bereich gegenüber. Den insbesondere durch den Kostendruck der Kantone und die Spitalplanung feststellbaren leicht positiven Effekten stehen zusätzliche Kosten durch die generelle Mengenausweitung und Ausweichreaktionen resp. Verlagerungseffekte gegenüber. Beispielsweise finden aufgrund des Tarif- und des Kostendrucks Verlagerungen in den ambulanten und den teilstationären Bereich statt. Spitalschliessungen können ebenfalls zu zusätzlichen Kosten in anderen Bereichen führen (Abnahme der Behandlungseffizienz, Aufbau zusätzlicher Kapazitäten, etc.).

Welche Verbesserungsmöglichkeiten bestehen im Spitalbereich?

Zur besseren Erreichung der Ziele des KVG, insbesondere zur Kosteneindämmung, sollte in erster Linie eine verbesserte Koordination resp. eine verbesserte Vernetzung der Spitäler mit anderen Leistungserbringern angestrebt werden. Zudem sollten folgende Massnahmen ergriffen werden:

- Möglichst rasche Behebung der Vollzugsdefizite (Ausführungsbestimmungen und Begriffsklärungen),
- Griffige Umsetzung der Spitalplanung mit einer verstärkten interkantonalen Koordination und einer verstärkten Berücksichtigung anderer Leistungserbringer,
- Neuregelung der Spitalfinanzierung,
- Rollenentflechtung seitens der Kantone,
- Wirtschaftlichkeitskontrollen seitens der Versicherer.

3.2. Pflegeheime

Die Pflegeheime (Alters- und Pflegeheime sowie Krankenhäuser) sind neu mit dem KVG als neu aufgenommene Leistungserbringer zu Lasten der OKPV tätig. Es stellen sich folgende Fragen:

- Wie hat sich der Handlungsspielraum der Pflegeheime verändert?
- Wie sind der Vollzug und die Auswirkungen der Pflegeheimplanung und der Bedarfsabklärung zu beurteilen?
- Welche Auswirkungen hatte das KVG im Tarifbereich? Welche Auswirkungen hatte die neue Finanzierung?
- Haben sich die Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrollen seitens der Versicherer verstärkt? Welche Auswirkungen hat dies auf die Pflegeheime?
- Welche Aktivitäten werden aufgrund des KVG in der Qualitätssicherung unternommen? Welche Wirkungen sind erkennbar?
- Hat das KVG zu einer Zunahme des Wettbewerbs und der Koordination im Bereich der Langzeitpflege geführt?
- Inwiefern hat das KVG die Beziehungen der Pflegeheime zu den übrigen Akteuren verändert (andere Leistungserbringer, Kantone, Bundesbehörden)?
- Welche innerbetriebliche Veränderungen haben sich durch das KVG ergeben?
- Welchen Einfluss hatten die durch das KVG bewirkten Verhaltensänderungen auf die Entwicklung der Gesundheitskosten?

3.2.1. Handlungsspielraum

Durch die Anerkennung der Pflegeheime als Leistungserbringer, die neu zulasten der OKPV tätig sind, hat sich der Handlungsspielraum für die Pflegeheime nicht grundlegend verändert. Folgende durch das KVG bedingte Veränderungen konnten festgestellt werden:

- Mit dem KVG wurden die unterschiedlichsten Institutionen der Krankenpflege mit unterschiedlichen Leistungsangeboten unter dem Begriff Pflegeheime subsummiert und damit gleichgestellt. Zu unterscheiden sind insbesondere die Alters- und Pflegeheime, die vor allem im Bereich Wohnen/Betreuung, und die Krankenhäuser, die im Bereich Pflege/medizinische Betreuung tätig waren. Gemäss dem Heimverband Schweiz und dem Forum stationäre Altersarbeit Schweiz (Forum) hat sich durch das KVG aufgrund dieser neuen Definition und den Pflegeheimlisten eine Annäherung im Leistungsangebot zwischen diesen beiden Heimtypen ergeben. Während die Krankenhäuser nicht mehr nur spitalmässig tätig sind, bieten die Altersheime vermehrt Pflegeleistungen an.
- Unter dem KUVG war der Handlungsspielraum der Alters- und Pflegeheime gemäss dem Heimverband Schweiz vor allem von der kantonalen und örtlichen Politik geprägt. Teilweise hatten die Pflegeheime grosse Freiheiten, teilweise wurde eine gewisse Willkür festgestellt. Mit dem KVG wurden die Pflegeleistungen, deren Kosten die Versicherer zu bezahlen haben, vereinheitlicht. Die Qualitätsvorgaben sind gemäss dem Heimverband Schweiz entgegen den gesetzlichen Vorgaben bis heute noch nicht schweizerisch vereinheitlicht. In diesem Bereich sind kantonale Unterschiede feststellbar.
- Gemäss dem Heimverband Schweiz, dem Forum sowie einem befragten Kanton hat sich mit dem KVG die PatientInnenstruktur in den Pflegeheimen markant verändert. Einerseits werden heute mehr Spitexleistungen beansprucht. Dies hat dazu geführt, dass die Heimbewohner heute älter und gleichzeitig pflegebedürftiger sind. Andererseits wird festgestellt, dass die Akutspitäler aufgrund der mit der Spitalplanung teilweise einhergehenden Spitalschliessungen und besseren Auslastung der Spitäler zunehmend frühzeitig PatientInnen auf die Pflegeheime abschieben. Dadurch mussten sich die Pflegeheime neu für die zunehmende Überbrückungspflege einrichten (postoperative Bettenbelegung). Die damit verbundenen Ein- und Austritte haben markant zugenommen. Insgesamt haben damit die Pflegeheime mehr pflegebedürftigere PatientInnen und ÜberbrückungspatientInnen

nen zu behandeln. Dies hat zu einer Zunahme der medizinischen Arbeit der Pflegeheime geführt.

3.2.2. Pflegeheimplanung

Gemäss übereinstimmenden Angaben hatten die kantonalen Pflegeheimplanungen keine spürbaren Auswirkungen auf die Pflegeheime. Die meisten Kantone nahmen alle bestehenden Pflegeheime auf die Pflegeheimliste auf. Dies, weil im Heimbereich in praktisch allen Kantonen keine Überkapazitäten bestanden. Zudem wollten einige Kantone aufgrund ihres geringen finanziellen Engagements in diesem Bereich und zur Förderung des Wettbewerbs nicht steuernd eingreifen. Teilweise ergaben die Planungen sogar, dass aufgrund von Unterkapazitäten in einigen Kantonen zusätzliche Pflegebetten bereitgestellt werden müssen.

Ein kantonaler Heimverband kritisiert das Vorgehen des Kantons im Rahmen der Planung sowie die verwendeten Kriterien. Vermisst wird insbesondere, dass der Kanton nicht gemeinsam mit den Pflegeheimen praxisnahe Regelungen erarbeitet.

Von der Pflegeheimplanung zu unterscheiden sind die aufsichtsrechtlichen Vorgaben der Kantone. So erlassen die Kantonsärzte im Rahmen der Bewilligungspraxis Qualitätsstandards, die vom Heimverband Schweiz und dem Forum als teilweise dirigistisch und inakzeptabel beurteilt werden.

3.2.3. Bedarfsabklärung

Gemäss den befragten Heimverbänden erfassten die Pflegeheime ihre Leistungen schon vor Inkrafttreten des KVG. Während in der Deutschschweiz bei den Alters- und Pflegeheimen vor allem das BESA-System (BewohnerInnen Einstufungs- und Abrechnungssystem) angewendet wurde, verwendete man in der Westschweiz das Evaluationsinstrument PLAISIR. Die Krankenhäuser wenden seit längerer Zeit Instrumente zur Leistungserfassung sowie teilweise auch Arbeits- und Bedarfsanalysen an.

Gemäss dem Heimverband Schweiz und dem Forum hat die mit dem KVG eingeführte Pflicht zur Bedarfsabklärung die Diskussion und die Erprobung neuer Instrumente zur Bedarfserfassung in den Pflegeheimen gefördert. Auch gemäss der SDK führte die Bestimmung des KVG zu einer Beschleunigung der Entwicklung von Bedarfserfassungsinstrumenten. Zur Zeit werden verschiedene Instrumente erprobt und weiter-

entwickelt, die unterschiedliche Stärken zur Leistungs- und Bedarfserfassung aufweisen. Einheitlich anerkannte Instrumente zur Bedarfserfassung bestehen jedoch noch nicht:

- Der Heimverband Schweiz prüft eine Erweiterung des BESA-Systems, das vor allem der Leistungserfassung dient und zur Erfassung des Bedarfes nicht ausreicht. Entsprechende Kriterien sind verabschiedet. Ziel ist die Entwicklung eines Instrumentes, mit dem einerseits der Bedarf geklärt und gleichzeitig die Leistungen erfasst werden können.
- Verschiedene Kantone fördern das RAI RUG-System, das dem Heimverband Schweiz gemäss einem kantonalen Verband zu stark auf die medizinischen Leistungen ausgelegt und für den Pflegebereich nicht genügend transparent ist.
- In den Westschweizer Kantonen wird weiterhin das System PLAISIR verwendet.

Aufgrund einer Umfrage des Heimverbands Schweiz bei mehreren kantonalen Verbänden gehen die Ansichten zu den Auswirkungen der Instrumente zur Bedarfsabklärung auseinander. Einerseits wird die Bedarfsabklärung bei den Alters- und Pflegeheimen bei einigen Pflegeheimen nicht umgesetzt. Andererseits sind bei denjenigen, die sie umsetzen, nur teilweise Auswirkungen sichtbar. Gemäss dem Forum hat die Pflicht zur Bedarfserfassung bei den Krankenheimen teilweise zur Erprobung und Einführung neuer Instrumente geführt. Der Kanton Thurgau stellt fest, dass das BESA-System aufgrund des KVG flächendeckend eingeführt wurde, was zu einer differenzierteren Beschreibung des Pflegebedarfs und zur Erhöhung der Leistungstransparenz beigetragen hat.

3.2.4. Finanzierung und Tarifierung

Das KVG hat mit der Anerkennung der Pflegeheime als Leistungserbringer zu einer wesentlichen Umlagerung der Finanzierung geführt, der sich gemäss Heimverband Schweiz vor allem für die selbstzahlenden Heimbewohner positiv ausgewirkt hat, indem die Versicherer heute einen Teil der Kosten übernehmen (gemäss den Rahmentarifen: heute 10 CHF bis 70 CHF je nach Pflegebedürftigkeit im Vergleich zum KUVG 9 CHF während 720 Tagen). Bei den in Krankenheimen eingewiesenen Bewohnern haben sich diesbezüglich keine Änderungen ergeben, weil der Kanton für die Finanzierung aufgekommen ist. Die Kantone konnten sich jedoch entsprechend entlasten. Damit hat sich eine Annäherung in der Finanzierung dieser beiden Pflegeheimtypen ergeben. Die Höhe des Finanzierungsbeitrags seitens der Versicherer gemäss OKPV ist jedoch um-

stritten. Der Heimverband, das Forum und die Kantone werfen den Versicherern vor, dass sie über die Tarife nur einen Teil der gemäss KVG abzugeltenden Pflegekosten übernehmen und stellen ein „Rechtsvakuum“ fest. Gemäss der Empfehlung des Bundesrates bei der Inkraftsetzung der Rahmentarife vom 17.9.1997 werden die Kantone angehalten, die Kosten der ungedeckten Pflegekosten zu übernehmen. Da dies gemäss dem Heimverband Schweiz nur in einzelnen Kantonen erfolgt, sind die Heimbewohner je nach Kanton benachteiligt und bezahlen immer noch ihren Anteil an die Pflegekosten. Dabei bestehen zwei Möglichkeiten:

- Die Bewohner bezahlen mit einem hohen Pensionspreis einen Anteil an die ungedeckten Pflegekosten oder
- die Pflegeheime belasten den Bewohnern die effektiven Pflegekosten und die Heimbewohner erhalten nur einen Teil der Pflegekosten über die Krankenversicherung rückvergütet.

Der Heimverband, das Forum und die Kantone fordern die Abdeckung der vollen Pflegekosten, die neben den unmittelbaren Leistungen auch die Vor- und Nachbereitung sowie andere Leistungen wie Ferien und Weiterbildung enthalten müssen. Die Tatsache, dass die Tarife im Pflegebereich die effektiven Kosten der Pflege nicht decken, ist allgemein anerkannt. Die Finanzierung der vollen Kosten ist politisch umstritten, weil sie eine eindeutige und sprunghafte Erhöhung der Prämien zur Folge hätte (INFRAS 2000).

Gemäss dem Heimverband und dem Forum verliefen die Tarifverhandlungen mit den Versicherern sehr schwierig, weil diese einen enormen Druck in den Verhandlungen ausübten. Die Verhandlungen im Pflegeheimbereich waren hart, aber fair (INFRAS 2000). Die Streitigkeiten betreffend die Übernahme resp. die Berechnung der Pflegekosten gemäss KVG durch die Versicherer haben sich durch die vom Bundesrat erlassenen Rahmentarife gelegt. Nach wie vor bestehen jedoch Unklarheiten betreffend der Vorgaben des KVG (einheitliche Kostenrechnung, Berechnung der Pflegekosten), was zu etlichen Beschwerden geführt hat. Das Forum bezeichnet die Situation im Tarifbereich als „katastrophal“. Kritisiert wird insbesondere der vom Bundesrat festgelegte Rahmentarif, der aus Sicht der Pflegeheime einen Willkürakt darstellt. Einerseits wird die Struktur bemängelt (Stufen 3 und 4 sind nach Ansicht der Pflegeheime um 50% zu tief angesetzt), andererseits werden die Tarife nicht nach den effektiven Kosten abgerechnet, weil aufgrund der fehlenden Vorgaben noch keine einheitliche Kostenrechnung vorliegt. Seit 1997/98 werden im Kanton Zürich aufgrund der Erreichung der

Höchstansätze der Rahmentarife zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern keine Tarifverhandlungen mehr geführt.

3.2.5. Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrollen

Gemäss dem Heimverband Schweiz, dem Forum und dem Heimverband Waadt (AVDEMS) werden seitens der Versicherer noch keine Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrollen durchgeführt. Auf gesamtschweizerischer Ebene werden zur Zeit die Kriterien und Instrumente zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen diskutiert. Das Forum und die befragten Heimverbände fordern strikt, dass jegliche Kontrollen von den Pflegeheimen und den Versicherern gemeinsam entwickelt und durchgeführt werden müssen. Im Kanton Zürich kontrollierten die Versicherer gemäss der kantonalen Sektion des Heimverbands bis vor Kurzem auf eine für die Pflegeheime inakzeptable Weise. In Zusammenarbeit mit dem Heimverband Schweiz, der Sektion Zürich und dem grössten Versicherer wurde ein praktikables Prozedere entwickelt und im Rahmen von Pilotprojekten erprobt. Das Prozedere ermöglicht Einzelüberprüfungen unter bestimmten Voraussetzungen. Einzelüberprüfungen sind jedoch umstritten. Mehrere Pflegeheime wehren sich dagegen, weil sie nicht der vom KVG vorgesehenen Form entsprechen (Überprüfung durch Vertrauensarzt oder statistische Kontrollen). Die Sektion Zürich sieht jedoch in beschränkten Einzelkontrollen auch Chancen, weil Hinweise zur Verbesserung der Leistungen erwartet werden.

Auf der Personenebene werden gemäss dem Forum von einigen Versicherern Kontrollen gemacht, indem die jeweiligen Einstufungen überprüft werden. Es konnte bisher jedoch keine spürbare Manipulation der Einstufungsinstrumente zugunsten der Pflegeheime festgestellt werden.

3.2.6. Qualitätssicherung

Bei Qualitätssicherungsmaßnahmen ist zu unterscheiden zwischen den von den Kantonen vorgenommenen Kontrollen im Rahmen der Aufsichtspflicht und den Aktivitäten der Pflegeheime, die durch das KVG gefördert werden sollen. Die Kantone kontrollieren im Rahmen der Pflegeheimaufsicht die Mindestqualität mit unterschiedlicher Qualität. Über den Kantonsarzt, den Kantonsapotheker und den Gesundheitsdienst wird in erster Linie die Strukturqualität kontrolliert (Infrastruktur, Hygiene, PatientInnendokumentation, etc.). Teilweise streben die Kantone auch die Überprüfung der Prozess- und der Ergebnisqualität an (z.B. TG).

Betreffenden den vom KVG zu initiierten Prozess zur Förderung der Qualitätssicherung unterzeichnete das Forum im Dezember 1998 mit dem KSK einen Rahmenvertrag zur Qualitätssicherung, der Ziele, Strukturen, Vorgehen, Vollzugsprobleme sowie Zeitpläne vereinbarte. Das entsprechende Qualitätskonzept zur Einführung eines institutionalisierten Qualitätsmanagement in den Pflegeheimen wurde im Juli 1999 verabschiedet. Zu den geplanten Massnahmen zählen die regelmässige Bedarfsabklärung bei BewohnerInnen und deren Bezugspersonen sowie den externen Kunden, die Ausarbeitung von Standards, die Selbstevaluation von Prozessen und datenbasierte Qualitätsberichte (Faisst/Schilling 1999). Gemäss dem Forum wurde eine erste Bestandesaufnahme über die von den Pflegeheimen durchgeführten Qualitätssicherungsmassnahmen erstellt. Aktivitäten bestehen auch auf der Ebene von kantonalen Verbänden (Faisst/Schilling 1999). Beispielsweise hat der Verband Berner Alterseinrichtungen ein Instrument zur Qualitätsentwicklung und -sicherung in Pflegeheimen sowie in der stationären Altersbetreuung und Pflege erarbeitet.

Gemäss dem Heimverband Schweiz und dem Forum haben sich vor Inkrafttreten des KVG nur wenige Pflegeheime der Qualitätssicherung gewidmet. Heute sind bereits mehrere Pflegeheime zertifiziert, andere haben Qualitätssicherungsinstrumente eingeführt. Gemäss der Sektion Zürich des Heimverbands haben 10% der Pflegeheime ein Qualitätsmanagementssystem eingeführt, weitere 10% bis 20% befassen sich zur Zeit mit deren Einführung. Teilweise werden diese verstärkten Bemühungen von den Heimverbänden auch auf den zusätzlichen Druck des KVG zurückgeführt. Druck ausgeübt haben auch die Versicherer, indem sie den Pflegeheimen in den Tarifverhandlungen vorgeworfen haben, dass sie den Anforderungen des KVG an die Kostentransparenz und den Qualitätsnachweis nicht genügen. Zusätzlich wird vermutet, dass die durchgeführte Bestandesaufnahme bei vielen Pflegeheimen dazu führen wird, dass sie ein Qualitätssicherungssystem einführen. Im Urteil des BSV waren die Pflegeheime im Bereich Qualitätssicherung lange inaktiv. Das KVG hat dazu geführt, dass Instrumente erarbeitet und geprüft werden und damit ein Prozess eingeleitet wurde.

3.2.7. Wettbewerb und Koordination

Das KVG hat durch die Tarifverhandlungen Impulse zur Entwicklung von Instrumenten für eine verstärkte Zusammenarbeit der Pflegeheime auf Verbandsebene geschaffen. Die Anliegen der Alters- und Pflegeheime sowie der Krankenhäuser werden im Forum koordiniert. Das Forum führt die Verhandlungen auf gesamtschweizerischer

Ebene und initiiert die umzusetzenden Instrumente (Leistungsstatistik, Kostenrechnung, Bedarfsabklärung, Qualitätsmanagementsysteme). Mit dem KVG wurden die privaten Pflegeheime in die Arbeiten miteinbezogen, was gemäss dem Forum einige Impulse auf der Instrumentenebene ausgelöst hat.

Der Wettbewerb zwischen den Pflegeheimen hängt stark von der regionalen Situation ab und ist im Wesentlichen vom Bettenangebot geprägt. Da die Pflegeheime generell gut ausgelastet sind und teilweise eher Unterkapazitäten bestehen, findet zwischen den Pflegeheimen gemäss den befragten Heimverbänden praktisch kein Wettbewerb statt. Gemäss einem privaten Heim war in der ersten Zeit nach Inkrafttreten ein gewisser Wettbewerb spürbar, der sich in den letzten Jahren jedoch aufgrund der guten Auslastung merklich gelegt hat. Der anfänglich verstärkte Wettbewerb wird auf den Rückgang des PatientInnenguts aufgrund der Angebote der Spitex (betagte Personen können länger unabhängig bleiben) und der Umwandlung von Abteilungen von öffentlichen Spitälern mit Unterbelegung in Pflegeheime oder Stationen für die Langzeitpflege zurückgeführt.

Aufgrund der ausreichenden Nachfrage nach Heimplätzen und den unterschiedlichen Leistungsangeboten besteht zu den Spitex-Organisationen ebenfalls praktisch kein Wettbewerb. Die verstärkte Nachfrage nach Spitex-Leistungen hat wie erwähnt zu einer Änderung des PatientInnenguts in den Pflegeheimen, jedoch zusammen mit der zunehmenden Abschiebung von PatientInnen aus Akutspitälern nicht zu einer Abnahme des PatientInnenguts geführt. Wettbewerbshemmend wirkt sich gemäss einer kantonalen Sektion des Heimverbands auch die unterschiedliche finanzielle Abgeltung der Leistungen aus, wenn sie von unterschiedlichen Leistungserbringern erbracht wird. Aufgrund der unterschiedlichen Leistungsangebote und der damit verbundenen Kosten fordern die Heimverbände anstelle des Wettbewerbs vielmehr eine bessere Koordination zwischen den Pflegeheimen und den Spitex-Organisationen.

Im Urteil des Heimverbands Schweiz und des Forums ist die Koordination zwischen den Pflegeheimen und Spitex-Organisationen noch ungenügend. Bisher werden die Synergien nur sehr beschränkt genutzt. Insgesamt ist jedoch geplant, die Zusammenarbeit zu verbessern. Förderungswürdige Ansätze sind teilweise auf kantonaler Ebene (z.B. prospektives Konzept des Kantons GR) oder im Rahmen von Gemeindeverbänden von Spitex-Organisationen, die sich auch mit Pflegeheimen koordinieren, vorhanden. Generell funktioniert die Koordination zwischen der Spitex und den Pflegeheimen aufgrund personeller Vernetzungen in den Städten besser als auf dem Land. Eine

verstärkte Zusammenarbeit scheidet jedoch oft an der unterschiedlichen Lohnpolitik und den Pflegephilosophien. Insgesamt ist der Heimverband Schweiz der Ansicht, dass das KVG die teilweise festzustellende intensivere Zusammenarbeit zwischen den Pflegeheimen und der Spitex nicht gefördert hat. Als ausschlaggebend wird vor allem der finanzielle Druck erachtet, der diese Leistungserbringer gezwungen hat, effizienter zu werden. Im Kanton Waadt wird die Koordination der Pflegeheime mit anderen Akteuren durch die Neuorientierung der Waadtländer Gesundheitspolitik (Nouvelles orientations de la politique sanitaire - NOPS) gefördert.

Die neue Koordination der Pflegeheime und der Spitäler im Bereich Übergangspflege wird vom Heimverband Schweiz grundsätzlich als positiv beurteilt, weil die Überbrückungspflege in den Pflegeheimen kostengünstiger erbracht werden kann, die Auslastung verbessert wird und sich die Qualität der Pflegearbeit durch den grösseren Anteil an medizinischen Arbeiten erhöht. Kritisiert wird jedoch, dass die Pflegeheime im Bereich der Überbrückungspflege über keinen Leistungsauftrag verfügen und die finanzielle Abgeltung ungenügend geregelt ist.

3.2.8. Beziehungen zu den übrigen Akteuren

Die Beziehungen der Pflegeheime haben sich mit der Anerkennung als Leistungserbringer im Rahmen der OKPV vor allem zu den Versicherern geändert, die mit dem KVG zum neuen Partner der Pflegeheime geworden sind. Die Pflegeheime dadurch enorm an Stimmkraft gewonnen (INFRAS 2000). Von den neuen Kontakten zu den Versicherern sind die Bereiche Tarifierung, Qualitätssicherung, Kostenrechnung und Kostenkontrollen betroffen. Das Verhältnis zu den Versicherern wird aufgrund der harten Tarifverhandlungen und den ersten Versuchen zu Kostenkontrollen als eher schwierig bezeichnet.

Neue Kontakte entstanden mit dem KVG auch zu den Bundesbehörden (Bereiche Tarifbeschwerden, Kostenrechnung, Bedarfsabklärung und Qualitätssicherung). Die Beziehungen zu den übrigen Akteuren hat sich nicht wesentlich verändert:

- Zur Spitex ist eine nähere Zusammenarbeit beabsichtigt.
- Von den Spitälern müssen aufgrund der erhöhten Abschiebung mehr PatientInnen in der Übergangspflege übernommen werden. Gemäss einer kantonalen Sektion funktioniert die Koordination auf informellem Weg sehr gut.

- Die Pflicht zur Pflegeheimplanung hat die Beziehungen zu den Kantonen kaum verändert.

3.2.9. Innerbetriebliche Veränderungen

Die Anforderungen des KVG haben bei den Pflegeheimen nach übereinstimmenden Aussagen zu einer Professionalisierung geführt, dies vor allem im Management und in der Informatik. Gemäss dem Heimverband Schweiz und dem Forum haben sich die Anforderungen an das Management durch das KVG und die Kundenwünsche erhöht. Das analytische und kundenorientierte Denken hat sich erhöht, die mitarbeiterorientierte Führung verstärkt, dies vor allem auch bei den Krankenheimen.

Ebenfalls einen Bewusstseins- sowie einen Entwicklungsprozess ausgelöst hat das KVG durch den Druck zur Einführung mehrerer Instrumente. Dies hat gemäss dem Forum zu einer Vereinheitlichung der Instrumente geführt. Zur Zeit befinden sich die Pflegeheime in einer Konsolidierungsphase, in der Erfahrungen gesammelt und ausgewertet werden müssen, um die Instrumente zu verbessern. In folgenden Bereichen wurden durch das KVG Impulse ausgelöst:

- **Kostenrechnung/Leistungserfassung:** Der Heimverband Schweiz hat aufgrund des KVG eine auf die Pflegeheime zugeschnittene Kostenträgerrechnung entwickelt, die kontinuierlich eingeführt wird. Bis vor wenigen Jahren wurde in den Pflegeheimen vor allem mit der Finanzbuchhaltung gearbeitet. Heute haben gemäss dem Heimverband Schweiz relativ viele Pflegeheime eine Kostenrechnung eingeführt. Im Kanton Zürich sind es heute nach Schätzungen der entsprechenden Sektion rund 35%. Die Uneinigkeiten der Heimverbände über die Art der Kostenrechnung hat jedoch gemäss einer kantonalen Sektion deren Einführung verzögert. Der Bundesrat hat bisher noch keine verbindlichen Bestimmungen für eine einheitliche Kostenrechnung erlassen, was vor allem in der Tarifierung zu Streitigkeiten geführt hat.
- **Bedarfsabklärung:** Entwicklung und Erprobung von verschiedenen Systemen (vgl. Kapitel 3.2.3.).
- **Qualitätssicherung:** Einführung von Qualitätsmanagementsystemen (vgl. Kapitel 3.2.6.).

Wie bereits mehrfach erwähnt, hat das KVG zu einer Veränderung der PatientInnenstruktur und zu einer guten Auslastung der Pflegeheime geführt. Dadurch haben sich

die Heimstrukturen geändert, indem mehr pflegebedürftige PatientInnen und ÜberbrückungspatientInnen behandelt werden müssen. Dies führt auch zu höheren Ansprüchen an das Pflegepersonal, was gemäss dem Heimverband Schweiz deren Motivation verbessert hat. Aufgrund der verstärkten Orientierung an den Kundenwünschen haben vor allem die Krankenhäuser ihre Infrastruktur in Richtung einer verbesserten „Wohnlichkeit“ erweitert (Nasszellen, Wohnkomfort).

Die neuen Anforderungen, vor allem im Bereich der Instrumente und der geforderten statistischen Angaben, haben übereinstimmend zu einem grossen zusätzlichen Aufwand geführt. Von der EDV-mässigen Umsetzung der Instrumente werden nochmals enorme zusätzliche Kosten erwartet.

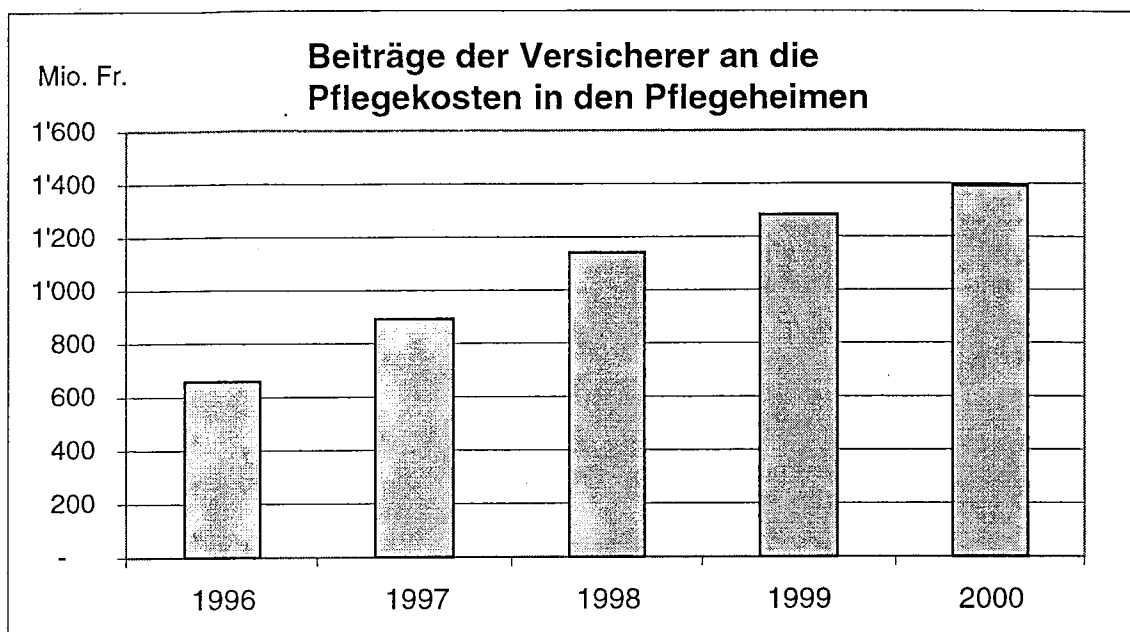
3.2.10. Einfluss auf die Kostenentwicklung

Die gesamten Kosten der Pflegeheime haben von 1995 auf 1998 um 14% auf rund 4.2 Mia. CHF zugenommen (Greppi et al. 2000). Die Kosten werden zum überwiegenden Teil von den HeimbewohnerInnen finanziert. Folgende Verschiebungen in der Finanzierungsstruktur bei den Pflegeheimen sind erkennbar (Greppi et al. 2000):

- Die Versicherer übernehmen einen immer grösseren Anteil der Kosten. Ihr Anteil stieg aufgrund des KVG von 13% im Jahr 1995 auf 26% im Jahr 1998.
- Demgegenüber reduzierte sich der Anteil der Heimbewohner von 74% (1995) auf 67% (1998) und der öffentlichen Hand von 12.5% (1995) auf 7% (1998).

Das KVG hat durch die Anerkennung der Pflegeheime somit zu einer deutlichen Verlagerung der Finanzierung der Pflegekosten von den Privaten und der öffentlichen Hand zu den Versicherern geführt.

Die Ausgaben für die Leistungen der Pflegeheime im Rahmen der OKPV haben sich im Zeitraum von 1996 bis 2000 mehr als verdoppelt und werden im Jahr 2000 auf rund 1.4 Mia. CHF geschätzt. Die jährliche Kostenzunahme war insbesondere kurz nach der Einführung des KVG durch die Aufnahme in den Leistungskatalog sehr hoch (96/97: +35%, 97/98: +29%). In der Zwischenzeit hat sich eine Beruhigung eingestellt, die jährliche Kostensteigerung liegt aber immer noch bei rund 9%.



Figur 3: Entwicklung der KVG-Leistungen für Pflegeheime (Quelle: BSV 1999).

Die auch nach den Einführungsjahren stattfindende Zunahme der OKPV-Kosten kann u.a. auf folgende Faktoren zurückgeführt werden:

- Durch die Tarifverhandlungen in den einzelnen Kantonen steigerten die Versicherer gemäss dem Heimverband Schweiz seit 1996 ihren Anteil an die Pflegekosten durch Tarifierhöhungen in kleinen Schritten. Dies führte zu einer Erhöhung des Kostenanteils der Versicherer an die KVG-Leistungen.
- Durch die teilweise Veränderung der Bewohnerstruktur vor allem in den Krankenheimen (Übernahme von Akutpatienten aus den Spitälern im Rahmen der Übergangspflege) wird der Anteil der Kosten für die Therapie und die medizinische Behandlung leicht erhöht. Diese Erhöhung andererseits bei den Spitalkosten eine Minderung.
- Ob eine signifikante Leistungserweiterung in den Pflegeheimen seit Einführung des KVG stattgefunden hat, wird durch den Heimverband Schweiz und das Forum nicht bestätigt, weil dazu gemäss diesen Organisationen die notwendigen statistischen Grundlagen fehlen.

Sparanstrengungen werden in den Pflegeheimen gemäss dem Heimverband und dem Forum vor allem aufgrund des gestiegenen finanziellen Drucks, der auf den Pflegeheimen lastet, und dem Management unternommen. Damit hat sich der bewusster

Umgang mit den Ressourcen verbessert. Der finanzielle und politische Druck auf die von der öffentlichen Hand unterstützten defizitären Betriebe wird als sehr gross bezeichnet. Defizitäre Pflegeheime werden zu Sparbemühungen gezwungen. Das KVG hat durch die Impulse zur Einführung neuer Führungsinstrumente einen Beitrag zur Förderung des Kostenbewusstseins geleistet.

Kritisiert wird von einem Experten, dass die Vergütung gemäss KVG leistungsbedarfgerecht erfolgt und damit keine Anreize in Richtung einer aktivierenden Pflege setzt. Eine aktivierende Pflege würde grundsätzlich zu einem besseren Zustand der PatientInnen und damit längerfristig geringeren Kosten führen. Der vor allem anfänglich höhere Betreuungsaufwand wird aufgrund des verbesserten Zustands der PatientInnen jedoch mit einem geringeren Tarif entschädigt.

3.2.11. Verbesserungsmöglichkeiten

Die von den Heimverbänden vorgeschlagenen Verbesserungsmöglichkeiten betreffen vor allem eine klare Regelung der Finanzierung und die Optimierung der Versorgungskette durch eine verbesserte Planung. Betreffend Finanzierung wird eine volle Abgeltung der Pflegekosten, die Aufhebung der Rahmentarife, die Subjektfinanzierung sowie generell eine Gleichstellung der PatientInnen in der Finanzierung gefordert (z.B. zwischen den Spitälern und den Pflegeheimen, indem die duale Spitalfinanzierungsregel bei chronisch Kranken ebenfalls angewendet wird). Es wird weiter gefordert, dass die Leistungen dort erbracht werden, wo sie am kostengünstigsten erbracht werden können. Durch eine verbesserte kantonale Planung, die Förderung von Managed Care Massnahmen (z.B. Fallberatung) sowie eine verbesserte partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Behörden, Pflegeheimen, anderen Leistungserbringern und Versicherern soll die Versorgungskette optimiert werden. Eine kantonale Sektion des Heimverbands schlägt in diesem Zusammenhang die Förderung des Systems „Pro Societa“ vor, indem alle kommunalen (allenfalls auch interkantonalen) Dienste für SeniorInnen und Betagte (Pflegeheime, Alterswohnungen, Spitex, Hauspflegedienst, Mahlzeitendienst, etc.) koordiniert, vernetzt und allenfalls auch zusammengelegt werden.

Weitere Verbesserungsvorschläge betreffend folgende Bereiche:

- Verstärkte Zusammenarbeit mit den Behörden in der Planung und der Entwicklung der Gesetzgebung und den Versicherern bei Kontroll- und Prüfverfahren.

- Entwicklung von einfach handhabbaren und angemessenen Führungsinstrumenten.
- Vermehrte Förderung von privaten Initiativen im Heimbereich.

3.2.12. Fazit

Der Handlungsspielraum hat sich für die Pflegeheime mit der Anerkennung als Leistungserbringer, die neu zulasten der OKPV tätig sind, kaum verändert. Im Folgenden wird der Vollzug von relevanten KVG-Bestimmungen sowie deren Auswirkungen zusammenfassend beurteilt.

Wie ist der Vollzug der KVG-Bestimmungen bei den Pflegeheimen zu beurteilen?

Neben dem Planungsbereich, dessen Vollzug aufgrund nicht vorhandenen Überkapazitäten weitgehend problemlos verlief, bestehen auch bei den Pflegeheimen Vollzugsdefizite aufgrund unklarer Bestimmungen oder einer schwerfälligen Einführung von Instrumenten:

- Einheitlich anerkannte Instrumente zur Bedarfserfassung bestehen noch nicht. Die zur Zeit angewandten Instrumente eignen sich nicht alle zur Bedarfserfassung.
- Die Finanzierung der Pflegeheime ist noch nicht KVG-konform. Die Versicherer weigern sich weiterhin, die vollen Pflegekosten zu übernehmen.
- Die Tarifverhandlungen gestalteten sich aufgrund des enormen Drucks der Versicherer als sehr schwierig. Es bestehen weiterhin Unklarheiten betreffend die Vorgaben des KVG. Neben der umstrittenen Berechnung der Pflegekosten ist insbesondere noch keine einheitliche Kostenrechnung eingeführt. Die vom Bundesrat festgelegten Rahmentarife werden als willkürlich kritisiert.
- Seitens der Versicherer werden noch keine systematischen Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrollen durchgeführt. Zur Zeit werden Kriterien und Instrumente diskutiert. Für die Pflegeheime ist es zentral, dass die Kontrollen partnerschaftlich mit den Versicherern entwickelt und durchgeführt werden.
- Betreffend Qualitätssicherung liegt der Rahmenvertrag sowie ein Qualitätskonzept zur Einführung eines institutionalisierten Qualitätsmanagements vor. Durchgeführt wurde eine erste Bestandesaufnahme über die von den Pflegeheimen durchgeführten Massnahmen. Zwar wurde ein Prozess zur Institutionalisierung der Qualitätssicherung eingeleitet, die bisherigen Aktivitäten genügen den Anforderungen des BSV jedoch noch nicht.

Welche Auswirkungen hat das KVG bei den Pflegeheimen ausgelöst?

Folgende Auswirkungen haben die Bestimmungen des KVG bisher bei den Pflegeheimen ausgelöst:

- Die Pflegeheimplanung hatte keine Auswirkungen auf die Pflegeheime, weil keine Überkapazitäten bestanden und die meisten Kantone alle bestehenden Pflegeheime auf die Pflegeheimliste aufnahmen. Teilweise ergaben die Planungen sogar, dass zusätzliche Pflegebetten bereitgestellt werden mussten.
- Die Pflicht zur Bedarfsabklärung hat die Diskussion und die Erprobung neuer Instrumente zur Bedarfserfassung in den Pflegeheimen gefördert. Teilweise konnte auch die Einführung neuer Instrumente gefördert werden. Einerseits bestehen jedoch weiterhin Mängel in der Anwendung dieses Instruments. Andererseits sind bei denjenigen, die die Bedarfserfassung anwenden, nur teilweise Auswirkungen sichtbar.
- Das KVG hat zu einer wesentlichen Umlagerung der Finanzierung geführt, indem die Versicherer heute über die ausgehandelten Tarife einen wesentlich grösseren Teil der Kosten übernehmen, was sich für den Heimbewohner und bei Krankenheimen auf die Kantone positiv auswirkt. Die Abgeltung der vollen Pflegekosten ist jedoch immer noch umstritten. Sie ist politisch brisant, weil sie zu einer spürbaren Erhöhung der Prämien führen würde.
- Die Pflegeheime befassen sich heute verstärkt mit der Einführung von Qualitätssicherungssystemen. Teilweise werden diese verstärkten Anstrengungen auch auf den durch das KVG ausgeübten zusätzlichen Druck zurückgeführt (Druck zur Einführung der Instrumente und Druck seitens der Versicherer in den Tarifverhandlungen).

Konnte die Koordination und der Wettbewerb zwischen den Pflegeheimen sowie den Pflegeheimen und anderen Leistungserbringern gefördert werden?

Aufgrund der guten Auslastung der Pflegeheime findet zwischen den Pflegeheimen praktisch kein Wettbewerb statt. Zu den Spitex-Organisationen findet durch die ausreichende Nachfrage nach Heimplätzen sowie die unterschiedlichen Leistungsangebote ebenfalls kein Wettbewerb statt.

Die Koordination zwischen den Pflegeheimen und den Spitex-Organisationen ist ungenügend. Die Synergien werden nur sehr beschränkt genutzt. Auf kantonaler und auf Gemeindeebene bestehen erste Ansätze in Richtung einer verbesserten Koordination.

Die feststellbar intensivere Zusammenarbeit zwischen den Pflegeheimen und der Spitex ist nicht auf das KVG, sondern den finanziellen Druck zurückzuführen, der die Leistungserbringer gezwungen hat, effizienter zu werden.

Inwiefern haben sich die Beziehungen zu den übrigen Akteuren verändert?

Die Beziehungen der Pflegeheime haben sich vor allem zu den Versicherern geändert, die mit dem KVG zu einem neuen Partner der Pflegeheime geworden sind.

Welche innerbetrieblichen Veränderungen sind feststellbar?

Das KVG hat folgende innerbetriebliche Veränderungen ausgelöst:

- Professionalisierung: Management, kundenorientiertes Denken, Informatik;
- Impulse zur Einführung neuer Instrumente: Kostenrechnung, Bedarfsabklärung, Qualitätssicherungssysteme;
- Änderung der PatientInnenstrukturen durch eine Zunahme von pflegebedürftigen PatientInnen (durch vermehrte Beanspruchung von Spitex-Leistungen) und ÜberbrückungspatientInnen (durch vermehrte Abschiebung aus den Akutspitälern).

Inwiefern konnte durch das KVG ein Beitrag zur Kosteneindämmung geleistet werden?

Die durch die Versicherer zu übernehmenden Kosten bei den Pflegeheimen haben sich seit 1996 mehr als verdoppelt. Diese Entwicklung ist vor allem auf die Kostensteigerung in der Einführungsphase resp. die Kostenverlagerung zu den Versicherern, aber auch auf die anschliessende Zunahme aufgrund der durch die veränderte Bewohnerstruktur höheren Pflegekosten und die damit zusammenhängende Zunahme der Tarife zurückzuführen. Sparanstrengungen aufgrund des finanziellen Drucks werden durch die Kostensteigerungen wesentlich übertroffen.

Welche Verbesserungsmöglichkeiten bestehen im Heimbereich?

Die Verbesserungsmöglichkeiten bei den Pflegeheimen betreffen folgende Aspekte:

- Klare Regelung der Finanzierung;
- Verstärkung der Koordination und der partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit der Spitex und weiteren Leistungserbringern (Spitäler, Ärztinnen und Ärzte, etc.)
- Verstärkung der Anstrengungen bei der Einführung und Umsetzung der Qualitätssicherung;
- Förderung von Managed Care-Massnahmen (z.B. Fallberatung).

3.3. Spitex-Organisationen

Die Spitex-Organisationen sind mit dem KVG als neu aufgenommene Leistungserbringer neu zu Lasten der OKPV tätig. Es stellen sich folgende Fragen:

- Wie hat sich der Handlungsspielraum der Spitex-Organisationen verändert?
- Welche Auswirkungen haben die neuen Zulassungsbedingungen auf die Spitex-Organisationen?
- Welche Auswirkungen hatte das KVG im Tarifbereich? Welche Auswirkungen hatte die neue Finanzierung?
- Haben sich die Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrollen seitens der Versicherer verstärkt? Welche Auswirkungen hat dies auf die Spitex-Organisationen?
- Welche Aktivitäten werden aufgrund des KVG in der Qualitätssicherung unternommen? Welche Wirkungen sind erkennbar?
- Hat das KVG zu einer Zunahme des Wettbewerbs und der Koordination der Pflegeheime und der Spitex-Organisationen geführt?
- Inwiefern hat das KVG die Beziehungen der Spitex-Organisationen zu den übrigen Akteuren verändert (andere Leistungserbringer, Kantone, Bundesbehörden)?
- Welche innerbetriebliche Veränderungen haben sich durch das KVG ergeben?
- Welchen Einfluss hatten die durch das KVG bewirkten Verhaltensänderungen auf die Entwicklung der Gesundheitskosten?

3.3.1. Handlungsspielraum

Der Handlungsspielraum der Spitex-Organisationen hat sich durch die Einführung des KVG wesentlich verändert. Während früher die Spitex-Leistungen durch die Benutzer, die Zusatzversicherungen und über die Gemeinden abgegolten wurden, findet neu ein Teil der Finanzierung über die OKPV statt. Laut dem Spitex-Verband Schweiz und mehreren kantonalen Spitex-Verbänden hat die Spitex damit einen höheren Stellenwert erhalten und sich auch entsprechend etabliert. Die Pflegeleistungen wurden generell aufgewertet und auch vermehrt beansprucht.

3.3.2. Zulassung

Für die Leistungserbringung zulasten der OKPV sind Spitex-Organisationen zugelassen, wenn sie die Anforderungen gemäss Art. 51 KVV erfüllen (Zulassung nach der jeweiligen kantonalen Gesetzgebung, Festlegung des örtlichen, zeitlichen, sachlichen

und personellen Tätigkeitsbereiches, Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen etc.). Weil praktisch keine Ausbildungskriterien erfüllt werden müssen, sind sowohl der Spitex-Verband Schweiz als auch das KSK mit diesen Zulassungsanforderungen unzufrieden. Eigentlich sollte die Verantwortung für das Erbringen von Spitex-Pflegeleistungen gut ausgebildeten und sozialkompetenten Personen übertragen werden (zumindest Gesundheitsschwestern). Heute reicht aber nach KVG ein Krankenpflege-diplom. Nach Ansicht der SDK und der befragten Kantone hat sich bei der Spitex infolge der Zulassungsvorschriften aber eine Flurbereinigung und eine Erhöhung des Organisationsgrades ergeben. Das KVG hat zu einer Professionalisierung der Spitex geführt, indem besser zwischen den Organisationen koordiniert wird. Die geregelte Zulassung hat sich auch positiv auf die Qualität ausgewirkt, weil Mindestanforderungen erfüllt werden müssen.

3.3.3. Bedarfsabklärung

Die strukturierte Herangehensweise (Bedarfsabklärung zu Beginn der Übernahme einer neuen Patientin) hat in den Augen des Spitex-Verbandes Schweiz einen grossen Einfluss auf die Verbesserung der Qualität und auf die Entwicklung der Menge. Die Bedarfsabklärung beinhaltet eine Situationsanalyse, den Bedarf der Spitex-Massnahmen, die Festlegung von Pflege- und Betreuungszielen, die Planung der Leistungen, der Einsätze und der Kosten. In der Regel wird die Bedarfsabklärung durch speziell geschultes Personal (z.B. der leitenden Krankenschwester) durchgeführt, dokumentiert und laufend aktualisiert. Zur Zeit wird ein schweizweiter Pilotversuch mit dem System RAI-Home Care durchgeführt, an dem sich 15 Spitex-Organisationen aus 15 Kantonen beteiligen. Das Projekt wird sowohl vom KSK als auch von der SDK mitgetragen. Wenn der Pilotversuch positiv verläuft, kann die Bedarfsabklärung ab 2002 schweizweit einheitlich eingeführt werden.

Auch die Kantonalverbände sind überzeugt, dass die Bedarfsabklärung ein höheres Kosten- und Qualitätsbewusstsein gebracht hat. Die Einsatzplanung konnte deutlich verbessert werden. Weil genau abgeklärt werden muss, wie die Angehörigen einbezogen werden können, kann der gesamte Pflegeaufwand optimiert werden. Die Leistungsmenge ging gemäss dem Spitex-Verband Schweiz infolge der Bedarfsabklärung sogar zurück. Dies zeigt sich auch in den verschiedenen Spitex-Statistiken.

Das KSK ist hingegen der Meinung, dass die Bedarfsabklärungen wenig gebracht haben, weil bis anhin v.a. ein Streit um das richtige Modell stattgefunden hat. Zudem

kritisiert das KSK, dass in der Bedarfsabklärung das Umfeld zuwenig einbezogen wird. Die Angehörigen könnten mehr Arbeiten selbst ausführen.

3.3.4. Tarifierung und Finanzierung

Im Spitex-Bereich bestehen kantonale Tarifverträge. Gemäss dem Spitex-Verband Schweiz wollte das KSK bei der Einführung des KVG für die Spitex einen einheitlichen Tarifvertrag aufsetzen. Darauf konnte der Spitex-Verband nicht eintreten, weil die Spitex-Strukturen und die Spitex-Finanzierungsmodelle in der Schweiz zu unterschiedlich sind. Immerhin gilt heute aber in allen Kantonen der Zeittarif. Heute möchte der Spitex-Verband Schweiz eine einheitliche Tarifstruktur auf gesamtschweizerischer Ebene mit qualitativen Elementen (Minimalanforderungen an das Personal, Vereinheitlichung der Instrumente für die Erhebung des Bedarfs, der erbrachten Leistung etc.). Obwohl der Spitex-Verband mehrmals versucht hat, dieses Geschäft mit dem KSK voranzutreiben, konnten bisher keine neue Verhandlungen aufgenommen werden.

Die Finanzierung der Spitex-Leistungen ist in den einzelnen Kantonen unterschiedlich geregelt. Mit dem KVG ergaben sich neue Finanzflüsse resp. eine Kostenverlagerung. Die mit dem KVG eingeführte Belastung der Versicherer steht eine Entlastung vor allem der Gemeinden und der Privatpersonen entgegen. Gemäss den befragten kantonalen Spitex-Verbänden ist der tendenzielle Rückzug der Gemeinden aus der Finanzierung jedoch problematisch, weil die mit dem Versicherern ausgehandelten Tarife die Vollkosten nur teilweise decken und Tarifierungen nur schwierig durchzusetzen sind. Deshalb sind die Tarife seit 1998 mehr oder weniger stabil.

3.3.5. Wirtschaftlichkeitskontrollen

Die Kostenkontrollen durch die Versicherer haben im Spitex-Bereich zugenommen. Die Spitex-Organisationen klagen über den zusätzlichen administrativen Aufwand bei der Rechnungserstellung. Die Versicherer zweifeln die ausgeführten Leistungen des öfteren an und fordern vermehrt detaillierte Informationen. Die Spitex-Kantonalverbände kritisieren dabei, dass die Versicherer Kostenkontrollen einseitig nur aus der (Kosten-) Optik des Versicherers vornehmen und die Gesamtkosten sowie die Umstände nicht berücksichtigen. Ein kantonaler Spitex-Verband erwähnt, dass solche einseitigen Kontrollen nicht akzeptiert werden können. Positiv geschätzt wird, dass einzelne Versicherer Krankenschwestern und -pfleger eingestellt haben, welche

die Arbeit der Spitex-Organisationen besser beurteilen können. In den Augen des Spitex-Verbandes Schweiz schränkt die im KVG festgesetzte 60-Stunden-Grenze ein. Die Limite hindert die Spitex-Organisationen, den PatientInnen diejenige Pflege zukommen zu lassen, die notwendig wäre. Gemäss einem Kantonalverband ist die Zufriedenheit der PatientInnen gesunken. Sie beklagen sich zunehmend über den häufigen Wechsel der PflegerInnen und über den Zeitmangel.

3.3.6. Qualitätssicherung

Der Spitex-Verband Schweiz hat im Rahmen eines Arbeitspapiers „Qualitätspolitik“ Zielsetzungen für eine gemeinsame nationale Qualitätsbasis formuliert (Faisst/ Schilling 1999). Im September 2000 konnte dann mit den Versicherern der Rahmenvertrag über die Qualitätssicherung abgeschlossen werden. In den Augen des Spitex-Verbandes Schweiz ist der Stand der Qualitätssicherung standpunktabhängig. Der Verband ist der Meinung, bereits sehr weit fortgeschritten zu sein. Folgende Aktivitäten sind bereits durchgeführt worden oder sind geplant:

- Ein Qualitätshandbuch mit Normen und Standards wurde erarbeitet. Die Vorgaben betreffen vor allem das Führungsmanagement und die Organisationsebene. Damit soll gezeigt werden, dass Qualitätssicherung im Spitex-Bereich nun systematisiert und vereinheitlicht werden soll. Mehrere Spitex-Organisationen haben begonnen, mit dem Handbuch zu arbeiten. Die Rückmeldungen sind positiv. Die befragten Kantonalverbände erachten das Handbuch als sehr wichtig, weil es die Qualitätssicherung zu einem alltäglichen Thema gemacht hat und bereits erste Erfolge zeigt. Das KVG hat aus ihrer Sicht und auch gemäss der SDK die Arbeiten in der Qualitätssicherung ausgelöst oder zumindest stark beschleunigt. Aus der Optik des BSV beziehen sich die Vorgaben des Handbuches aber zu stark auf die Strukturebene. Es fehlen konkrete Qualitätsmassnahmen. Der Spitex-Verband Schweiz möchte jedoch zuerst die Aktivitäten der einzelnen Organisationen im Bereich der Qualitätssicherung erheben. Daraus sollen im Laufe des Jahres 2001 die fünf angemessensten Indikatoren für die Qualitätssicherung abgeleitet werden.
- Für den gesamten Bereich der Hilfe und Pflege zu Hause wurde durch den Spitex-Verband Schweiz ein Qualitätskonzept ausgearbeitet. Dieses wurde bis anhin intern genehmigt. Ausserdem liegt ein Entwurf für ein Qualitätskonzept nur für den Bereich Pflege vor, der mit dem KSK bereinigt werden muss und Basis für die weiteren Tarifverhandlungen mit dem KSK bilden soll. Der Spitex-Verband

Schweiz ist der Ansicht, dass der Einsatz für die Verbesserungen in der Qualität finanziell abgegolten werden müssen.

- Die Verpflichtung zur Fort- und Weiterbildung wird positiv aufgefasst. Vom Angebot wird regen Gebrauch gemacht.

3.3.7. Wettbewerb und Koordination

a) Wettbewerb unter den Spitex-Organisationen und zwischen der Spitex sowie anderen Leistungserbringern

Gemäss dem gesamtschweizerischen und den befragten kantonalen Spitex-Verbänden gibt es generell sehr wenig Wettbewerb unter den verschiedenen Spitex-Organisationen. Auch zwischen den gemeinnützigen und den privaten Organisationen bestehen nur wenig Verteilungskämpfe. Zusätzliche Leistungen, welche öffentliche Organisationen nicht mehr erbringen können, werden zunehmend durch private Organisationen abgedeckt. Allerdings können die profitorientierten Organisationen die PatientInnen auswählen, während die gemeinnützigen Organisationen einen Versorgungsauftrag der Gemeinde oder des Kantons haben. Im Gegensatz zu einem Wettbewerbsmodell schlägt der Spitex-Verband Schweiz Spitex-Listen (analog der Spital- und Pflegeheimlisten) vor. In der Einschätzung des BSV ist der Wettbewerb bei den Spitex-Organisationen stärker geworden, u.a., weil immer mehr Private in diesen Bereich drängen. Der Wettbewerb ist jedoch sehr beschränkt, weil die von der AHV ausgerichteten Subventionen an die Organisationen an das Territorialprinzip gebunden sind.

Der Wettbewerb zwischen der Spitex und den Pflegeheimen wird unterschiedlich beurteilt. Im Kanton Thurgau werden Pflegeheime und das betreute Wohnen zunehmend als Konkurrenz betrachtet soweit sie ebenfalls als Spitex-Organisationen abrechnen. Im Kanton Zürich hingegen ist der kantonale Spitex-Verband der Meinung, dass Pflegeheime aufgrund der anderen Krankheitsbilder in keiner Konkurrenz zur Spitex stehen. Die unterschiedlichen Tarife hatten jedoch Reibungen zur Folge. Ein Entscheid des eidgenössischen Versicherungsgerichts fordert, dass im KVG-Bereich die Spitex-Leistungen nicht teurer sein sollen als der Heimaufenthalt. Daher haben einzelne Krankenversicherer begonnen, nur noch maximal den Tagessatz des Pflegeheimes zu entrichten.

Der Wettbewerb zwischen den Spitex- und den unabhängigen Krankenschwestern und -pflegern wird ebenfalls unterschiedlich wahrgenommen. Im Kanton Thurgau arbeiten

auf 70 Krankenschwestern und -pfleger in Spitex-Organisationen rund 10 Krankenschwestern und -pfleger selbständig, was für eine gewisse Konkurrenz sorgt. Die anderen befragten Kantonalverbände wie auch der Spitex-Verband Schweiz erachten die selbständigen Krankenschwestern und -pfleger nicht als KonkurrentInnen.

Gemäss dem Spitex-Verband Zürich arbeitet ein Versicherer und verschiedene Spitäler an einem Projekt zur Überbrückungspflege. Nach einer Operation sollen die PatientInnen schnell aus dem stationären Bereich ausgelagert und mit spitaleigenem Personal zu Hause betreut werden. Dieses Projekt stünde in Konkurrenz zur Spitex.

b) Koordination der Spitex-Organisationen mit anderen Leistungserbringer

Der Spitex-Verband Schweiz ist der Ansicht, dass die Koordination zwischen den Spitex-Organisationen und den Spitälern, den Pflegeheimen, den HausärztInnen und den Versicherern noch stark verbessert werden könnte. Das KSK kritisiert, dass unter den Spitex-Organisationen nur wenig Koordination besteht und es vorkommen kann, dass verschiedene Organisationen an der gleichen PatientIn tätig sind. Aus der Sicht des KSK ist der Koordinationsbedarf zwischen Spitex und Pflegeheimen nicht gross, weil die Pflegeheime keine ambulanten Behandlungen durchführen dürfen und die Spitex hingegen nur in Altersheimen tätig sein darf. Zwischen den Spitälern und der Spitex funktioniert die Koordination. Durch die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich werden auch vermehrt Nachbehandlungen durch die Spitex notwendig.

3.3.8. Beziehungen zu den übrigen Akteuren

Das KVG scheint nur einen kleinen Einfluss auf die Beziehungen der Spitex-Organisationen zu den übrigen Akteuren gehabt zu haben. Schon vor dem KVG hatten die Spitex-Organisationen Kontakt zu ÄrztInnen, Behörden, Spitäler und Versicherer. Neu ist, dass die Finanzierung der Leistungen nun zu einem wichtigen Teil über die Krankenversicherer läuft, was auch einen Ausbau der Beziehungsnetze zur Folge hatte. Die Beziehungen zu den Versicherern sind gemäss den befragten Spitex-Verbänden aber leicht getrübt. Sie werfen den Versicherern vor, nur Forderungen zu stellen, aber keine eigenen Vorschläge zu erbringen. Auch würden die Versicherungen kaum auf Vorschläge seitens der Spitex-Verbände reagieren. Die Kontakte zu den ÄrztInnen und den Spitälern haben sich leicht intensiviert und sind durch die KVG-Vorschriften besser strukturiert (z.B. Übergaberapporte beim Übertritt vom Spital zur Spitex), haben sich jedoch insgesamt nicht wesentlich verändert. Als wichtig werden die Beziehungen

zu den Behörden, d.h. zu den Kantonen und den Gemeinden erachtet. Die Spitex wird bei den Kantonen infolge der Anerkennung als Leistungserbringer ernster genommen. Dies wird als wichtig erachtet, weil sich einzelne Kantone aus der Förderung der Spitex zurückziehen wollten. Die Kantone tragen durch ihre Richtlinien jedoch wesentlich zur Vereinheitlichung und Gleichbehandlung bei.

3.3.9. Innerbetriebliche Veränderungen

Das KVG hat im Spitex-Bereich zu einer bedeutenden Professionalisierung geführt, was von allen befragten Akteure bestätigt wird. Die kantonalen Spitex-Verbände sind wichtiger geworden. 1995 wurde als Vorbereitung auf das KVG auch der Spitex-Verband Schweiz gegründet.

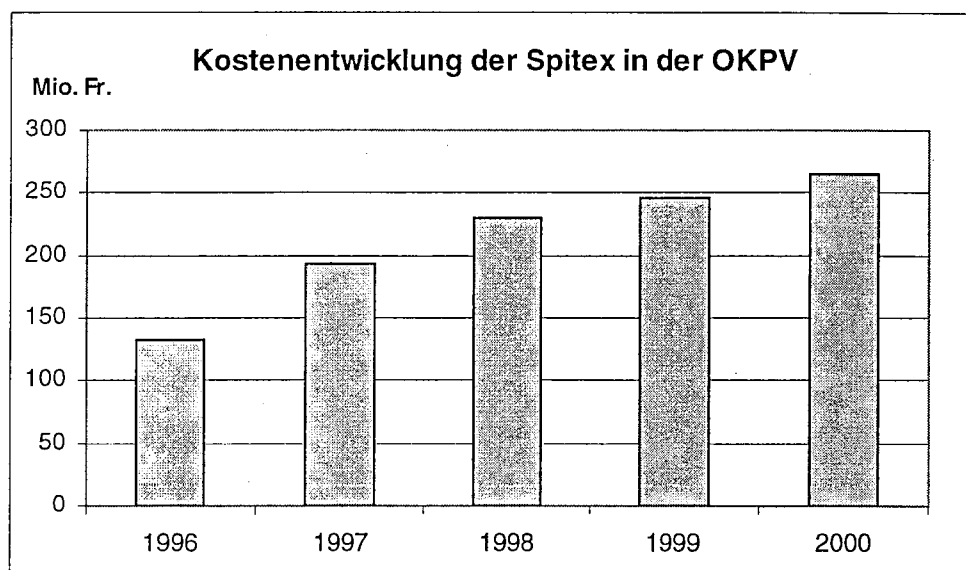
Zwischen den Regionen gibt es bedeutende Unterschiede in der Organisation der Spitex. In der Westschweiz bestehen im Gegensatz zur deutschen Schweiz wesentlich weniger Spitex-Organisationen. In der deutschen Schweiz haben die Zulassungsvoraussetzungen des KVG die vielen kleinen Organisationen zusammengeführt und vereinheitlicht. Nach wie vor besteht die Tendenz zu grösseren, gemeindeübergreifenden Einheiten. Im Kanton Zürich z.B. verkleinerte sich die Anzahl der Spitex-Organisationen von 288 im Jahr 1995 auf 163 im Jahr 1999. Auch frühere Gemeindegewestern haben sich aus finanziellen Gründen zusammengeschlossen und nutzen die Infrastrukturen gemeinsam. Anstelle der kollektiven Leitung durch die MitarbeiterInnen der Spitex wird nun eine einzelne Person mit der Leitungsfunktion betraut. Dies rührt unter anderem daher, dass infolge des KVG die Ansprüche an das Management, an die Kontrollen und die Administration gestiegen und neue Instrumente eingeführt worden sind. Grössere Einheiten können gemäss den befragten Spitex-Verbänden effizienter arbeiten, weil sie die Administration zentralisieren. Viele öffentliche Spitex-Organisationen haben sich jedoch auch aufgrund der AHV-Subventionen privatisiert und zusammengeschlossen. Die SDK ist der Ansicht, dass sich innerbetrieblich die grössten Veränderungen bei denjenigen Spitex-Organisationen ergeben haben, die nicht den Anforderungen des KVG nachkamen und sich daher völlig neu orientieren mussten (z.B. neue Funktionen, Bedarfsabklärungen, Einsatzpläne etc.). Mit dieser leistungsorientierten Arbeitsweise sind nach Ansicht eines kantonalen Spitex-Verbandes aber auch Nachteile verbunden. Die Pflege steht unter zeitlichem Druck, was Auswirkungen auf die Qualität und die Beratung und Betreuung der Angehörigen mit sich bringt.

3.3.10. Einfluss auf die Kostenentwicklung

Die gesamten Kosten der Spitex-Leistungen haben sich von 1995 auf 1998 um rund 16% auf 814.5 Mio. CHF erhöht (BFS 2000). Die bedeutendste Erhöhung erfolgte mit der Einführung der KVG im Jahr 1996. Damals erhöhten sich die gesamten Spitex-Kosten um rund 31%. In den Folgejahren waren wesentlich geringere Erhöhungen von 3% bis 7% zu verzeichnen. Ihr Anteil an den gesamten Kosten des Gesundheitswesens blieb jedoch bei einem Anteil von rund 2% stabil. In der Wahrnehmung der befragten kantonalen Spitex-Verbände haben sich die gesamten Spitex-Kosten nach einer anfänglichen und systembedingten Erhöhung stabilisiert.

Innerhalb der Finanzierungsstruktur haben sich bedeutende Veränderungen ergeben, indem der Anteil der Haushalte seit 1995 stark abgenommen (von 33% 1995 auf 20% 1998), der durch die Versicherer getragene OKPV-Anteil deutlich zugenommen (von 23.4% 1995 auf 27.5% 1998) hat und der Finanzierungsanteil der öffentlichen Hand bei rund 33% stabil geblieben ist (Greppi et al. 2000). Seit Inkrafttreten des KVG haben sich damit einerseits die gesamten Spitex-Kosten erhöht, andererseits hat eine finanzielle Verlagerung von den PatientInnen zu den Versicherern stattgefunden. Diese Verschiebung ist auf die Anerkennung der Spitex als Leistungserbringer zurückzuführen.

Die von der OKPV übernommenen Kosten für die Spitex haben sich zwischen 1996 und 2000 annähernd verdoppelt und werden für das Jahr 2000 auf ca. 265 Mio. CHF geschätzt. Dies macht rund 1.7% der gesamten OKPV-Kosten aus. Die bedeutendsten Zunahmen waren allerdings vor und während der Einführung des KVG zu verzeichnen. In den Jahren 1999 und 2000 konnte die Kostenzunahme auf rund 7% pro Jahr stabilisiert werden.



Figur 4: *Kostenentwicklung der KVG-abgegoltene Spitex-Leistungen (Quelle: BSV 1999).*

Das KVG hat damit insgesamt zu einem anfänglichen Kostensprung bei den gesamten und vor allem bei den OKPV-Spitex-Kosten geführt. In den Folgejahren hat sich die Kostenerhöhung auf tieferem Niveau stabilisiert. Die Kostenzunahmen können wie folgt begründet werden:

- Das KVG hat mit der Anerkennung der Spitex-Organisationen zu einem systembedingten Zufluss von PatientInnen aus Spitälern und Pflegeheimen sowie von PatientInnen, die vorher familiär betreut wurden, zu verzeichnen. Gemäss der Rechnungssteller-Statistik des KSK (KSK 2001b) haben sich die Spitex-PatientInnen zwischen 1996 und 1999 knapp verdreifacht.
- In den Folgejahren entstanden gemäss den Spitex-Verbänden zusätzliche Kostenzunahmen, weil der administrative Aufwand gestiegen ist und vermehrt auch kompliziertere Fälle an die Spitex delegiert wurden. Gemäss der KSK Statistik haben die Fallkosten zwischen 1996 und 1999 um über 40% zugenommen (KSK 2001b). Die Entwicklung der Menge der Leistungen werden als mehr oder weniger konstant beurteilt. Geltend gemacht wird eine Effizienzsteigerung bei den Spitex-Organisationen, weil heute effizienter und zielgerichteter gearbeitet wird.

Die befragten Spitex-Verbände wie auch die SDK sind sich einig, dass die Spitex die Kosten des Gesundheitssystems als Ganzes positiv beeinflusst haben. Die Spitäler sparen bei den stationären Kosten, weil sie ihre PatientInnen früher entlassen und der bil-

ligeren Spitex übergeben. Damit konnte ein Beitrag zur gesamtwirtschaftlichen Kosteneindämmung geleistet werden. Im Urteil des KSK hat die Aufnahme der Spitex in den Leistungskatalog vor allem dazu geführt, dass die bisher familiär durchgeführte Pflege vermehrt abgeschoben wird.

3.3.11. Fazit

Der Handlungsspielraum der Spitex-Organisationen hat sich mit der Anerkennung als Leistungserbringer zulasten der OKPV wesentlich verändert, indem die Spitex einen höheren Stellenwert erhalten hat und sich etablieren konnte. Die Pflegeleistungen wurden damit generell aufgewertet und auch vermehrt beansprucht.

Wie ist der Vollzug der KVG-Bestimmungen bei den Spitex-Organisationen zu beurteilen?

Der Vollzug der Massnahmen hat sich in den meisten Bereichen eingespielt, kann jedoch noch verbessert werden:

- Bei der Zulassung wird kritisiert, dass keine Ausbildungskriterien erfüllt werden müssen.
- Die Bedarfsabklärung beinhaltet eine Situationsanalyse, den Bedarf der Spitex-Massnahmen, die Festlegung von Pflege- und Betreuungszielen sowie die Planung der Leistungen, der Einsätze und der Kosten. Zur Zeit läuft ein Pilotversuch zur schweizweiten Einführung eines Systems (RAI-Home-Care).
- Im Tarifbereich wurden aufgrund der strukturellen Unterschiede kantonale Verträge ausgehandelt. Heute strebt der Spitex-Verband Schweiz eine einheitliche Tarifstruktur mit qualitativen Vorgaben (Minimalanforderungen an das Personal, Vereinheitlichung der Instrumente).
- Analog den Pflegeheimen fordern die Spitex-Organisationen eine Abgeltung der Vollkosten durch die Versicherer, was heute nicht gewährleistet ist.
- Die Kostenkontrollen durch die Versicherer haben zugenommen, werden jedoch aus Sicht der kantonalen Spitex-Verbände einseitig aus der (Kosten-) Optik der Versicherer vorgenommen.
- Betreffend Qualitätssicherung wurde neben dem Rahmenvertrag ein Qualitätshandbuch erarbeitet. Aufgrund einer Bestandesaufnahme sollen Indikatoren für die Qualitätssicherung entwickelt werden. Qualitätskonzepte für die Spitex und die Pflege liegen vor. Das KVG hat die Arbeiten in der Qualitätssicherung ausge-

löst oder zumindest stark beschleunigt. Die bisherigen Anstrengungen entsprechen jedoch noch nicht den Anforderungen des BSV und müssen verstärkt werden.

Welche Auswirkungen hat das KVG bei den Spitex-Organisationen ausgelöst?

Wie bereits erwähnt, sind die Pflegeleistungen mit der Anerkennung der Spitex generell aufgewertet worden und werden vermehrt beansprucht. Die einzelnen Massnahmen haben zu folgenden Auswirkungen geführt:

- Die Zulassungsvorschriften haben zu einer Professionalisierung und einer Erhöhung des Organisationsgrades der Spitex-Organisationen geführt, was sich auch positiv auf die Qualität ausgewirkt hat.
- Die Bedarfsabklärung hat das Kosten- und Qualitätsbewusstsein der Spitex verbessert und durch die verbesserte Einsatzplanung zu einer Optimierung des Pflegeaufwands geführt.
- Die neue Finanzierung führte zu einer Kostenverlagerung von den Privaten zu den Versicherern.
- Die verstärkten Kostenkontrollen erhöhten den administrativen Aufwand, hatten jedoch keine spürbaren weiteren Wirkungen zur Folge.
- Das Qualitätshandbuch wird von rund der Hälfte der Spitex-Organisationen genutzt, machte die Qualitätssicherung zu einem alltäglichen Thema und zeigt bereits erste Erfolge auf der Strukturebene (Management und Organisation). Damit konnte ein Beitrag zur Verbesserung der Qualität der Leistungen erreicht werden.

Konnten die Koordination und der Wettbewerb zwischen den Spitex-Organisationen und anderen Leistungserbringern gefördert werden?

Generell besteht sehr wenig Wettbewerb unter den verschiedenen Spitex-Organisationen. Zusätzliche Leistungen, die öffentliche Organisationen nicht mehr erbringen können, werden zunehmend durch private Organisationen abgedeckt. Zwischen den Spitex-Organisationen und den Pflegeheimen sowie den unabhängigen Krankenschwestern und -pflegern besteht generell ebenfalls sehr wenig Wettbewerb, was auf die nicht vorhandenen Überkapazitäten und die unterschiedlichen Krankheitsbilder zurückgeführt werden kann. In einem untersuchten Kanton konnte jedoch aufgrund der ausreichenden Kapazitäten eine gewisse Konkurrenz zwischen der Spitex und den Pflegeheimen resp. den unabhängigen Krankenschwestern und -pflegern festgestellt werden.

Die Koordination innerhalb der Spitex-Organisationen und zwischen der Spitex und anderen Leistungserbringern (Spitäler, Pflegeheime, Hausärztinnen und -ärzte) ist stark verbesserungsbedürftig.

Inwiefern haben sich die Beziehungen zu den übrigen Akteuren verändert?

Das KVG hatte nur einen geringen Einfluss auf die Beziehungen der Spitex-Organisationen zu den übrigen Akteuren. Generell haben sie sich leicht intensiviert, dies besonders zu den Versicherern.

Welche innerbetrieblichen Veränderungen sind feststellbar?

Das KVG hat bei den Spitex-Organisationen durch die Aufwertung ihrer Leistungen, die neuen Zulassungsvorschriften, die Bedarfsabklärung sowie die Qualitätssicherung zu einer bedeutenden Professionalisierung (v.a. Organisation, Management) geführt. Das KVG hat durch die neuen Forderungen eine Tendenz zu grösseren, gemeindeübergreifenden Einheiten ausgelöst und gefördert.

Inwiefern konnte durch das KVG im Spitex-Bereich ein Beitrag zur Kosteneindämmung geleistet werden?

Die gesamten Kosten der Spitex-Leistungen haben sich von 1995 auf 1998 um rund 16% auf 814.5 Mio. CHF erhöht, wobei die bedeutendsten Zunahmen systembedingt mit der Inkraftsetzung des KVG stattgefunden haben. Die Erhöhung der Kosten kann auf einen PatientInnenzuwachs von den Spitälern, den Pflegeheimen und den sonst familiär betreuten Personen (knappe Verdreifachen zwischen 1996 und 1999) sowie auf eine Erhöhung der Fallkosten durch schwierigere Fälle (Zunahme der Fallkosten zwischen 1996 und 1999 um 40%) zurückgeführt werden. Mit dem KVG hat sich in erster Linie eine bedeutende Kostenverlagerung von den Privaten zu den Versicherern ergeben. Inwiefern ein Beitrag zur Kosteneindämmung der gesamten Gesundheitskosten geleistet werden konnte, ist umstritten, da den Einsparungen durch die Substitution von PatientInnen aus den Spitälern und Pflegeheimen ein PatientInnenzuwachs der vorher familiär betreuten Personen entgegensteht.

Welche Verbesserungsmöglichkeiten bestehen im Spitex-Bereich?

Folgende Verbesserungsmöglichkeiten bestehen im Spitex-Bereich:

- Ergänzung der Zulassungsvoraussetzungen durch Ausbildungskriterien.
- Verhandlung einer einheitlichen gesamtschweizerischen Tarifstruktur mit qualitativen Anforderungen.

- Übernahme der vollen Pflegekosten durch die Versicherer.
- Partnerschaftliche Entwicklung und Durchführung von systematischen Wirtschaftlichkeitskontrollen.
- Weitere Verstärkung der Bemühungen zur Qualitätssicherung.
- Verbesserung der Koordination und der Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern.
- Bessere Abstimmung des gesamten Finanzierungssystems.

3.4. Ärztinnen und Ärzte

Die Ärztinnen und Ärzte sind aufgrund ihrer Schnittstellenfunktion und ihrer kostenmässigen Bedeutung die zentralen ambulanten Leistungserbringer. Hinsichtlich der Wirkungen des KVG stellen sich folgende Fragen:

- Wie hat sich mit dem KVG den Handlungsspielraum der Ärztinnen und Ärzte verändert?
- Welche Wirkungen hatten die verschärften Zulassungsbedingungen?
- Welchen Einfluss hat das KVG auf die Entwicklung der alternativen Versicherungsmodelle (HMO und Hausarztmodelle) ausgeübt? Wie sind Entwicklung und Erfolg dieser Modelle zu beurteilen?
- Welche Auswirkungen sind im Tarifbereich zu erkennen?
- Haben sich die Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrollen seitens der Versicherer verstärkt? Welche Auswirkungen hat dies auf die Ärztinnen und Ärzte?
- Wie werden die Arbeiten in der Qualitätssicherung beurteilt? Welche Auswirkungen sind ersichtlich?
- Welche innerbetriebliche Veränderungen hat das KVG ausgelöst? Welche Unterschiede bestehen zwischen den konventionell tätigen Ärzten und denjenigen eines Managed Care-Modells?
- Hat das KVG zu einer Verstärkung des Wettbewerbs zwischen den Ärztinnen und Ärzten geführt? Haben die Ärztinnen und Ärzte aufgrund des KVG die Koordination zwischen den verschiedenen Leistungserbringerkategorien verstärkt?
- Welchen Einfluss hatten die durch das KVG bewirkten Verhaltensänderungen auf die Entwicklung der Gesundheitskosten (Mengen und Preise)?

3.4.1. Handlungsspielraum

Gemäss der FMH und der befragten kantonalen Ärztesgesellschaften hat das KVG den Handlungsspielraum der Ärzteschaft kaum beeinflusst. Die spürbarsten Auswirkungen hatte das KVG im Tarifbereich zur Folge, in dem es die Ärzteschaft zur Aushandlung einer gesamtschweizerischen Tarifstruktur zwingt. Gemäss den befragten Ärztesgesellschaften wurde der Handlungsspielraum einerseits durch die gestärkt auftretenden Versicherer, die verstärkte Rolle des Preisüberwachers und den Tarifschutz, der die Verrechnung von zusätzlichen Honoraren an Zusatzversicherte PatientInnen (halb-privat und privat) verbietet, im Tarifbereich reduziert. Andererseits erfolgte durch die gesetzliche Anerkennung der alternativen Versicherungsmodelle eine Erweiterung des Handlungsspielraums. Die Aufnahme von wichtigen Therapieformen der Komplementärmedizin durch das KVG wird von der Union Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen (Union) als revolutionär bezeichnet. Die mit dem KVG vollzogene Anerkennung hat zu einer zusätzlichen Sicherheit geführt, indem die Abgeltung der betreffenden Leistungen durch das KVG garantiert sind. Die Beziehungen zwischen Komplementär- und „SchulmedizinerInnen“ haben sich gemäss der Union durch die Anerkennung verbessert.

In der Wahrnehmung von MediX, einem Verbund von 27 frei praktizierenden Ärzten und Ärztinnen, hat sich durch die definitive Zulassung der alternativen Modelle (v.a. HMO und Hausarztmodelle) durch das KVG der Handlungsspielraum bei den Ärzten und Ärztinnen wesentlich erhöht. Unter dem KUVG waren die alternativen Versicherungsmodelle nur als Ausnahme zugelassen. Durch eine Evaluation sollte gezeigt werden, ob diese Modelle die Entsolidarisierung fördern. Falls dies bestätigt werden würde, sollten die Versuche mit den alternativen Modellen abgebrochen werden, was diese Modelle sehr belastete. Mit dem KVG wurden die alternativen Modelle noch vor Abschluss der Evaluation zugelassen. Damit wurden gemäss MediX wesentliche Wettbewerbselemente eingeführt, um die kartellistischen Strukturen im Tarifbereich aufzubrechen und die kantonale Tarifhoheit zu umgehen. Heute kann mit verschiedenen alternativen Versicherungsmodellen experimentiert werden.

Aufgrund der prioritären Bearbeitung der Tariffragen (Verhandlungen zum TarMed), die eine klare Zentralisierung zugunsten der FMH zur Folge hatte, verringerte sich der Handlungsspielraum der kantonalen Ärztesgesellschaften. Zu den Versicherern haben sich die Beziehungen aufgrund deren stärkeren Position verschlechtert.

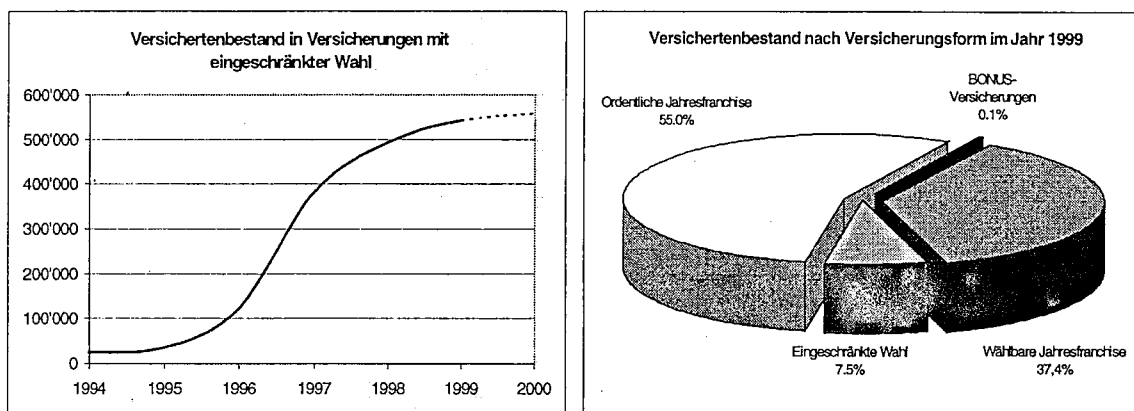
3.4.2. Zulassung

Die neuen Zulassungs- und Weiterbildungsbestimmungen haben gemäss den befragten Ärztesgesellschaften keine spürbaren Auswirkungen gezeigt. Neu ist, dass Ärzte und Ärztinnen nach ihrer Ausbildung noch mindestens zwei Jahre Weiterbildung absolvieren müssen. Dies führt dazu, dass keine Ärztin resp. kein Arzt kurz nach dem Staatsexamen auf eigene Rechnung arbeiten darf. Da sich bereits vor Inkrafttreten des KVG fast ausnahmslos alle Ärztinnen und Ärzte weiterbilden liessen, haben sich dadurch keine grossen Veränderungen ergeben. Das Obligatorium hat sich jedoch positiv auf das Ausbildungsangebot ausgewirkt.

3.4.3. Alternative Versicherungsmodelle

a) Entwicklung der alternativen Versicherungsmodelle

Wie die Statistik über die Krankenversicherung (BSV 2000b) zeigt, hat die Anzahl der Versicherten, die ein Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer gewählt haben (Hausarztmodelle, HMO und PPO), seit Inkrafttreten des KVG sprunghaft zugenommen. Das Wachstum des Versichertenbestandes hat sich in den letzten Jahren jedoch deutlich abgeschwächt. Der Anteil der Versicherten in diesen Modellen ist mit 7% bis 8% bescheiden (vgl. Figur 5).



Figur 5: Der Versichertenbestand in Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Wahl ist seit Inkrafttreten des KVG sprunghaft gestiegen. Das Wachstum hat sich in den letzten Jahren jedoch abgeschwächt. Der Anteil der Versicherten in den Modellen mit eingeschränkter Wahl ist noch bescheiden (Quelle: BSV 2000b)

Nach einer anfänglichen Dynamik nach Inkrafttreten des KVG aufgrund der verstärkten Angebote der Versicherer und des Prämienschubs des KVG ist heute eine Stagnati-

on dieser Modelle festzustellen. Obwohl das KVG den Handlungsspielraum der Ärzte und Ärztinnen in diesem Bereich erhöht hat, konnten die Erwartungen des Gesetzgebers hinsichtlich einer spürbaren Bedeutung der alternativen (oder Managed Care-) Modelle und eines erhöhten Wettbewerbs durch das Aufbrechen der kartellistischen Strukturen im Bereich der Ärzteschaft noch nicht erreicht werden (INFRAS 2001).

Gemäss der Bestandesaufnahme besonderer Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenversicherung (Prognos 2000b) haben sich die Hausarztmodelle bis Ende 1999 mit knapp 380'000 Versicherten am stärksten verbreitet, gefolgt von den HMOs mit gut 100'000 Versicherten. Die restlichen gut 50'000 Versicherten in Modellen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer verteilen sich v.a. auf PPOs. Die regionale Verbreitung der Hausarzt- und HMO-Versicherungen ist sehr ungleichmässig. In 10 Kantonen gibt es überhaupt keinen Versicherten in diesen Modellen oder ihr Anteil liegt unter 1% der Versicherten. Drei Kantone weisen einen hohen Versichertenanteil von um 20% in den alternativen Modellen auf. Daraus wird gefolgert, dass die neuen Versicherungsformen beträchtliche Marktchancen haben können, wenn ein ausreichendes Angebot vorhanden ist (Prognos 2000b).

Folgende Hemmnisse werden genannt, die einer stärkeren Verbreitung der alternativen Versicherungsmodelle entgegenstehen (INFRAS 2000 und 2001):

- Die Nachfrage nach den alternativen Modellen ist beschränkt, weil sich die Versicherten nicht gerne in der Wahl der Leistungserbringer einschränken lassen. Gemäss MediX werden die alternativen Versicherungsmodelle heute nur von 10% bis 20% der Versicherten gewünscht.
- Die Versicherer sind nur teilweise vom Nutzen der alternativen Modelle überzeugt. Die heute vorherrschenden Managed Care-Modelle befinden sich im Experimentierstadium und dienen als Prämiensparmodelle grösstenteils der Selektion guter Risiken.¹⁰ Als hemmend empfunden wird der Kontrahierungszwang, der die Bereitschaft der Leistungserbringer (v.a. der Ärzteschaft) reduziert sowie die Beschränkung des Prämienrabatts auf 20% in den ersten fünf Jahren.
- Seitens der Ärzteschaft besteht aufgrund des Kontrahierungszwangs wenig Interesse und keine Notwendigkeit, wirtschaftliche Risiken zu übernehmen. Gemäss

10 Dies wird durch die Bestandesaufnahme der alternativen Versicherungsmodelle (Prognos 2000b) bestätigt, in der festgestellt wird, dass HMO-Versicherungen überdurchschnittlich von 19 bis 40 Jährigen und von Männern gewählt (tendenziell gute Risiken) worden sind.

MediX ist die Ärzteschaft sehr skeptisch und reserviert gegenüber den Managed Care-Modellen. Eine kantonale Ärztesgesellschaft vertritt die Auffassung, dass diese Modelle nicht zu bedeutenden Verhaltensänderungen und damit zur Kosteneindämmung führen, sondern lediglich der Risikoselektion dienen. Es wird betont, dass die finanziellen Anreize die Gefahr bergen, nur ungenügende medizinische Leistungen zu erbringen. Als grosses Hemmnis zur weiteren Verbreitung von Modellen, die über Kopfpauschalen abgegolten werden (Capitation-Modelle) erwähnt MediX die heutige Ausgestaltung des Risikoausgleichs. MediX fordert, dass der Risikoausgleich definitiv eingeführt und verbessert wird, weil die Berechnung der Kopfpauschalen auf dem Risikoausgleich basiert und dieser die Risiken anerkanntermassen nur unvollständig abdeckt. Damit besteht für eine HMO-Gruppenpraxis wie MediX die Gefahr, dass mehr Kosten („blinde Risiken“) übernommen werden. Als weiteres Hemmnis wird genannt, dass Gate-Keeper-Ärztinnen und -Ärzte zurückhaltend in der Übernahme der Therapieverantwortung sind, weil sie sich vor Haftpflichtfällen bei falschen Diagnosen fürchten.

Die zukünftige Entwicklung der alternativen Versicherungsmodelle ist ungewiss (INFRAS 2000). Unter den Versicherern ist eine gewisse Verunsicherung und Orientierungslosigkeit festzustellen. Während ein Teil der Versicherer betreffend die alternativen Versicherungsmodelle sehr vorsichtig bis zurückhaltend geworden ist, arbeiten mehrere Versicherer an der Weiterentwicklung dieser Modelle in Richtung Kosten- und Qualitätsmanagement. Hauptziel ist dabei, die schlechten Risiken in diese Modelle zu bewegen und die Entwicklung hin zu Kopfpauschalen (Capitations) auch bei Hausarztmodellen zu erreichen. In der Bestandesaufnahme der alternativen Versicherungsmodelle (Prognos 2000b) wird davon ausgegangen, dass sich an die erste Wachstumsphase eine Phase der inneren Ausdifferenzierung und weiterer Innovationen anschliessen wird. Dabei wird damit gerechnet, dass sich die Hausarztnetze durch den Druck der Vertragspartner (Versicherer und Managed Care-Organisationen) und interne Lernprozesse weiterentwickeln werden. Zur Überwindung der Stagnation der Verbreitung der HMO's wird als wichtige Herausforderung die Erhöhung der Attraktivität für schlechte Risiken genannt.

b) Auswirkungen der alternativen Versicherungsmodelle auf die Ärztinnen und Ärzte

Ganz generell konnte bei den Ärztinnen und Ärzten durch die teilweise erfolgte Sensibilisierung für alternative Versicherungsmodelle ein Prozess und eine gewisse Dyna-

mik ausgelöst werden (INFRAS 2000). Die Ärzteschaft organisiert sich aufgrund des gestiegenen Kosten- und Mengendrucks vermehrt in Netzwerken und beginnt, die ökonomischen Folgen ihrer sowie der nachgelagerten Behandlungen zu berücksichtigen. Damit konnte ein gewisser Bewusstseinsprozess ausgelöst werden. Im Folgenden werden die Auswirkungen der HMO und der Hausarztnetze auf die sich beteiligenden Ärztinnen und Ärzte dargestellt.

Welche Auswirkungen haben die HMO auf die beteiligte Ärzteschaft?

HMO sind Gruppenpraxen mit angestellten Ärztinnen und Ärzten, die über Kopfpauschalen finanziert werden. Die HMO-Versicherten sind dazu verpflichtet, im Bedarfsfall immer zuerst eine HMO-Praxis aufzusuchen (Gate-Keeping). Die Bestandesaufnahme der alternativen Versicherungsmodelle (Prognos 2000b) zeigt, dass 1999 in der Schweiz 27 HMO mit insgesamt knapp über 100'000 Versicherten existierten.¹¹ Die HMO wurden grösstenteils in den Jahren 1994/95 gegründet und konzentrieren sich fast ausnahmslos auf die Deutschschweiz. Überwiegend sind die Träger der HMOs Versicherer (z.B. SWICA) oder Managed Care-Organisationen, die mehrere HMOs für einen oder mehrere Versicherer betreiben (z.B. SanaCare). Ausnahmen bilden zwei ärzteigene HMOs und eine HMO in der Trägerschaft einer Stiftung. Kosteneinsparungen werden in HMOs wie folgt erzielt (INFRAS 2000):

- Durch die Begleitung der PatientInnen können Doppeluntersuchungen sowie unnötige Leistungsanspruchnahmen vermieden werden. Aufgrund der Finanzierung durch eine Kopfpauschale werden vermehrt ökonomische Überlegungen angestellt.
- Der Gate-Keeper nimmt Einfluss auf die nachgelagerten Behandlungen (PatientInnensteuerung).
- Die Versicherer können die Leistungserbringer, mit denen sie zusammenarbeiten, aussuchen und bestimmte Leistungs- und Qualitätsziele vereinbaren.

Bei den HMO's liegen die Kosten je Versichertem deutlich tiefer als bei den traditionell Versicherten. Während die Versicherer die Einsparungen der heute angebotenen Modelle gegenüber der konventionellen Versicherungsform auf 10% bis 15% abschätzen (INFRAS 2000), wird in der Bestandesaufnahme alternativer Versicherungsmodelle (Prognos 2000b) von Kosteneinsparungen von 15% bis 20% ausgegangen. MediX geht

11 Davon wurden im Jahr 2000 zwei HMO eines Versicherers geschlossen.

davon aus, dass mit Managed Care-Modellen maximal 20% der Leistungskosten eingespart werden können. Die HMOs zeichnen sich durch folgende betriebsinternen Besonderheiten aus, die sich auf die sich beteiligende Ärzteschaft auswirken (Prognos 2000b):

- Übernahme von finanziellen Risiken,
- Bedeutende Rolle von Behandlungsrichtlinien,
- Auswahllisten zur Steuerung der Zusammenarbeit mit externen Leistungserbringern,
- Ausgebautes medizinisches und betriebswirtschaftliches Controlling,
- Hohe Bedeutung der Qualitätsarbeit.

Im Folgenden werden die Auswirkungen der HMOs auf die sich beteiligenden Ärztinnen und Ärzte am Beispiel der ärzteigenen Gruppenpraxis MediX aufgezeigt. MediX wurde deshalb als Fallbeispiel gewählt, weil davon ausgegangen wird, dass sich bei einer ärzteigenen Gruppenpraxis die grössten Veränderungen für die Ärzteschaft ergeben und MediX als besonders innovativ beurteilt wird.

MediX ist ein Verbund von 27 frei praktizierenden, selbständigen Ärztinnen und Ärzten, der als Unternehmen mit eigener Marke nach eigenen Angaben durch die Übernahme von Risiken den ärztlichen Handlungsspielraum bewahren will. Mit der HMO-Gruppenpraxis und der Capitation-Finanzierung soll zurückhaltende Medizin belohnt werden. Zentrale Bestandteile des „MediX-Modells“ sind ein strenges Gate-Keeping zur Steuerung der PatientInnen, die Übernahme von finanziellen Risiken durch die Ärzteschaft, intensive Qualitätsarbeit und besondere Serviceleistungen (z.B. Notfalldienst und lange Öffnungszeiten). MediX setzt einerseits auf finanzielle Anreize für die Ärztinnen und Ärzte, andererseits auf die Qualitätssicherung und die soziale Kontrolle der Ärztinnen und Ärzte. Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte werden durch folgende Anforderungen selektioniert:

- Übernahme von wirtschaftlichem Risiko (Investitionen und Beteiligung am Betriebserfolg),
- Wöchentliche Qualitätszirkel,
- Verzicht auf einen Teil des Einkommens,

Als wesentliche Erfolgskriterien wird die richtige Mischung von finanziellen Anreizen und einer hohen medizinischen Qualität genannt, die durch ein raffiniertes Management umgesetzt werden müssen.

Das „MediX-Modell“ hat gemäss eigenen Angaben zu folgenden Veränderungen bei den sich beteiligenden Ärztinnen und Ärzten geführt:

- Durch die finanziellen Anreize und das Qualitätsmanagement hat sich das Selbstbildnis der Ärztinnen und Ärzte gewandelt.
- Das Kostenbewusstsein und das ökonomische Denken hat sich durch die finanziellen Anreize wesentlich erhöht. Es wurde eine neue Risikobereitschaft geschaffen.
- Die wöchentlichen Qualitätszirkel haben den Erfahrungsaustausch sowie - durch die erarbeiteten Guidelines - die Leistungsqualität erhöht.

Welche Auswirkungen haben die Hausarztnetze auf die sich beteiligende Ärzteschaft?

Hausarztnetze sind Zusammenschlüsse von Ärztinnen und Ärzten, die sich auf regionaler bzw. lokaler Ebene zu einer Gruppe zusammengeschlossen haben. Die Finanzierung erfolgt bisher fast ausschliesslich über den herkömmlichen Arzttarif (Einzelleistungstarif). Die Hausarztversicherten sind ebenfalls verpflichtet, immer zuerst eine Ärztin oder einen Arzt des betreffenden Netzes zu konsultieren (Gate-Keeping). Teilweise sind ärzteseitig regionale Betriebsgruppen zur informationsseitigen Unterstützung der Hausarztnetze gegründet worden. In der Bestandesaufnahme alternativer Versicherungsmodelle (Prognos 2000b) wurden für 1999 71 Hausarztnetze mit zusammen rund 380'000 Versicherten, was einem Anteil von rund 5% der OKPV-Versicherten entspricht. Dabei wurden zwischen den Kantonen erhebliche Unterschiede festgestellt. Besonders schlecht vertreten sind die Hausarztmodelle wiederum in der Westschweiz. Die heute bestehenden Hausarztmodelle weisen folgende Charakteristiken auf (Prognos 2000b):

- Die Hausarztmodelle setzen sich aus einem Grossteil der in der Region niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zusammen. So sind bei knapp zwei Drittel der Netze alle oder fast alle in der Region niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte beteiligt. Nur in 16% der Netze haben sich weniger als die Hälfte dem Hausarztnetz angeschlossen. Ein grosser Teil der Hausarztnetze hatte nicht das Ziel, ein Managed Care-System zu entwickeln, sondern wollte vor allem eine flächendeckende Ausbreitung anderen Formen alternativer Modell verhindern (HMO's und PPO's). Nur vereinzelte Gruppen übernehmen eine Budgetverantwortung. Teilweise besteht jedoch eine Erfolgsbeteiligung.
- Die Zusammenarbeitsintensität in den Hausarztnetzen ist eher gering. Das Controlling ist weniger stark ausgebaut als bei den HMO's.

- Die Versicherten unterschieden sich in ihrer Alters- und Geschlechtsstruktur kaum von den übrigen Versicherten.

Die Wirtschaftlichkeit der Hausarztmodelle wird von den Versicherern im Vergleich zu derjenigen der HMOs als schlechter beurteilt. Mehrere Versicherer schätzen die Hausarztmodelle sogar als defizitär ein (INFRAS 2001). Folgende Gründe werden für die schlechtere Wirtschaftlichkeit der Hausarztmodelle geltend gemacht:

- Gemäss MediX verfolgen die meisten Hausarztmodelle die Strategie, möglichst viele Ärztinnen und Ärzte und mit ihnen möglichst viele Versicherte zu gewinnen. Dabei streben sie die Besitzstandswahrung an und verzichten weitgehend auf eine gezielte Selektion der Ärztinnen und Ärzte. Das alte Standesdenken wird damit nicht durchbrochen. Dies wird durch die Bestandesaufnahme alternativer Versicherungsmodelle (Prognos 2000b) bestätigt (vgl. obige Ausführungen zu den Charakteristiken der Hausarztmodelle).
- Die Leistungsbeanspruchung kann bei Hausarztnetzen durch die Orientierung an Einzelleistungstarifen weniger gut gesteuert werden (INFRAS 2000). Den Ärztinnen und Ärzten und den PatientInnen wird vorgeworfen, dass sie ihr Verhalten kaum ändern. Zudem kritisieren die Versicherer, dass die Ärztinnen und Ärzte ihre wirtschaftliche Verantwortung nur ungenügend wahrnehmen oder Kosteneinsparungen durch Mengenausweitungen (z.B. bei den Medikamenten) kompensieren. Zudem wird geltend gemacht, dass die Einbindung der nachfolgenden Leistungserbringer noch relativ schwach entwickelt ist.

Die Hausarztnetze haben aufgrund ihrer Zielsetzungen, den weitgehend fehlenden ökonomischen Anreizen und die fehlende Selektion ihrer Mitglieder kaum einen spürbaren Einfluss auf die sich daran beteiligte Ärzteschaft. In der im Rahmen der Bestandesaufnahme alternativer Versicherungsmodelle (Prognos 2000b) durchgeführten Befragung der Hausarztnetze sind hauptsächlich folgende Veränderungen für die Ärztinnen und Ärzte durch die Mitgliedschaft angegeben worden:

- Erhöhte Transparenz über die eigenen und die veranlassten Kosten,
- Stärkung der Position der Hausärztin oder des Hausarztes in Bezug auf die Fachärztinnen und -ärzte und die Spitäler,
- Höhere Transparenz betreffend die Leistungserbringer (Fachärztinnen- und -ärzte und Krankenhäuser), zu denen die PatientInnen überwiesen werden.

3.4.4. Tarifierung

Der Tarifbereich wird von der neu zu vereinbarenden gesamtschweizerischen Tarifstruktur dominiert. Wie in Kapitel 3.1.4. gezeigt wird, gestalten sich die Tarifverhandlungen zum TarMed als schwierig und ziehen sich in die Länge. Im Urteil der FMH werden die Verhandlungen hart geführt, jedoch als positiv erachtet. Besonders spürbar ist neben dem Druck des KSK der erhöhte Einfluss der grossen Versicherer. Der revidierten Fassung des TarMed haben die Tarifpartner H+, die Medizinaltarifkommission (MTK) und das KSK zugestimmt. Die Zustimmung der FMH und die Genehmigung der neuen Tarifstruktur durch den Bundesrat steht noch aus. In der Ärzteschaft ist insbesondere die neue Bewertung der intellektuellen gegenüber der technischer Leistung umstritten. Der Preisüberwacher, der Bundesrat und die Versicherer fordern in erster Linie eine kostenneutrale Umsetzung des TarMed.

Der TarMed enthält nahezu 4'400 Tarifpositionen, die die ärztlichen Leistungen benennen und bewerten. Die einzelnen Arztleistungen sind mit Taxpunkten je ärztliche und technische Leistung bewertet. Die einzelnen Taxpunktwerte werden jedoch weiterhin auf kantonaler Ebene festgelegt. Aus diesem Grunde sind gemäss FMH die Wirkungen der neuen Tarifstruktur noch nicht abschätzbar. Der TarMed wird jedoch zu einem Ausgleich zwischen den Fachrichtungen führen. Das BSV (BSV 2000a) und die SDK erwarten vom TarMed aufgrund der betriebswirtschaftlichen Orientierung eine Verbesserung der Vergleichbarkeit der Leistungen und damit der Transparenz. Eine kantonale Ärztegesellschaft weist auf den Zusammenhang hin, der zwischen dem Taxpunktwert und dem System der Selbstdispensation besteht. So sind die Tarife für die ärztlichen Leistungen in Kantonen, in denen die Ärzteschaft einen grossen Teil des Einkommens aus dem Heilmittelverkauf erzielt, entsprechend tiefer. Gefordert wird die gesamtschweizerisch flächendeckende Möglichkeit zur Abgabe von Medikamenten durch die Ärzteschaft.

Die Verhandlungen zum TarMed haben gemäss der FMH und den befragten kantonalen Ärztegesellschaften die bestehenden Tarife blockiert. Kritisiert wird, dass die Tarife in den letzten Jahren nicht mehr der Teuerung angepasst wurden, was gemäss einer kantonalen Ärztegesellschaft zur Ausweitung der Menge führte, um den Besitzstand zu wahren. Die Preise der ärztlichen Leistungen haben in den Jahren 1996 bis 1999 nur sehr geringfügig zugenommen (-0.1% bis 0.5%) (BFS 2000), was die weitgehende Stabilisierung der Tarife bestätigt. Kritisiert wird zudem, dass es aufgrund der Trennung der OKPV- von der Zusatzversicherung und des Tarifschutzes nicht mehr möglich ist,

allgemeinversicherte PatientInnen durch einen Belegarzt im Spital zu behandeln und damit höhere Tarife zu verrechnen (Elimination des „ambulanten PrivatpatientInnen“). Dies hat gemäss einer kantonalen Ärztesgesellschaft ebenfalls zu Honorareinbussen und zu einer Mengenausweitung geführt.

Sonderverträge, die von Verbandsverträgen abweichen, werden nur im Bereich der alternativen Versicherungsmodelle abgeschlossen. Dabei besteht ein Unterschied zwischen den HMO und den Hausarztmodellen (INFRAS 2000):

- Bei den HMO werden die Leistungserbringer von einem Gesundheitszentrum angestellt und durch eine Versichertenpauschale finanziert (Capitation-Modell). Diese Kopfpauschale wird nach Alter, Geschlecht, Grossrisiken und regionalen Besonderheiten differenziert. Bei der ärzteigenen HMO-Gruppenpraxis MediX übernehmen die sich beteiligenden Ärztinnen und Ärzte über einen Kapitaleinsatz ein zusätzliches betriebswirtschaftliches Risiko.
- Bei den Hausarztmodellen wird in der Regel nach den normalen Arzttarifen abgerechnet. Mehrheitlich werden die Ärztinnen und Ärzte mit einer Pauschalen für die zusätzlichen administrativen Aufwendungen entschädigt.

3.4.5. Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrollen

Gemäss den befragten Ärztesgesellschaften haben die Versicherer ihre Kostenkontrollen verstärkt. Sie werden jedoch sehr unterschiedlich durchgeführt und teilweise als inkompetent und ineffizient beurteilt. Gemäss der FMH haben die Rückfragen vor allem den administrativen Aufwand der Ärzteschaft erhöht. Diese fordert, dass die entsprechenden Konzepte überarbeitet werden. Gemäss einer kantonalen Ärztesgesellschaft ist die intensivierete Erhebung von Kennzahlen seitens der Versicherer nicht unproblematisch, weil bei unreflektierter Kostenkontrolle eine unerwünschte PatientInnenselektion provoziert werden könnte (z.B. Abschieben der aufwendigen PatientInnen in Spitäler). Es wird gefordert, dass die Kostenkontrollen ganzheitlich durchgeführt werden und die gesamte Behandlungskette miteinbezogen wird.

Die FMH fordert zur erfolgreichen Umsetzung der im Rahmen von TarMed geplanten elektronischen Leistungsabrechnung eine enge Zusammenarbeit zwischen den Versicherer, der FMH und den Fachgesellschaften.

3.4.6. Qualitätssicherung

Die Verbindung Schweizer Ärzte (FMH) hat mit dem KSK keinen Rahmenvertrag zur Qualitätssicherung abgeschlossen, jedoch im Juni 1997 ein Konzept zur Qualitätssicherung und -förderung verabschiedet, in dem Zielsetzungen und Grundsätze formuliert sind (Faisst/Schilling 1999). Ein Qualitätsprogramm mit klar definierten Massnahmen besteht zur Zeit nicht. Umgesetzte oder geplante Einzelmassnahmen der FMH umfassen Koordinations- und Überwachungsaufgaben der Aus- und Weiterbildung der Mitglieder, die Ausarbeitung von Guidelines und die Unterstützung des Wissenstransfers. Qualitätsverträge sollen erst im Rahmen der bereinigten Tarifstruktur TarMed erarbeitet werden. Ein datenbasierter Qualitätsverbesserungsprozess wird nicht vorangetrieben.

Folgende Mitglieder der FMH sind im Qualitätsmanagement fortschrittlich (Faisst/Schilling 1999):

Organisation	Qualitätsmanagementmassnahmen
Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM)	Die SGAM startete 1987 eine Qualitätsinitiative mit dem Ziel einer kontinuierlichen und nachhaltigen Qualitätsentwicklung der medizinischen Versorgung. Folgende Massnahmen sind geplant bzw. werden umgesetzt: <ul style="list-style-type: none"> • Regelmässige Gesamtumfragen zur Qualitätssicherung, • Evaluation der medizinischen Grundversorgung (v.a. im Bereich Hausarztmodelle und HMO) mittels kundenorientierten Qualitätsindikatoren (QualiDoc-PatientInnenbefragung). • Förderung von Qualitätszirkeln (Einsatz und Fortbildung); Qualitätszirkel wurden Bestandteil vieler Verträge im Rahmen von Managed Care Modellen. • Entwicklung von Evidence-Based Guidelines im Rahmen von Qualitätszirkeln.
Fachgesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe	<ul style="list-style-type: none"> • Projekte zur Ausarbeitung anerkannter Standards (Indikationsqualität; Guidelines). • Erhebung der PatientInnenzufriedenheit.
Managed Care: Projekt EQUAM	Ziel der Stiftung EQUAM ist die Zertifizierung von Managed Care Modellen (unabhängige Qualitätssicherung und -kontrolle). Zu diesem Zweck wurden Qualitätssicherungs-Standards erarbeitet, die im Rahmen der Zertifizierung überprüft werden.

Tabelle 8: Qualitätsmanagementaktivitäten einzelner Fachgesellschaften der Ärztinnen und Ärzte.

Bei den einzelnen Verbänden besteht jedoch keine regelmässige Berichterstattung zum Dachverband, der die Aktivitäten transparent aufzeigt und Möglichkeiten zur verbesserten Koordination darstellt (Faisst/Schilling 1999).

Die bisherigen Aktivitäten der Ärzteschaft im Bereich Qualitätssicherung werden vom BSV und der SDK als ungenügend kritisiert. Es wird geltend gemacht, dass bisher in diesem Bereich nicht viel unternommen wurde und die nicht ganz aktuellen Guidelines der FMH weiterentwickelt werden müssten. Das BSV kritisiert insbesondere, dass die Qualitätssicherung bei der FMH keine grosse Priorität hatte und im Anhang zum TarMed bloss die Einhaltung von Strukturmerkmalen (z.B. Ausbildungsstand) vorgesehen ist. Das BSV fordert von der Ärzteschaft Outcome-Verträge, in denen Indikatoren auf der Ebene der Ergebnisqualität festgelegt werden, und ein Benchmarking unter den Ärztinnen und Ärzten. Positiv erwähnt werden die von den AllgemeinmedizinerInnen durchgeführten PatientInnenbefragungen.

Die FMH begründet die Verzögerungen durch die notwendigen und umfangreichen Arbeiten im Tarifbereich (TarMed) und den fehlenden Vorgaben betreffend die Qualitätssicherung.

Gemessen an den Anforderungen des BSV beurteilen wir die bisherigen Anstrengungen der Ärztinnen und Ärzte ebenfalls als ungenügend. Dies aus folgenden Gründen:

- Eine Rahmenvereinbarung sowie ein Qualitätsprogramm auf Ebene des Dachverbandes existiert nicht. Es wurden nur teilweise Vereinbarungen mit den Versicherern getroffen (v.a. Managed Care-Modelle).
- Es bestehen noch keine Ansätze zur Messung von Outcome-Indikatoren und den entsprechenden Benchmarkings.

3.4.7. Wettbewerb und Koordination

Zwischen den Ärztinnen und Ärzten findet kein spürbarer kostensenkender Wettbewerb statt, da die Einnahmenverluste (Tarifbereich, Elimination der ambulanten PrivatpatientInnen, etc.) durch Mengenerweiterungen kompensiert werden können. Gemäss der FMH hat der Qualitätswettbewerb an PatientInnen durch KVG-externe Faktoren (Bedürfnisse der PatientInnen) zugenommen. Dieser Wettbewerb ist jedoch kostensteigernd. Gemäss der Union schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen (Union) findet zwischen der Schulmedizin und der Komplementärmedizin kein Wettbewerb statt, weil diese Märkte als verschieden betrachtet werden.

Gemäss MediX hat das KVG durch die definitive Zulassung der alternativen Versicherungsmodelle zwar das Entstehen einer neuen Wettbewerbskultur ermöglicht, die gewünschte Verstärkung des Wettbewerbs konnte mit den heute bestehenden Managed Care-Modellen aufgrund der geringen Verbreitung noch nicht erreicht werden. Der Wettbewerb unter den Ärztinnen und Ärzten konnte bisher nur beschränkt gefördert werden. Grund dafür ist nach MediX das fehlende Bewusstsein der Ärzteschaft für die neuen Möglichkeiten und die mangelnde Umsetzung entsprechender Managed Care-Modelle.

Die Koordinationsrolle nehmen die ÄrztInnen vor allem innerhalb der Managed Care Modelle verstärkt wahr. Aufgrund der Kostenverantwortung wird insbesondere in den HMO-Modellen auf die Steuerung der PatientInnen gezielt Einfluss genommen. Dazu werden gezielt Informationen über die PatientInnen und die konsultierten Leistungserbringer gesammelt.

Ausserhalb der Managed Care-Modelle ist eine verstärkte Koordination gemäss der FMH infolge des Arztgeheimnisses faktisch nur mit kooperativen PatientInnen möglich: Beispielsweise kann eine Ärztin oder ein Arzt offensichtlichen PatientInnentourismus nicht dem betreffenden Versicherer melden, denn eine solche Information würde gegen den Willen der PatientInnen erfolgen und wäre deshalb eine Verletzung des Arztgeheimnisses. Zudem besteht keine Meldepflicht an die Versicherer. Die Koordination der Ärzte als wichtiges Scharnier im Gesundheitswesen hat sich damit nicht massgebend verbessert.

3.4.8. Innerbetriebliche Veränderungen

Bei der Ärzteschaft wurden gemäss den befragten Ärztegesellschaften folgende innerbetriebliche Veränderungen festgestellt, die u.a. auf die neuen Rahmenbedingungen zurückgeführt werden können:

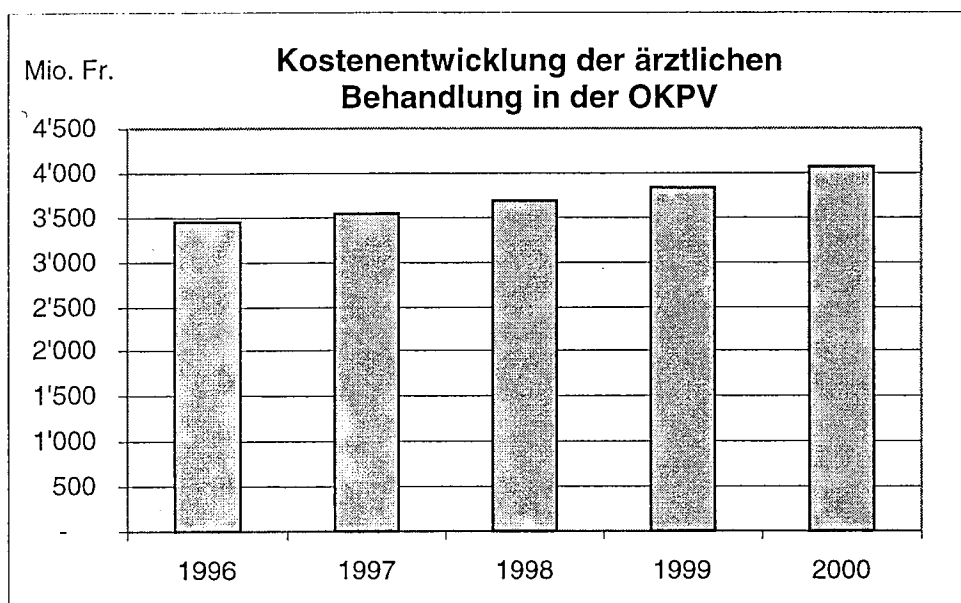
- Das KVG hat v.a. über den Tarifbereich einen Kostendruck auf die Ärzteschaft ausgeübt, der einerseits zur Mengenausdehnung geführt und andererseits die Tendenz in Richtung von Gruppenpraxen, die vor allem aufgrund der zunehmend höheren Investitionskosten und der grösseren Flexibilität eröffnet werden, unterstützt hat. Gemäss der FMH hat dies auch das unternehmerische Denken verstärkt.

- Durch die neuen Anforderungen des KVG ist der administrative Aufwand gestiegen (z.B. elektronische Leistungsabrechnung, verstärkte Kostenkontrollen, etc.).

Bei den sich an Managed Care-Modellen beteiligenden Ärztinnen und Ärzten hat sich insbesondere das Kostenbewusstsein, das damit einhergehende betriebswirtschaftliche Denken sowie die Qualitätssicherungsarbeit verstärkt.

3.4.9. Einfluss auf die Gesundheitskosten

Die Ausgaben für die ärztliche Behandlung (ohne Medikamente) nahmen zwischen 1996 und 2000 um rund 18% zu (siehe Figur 6). Dabei hat die jährliche Kostensteigerung vor allem in den letzten Jahren zugenommen (1999/2000 rund 6%). Da die Arzttarife in dieser Zeit praktisch nicht gestiegen sind, kann diese Zunahme zum grössten Teil auf die Ausweitung der Leistungen zurückgeführt werden.



Figur 6: *Entwicklung der Leistungen für ärztliche Behandlungen in der Grundversicherung. Die Leistungen haben im Jahr 2000 gegenüber 1996 um rund 18% zugenommen. Aufgrund der weitgehend stabilen Arzttarife kann diese Kostensteigerung hauptsächlich auf die Ausweitung der Leistungen zurückgeführt werden (Quelle: BSV 1999).*

Das KVG hat bisher keinen Beitrag zur spürbaren Kosteneindämmung bei den Ärztinnen und Ärzten geleistet. Zwar führte das KVG v.a. über den Tarifbereich zu einem gewissen Kostendruck. Dieser wurde jedoch gemäss einer kantonalen Ärztesell-

schaft, der MediX und mehrerer Versicherer durch eine entsprechende Erhöhung der Konsultationen (Mengenausdehnung) zur Besitzstandswahrung kompensiert. Folgende Entwicklungen führten ebenfalls zu einer Kostenerhöhung:

- Die Versicherer führen die Mengenausweitung in erster Linie auf die zunehmende Anzahl an Ärztinnen und Ärzten zurück. So hat die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte von 1995 auf 1999 um 10% zugenommen (BSV 2000b). Sie fühlen sich gegenüber der Mengenentwicklung und der damit verbundenen Kostensteigerung bei den Ärzten weitgehend machtlos. Dies wird durch die Untersuchung von Greppi et al. 2000 bestätigt, in der einerseits eine Zunahme der Ärztedichte¹² nach 1996 festhält und andererseits eine markante Korrelation zwischen der Anzahl Fachärztinnen und -ärzte und der Höhe der Prämien ausgewiesen wird, was ebenfalls darauf hindeutet, dass die Zunahme der ambulanten Arztkosten vor allem auf die Ärztedichte resp. die damit verbundene Mengenausdehnung zurückzuführen ist.
- Die Aufnahme von zusätzlichen Leistungen (z.B. Komplementärmedizin) hat ebenfalls zu einer Mengenausdehnung geführt. Gemäss der Union hat sich mit der Aufnahme der Komplementärmedizin die Anzahl Behandlungen in diesem Bereich tendenziell erhöht.
- Die Ärztesellschaften führen die mit dem KVG aufgrund der gestiegenen Prämien zunehmenden Begehrlichkeiten der PatientInnen an. Gefordert wird eine verstärkte Eigenverantwortung der Versicherten und die Bereitschaft zur Einschränkung der Leistungen.

Der Einfluss der alternativen Versicherungsmodelle auf die Kosten der Ärzteschaft ist aufgrund der geringen Verbreitung dieser Modelle grundsätzlich sehr gering. Der Wettbewerb unter den verschiedenen Modellen und die damit erhofften Kosteneinsparungen sind bisher nicht eingetreten. Berücksichtigt werden muss jedoch, dass mit den alternativen Versicherungsmodellen ein Prozess in Gang gesetzt worden ist, der eine gewisse Zeit benötigt, um effektiv zu spürbaren Kosteneinsparungen zu führen.

12 Anzahl ÄrztInnen pro 1000 EinwohnerInnen. Diese hat zwischen 1995 und 1999 um ca. 11% zugenommen (BSV 2000b). Auf Kantonsebene sind jedoch markante Unterschiede feststellbar. So entfallen im Jahr 1999 im Kanton Thurgau auf einen Arzt 805 EinwohnerInnen, im Kanton Tessin 521 EinwohnerInnen (BSV 2000b).

3.4.10. Verbesserungsmöglichkeiten

Die von den Ärzteschaften genannten Verbesserungsmöglichkeiten zur Erreichung der Ziele des KVG unterschieden sich deutlich von denjenigen der übrigen Akteure. Während die Ärzteschaft eine Steigerung der Selbstverantwortung bei den PatientInnen, die gesamtschweizerische Einführung der Medikamentenabgabe durch die Ärztinnen und Ärzte (Selbstdispensation) oder eine politische Diskussion betreffend die gewünschte medizinische Versorgung vorschlägt, fordern insbesondere die Versicherer die Aufhebung des Kontrahierungszwangs. Davon wird ein verstärkter Wettbewerb über alternative Versicherungsmodelle erwartet.

Von der vorausgehenden Analyse der Auswirkungen des KVG im Tarifbereich können die folgenden weiteren Massnahmen abgeleitet werden:

- Möglichst rasche Einführung des TarMed und dessen kostenneutrale Umsetzung.
- Aktive Entwicklung von innovativen Managed Care-Modellen auf Capitation-Basis.
- Verbesserung der Qualitätssicherung in Richtung Erfassung von Output-Indikatoren und Benchmarking zwischen den Ärztinnen und Ärzten.

3.4.11. Fazit

Mit dem KVG ist der Handlungsspielraum bei den Ärztinnen und Ärzten vor allem im Bereich der Managed Care-Modell (HMO und Hausarztmodellen) erweitert worden. Die Ärzteschaft hat diese neuen Handlungsmöglichkeiten jedoch kaum wahrgenommen. Dies spiegelt sich auch darin, dass sich ihr Handlungsspielraum in ihrer Wahrnehmung durch das KVG nicht wesentlich verändert hat. Veränderungen entstanden zudem im Tarifbereich, indem die Ärzteschaft neu eine gesamtschweizerische Tarifstruktur aushandeln musste.

Wie ist der Vollzug der KVG-Bestimmungen betreffend der Ärzteschaft zu beurteilen?

Die alternativen Versicherungsmodelle haben sich u.a. auch aufgrund des geringen Interesses und des sehr reservierten Verhaltens der Ärztinnen und Ärzte nicht bedeutend entwickelt. In folgenden weiteren Bereichen bestehen zudem markante Vollzugsdefizite resp. -verzögerungen:

- Die Verhandlungen um eine gesamtschweizerische Tarifstruktur gestalteten sich als sehr schwierig und ziehen sich in die Länge. Bisher konnte die mehrmals über-

arbeitete Tarifstruktur TarMed noch nicht verabschiedet werden. Insbesondere steht die Zustimmung der FMH und die Genehmigung des Bundesrats noch aus.

- Den Bereich Qualitätssicherung hat die Ärzteschaft mit wenigen Ausnahmen mit sehr geringer Priorität behandelt. Die bisherigen Arbeiten sind im Vergleich zu den Anforderungen des BSV ungenügend. Bisher fehlt ein Qualitätsprogramm mit klar definierten Massnahmen. Von der Entwicklung und Umsetzung von Qualitätssicherungsverträgen, in denen Ergebnisindikatoren gemessen und anschließende Verbesserungen umgesetzt werden, ist die Ärzteschaft noch weit entfernt.
- Die Versicherer haben ihre Kostenkontrollen zwar verstärkt. Die Kontrollen sind jedoch als ungenügend zu beurteilen. Das Konzept zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit mittels Kennzahlen sollte hinsichtlich eines ganzheitlichen Konzepts überprüft werden, damit keine unerwünschte PatientInnenselektion erfolgt.

Welche Auswirkungen hat das KVG bei den Ärztinnen und Ärzten ausgelöst?

Das KVG hat bei der Ärzteschaft nur sehr geringe Auswirkungen zur Folge. Dies ist grösstenteils auf die mangelnde Nutzung des Handlungsspielraums und die Vollzugsdefizite zurückzuführen:

- Die neuen Ausbildungsvorschriften bewirkten keine spürbare Veränderungen, weil sich die Ärztinnen und Ärzte bereits vor dem KVG weiterbildeten.
- Die Managed Care-Modelle haben sich noch nicht bedeutend verbreitet. Teilweise konnte eine Sensibilisierung für diese Modelle, ein höherer Organisationsgrad in Netzwerken und die Berücksichtigung der ökonomischen Folgen ihrer wie der nachgelagerten Behandlungen ausgelöst werden. Am spürbarsten waren die Veränderungen für die sich beteiligenden Ärztinnen und Ärzte in HMO-Gruppenpraxen. Bei diesen haben sich ein verstärktes Kostenbewusstsein und ökonomisches Denken entwickelt. Zudem wurde die Zusammenarbeit im Rahmen von Qualitätszirkeln verstärkt. Bei den in Hausarztnetzen verbundenen Ärztinnen und Ärzten kann ebenfalls eine Stärkung des Kostenbewusstseins festgestellt werden.
- Im Tarifbereich haben sich die kantonal festgelegten Ärztetarife durch die Verhandlungen um den TarMed stabilisiert und nicht der Teuerung angepasst. Sonderverträge bestehen nur bei den HMO, deren Leistungen über Versichertenpauschalen (Capitation-Modell) finanziert werden. Eine Entkartellisierung und damit ein verstärkter Wettbewerb konnte jedoch aufgrund der geringen Verbreitung dieser Modelle nicht eingeleitet werden.

- In den Bereichen Kostenkontrolle und Qualitätssicherung sind bisher kaum Wirkungen spürbar.

Konnten die Koordination und der Wettbewerb zwischen den Ärztinnen und Ärzten und zwischen der Ärzteschaft und anderen Leistungserbringern gefördert werden?

Zwischen den Ärztinnen und Ärzten findet kein spürbarer Wettbewerb statt. Allfällige Einnahmenverluste (Tarifbereich, Elimination der ambulanten PrivatpatientInnen, etc.) können durch Mengenerweiterungen kompensiert werden. Der teilweise festgestellte Qualitätswettbewerb aufgrund der PatientInnenbedürfnisse ist tendenziell kostensteigernd. Durch die Zulassung der Managed Care-Modelle konnte der Wettbewerb nur sehr beschränkt gefördert werden.

Die Ärztinnen und Ärzte haben ihre Koordinationsrolle als wichtiges Scharnier im Gesundheitswesen nicht spürbar verbessert. Hauptgrund dafür ist wohl die fehlende Kostenverantwortung. Bei Managed Care-Modellen (insbes. HMO) nehmen die Ärztinnen und Ärzte ihre Koordinationsrolle wesentlich besser wahr, indem sie aufgrund der Kostenverantwortung, einem stärker ausgeprägten ökonomischen Denken und der Erfolgsbeteiligung auf die Steuerung der PatientInnen gezielt Einfluss nehmen.

Welche innerbetrieblichen Veränderungen sind feststellbar?

Bei der Ärzteschaft haben die neuen Rahmenbedingungen generell über den erhöhten Kostendruck (v.a. aufgrund der eingefrorenen Tarife) eine Mengenausweitung bewirkt, den administrativen Aufwand erhöht und die Tendenz in Richtung von Gruppenpraxen unterstützt. Bei den sich an Managed Care-Modellen beteiligten Ärztinnen und Ärzten hat sich zusätzlich das Kostenbewusstsein, das betriebswirtschaftliche Denken und die Qualitätssicherungsarbeit verstärkt.

Inwiefern konnte durch das KVG bei der Ärzteschaft ein Beitrag zur Kosteneindämmung geleistet werden?

Die Ausgaben für die ärztliche Behandlungen (ohne Medikamente) nahmen zwischen 1996 und 2000 um rund 18% zu. Da die Arzttarife stabil geblieben sind, ist dies vor allem auf eine Mengenausweitung zurückzuführen. Das KVG hatte bisher keinen Einfluss auf die von der Ärzteschaft verursachten Kosten. Der Kostendruck über die Tarife wurde durch eine entsprechende Mengenausweitung zur Besitzstandswahrung kompensiert. Der Einfluss der von den alternativen Versicherungsmodellen erzielten Einsparungen in der Grössenordnung von 10% bis 15% gegenüber den konventionellen

Behandlungsformen ist aufgrund der geringen Verbreitung dieser Modelle sehr klein. Die Zunahme der Arztkosten ist vor allem auf folgende Faktoren zurückzuführen:

- Zunahme der Arztdichte und Aufnahme zusätzlicher Leistungen,
- Zunehmende Begehrlichkeiten der PatientInnen und mangelnde Eigenverantwortung.

Welche Verbesserungsmöglichkeiten bestehen bei den Ärztinnen und Ärzten?

Neben der Behebung der Vollzugsmängel (v.a. Tarifstruktur, Qualitätssicherung) sollte insbesondere der Handlungsspielraum der Ärzteschaft im Bereich der Managed Care-Modelle wesentlich verstärkter ausgenutzt werden. Ein entscheidender Impuls zur weiteren Entwicklung dieser Modelle könnten die Aufhebung des Kontrahierungszwangs und die Verbesserung des Risikoausgleichs, der der Berechnung der Versichertenpauschalen dient, bewirken. Weiter Massnahmen zur Kosteneindämmung sind:

- Steigerung der Selbstverantwortung der PatientInnen über eine höhere Kostenbeteiligung.
- Verstärkte Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrolle seitens der Versicherer.
- Gesamtschweizerische Einführung der Medikamentenabgabe durch die Ärzteschaft.¹³

3.5. Übrige Leistungserbringer

3.5.1. ApothekerInnen

Wie hat sich der Handlungsspielraum für die ApothekerInnen verändert?

Der Handlungsspielraum hat sich für die ApothekerInnen infolge des KVG nicht wesentlich verändert. Die meisten neuen Regelungen des KVG betreffen die ApothekerInnen nicht direkt. Im Rahmen der Vernehmlassung wurde eine Klärung der Selbstdispensation angestrebt. Der entsprechende Artikel kam zwar in ein Differenzbereinigungsverfahren, eine eindeutigere Formulierung konnte jedoch nicht erarbeitet werden. Dieser Mangel hat dazu geführt, dass in mehreren Kantonen harte Auseinander-

13 Die Analyse der Medikamentenkosten in den kantonalen Fallbeispielen zeigt, dass die Medikamentenkosten pro Versicherten in den Kantonen mit Selbstdispensation (ZH, TG) deutlich tiefer liegen als in denjenigen mit alleiniger Abgabe durch die Apotheken (VD, TI) (s. Anhang 3).

setzungen um die Selbstdispensation geführt werden. Der Kostendruck hat sich über den verstärkten Druck der Versicherer spürbar auf den Tarifbereich ausgewirkt.

Welche Auswirkungen hatten die verschärften Zulassungsanforderungen?

Die ApothekerInnen müssen zur Zulassung neu über eine zweijährige praktische Weiterbildung verfügen (Art. 38 KVV, Abs. 1). Diese Bestimmung hat sich bereits ausgewirkt, indem heute nicht mehr jede Person mit einem Apothekerdiplom eine Konkordatsnummer erhält, sondern mindestens zwei Jahre Praxistätigkeit in der Apotheke nachweisen muss. Die Weiterbildung wird heute strukturierter durchgeführt. Der Schweizerischer Apothekerverband (SAV) strebt an, das heute angebotene Weiterbildungssystem im KVG zu verankern und so einen Beitrag an die Qualitätssicherung zu leisten.

Welche Auswirkungen hatte das KVG auf die Tarifierung?

Die Tarifverhandlungen sind durch den Kostendruck und das Einmischen mehrerer grosser Versicherer neben dem KSK harziger geworden. Der Verhandlungsaufwand ist wesentlich gestiegen. Auf Ende 1999 haben die Versicherer den Vertrag über die Vergütung im Medikamentenverkauf auf Ende 1999 gekündigt und forderten die ApothekerInnen auf, auf einen Teil ihrer Bruttomarge zu verzichten. Der SAV und das KSK einigten sich auf einen Verzicht von rund 3% der Bruttomarge und ein neues, leistungsorientiertes Abgeltungsmodell (LOA), das seit dem 1. Juli 2001 in Kraft ist. Dieses Abgeltungsmodell bedeutet eine fundamentale Änderung, indem der neue Tarif die Beratungsleistung vom Medikamentenpreis trennt und damit die früher bestehende Margenordnung durchbricht. Die Beratungstätigkeiten werden über Pauschalen abgegolten. Für die Einführungszeit von zwei Jahren wurde ein Globalbudget vereinbart, das auf Basis der Ausgaben im Jahr 2000 berechnet wurde (abzüglich des Kostenstabilisierungsbeitrages von rund 80 Mio. CHF). Bei übermässigen Leistungen wird der Taxpunktwert jeweils Mitte Jahr korrigiert. Mit dem neuen Abgeltungsmodell werden die Anreize verändert und damit verhindert, dass die entgangenen Einkünfte über eine Mengenausweitung kompensiert werden.

Welchen Einfluss hatte das KVG auf die Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrollen?

Die Wirtschaftlichkeitskontrollen der Krankenversicherer werden durch den SAV zwar als wichtig, im Moment aber zu stark als reine Missbrauchskontrollen beurteilt. Die Automatisierung der Abrechnungen hat teilweise infolge unbedeutender Fehler zu einer ineffizienten Bürokratie geführt. Die Wirtschaftlichkeitskontrollen setzen nach

Ansicht des SAV zum Teil auch am falschen Ort an, weil die ApothekerInnen nicht über die Leistungen bestimmen.

Welche Aktivitäten hat das KVG in der Qualitätssicherung ausgelöst?

Der SAV hat bislang mit dem KSK keinen Rahmenvertrag zur Qualitätssicherung abgeschlossen, die Verhandlungen sind allerdings im Gange. Ein Qualitätskonzept sowie ein Qualitätsprogramm, das alle geplanten und umgesetzten Massnahmen zusammenfasst, existiert bisher nicht. Die Regelungen bezüglich der Qualitätssicherung im KVG haben gemäss SAV einen bedeutenden Einfluss gehabt. Die Abteilung Qualität und Entwicklung des SAV konzentriert sich auf die kontinuierliche Weiterentwicklung der Qualität in der Apotheke, der Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten (Qualitätszirkel, pharmazeutische Betreuung von Pflegeheimen und kleinen Spitälern) und der Verbesserung der patientInnenorientierten Dienstleistungen (PatientInnendossiers, Dokumentationen, neue Servicebereiche). Wichtigstes Projekt der ApothekerInnen ist das Projekt „Qualitätsmanagement-System Apotheke (QMS-Apotheke)“. Die umgesetzten Massnahmen dieses Projekts umfassen die Entwicklung von Standards, externe Audits, Benchmarkings, KundInnenzufriedenheitsanalysen, ein Qualitätsmanagementhandbuch sowie Weiterbildungs- und Beratungsangebote. Das System wurde seit 1998 schrittweise eingeführt. Bis Anfang 2001 wurden 195 Apotheken auditiert, die ein Label erhalten. Die festgestellten Qualitätslücken können durch dieses System gezielt bearbeitet werden. Als übergeordnete Verbesserungsmassnahme wurde die Fortbildungsordnung entsprechend den Resultaten angepasst. Die Qualitätszirkel, die pilotweise im Kanton Freiburg durchgeführt worden sind, haben zu bedeutenden Kosteneinsparungen geführt.

Welchen Einfluss hatte das KVG auf die Beziehungen der ApothekerInnen zueinander und zu anderen Leistungserbringern?

Der Wettbewerb zwischen den ApothekerInnen ist gemäss dem SAV härter geworden, u.a. weil das KVG bei den ApothekerInnen die wettbewerblichen Strukturen verstärkt hat. Vermehrt werden Gruppierungen mit eigenen Stabsstellen gebildet (ähnlich den Hausarztmodellen), die bereit sind, eigene Verhandlungen durchzuführen. Der SAV will sich aber nicht auf diese Gruppierungen konzentrieren, sondern im Gegenteil darauf achten, dass auch die einzelnen Apotheken wettbewerbsfähig bleiben. Gemäss dem BSV haben die von einigen Versicherern eingeführten Versandapotheken, mit denen Kosten eingespart werden sollen, einige Unruhe ausgelöst.

Wettbewerb mit den Ärztinnen und Ärzten gibt es in der Regel nur in Kantonen mit Selbstdispensation. Dort bestimmen die Ärztinnen und Ärzte durch das Ausmass der Selbstdispensation über das Überleben der Apotheken, was gemäss dem SAV eine Wettbewerbsverzerrung darstellt.

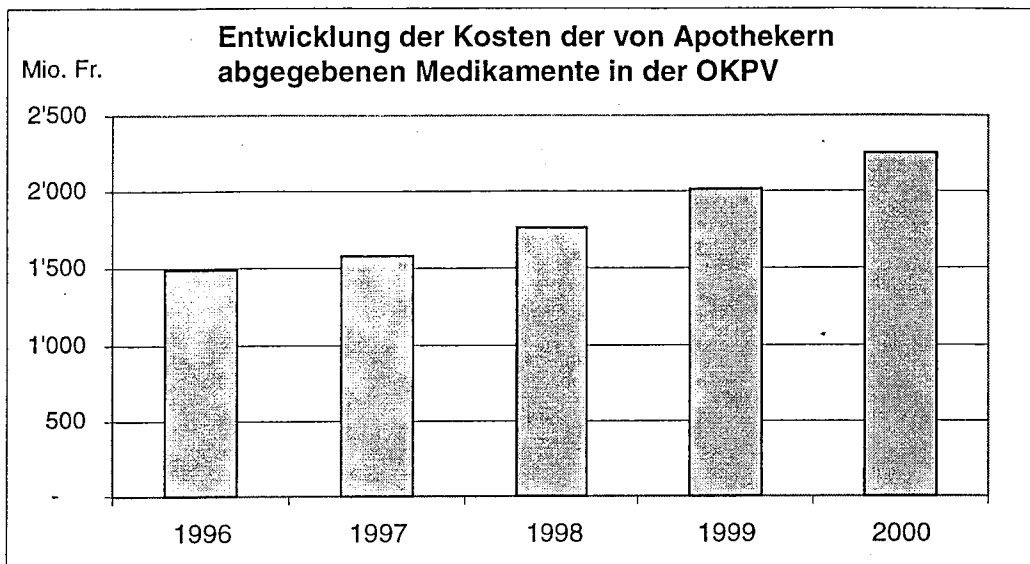
Die Beziehungen zur Verwaltung haben sich durch das KVG intensiviert. Alle Verträge müssen nun durch den Bundesrat genehmigt werden. Dies bedeutet mehr Aufwand, aber auch mehr Austausch mit der Verwaltung. Die Beziehungen zu den Versicherern haben sich fundamental geändert. Durch den Kostendruck und das Einmischen einzelner Versicherer in die Tarifverhandlungen sind die Verhandlungen schwieriger geworden. Der Aufwand für die Verhandlungen ist gestiegen.

Welche innerbetrieblichen Veränderungen hat das KVG ausgelöst?

Die Beratungsqualität wie auch der Beratungsaufwand haben in den letzten Jahren zugenommen. Wieweit dies alleine auf das KVG zurück zu führen ist, ist schwierig abzuschätzen. Innerbetrieblich wird viel vom Qualitätsmanagement-System erwartet (z.B. verbesserte Einsatzpläne etc.).

Welchen Einfluss hatte das KVG zur Kosteneindämmung?

Im Jahr 2000 beliefen sich die Ausgaben für Medikamente im Rahmen der OKPV auf insgesamt rund 3.5 Mia. CHF, was eine Steigerung von rund 48% gegenüber 1996 bedeutet (siehe Figur 7). Die Medikamente, die durch Apotheken abgegeben werden, machen davon ca. 2.3 Mia. CHF. aus. Die jährliche Kostensteigerung lag bis anhin bei rund 10% bis 12%. Da die Preise für die Medikamente seit 1997 leicht gesenkt wurden (jährliche Reduktion um 0.4% bis 2.6%) (BFS 2000), muss die Kostenzunahme durch eine Mengenausweitung erklärt werden. Greppi et al. 2000 führen die Erhöhung der Medikamentenkosten ebenfalls auf die starke Abhängigkeit von der Mengenausweitung zurück. Die durch die Auslandspreisregel erzwungenen Kosteneinsparungen wurden neben einer Mengenausweitung teilweise auch durch teurere Produkte kompensiert (INFRAS 2000).



Figur 7: Entwicklung der Kosten der von Apothekern abgegebenen Medikamente zwischen 1996 und 2000 (Quelle: BSV 1999).

Gemäss dem SAV konnten die ApothekerInnen durchaus einen Beitrag zur Kosteneindämmung liefern, indem etwa Generika verbreitet angeboten werden. Mit der neuen leistungsorientierten Abgeltung wird über die Margenreduktion (Kostenstabilisierungsbeitrag) und das Globalbudget mit der entsprechenden Korrektur beim Taxpunktwert bei übermässigen Leistungen ebenfalls ein Beitrag zur Kosteneindämmung geleistet.

Wie sind die Auswirkungen des KVG bei den ApothekerInnen insgesamt zu bewerten?

Spürbare Auswirkungen konnten vor allem im Tarifbereich und in der Qualitätssicherung erzielt werden:

- Die neue leistungsorientierte Abgeltung bedeutet mit der preisunabhängigen Vergütung der Beratungsleistungen und der damit zusammenhängenden Durchbrechung der Margenordnung sowie dem Globalbudget (inkl. Kostenstabilisierungsbeitrag) einen wesentlichen Systemwechsel, der Einsparungen zur Folge haben wird. Entgangene Einkünfte können zukünftig nicht mehr über eine Mengenausweitung kompensiert werden.
- Obwohl bisher noch keine Verträge zum Qualitätsmanagement bestehen, hat das KVG die Anstrengungen in diesem Bereich entscheidend beeinflusst. Wichtigstes Projekt ist das „Qualitätsmanagement-System Apotheke“, in dem mehrere wichti-

ge Massnahmen wie Entwicklung von Standards, externe Audits, Benchmarking, etc. umgesetzt werden.

Während sich der Wettbewerb zwischen den ApothekerInnen durch das KVG leicht verstärkt hat, ist der Wettbewerb zu den Ärztinnen und Ärzten (Medikamentenabgabe) von der jeweiligen kantonalen Regelung abhängig. Die Beziehungen zu den Versicherern sind intensiver und schwieriger geworden.

Die von den ApothekerInnen verursachten Kosten der abgegebenen Medikamente sind in den letzten Jahren weiter angestiegen, was insbesondere auf die Mengenausweitung zurückgeführt werden kann. Mit der leistungsorientierten Abgeltung mit dem Globalbudget und der Reduktion der Marge sowie der verbreiteten Abgabe von Generikas können die ApothekerInnen einen Beitrag zur Kosteneindämmung leisten. Die Kosten der abgegebenen Medikamente können zusätzlich durch die Versandapotheken der Versicherer gesenkt werden. Die Beratungsqualität hat durch die Qualitätsmanagementaktivitäten zugenommen.

3.5.2. PhysiotherapeutInnen

Wie hat sich der Handlungsspielraum für die PhysiotherapeutInnen verändert?

Gemäss dem Schweizerischen Physiotherapeuten-Verband (SPV) hat sich mit dem KVG gegenüber dem KUVG nicht allzuviel verändert, auch wenn die PhysiotherapeutInnen mit dem KVG neu Leistungserbringer sind, die auf ärztliche Anordnung arbeiten. Die erbrachten Leistungen sind im Wesentlichen gleich geblieben. Das KVG hat gemäss dem SPV viele Veränderungen unterstützt, aber nicht ausgelöst. Dies vor allem durch die Anforderungen im Tarifbereich und der Qualitätssicherung. Aufgrund der Abhängigkeit von der ärztlichen Verordnung bleibt der Handlungsspielraum insgesamt klein.

Welche Auswirkungen hatten die verschärften Zulassungsanforderungen und die Bedarfsabklärung?

Die neuen Zulassungsbedingungen haben gemäss den befragten kantonalen Physiotherapeuten-Verbänden keine bedeutenden Auswirkungen zur Folge, weil sie grösstenteils schon unter den jeweiligen kantonalen Gesetzen verankert waren. Probleme bestehen jedoch vorgelagert in der Ausbildung, die durch das KVG nur ungenügend reglementiert wurde. So dürfen Lernende nicht in private Physiotherapiepraxen geschickt werden, sondern müssen ihre zweijährige praktische Tätigkeit in einem Spital

oder einer fachärztlichen Praxis absolvieren. Mit den Veränderungen im Gesundheitswesen (Reduktion der Aufenthaltsdauer in den Spitälern, Verlagerung stationär-ambulant) wird die Ausbildungssituation zunehmend kritischer. Die Auszubildenden sollten daher auch die Möglichkeit erlangen, im ambulanten Bereich (der rund 50% des Alltags widerspiegelt) ihre praktische Tätigkeit absolvieren zu können.

Das KVG hat bezüglich der Bedarfsabklärung bei den PhysiotherapeutInnen nicht viel geändert. Weiterhin machen die Ärzte über die Indikationsstellung die eigentliche Abklärung des Bedarfs an die zu erbringenden Leistungen. Die PhysiotherapeutInnen führen dann während der ersten Behandlung eine vertiefte Bedarfsabklärung durch, was aber auch schon früher gemacht worden ist.

Welche Auswirkungen hatte das KVG auf die Tarifierung?

Im neuen Tarifvertrag wurde nur die Tarifstruktur national vereinbart, auf die Festlegung eines gesamtschweizerischen Taxpunktwertes jedoch verzichtet, weil sich die Kantonalverbände dagegen wehrten. Berechnet werden im neuen Tarifvertrag nur noch Sitzungspauschalen. Die Einkommenssituation in gewissen Kantonen hat sich mit der aus der Sicht des SPV willkürlichen Empfehlung des Preisüberwachers, den TPW auf 0.91 CHF festzusetzen, bedeutend verschärft. Einige selbständige PhysiotherapeutInnen befinden sich in existentiellen Nöten. Sie sind sehr stark von den ärztlichen Anordnungen abhängig. Damit besteht die Gefahr, dass deswegen vermehrt kürzere, dafür mehr Behandlungen durchgeführt werden (Mengenausweitung) oder vor allem die teuerste Tarifposition abgerechnet wird („Tarifoptimierung“).

Die kantonale Festlegung der Taxpunktwerte führte zu vielen Beschwerden. Grund war, dass die betriebswirtschaftlichen Berechnungsart des SPV weder durch die Versicherer noch durch den Preisüberwacher anerkannt wurde. Die Kantone haben sich sehr unterschiedlich verhalten und unterschiedliche Argumentationen übernommen (juristische, betriebswirtschaftliche oder treuhänderische Betrachtungsweisen). So wurde z.B. im Kanton Bern nach Abbruch der Verhandlungen pragmatisch ein Tarif entschieden. Im Wissen, dass die regierungsrätlichen Tariffestsetzungen angefochten werden können, werden solche kantonale Tariffentscheide sowohl von den Versicherern als auch von den Kantonalverbänden nur als Zwischenschritt betrachtet. Die grossen Unterschiede der Taxpunktwerte zwischen den Kantonen (CHF 0.84 im Kt. UR, CHF 1.05 im Kt. ZG) haben Spannungen im SPV erzeugt. Die schlechter gestellten

Kantonalverbände haben die Idee des nationalen Taxpunktwertes wieder ins Gespräch gebracht.

Insgesamt wird der gesamtschweizerische Tarifvertrag aber als gut bewertet. Er beinhaltet jedoch noch keine Entschädigung für die Arbeit für das Qualitätsmanagement, da diese Arbeiten erst 1998 aufgenommen wurden.

Welchen Einfluss hatte das KVG auf die Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrollen?

Die Wirtschaftlichkeitskontrollen durch die Versicherer haben mit dem KVG zugenommen. Die Versicherer fragen viel häufiger nach, ob eine Therapie notwendig sei. Die Wirtschaftlichkeit der Behandlungen ist durch die PhysiotherapeutInnen aber nur schwierig zu beeinflussen. Die Behandlungen werden ärztlich verordnet, womit in der Regel anzunehmen ist, dass die Behandlung auch notwendig ist. Allerdings kommt vor, dass PatientInnen oder Ärztinnen und Ärzten auf eine bestimmte Anzahl Therapien bestehen, obwohl diese aus Sicht der PhysiotherapeutInnen nicht mehr notwendig wären. Hier müssten die PhysiotherapeutInnen jedoch mehr Entscheidungsfreiheit haben, um entsprechend eingreifen zu können.

Welche Aktivitäten hat das KVG in der Qualitätssicherung ausgelöst?

Das KVG hat gemäss dem SPV durch den Auftrag, die Qualität der Leistungen zu hinterfragen und zu kontrollieren, das Qualitätsmanagement zum Thema gemacht. Vom Verband wurden wesentliche Anstrengungen zur Förderung der Qualitätssicherung unternommen (PatientInnenbefragungen, Qualitätsbericht für alle Selbständigerwerbenden).

Anfangs 1998 wurde ein Rahmenvertrag zur Qualitätssicherung unterzeichnet, in dem sich der SPV verpflichtet hat, mit den Kostenträgern einen Qualitätssicherungsvertrag sowie ein Qualitätssicherungskonzept auszuarbeiten. Das Qualitätskonzept wurde intern Ende 2000 genehmigt. Es baut auf einem partnerschaftlichen Ansatz auf, bei dem die physiotherapeutischen Leistungserbringer, die Versicherer, die Kantone und das BSV als Partner gemeinsam eine angemessene Qualitätssicherung und -förderung vorantreiben sollen. Mit dem Qualitätskonzept soll eine Konsolidierung der bisher erreichten Qualität angestrebt, eine langfristige und nachhaltige Qualitätsentwicklung eingeleitet und der entsprechende Qualitätsnachweis erbracht werden (SPV 2000). Zu den geplanten Massnahmen zählen die Ausarbeitung von Indikatoren sowie die Selbstevaluation der Indikations-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Die Qualitätssicherung ist bei den PhysiotherapeutInnen mittlerweile in den Alltag eingeflossen. Die eigene Arbeit wird besser reflektiert. Alle Weiterbildungskurse haben eine rege Nachfrage. Die obligatorische Weiterbildung von sechs Tagen pro Jahr trägt ebenfalls zu einer Erhöhung der Qualitätssicherung bei.

Welchen Einfluss hatte das KVG auf die Beziehungen der PhysiotherapeutInnen zueinander und zu anderen Leistungserbringern?

Im Bereich der Physiotherapie gibt es kein Wettbewerb, resp. der Wettbewerb ist verzerrt, weil physiotherapeutische Leistungen nur auf ärztliche Anordnung erfolgen können. Generell ist Wettbewerb nur über die Qualität und die angebotenen Leistungen möglich.

Die Koordination mit anderen Leistungserbringern ist unentbehrlich. In den Augen der befragten PhysiotherapeutInnen-Verbänden hat sich die Zusammenarbeit mit den ÄrztInnen und anderen Leistungserbringern mit dem KVG eher verbessert. Ein Ausdruck dafür sind die Qualitätszirkel, die ins Leben gerufen worden sind und zur Verbesserung des interdisziplinären Dialogs in der Rehabilitation dienen. Die Schnittstellen können dadurch besser koordiniert werden. In der Romandie haben sich die Kantonalverbände verschiedenen anderen Akteuren im Rahmen des Rassemblement assurés soignants (RAS) angenähert.

Die Beziehungen zu den Tarifpartner und die Zusammenarbeit sind mit dem KVG nicht schlechter geworden, solange es nicht um direkte finanzielle Mittel geht. Aus gesetzlicher Sicht besteht für den SPV für die Vertragsverhandlungen eine gute Ausgangslage. Die Realität hat sich jedoch anders entwickelt, weil den Versicherern aus Wirtschaftlichkeits- und Qualitätssicherungsgründen Argumente gegen Tariferhöhungen in die Hand gespielt werden (z.B. vom Preisüberwacher). Gewisse Leistungen wurden damit schlechter gestellt.

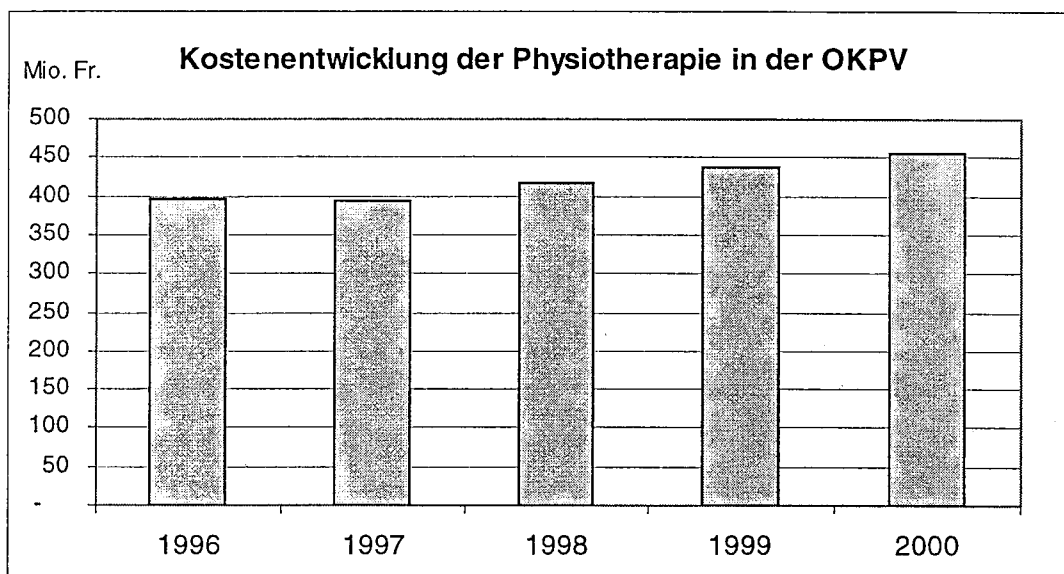
Welche innerbetrieblichen Veränderungen hat das KVG ausgelöst?

Generell wird eine Professionalisierung der Physiotherapie festgestellt, indem durch die verbesserte Ausbildung und das zunehmende Wissen viel analytischer vorgegangen wird und die Behandlungsziele stärker in den Vordergrund gerückt werden. Das KVG hat durch die geförderte Qualitätssicherung und den Erfahrungsaustausch über Qualitätszirkel einen Beitrag zur Professionalisierung geleistet.

Betreffend die Auswirkungen auf die Praxisstrukturen wurden gegenläufige Tendenzen festgestellt. Während ein befragter Kantonalverband der Ansicht ist, dass mit dem KVG tendenziell grössere Praxen gefördert werden, ist ein anderer eher der Überzeugung, dass grosse Gemeinschaftspraxen vermehrt zugunsten Einzelpraxen aufgegeben werden.

Welchen Einfluss hatte das KVG zur Kosteneindämmung?

In den letzten Jahren wurden gemäss dem SPV immer mehr physiotherapeutische Leistungen nachgefragt, was zu einer starker Erhöhung der Anzahl der zu behandelnden PatientInnen geführt hat. Dies wird durch die Erhebung des KSK im Rahmen der Rechnungssteller-Statistik bestätigt, gemäss derer die Anzahl der PatientInnen zwischen 1995 und 1999 um 21% zugenommen haben (KSK 2001b). Gemäss dem SPV haben der Behandlungsumfang und die Fallkosten pro PatientIn gleichzeitig abgenommen. Dies kann wiederum durch die Angaben des KSK bestätigt werden, die belegen, dass sich die Anzahl der Konsultationen pro Patient sowie der Umsatz pro Patient 1999 gegenüber 1995 um rund 10% reduziert haben. Dies führte in der Beurteilung des SPV insgesamt nur zu einer eher geringen Kostensteigerung (vgl. Figur 8).



Figur 8: Entwicklung der Physiotherapiekosten zwischen 1996 und 2000 (Quelle: BSV 1999).

Die Physiotherapiekosten werden im Jahr 2000 auf rund 450 Mio. CHF geschätzt, was rund 3% der gesamten KVG-Kosten entspricht. Die jährliche Kostensteigerung beträgt

ca. 3%. Diese eher geringe Kostensteigerung ist gemäss SPV einerseits auf die Professionalisierung der Physiotherapie und die damit verbundenen effizienteren Behandlungen zurückzuführen. Andererseits haben die Ärztinnen und Ärzte aufgrund des Kostendrucks seitens der Versicherer weniger Behandlungen pro PatientIn verschrieben.

Wie sind die Auswirkungen des KVG bei den PhysiotherapeutInnen insgesamt zu bewerten?

Der Handlungsspielraum der PhysiotherapeutInnen hat sich ebenfalls nicht bedeutend verändert. Während die neuen Zulassungsanforderungen sowie die verstärkten Wirtschaftlichkeitskontrollen praktisch keine Folgen hatten, ergaben sich durch die Anforderungen an die Tarifierung und die Qualitätssicherung spürbare Auswirkungen:

- Mit dem KSK wurde eine neue gesamtschweizerische Tarifstruktur ausgehandelt. Gegen die kantonal festgelegten Taxpunktwerte wurden etliche Beschwerden ergriffen. Aufgrund des Drucks seitens des Preisüberwachers auf die kantonalen Taxpunktwerte befinden sich einige selbständigen PhysiotherapeutInnen in finanziellen Schwierigkeiten und reagieren teilweise mit Mengenausweitungen.
- Die neuen Anforderungen im Bereich der Qualitätssicherung haben zu einem Bewusstseinsprozess geführt und bedeutende Anstrengungen seitens der PhysiotherapeutInnen ausgelöst. Neben dem Abschluss des Rahmenvertrags wurde ein Qualitätskonzept erarbeitet. Geplant ist die Ausarbeitung von Indikatoren sowie die Selbstevaluation der Indikations-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die Weiterbildungskurse stossen auf eine rege Nachfrage.

Zwischen den PhysiotherapeutInnen besteht kein Wettbewerb, weil die entsprechenden Leistungen ärztlich verordnet werden. Die Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten sowie anderen Leistungserbringern hat sich mit dem KVG verbessert (z.B. Erfahrungsaustausch im Rahmen von Qualitätszirkeln). Die Beziehungen zu den Versicherern haben sich durch die härtere Verhandlungspraxis verändert. Innerbetrieblich hat das KVG zu einer Professionalisierung geführt.

Die Kosten der Physiotherapieleistungen konnten insgesamt nicht eingedämmt werden. Die jährliche Kostensteigerung betrug in den letzten Jahren rund 3% und ist vor allem auf die spürbar erhöhte Nachfrage nach physiotherapeutischen Behandlungen zurückzuführen. Da jedoch der Behandlungsumfang und die Fallkosten durch eine erhöhte Effizienz gesenkt werden konnte, fiel die Kostensteigerung nicht höher aus.

3.5.3. ChiropraktorInnen

Wie hat sich der Handlungsspielraum für die ChiropraktorInnen verändert?

Der Handlungsspielraum hat sich für die ChiropraktorInnen durch die Einführung des KVG verschlechtert, weil die Verordnungskompetenz zu Lasten der Grundversicherung mit dem KVG gesetzlich eindeutig geregelt worden ist. Im Wesentlichen betrifft dies die Physiotherapie und bildgebende Verfahren (z.B. Röntgen). In diesem Bereich konnten unter dem KUVG weitere Leistungen durch die ChiropraktorInnen verordnet werden. Die Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft (SCG) strebt an, die Verordnungskompetenz auf Verordnungsbasis wieder so festzulegen, dass die Ausübung des Chiropraktoren-Berufes wieder in gewohntem Rahmen und auf legaler Basis möglich ist. In den übrigen Bereichen hat das KVG zu keinen bedeutenden Auswirkungen auf die ChiropraktorInnen geführt.

Welche Auswirkungen hatte das KVG auf die Tarifierung?

Das KVG hatte bei den ChiropraktorInnen keinen bedeutenden Einfluss auf die Tarifierung. Der neue Tarifvertrag, der auf 1. Januar 1999 in Kraft trat, wird der Berufsausübung der Chiropraktoren als angemessener beurteilt als derjenige unter dem KUVG.

Welchen Einfluss hatte das KVG auf die Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrollen?

Die Versicherer kümmern sich seit der Einführung des KVG stärker um die Wirtschaftlichkeit der Leistungen. Die SachbearbeiterInnen der Versicherer versuchen zunehmend, sich in medizinische Entscheide einzumischen. Allerdings standen die ChiropraktorInnen bereits unter dem KUVG zum Teil unter dem Druck der Wirtschaftlichkeitskontrollen. Anhand der Erfahrungen in der paritätischen Vertrauenskommission kann darauf geschlossen werden, dass es unter dem KVG nicht wesentlich mehr Probleme gibt als vorher und die wenigen Problemfälle „schwarze Schafe“ sind. Die verstärkten Kontrollen haben sich damit nicht spürbar ausgewirkt.

Welche Aktivitäten hat das KVG in der Qualitätssicherung ausgelöst?

Die SCG hat im Juli 1999 einen Rahmenvertrag unterzeichnet, der die Ausarbeitung eines Qualitätskonzeptes und die Umsetzung eines Qualitätsprogramms regelt (Faisst/Schilling 1999). Zudem wurde ein Qualitätsverantwortlicher bestimmt, welcher die laufenden Projekte koordiniert. Damit können die Anforderungen des BSV und des KSK im Urteil der SGC erfüllt werden. Auch unter dem KUVG lag bereits ein Qualitätssicherungsprogramm in Form einer strukturierten Weiterbildung vor. Neu sind

jetzt Qualitätsprojekte und Qualitätszirkel, d.h. es werden konkrete Studien zur Qualitätssicherung durchgeführt. Es wird erwartet, dass mit den Qualitätssicherungsmaßnahmen zukünftig Kosten eingespart werden können. So führen z.B. die Qualitätszirkel zu einem Konsens in der Berufsgruppe betreffend das Vorgehen bei bestimmten Fragestellungen oder bei bestimmten Behandlungsformen.

Welchen Einfluss hatte das KVG auf die Beziehungen der ChiropraktorInnen zueinander und zu anderen Leistungserbringern?

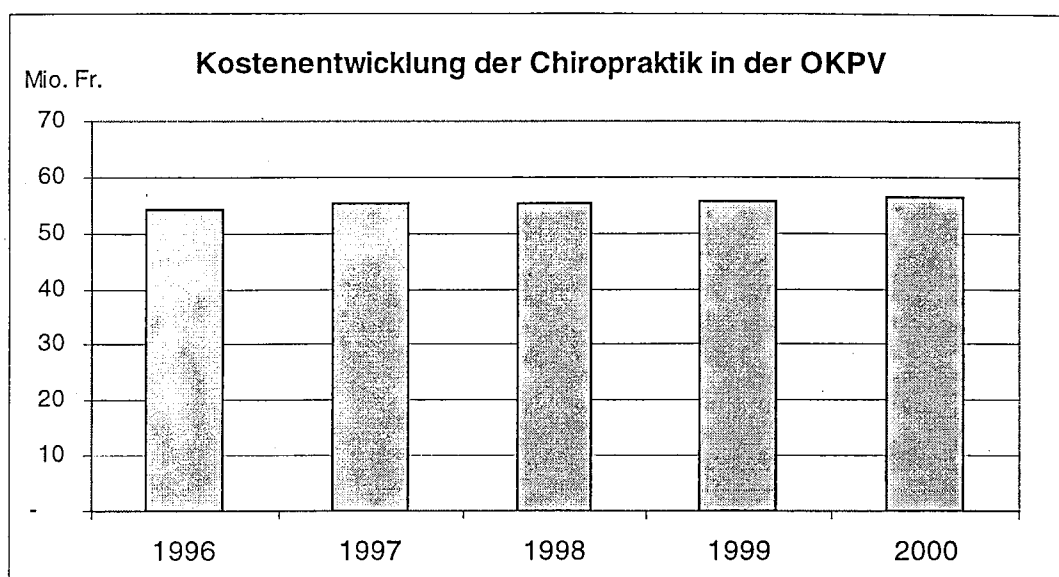
Wettbewerb ist unter den ChiropraktorInnen aufgrund deren geringen Anzahl nicht vorhanden. Das Verhältnis zu den Ärztinnen und Ärzten wird nicht als Wettbewerbssituation empfunden. Die Koordination unter den Leistungserbringern hat sich in Bezug auf die ChiropraktorInnen nicht wesentlich verändert. Alternative Versicherungsformen schliessen ChiropraktorInnen nicht ein.

Welche innerbetrieblichen Veränderungen hat das KVG ausgelöst?

Durch das KVG haben sich keine Veränderungen in den Praxisstrukturen ergeben. Gemeinschaftspraxen waren schon unter dem KUVG verbreitet und liegen seit langem im Trend. Der administrative Aufwand hingegen hat u.a. aufgrund der neuen Anforderungen des KVG bedeutend zugenommen (z.B. Antwortschreiben an die Versicherer).

Welchen Einfluss hatte das KVG zur Kosteneindämmung?

Die Kosten im Bereich der Chiropraktik haben sich mit der Einführung des KVG nicht wesentlich verändert. Sie haben im Jahr 2000 gegenüber 1996 um rund 3% zugenommen und werden für das Jahr 2000 auf rund 56 Mio. CHF geschätzt, was ca. 0.4% der gesamten KVG-Kosten ausmacht. Gemäss der Rechnungssteller-Statistik des KSK (KSK 2001b) hat die Anzahl PatientInnen zwischen 1995 und 1999 um rund 10% und die Anzahl Konsultationen um 4.4% zugenommen. Figur 9 zeigt die Entwicklung der Kosten von 1996 bis 2000:



Figur 9: Entwicklung der Kosten der Chiropraktik von 1996 bis 2000 (Quelle: BSV 1999).

Durch das KVG konnte bisher kein Beitrag zu Kosteneinsparungen im Bereich der ChiropraktorInnen geleistet werden. Einsparungen werden von der SCG jedoch durch die verstärkten Anstrengungen in der Qualitätssicherung erwartet.

Wie sind die Auswirkungen des KVG bei den ChiropraktorInnen insgesamt zu bewerten?

Das KVG hat weder den Handlungsspielraum der ChiropraktorInnen wesentlich verändert, noch zu bedeutenden Impulsen und damit verbundenen Auswirkungen im Bereich der Tarifierung, der Wirtschaftlichkeitskontrollen oder der Qualitätssicherung ausgelöst. Geringfügige Verbesserungen konnten mit dem angemesseneren Tarifvertrag sowie durch neue Qualitätssicherungsprojekte erzielt werden. Wettbewerb besteht unter den ChiropraktorInnen aufgrund des geringen Angebots nicht. Innerbetrieblich hat insbesondere der administrative Aufwand zugenommen.

Die Kosten der ChiropraktorInnen sind seit der Einführung des KVG nur geringfügig um 3% gestiegen. Das KVG konnte jedoch keine Impulse zu einer Eindämmung der Kosten leisten. Von den verstärkten Qualitätssicherungsmaßnahmen wird ein Beitrag zur Kostenreduktion sowie zur Qualitätsverbesserung erwartet.

3.5.4. ErgotherapeutInnen

Wie hat sich der Handlungsspielraum für die ErgotherapeutInnen verändert?

Mit der Einführung des KVG hat sich der Handlungsspielraum für die ErgotherapeutInnen leicht verändert. Während unter dem KUVG nur Ergotherapiezentren zugelassen waren, können unter dem KVG neu auch selbständig tätige ErgotherapeutInnen Leistungen zuhanden der OKPV erbringen. Seit 1996 haben gemäss dem ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz (EVS) etwa 250 ErgotherapeutInnen eine selbständige Tätigkeit aufgenommen. Vor allem in den ländlichen Regionen wird das Angebot an ambulanter Ergotherapie aber immer noch als ungenügend beurteilt.

Welche Auswirkungen hatten die verschärften Zulassungsanforderungen und die Begrenzung der Vergütungspflicht je ärztliche Anordnung?

Während im KUVG die Zulassung der Ergotherapeutezentren zentral durch das BSV erfolgte, ist dies im KVG nun kantonal geregelt. Diese Neuregelung war mit einiger Unsicherheit und zusätzlicher Administration verbunden, weil die entsprechenden kantonalen Gesetze angepasst werden mussten. Zudem gestaltet sich die Anforderung, eine zweijährige praktische Tätigkeit ausserhalb der Spitäler unter der Leitung einer ErgotherapeutIn absolviert zu haben, als äusserst schwierig, weil praktisch keine Ergotherapieorganisationen mit leitenden ErgotherapeutInnen bestehen. Die Strukturen in Ergotherapie-Organisationen sind ausgesprochen flach, zumeist handelt es sich um gemeinschaftliche Praxen. Die zweijährige Tätigkeit als Zulassungsbedingung wird aber grundsätzlich als sinnvoll erachtet, weil damit eine Steigerung der Ausbildungsqualität erwartet wird.

Die Begrenzung der Vergütungspflicht je ärztliche Anordnung zieht nach Ansicht des EVS vor allem einen bedeutenden administrativen Aufwand nach sich, weil die Notwendigkeit der Leistung seitens der ErgotherapeutInnen immer wieder begründet werden muss. Die Anordnung und Kontrolle jeder Behandlung durch die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte nach 12 Sitzungen wird als nicht immer nötig beurteilt und verursacht zusätzliche Kosten. Ein Einfluss auf die Leistungsmenge kann nicht festgestellt werden, da es bei den ErgotherapeutInnen mit dem KVG durch die neu zugelassenen selbständigen ErgotherapeutInnen zu einer systembedingten Mengen- und daher auch Kostenausweitung kam.

Welche Auswirkungen hatte das KVG auf die Tarifierung?

Mit der Einführung des KVG musste der seit 1992 bestehende Tarifvertrag, der zum grössten Teil KVG-konform war, nur geringfügig angepasst werden. Zwar hatte das KSK eine komplett neue Tarifstruktur analog den Tarifverträgen mit den anderen neu zugelassenen Leistungserbringern vorgeschlagen. In den Verhandlungen wurde aber schnell auf den alten Tarifvertrag zurückgegriffen, weil er sich seit 1993 bewährt hatte. Bis 1996 war der Taxpunktwert des Zeittarifes infolge der dringlichen Bundesbeschlüsse (dBB) auf 0.70 CHF. fixiert, neu liegt er bei CHF 1.10. Eine bedeutende Neuerung besteht darin, dass in der ärztlichen Verordnung die Zielsetzung der Behandlung festgelegt werden muss. In der Praxis ergeben sich daraus aufgrund des unterschiedlichen Fachwissens der zuweisenden Ärztinnen und Ärzte, ErgotherapeutInnen und den MitarbeiterInnen der Versicherer Schwierigkeiten. Umsetzungsprobleme bestehen auch bei der Tarifposition „Leistungen ohne Anwesenheit“. Die Notwendigkeit dieser Leistungen muss von Seiten der ErgotherapeutInnen aufgrund des fehlenden Know-hows der Versicherer betreffend der Aufgaben die Ergotherapie immer wieder begründet werden.

Welchen Einfluss hatte das KVG auf die Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrollen?

Die Wirtschaftlichkeitskontrollen der Krankenversicherer werden als sehr bürokratisch empfunden. Der Wirksamkeitsnachweis sollte gemäss EVS nicht nur auf wissenschaftlicher Basis abgelegt werden (Heilung der Krankheit), sondern auch aufgrund der Verlaufsentwicklung. Die Ergotherapie strebt eine langfristige Verbesserung des Zustands der PatientInnen an. Im Sinne einer nachhaltigen Wirksamkeit und Erhaltung der Behandlungserfolge sollte demzufolge eine Behandlung weitergeführt werden können, wenn eine langfristige Verbesserung erwartet werden kann.

Welche Aktivitäten hat das KVG in der Qualitätssicherung ausgelöst?

Im Januar 1999 haben der EVS und das KSK einen Rahmenvertrag zur Qualitätssicherung unterzeichnet, der die Einführung eines institutionalisierten Qualitätsmanagement regelt. Das Qualitätskonzept wurde im Juli 1999 verabschiedet (Faisst/Schilling 1999), gemeinsam mit einem Kommunikationskonzept. Im Moment läuft ein Programm mit verschiedenen Pilotprojekten in den Bereichen Indikationsqualität, Weiterbildung, Erfassung, Planung, Controlling etc. Das Programm ist auf rund fünf Jahre ausgelegt. Während dieser Zeit sollen die laufenden Pilotprojekte ausgewertet werden. Ziel ist, dass die eigene Arbeit und der Verlauf bei den PatientInnen besser dokumen-

tiert und verbessert werden können. Dazu werden auch verschiedene Instrumente zur Erhöhung der Indikations- und Strukturqualität geprüft.

Welchen Einfluss hatte das KVG auf die Beziehungen der ErgotherapeutInnen zueinander und zu anderen Leistungserbringern?

Das KVG hatte infolge der neuen Regelungen sowohl Einfluss auf die Beziehungen unter den ErgotherapeutInnenverbände als auch auf die Beziehungen zu den anderen Leistungserbringern. Die kantonalen Ergotherapiesektionen verfügen noch über wenig Know-how. Sie benötigen daher die Unterstützung des EVS. Die Beziehungen zu den Kantonen haben sich kaum verändert. Festgestellt wird höchstens eine zunehmende Reglementierung. Die Beziehungen zu den Ärztinnen und Ärzten müssten gemäss dem EVS verbessert werden. Dabei würde eine stärkere Anerkennung der fachlichen Kompetenz der ErgotherapeutInnen zu einer zielgerichteteren Behandlung führen.

An Wettbewerb ist innerhalb der ErgotherapeutInnen niemand interessiert. Dies wird als Energieverschleiss bei den wenigen AnbieterInnen betrachtet.

Welchen Einfluss hatte das KVG zur Kosteneindämmung?

Das KVG hatte im Bereich der Ergotherapie keinen eindämmenden Einfluss auf die Kostenentwicklung. Im Gegenteil, durch die Zulassung von selbständigen ErgotherapeutInnen wurde ein zusätzliches Angebot geschaffen, was zu einer systembedingten und für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Mengen- und Kostenausweitung führte. Zudem wurde in den Tarifverhandlungen der eingefrorene Taxpunkt看wert deutlich erhöht.

Gemäss der Rechnungssteller-Statistik des KSK (KSK 2001b) hat sich die Anzahl der PatientInnen, die ergotherapeutische Leistungen beanspruchen, 1999 im Vergleich zu 1995 knapp verfünffacht. Die Anzahl der Konsultationen haben sich beinahe verdreifacht. Die Kosten haben sich im gleichen Zeitraum mehr als versechsfacht und betragen 1999 rund 20 Mio. CHF. Gemäss dem EVS hat das KVG in der ambulanten, aber auch in der stationären Ergotherapie zu bedeutend höherem administrativen Aufwand geführt. Für viele Behandlungen muss argumentiert und bewiesen werden, dass sie notwendig sind. Dies führte u.a. zu einer Zunahme der Fallkosten um 50% von 1995 bis 1999 (KSK 2001b). Diese dauernde Kampfsituation mit den Krankenversicherern kann jedoch auch zu negativen Auswirkungen auf die Qualität führen.

Wie sind die Auswirkungen des KVG bei den ErgotherapeutInnen insgesamt zu bewerten?

Das KVG hat bei den ErgotherapeutInnen dazu geführt, dass sie nun auch auf selbständiger Basis zulasten der Krankenversicherung arbeiten können. Dies führte zu einer markanten Mengenausweitung und zu deutlich höheren Kosten. Wettbewerb besteht zwischen den ErgotherapeutInnen aufgrund des knappen Angebots nicht. Die Koordination könnte insbesondere zu den Ärztinnen und Ärzten verbessert werden.

Mehrere Bestimmungen führten zu Vollzugsproblemen oder einem lediglich höheren Aufwand, nicht jedoch zu merklichen Auswirkungen:

- Aufgrund der neuen Zulassungsbedingungen mussten die kantonalen Gesetze angepasst werden. Zudem kann der geforderten Zulassungsvoraussetzungen mit der vorliegenden Arbeitsstruktur kaum nachgekommen werden.
- Die Begrenzung der Vergütungspflicht je ärztliche Anordnung führt durch die notwendigen Begründungen zu einem bedeutenden administrativen Aufwand, jedoch nicht zu einer Einschränkung der Leistungen.
- Die Wirtschaftlichkeitskontrollen werden als bürokratisch beurteilt und fördern die langfristige Verbesserung der Lebenssituation der PatientInnen kaum.

Im Bereich Qualitätssicherung konnte ein Prozess in Richtung eines institutionalisierten Qualitätsmanagements ausgelöst werden. Geprüft werden in den laufenden Pilotprojekten auch Instrumente zur Erhöhung der Indikations- und Strukturqualität. Die Arbeiten befinden sich jedoch in der Startphase. Innerbetrieblich haben die neuen Bestimmungen vor allem zu einem erhöhten administrativen Aufwand geführt.

3.5.5. Hebammen

Wie hat sich der Handlungsspielraum für die Hebammen verändert?

Gegenüber dem KUVG ist gemäss dem Schweizerischen Hebammenverband (SHV) für die Hebammen vieles gleich geblieben. Die Hebammen sind nach wie vor zugelassene Leistungserbringerinnen, d. h. sie erbringen Leistungen, die durch die OKPV vergütet werden müssen. Auch ergaben sich bei den delegierten Tätigkeiten und Leistungen im Auftrag von Ärztinnen und Ärzten keine bedeutende Änderungen. Neu sind unter dem KVG die Leistungen im Bereich Schwangerschaft detaillierter beschrieben.

Welche Auswirkungen hatten die neuen Zulassungsanforderungen und die Begrenzung der Vergütungspflicht je ärztliche Anordnung?

Die neuen Zulassungsanforderungen des KVG hatten keinen wesentlichen Einfluss auf die Hebammen. Die zweijährige Tätigkeit bei einer ausgebildeten Hebamme oder in einer Geburtsabteilung ist nicht schwierig zu erfüllen. Die Mengenbegrenzung auf maximal sechs Schwangerschafts-Kontrolluntersuchungen hatte laut dem SHV ebenfalls keine bedeutenden Auswirkungen.

Welche Auswirkungen hatte das KVG auf die Tarifierung?

Der neue Tarifvertrag der Hebammen konnte bereits vor der Einführung des KVG in Angriff genommen werden. Die Verhandlungen verliefen allerdings sehr harzig. Die erste Verhandlungsrunde platzte. Der SHV wollte den Tarif auf den durchschnittlichen Lohn einer Hebamme mit höheren Verantwortlichkeiten abstützen, während die Versicherer auf dem gewichteten Durchschnittslohn aller Hebammen in der Schweiz beharrten. Vereinbart wurde in einer zweiten Runde der tiefere Tarif, der trotzdem zu einer bedeutenden Verbesserung der finanziellen Situation insbesondere der freischaffenden Hebammen führte. Die gesamtschweizerische Tarifstruktur bewährt sich im Wesentlichen. Ziel des neuen Vertrages war es, einen gesamtschweizerischen Taxpunktwert auszuhandeln. Dies wurde aber aufgrund der regional unterschiedlichen Kosten und den damit verbundenen Anliegen verworfen.

Welche Aktivitäten hat das KVG in der Qualitätssicherung ausgelöst?

Die Hebammen haben bisher noch keine Verträge mit dem KSK abgeschlossen und damit die Erfordernisse des KVG bei Weitem noch nicht erfüllt. Eine ehrenamtliche Kommission arbeitet jedoch an einem Qualitätsmanagementkonzept. Gemäss dem SHV wird das verstärkte Qualitätsmanagement in Zukunft zu einer verstärkten Professionalisierung führen und damit längerfristig auch zu einer Eindämmung der Mengenentwicklung beitragen.

Welchen Einfluss hatte das KVG auf die Beziehungen der Hebammen zueinander und zu anderen Leistungserbringern?

Die Rolle des SHV hat sich wesentlich verändert. Ein bedeutender Professionalisierungsschub wird wahrgenommen. Bei der Überarbeitung des KUVG wurde der SHV aktiv und bemühte sich durch das Knüpfen von parlamentarischen Kontakten darum, während der Vernehmlassung nicht vergessen zu werden. Damit konnten die Heb-

ammen auf sich aufmerksam machen und eine Ausnahme aus den dBB erwirken. Die Beziehungen zu den Tarifpartnern haben sich dadurch gegenüber früher verbessert.

Das KVG resp. der neue Tarifvertrag hat zu mehr Wettbewerb geführt, vor allem auch gegenüber den Ärztinnen und Ärzten. Die Anzahl der aktiven freiberuflichen Hebammen hat sich stark erhöht. Während damit das Angebot durch die attraktiveren Bedingungen gestiegen ist, bleibt die Nachfrage nach wie vor eher tief.

Welchen Einfluss hatte das KVG zur Kosteneindämmung?

Obwohl heute die geburtenreichen Jahrgänge vorbei sind, arbeiten immer mehr GynäkologInnen und auch Hebammen freiberuflich. Da das Leistungssegment beschränkt ist, wird um die Nachfrage gekämpft und teilweise auch eine gewisse Mengenausweitung betrieben. Die Kosten der Hebammen beliefen sich im Jahre 1999 auf rund 11 Mio. CHF (KSK 2001b). Eine Beurteilung der Entwicklung ist jedoch aufgrund fehlender Daten nicht möglich. Insgesamt wurden die Kosten mit dem KVG durch die Zulassung der freiberuflichen Hebammen und der damit einhergehenden Mengenausweitung tendenziell erhöht.

Gemäss dem SHV könnte ein wesentlicher Beitrag zur Eindämmung der Kosten geleistet werden, wenn Hebammen vermehrt als Gate-Keeper bei Geburten aktiv würden. Da mindestens 80% aller Geburten ohne Komplikationen verlaufen, wäre ein vermehrter Einsatz von Hebammen, eine Zunahme der ambulanten Spitalgeburten, der Geburten in Geburtshäusern oder zu Hause mit einer bedeutenden Kostenreduktion verbunden.

Wie sind die Auswirkungen des KVG bei den Hebammen insgesamt zu bewerten?

Die Einführung des KVG hatte bei den Hebammen mit Ausnahme der verbesserten Stellung keine grossen Auswirkungen zur Folge. Der SHV wird neu als ernst zu nehmender Partner betrachtet. Die Stellung der freiberuflichen Hebamme hat sich durch den neuen Tarifvertrag verbessert. Durch die damit verbundene Zunahme von selbständig tätigen Hebammen konnte das Angebot wesentlich ausgebaut werden, was zu einer Mengenausweitung und damit zu einer Kostenerhöhung führte. Gleichzeitig nahm der Wettbewerb, vor allem auch gegenüber den Ärztinnen und Ärzten, zu. Im Bereich der Qualitätssicherung bestehen Defizite. Ein Beitrag zur Verbesserung der Leistungsqualität konnte aufgrund des KVG noch nicht geleistet werden.

3.5.6. Krankenschwestern und -pfleger

Wie hat sich der Handlungsspielraum für die Krankenschwestern und -pfleger verändert?

Mit der Einführung des KVG ist der Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK) Tarifpartner geworden. Bereits unter dem KUVG war es der einzelnen Krankenschwester oder dem einzelnen Krankenpfleger möglich, selbständig tätig zu sein. Es gab zwar schon kantonale Tarifverträge, diese waren jedoch sehr unterschiedlich ausgestaltet. Eine Besserstellung des Verbandes ist spürbar, jedoch nicht nur auf das KVG zurückzuführen. Für die einzelnen Krankenschwestern und -pfleger hat sich durch die Erweiterung der von der Krankenversicherung zu vergütenden Leistungen eine wesentliche Änderung ergeben: Sie haben nun die Möglichkeit, aus der Anstellung auszubrechen und freiberuflich zu arbeiten. Dies hat zu einer deutlichen Zunahme der Krankenschwestern und -pflegern geführt. Gemäss der Statistik des KSK (KSK 2001b) hat sich ihre Anzahl zwischen 1996 und 1999 fast versechsfacht.

Welche Auswirkungen hatten die Zulassungsanforderungen?

Die Zulassungsanforderungen gemäss KVV Art. 49 hatten keine bedeutenden Auswirkungen auf die Krankenschwestern und -pfleger. Wichtiger ist der Lohndruck. Dieser führt dazu, dass viele Krankenschwestern und -pfleger den Beruf verlassen, obwohl ihnen durch die gesamtschweizerische Tarifstruktur ermöglicht wird, freiberuflich zu arbeiten.

Welche Auswirkungen hatte das KVG auf die Tarifierung?

Die Verhandlungen mit dem KSK sind gut verlaufen, vor allem weil die beschlossene Tarifstruktur auf einem betriebswirtschaftlichen Modell basiert. Die Tarifstruktur bewährt sich bis jetzt grundsätzlich. Trotz dem gegenseitigen Einvernehmen gibt es gemäss SBK Versicherer, die zunehmend Rechnungen nicht mehr bezahlen, weil sie der Auffassung sind, dass ein Heimaufenthalt billiger sei. Die Versicherer treten gemäss SBK nur auf neue Tarifverhandlungen ein, wenn bessere statistische Daten im Spitex-Bereich vorliegen. Dies ist aber ohne eine einheitliche Terminologie kaum möglich. Zur Zeit läuft ein Projekt (Nursing Data), das eine Verbesserung bringen soll. Mit dem Projekt „Monetäre Bewertung der Pflege“ sollen Grundlagen für die Kalkulation der Kosten auf einer detaillierten Leistungsbeschreibung ermöglicht werden.

Welchen Einfluss hatte das KVG auf die Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrollen?

Das KVG hatte einen bedeutenden Einfluss auf die Kostenkontrollen. Gemäss SBK werden die Leistungen durch verschiedene Versicherer sehr restriktiv beurteilt. Z.T. werden Leistungen ohne Begründung abgelehnt (v.a. bei Beratung der Angehörigen oder bei der Behandlung von psychisch Kranken).

Auf eine Begrenzung der Leistungen wurde im Tarifvertrag verzichtet. Allerdings wurde eine Kontrollgrenze vereinbart, bei der eine neue Behandlung durch die Krankenschwestern und -pfleger begründet werden muss.

Welche Aktivitäten hat das KVG in der Qualitätssicherung ausgelöst?

Im Mai 1998 wurde ein Rahmenvertrag zwischen dem SBK und dem KSK unterzeichnet, in dem die Parteien eine Bedarfsabklärung und die Ausarbeitung eines Qualitätskonzepts vereinbarten, das im Anschluss erstellt wurde. Die vorgesehenen Massnahmen umfassen die Sammlung von statistischen Daten (Leistungsmessung mittels Indikatoren) und die Selbstevaluation der Leistungserbringung von freiberuflich tätigen Krankenschwestern und -pflegern. Im Herbst 1999 wurde den Pflegefachleuten ein Fragebogen zur Selbsteinschätzung zur Verfügung gestellt, das den Einzelnen ermöglichen soll, die eigene Pflegepraxis bezüglich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu überprüfen. (Faisst/Schilling 1999). Beim SBK wäre man in der Qualitätssicherung gerne weiter fortgeschritten, wurde aber durch MitarbeiterInnenwechsel und den hohen Aufwand etwas zurückgeschlagen. Deshalb konzentrieren sich die Arbeiten im Wesentlichen auf die Entwicklung der Selbstkontrolle bei den freiberuflichen Krankenschwestern und -pflegern. Gemäss SBK kann langfristig mit einer Steigerung der Kosteneffektivität gerechnet werden. Bei einem Anteil der Spitex-Kosten von ca. 2% an den gesamten Gesundheitskosten sind diese Einsparungen aber verschwindend klein.

Welchen Einfluss hatte das KVG auf die Beziehungen der Krankenschwestern und -pfleger zueinander und zu anderen Leistungserbringern?

Die SBK spürt eine gewisse Konkurrenz gegenüber den Spitex-Organisationen. Doch sind die Arbeiten teilweise unterschiedlich gelagert. Die SBK-Krankenschwestern und -pfleger sind vor allem an der Instruktion der Angehörigen oder an der Optimierung von Abläufen interessiert und weniger an der einfachen Pflege. Eine gewisse Konkurrenz besteht auch zu den Pflegeheimen. Auch hier sind unterschiedliche Ziele auszumachen. Die Spitex-Pflege möchte den Umgang mit der jeweiligen Krankheit und die sozialen Kontakte verbessern, während in den Pflegeheimen alles institutionalisiert ist.

Die Beziehungen zu den Ärztinnen und Ärzten haben sich gemäss der SBK nicht wesentlich verändert. Die Ärztinnen und Ärzte haben infolge der Anordnungsmacht systembedingt das Behandlungsmonopol. Dies führt zu einer Medikalisierung der Gesundheitsversorgung. Gemäss dem SBK bestehen zu wenig Anreize für eine bedarfsgerechte Gesundheitspflege.

Welchen Einfluss hatte das KVG zur Kosteneindämmung?

Die Kosten der Krankenschwestern und -pfleger haben sich gemäss der KSK-Statistik (KSK 2001b) deutlich erhöht und betragen 1999 rund 8.5 Mio. CHF, was rund 4% der Spitex-Kosten beträgt, die von der OKPV übernommen werden. Ihr Anteil an den gesamten Gesundheitskosten ist dementsprechend verschwindend klein. Die Kostenzunahme ist vor allem auf die wachsende Anzahl freiberuflich tätiger Krankenschwestern und -pfleger zurückzuführen. Inwiefern die Krankenschwestern und -pfleger durch die Betreuung von PatientInnen der Spitex-Organisationen und Pflegeheime und eine vorausschauende Pflege einen Beitrag zur Eindämmung der gesamten Pflegekosten geleistet haben, kann nicht beurteilt werden. Aufgrund des geringen Anteils der entsprechenden Leistungen wäre der Beitrag vermutlich sehr klein.

Wie sind die Auswirkungen des KVG bei den Krankenschwestern und -pfleger insgesamt zu bewerten?

Für die Krankenschwestern und -pfleger hat das KVG insofern zu einer bedeutenden Veränderung geführt, als die freiberuflichen Krankenschwestern und -pfleger nun als Leistungserbringer zugelassen sind. Dies hat zu einer markanten Zunahme ihrer Anzahl und damit auch der verursachten Kosten auf 8.5 Mio. CHF geführt. Aufgrund der Erhöhung ihrer Anzahl sind die Krankenschwestern und -pfleger zu den Spitex-Organisationen und den Pflegeheimen in eine gewisse Konkurrenz getreten. Die Stellung des SBK hat sich mit dem KVG verstärkt.

Die Kostenkontrollen werden seitens der Versicherer restriktiv durchgeführt. Im Bereich Qualitätssicherung konnte ein Prozess zur Institutionalisierung des Qualitätsmanagements ausgelöst werden, der in erster Linie zur Weiterentwicklung von Instrumenten zur Selbstbeurteilung führte. Noch sind die Aktivitäten in diesem Bereich jedoch ungenügend.

3.5.7. LogopädInnen

Wie hat sich der Handlungsspielraum für die LogopädInnen verändert?

Die Einführung des KVG hatte bedeutende Veränderungen bei den LogopädInnen zur Folge. Sie wurden neu als Leistungserbringer zugelassen, gegenüber dem KUVG sind die logopädischen Leistungen nun in der OKPV verankert und vergütungspflichtig. Mit dem KVG hat sich auch die Rolle der Logopädie-Verbände verändert, indem eine Stärkung des Bewusstseins stattgefunden hat. Die Verbände haben sich besser organisiert und können die Anliegen ihrer Mitglieder besser vertreten. Insbesondere werden heute die Interessen freischaffender LogopädInnen stärker wahrgenommen.

Welche Auswirkungen hatten die Zulassungsanforderungen und die Begrenzung der Vergütungspflicht je ärztliche Anordnung?

Die Zulassungsbedingungen gemäss KVG stellen für die LogopädInnen ein grosses Problem dar. Sie müssen eine zweijährige Tätigkeit in klinischer Logopädie nachweisen, wovon mindestens ein Jahr in einem Spital unter fachärztlicher Leitung absolviert werden muss. Insgesamt bieten aber nur rund 60 Kliniken Logopädiestellen an. Diese haben oft kein Interesse, zweijährige Assistenzplätze anzubieten, weil der Bedarf an logopädischer Betreuung in der Regel kaum eine ganze Stelle ausfüllt. Aufgrund der fehlenden Assistenzplätze werden kaum mehr LogopädInnen zugelassen, was eine Unterversorgung zur Folge haben könnte. Die LogopädInnen fordern eine Gleichbehandlung mit den anderen Leistungserbringern (zweijährige praktische Tätigkeit bei einem bereits zugelassen Leistungserbringer der gleichen Kategorie als Zulassungsvoraussetzung).

Die Anerkennung der LogopädInnen als Leistungserbringer hat auch dazu geführt, dass die kantonalen Gesetze angepasst und Regelungen über die kantonale Zulassung erarbeitet werden mussten. Problematisch ist, dass in der Regel auf zwei Ebenen, d. h. sowohl beim Gesundheits- und beim Erziehungsdepartement, über die Zulassung entschieden werden muss. Dies kann zu innerkantonal unterschiedlichen Zulassungsbedingungen führen.

Bei den LogopädInnen gilt eine Beschränkung auf zwölf Sitzungen pro 3 Monate. Mehr als 60 Sitzungen pro Jahr müssen durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt begründet werden. Die Leistungen können gemäss dem Deutschschweizer LogopädInnenverband (DLV) trotz Leistungseinschränkung und Wirtschaftlichkeitskontrollen nicht effizienter erbracht werden.

Welche Auswirkungen hatte das KVG auf die Tarifierung?

Der neue gesamtschweizerisch gültige Tarifvertrag wird seit Juli 1997 angewendet. Die Festsetzung der kantonalen Taxpunktwerte hat zu Beschwerden in einigen Kantonen geführt (GE, TI, ZH, FR). Für den DLV ist die Tarifstruktur zu einfach und unbefriedigend, was vor allem auf die fehlende Verhandlungserfahrung und die mangelnde Vorbereitung zurückzuführen ist. Wichtige Positionen wie vorbereitende Gespräche wurden nicht einbezogen. Als Vorbereitung auf die Tarifverhandlungen wurden Kostenvergleiche mit der Physiotherapie, der Ergotherapie und der Schullogopädie durchgeführt. Ziel war, einen Tarif auszuhandeln, der freischaffenden LogopädInnen ein Einkommen ermöglicht, basierend auf dem durchschnittlichen Gehalt von festangestellten LogopädInnen. Die Verhandlungen wurden sehr hart geführt. Trotzdem sind die vereinbarten Tarife nicht kostendeckend. Auch wenn die Verbände unter dem KVG neu gesetzlich beauftragt sind, die Tarifverträge auszuhandeln, liegt in der Praxis das Kräfteverhältnis deutlich auf der Seite des KSK.

Welchen Einfluss hatte das KVG auf die Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrollen?

Der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit wird immer stärker beachtet. Die Effizienz der logopädischen Behandlung wird gemäss dem DLV zunehmend hinterfragt. Im stationären Bereich wird der Kostendruck, der auf den Kantonen lastet, zunehmend spürbar. Der Kostendruck wird aber auch über die Indikation weitergegeben. Die LogopädInnen resp. die Ärztinnen und Ärzte müssen sehr detailliert begründen, warum eine logopädische Behandlung durchgeführt werden soll. So erhalten PatientInnen ab einem gewissen Alter kaum mehr eine Behandlung verschrieben. Die Vertrauensärzte der Versicherungen schalten sich immer stärker ein.

Welche Aktivitäten hat das KVG in der Qualitätssicherung ausgelöst?

Die Konferenz der Schweizerischen Berufsverbände der LogopädInnen (K/SBL) hat mit dem KSK einen Vertrag zur Qualitätssicherung vereinbart (Faisst/Schilling 1999). Die Aktivitäten zur Qualitätssicherung werden in fünf Pilotgruppen organisiert, welche eigene Pilotprojekte planen. Bei den LogopädInnen besteht allerdings ein Ressourcenproblem. Das Interesse an QS-Projekten ist infolge des Zeitmangel und des grossen Aufwandes gering. Qualitätssicherungs-Treffen sind infolge der kleinen LogopädInnen-Dichte mit grossem Reiseaufwand verbunden.

Welchen Einfluss hatte das KVG auf die Beziehungen der LogopädInnen zueinander und zu anderen Leistungserbringern?

Mit der Zulassung als Leistungserbringer hat sich die Stellung der LogopädInnen entscheidend verbessert. Wettbewerb hat sich infolge des KVG nicht eingestellt. Das Angebot musste zuerst einmal geschaffen werden. Ausserdem besteht immer noch eine sehr hohe Nachfrage nach Logopädie-Leistungen.

Welchen Einfluss hatte das KVG zur Kosteneindämmung?

Mit der Zulassung der LogopädInnen kam es systembedingt zu einem Ausbau der Leistungen infolge des neu gestalteten Angebots. Die logopädischen Behandlungen, die durch die OKPV vergütet werden, machen jedoch nur einen sehr geringen Anteil der gesamten KVG-Kosten aus. Ein grösserer Beitrag zur Kostendämpfung könnte aus der Sicht des DLV mit einer globaleren Sichtweise erzielt werden. Die logopädischen Leistungen werden (ähnlich wie die ergotherapeutischen) nur aufgrund der Schädigung erbracht und vergütet. Würde aber vermehrt versucht, den Leidensdruck der PatientInnen zu reduzieren, könnte eine Vielzahl von Nachbehandlungen vermieden werden.

Wie sind die Auswirkungen des KVG bei den LogopädInnen insgesamt zu bewerten?

Das KVG hatte nur für einen kleineren Teil der LogopädInnen einen bedeutenden Einfluss, hauptsächlich für die freischaffenden. Die meisten logopädischen Leistungen werden in Schulen oder Sprachheilschulen erbracht und gelten nicht als Behandlungen im Sinne des Art. 10 KLV. Die Stellung der Logopädie-Verbände hat sich durch das KVG aufgrund der neuen Rollen verbessert. Für die LogopädInnen, die Leistungen zulasten der OKPV abrechnen wollen, sind die Zulassungsbestimmungen und die Tarifverhandlungen unbefriedigend ausgefallen. Die fehlenden Assistenzplätze haben dazu geführt, dass fast keine LogopädInnen mehr zugelassen werden. Die ausgehandelten Tarife sind aufgrund des fehlenden Einbezugs von Leistungen nicht kostendeckend. Die Aktivitäten im Bereich Qualitätssicherung sind ungenügend. Hemmend ist der dafür benötigte finanzielle und zeitliche Aufwand. Wettbewerb besteht zwischen den LogopädInnen nicht.

Die Kosten für logopädische Leistungen zulasten der OKPV haben sich systembedingt erhöht, machen jedoch einen verschwindend kleinen Anteil der gesamten Gesundheitskosten aus.

3.5.8. ErnährungsberaterInnen

Wie hat sich der Handlungsspielraum für die ErnährungsberaterInnen verändert?

Für die ErnährungsberaterInnen hat sich seit der Einführung des KVG einiges verändert, weil sie anerkannte Leistungserbringer zu Lasten der OKPV geworden sind. Der Schweizerische Verband diplomierter ErnährungsberaterInnen (SVERB) hatte bei der Einführung des KVG einige Erwartungen, die erfüllt worden sind, wie z.B. die stärkere Anerkennung und klarere Abgrenzung gegenüber anderen, nicht diplomierten, ErnährungsberaterInnen oder das frühere Aufsuchen einer Ernährungsberatung durch die PatientInnen. Eine stärkere Anerkennung durch die Ärztinnen und Ärzte oder durch amtliche Stellen und die Versicherer konnte aber nicht erreicht werden. Die grössten Probleme sind gemäss des SVERB bei den Ärztinnen und Ärzten anzutreffen, die nach wie vor viele Beratungen selbst durchführen und die Tätigkeiten der ErnährungsberaterInnen zu wenig ernst nehmen.

Welche Auswirkungen hatten die Zulassungsanforderungen und die die Begrenzung der Vergütungspflicht je ärztliche Anordnung?

Die Zulassungsbedingungen werden durch den SVERB sehr positiv eingeschätzt. Es ist sinnvoll, eine zweijährige praktische Tätigkeit für die Zulassung auszuweisen. Damit kann ein gewisser Schutz und eine klarere Positionierung des Berufes erreicht werden. Allerdings sind damit zwei Probleme verbunden. Einerseits gibt es sehr wenig Praktikumsplätze. Praktikumsarbeiten werden zudem durch den Tarif nicht abgedeckt. Andererseits wurden die Zulassungsbestimmungen kantonale geregelt, auch wenn der SVERB eine Zulassung auf Bundesebene angestrebt hatte. Nicht alle Kantone haben die kantonalen Gesetzgebungen rechtzeitig überarbeitet. Mit den Zulassungsbedingungen konnte ein Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringer ausgeübt werden.

Die Begrenzung der Vergütungspflicht je ärztliche Anordnung ist gemäss dem SVERB sinnvoll, auch wenn zurzeit die sechs zugelassenen Sitzungen im Durchschnitt gar nicht ausgenützt werden. Der SVERB rechnet mittelfristig mit einer Mengenausweitung resp. mit verkürzten Konsultationen, wenn die Tarife so tief bleiben.

Welche Auswirkungen hatte das KVG auf die Tarifierung?

Die ersten Tarifverhandlungen waren sehr erfolgreich. Nachdem bekannt war, dass die ErnährungsberaterInnen als Leistungserbringer anerkannt würden, sind durch den SVERB Modellrechnungen auf betriebswirtschaftlicher Basis durchgeführt worden.

Diese haben aber in den hart geführten Tarifverhandlungen nichts bewirkt. Der SVERB ist auf vergleichsweise tiefe Gruppentarife eingestiegen. Dafür konnte ein gesamtschweizerischer Taxpunktwert eingeführt werden, was sehr begrüsst wird. Der Vollzug des Tarifs gestaltete sich laut SVERB als schwierig. Obwohl der tiers payant vereinbart worden war, verzögerten viele Versicherer ihre Zahlungen. Dies konnte inzwischen bereinigt werden. Ein immer noch ungelöstes Problem ist das Verordnungsformular. Seit 1997 versucht der SVERB, ein allgemein anerkanntes Formular einzuführen, stösst aber entweder auf Widerstand des FMH oder des KSK. Der Tarifvertrag wurde vom KSK letztes Jahr gekündigt, mit der Begründung, über zuwenig Datenmaterial zu verfügen. Die Grundlagen für den neuen Tarifvertrag wurden inzwischen erarbeitet. Eine Vereinbarung liegt aber noch nicht vor. Das KSK will im Zuge der neuen Tarifverträge die Leistungen verschiedener Berufsgruppen miteinander vergleichen (z.B. Diabetesberatung durch den SBK und der Ernährungsberatung bei Diabetes vom SVERB). Dies ist aber in verschiedener Hinsicht schwierig, z.B. aufgrund der unterschiedlichen Ansatzpunkte. Durch den regelmässigen Kontakt zu anderen Leistungserbringern wird versucht zu verhindern, dass die Leistungserbringer gegenseitig ausgespielt werden.

Welchen Einfluss hatte das KVG auf die Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrollen?

Die Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Versicherer verursachen einen sehr hohen administrativen Aufwand. Die stärksten Kontrollen finden im Bereich Übergewicht statt. Viele Rückfragen der Kassen würden sich durch ein gutes klares Verordnungsformular erübrigen.

Welche Aktivitäten hat das KVG in der Qualitätssicherung ausgelöst?

In dem im Juli 1997 vom SVERB unterzeichneten Tarifvertrag ist festgehalten, dass ein separater Qualitätsvertrag ausgearbeitet werden soll (Faisst/Schilling 1999). Ein Konzept mit sechs Teilprojekten wurde ausgearbeitet, das dieses und nächstes Jahr getestet werden soll. Ein Teilprojekt befasst sich mit der Erfolgskontrolle bei Diabetes und Übergewicht. Dabei wird mit einem Fragebogen sowohl die KundenInnenzufriedenheit als auch eine quantitative Erfolgskontrolle durchgeführt, um längerfristige Zahlenreihen zu erheben. Ein anderes Teilprojekt befasst sich mit Indikationsstandards. Dabei werden für alle Schritte in der Leistungserstellung (Indikation, Struktur, Prozess, Ergebnis) Standards erarbeitet. Das BSV und das KSK haben das Konzept bis anhin akzeptiert, ohne sich jedoch gross darum zu kümmern. Der SVERB fordert, dass die Ar-

beiten in der Qualitätssicherung honoriert werden müssten und z.B. auch in die Tarifstruktur einfliessen sollten.

Welchen Einfluss hatte das KVG auf die Beziehungen der ErnährungsberaterInnen zueinander und zu anderen Leistungserbringern?

Das KVG hatte zur Folge, dass die Netzwerke heute viel stärker gepflegt werden. Mit anderen Leistungserbringerverbänden wird intensiver kommuniziert. Häufig wird der informelle Weg gewählt, Beziehungen und persönliche Kontakte sind sehr wichtig.

Wettbewerb wurde durch das KVG infolge der starken Reglementierung nicht ausgelöst. Zudem ist das Angebot an zugelassenen ErnährungsberaterInnen immer noch sehr klein. Der bedeutendste Wettbewerb besteht aufgrund der grösseren finanziellen Anreize gegenüber dem privaten Sektor. Für viele ErnährungsberaterInnen lohnt es sich deshalb nicht, Leistungen für die OKPV zu erbringen.

Welchen Einfluss hatte das KVG zur Kosteneindämmung?

Das KVG hatte bei den ErnährungsberaterInnen systembedingt eine Kostenzunahme zur Folge. Beträchtliche Kosten könnten gemäss dem SVERB aber eingespart werden. Einerseits müssten bessere Anreize für Gruppentherapien geschaffen werden, auch wenn das Interesse der Krankenversicherer nicht da ist. Andererseits müsste die Prävention höher gewichtet werden. In vielen Bereichen sollte frühzeitig eingegriffen und nicht gewartet werden, bis die Personen krank sind. Zudem könnte die Koordination mit den ÄrztInnen verbessert und die Arbeitsabläufe durch interdisziplinäre Gesundheitszentren optimiert werden.

Wie sind die Auswirkungen des KVG bei den ErnährungsberaterInnen insgesamt zu bewerten?

Die Zulassung als Leistungserbringer hat zu einer besseren Stellung der Ernährungsberatung geführt. Mit Ausnahme des Tarifbereichs hatten die Anforderungen des KVG jedoch nur beschränkte Wirkungen:

- Die Zulassungsbedingungen führten zu einem besseren Berufsschutz und zu einer besseren Positionierung. Sie sind jedoch auch mit gewissen Vollzugsproblemen verbunden.
- Die hart geführten Tarifverhandlungen führten zu einem relativ tiefen Tarif, der insbesondere die Angebote der Leistungserbringung ausserhalb der OKPV sehr attraktiv erscheinen lässt.

- Die Wirtschaftlichkeitsüberprüfungen haben in erster Linie zu einem höheren administrativen Aufwand geführt.
- Im Bereich Qualitätssicherung wurde neben dem Abschluss des Rahmenvertrags ein Qualitätskonzept erarbeitet, das zur Zeit im Rahmen verschiedener Projekte getestet wird (Erfassung der Kundenzufriedenheit, quantitative Erfolgskontrolle, Erarbeitung von Indikationsstandards).

Die Netzwerke zu den anderen Leistungserbringern werden heute intensiver gepflegt. Wettbewerb unter den ErnährungsberaterInnen ist nicht vorhanden, vor allem weil das Angebot an zugelassenen ErnährungsberaterInnen sehr klein ist. Das KVG hat durch die Anerkennung der ErnährungsberaterInnen als neuer Leistungserbringer systembedingt eine Kostenerhöhung zur Folge. Die verursachten Kosten sind mit rund 3.5 Mio. CHF im Jahr 1999 im Vergleich zu den Gesamtkosten sehr klein. Zur Kosteneindämmung werden bessere Anreize für Gruppentarife sowie eine höhere Gewichtung der Prävention vorgeschlagen.

4. Synthese

Mit dem KVG wurde der Handlungsspielraum der Leistungserbringer in verschiedener Hinsicht beeinflusst. Einerseits wurde er durch den zunehmenden finanziellen Druck und die regulatorischen Massnahmen beschränkt. Andererseits sind die Handlungsmöglichkeiten durch die Zulassung neuer Leistungen und neuer Leistungserbringer sowie den neuen wettbewerblichen Instrumenten im Tarifbereich und bei den alternativen Versicherungsmodelle erweitert worden. In der folgenden synthetisierenden Betrachtung wird beurteilt, inwiefern mit den neuen Rahmenbedingungen bis anhin ein Beitrag zur optimaleren Ressourcennutzung und damit zur Kosteneindämmung geleistet werden konnte. Beurteilt werden die Nutzung des Handlungsspielraums und der Massnahmenvollzug, die bisherigen Auswirkungen, die Entwicklung hinsichtlich Koordination und Wettbewerb sowie der Einfluss der verschiedenen Massnahmen auf die Kostenentwicklung.

4.1. Vollzug der Massnahmen und bisherige Auswirkungen

4.1.1. Zulassung neuer Leistungserbringer und Leistungen

Welche Auswirkungen hatte die Zulassung neuer Leistungserbringer und Leistungen?

Die meisten der neu zugelassenen Leistungserbringer waren bereits unter dem KUVG tätig und boten entsprechende Leistungen an. Die Anerkennung als Leistungserbringer zulasten der OKPV hat in erster Linie zu einem breiteren Leistungsangebot in der OKPV und damit systembedingt zu zusätzlichen Kosten geführt. Dies hat sich – insbesondere in der Anfangsphase – im ambulanten Bereich ausgewirkt (z.B. in der Spitex, bei Krankenschwestern und -pflegern und LogopädInnen). Kostensteigerungen ergaben sich aber auch durch die neu freiberuflich tätigen ErgotherapeutInnen und Hebammen sowie der Aufnahme komplementärmedizinischer Leistungen.

In einigen Bereichen hat die Anerkennung der neuen Leistungserbringer auch zu einem gewissen Wettbewerb mit anderen Leistungserbringern geführt (z.B. gewisse Konkurrenz der Krankenschwestern und -pfleger zur Spitex und zu den Pflegeheimen; zusätzlicher Wettbewerb zwischen den Hebammen und den Ärztinnen und Ärzten).

4.1.2. Trennung der OKPV von der Zusatzversicherung

Welche Auswirkungen hatte die Trennung der OKPV von der Zusatzversicherung?

Die Trennung der OKPV von der Zusatzversicherung sowie die Erweiterung des Leistungskatalogs führte zu einem deutlichen Rückgang der Zusatzversicherten (Privat- und Halbprivatversicherte), der sich insbesondere auf die Privatkliniken ertragsmässig in bedeutendem Masse auswirkt, da diese in spezieller Weise auf die Zusatzversicherten ausgerichtet sind. Der Rückgang des Volumens im Zusatzversicherungsmarkt hat das Potenzial zur Quersubventionierung der Kosten der allgemeinen Abteilung verringert und zu einem intensiveren Wettbewerb bei den Zusatzversicherungen geführt. Die Privatkliniken versuchen zudem, ihre Ertragsausfälle über vermehrte Angebote im teilstationären Bereich sowie durch Kosteneindämmungsmassnahmen zu kompensieren. Bei den öffentlichen Spitälern führt der Ertragsausfall zu höheren Defiziten, die von den Kantonen getragen werden und damit zu einem zusätzlichen Kostendruck.

4.1.3. Zulassungsvorschriften (inkl. Spital- und Pflegeheimplanung)

Wie ist der Vollzug der neuen Zulassungsvorschriften resp. die Nutzung des Handlungsspielraums der Kantone im Bereich bei der Spital- und Pflegeheimplanung zu beurteilen?

Der Vollzug der neuen Zulassungsvorschriften im ambulanten Bereich führte bei der Mehrheit der ambulanten Leistungserbringern zu keinen nennenswerten Schwierigkeiten, weil die Anforderungen bereits erfüllt oder leicht zu erfüllen waren. Bei den ErgotherapeutInnen, den LogopädInnen und den ErnährungsberaterInnen ergaben sich jedoch aufgrund fehlender strukturellen Voraussetzungen (fehlende Ausbildungsplätze) und der kantonalen Regelungen Vollzugsschwierigkeiten und -verzögerungen. Bei den LogopädInnen haben die fehlenden Assistenzplätze dazu geführt, dass fast keine LogopädInnen mehr zugelassen werden.

Während sich im stationären Bereich der Vollzug der Pflegeheimplanung aufgrund generell knapper Kapazitäten als grösstenteils unproblematisch erwies, stiess der Vollzug der Spitalplanung auf einige Schwierigkeiten. Das KVG hat zusammen mit dem auf den Kantonen lastenden finanziellen Druck den Spitalplanungsprozess beschleunigt. Die kantonalen Spitalplanungen wurden jedoch zeitlich und inhaltlich sehr unterschiedlich umgesetzt. Der kantonale Spielraum wird vor allem vom finanziellen Druck

und dem Widerstand gegen Spitalschliessungen bestimmt. Aufgrund des grossen politischen Widerstandes in vielen Kantonen setzte nur eine Minderheit der Kantone die Spitalplanung dazu ein, um mittels Spitalschliessungen vorhandene Überkapazitäten einzuleiten. Die interkantonale Koordination und die Abstimmung mit anderen Leistungsbereichen sind mangelhaft. Insgesamt haben die Kantone ihren vom KVG vorgegebenen Handlungsspielraum zur Erzielung einer effizienteren Ressourcennutzung und zur Kosteneinsparungen nur sehr beschränkt genutzt. Der Spitalplanungsprozess wurde zudem durch Beschwerden aufgrund der offenen Formulierung einiger Anforderungen (z.B. „bedarfsgerechte Planung“ oder „angemessener Miteinbezug der Privatspitäler“) verzögert.

Welche Auswirkungen hatten die neuen Zulassungsvorschriften resp. die kantonale Spital- und Pflegeheimplanung?

Die neuen Zulassungsvorschriften im ambulanten Bereich wirkten sich nicht bei allen Leistungserbringern im selben Masse aus. Während sie bei einigen Leistungserbringern praktisch keine Auswirkungen hatte, weil sie bereits unter dem KUVG bestanden oder nicht schwer zu erfüllen sind (Ärztinnen und Ärzte, PhysiotherapeutInnen, Hebammen, Krankenschwestern und -pfleger), haben sich bei den folgenden Leistungserbringern Wirkungen gezeigt:

- Bei den Spitex-Organisationen haben sich die neuen Zulassungsvorschriften in einer Professionalisierung und einer Erhöhung des Organisationsgrads ausgewirkt, was die Leistungsqualität positiv beeinflusst hat.
- Bei den ApothekerInnen und den ErgotherapeutInnen konnte die Ausbildungsqualität verbessert werden.
- Bei den ErnährungsberaterInnen und den AlternativmedizinerInnen führte die Vorschrift zu einem gewissen Schutz des Berufes und zu einer klareren Positionierung.

Die Auswirkungen der Spitalplanung hängen von der kantonalen Umsetzung ab und sind sehr schwierig zu beurteilen, weil die entsprechenden Daten nicht repräsentativ und systematisch erhoben werden konnten. In den Kantonen mit restriktiver Planung konnten folgende typisierte Auswirkungen erzielt werden:

- Schliessung oder Umnutzung von Spitälern,
- Personalabbau,
- Vermehrte Kooperationen und Fusionen von Spitälern,

- Leistungsreduktionen von Privatkliniken, die vor Inkrafttreten des KVG in der allgemeinen Abteilung tätig waren,
- Bettenreduktionen,
- Bessere Auslastungen sowie Um- und Ausbauten bei verbliebenen Spitälern nach Spitalschliessungen.

Nach Schätzungen wurden bis Anfang 1999 2'000 Akutbetten abgebaut, 8 Akutspitäler geschlossen oder umgenutzt und zwischen 600 bis 700 Stellen abgebaut (Rothenbühler 1999). Angesichts der anerkanntermassen bestehenden Überkapazitäten und der grösstenteils nicht restriktiven kantonalen Spitalplanungen sind diese bisherigen Auswirkungen jedoch als eher gering und ungenügend zu betrachten. Zudem hat die Spitalplanung mit ihrer Fokussierung auf die kantonalen Kapazitäten den Föderalismus verstärkt und die interkantonale Koordination nicht spürbar verbessert. Obwohl einzelne Kantone gemeinsame Planungen erstellt und mehrere Kantone Absprachen in Grenzgebieten abgeschlossen haben, sind die Möglichkeiten zur ausserkantonalen Hospitalisierung durch die föderale Sichtweise verringert und vereinzelt zusätzliche Kapazitäten aufgebaut worden.

Bei den Pflegeheimen hatte die Planung keine bedeutenden Auswirkungen auf die Pflegeheime, weil mehrheitlich keine Überkapazitäten bestanden. Die meisten Kantone nahmen alle bestehenden Pflegeheime auf die Pflegeheimliste auf. Teilweise ergaben die Planungen sogar, dass zusätzliche Pflegebetten bereitgestellt werden mussten.

4.1.4. Bedarfsabklärung

Welche Auswirkungen hatte die Bedarfsabklärung bei den Pflegeheimen und der Spitex?

Bei den Pflegeheimen hat die neu eingeführte Bedarfsabklärung zur Weiterentwicklung und Erprobung von verschiedenen Instrumenten geführt. Einheitlich anerkannte Instrumente zur Bedarfserfassung bestehen jedoch noch nicht. Bei der Spitex wird zur Zeit ein Pilotversuch für ein einheitliches gesamtschweizerisches Instrument durchgeführt. Die Einführung von Instrumenten zur Bedarfsabklärung ist verstärkt zu fördern, um die bestehenden Vollzugslücken zu schliessen.

Welche Auswirkungen hatte die Beschränkung der Vergütungspflicht je ärztlich Anordnung im ambulanten Bereich?

Die bei mehreren ambulanten Leistungserbringern eingeführte Beschränkung der Vergütungspflicht je ärztlich Anordnung hatte keinen Einfluss hinsichtlich einer Einschränkung der Leistungsmengen. Sie hat vor allem zu einem zusätzlichen administrativen Aufwand geführt, indem die Notwendigkeit der Leistungen immer wieder begründet, von den Ärztinnen und Ärzten kontrolliert und neu verordnet werden muss (z.B. im Bereich Ergotherapie). Seitens der LogopädInnen wird betont, dass die Leistungen trotz der Beschränkung der Vergütungspflicht nicht effizienter erbracht werden können. Teilweise werden die festgelegten Leistungsgrenzen gar nicht beansprucht (ErnährungsberaterInnen und Hebammen).

4.1.5. Tarifierung

Wie wurde der Handlungsspielraum im Tarifbereich von den Akteuren genutzt?

Im Tarifbereich besteht neu die Möglichkeit für die Leistungserbringer, Sonderverträge abzuschliessen, die von Verbandsverträgen abweichen. Aus verschiedenen Gründen wurde dieser neue Handlungsspielraum mit Ausnahme der Managed Care-Modelle jedoch nicht genutzt. Die erhoffte Entkartellierung im Tarifbereich hat nicht stattgefunden.

Die Versicherer haben in den Tarifverhandlungen den Druck auf alle Leistungserbringer wesentlich erhöht, was zu einem angespannten Verhandlungsklima und zu grösstenteils schwierigen Verhandlungen geführt hat. Bei den Tarifierungsformen sind mit dem KVG keine grundlegend neuen Handlungsmöglichkeiten eingeführt worden. Die Tarifpartner sind jedoch aufgefordert, mit der Tarifierung zu einer möglichst effizienten Ressourcenverwendung beizutragen. Die Tarifpartner haben ihren Spielraum teilweise genutzt und neue Tarifierungsformen entwickelt und erprobt:

- Im stationären Spitalbereich werden vermehrt Fallpauschalen eingeführt.
- Bei den ApothekerInnen einigten sich die Tarifpartner auf ein innovatives neues leistungsorientiertes Abgeltungsmodell, mit dem die bestehende Margenordnung durchbrochen wird und die Anreize über ein Globalbudget mit entsprechenden Steuerungsmechanismen so gesetzt werden, dass entgangene Einkünfte nicht über eine Mengenausweitung kompensiert werden können.
- Bei der Spitex ist neu ein Zeittarif eingeführt worden.

- Tarife mit pauschalen Komponenten wurden bei den ErnährungsberaterInnen (Konsultationspauschalen) und den PhysiotherapeutInnen (Kombination von Sitzungspauschalen und Einzelleistungstarif) eingeführt.
- Bei mehreren ambulanten Leistungserbringern sind die Einzelleistungstarife neu mit Sitzungs- resp. Konsultationsbeschränkungen verknüpft worden.
- Das KSK möchte neu die Tarifhöhen von der Erreichung von Zielen im Bereich der Qualitätssicherung abhängig machen und bei ungenügenden Ergebnissen die Tarife reduzieren.

Das KVG hat damit die Einführung neuer Tarifierungsformen beschleunigt. Von den Tarifpartnern wird betont, dass die Entwicklung und die Erprobung neuer Tarifierungsformen Zeit benötigt. Die Anstrengungen in diesem Bereich sollten verstärkt und beschleunigt werden (v.a. bei den Spitälern und bei den Ärztinnen und Ärzten)

Wie ist der Vollzug der Bestimmungen im Tarifbereich zu beurteilen?

Mit Ausnahme der gesamtschweizerischen Tarifstruktur bei den Ärztinnen und Ärzten konnten die Tarifverträge inzwischen im Wesentlichen den neuen Anforderungen des KVG angepasst werden. Praktisch alle Tarifverhandlungen gestalteten sich jedoch aufgrund des gestiegenen Drucks der Versicherer als schwierig und zeitraubend.

Der Tarifdruck, die duale Spitalfinanzierungsregel, fehlende Ausführungsbestimmungen und offene Begriffsformulierungen führten insbesondere bei den Verhandlungen der stationären Spitaltarife wie erwähnt zu einem besonders angespannten Verhandlungsklima sowie in der Folge zu etlichen Tarifbeschwerden. Der Kostendruck hat mit der dualen Finanzierungsregel zur Folge, dass die Versicherer und die Kantone einen möglichst geringen Anteil der verursachten Kosten der subventionierten Spitäler übernehmen wollen. Die umstrittenen Definitionen (z.B. die Definition der anrechenbaren Kosten und der Erfordernisse zur Erreichung der Kostentransparenz) führten über die Tarifbeschwerden zu erheblichen Verzögerungen, Vollzugsproblemen und rechtlichen Unsicherheiten. Wesentliches Hemmnis für die Tarifverhandlungen ist, dass der Bundesrat bis anhin keine verbindliche Bestimmung für eine einheitliche Kostenrechnung erlassen hat. Dies führte zu erheblichen Verzögerungen bei der Einführung einer vom KVG geforderten einheitlichen Leistungsstatistik und Kostenrechnung. Im Bereich der Langzeitpflege (Pflegeheime und Spitex) gestalteten sich die Tarifverhandlungen als schwierig, weil die Berechnung der Pflegekosten umstritten ist und bei den Pflegeheimen ebenfalls noch keine transparente Kostenrechnung eingeführt ist. Die Festsetzung

des Rahmentarifs seitens des Bundesrates wird von den Pflegeheimen als willkürlich kritisiert.

Welche Auswirkungen hatten die Bestimmungen im Tarifbereich?

Die durch die Versicherer härter geführten Tarifverhandlungen sowie in mehreren Bereichen die Entscheide des Bundesrates bei Tarifbeschwerden haben bei allen Leistungserbringern einen grossen Druck auf die Tarifhöhe bewirkt. Dadurch konnten Tarifstabilisierungen oder eine geringere Zunahme der Tarife erreicht werden:

- Bei den Spitälern konnte weitgehend eine Tarifstabilisierung erzielt werden, indem nur sehr moderate Tariferhöhungen durchsetzbar waren. Bei den Privatkliniken hat der Druck der Versicherer sogar zu nicht kostendeckenden Tarifen geführt.
- Bei den Pflegeheimen und der Spitex deckt der Tarif nur einen Teil der effektiven Pflegekosten ab. Die Abgeltung der vollen Pflegekosten ist politisch umstritten, weil sie zu einer spürbaren Erhöhung der Prämien führen würde.
- Bei den Ärztinnen und Ärzten haben die Diskussionen um den TarMed zu einer Stabilisierung der kantonal festgelegten Tarife geführt, indem sie nicht der Teuerung angepasst wurden.
- Die übrigen ambulanten Leistungserbringer mussten ebenfalls grösstenteils Einbussen in Kauf nehmen. So leisten die ApothekerInnen über das neue Abgeltungsmodell einen Kostenstabilisierungsbeitrag und können aufgrund des Globalbudgets und den damit verbundenen Steuerungsmechanismen entgangene Einkünfte nicht mehr über Mengenausweitungen kompensieren. Im Bereich Physiotherapie leiden durch den Druck des Preisüberwachers auf den Taxpunktwert vor allem die selbständig tätigen PhysiotherapeutInnen unter finanziellen Einbussen. Die Tarife der LogopädInnen sind nicht kostendeckend, weil gewisse Leistungen im Tarif nicht berücksichtigt wurden. Zu einem ebenfalls tiefen Tarif haben die Verhandlungen bei den ErnährungsberaterInnen geführt.

Die Wirkung der mit den einheitlichen Tarifstrukturen bei den Einzelleistungstarifen eingeführten Sitzungs- resp. Besuchsbeschränkungen auf die Leistungsmenge (Physiotherapie, Ergotherapie, Logotherapie und Hebammen) kann aufgrund der kurzen Zeit seit der Einführung noch nicht zuverlässig beurteilt werden. Die neuen Pauschalierungsformen im Spitalbereich werden grösstenteils durch Ausweichreaktionen (frühere Entlassungen; Abschiebung die Nachbehandlung, die Rehabilitation oder in den

ambulanten Bereich; Kompensation mit Tagespauschalen) kompensiert, was zu Kostenverlagerungen geführt hat.

4.1.6. Finanzierung

Welche Auswirkungen hatten die neuen Regelungen zur Spitalfinanzierung?

Spürbare Auswirkungen ergaben sich durch die duale Spitalfinanzierung und die neue Regelung der Finanzierung bei ausserkantonalen Hospitalisationen im Spitalbereich sowie durch die neuen Finanzflüsse bei den Pflegeheimen und der Spitex:

- Die duale Spitalfinanzierung hat zu Konflikten in den Tarifverhandlungen über die Kostenabgrenzung geführt. Zudem hat sie teilweise den Privatisierungstrend und die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich unterstützt, weil sich die Kantone aufgrund des Kostendrucks finanziell entlasten wollen.
- Die neue Finanzierungsregelung der ausserkantonalen Hospitalisierung erhöhte den administrativen Aufwand, führte über interkantonale Freizügigkeitsabkommen zu einer leicht verbesserten Koordination, aber auch teilweise zum Aufbau zusätzlicher eigener Kapazitäten der Kantone und zur Verhinderung von interkantonalen Abkommen, wodurch unliebsame Kostenfolgen vermieden werden sollten.

Die neue Finanzierung bei den Pflegeheimen und der Spitex aufgrund der Anerkennungen als neue Leistungserbringer bewirkte eine wesentliche Umlagerung der Finanzflüsse. Bei den Pflegeheimen wurden die HeimbewohnerInnen und die Kantone, bei der Spitex die PatientInnen zulasten der Versicherer entlastet.

4.1.7. Alternative Versicherungsmodelle

Wie haben die Versicherer und die Leistungserbringer ihren Handlungsspielraum im Bereich der alternativen Versicherungsmodelle genutzt?

Die alternativen Versicherungsmodelle (HMO und Hausarztmodelle) haben sich nicht bedeutend verbreitet. Wichtiges Hemmnis zur Verbeitung der Managed Care-Modelle ist das mangelnde Interesse der Versicherten, die sich in ihrer Wahl nicht gerne einschränken lassen. Die Ärzteschaft und die Versicherer haben ihren Handlungsspielraum bisher noch zu wenig genutzt:

- Die Ärztinnen und Ärzte haben ihren Handlungsspielraum bei den Managed Care-Modellen mehrheitlich kaum wahrgenommen. Sie haben nur ein geringes Inter-

esse an diesen Modellen und verhalten sich sehr zurückhaltend. Insbesondere möchten sie sich aufgrund des weiterhin bestehenden Kontrahierungszwanges nicht einschränken lassen und keine finanziellen Risiken übernehmen. Die überwiegende Mehrheit der Hausarztnetze ist aufgrund ihrer Zielsetzung, den weitgehend fehlenden ökonomischen Anreizen und der fehlenden Selektion der Mitglieder nicht auf echte Kosteneinsparungen ausgerichtet.

- Die Versicherer verwenden die bisher entwickelten Modelle hauptsächlich zur Risikoselektion. Innovative Managed Care-Modelle, die vor allem der Kostenbeeinflussung dienen, bestehen kaum. Zur Zeit ist unklar, in welchem Ausmass die Versicherer die Managed Care-Modelle weiter vorantreiben werden.

Welche Auswirkungen können bisher im Bereich der alternativen Versicherungsmodelle festgestellt werden?

Die Verbreitung der alternativen Versicherungsmodelle (HMO, Hausarztmodelle) löste eine gewisse Sensibilisierung seitens der Ärzteschaft, einen höheren Organisationsgrad in Netzwerken und teilweise die Berücksichtigung der ökonomischen Folgen ihrer wie der nachgelagerten Behandlungen aus. Am spürbarsten waren die Veränderungen für die sich an HMO-Gruppenpraxen beteiligenden Ärztinnen und Ärzte. Diese verhalten sich verstärkt kostenbewusst und tauschen ihre Erfahrungen verstärkt im Rahmen von Qualitätszirkeln aus. Bei den in Hausarztnetzen organisierten Ärztinnen und Ärzten konnte ebenfalls eine Steigerung des Kostenbewusstseins festgestellt werden.

Im Vergleich zu den Hausarztnetzen können durch die HMOs grössere Kosteneinsparungen erzielt werden. Dies aus folgenden Gründen:

- Bei den HMOs erfolgt eine Selektion der Ärztinnen und Ärzte.
- Die Ärztinnen und Ärzte haben ein grösseres Interesse an der Steuerung ihrer PatientInnen, weil sie über die Versichertenpauschalen und teilweise auch Investitionen eine finanzielle Verantwortung und ein entsprechendes Risiko übernehmen. Zudem ist das betriebswirtschaftliche Controlling in der Regel besser ausgebaut
- Die HMO-Gruppenpraxen betreiben grösstenteils ein intensiveres Qualitätsmanagement, vor allem im Rahmen von Qualitätszirkeln.

Durch die aktive Steuerung der PatientInnen und einer kostenbewussten medizinischen Behandlung erzielen HMOs gegenüber konventionellen Behandlungsmodellen Kosteneinsparungen von 10% bis 15%. Die heutigen Hausarztnetze erzielen durch die

weitgehend fehlenden ökonomischen Anreize und die fehlende Selektion der Mitglieder wesentlich geringere Erfolge.

4.1.8. Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrolle

Wie ist der Vollzug der Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrollen zu beurteilen?

Die Rechnungskontrollen seitens der Versicherer wurden bei allen Leistungserbringern verstärkt. Auf Wirtschaftlichkeitskontrollen (Überprüfung der Angemessenheit und Zweckmässigkeit der Behandlungen) wird aufgrund fehlender Datengrundlagen (Diagnosecodes) grösstenteils verzichtet (insbes. bei den Spitälern). Positiv erwähnt werden hingegen die Bemühungen der Versicherer, durch ein Fallmanagement zur Optimierung der Schnittstellen beizutragen. Bei den Pflegeheimen werden zur Zeit Kriterien und Instrumente für die Durchführung von Wirtschaftlichkeitskontrollen diskutiert. Bei den ambulanten Leistungserbringern werden durch die Versicherer verstärkt Kostenvergleiche anhand von Kennzahlen vorgenommen. Die Versicherer konzentrieren sich jedoch aus Effizienzgründen vor allem auf die Rechnungskontrolle bei den Spitälern und nehmen im ambulanten Bereich nur sehr lückenhaft Kontrollen wahr. Die ambulanten Leistungserbringer kritisieren die Vorgehensweise der Versicherer aufgrund des oft fehlenden Fachwissens als unprofessionell und teilweise nicht zielführend. Gefordert werden insbesondere eine gemeinsame, partnerschaftliche Entwicklung von Instrumenten und deren Durchführung sowie eine ganzheitlichere Betrachtungsweise (z.B. bei den Ärztinnen und Ärzten auch die Beurteilung der nachgelagerten Behandlungen).

Insgesamt ist die bisher von den Versicherern durchgeführte Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrolle als ungenügend zu beurteilen. Im Spitalbereich sollten möglichst auch Wirtschaftlichkeitskontrollen, im ambulanten Bereich die gemeinsame Entwicklung von Instrumenten und deren Durchführung vorgenommen werden.

Zu welchen Auswirkungen haben die Bemühungen im Bereich der Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrolle geführt?

Die verstärkten Kostenkontrollen der Versicherer haben bei allen Leistungserbringern administrative Umtriebe, jedoch keine nennenswerten Einschränkung der Leistungsmengen zur Folge. Bei den ambulanten Leistungserbringern wurden vereinzelt negative Wirkungen festgestellt, indem z.B. bei den ErgotherapeutInnen eine längerfristige

erfolgsversprechende Behandlung durch eine enge Interpretation der Wirtschaftlichkeit verweigert wird.

4.1.9. Qualitätssicherung

Wie ist der Vollzug im Bereich Qualitätssicherung zu beurteilen?

Das KVG hat bei den meisten Leistungserbringern einen Prozess zur Institutionalisierung der Qualitätssicherung und des damit verbundenen Qualitätsmanagements in Gang gesetzt oder beschleunigt. Es hat einen Bewusstseinsprozess ausgelöst, der bei praktisch allen Leistungserbringern zu einem höheren Stellenwert der Qualitätssicherung geführt hat. Der Stand der Arbeiten unterscheidet sich zwischen den Leistungserbringergruppen enorm. Er ist aus Sicht der Anforderungen des BSV jedoch ungenügend. Insbesondere fehlt bei praktisch allen Leistungserbringern die Messung der Ergebnisqualität über geeignete Indikatoren und verbindliche Qualitätsverbesserungsprogramme. Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Entwicklung eines Instrumentariums zur Qualitätssicherung Zeit benötigt und mit einem hohen Aufwand verbunden ist. Mehrere Kantone haben die Qualitätssicherung der subventionierten Spitäler über die Verknüpfung mit den Subventionsanforderungen gefördert. Der Stand der Aktivitäten kann wie folgt zusammengefasst werden:

Bestehende Aktivitäten	Leistungserbringer
Keine Verträge mit dem KSK, nur geringe Qualitätsmanagement-Aktivitäten.	ApothekerInnen; Hebammen
Rahmenvertrag mit dem KSK; weitere Konzeptionalisierungsarbeiten.	Ärztinnen und Ärzte generell
(Rahmenvertrag) und Qualitätskonzept; Erste Umsetzungsaktivitäten (z.B. Bestandesaufnahme, PatientInnenbefragung).	Spitäler generell; Pflegeheime; Spitex; Einzelne Fachgesellschaften der Ärztinnen und Ärzte; ChiropraktorInnen; LogopädInnen
(Rahmenvertrag) und Qualitätskonzept; Erste Umsetzungsaktivitäten und Entwicklung von Ergebnisindikatoren.	Spitäler in gewissen Kantonen; PhysiotherapeutInnen; ErgotherapeutInnen; Krankenschwestern und -pfleger; ErnährungsberaterInnen
Erste Umsetzungsaktivitäten; Anwendung von Ergebnisindikatoren und Qualitätsverbesserungsprogrammen.	Z.T. Privatkliniken

Tabelle 9: Aktivitäten der Leistungserbringer in der Qualitätssicherung.

Welche Auswirkungen haben die bisherigen Bemühungen im Bereich Qualitätssicherung?

Teilweise konnten die durch das KVG ausgelösten oder geförderten Arbeiten bereits zu einer Verstärkung des Qualitätsmanagements beitragen (z.B. bei den Spitälern, den Pflegeheimen, der Spitex, den ApothekerInnen und den Krankenschwestern resp. -pflegern). Erfolge betreffend einer spürbaren Verbesserung der Leistungsqualität oder Kosteneinsparungen können jedoch noch nicht erwartet werden. In dieser ersten Phase der Konzeptentwicklung und Instrumentenerprobung haben die Arbeiten vor allem auch zu zusätzlichen Kosten geführt.

4.2. Koordination und Wettbewerb

Das KVG bezweckt, über regulative und wettbewerbliche Elemente sowohl die Koordination als auch den Wettbewerb unter den Leistungserbringern zu fördern, um eine verbesserte Ressourcenverwendung zu fördern und damit Kosteneinsparungen zu erzielen.

Hat das KVG zu einer verstärkten Koordination der Leistungserbringer geführt?

Das KVG hat nur sehr beschränkt zu einer verbesserten Koordination der Leistungserbringer beigetragen. Die Ergebnisse in den einzelnen Leistungsbereichen sind ernüchternd:

- Bei den Spitälern konnte die innerkantonale Koordination aufgrund der nicht sehr restriktiven Planungen nur beschränkt über Spitalschliessungen und Kooperationen (resp. Fusionen) gefördert werden. Vereinzelt bestehen Bestrebungen zur Bildung von regionalen Gesundheitsnetzwerken (z.B. VD mit einer neuen Orientierung der Gesundheitspolitik, NOPS). Interkantonal wurde die Koordination durch vereinzelt kantonsübergreifende Planungen, Freizügigkeitsabkommen und weiteren grenzüberschreitenden Abkommen zur Finanzierung der ausserkantonalen Hospitalisierung zwar verbessert. Diesen geringen Erfolgen stehen jedoch der Aufbau von zusätzlichen Kapazitäten und die Verhinderung von interkantonalen Abkommen durch den zunehmenden Föderalismus gegenüber.
- Die Koordination zwischen den Pflegeheimen und der Spitex ist ungenügend. Synergien werden kaum genutzt. Die ersten Ansätze zur Zusammenarbeit sind vorwiegend auf den finanziellen Druck der öffentlichen Hand und nicht auf das KVG

zurückzuführen. Ebenfalls stark verbesserungsbedürftig ist die Koordination der verschiedenen Spitex-Organisationen und die Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern (v.a. Spitäler und Ärztinnen und Ärzte).

- Die Ärztinnen und Ärzte haben ihre zentrale Koordinationsrolle nicht verstärkt wahrgenommen. Hauptgründe sind vermutlich die fehlende Übernahme von finanziellen Risiken und die fehlende verbindliche Verpflichtung zur Koordination. Bei den Managed Care-Modellen nehmen die Ärztinnen und Ärzte ihre Koordinationsaufgabe wesentlich besser wahr, indem sie aus ökonomischen Gründen auf die Steuerung der PatientInnen gezielt Einfluss nehmen.
- Die Zusammenarbeit der übrigen ambulanten Leistungserbringer mit den anderen Leistungserbringern hat sich vereinzelt, aber beschränkt verbessert (z.B. bei den PhysiotherapeutInnen und den ErnährungsberaterInnen).

Die Koordination der Leistungserbringer konnte damit nicht im gewünschten Ausmass gefördert werden. Die Leistungserbringer verfolgen in erster Linie ihre eigenen Interessen und koordinieren sich nur, wenn sie einen konkreten Nutzen davon haben. Beispielsweise arbeiten mehrere Spitäler aufgrund des seitens der kantonalen Spitalplanungen ausgeübten Drucks verstärkt zusammen. Im Bereich Überbrückungspflege konnte eine Koordination zwischen den Spitälern und den Pflegeheimen resp. der Spitex eingeleitet werden, weil beide Leistungserbringer davon profitieren. In HMO-Gruppenpraxen werden die PatientInnen gezielt gesteuert, weil die Ärztinnen und Ärzte u.a. ein ökonomischen Interesse verfolgen. Aufgrund des zusätzlichen Aufwands koordinieren sich die Leistungserbringer nicht von alleine, um das gesamte Gesundheitssystem zu optimieren und zu einer effizienteren Ressourcenverwendung zu führen. Bisher wurde das KVG zuwenig dergestalt umgesetzt, dass die Leistungserbringer einen Anreiz hatten oder gezwungen wurden, verstärkt zusammenzuarbeiten. Massgebend ist dafür vor allem die ungenügende Nutzung des Handlungsspielraums der Akteure (Kantone, Leistungserbringer und Versicherer) in der Spitalplanung und den alternativen Versicherungsmodellen. Im Tarifbereich wird noch einige Arbeit nötig sein, um die in Ansätzen vorhandenen neuen Tarifierungsmodelle in Richtung von Fallpreispauschalen, die sich auf die ganze Behandlungskette beziehen, breit umzusetzen.

Hat das KVG den Wettbewerb unter den Leistungserbringern erhöht?

Die mit dem KVG beabsichtigten wettbewerblichen Impulse haben sich nicht durchgesetzt. Der bei praktisch allen stationären und ambulanten Leistungserbringern kaum vorhandene Wettbewerb konnte mit dem KVG nicht gefördert werden:

- Der Handlungsspielraum der Spitäler ist im OKPV-Markt über die Leistungen (Spitalplanung und Leistungsauftrag) und die Tarife stark reglementiert. Zudem bestehen zwischen den subventionierten und den privaten Spitälern bedeutende Wettbewerbsverzerrungen (v.a. durch die duale Spitalfinanzierung). Der ohnehin schon geringe Wettbewerb konnte nicht erhöht werden. Bei Kantonen mit restriktiver Planung haben sich die regionalen Monopole tendenziell verstärkt, was zu einer stark verbesserten Auslastung geführt hat (z.B. ZH). Der verstärkte Wettbewerb im Zusatzversicherungsmarkt hat durch den Ausbau von Kapazitäten eher zusätzliche Kosten verursacht.
- Bei den Pflegeheimen findet aufgrund der knappen Kapazitäten kein Wettbewerb statt. Der anfängliche Wettbewerb zu den Spitex-Organisationen hat sich durch die ausreichende Nachfrage nach Heimplätzen und den unterschiedlichen Leistungsangeboten gelegt. Auch zwischen den Spitex-Organisationen besteht aufgrund der ausreichenden Nachfrage nur wenig Wettbewerb. In einem der untersuchten Kantone konnte jedoch aufgrund der vorhandenen Kapazitäten eine gewisse Konkurrenz zwischen der Spitex und den Pflegeheimen resp. den unabhängigen Krankenschwestern festgestellt werden.
- Bei den Ärztinnen und Ärzten findet ebenfalls kein spürbarer Wettbewerb statt. Allfällige Einnahmenverluste werden generell durch Mengenausweitungen kompensiert. Der teilweise festgestellte Qualitätswettbewerb ist tendenziell eher kostensteigernd. Die Zulassung der Managed Care-Modelle hat aufgrund ihrer geringen Verbreitung den Wettbewerb nur punktuell und beschränkt gefördert.
- Bei den übrigen ambulanten Leistungserbringern findet ebenfalls kaum Wettbewerb statt. Gründe dafür sind das zu geringe Leistungsangebot (ChiropraktorInnen, ErgotherapeutInnen und LogopädInnen) oder die Abhängigkeit von den Ärztinnen und Ärzten (PhysiotherapeutInnen). Tendenziell verstärkt hat sich der Wettbewerb bei folgenden Leistungserbringern:
 - Zwischen den ApothekerInnen hat sich der Wettbewerb durch die neuen wettbewerblichen Strukturen verstärkt. Der Wettbewerb zu den Ärztinnen

und Ärzten wird nicht vom KVG, sondern der jeweiligen kantonalen Regelung der ärztlichen Selbstdispensation betsimmt.

- Die mit der Zunahme von selbständig tätigen Hebammen verbundene Mengenausweitung führte zu einem zusätzlichen Wettbewerb zu den Ärztinnen und Ärzten.
- Ebenfalls durch die zunehmend tätigen selbständigen Krankenschwestern und -pflegern ergab sich eine gewisse Konkurrenz zur Spitex und zu den Pflegeheimen.

Die Erwartungen des Gesetzgebers hinsichtlich eines verstärkten Wettbewerbs unter den Leistungserbringern konnten damit insgesamt nicht erfüllt werden. Der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern wird in erster Linie dadurch limitiert, dass der Gesundheitsmarkt ein Anbietermarkt ist. Dies bedeutet, dass die Leistungserbringer (v.a. Ärztinnen und Ärzte) weitgehend über den notwendigen Behandlungsbedarf entscheiden und diesen damit auch entsprechend ausweiten können. So werden vor allem im ambulanten Bereich allfällige Einnahmefälle durch eine Mengenausweitung kompensiert (z.B. Ärztinnen und Ärzte). Die Möglichkeit der Bedarfsfixierung und der weiterhin bestehende Kontrahierungszwang führen dazu, dass neue Leistungserbringer nicht zu einer Zunahme der Konkurrenz, sondern ebenfalls Mengenausweitungen bewirken. Der Wettbewerb sollte nicht über die Leistungen, sondern über eine Selektion der Leistungserbringer erfolgen. Beispiele dafür sind die Selektion im Rahmen der HMO-Gruppenpraxen oder der teilweise stattfindende Wettbewerb bei den Spitälern vor der Verabschiedung der Spitalisten. Wie die Ergebnisse der Evaluation zeigen, sind die Erfolge in diesen Bereichen jedoch gering. Insbesondere sollte bei den Spitälern das Angebot über die Spitalisten wesentlich stärker eingeschränkt werden. Zudem sollten die bestehenden Wettbewerbsverzerrungen beseitigt werden, damit innerhalb dieser Angebotsgrenzen eine gewisse Konkurrenz stattfinden kann.

4.3. Beziehungen zu den übrigen Akteuren

Die Beziehungen der Leistungserbringer zu den übrigen Akteuren haben sich nicht stark verändert. Die spürbarsten Auswirkungen haben sich im Verhältnis zu den Versicherern ergeben, die aufgrund des Kostendrucks einen wesentlich stärkeren Druck auf die Leistungserbringer ausüben.

a) Versicherte

Die Beziehungen der Leistungserbringer zu den Versicherten haben sich nicht massgeblich verändert. Auswirkungen ergaben sich durch die neu zugelassenen Leistungserbringer, im Spitalbereich und bei den alternativen Versicherungsmodellen:

- Bei den neu zugelassenen Leistungserbringern können die Versicherten von einem erweiterten und verstärkten Angebot profitieren, was sich positiv auf die Versorgung mit Gesundheitsleistungen auswirkt. Im Bereich der Langzeitpflege wurden sie zudem finanziell zulasten der Versicherer bedeutend entlastet.
- Bei den Spitälern wurden das Angebot durch die vereinzelt restriktiven Spitalisten und die mangelhafte interkantonalen Koordination teilweise eingeschränkt. Die neuen Regelungen führten vor allem bei Privatkliniken dazu, dass lange unklar war, welche PatientInnen aufgenommen werden durften. Aufgrund des stärker umkämpften Zusatzversicherungsmarktes ist eine verstärkte Ausrichtung der öffentlichen Spitäler an den Bedürfnissen der Kunden sowie ein genereller Leistungsausbau festzustellen. Zusätzliche Investitionen im Komfortbereich wurden auch bei den Krankenheimen getätigt.
- Bei den Managed Care-Modellen schränken sich die Versicherten in der Arztwahl ein, profitieren jedoch von einer tieferen Prämie.

b) Versicherer

Die Beziehungen der Leistungserbringer zu den Versicherern haben sich durch den von den Versicherern ausgeübten Kostendruck in den Tarifverhandlungen merklich verschlechtert. Die Verhandlungen sind wesentlich schwieriger und aufwändiger geworden. Insgesamt haben die Versicherer ihre Position gegenüber den Leistungserbringern verbessert und konnten ihre Forderungen damit mehrheitlich durchsetzen. Eine wesentliche Rolle spielte dabei auch der verstärkte Einfluss des Preisüberwachers und in der Folge des Bundesrates:

- Im Spitalbereich hat sich der Einfluss der Versicherer durch den politischen Auftrag zu Kosteneinsparungen und die Unterstützung durch den Preisüberwacher

(resp. den Bundesrat) betreffend die Tariffberechnungssätze verstärkt. Resultat war, dass nur noch sehr moderate Tarifierhöhungen durchsetzbar waren.

- Bei den Pflegeheimen und der Spitex haben sich die Versicherer bislang erfolgreich dagegen gewehrt, die vollen Pflegekosten zu übernehmen. Ihre Anliegen wurden ebenfalls durch die Stellungnahmen des Preisüberwachers betreffend die Anforderungen an die Kostentransparenz unterstützt. Zusätzlich wurden die Tarife durch den vom Bundesrat festgesetzten Rahmentarif begrenzt.
- Bei den Ärztinnen und Ärzten blockierten die Versicherer erfolgreich Tarifierhöhungen bei den kantonalen Taxen und fordern eine möglichst rasche und kostenneutrale Einführung des TarMed, was ebenfalls vom Preisüberwacher und dem Bundesrat verlangt wird.
- Bei der übrigen ambulanten Leistungserbringern haben die Versicherer ebenfalls grossen Druck ausgeübt, was teilweise sogar zu nicht kostendeckenden Tarifen führte.

Praktisch alle Leistungserbringer beklagen sich zudem über die mehrheitlich als unkompetent und unprofessionell empfundenen verstärkten Kostenkontrollen der Versicherer, die vor allem zu einem zusätzlichen Aufwand geführt haben. Gefordert wird ein verstärkt partnerschaftliches Zusammenarbeiten. Erste Ansätze diesbezüglich bestehen beispielsweise bei den Pflegeheimen, bei denen partnerschaftlich Kriterien und Instrumente der Kontrolle erarbeitet werden.

c) Kantone

Die Beziehungen zu den Kantonen haben sich nicht grundlegend verändert. Einzig bei den Spitälern ist der Handlungsspielraum durch den Kostendruck auf die subventionierten und die teilweise stattfindende Benachteiligung der subventionierten Spitäler aufgrund der Doppelrolle der Kantone eingeschränkt worden.

d) Bund

Zum Bund bestehen wenig direkte Beziehungen der Leistungserbringer. Kritisiert werden vor allem im stationären Bereich der mangelhafte Vollzug wichtiger Bestimmungen (v.a. Kostenrechnung), die ungenügende Definition wichtiger Begriffe und die Verzögerungen bei Beschwerdeentscheiden, die zu Rechtsunsicherheiten und zusätzlichem administrativen Aufwand geführt haben.

4.4. Innerbetriebliche Veränderungen

Neben den neuen Rahmenbedingungen hat insbesondere der finanzielle Druck der Kantone bei den Spitälern und teilweise der zusätzliche Wettbewerbsdruck die bestehenden Veränderungstendenzen beschleunigt.

a) Professionalisierung und Marktorientierung

Das KVG hat bei vielen Leistungserbringern zu einer Professionalisierung geführt oder die bestehenden Bemühungen massgeblich beschleunigt. Generell konnten bei den betroffenen Leistungserbringern eine Verbesserung des Managements und der Organisation, die Verstärkung des unternehmerischen Denkens, eine zunehmende Marktorientierung sowie die Erhöhung der Behandlungseffizienz und -effektivität durch zusätzliches Wissen und einer klarere Strukturierung der Behandlungen festgestellt werden. Die Professionalisierung wurde durch das KVG vor allem bei den öffentlichen Spitälern, den Pflegeheimen sowie der Spitex gefördert. Gewisse Impulse hinsichtlich einer verbesserten Ausbildung sind jedoch auch bei verschiedenen der übrigen ambulanten Leistungserbringern erkennbar (z.B. bei der Physiotherapie). Erwartet wird, dass die Bemühungen zur Qualitätssicherung generell die Professionalisierung verstärken wird.

b) Organisationsstruktur

Bei mehreren Leistungserbringern hat das KVG eine Veränderung der organisatorischen Strukturen ausgelöst oder mitbeeinflusst:

- Die kantonalen Spitalplanungen haben teilweise zu Fusionen oder zur verstärkten Zusammenarbeit von Spitälern geführt. In vereinzelt Kantonen (z.B. VD) sind regionale Gesundheitsnetzwerke geplant.
- Bei der Spitex konnte die Tendenz zu grösseren, gemeindeübergreifenden Organisationseinheiten gefördert werden.
- Bei den Ärztinnen und Ärzten wurde durch den Kostendruck der Trend in Richtung Gemeinschaftspraxen unterstützt. Im Rahmen der Managed Care-Modelle organisieren sich die beteiligten Ärztinnen und Ärzte neu in Netzwerken oder Unternehmen.
- Bei den ambulanten Leistungserbringern, die neu freiberuflich tätig werden können, haben sich die Organisationsstrukturen durch die Nutzung dieser Möglichkeit gewandelt.

c) Leistungsangebot

Das Leistungsangebot hat sich durch das KVG mit der Zulassung neuer Leistungserbringer und neuer Leistungen deutlich erweitert. Andererseits wurde es vor allem im Spitalbereich durch die Planung mengenmässig eingeschränkt. Im Bereich der Langzeitpflege haben sich folgende Änderungen ergeben:

- Die Akutspitäler entlassen ihre PatientInnen tendenziell früher. Die Pflegeheime und die Spitex übernehmen damit zunehmend PatientInnen in der Überbrückungspflege.
- Das zusätzliche Leistungsangebot der Spitex bewirkte zusammen mit den vermehrten Abschiebungen der Spitäler, dass die Pflegeheime vermehrt ältere und schwer pflegebedürftige PatientInnen betreuen und sich die PatientInnenstruktur damit deutlich gewandelt hat.

d) Instrumente

Das KVG hat mit seinen Anforderungen an einzuführende Führungsinstrumente die Entwicklung, Erprobung und teilweise auch die Einführung dieser Instrumente ausgelöst oder merklich beschleunigt:

- Bei praktisch allen Leistungserbringern konnte ein Impuls hinsichtlich der Erprobung und Einführung von Qualitätssicherungsinstrumenten ausgelöst werden.
- Betreffend die Vorgaben zur Kostenrechnung sind bei den Spitälern und den Pflegeheimen folgende gegenteilige Wirkungen eingetreten: Während die Einführung bei vielen Spitälern und Pflegeheimen durch die neuen Anforderungen beschleunigt werden konnte, verhielten sich viele andere Leistungserbringer passiv, weil die Vorgaben seitens des Bundesrates noch nicht in Kraft sind und sie fehlgeleitete Investitionen vermeiden wollten.
- Bei den Pflegeheimen und der Spitex konnte aufgrund des KVG die Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Bedarfsplanung beschleunigt werden.

e) Administration

Alle Leistungserbringer beklagen den deutlich spürbaren administrativen Mehraufwand, den das KVG mit sich gebracht hat. Der zusätzliche Aufwand ist vor allem in folgenden Bereichen merklich gestiegen:

- Tarifverhandlungen,

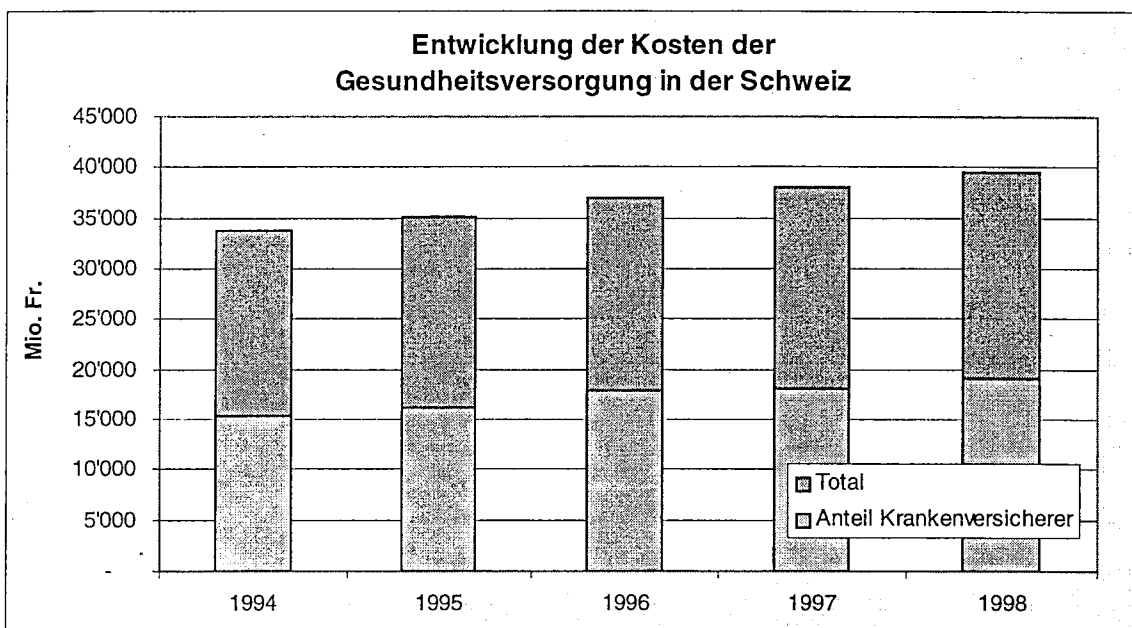
- Entwicklung und Einführung neuer Instrumente (v.a. Qualitätssicherung und Kostenrechnung),
- Zusätzliche Begründungen und Rechtfertigung der Leistungen aufgrund der verstärkten Kostenkontrolle und der Leistungsbeschränkung bei gewissen ambulanten Leistungserbringern,
- Neue Anforderungen an statistischen Daten (v.a. Spitäler, Pflegeheime und Spitex),
- Zusätzliche Abklärungen bei der ausserkantonalen Hospitalisierung.

4.5. Einfluss auf die Gesundheitskosten und das Leistungsangebot

Mit den neuen regulatorischen und wettbewerblichen Elementen wollte der Gesetzgeber einen Beitrag zur Eindämmung der Gesundheitskosten leisten. Wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen, konnte dieses Ziel nicht erreicht werden.

Wie haben sich die gesamten Gesundheitskosten entwickelt?

Die gesamten Kosten des Gesundheitswesens, die von den Haushalten, den Versicherern und der öffentlichen Hand finanziert werden, haben kontinuierlich zugenommen und betragen 1998 knapp 40 Mia. CHF, was rund 10.5% des Bruttoinlandprodukts (BIP) darstellt (BFS 2000) (vgl. Figur 10).



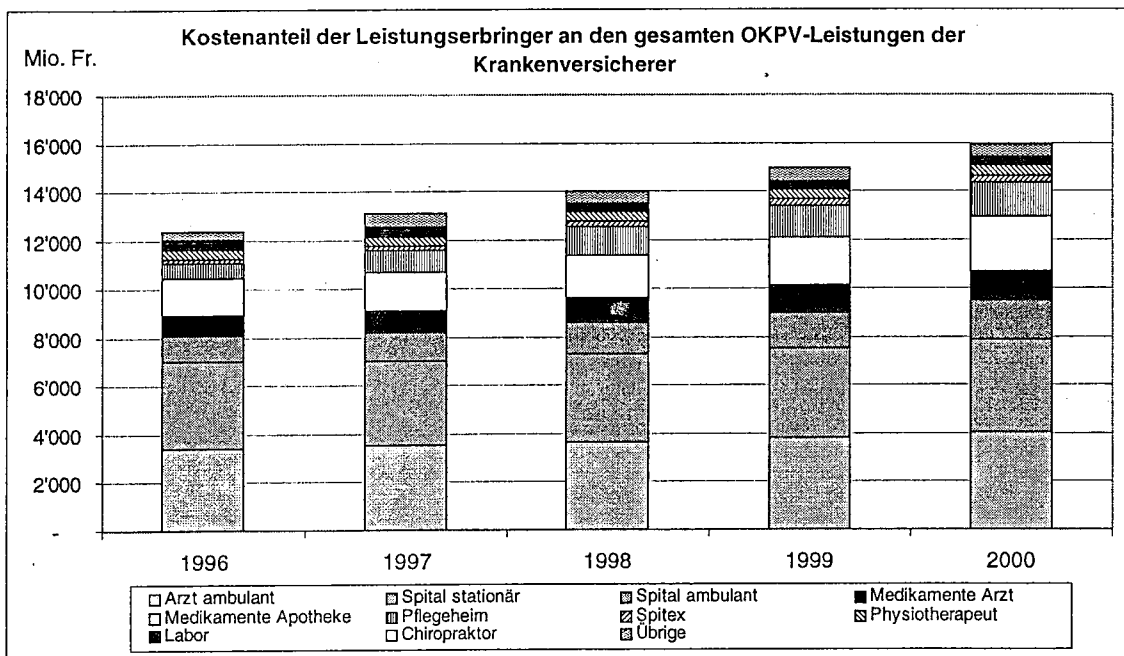
Figur 10: Die gesamten Kosten der Gesundheitsversorgung in der Schweiz haben kontinuierlich zugenommen und betragen 1998 knapp 40 Mia. Franken. Der Anteil, der durch die Krankenversicherer finanziert wird, ist mit der Einführung des KVG um 2% angestiegen und hat sich bei rund 48% eingependelt (Quelle BFS 2000).

Das BFS führt die Zunahme der Gesundheitskosten vor allem auf strukturelle Faktoren wie die Erweiterung des Leistungsangebots, die wachsende Technisierung und Spezialisierung, den höheren Komfort sowie die Alterung der Bevölkerung zurück (BFS 2000). Nachdem die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate von einer Grössenordnung von 6.1% bis 8.3% in den Jahren 1985 bis 1990 im Jahr 1991 auf 13.0% gestiegen war, reduzierte sie sich in den folgenden Jahren mit Ausnahme des Jahres 1996 auf 3% bis 4%. Das BFS erklärt die Verlangsamung des Wachstums durch die dringlichen Bundesbeschlüsse gegen die Kostenerhöhung, die Verlangsamung der allgemeinen Teuerung sowie auf das KVG (BFS 2000).

Der Finanzierungsanteil der Versicherer stieg 1998 gegenüber 1994 um rund 2% auf über 48% der Gesamtkosten, verbunden mit einer gleichzeitigen Abnahme des Anteils der Privathaushalte und der öffentlichen Hand (vgl. Figur 10). Von den knapp 19 Mia. CHF, welche durch die Krankenversicherer 1998 finanziert wurden, sind rund 5 Mia. den Zusatzversicherungen und 14 Mia. der Grundversicherung zuzuschreiben. Während die Zusatzversicherungsausgaben in der Zeitperiode von 1994 bis 1998 um rund

28% zugenommen haben, sind die Kosten der Grundversicherung um gut 23% gestiegen.

In Figur 11 sind die Kostenanteile der verschiedenen Leistungserbringer im Rahmen der OKPV ersichtlich. Die bedeutendsten Kosten werden im Jahr 2000 in den Bereichen der ambulanten ärztlichen Behandlung (25.6% der gesamten Kosten), der stationären Spitalbehandlung (23.7%), der Medikamente (insgesamt 21.7%) und der ambulanten Spitalbehandlung (10.4%) verursacht.



Figur 11: Entwicklung der OKPV-Kosten im Zeitraum 1996 bis 2000. Die Kosten im Jahr 2000 werden auf rund 16 Mia. CHF geschätzt, rund 29% höher als 1996 (Quelle: BSV 1999).

Die Erhöhung der Kosten im Jahr 2000 um 3.5 Mia. CHF gegenüber 1996 ist hauptsächlich bedingt durch die Zunahme bei der ärztlichen Behandlung (0.6 Mia. CHF), der ambulanten Spitalbehandlung (0.6 Mia. CHF), der Medikamente (1.1 Mia. CHF) und der Pflegeheime (0.7 Mia. CHF) (BSV 1999). Die anderen Bereiche tragen wesentlich weniger zur Kostensteigerung bei. Die Analyse der Entwicklung der OKPV-Kosten bei den einzelnen Leistungserbringern hat jedoch gezeigt, dass diese bei allen zugenommen haben.

Welchen Einfluss hatte das KVG auf die Kostenentwicklung?

Mit dem KVG konnte bisher kein spürbarer Beitrag zur Kosteneindämmung geleistet werden. Die Gesundheitskosten sind weiterhin angestiegen. Die Analyse der Kostenentwicklung in den einzelnen Leistungsbereichen zeigt, dass das KVG bei den neu zugelassenen Leistungserbringern eine systembedingte Steigerung der OKPV-Kosten zur Folge hatte, bei den Pflegeheimen und der Spitex spürbare Kostenverlagerungen von den Privaten und der öffentlichen Hand hin zu den Versicherern bewirkte und die geringen Erfolge bei den Spitälern im Wesentlichen durch Ausweichreaktionen kompensiert wurden:

- Aufgrund des Tarif- und des Kostendrucks finden Verlagerungen in den ambulanten und den teilstationären Bereich statt.
- Den teilweise positiven Effekten durch die Spitalplanungen stehen zusätzliche Kosten durch die generelle Mengenausweitung und Ausweichreaktionen resp. Verlagerungseffekte gegenüber. Z.B. können Spitalschliessungen zu zusätzlichen Kosten in anderen Bereichen führen (z.B. Aufbau zusätzlicher Kapazitäten).

Bei den Pflegeheimen und der Spitex haben neben den systembedingten Kostenverlagerungen zu den Versicherern folgende weitere Kostenerhöhungen stattgefunden:

- Bei den Pflegeheimen sind durch die Veränderung der PatientInnenstruktur in Richtung einer erhöhten Pflegebedürftigkeit zusätzliche Kosten entstanden.
- Bei der Spitex hat sich das Angebot deutlich ausgeweitet. Neben zusätzlichen PatientInnen seitens der Pflegeheime und Spitäler werden vermutlich auch zusätzliche Personen übernommen, die vorher familiär betreut worden sind.

Bei den Ärztinnen und Ärzten wurden allfällige Einnahmehausfälle durch Mengenausweitungen kompensiert. Die durch die Managed Care-Modelle erzielten Einsparungen sind aufgrund der geringern Verbreitung dieser Modelle kaum spürbar.

Die vom KVG eingeführten Instrumente zur Kosteneindämmung bei den Leistungserbringern haben bisher aufgrund des mangelhaft genutzten Handlungsspielraums, verschiedenen Vollzugsdefiziten und bedeutenden Hemmnissen kaum eine spürbare Wirkung gezeigt:

- Die Spitalplanung wurde von den Kantonen aufgrund politischer Widerstände zu wenig restriktiv umgesetzt.

- Die Erfolge im Tarifbereich wurden weitgehend über Ausweichreaktionen kompensiert. Die Möglichkeit, Sonderverträge abzuschliessen, wurde kaum genutzt.
- Die alternativen Versicherungsmodelle haben sich aufgrund der fehlenden Nachfrage seitens der Versicherten und der durch den Kontrahierungszwang bedingten mangelnden Risikobereitschaft der Ärztinnen und Ärzte sowie generell der mangelnden Innovationskraft der Akteure nicht bedeutend verbreitet.
- Das KVG beinhaltet ungenügende Anreize (resp. übt zu wenig Druck) auf die Versicherer aus, sich zu koordinieren. Die mangelhaften Erfolge in diesem Bereich haben deshalb kaum zur Kosteneinsparungen beigetragen.
- Die neu eingeführten wettbewerblichen Instrumente (alternative Versicherungsmodelle und Sonderverträge) wurden kaum genutzt. Aufgrund der Möglichkeit der Leistungserbringer, den Bedarf weitgehend zu bestimmen und damit auszuweiten, und den Wettbewerbshemmnissen im Spitalbereich, besteht nur zwischen vereinzelt ambulanten Leistungserbringern ein beschränkter Wettbewerb im OKPV-Markt (z.B. ApothekerInnen). Das KVG hat den Wettbewerb unter den Leistungserbringern insgesamt kaum gefördert.

Inwiefern hat das KVG das Leistungsangebot beeinflusst?

Das KVG hat in erster Linie zu einer Erweiterung des Leistungsangebots und damit zu einer verbesserten medizinischen Versorgung der Versicherten bei den neu eingeführten Leistungen geführt. Die Qualität der Leistungen wurde vom KVG in unterschiedlicher Hinsicht beeinflusst:

- Bei den Pflegeheimen und mehreren ambulanten Leistungserbringern konnte das KVG durch die verstärkte Professionalisierung, die Zulassungsanforderungen sowie die neu einzuführenden Instrumente (v.a. Bedarfsabklärung in der Langzeitpflege) einen Beitrag zur Verbesserung der Leistungsqualität leisten. Von der Einführung der Qualitätssicherungsinstrumente werden in Zukunft zusätzliche Beiträge in diese Richtung erwartet.
- Durch den verstärkten Kostendruck hat sich bei mehreren Leistungserbringern jedoch auch eine Tendenz zur Verschlechterung der Qualität ergeben. Bei den Spitälern hat der Kostendruck der Versicherer und der Kantone vor allem auch zu Einsparungen in der Ausbildung und der Pflege bewirkt, was sich negativ auf die Qualität auswirken könnte. Gemäss dem BSV haben sich zudem eine höhere Fluktuation und Engpässe beim Pflegepersonal ergeben. Die Spitex ist ebenfalls ei-

nem stärkeren finanziellen und leistungsmässigen Druck ausgesetzt, was sich teilweise negativ auf die Behandlungsqualität auswirkt.

4.6. Gesamtbeurteilung

Mit dem KVG konnten bei den Leistungserbringern verschiedene Prozesse ausgelöst oder in Gang gesetzt werden (z.B. Professionalisierung, Qualitätssicherung, verstärktes Kostenbewusstsein), das Hauptziel der Eindämmung der Gesundheitskosten konnte jedoch bisher noch nicht erreicht werden. Die Gesundheitskosten haben durch die Einführung neuer Leistungen sowie aufgrund struktureller Gründe weiter zugenommen. Der Kostenanstieg konnte nicht gebrochen werden. Die Wirkungsdefizite des KVG sind hauptsächlich auf folgende Gründe zurückzuführen:

- Die Einführung des KVG, das die Akteure des Gesundheitswesens in vielfältiger Hinsicht beeinflusst und fordert, benötigt Zeit. Einerseits sind Tarifverhandlungen und die Einführung neuer Instrumente zeitaufwendig, andererseits liess das KVG viele Begriffe offen, die in einem Prozess konkretisiert werden mussten bzw. weiterhin müssen.
- Die Akteure haben den sich ihnen neu bietenden Handlungsspielraum im Bereich der alternativen Modelle und der Spitalplanung bisher nur mangelhaft genutzt. Zudem haben sich aufgrund der vielen offenen Begriffe des KVG sowie fehlender Ausführungsvorschriften Vollzugsprobleme und entsprechende Verzögerungen ergeben. Vollzugsdefizite bestehen vor allem auch bei der Einführung der neuen Führungsinstrumente (Kostenrechnung, Bedarfsabklärung, Qualitätssicherung).
- Die massgeblichen Instrumente zur Kosteneindämmung haben bis heute nur eine beschränkte und damit ungenügende Wirkung entfaltet. So wurde die Spitalplanung von den Kantonen zu wenig restriktiv umgesetzt. Die alternativen Versicherungsmodelle haben sich kaum verbreitet. Zudem wurden die teilweise erzielten Erfolge im Tarifbereich und bei der Spitalplanung durch Ausweichreaktionen weitgehend kompensiert.
- Das KVG setzt zu wenig positive oder negative Anreize, damit sich die Leistungserbringer verstärkt koordinieren. Diese koordinieren sich jedoch nur mit anderen, wenn sie dazu gezwungen werden (z.B. durch finanziellen Druck) oder einen erheblichen Nutzen davon haben (z.B. in HMO-Gruppenpraxen).

- Kosteneinsparungen über den Leistungswettbewerb sind aufgrund der Angebotsfixierung seitens der Leistungserbringer nur sehr schwer zu erzielen. Wettbewerb findet in beschränkter Masse nur bei einzelnen ambulanten Leistungserbringern statt. Das KVG hat den Wettbewerb insgesamt kaum gefördert. Notwendig wäre ein verstärkter Wettbewerb hinsichtlich der Selektion der Leistungserbringer (z.B. von Ärzte-Gruppenpraxen oder Spitälern), der über neue innovative Versicherungsmodelle erzielt werden könnte.
- Die Leistungserbringer und die übrigen Akteure des Gesundheitswesens optimieren in erster Linie ihren eigenen Nutzen und handeln dementsprechend. Dies hat zu etlichen unerwünschten Wirkungen geführt (z.B. zusätzlicher Kapazitätsaufbau, ungenügende Koordination, Mengenausdehnung bei Einnahmenverlusten). Das KVG sollte stärker in Richtung einer Gesamtoptimierung des Gesundheitsmarktes ausgereicht werden.

Das Leistungsangebot konnte mit der Aufnahme zusätzlicher Leistungen verbessert werden, was die medizinische Versorgungsqualität der Versicherten erhöht. Auf die Solidarität unter den Versicherten hatten die Bestimmungen, die die Leistungserbringer betreffen, kaum Einfluss.

Aus unserer Sicht wären folgende drei Massnahmenpakete zur Brechung des Kostenwachstums notwendig:

- Strengere Selektion und verstärkte Reduktion der Anzahl Leistungserbringer (v.a. Spitäler und Ärzteschaft) durch restriktivere Spitalplanungen und einen verstärkten Wettbewerb, v.a. unter den Ärztinnen und Ärzten (Aufhebung des Kontrahierungszwangs und Managed Care-Modelle).
- Wesentlich verstärkte Koordination unter den Leistungserbringern durch verbesserte und erweiterte Spitalplanungen (Planung auf regionaler Ebene, bessere Abstimmung mit anderen Leistungserbringern), neue Tarifierungsmodelle (patientInnenpfadabhängige Fallpreispauschalen) und die Förderung und Erweiterung von Managed Care-Modellen.
- Zusätzlich sollten die bestehenden Wettbewerbshemmnisse im Spitalbereich (heute gültige duale Spitalfinanzierung, etc.) beseitigt, das Kostenbewusstsein sowie die Information der Versicherten über die Leistungsangebote und Versicherungsmodelle verbessert und einheitliche Qualitätsanforderungen definiert wer-

den, damit unter den verbleibenden Leistungserbringern ein möglichst grosser Wettbewerb unter Einhaltung von Qualitätsstandards resultieren kann.

4.7. Empfehlungen

Die nachfolgenden Empfehlungen gehen in zwei Richtungen. Einerseits empfehlen wir den Akteuren, dass sie den sich ihnen mit dem KVG bietenden Handlungsspielraum verstärkt nutzen und die z.T. erheblichen Vollzugsdefizite behoben werden. Andererseits schlagen wir mehrere Massnahmenänderungen vor, die durch die Beseitigung von Hemmnissen resp. das Setzen von neuen Anreizen die Rahmenbedingungen hinsichtlich der Erreichung der Ziele des KVG verbessern helfen sollen.

a) Bund

Dem Bund empfehlen wir, im Gesundheitswesen verstärkt eine Führungsrolle wahrzunehmen. Bislang hat der Bund seit Inkrafttreten des KVG vor allem reagiert und die Umsetzung zum grössten Teil den anderen Akteuren überlassen. Da diese jedoch in erster Linie ihre eigenen Interessen verfolgen, raten wir dem Bund auf, die Vollzugsdefizite zu beheben und das KVG verstärkt vorausschauend weiterzuentwickeln, um einen verstärkten Beitrag zur Optimierung des Gesamtsystems zu leisten.

Welche Verhaltensänderungen sind vom Bund in der Umsetzung des KVG gefordert?

Der Bund ist gefordert, in folgenden Bereichen aktiver und vorausschauender zu handeln:

- Erlass der fehlenden Ausführungsbestimmungen (v.a. Kostenrechnung) und verstärkter Druck auf die Einführung des TarMed,
- Regelung der Finanzierung bei den Pflegeheimen und der Spitex (hängt mit der Einführung der Kostenrechnung zusammen),
- Vorausschauende Klärung der offenen Begrifflichkeiten (z.B. „anrechenbare Kosten“, „bedarfsgerechte Planung“, etc.) und Definition der Anforderungen im KVG durch Richtlinien in den Bereichen Tarife (Tarifhöhe und Tarifierungsmodelle), Spitalplanung und Qualitätssicherung. Damit sollen mittels der Entwicklung von konzeptionellen Vorstellungen die Rechtsprechung vorbereitet, Beschwerden reduziert und die Umsetzung des KVG beschleunigt werden. Positives, jedoch zu

spät erfolgtes Beispiel ist die Definition der Anforderungen an die Qualitätssicherung.

- Beschleunigung der Bundesratsentscheide.
- Der Bund sollte die Leistungserbringer verstärkt in der Umsetzung von Instrumenten unterstützen. Beispielsweise über einen Erfahrungsaustausch oder Beratungsleistungen. Er könnte verstärkt versuchen, die anderen Akteure zu motivieren.

Welche Massnahmenänderungen werden empfohlen?

Wir empfehlen dem Bund im Rahmen von Revisionen folgende Massnahmen zu ändern oder neu einzuführen:

- Aufhebung des Kontrahierungszwangs: Damit soll eine Selektion unter den ambulanten Leistungserbringern (v.a. bei den Ärztinnen und Ärzten) ermöglicht und die Voraussetzungen zur Durchsetzung der alternativen Versicherungsmodelle verbessert werden.
- Neue Regelung der Spitalfinanzierung: In diesem Bereich wurde der Bund bereits aktiv.
- Verbesserung des Risikoausgleichs als bessere Grundlage zur Berechnung des Risikoausgleichs.

b) Kantone

Den Kantonen empfehlen wir ebenfalls, ihren Handlungsspielraum im Gesundheitswesen verstärkt zur Erreichung der KVG-Ziele wahrzunehmen:

- Verbesserung der Spitalplanungen: restriktiver, verstärkte innerkantonale und interkantonalen Koordination, bessere Abstimmung auf andere Leistungsbereiche, Erweiterung der Beurteilungskriterien (nicht alleinige Abstützung auf den Bettenbedarf).
- Verstärkte Verknüpfung von Vorgaben betreffend Qualitätssicherung und Kostenrechnung in den subventionierten Spitälern (Bsp. wie im Kanton Zürich), Finanzielle und inhaltliche Unterstützung der Umsetzung der Instrumente.
- Mitentwicklung von neuen Tarifierungsmodellen zur verstärkten Koordination der Leistungserbringer.
- Kein Rückzug aus der Mitfinanzierung bei den Pflegeheimen und der Spitex, Förderung der Umsetzung von Instrumenten in diesen Bereichen.

- Förderung von Netzwerken.
- Rollenentflechtung.

c) Versicherer

Die Versicherer sind insbesondere im Tarifbereich, bei den alternativen Versicherungsmodellen und bei der Entwicklung und Einführung von Instrumenten gefordert:

- Weiterentwicklung von Tarifmodellen, verstärkte Verknüpfung mit der Erreichung von qualitativen Anforderungen, Integration von Mechanismen zur Mengengrenzung (Bsp. neues Abgeltungsmodell bei den ApothekerInnen);
- Innovatives Vorantreiben der alternativen Versicherungsmodelle, Einführung von echten Kostensparmodellen mit Versichertenpauschalen, Unterstützung von Initiativen seitens der Leistungserbringer (z.B. MediX).
- Partnerschaftliche Unterstützung der Leistungserbringer in der Entwicklung und Einführung von Instrumenten in den Bereichen Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrolle, Qualitätssicherung, Kostenrechnung.

d) Leistungserbringer

Die Leistungserbringer fordern wir auf, die Vollzugslücken zu schliessen, ihren Handlungsspielraum zu nutzen und insbesondere verstärkt zusammenzuarbeiten. Gefordert sind in erster Linie die Ärzteschaft, die Spitäler sowie die Pflegeheime und die Spitex-Organisationen:

- Beschleunigung der Einführung des TarMed.
- Mitentwicklung neuer Tarifmodelle.
- Entwicklung und Vermarktung von Managed Care-Modellen, Weiterentwicklung der Hausarztmodelle (Übernahme eines finanziellen Risikos).
- Mitarbeit bei den Kosten- und Wirtschaftlichkeitskontrollen (v.a. Datengrundlagen).
- Beschleunigung der Entwicklung und Einführung der Instrumente in den Bereichen Qualitätssicherung und Bedarfsabklärung.
- Verstärkung der Koordination (v.a. Ärztinnen und Ärzte, Spitäler, Pflegeheime und Spitex).
- Weitere Verbesserung von betriebswirtschaftlichen Aspekten (Management, Organisation, Markt- und Kundenorientierung).

e) Versicherte

Die Versicherten können durch die Teilnahme an alternativen Versicherungsmodellen und die Übernahme von mehr Selbstverantwortung ebenfalls ihren Beitrag zur Kosteneindämmung leisten.

Anhang

Anhang 1: Kantonale Fallbeispiele: Spitäler

Dargestellt werden im Folgenden für die ausgewählten Kantone Zürich, Thurgau, Waadt und Tessin die Auswirkungen des KVG auf den Handlungsspielraum der Spitäler, die kantonsspezifische Ausgestaltung der Spitalplanung und deren Auswirkungen sowie die Aktivitäten im Bereich Qualitätssicherung.

1. Kanton Zürich

a) Veränderung des Handlungsspielraums der Spitäler

Im Kanton Zürich haben sich in der Beurteilung der kantonalen Behörden vor allem bedeutende Veränderungen bei den subventionierten Spitälern ergeben, indem der Handlungsspielraum durch das KVG und den wirtschaftlichen Druck eingeengt worden ist. Der Kanton hat aufgrund der schlechten Finanzlage den wirtschaftlichen Druck auf die subventionierten Spitäler über prospektive Globalbudgets spürbar erhöhet. Zudem wurde der Handlungsspielraum durch die Leistungsaufträge im Rahmen der Spitalplanung, Vorgaben betreffend der Kosten- und Leistungstransparenz sowie Qualitätsanforderungen eingeschränkt. Die restriktive Umsetzung der Spitalplanung hat zu Schliessungen der Regionalspitäler geführt. Gemäss dem Kanton hat das KVG den Rahmen für diese Veränderungen gesetzt und die Umsetzung der Massnahmen damit indirekt gefördert.

Die Privatkliniken unterliegen gemäss den kantonalen Behörden nicht demselben Druck der neuen Rahmenbedingungen und des Kantons. Der Verband der Zürcher Privatkliniken (VPKZ) beklagt jedoch, dass die Privatkliniken nicht angemessen auf der Spitalliste A (allgemeine Abteilung) vertreten sind, was zu Leistungsreduktionen einiger Privatkliniken geführt hat, die früher auch im Bereich der allgemeinen Abteilung tätig waren. In diesem Zusammenhang wird die Doppelrolle des Kantons als rechtsetzende Behörde (Spitalliste) und Leistungserbringer kritisiert, die zu einer Bevorteilung der öffentlichen Spitäler im Bereich der allgemeinen Versorgung und damit zu einer Begrenzung des Handlungsspielraums der Privatkliniken in diesem Bereich geführt hat. Eine Privatklinik bestätigt, dass insbesondere die kleineren Kliniken verstärkt dem kantonalen Druck (Aufsichtsorgan und Konkurrenten) ausgesetzt sind.

b) Auswirkungen der kantonalen Spitalplanung

Die Spitalplanung des Kantons Zürich zielt gemäss dem Regierungsrat (Regierungsrat ZH 1997) darauf ab, die Überkapazitäten im Bereich der OKPV (Bettenbedarf in der Allgemeinabteilung) durch eine Straffung der Versorgungsstruktur abzubauen. Durch die Schliessung der Regionalspitäler sollte die Auslastung in den Schwerpunktspitälern verbessert werden. Von diesem Konzentrationsprozess erwartet sich der Regierungsrat eine intensivere Nutzung der Ressourcen in betriebswirtschaftlich optimaleren Einheiten und damit eine Verbesserung der gesamten stationären Versorgung. Im Bereich des Privatversicherungsangebotes (Bettenangebot der Halbprivat- und Privatabteilungen) soll der Abbau der Überkapazitäten dem freien Wettbewerb überlassen werden. Zur Umsetzung der Strukturbereinigung hat der Kanton Zürich zwei Spitallisten eingeführt (Regierungsrat ZH 1997). Auf der Spitalliste A sind die öffentlichen und privaten Spitäler aufgeführt, die zur Versorgung der PatientInnen der in der allgemeinen Abteilung zu Lasten der OKPV benötigt werden. Dabei soll der Bedarf in erster Linie durch innerkantonale Kapazitäten gedeckt werden. Die Spitalliste B enthält alle Spitäler, die zu Angeboten im Zusatzversicherungsbereich zugelassen werden. Im Unterschied zur Liste A, bei der eine Angebotsplanung vorgenommen wurde, wird eine Steuerung der privaten Betten als unzulässig erachtet und dem freien Markt überlassen.

Gemäss den kantonalen Behörden ist die jeweilige kantonsspezifische Umsetzung vor allem von der kantonalen Finanzlage und dem politischen Widerstand abhängig. Im Kanton Zürich wurde nach Ansicht des Kantons mit der restriktiven Spitalplanung das innenpolitisch maximal Vertretbare realisiert. Da die Privatkliniken mehrheitlich im Zusatzversicherungsbereich tätig sind, beschränkt sich die Steuerungsfunktion in erster Linie auf die öffentlichen Spitäler. Aufgrund der Spitalplanung wurden sechs Regionalspitäler geschlossen, zwei haben fusioniert. Eine weitere Fusion zweier Regionalspitäler steht bevor. Zudem mussten bis 1998 600 Akutbetten und 500 Stellen abgebaut werden. Bis zum Jahr 2005 ist ein weiterer Abbau von 600 Betten und den entsprechenden Stellen zu vollziehen. In der Beurteilung der kantonalen Behörden hat die Spitalplanung zu einem spürbaren Bettenabbau und zu einer erheblich verbesserten Auslastung der verbliebenen Spitäler geführt. Es wird geschätzt, dass ab 1998 im Vergleich zu einem Szenario ohne Planung jährliche Einsparungen von 10 bis 20 Mio. CHF realisiert werden (Einsparungen von 5% der Kantonsbeiträge resp. 1% der Gesamtkosten).

In der Beurteilung der öffentlichen Spitäler war der Spitallistenentscheid im Kanton Zürich vor allem für die sechs Regionalspitäler einschneidend und hat die Spitallandschaft merklich verändert. Gemäss dem Verband Zürcher Krankenhäuser (VKZ) ist die Strukturbereinigung heute abgeschlossen. Die verbleibenden Spitäler haben ihre Auslastung markant erhöht und mussten teilweise bescheidene Um- und Ausbauten vornehmen (z.B. Ausbau des Spitals Wetzikon). Die spürbare zusätzliche Auslastung wird von mehreren Spitälern bestätigt. Gemäss den befragten Spitälern ist jedoch im Unterschied zu den kantonalen Behörden unklar, ob die restriktive Planung zu einer insgesamt Kosteneinsparung geführt hat. Einerseits wird daran gezweifelt, ob grössere Spitäler wirklich wirtschaftlicher sind als kleine. Andererseits könnte auch eine Mengenausdehnung stattgefunden haben. Die Vereinigung der Privatkliniken des Kantons Zürich (VPKZ) vertritt die Auffassung, dass die Spitalplanung die effiziente Ressourcenverwendung nicht gefördert hat, weil die Schliessung der Regionalspitäler zu einer Verschiebung der Erbringung günstiger Basismedizin in teurere Spitäler geführt hat. Als Beispiel wird die Verschiebung von PatientInnen vom günstigen Spital Bauma zum mehr als doppelt so teuren Spital Wetzikon angeführt. Zudem wird ebenfalls angeführt, dass die grösseren Zentrumsspitäler teilweise ihre Infrastruktur ausbauen mussten.

Die Privatkliniken stossen sich gemäss der VPKZ daran, dass sie in der Liste A nicht angemessen vertreten sind. Dem Kanton wird vorgeworfen, dass er seine eigenen Interessen vertritt, seine Spitäler schützt und die Privatkliniken im OKPV-Markt benachteiligt. Kritisiert wird in diesem Zusammenhang auch der Spitallistenentscheid des Bundesrates, der den Kanton im Schutz der eigenen Interessen und im willkürlichen Handeln legitimiert.

c) Kantonale Aktivitäten im Bereich Qualitätssicherung

Im Kanton Zürich wurde mit dem Projekt „Leistungsorientierte Ressourcenallokation im Spitalbereich“ (LORAS) ein neues leistungsorientiertes resp. outputorientiertes Steuerungsinstrument in den Spitälern eingeführt, das sich aus Leistungsaufträgen, Globalbudgets und Ergebnisindikatoren zusammensetzt. Im Rahmen von LORAS wurden mit der Methode zur Messung der Ergebnisqualität (Outcome-Messung) wesentliche Neuerungen im Bereich der Qualitätssicherung erprobt und eingeführt. Neben der Entwicklung eines Indikatorensets zur Outcome-Messung wurde in den beteiligten Spitälern mittels eines Fragebogens die Kundenzufriedenheit beurteilt. LORAS hat gemäss den Projektverantwortlichen zu einem bewussteren Umgang der Spitäler

mit Qualitätsfragen und zu einem erhöhten Bewusstsein für interdisziplinäre Zusammenarbeit geführt. In einigen Spitälern wurde ein internes Qualitätsmanagement geschaffen (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 1999). Während der VKZ der Ansicht ist, dass das KVG die Umsetzung der Outcome-Messung im Kanton Zürich beschleunigt hat, führen die kantonalen Behörden die verstärkten Aktivitäten vor allem auf die kantonale Initiative zurück. In ihrem Urteil sind vom KVG keine grossen Impulse zu erwarten. Die bisherigen Arbeiten des KSK und von H+ werden als mager beurteilt. Zwei öffentliche Spitäler betonen, dass bereits vor Inkrafttreten des KVG Qualitätssicherungsmassnahmen durchgeführt wurden, jedoch nicht im heutigen Ausmass. Neben dem KVG wird insbesondere dem LORAS-Projekt eine grosse Bedeutung beigegeben.

Alle öffentlichen Spitäler im Kanton Zürich führen seit dem Jahr 2000 eine Qualitätssicherung durch, die aus den Outcome-Messungen und der PatientInnenzufriedenheitsmessung besteht. Die Outcome-Messung wird vom Verein Outcome durchgeführt, an dem die Spitäler, der Kanton und die Versicherer partnerschaftlich beteiligt sind. Die Kosten für die Outcome-Messung werden zu gleichen Teilen vom Kanton und den Versicherern finanziert. Der Vollzugsstand wird als gut beurteilt. Erste Trends sind absehbar. Die Veränderungen der Qualität können jedoch gemäss den kantonalen Behörden noch nicht zuverlässig beurteilt werden. Es wird ein verdecktes Benchmarking durchgeführt. Dies wird von den befragten Spitälern teilweise kritisiert, da die Spitäler wissen wollen, was die anderen besser machen. Sanktionen sind vorgesehen, werden aber in der Aufbauphase noch nicht angewendet. Die Qualitätssicherung soll zu einer Erhöhung der Qualität und dadurch volkswirtschaftlich zu einer Kosteneindämmung führen. Allerdings sind die Arbeiten mit Kosten verbunden. Die Versicherer konnten dazu bewogen werden, die Hälfte von den für die Qualitätssicherung total anfallenden Kosten von 32.- CHF pro Fall zu übernehmen. Neben den Arbeiten um LORAS wurden spitalintern auch einige weitere Qualitätssicherungsmassnahmen ergriffen (z.B. interne Organisationsentwicklung, mit der dank interdisziplinäre Arbeitsgruppen das Standesdenken überwunden werden soll; Zertifizierung oder Akkreditierung von eher industriellen Prozessen wie Küche, Labor oder Apotheke; Mitarbeit am Emerge-Projekt, bei dem die PatientInnenzufriedenheit im ambulanten Bereich befragt wird). Von den Spitälern wird mehrfach darauf hingewiesen, dass Qualitätssicherungsmassnahmen die Kosten kurzfristig eher erhöhen statt senken.

Gemäss dem VPKZ hat das KVG bei den öffentlichen und den privaten Spitälern das Bewusstsein für Qualitätssicherungsmassnahmen gestärkt. Wesentlicher Aspekt ist dabei, dass die Qualitätssicherung mit den Tarifverträgen verknüpft worden ist. Der Stand der Qualitätssicherung wird in den einzelnen Fachbereichen als unterschiedlich beurteilt. So ist sie im Bereich Gynäkologie hoch entwickelt und etabliert; die Resultate von Patientinnenumfragen haben gemäss dem VPKZ bereits zu markanten Änderungen geführt. Gemäss einer Privatklinik befinden sich die Qualitätssicherungsmassnahmen auf einem hohen Stand und wurden unabhängig vom KVG eingeführt. Die Qualitätssicherungs-Standards (Aufenthaltsdauer, Infektionsrate, Hygienestandards, wiederholte Operationen, PatientInnenzufriedenheit) werden von den Ärztinnen und Ärzten und dem Pflegepersonal getragen und gefördert. Die Resultate werden als Grundlage für die Beurteilung von Kaderleuten verwendet: Eine andere Privatklinik erachtet zur Entwicklung der Qualitätssicherung die Zusammenarbeit im Rahmen der Swiss Leading Hospitals (SLH) als entscheidend. Die Marketingorganisation SLH hat für die Kliniken Qualitätskriterien (Prozess- und Ergebnisqualität) definiert, die zwingend erfüllt werden müssen. Die Anstrengungen der Klinik, um von den SLH anerkannt zu werden, haben eine Verbesserung der Leistungsqualität ausgelöst.

2. Kanton Thurgau

a) Veränderung des Handlungsspielraums der Spitäler

Im Unterschied zum Kanton Zürich hatte die Spitalplanung im Kanton Thurgau keine spürbare Auswirkungen auf die öffentlichen Spitäler, weil gemäss den kantonalen Behörden die Überkapazitäten bereits vor Inkrafttreten des KVG abgebaut worden waren. Für die Privatkliniken, die in der allgemeinen Abteilung tätig sein wollen, hat die Spitalplanung zu Unsicherheiten und teilweise zu einer Einschränkung des Leistungsspektrums geführt.

Eine bedeutende Veränderung hat sich für die zwei öffentlichen Spitäler ergeben, die in die Spital AG Thurgau übergeführt worden sind, die sich ganz in kantonalem Besitz befindet. Durch die Ausgliederung der öffentlichen Spitäler nach Privatrecht wollte der Kanton seine Rolle als Aufsichtsorgan und Leistungserbringer entflechten und den Handlungsspielraum der öffentlichen Spitäler erhöhen, um ihre Wettbewerbsposition gegenüber den Privatkliniken im Bereich der Zusatzversicherung sowie den ausserkantonalen Spitälern zu stärken. Das KVG hat die Ausgliederung mitbeeinflusst, in-

dem es gemäss den kantonalen Behörden zu einer Stärkung der Rolle des Kantons als Regulator („Schiedsrichter“) verstärkt und damit die Führung eigener Spitäler erschwert hat.

b) Auswirkungen der kantonalen Spitalplanung

Im Kanton Thurgau wurde die Situation gemäss den kantonalen Behörden im Wesentlichen vor Inkrafttreten des KVG durch die Schliessung von unrentablen Spitälern bereinigt und die vorhandenen Überkapazitäten abgebaut. Die Akutbettendichte des Kantons lag mit 3.6 Akutbetten in öffentlichen und privaten Spitälern pro 1'000 EinwohnerInnen unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt (Faktor 4.7). Heute bestehen gemäss dem Kanton mit den zwei öffentlichen Akutspitälern mit einer Auslastung von rund 88% keine Überkapazitäten.

Umstritten ist die Art und Weise der Berücksichtigung der Privatkliniken, die zugunsten der allgemeinen Abteilung tätig sein können (Spitalliste A). Diese sind mit dem allgemeinen Rückgang an Zusatzversicherten vermehrt auf die Behandlung von Grundversicherten angewiesen. Die Privatkliniken werden in der Spitalliste 1998 (RR Thurgau 1997) mit unterschiedlichen Leistungsspektren auf der Liste A aufgeführt, was gemäss den kantonalen Behörden die Konkurrenz unter den Spitälern erhöht. Der Bundesrat hat dem Kanton Thurgau jedoch vorgeworfen, dass die Einschränkungen bei den Privatkliniken zu gross sind und der Bedarf für Leistungsaufträge in spezifischen Leistungsbereichen überprüft werden muss. Er hat die Spitalliste 1998 unter der Auflage genehmigt, dass ausserkantonale Kliniken aufzunehmen sind und im Rahmen der Bettenplanung die für den Kanton geplanten Betten der allgemeinen Abteilung den einzelnen Betrieben zugeteilt werden (Teilbettenplanung). Da die Privatkliniken im Kanton Thurgau vor allem Spezialkliniken mit einem wesentlichen Anteil an ausserkantonalen PatientInnen umfassen, hat die Spitalplanung bei diesen Spitälern gemäss einer Privatklinik zu grossen Unsicherheiten geführt. Einerseits ist die Frage, wieviele Betten der allgemeinen Abteilung genehmigt werden, zentral geworden. Andererseits ist es entscheidend, dass die Privatkliniken, die einen grossen Anteil an ausserkantonalen OKPV-Versicherten behandeln, auf der Spitalliste A geführt werden, weil viele Kantone in ihrer Spitalliste nur ausserkantonale Spitäler aufnehmen, die im jeweiligen Kanton anerkannt sind (z.B. Kanton SG).

c) Kantonale Aktivitäten im Bereich Qualitätssicherung

Der Kanton Thurgau hat keine besonderen eigenen Anstrengungen im Bereich der Qualitätssicherung unternommen. Er hat einzig dafür gesorgt, dass die öffentlichen Spitäler bei den Aktivitäten von H+ involviert sind. Die Spitäler im Kanton Thurgau haben auch eigene Anstrengungen im Bereich der Qualitätssicherung unternommen. Beispielsweise befragen die Spitäler ihre PatientInnen, ihre zuweisenden Ärzte, etc. nach der Beurteilung der erbrachten Leistungen. Zudem haben einige kantonale Spitäler Qualitätssicherungssysteme eingeführt wie beispielsweise Qualitätsförderung gemäss EFQM. Zudem sind bei den öffentlichen Spitälern im medizinischen Bereich viele Benchmark-Systeme im Einsatz. Viele Datenvergleiche und Statistiken werden innerhalb der Fachgesellschaften erhoben. Im Kanton Thurgau praktizieren verschiedene Pflegeheime ohne Verpflichtung durch den Kanton ein modernes QS-System im Bereich der Pflege über sogenannte Pflegestandards. Oft vorkommende Handlungen wie „Verband auswechseln“ werden standardisiert und periodisch beim Personal geprüft. Zusätzlich finden PatientInnenbefragungen zu diesen Pflegestandards statt. Dieses System ist allerdings im allgemeinen Fortschritt zu betrachten und nicht auf das KVG zurück zu führen. Die öffentlichen Spitäler sind der Ansicht, dass die Qualitätssicherung einen Beitrag an die Reduktion der Kostensteigerung liefern kann. Kritischer wird die bisher erreichte Qualitätssicherung durch das befragte Privatspital betrachtet. Der Rahmenvertrag wird als ziemlich „zahnlos“ betrachtet. Auch mit einer Zertifizierung nach ISO-Standards sind die Erfolge der Qualitätssicherung nur schwer zu ermitteln. Fehler im Servicebereich können korrigiert werden; schwieriger ist es jedoch, die medizinische Qualität zu bestimmen.

3. Kanton Waadt

a) Veränderung des Handlungsspielraums der Spitäler

Der Handlungsspielraum der öffentlichen Spitäler im Kanton Waadt hat sich gemäss den befragten Spitälern nicht aufgrund des KVG verändert, sondern vor allem infolge des finanziellen Drucks, der zu einer spürbaren Kürzung der kantonalen Finanzmittel geführt hat. Die Spitalplanung hatte keine wesentlichen Auswirkungen auf die Spitäler, weil praktisch alle vorhandenen öffentlichen und privaten Spitäler nach Ermittlung des Angebots, des Bedarfs und der medizinischen Notwendigkeit der Behandlungsmethoden berücksichtigt wurden. Gemäss dem kantonalen Verband der Privatkliniken

(AVPC) hat sich der Handlungsspielraum der Privatkliniken im Grundversicherungsbereich verringert, weil sich der Kanton gegen die Mitfinanzierung der allgemeinen Abteilung bei den Privatspitälern ausgesprochen hat. Die kantonalen Behörden erwähnen, dass sich der Handlungsspielraum der öffentlichen Spitäler durch die Einführung einer einheitlichen Kostenrechnung verringern wird, weil damit Kostenvergleiche („Benchmarkings“) möglich werden und der Druck auf die Spitäler seitens der Finanzierer erhöht werden kann. Zudem wird erwähnt, dass im Rahmen der Neuorientierung der Waadtländer Gesundheitspolitik (Nouvelles orientations de la politique sanitaire - NOPS) der Aufbau von Pflegenetzwerken geplant ist, an denen sich die Spitäler beteiligen werden.

b) Auswirkungen der kantonalen Spitalplanung

Gemäss den kantonalen Behörden sollten mit der Spitalplanung vor allem Überkapazitäten abgebaut und die Zusammenarbeit zwischen den Spitälern verbessert werden. Die Spitalplanung förderte gemäss dem Kanton bei den öffentlichen Spitälern die inner- und interkantonale Zusammenarbeit. Jedoch wurde nur ein Spital geschlossen, resp. in ein Pflegeheim umgewandelt. Der private Spitalsektor wurde nicht in die Planung miteinbezogen. Die Privatkliniken werden auf einer separaten Liste geführt mit der Absicht, dass das Angebot der Privatkliniken durch den Wettbewerb geregelt werden soll. Die Privatkliniken im Kanton Waadt führen im Unterschied zu anderen Kantonen keine allgemeine Abteilungen. Die Planung unterscheidet sich deshalb von anderen Kantonen mit einer unterteilten Liste, die die Privatklinken mit allgemeiner Abteilung mit der Spitalliste A in die Planung miteinbeziehen (z.B. ZH, TG, TI).

In der Beurteilung der kantonalen Spitalverbände und der befragten Spitäler hatte die Spitalplanung des Kantons nur sehr geringe Auswirkungen zur Folge. Der Verband der öffentlichen Spitäler (FHV) kritisiert die Planung hinsichtlich einer besseren Ressourcenverwendung und Kosteneindämmung als ungenügend. Die Planung dient der Strukturhaltung, weil praktisch alle öffentlichen Spitäler aufgeführt werden. Zudem ist der FHV der Ansicht, dass interkantonale Aspekte viel stärker hätten berücksichtigt werden müssen.¹⁴ Ebenfalls kritisch äussert sich das Universitätsspital (CHUV), das die Auswirkungen der Spitalplanung ebenfalls als sehr gering beurteilt. Die im Spital-

14 Z.B. Spital Broye (VD und FR), Orientierung des Spitals Nyon in Richtung Genf, Spital Chablais (VD und VS).

sektor erreichten Kosteneinsparungen werden eher auf die Vorgaben im Rahmen des Globalbudget als auf die Spitalplanung zurückgeführt.

c) Kantonale Aktivitäten im Bereich Qualitätssicherung

Im Kanton Waadt wurden von den Spitälern bereits vor Inkrafttreten des KVG Qualitätssicherungsmassnahmen umgesetzt. Die bisherigen Massnahmen beschränkten sich gemäss dem Kanton Waadt vor allem auf das Feststellen von Mängeln. Echte Qualitätssicherung wurde bisher nur in sehr spezifischen Bereichen (z.B. Sterilisation) durchgeführt. Der Kanton Waadt will ein Akkreditierungssystem einführen, das zuerst auf die Rehabilitationskliniken und danach auf die Akutspitäler angewendet werden soll. Die öffentlichen und privaten Spitäler des Kantons weisen neben den Vorteilen aber auch auf die zusätzlichen Kosten hin. Sie fordern von den Versicherern, sich an diesen Zusatzkosten zu beteiligen und nicht nur zu drohen, die Rechnungen bei fehlendem Qualitätssicherungssystem nicht mehr zu bezahlen. Die Spitäler kritisieren, dass das KVG im Bereich Qualitätssicherung viele Fragen offen lässt. Das KVG hat ihrer Ansicht nach jedoch zu einer Vereinheitlichung der Qualitätssicherungsmassnahmen geführt. Die Erfolge werden jedoch erst in mehreren Jahren ersichtlich sein. Teilweise wird daran gezweifelt, ob die Massnahmen wirklich zu einer besseren Leistungsqualität führen.

4. Kanton Tessin

a) Veränderung des Handlungsspielraums der Spitäler

Der Kanton Tessin verfügt im Vergleich zu den anderen Kantonen über eine spezielle Spitalstruktur, indem die Privatspitäler durch einen Bettenanteil von rund 45% und der Tätigkeit in der Grundversorgung eine besondere Stellung einnehmen. Während sich der Handlungsspielraum der öffentlichen Spitäler, die vor mehr als 15 Jahren an das parastaatliche Unternehmen Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) ausgegliedert worden sind, kaum verändert hat, stellt der kantonale Verband der Privatkliniken (ACPT) markante Veränderungen durch das KVG bei den Privatkliniken fest. Gemäss dem ACPT hat der erweiterte Leistungskatalog und die Trennung der Grund- von der Zusatzversicherung zu einem markanten Rückgang des Anteils der Zusatzversicherten geführt (Reduktion von 60% auf 40%). Die wirtschaftliche Situation hat sich damit vor allem für die privaten Akutspitäler merklich verschlechtert. Die Ende 2000 beschlosse-

ne Spitalplanung schränkt den Handlungsspielraum der privaten Akutspitäler jedoch spürbar ein, weil sie mit Spitalschliessungen, Bettenabbau und Leistungsaufträgen verbunden ist. Kritisiert wird die weiterhin bestehende Doppelrolle des Kantons als Regulator und Besitzer der EOC, die nach Ansicht der Privatspitäler zu einer Bevorzugung der öffentlichen und der subventionierten Spitäler geführt hat, indem diese weniger Betten abbauen müssen. Zudem werden die Privatkliniken, die nur auf der Spitalliste B geführt werden, bei ausserkantonalen Behandlungen nicht berücksichtigt.

b) Auswirkungen der kantonalen Spitalplanung

Die Zulassung zur Tätigkeit in der allgemeinen Abteilung hat für die Privatspitäler eine zentrale Bedeutung. Der Kanton hat nun mit der Spitalplanung mehr Macht über die Privatspitäler erhalten, indem er diese durch Leistungsaufträge in der allgemeinen Abteilung kontrollieren kann. Gemäss dem Verband der Privatkliniker (ACPT) wurden diese durch den Leistungsauftrag gegenüber dem Kanton aufgewertet.

Im ersten Planungsentwurf sah der Kanton nur einen Abbau von 100 Betten vor. Aufgrund eines vom Bundesrat gutgeheissenen Einspruchs der Versicherer musste die Planung überarbeitet werden. Ein befragtes Spital vermutet, dass sich der Kanton durch eine anfänglich nicht einschneidende Planung den politischen Rückhalt des Bundesrates für einen stärkeren Abbau sichern wollte. Im Dezember 2000 wurde der zweite Spitalplanungsentwurf verabschiedet. Insgesamt sollen sieben Spitäler geschlossen resp. umgewandelt und insgesamt rund 450 Betten abgebaut werden. Auf das Jahr 2005 ist ein weiterer Bettenabbau geplant. Ziel ist die Reduktion der überdurchschnittlich hohen Bettendichte des Kantons auf den schweizerischen Bettendurchschnitt¹⁵.

Gemäss den kantonalen Behörden hatte die Planung bis anhin keine direkten Effekte, weil sie noch nicht umgesetzt ist. Indirekt hat sie sich jedoch schon ausgewirkt, indem einige Spitäler ihr zukünftiges Leistungsangebot überprüft haben. Von den aus Kostengründen zu schliessenden Spitälern haben vier bereits entschieden, zu schliessen oder Leistungen im Pflegebereich anzubieten (Umnutzung). Drei Spitäler (zwei öffentliche und ein privates) widersetzen sich der geplanten Schliessung.

15 1996 betrug die Akutbettendichte im Kanton Tessin 6.3 Betten pro 1'000 Einwohner. Gesamtschweizerischer Akutbettendurchschnitt: 4.7 (Rothenbühler 1999).

Die Privatkliniken sind gemäss ihrem Verband (ACPT) mit der Umsetzung der Spitalplanung und der Spitalliste nicht zufrieden, weil die verzögerte Umsetzung eine lange Phase der Unsicherheit bedeutet hat und sie einen Grossteil der Bettenreduktion tragen müssen (Abbau von 370 Betten). Sie sind der Ansicht, dass sie durch den Kanton benachteiligt werden und fordern auch bei den öffentlichen Spitälern eine Strukturbereinigung. Sie kritisieren, dass alle vier öffentlichen Zentrumsspitäler eine Frauenklinik führen, die beinahe doppelt so teuer sind wie die Privatklinik Santa Anna. Die Spitalplanung hat die Diskussion um die Spitalfinanzierung belebt, indem die Privatkliniken bemängeln, dass sie über einen Leistungsauftrag verfügen, aber im Gegensatz zu den öffentlichen Spitälern vom Kanton nicht unterstützt werden.

c) Kantonale Aktivitäten im Bereich Qualitätssicherung

Gemäss dem Kanton Tessin liegen kaum Qualitätskontrollen und Qualitätssicherungsmaßnahmen nach KVG vor. Auch die öffentlichen Spitäler (EOC) und der Verband der Privatspitäler (ACPT) sind der Ansicht, dass das KVG wenig Einfluss auf die Qualitätssicherung hatte. Die EOC ist sich sicher, dass die Spitäler heute in vielen Bereichen weiter sind als die im Rahmenvertrag vereinbarten Massnahmen. So hat der Kanton Tessin ein Raster zur Beurteilung der Qualitätsmassnahmen erarbeitet, in dem die Behandlung, der Service und die Beziehungen zu den PatientInnen in Bezug auf Struktur, Prozess und Resultat beurteilt werden. Die Privatspitäler sind daran, dieses System ebenfalls einzuführen. Der Kanton versucht verstärkt, die „Evidence based medicine“ einzuführen. Dazu wurde ein zentraler Service gebildet, der die Anstrengungen in diese Richtung koordiniert und an Indikatorensystemen arbeitet. Die Sensibilisierung auf diesem Gebiet war aber bereits vor dem KVG da. Sowohl die öffentlichen wie auch die privaten Spitäler kritisieren, dass die Versicherer die in Bezug auf die Qualität fortschrittlichen Spitäler nicht prämiieren.

Anhang 2: Auswertungen zur Spitalplanung

1. Auswertung der Spitallisten

Art der Spitalplanung	Kantone	Konkrete Massnahmen aufgrund der Spitalliste.	Anzahl Akutbetten pro 1'000 Einwohnern (1996); Differenz zum Zielwert
Restriktiv (Schliessung von Spitälern; Bettenabbau)	ZH	<ul style="list-style-type: none"> Sechs Regionalspitäler verlieren ab 1998 ihre Berechtigung zur Behandlung von allgemein versicherten PatientInnen zu Lasten der Krankenversicherung. Vorgabe des Abbaus der Anzahl Betten und Stellen: Abbau von 600 Akutbetten und 500 Stellen bis 1998; bis 2005 nochmals Abbau von 600 Betten und dem entsprechenden Personal. 	<ul style="list-style-type: none"> 5.1 -35% (2005)
	BE	<ul style="list-style-type: none"> Zwei öffentliche Akutspitäler sowie eine private Klinik erscheinen nicht mehr auf der Liste 1999. Bildung von Spitalgruppen. Teilweise Reduktion der Leistungsaufträge. 	<ul style="list-style-type: none"> 5.5 Reduktion: k.A.
Eher restriktiv (v.a. Bettenabbau)	BS	<ul style="list-style-type: none"> Die private Josefsklinik wurde nicht mehr aufgenommen; Fusion der Kinderspitäler BS und BL. Über 600 Akutbetten sollen abgebaut werden. 	<ul style="list-style-type: none"> 8.5 -44% (2002)
	VD	<ul style="list-style-type: none"> 3 Spitäler wurden nicht mehr aufgeführt. Abbau von 924 Betten. 	<ul style="list-style-type: none"> 5.1 -35% (2005)
	JU	<ul style="list-style-type: none"> Fusion dreier Spitäler. Abbau von rund 200 Betten seit 1996. 	<ul style="list-style-type: none"> 6.1 -51% (2005)
	GR	<ul style="list-style-type: none"> Mit Ausnahme einer Klinik sind alle Spitäler aufgeführt. 158 Akutbetten sollen abgebaut werden. 	<ul style="list-style-type: none"> 5.6 -29% (2000)
	GE	<ul style="list-style-type: none"> Praktisch alle Leistungserbringer sind auf der Liste aufgeführt. Reduktion von 400 Betten bis 2001. 	k.A.
	NE	<ul style="list-style-type: none"> Keine Betriebsschliessungen. Reduktion um 256 Akutbetten. 	<ul style="list-style-type: none"> 5.1 k.A.
	TI	<ul style="list-style-type: none"> Reduktion von 330 Betten bis 2005. 	<ul style="list-style-type: none"> 6.3 -44%

Art der Spitalplanung	Kantone	Konkrete Massnahmen aufgrund der Spitalliste.	Anzahl Akutbetten pro 1'000 Einwohnern (1996); Differenz zum Zielwert
Nicht restriktiv	LU, SH, SG	<ul style="list-style-type: none"> • Alle öffentlichen und privaten Spitäler werden auf der Spitalliste geführt; keine Betriebsschliessungen vorgesehen. • In SG ist die Schliessung zweier Spitäler am politischen Widerstand gescheitert. 	k.A.
	FR	<ul style="list-style-type: none"> • Alle öffentlichen und privaten Spitäler werden auf der Spitalliste geführt. • In den Bezirksspitäler müssen 60 Betten abgebaut werden (-14% im Vergleich zu 1996). 	k.A.
	VS	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Betriebsschliessungen; Organisation der Spitalversorgung nach Sektoren • Reduktion der Akutbetten um 112. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3.6 • -11% (2000)
	AG, TG, OW, NW, UR, SZ, GL, ZG, AI	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Spitalschliessungen notwendig. • Teilweise Vorgabe eines Bettenabbaus (UR: Reduktion von 31 Betten in Regionalspitälern). 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen 2.5 (NW) und 3.9 (GL) • Zwischen -0% (AG) und -15% (SZ) (2005)
	AR	<ul style="list-style-type: none"> • Offene Zulassungspraxis, um den Wettbewerb zu fördern. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2.6 • -6% (2010)

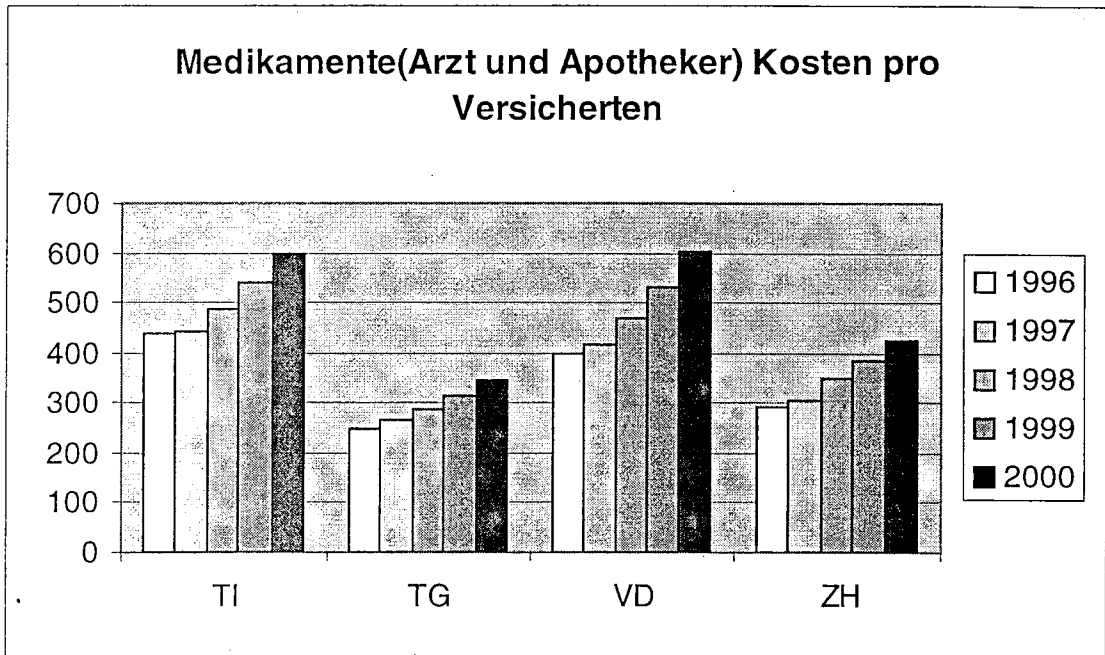
Tabelle 10: Art der Spitalplanung in den Kantonen: Während eine Minderheit der Kantone eine restriktive Planung zum Abbau der Überkapazitäten einleitete, führten die Mehrzahl der Kantone praktisch alle Spitäler in der Spitalliste auf (Quelle: Rothenhöhler 1999).

2. Beispiele interkantonaler Zusammenarbeit

Art des Abkommens	Abkommen
Spitalfreizügigkeit für PatientInnen im Grenzgebiet	Freizügigkeitsabkommen zwischen den Kantonen: <ul style="list-style-type: none"> • Zürich und Schaffhausen, • Luzern und Aargau, • Uri und Obwalden, • Solothurn und Basel-Land (volle Freizügigkeit für alle PatientInnen). • Fribourg und Waadt (Spital de la Broye).
Abkommen im Bereich Spitzenmedizin und hochspezialisierter Medizin	<ul style="list-style-type: none"> • Vereinbarungen des Kantons Luzern mit dem Kantonsspital Basel (Herzchirurgie), dem Inselspital Bern und dem Kantonsspital Aargau (Neurochirurgie). • Spitalvereinbarung zwischen den Kantonen Uri und Obwalden betreffend stationäre Ophthalmologie. • Verträge des Kantons Nidwalden mit den Kantonsspitalern Luzern (Kinderspital, Augenklinik, etc.), Basel (Herzchirurgie, etc.), Aarau (Neurochirurgie) und der Klinik St. Anna Luzern. • Verträge des Kantons Zug mit Spitälern aus den Kantonen Zürich (Kinderspital, Triemli, Epilepsie-Klinik), Thurgau (Littenheid), Bern (Inselspital) und Luzern (Kantonsspital). • Verträge des Kantons St. Gallen mit dem Unispital Zürich (Herzchirurgie, etc.), der REHAB Basel und der Klinik Balgrist. • Abkommen des Kantons Graubünden mit Spitälern aus Zürich und dem Tessin im Bereich Spitzenmedizin.
Spitalzusammenlegung	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenlegung des Basler Kinderspitals mit der Kinderklinik am Kantonsspital Bruderholz, • Fusion der Spitäler Aigle und Monthey (VD und VS), • Bildung von Spitalgruppen im Kanton BE

Tabelle 11: Beispiele interkantionaler Zusammenarbeit in der Spitalplanung (Quelle: Rothenbühler 1999).

Anhang 3: Kantonale Fallbeispiele: Medikamentenkosten



Figur 12: Medikamentenkosten (Ärzte und Apotheken) pro Versicherten der Kantone TI, TG, VD und ZH: Die gesamten Medikamentenkosten liegen in den Kantonen mit ärztlicher Selbstdispensation (ZH, TG) tiefer als in den Kantonen ohne entsprechende Regelung (Quelle: BSV 1999)

Anhang 4: Methodische Angaben zu den Interviews

1. Persönliche Interviews

Organisationen		GesprächspartnerInnen
Bundesbehörden	Bundesamt für Sozialversicherung (BSV)	Frau S. Schneider, Frau M.-T. Furrer und Herr G. Cortesi, Sektion Tarife und Leistungserbringer
		Herr M. Langenegger, Sektion Qualitätssicherung
Kantonale Behörden	Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK)	Herr F. Wyss
	Gesundheitsamt TG	Herren Dr. J. Weilenmann und M. Schwager, Frau Kaspar
	Gesundheitsdirektion ZH	Herr Dr. M. Dieckmann
	Service de la santé publique VD	Messieurs Diserens et Blanc
	Sezione Sanitaria TI	Herr G. Domenighetti
Leistungserbringerverbände	Spitalverband H+	Herr Dr. Ch. Haudenschild
	Fédération des hôpitaux vaudois (FHV)	Monsieur Meier
	Association vaudoise des cliniques privées (AVCP)	Monsieur Bovy
	Associazione Cliniche Private Ticinesi (ACPT)	Frau M. Lepori, Herren Rossi und Dell'Ambrogio
	Heimverband Schweiz und Forum stationäre Altersarbeit Schweiz	Frau L. Valkanover und Herr H. Schönenberg
	Heimverband Schweiz, Sektion Zürich	Frau M. Aschwanden und Herr E. Loser
	Association vaudoise d'établissement médico-sociaux (AVDEMS)	Monsieur Berthet
	Spitex Verband Kanton Zürich	Herr Dr. H. Zuberbühler
	Spitex Verband Kanton Thurgau	Herr M. Hotz und Frau Ch. Lanzicher
	Organisation médico-social vaudoise (OMSV)	Monsieur Berlie
	FMH	Herr H. P. Kuhn
	Ärztegesellschaft des Kantons Zürich (AGZ)	Herr Dr. W. Grete und Frau C. Brenn
	Société vaudoise de médecin (SVM)	Monsieur Dr. Favrod-Coune

Organisationen		GesprächspartnerInnen
	Schweizerischer Apothekerverein (SAV)	Herr M. Brentano
	Schweizerischer PhysiotherapeutInnen Verband (SPV), Sektion Zürich	Frau C. Muggli
	Association vaudoise des physiothérapeutes	Monsieur Helfer
	Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft (SCG)	Herr Dr. D. Mühlemann
	Schweizerischer Verband diplomierter ErnährungsberaterInnen (SVERB)	Frau B. Conrad und Herr W. Frey
Leistungserbringer	Triemlispital, Zürich	Herr Dr. M. Müller
	Kantonsspital Winterthur, Winterthur	Frau R. Meier
	Etablissement hospitalier de La Côte (publique)	Monsieur Chapuisat
	Ente Ospedaliero Cantonale, Bellinzona	Herr Dr. C. Maggini
	Spital Thurgau AG	Herr P. Riediker
	Hirslanden-Gruppe, Zürich	Herren M. Oetiker und Dr. R. Kühne
	Clinique de Genolier (privée)	Monsieur Brand
	Kranken- und Pflegezentrum Wellingtonia	Herr P. de Gallo
MediX Gruppenpraxis	Herr Dr. F. Huber	
Versichererverband	Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer	Herr D. Wyler
Wissenschaft/Beratung	Integria Consult	Herr Dr. K. Müller

Tabelle 12: GesprächspartnerInnen der persönlichen Interviews.

2. Telefonische Interviews

Organisationen		GesprächspartnerInnen
Leistungserbringerverbände	Schweizerische Vereinigung der Privatkliniken (SVPK)	Herr Dr. U. Wanner
	Vereinigung der Privatkliniken des Kantons Zürich (VPKZ)	Herr P. Binder
	Verband Zürcher Krankenhäuser	Herr W. Rufer
	Union schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen	Herr M. Künzi
	Spitex-Verband Schweiz	Frau B. Mazenauer
	Schweiz. Berufsverband der Krankenschwestern und -pfleger (SBK)	Herr U. Weyermann
	Schweiz. Physiotherapeuten-Verband (SPV)	Herr E. Mischler
	Deutschschweizer Logopädinne und Logopädennverband (DLV)	Frau Sonderegger
	ErgotherapeutInnen Verband Schweiz (EVS)	Frau E. Kuster
Leistungserbringer	Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)	Monsieur Schenker

Tabelle 13: GesprächspartnerInnen der telefonischen Interviews.

3. Gesprächsleitfaden der Interviews mit den öffentlichen Spitälern

1. Änderungen der Rahmenbedingungen für die Spitäler

- Wie beurteilen Sie die Stärken und Schwächen des KVG im Vergleich zum KUVG? Welche Auswirkungen erwarten Sie vom KVG? Wie beurteilen Sie die kantonale Umsetzung des KVG (auch im Vergleich zu anderen Kantonen)?
- Welche Bestimmungen haben sich spürbar auf die Spitäler ausgewirkt? Inwiefern hat sich der Handlungsspielraum der öffentlichen Spitäler verändert?
- Inwiefern haben sich die Beziehungen der Spitäler zueinander (innerhalb der Branche und des Verbands) und zu den übrigen Akteuren (andere Leistungserbringer, Behörden) verändert?

2. Spitalplanung

- Wie beurteilen Sie die kantonale Spitalplanung? Ist sie geeignet, die Ziele des KVG zu erreichen? Welche Auswirkungen hat die Spitalplanung bei den subventionierten und den privaten Spitälern ausgelöst? Konnte die effiziente Ressourcennutzung gefördert und ein Beitrag zur Kosteneindämmung geleistet werden? Welche Unterschiede bestehen zu anderen Kantonen?

3. Tarifierung, Kostenrechnung und Spitalfinanzierung

- Welche Änderungen haben sich durch das KVG im Tarifbereich ergeben?
- Welche Auswirkungen hatten die neuen Spitalfinanzierungsregeln auf die subventionierten und die privaten Spitäler (Regel, dass die Versicherer höchstens 50% der anrechenbaren Kosten von subventionierten Spitälern zu übernehmen haben; Finanzierungsregel bei der ausserkantonalen Hospitalisierung zusatzversicherter PatientInnen)?

4. Trennung der Grund- von der Zusatzversicherung

- Welche Auswirkungen hatte die Trennung der Grund- von der Zusatzversicherung auf die subventionierten und die privaten Spitäler?

5. Kostenkontrollen

- Haben die Versicherer die Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrollen verstärkt? Zu welchen Reaktionen hat dies in Ihrem Spital geführt?

6. Qualitätssicherung

- Welche Aktivitäten unternehmen Sie im Bereich Qualitätssicherung? Hat das KVG diese Aktivitäten verstärkt? Welchen Beitrag haben allenfalls umgesetzte Massnahmen zur Verbesserung der Leistungsqualität und zur Kosteneindämmung geleistet?

7. Innerbetriebliche Veränderungen

- Zu welchen innerbetrieblichen Änderungen hat das KVG in Ihrem Spital geführt (Management, Informatik, Marketing, etc.)? Welche konkreten Schritte und Massnahmen sind aufgrund des KVG ergriffen worden?
- Sind die Kostenrechnungen aufgrund des KVG verbessert worden?

8. Managed Care

- Wie beurteilen Sie die bisherigen Bestrebungen der Leistungserbringer im Bereich Managed Care (insbes. HMO, Hausarztmodelle)? Wie sind diese Systeme mit den Spitälern vernetzt?

9. Wettbewerb und Koordination

- Wie charakterisieren Sie den Wettbewerb im Spitalbereich? Haben die Massnahmen des KVG zu einem verstärkten Wettbewerb zwischen den Spitälern beigetragen? Inwiefern hat das KVG zu Unterschieden in den Wettbewerbspositionen und Verhaltensänderungen von subventionierten und privaten Spitälern geführt?
- Hat das KVG zu einer verstärkten Koordination unter den Spitälern resp. zwischen den Leistungserbringern geführt?

10. Beitrag zur Kosteneindämmung

- Konnte mit dem KVG ein Beitrag zur Kosteneindämmung geleistet werden? Inwiefern hat das KVG zu Kostenverlagerungen (stationär/ambulant) geführt?
- Welchen Einfluss haben die Behörden und die Versicherer auf das Leistungsangebot und die Spitalkosten ausgeübt?

11. Verbesserungsmöglichkeiten

- Welche Verbesserungsmöglichkeiten sehen Sie aus Ihrer Sicht zur Erreichung der Ziele des KVG?

Glossar

- Alternative Versicherungsmodelle:** Besondere Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (HMO-, PPO- oder Hausarztmodelle).
- Duale Spitalfinanzierung:** Die Vergütung der Versicherer an die anrechenbaren Betriebskosten der allgemeinen Abteilung der Spitäler darf höchstens 50% betragen.
- Besondere Versicherungsformen:** Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (HMO-, PPO- oder Hausarztmodelle) sowie Bonus-Versicherungen und die wählbare Jahresfranchise (Art. 62 KVG). Diese Versicherungsformen wurden bereits unter dem KUVG eingeführt und sollen den Wettbewerb unter den Kassen fördern und zur Kostendämpfung beitragen.
- Capitation:** Versichertenpauschale. Diese Tarifierungsform wird zur Zeit hauptsächlich im Rahmen der HMO angewendet.
- Einzelleistungstarif:** Für die einzelnen Leistungen werden Taxpunkte festgelegt (Tarifstruktur) und mit dem jeweiligen Taxpunktwert multipliziert. Art. 43 KVG bestimmt, dass die Tarifpartner die Tarifstruktur gesamtschweizerisch einheitlich regeln müssen. Wenn sie sich nicht einigen können, so legt der Bundesrat die Tarifstruktur fest.
- Fallmanagement:** Beim „Fallmanagement“ versuchen die Versicherer mit neuen Dienstleistungen, die Behandlungskette der PatientInnen zu verbessern. Dadurch sollen Qualitätsverbesserung und Effizienzsteigerung erzielt werden.
- Grundsatz der Effizienz:** Die Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Art. 56 KVG).
- Grundsatz der Wirtschaftlichkeit:** Die Tarifpartner haben auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife sowie auf deren wirtschaftlichen Tragbarkeit zu achten (Art. 43 und 46 KVG).
- Gute Risiken:** Versicherte mit gutem Gesundheitszustand, die eine geringe Wahrscheinlichkeit aufweisen, krank zu werden und damit Leistungen beanspruchen zu müssen.
- Hausarztmodell:** Die Versicherten verpflichten sich, im Krankheitsfall stets zuerst ihren Hausarzt zu konsultieren. Dieser berät sie über den Beizug eines allfälligen Spezialisten, den Eintritt in ein Spital sowie über allfällige chirurgische Eingriffe.

- HMO (Health Maintenance Organisationen): Gesundheitskassen, welche eine längerfristige Verantwortung für die Versicherten übernehmen und auch Präventions- und Gesundheitsförderung umfassen. Der Versicherer unterhält eine Gruppenpraxis, der verschiedene Ärzte und andere Medizinalpersonen angehören. Die Versicherten verpflichten sich, im Krankheitsfall zuerst den Arzt oder die Ärztin in der HMO-Praxis zu konsultieren.
- Kostenkontrolle: Unter dem Begriff Kostenkontrolle wird meist die Überprüfung der Honorarpositionen der vom Leistungserbringer eingereichten Rechnungen verstanden. Sie umfasst jedoch ebenfalls die Überprüfung der Zweckmässigkeit, der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Behandlungen.
- Leistungserbringer: Personen oder Organisationen, die Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen: ÄrztInnen; ApothekerInnen; ChiropraktorInnen; Hebammen; Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag von ÄrztInnen Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen; Laboratorien; Abgabestellen für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen; Spitäler; Einrichtungen, die der teilstationären Krankenpflege dienen; Pflegeheime; Heilbäder.
- Managed Care-Modelle: Alternative Versicherungsmodelle wie HMO, Hausarztssysteme und PPO.
- OKPV-Markt: Markt der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.
- PPO (Preferred Provider Organisationen): Die Versicherten müssen sich auf Leistungserbringer (Ärzte, Spitäler, usw.) beschränken, mit denen der Versicherer besonders kostengünstige Tarifverträge abgeschlossen hat.
- Risikoausgleich: Der Risikoausgleich soll die Risikostrukturen ausgleichen, soweit diese auf eine unterschiedliche Alters- und Geschlechterstruktur der Versichertenbestandes zurückzuführen ist (Art. 105 KVG). Ziel ist die Erhaltung der Kassenvielfalt für die angestrebte Wettbewerbsordnung.
- Risikoselektion: Auswahl von Versicherten mit gutem Gesundheitszustand, die eine geringe Wahrscheinlichkeit aufweisen, krank zu werden und damit Leistungen beanspruchen zu müssen. Jüngere Personen werden im Vergleich zu älteren als bessere Risiken eingeschätzt. Dasselbe gilt im Vergleich von Männern zu Frauen.

- Spitalfinanzierung: Die Finanzierung der stationären Leistungen der öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern erfolgt durch die Versicherten über die Prämien und die öffentliche Hand (dualles Finanzierungssystem). Die Versicherer haben bis max. 50% der anrechenbaren Kosten der allgemeinen Abteilung von subvetnionierten Spitälern zu übernehmen (Art 49 KVG).
- Spitalplanung: Spitäler sind nur zugelassen, wenn sie einer kantonalen Planung entsprechen. Damit soll im Rahmen der OKPV eine bedarfsgerechte Spitalversorgung erreicht werden (Art. 39 KVG).
- Spitex: Spitalexterne Dienste, die eine Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause sind und in besonderen Vereinigungen organisiert sind.
- Tarifvertrag: Vertrag zwischen Versicherern und Leistungserbringern über Tarife und Preise, der vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde (Kantonsregierung oder Bundesrat) festgesetzt wird. Parteien eines Tarifvertrags sind einzelne oder mehrere Leistungserbringer oder deren Verbände einerseits sowie einzelne oder mehrere Versicherer oder deren Verbände andererseits.
- Verbandszwang: Die Verbandsverträge regeln automatisch und obligatorisch die Tarifbeziehungen der Verbandsmitglieder.
- Versicherte: Personen, die dem Versicherungsobligatorium unterstehen
- Versicherer: Krankenkassen im Sinne von Art. 12 KVG, private Versicherungseinrichtungen, die dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) unterstehen, die Krankenversicherung durchführen und über eine Bewilligung nach Art. 13 KVG verfügen.
- Wettbewerb: Wettbewerb setzt ein gegenseitiges Abhängigkeitsverhältnis von Rivalen voraus, indem ein grösserer Erfolg des einen Wettbewerbers zu Lasten der Konkurrenten geht. Die moderne Wettbewerbstheorie charakterisiert den Wettbewerb als dynamischen Prozess, in dem sich Unternehmen durch Innovationen Marktvorteile (Vorsprungsgewinne von Marktanteilen und Rentabilität) erschaffen und die Konkurrenten diese Vorsprungsgewinne durch Imitationen wieder abbauen.

Literatur

- Bundesamt für Sozialversicherung 1998: Wirkungsanalyse KVG, Ausführungsplan, Bern.
- Bundesamt für Sozialversicherung 1999: Entwicklung der Ausgaben in der obligatorischen Krankenversicherung 1996-2000, Bern
- Bundesamt für Sozialversicherung 2000a: Krankenversicherung: Bundesrat genehmigt gesamtschweizerische Arztaristruktur TarMed. Medienmitteilung 18. September 2000, www.bsv.admin.ch.
- Bundesamt für Sozialversicherung 2000b: Statistik über die Krankenversicherung 1999, Bern.
- Bundesamt für Statistik 2000: Kosten des Gesundheitswesens, Detaillierte Ergebnisse 1998, Bern.
- Bundesrat 1991: Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, Bern.
- Faisst K. und Schilling J. 1999: Qualitätssicherung – Bestandesaufnahme, Zürich.
- Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 1999: Schlussbericht des LORAS-Projekts, Zürich.
- Greppi S. et al. 2000: Analyse der Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und anderer Systeme der sozialen Sicherheit, Bern.
- INFRAS 2000: Auswirkungen des KVG im Tarifbereich, Zürich.
- INFRAS 2001: Auswirkungen des KVG auf die Versicherer, Zürich.
- Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (KSK) und H+ Die Spitäler der Schweiz 1999: Ergebnisse der zweiten strukturierten Qualitätsberichterstattung 1998. Umsetzung des Rahmenvertrags betreffend Qualitätsmanagement zwischen H+ Die Spitäler der Schweiz und dem Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer, Bern.
- Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (KSK) und H+ Die Spitäler der Schweiz 2000: Ergebnisse der zweiten strukturierten Qualitätsberichterstattung 1999. Umsetzung des Rahmenvertrags betreffend Qualitätsmanagement zwischen H+ Die Spitäler der Schweiz und dem Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer, Bern.
- Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (KSK) 2001a: Krankenversicherer stimmen revidierter Ärztetarifstruktur zu. Pressemitteilung vom 18.4.2001. de.news.yahoo.com.

- Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (KSK) 2001b: Auszug aus der Rechnungssteller-Statistik. Jahre 1995 – 1999, Solothurn.
- Müller K. 1999: Die aktuelle Rechtsprechung des Bundesrates zur Spitalliste. Bisherige Klarstellung und weiterer Klärungsbedarf, in: Soziale Sicherheit 6/1999.
- Olten 1995: Wettbewerbstheorie und Wettbewerbspolitik, München und Wien.
- Prognos 1998: Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung, Basel.
- Prognos 2000a: Veränderungen im Bereich der Zusatzversicherung aufgrund des KVG, Basel.
- Prognos 2000b: Bestandesaufnahme besonderer Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenversicherung, Basel.
- Recht und Politik des Wettbewerbs (RPW) 1999/2a: Wettbewerbskommission: Spitalisten bei Halbprivatversicherungen mit eingeschränkter Spitalwahlfreiheit (Untersuchung), Bern.
- Recht und Politik des Wettbewerbs (RPW) 1999/2b: Wettbewerbskommission: Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (Stellungnahme), Bern.
- Regierungsrat des Kantons Thurgau 1997: Spitalliste des Kantons Thurgau 1998, Frauenfeld.
- Regierungsrat des Kantons Zürich 1997: Zürcher Spitalliste 1998 (Festsetzung). Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich. Sitzung vom 25. Juni 1997, Zürich.
- Rothenbühler M. 1999: Evaluation Spitalplanung und Spitalisten nach Art. 39 KVG. Übersicht über den aktuellen Stand der Planungen und der Spital- und Pflegeheimlisten der Kantone. Arbeitsunterlage, Bern.
- Schweizerischer Physiotherapeuten Verband (SVP) 2000: Qualitätskonzept Physiotherapie, Konzept zum institutionalisierten Qualitätsmanagement der dem SPV angeschlossenen Mitgliedern gemäss KVG, UVG und MV, Version ALPHA für die Jahre 2001 bis 2005, Sempach-Stadt 2000.
- Veröffentlichungen der Schweizerischen Kartellkommission und des Preisübersichters (VKKP) 3/1996, Bern.

Beiträge zur sozialen Sicherheit

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

Aspects de la sécurité sociale

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

Aspetti della sicurezza sociale

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

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Wolfram Fischer, Möglichkeiten der Leistungsmessung in Krankenhäusern: Überlegungen zur Neugestaltung der schweizerischen Krankenhausstatistik. Nr. 1/94	EDMZ* 318.010.1/94 d
Rapport de recherche: Wolfram Fischer, Possibilités de mesure des Prestations hospitalières: considérations sur une réorganisation de la statistique hospitalière. N° 1/94	OCFIM* 318.010.1/94 f
Rapport de recherche: André Bender, M. Philippe Favarger, Dr. Martin Hoesli: Evaluation des biens immobiliers dans les institutions de prévoyance. No 2/94	OCFIM* 318.010.2/94 f
Forschungsbericht: Hannes Wüest, Martin Hofer, Markus Schweizer: Wohneigentumsförderung – Bericht über die Auswirkungen der Wohneigentumsförderung mit den Mitteln der beruflichen Vorsorge. Nr. 3/94	EDMZ* 318.010.3/94 d
Forschungsbericht: Richard Cranovsky: Machbarkeitsstudie des Technologiebewertungsregister. Nr. 4/94	EDMZ* 318.010.4/94 d
Forschungsbericht: BRAINS: Spitex-Inventar. Nr. 5/94	EDMZ* 318.010.5/94 d
Rapport de recherche: BRAINS: Inventaire du Spitex. No 5/94	OCFIM* 318.010.5/94 f
Forschungsbericht: Jacob van Dam, Hans Schmid: Insolvenzversicherung in der beruflichen Vorsorge. Nr. 1/95	EDMZ* 318.010.1/95 d

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Tobias Bauer, (BASS): Kinder, Zeit und Geld. Eine Analyse der durch Kinder bewirkten finanziellen und zeitlichen Belastungen von Familien und der staatlichen Unterstützungsleistungen in der Schweiz Mitte der Neunziger Jahre. Nr. 10/98	EDMZ* 318.010.10/98 d
Forschungsbericht: Tobias Bauer (BASS): Auswirkungen von Leistungs- veränderungen bei der Arbeitslosenversicherung. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 11/98	EDMZ* 318.010.11/98 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS): Auswirkungen von Leistungsveränderungen bei der Witwenrente. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 12/98	EDMZ* 318.010.12/98 d
Forschungsbericht: André Müller, Felix Walter, Renger van Nieuwkoop (ECOPLAN); Stefan Felder: Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen. DYNASWISS – Dynamisches allgemeines Gleich- gewichtsmodell für die Schweiz. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr.13/98	EDMZ* 318.010.13/98 d
Forschungsbericht: S.P. Mauch, R. Iten, S. Banfi, D. Bonato, T. von Stokar (INFRAS); B. Schips, Y. Abrahamsen (KOF/ETH): Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen. Schlussbericht der Arbeitsgemeinschaft INFRAS/KOF. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 14/98	EDMZ* 318.010.14/98 d
Forschungsbericht: Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe (BFS): Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens. Bericht im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG. Nr. 15/98	EDMZ* 318.010.15/98 d
Rapport de recherche: Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe (OFS): Les effets de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie dans le financement du système de santé. Rapport établi dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal. No 15/98	OCFIM* 318.010.15/98 f
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber), Forum 1998 über das Rentenalter / sur l'âge de la retraite. Die Referate / Les exposés des conférenciers (April/avril 1998), Nr. 16/98	EDMZ* 318.010.16/98 df
Forschungsbericht: Robert E. Leu, Stefan Burri, Peter Aregger: Armut und Lebensbedingungen im Alter. Nr. 17/98	EDMZ* 318.010.17/98 d
Prof. Dr. Thomas Koller: Begünstigtenordnung zweite und dritte Säule. Gutachten. Nr. 18/98	EDMZ* 318.010.18/98 d
Prof. Dr. Thomas Koller: L'ordre des bénéficiaires des deuxième et troisième piliers. Rapport d'expertise. No 18/98	OCFIM* 318.010.18/98 f

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

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Mikroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. INFRAS. Nr. 19/98 d	EDMZ* 318.010.19/98 d
Rapport de recherche: INFRAS: Effets microéconomiques de la 1 ^{re} révision de la LPP. Rapport final N° 19/98	OCFIM* 318.010.19/98 f
Forschungsbericht: Makroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. KOF/ETHZ, Zürich. Nr. 20/98 d	EDMZ* 318.010.20/98 d
Rapport de recherche: KOF/ETHZ: Effets macroéconomiques de la 1 ^{re} révision de la LPP. Rapport final N° 20/98	OCFIM* 318.010.20/98 f
Forschungsbericht: Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen (Wirkungsanalyse KVG); Dr. Andreas Balthasar; Interface Institut für Politikstudien; Nr. 21/98 d	EDMZ* 318.010.21/98 d
Rapport de recherche: Dr. Andreas Balthasar (Interface Institut d'études politiques): Efficacité sociopolitique de la réduction de primes dans les cantons (Analyse des effets de la LAMal). N° 21/98	OCFIM* 318.010.21/98 f
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS): Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung. Nr. 1/99	EDMZ* 318.010.1/99 d
Forschungsbericht: Kurzfassung von 1/99. Nr. 2/99	EDMZ* 318.010.2/99 d
Rapport de recherche: Condensé du n° 1/99. N° 2/99	OCFIM* 318.010.2/99 f
Rapport de recherche: Institut de santé et d'économie ISE en collaboration avec l'Institut du Droit de la Santé IDS: Un carnet de santé en Suisse? Etude d'opportunité. N° 3/99	OCFIM* 318.010.3/99 f
Forschungsbericht: Inhaltsanalyse von Anfragen bei PatientInnen- und Versichertenorganisationen (Wirkungsanalyse KVG). Dr. med. Karin Faisst MPH, Dr. med. Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich. Nr.4/99	OCFIM* 318.010.4/99 d
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber). Bedarfsleistungen an Eltern. Öffentliche Fachtagung, Referate / Congrès de spécialistes ouvert, Exposés. Zürich. Nr. 5/99	OCFIM* 318.010.5/99 df
Forschungsbericht: Die ärztliche Beurteilung und ihre Bedeutung im Entscheidungsverfahren über einen Rentenanspruch in der Eidg. Invalidenversicherung. Ruth Bachmann, Cornelia Furrer (Interface, Institut für Politikstudien). Nr. 6/99	EDMZ* 318.010.6/99 d

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

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

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

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

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

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Rapport de recherche: Andreas Balthasar, Interface Institut, Lucerne: Efficacité sociopolitique de la réduction de primes dans les cantons. N° 2/01	OCFIM* 318.010.2/01 f
Forschungsbericht: Matthias Peters, Verena Müller, Philipp Luthiger, IPSO: Auswirkungen des Krankenversicherungsgesetzes auf die Versicherten. Nr. 3/01	EDMZ * 318.010.3/01 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Andreas Heimer, Prognos: Wirkungsanalyse KVG: Information der Versicherten. Nr. 4/01	EDMZ * 318.010.4/01 d
Forschungsbericht: Andreas Balthasar, Oliver Bieri, Cornelia Furrer, Interface Institut, Luzern: Evaluation des Vollzugs der Prämienverbilligung (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 5/01	EDMZ * 318.010.5/01 d
Rapport de recherche: Andreas Balthasar, Oliver Bieri, Cornelia Furrer, Interface Institut, Lucerne: Evaluation de l'application de la réduction de primes (Analyse des effets de la LAMal). N° 5/01	OCFIM* 318.010.5/01 f
Forschungsbericht: Stephan Hammer, Raffael Pulli, Rolf Iten, Jean-Claude Eggimann, Infrac, Zürich: Auswirkungen des KVG auf die Versicherer (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 6/01	EDMZ * 318.010.6/01 d
Persönlichkeitsschutz in der sozialen und privaten Kranken- und Unfallver- sicherung. Bericht einer Expertenkommission. Nr. 7/01	EDMZ * 318.010.7/01 d
Protection de la personnalité dans l'assurance-maladie et accidents sociale et privée. Rapport d'une commission d'experts. N° 7/01	OCFIM* 318.010.7/01 f
Forschungsbericht: Stephan Hammer, Raffael Pulli, Nicolas Schmidt, Rolf Iten, Jean-Claude Eggimann, Infrac, Zürich: Auswirkungen des KVG auf die Leistungserbringer (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 8/01	EDMZ * 318.010.8/01 d

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